

Prehrambene navike i njihov utjecaj na zdravlje

Rogić, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:641248>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**PREHRAMBENE NAVIKE I NJIHOV UTJECAJ NA
ZDRAVLJE**

Završni rad br. 46/SES/2021

Maja Rogić

Bjelovar, listopad 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Rogić Maja**

Datum: 16.04.2021.

Matični broj: 002058

JMBAG: 0314019714

Kolegij: **OSNOVE ISTRAŽIVAČKOG RADA U SESTRINSTVU**

Naslov rada (tema): **Prehrambene navike i njihov utjecaj na zdravlje**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Rudolf Kiralj**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Goranka Rafaj, mag.med.techn., predsjednik
2. dr.sc. Rudolf Kiralj, mentor
3. Tamara Salaj, dipl.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 46/SES/2021

U radu je potrebno ispitati prehrambene navike te znanja i stavove opće populacije o prehrani i njezinom utjecaju na zdravlje pomoću posebno konstruiranog anonimnog anketnog upitnika, prikazati rezultate ankete metodama deskriptivne statistike, te opisati javnozdravstveni značaj statističkih rezultata i ulogu medicinske sestre prvostupnice u promociji zdrave prehrane i prevenciji prehrambenih poremećaja.

Zadatak uručen: 16.04.2021.

Mentor: **dr.sc. Rudolf Kiralj**



Zahvala

Zahvaljujem se mentoru dr.sc. Rudolfu Kiralju na stručnom vodstvu, korisnim savjetima te nesebičnoj pomoći tijekom pisanja završnog rada. Velika zahvala mojim roditeljima što su mi omogućili studiranje, pratili me i bodrili tijekom cijelog mog studiranja. Hvala braći, šogoricama, nećakinjama i nećaku te baki koji su sve vrijeme vjerovali u mene i pružali podršku. Hvala mojem dečku što mi je bio potpora i vjetar u leđa. Hvala svim mojim divnim prijateljima i kolegama na pomoći, strpljenju i podršci tijekom cijelog mog studiranja.

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1.UVOD | 1 |
| 1.1. Hranjive tvari..... | 2 |
| 1.1.1.Bjelančevine, ugljikohidrati i masti..... | 2 |
| 1.1.2.Vitamini | 3 |
| 1.2.Pravilna prehrana..... | 4 |
| 1.2.2.Piramida pravilne prehrane..... | 4 |
| 1.2.3. Moj tanjur | 6 |
| 1.3.Poremećaj prehrane | 6 |
| 1.3.1.Anoreksija nervoza | 7 |
| 1.3.2.Bulimija nervoza..... | 9 |
| 1.3.3.Neodređeni poremećaji prehrane | 10 |
| 1.3.4.Disfagija..... | 11 |
| 1.4.Rizik za zdravlje..... | 12 |
| 1.4.1.Vegetarijanci..... | 12 |
| 1.4.2.Vegani..... | 13 |
| 1.4.3.Pretilost..... | 14 |
| 1.4.4.Diabetes mellitus tip 2 | 14 |
| 1.4.5.Alkohol i cigarete | 15 |
| 1.4.6.Sjedilački način života..... | 16 |
| 1.4.7.Tjelesna aktivnost | 16 |
| 1.5.BMI | 17 |
| 2.CILJ RADA | 19 |
| 3.METODE I ISPITANICI..... | 20 |
| 4.REZULTATI..... | 21 |
| 4.1.Socio-demografska obilježja..... | 21 |

| | |
|--|----|
| 4.2.Navike ispitanika..... | 25 |
| 4.3.Stavovi ispitanika | 32 |
| 5.RASPRAVA | 37 |
| 5.1.Uloga medicinske sestre prvostupnice | 38 |
| 6.ZAKLJUČAK..... | 40 |
| 7.LITERATURA | 42 |
| 8.OZNAKE I KRATICE | 46 |
| 9.SAŽETAK | 47 |
| 10.SUMMARY..... | 48 |
| 11.PRILOZI | 49 |

1. UVOD

Hrana koju konzumiramo i unosimo u organizam uvelike ima utjecaj na energiju koja nam je potrebna za rast, tjelesnu aktivnost, razvoj te ostale funkcije čovjekova organizma. Hranom unosimo mnogobrojne protektivne i gradivne tvari koje organizam izgrađuje i regenerira te održava tjelesnu i mentalnu kondiciju (1). Jedan od najvažnijih okolišnih čimbenika koja ima utjecaj na zdravlje je prehrana koja počinje još u utrobi majke, preko njenog mlijeka, zatim konzumacijom hrane koju majka daje djetetu nakon 6 mjeseci starosti, tijekom cijelog djetinjstva, adolescencije, odrasle te starije dobi. Sazrijevajući mentalno, osoba počinje biti svjesna svojih pogrešaka u prehrani te počinje biti odgovorna sama za svoje zdravlje (1). Sve veću pozornost u svijetu dobiva prehrana i njene negativne posljedice. Svjetska zdravstvena organizacija koja se bavi promatranjem pretilosti, upozorava na porast prekomjerne tjelesne težine osoba kojima je uzročnik nezdrav način života, prehrambene navike koje su nepravilne, nedovoljno bavljenja tjelesnom aktivnošću, genetskim čimbenicima i sedentarnim načinom života (2). Posljedica pretilosti kod djece i adolescenata javlja se dijabetes mellitus tip 2 i inzulinska rezistencija koji najviše koreliraju s hipertenzijom i dislipidemijom. Rastom BMI (indeks tjelesne mase) dolazi do otkrivanja karcinoma, kroničnih bolesti kao što su osteoartritis, bolesti hepatobilijarnog sustava, renalnih bolesti, depresije i apneje. Kod komplikacija srčano-žilnih i malignih manifesta djeca imaju nižu stopu tjelesnih komplikacija, ali često podliježu emocionalnom i socijalnom prekomjernom porastu tjelesne mase što dovodi do manjka samopouzdanja, slabe komunikacije s vršnjacima te potištenost (3). Strategije prevencije pretilosti koje bi se trebale provoditi uključuju edukaciju o dojenju, raznovrsni i kontrolirani unos hrane u djetinjstvu, zdrav način života što uključuje bavljenje aktivnošću, potreban unos povrća i voća, smanjen unos visokokaloričnih namirnica, zaslađenih pića te nutritivno siromašnih namirnica (4). Naglasak kod promoviranja zdrave i pravilne prehrane treba staviti na dugoročne posljedice koje ona donosi (5).

1.1. Hranjive tvari

Zadovoljenje prehrambenih potreba koje mogu biti energetske, gradivne, regulacijsko-zaštitne i fiziološke dobivamo unosom hranjivih tvari u organizam čovjeka. Hranjive tvari nam omogućuju dobru i pravilnu homeostazu i štite organizam i njegovo zdravlje (6). Nutrijente dijelimo na mikronutrijente i makronutrijente (7). Makronutrijenti su neizostavni gradivni elementi u ljudskom organizmu. Oni osiguravaju dovoljnu količinu potrebne energije da bi organizam mogao normalno funkcionirati i samu aktivnost (8). U skupinu mikronutrijenata svrstavamo bjelančevine, masti i ugljikohidrate te vodu (7). Mikronutrijente organizam koristi u vrlo malim količinama, no njihov doprinos u prevenciji od bolesti te očuvanju zdravlja je neizostavan (8). Mikronutrijente dijelimo na vitamine i minerale (7).

1.1.1. Bjelančevine, ugljikohidrati i masti

Vrlo važnu ulogu u organizmu čovjeka imaju ugljikohidrati. Velik su izvor energije koja je potrebna za izvođenje svih tjelesnih funkcija i radu mišića. Ulogu zauzimaju u probavi masti i bjelančevina te organizmu osiguravaju potrebnu količinu rezervne energije koja dolazi u obliku glikogena. Ugljikohidrate dijelimo na monosaharide, disaharide i polisaharide (6). Velik dio ugljikohidrata unesemo hranom te oni spadaju u skupinu polisaharida. Polisaharid koji najčešće koristimo je škrob. U disaharide spadaju laktoza i saharoza, no oni se ne mogu apsorbirati kao takvi već dolaze u obliku monosaharida kao glukoza, a rjeđe kao galaktoza i fruktoza (6). Neki od ugljikohidrata ne koriste organizmu samo kao osnovni energent u organizmu već i u održavaju kvalitete probave i same stolice, poput polisaharida koji se sastoje od prehrambenih vlakana. Velik izvor ugljikohidrata dobivamo iz namirnica bogatih polisaharidima kao što su krumpir, kruh, grašak i grah (9).

Važan izvor energije su masti koje nam omogućuju izvor energije te apsorpciju vitamina koji su topljivi u mastima (vitamin A,D,E i K) (6). Masti, također, kontroliraju stalnu tjelesnu temperaturu. Djeluju izvrsno kao izolator jer se talože u potkožnom tkivu. Masti dijelimo na životinjske i biljne, a razlika je njihovo agregatno stanje pri skladištenju na sobnoj temperaturi. Nezasićenih masnih kiselina možemo naći u biljnim mastima dok zasićenih nalazimo u životinjskim mastima (6).

Također, važnu i neizostavnu ulogu u ljudskom organizmu imaju bjelančevine ili proteini. Primarna i glavna uloga bjelančevina je gradivna, zatim fiziološka, a ponekad i energetska uloga. Bjelančevine su zaslužne za izgradnju stanica u organizmu, prijenosu kisika i lijekova te sintezi

enzima i hormona. Dostatan izvor bjelančevina životinjskog podrijetla dolazi iz mesa, ribe, sira, mlijeka, jaja (8). Kod biljnog podrijetla bjelančevine možemo naći u grašku, soji i grahu (9).

1.1.2. Vitamini

Vitamine poznajemo kao biokatalizatore. Vitamini imaju velik utjecaj na rast i razvoj organizma i zaštita su od raznih bolesti i infekcija. Dijelimo ih u dvije skupine: vitamini topljivi u mastima i vitamini topljivi u vodi. Vitamine koji su topljivi u vodi dijelimo na B1, B2, B3, B6, B12 i vitamin C, dok one koje su topljivi u mastima dijelimo na vitamin A, D, E i K (6). Velik izvor vitamin sadrži sezonsko svježe voće i povrće (10). Vitamin A održava normalnu funkciju vida, čvrstoću kostiju i zuba, održava zdravlje sluznice i kože te je topljiv u mastima (6). Velik izvor vitamina A sadržava mlijeko i mliječni proizvodi te žumanjak u jajetu (8). Također, žuto voće i povrće, marelice, dinje, breskve, mrkve sadrže vitamin A (9). Vitamin B nalazimo u većoj količini u mesu, mlijeku te iznutricama i žitaricama. Svaki vitamin B ima specifičnu ulogu u organizmu te njegov manjak može rezultirati ozbiljnim posljedicama po zdravlju (9). Tiamin ili vitamin B1 ima značajnu ulogu u procesu proizvodnje ATP-a. Bez njega ne bi organizam probavio ugljikohidrate, masti i bjelančevine (6). Tiamin stvara acetilkolin i normalnu funkciju živaca. Vitamin B1 možemo velikim dijelom naći u žitaricama i mahunarkama. Vitamin B2 ili riboflavin ima funkciju održavanja zdravlja sluznice i kože, očne rožnice te živaca (8). Izvor vitamina B2 se nalazi u mlijeku, jajima i mesu (6). Niacin ili vitamin B3 regulira kolesterol u organizmu, a najveći izvor niacina sadrži kikiriki, riba, meso i mlijeko (10). U skupini vitamina koji su topljivi u vodi nalazimo još i vitamin B6 ili piridoksin koji pomaže u stvaranju crvenih krvnih stanica i metabolizmu. Piridoksin sadržava riba, soja, zob, riža, orasi, meso i iznutrice. Također, sudjeluje kod stvaranja stanica te osigurava stvaranje živčane ovojnice i replikaciji DNK-a, naziva se još i cijanokobalamin (8). U velikoj mjeri nalazi se u ribi, jajima, mlijeku, mesu te izrazito u malim količina u biljnoj prehrani te upravo radi toga vegetarijanci imaju često deficit vitamina B12 (6). Askorbinska kiselina ili vitamin C koji je topljiv u vodi ima ulogu stvaranja kolagena i samim time osigurava izgradnju vezivnog tkiva u koži, kostima i ligamentima te pomaže kod različitih vrsta bakterijskih infekcija. Deficit vitamina C može dovesti osobu do izrazito značajnog poremećaja zvanog skorbut. Askorbinsku kiselinu sadržava paprika, jagode, špinat, kupus i kelj (6). Vitamin D se naziva još i kalciferol, vitamin koji je topljiv u mastima. Opće je poznato da se sintetizira kod djelovanja ultraljubičastih zraka (8). Regulira odnos fosfora i kalcija te ima utjecaj na okoštavanje tkiva te razvoj zubi i kostiju. Vitamin D sadržava velikim dijelom mlijeko, maslac, jaja i riblje ulje (6). Deficitom vitamina D potičemo organizam na razvoj bolesti kostiju, rahitis (8). Vitamin koji je topljiv u mastima te održava staničnu membranu,

eritrocite, mišiće te stanice ostalog tkiva nazivamo vitamin E ili tokoferol. Našem organizmu je antioksidans te radi toga sprječava oksidaciju zasićenih masnih kiselina. Ima značajnu ulogu kod cijeljenja opekline i pomaže kod zarastanja rana (6). Velik izvor vitamina E sadržava jaja, orašasti plodovi, meso, biljno ulje (8). Kada je organizam u deficitu vitamina E tada dolazi do pada imuniteta (10). Zadnji, a ne tako nevažan vitamin K sintetizira bakterije u crijevima i stvara čimbenike značajne za zgrušavanje krvi (8,12). Vitamin K sadržava mlijeko, špinat, krumpir i kupus (8).

1.2. Pravilna prehrana

Prehrambene navike stječu se od ranog djetinjstva, utječu na odabir hrane i način pripreme hrane te njenu konzumaciju. Samim time utječe na cjelokupno zdravlje čovjeka tijekom života (11).

Pravilna prehrana se sastoji od tri osnovna načela: raznolikost, umjerenost i uravnoteženost (11). Američko Ministarstvo poljoprivrede 1992.godine osmišljena je pravilna piramida pravilne prehrane koja je grafički prikaz prehrambenih smjernica tj. vodič za pravilnu prehranu (slika 1.1.) (11).

1.2.1. Piramida pravilne prehrane

Povijest piramide zdrave prehrane dolazi iz 1894. godine kada čovjeku nisu bili poznati ni mineralne tvari ni vitamini. Te godine je američko Ministarstvo poljoprivrede izdalo vodič s kratkim i jednostavnim preporukama o pravilnoj zdravoj prehrani. Nakon objave istraživalo se kako privući populaciju koja će se tih smjernica i pridržavati. Poslije 98 godina, 1992. godine dolazi do grafičkog prikaza piramide. Namirnice u piramidi su bile podijeljene u pet skupina (12). Svaka skupina namirnica imala je preporuke serviranja izražene u preporučenoj masi tijekom jednog dana. Na samom vrhu piramide smještene su namirnice (masti, slatkiši i ulja) za koje se preporučuje rjeđe konzumiranje jer nisu izvor hranjivih tvari u organizmu. Dno piramide zauzimaju žitarice, riža, kruh i tjestenina koja ima značajan postotak ugljikohidrata, mineralnih tvari, vlakana i vitamina. Također, u samoj piramidi nalaze se i skupina voća i povrća, skupina mesa, ribe, piletine, jaja, orašastih plodova, suhih mahunarki koji su važan izvor proteina, vitamina B, željeza i cinka te skupina koja sadrži mlijeko, sir, jogurt koja sadrži ne samo proteine važne za organizam već su i izvor mineralnih tvari, a posebno kalcija (12).

Prvobitan model piramide se ubrzo raširio svijetom te postao krucijalan primjer pravilne prehrane. No, 2005.godine dolazi do izmjena piramide pravilne prehrane radi kritika koje su

dolazile iz prehrambene industrije radi naglašavanja važnosti pojedine namirnice. Tako, nova piramida stavlja važnost na tjelesnu aktivnost koja ubrzava napredak i put ka pravilnoj prehrani (12). U novoj piramidi ne postoji hijerarhijska podjela namirnica već je svaka namirnica dobila svoju bazu i vrh tj. bolji ili lošiji odabir. Svaka skupina je bazirana prema preporuci o dnevnom unosu hrane. Ovoga puta različite namirnice karakteriziraju različitu skupinu namirnica; povrće – zelena; žitarice – narančasta; mlijeko i mliječni proizvodi – plava; voće – crvena; meso, jaja, riba, mahunarke i orašasti plodovi – ljubičasta te je nadopunjena skupina ulja („dobre“ masti) (12). Naglasak treba staviti i na konzumaciji vode, potrebno je popiti 6-9 čaša vode, ovisno o starosti osobe. Kako je hrana izvor oko 40 esencijalnih spojeva o kojima ovisi zdravlje i život čovjeka tako treba uravnoteženo i pravilno korigirati izbor namirnica potrebnih za dnevni unos. Manjak esencijalnih spojeva narušava zdravlje čovjeka te dolazi do pojave bolesti. Posebnu pozornost potrebno je obratiti na unos minerala i vitamina, vitamin C i E spada u skupinu antioksidansa koji imaju značajnu ulogu u metaboličkim procesima te se tada oslobađaju slobodni radikali (ROS) u organizmu koji su velik neprijatelj organizma. Zato je potrebno paziti na ravnotežu između antioksidansa i oksidansa kako ne bi došlo do pojave funkcionalnih poremećaja (13).



Slika 1.1.- Pravilna piramida prehrane (13)

Pojam serviranja je zamijenjen s volumenom šalice ili je izražen u jedinici mase tj. unca (1 unca = 28,4 g) kako bi pojedinac dobio konkretan omjer namirnica i znao ih uključiti u dnevnu prehranu. Nova struktura piramide sadržava prazne kalorije, one su energija koja dolazi iz hrane bogate dodanim mastima i šećerima, ali su bez hranjivih vrijednosti (12).

1.2.2. Moj tanjur

Tanjur, krug ili *MyPlate* je nakon dva desetljeća zamijenio piramidu zdrave prehrane. Kod zdravog tanjura naglasak se stavlja na povećanju namirnica iz određenih skupina, polovica tanjura zauzima voće i povrće, dok druga polovica žitarice tj. namirnicama koje su bogate bjelančevinama. Preporuka je korištenje biljnih ulja, lanenog ili bućinog te smanjenje količine soli i šećera te čvrstih masti. Korištenje vode se zamjenjuje s napitcima s dodatkom šećera (12,13).



Slika 1.2. - Moj tanjur (13)

1.3. Poremećaj prehrane

Karakteristike poremećaja prehrane su teške smetnje kod prehrambenih navika i ponašanja koje se manifestiraju kada osoba unosi premalo hrane, provodi striktnu dijetu te nikada nije zadovoljna svojim izgledom. Adolescenti su jedan od velikog dijela populacije koju zahvaća poremećaj prehrane. Pod uzrocima poremećaja prehrane smatraju se biološki, psihološki i sociokulturalni uzroci. U biološke faktore spada dob, spol i tjelesna težina, psihološke faktori obuhvaća samopoštovanje, a sociokulturalni obitelj, vršnjaci i mediji. Hrana sve više prelazi u društvenu kontrolu, a manjim dijelom zahvaća zadovoljenje potrebe hranjenja ili samoga zadovoljstva (14).

Velik dio osoba ima znakove i simptome poremećaja prehrane, no ne postoji dovoljno kriterija da bi se postavila dijagnoza. Upravo, radi manjka postavljenih dijagnoza dolazi do manje registriranih slučajeva nego li je stvarna situacija problema. Osnovne skupine poremećaja

prehrane su anoreksija, bulimija i kompulzivno prejedanje. Prvi koji je opisao anoreksiju je R. Morton 1689. godine u Londonu, pacijenta je opisao kao „skelet odjeven samo kožom“ (15).

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema 2012. (16) navodi kao poremećaje prehrane anoreksiju nervozu, atipičnu anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, atipičnu bulimiju nervozu, pretjerano jedenje udruženo s ostalim psihološkim poremećajima, povraćanje s ostalim psihološkim poremećajima i ostali nespecifični poremećaji prehrane (ortoreksija, manoreksija, pregoreksija). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders navodi kao poremećaje prehrane anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaj prejedanja i ostale nespecifične poremećaje hranjenja i jedenja – atipična bulimija nervoza, atipična anoreksija nervoza, sindrom noćnog hranjenja i purgativni poremećaj (16). Postavljanje dijagnoze jedno je od najtežih stavka kod osoba oboljelih od poremećaja prehrane, potrebno je zadovoljiti kriterije koji su propisani u DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tj. Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema što otežava prepoznavanje poremećaja u ranoj fazi te u subkliničkom obliku (16).

1.3.1. Anoreksija nervoza

Anoreksiju nervozu karakterizira namjerno gubljenje tjelesne težine. Najraniji početak pojave poremećaja prehrane anoreksije je 17 godina, a najkasniji poslije 40. godine života (17). Anoreksiju dijelimo na restriktivni tip i prežderavajući/purgativni tip. Restriktivni tip karakterizira gubitak težine radi dijete, posta ili prekomjerne tjelesne aktivnosti. Za vrijeme tekuće epizode oboljeli nema redovita prejedanja ili pražnjenja. Purgativni tip karakterizira redovito prejedanje ili pražnjenje ili oboje. Neke od oboljelih se prejedaju pa samoinducirano povraćaju ili koriste laksative, diuretike ili emetike. Pod ovaj tip osoba oboljelih od anoreksije spadaju i osobe koje se ne prejedaju, ali se redovno prazne nakon konzumacije hrane (17).

Tjelesna masa kod osobe oboljele od anoreksije iznosi 15% ispod očekivane, tj. indeks tjelesne mase kojeg izračunavamo kao omjer mase izražene u kilogramima i kvadrata visine izražene u metrima je manji od $17,5 \text{ kg/m}^2$ (17). Gubitak kilograma oboljelim osobama dolazi radi izbjegavanja kalorične hrane, prekomjernog vježbanja, dok neki izbacuju hranu iz tijela želučanim refluksom ili laksativima. Česta pojava kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze je hormonski poremećaj, što kasnije rezultira amenorejom, a kod adolescenata i djece psihičkim poremećajima i zastojem u rastu (18). Sam početak poremećaja počinje kada osoba počne s dijetom koja ne izaziva nikakvu zabrinutost okoline ili bliskih osoba. No, s vremenom ona postaje sve izraženija kada pad tjelesne mase postaje sve vidljiviji. Dolazi do pojave psihičkim problema, socijalne

izolacije, problema u svakodnevnim aktivnostima. Oboljeli izrazito rijetko potraži stručnu pomoć. Prvi koji potraže pomoć za oboljelog su bliske osobe, obitelj te liječnici opće prakse (19).

Anoreksiju jasno prepoznamo prema njenoj tipičnoj kliničkoj slici koja se očituje kod odraslih i starijih adolescenata. Krucijalna zapreka koja se javlja kod postavljanja dijagnoze jest poricanje bolesnika da ima problem. Da bismo oboljelu osobu osnažili potrebno joj je pružiti potporu i empatiju kako bi se osoba oslobodila straha od normalne tjelesne mase i normalne prehrane te smanjili ili iskorijenili potrebu za refluksum ili prekomjernom fizičkom aktivnošću (20). Kod postavljanja dijagnoze liječnike bi trebala upućivati sekundarna amenoreja i ostali krucijalni znakovi na početak anoreksije. Temelj postavljanja dijagnoze temelji se na heterogenoj anamnezi, fizikalnim pregledom oboljelog, mjerenjem težine i visine i izračunom ITM-a gdje dobivamo stupanj pothranjenosti. S ostalim dijagnostičkim pregledima ne dobivamo veliku pomoć kod postavljanja dijagnoze, nego samo kod procjene fizičkog stanja ili komplikacija koje se mogu dogoditi. Pretrage koje uključuju osobe oboljele od anoreksije su elektrokardiogram, radiološke pretrage i laboratorijski testovi (18).

Dijagnosticiranje anoreksije moguće je ako su zadovoljeni kriteriji prema DSM-V priručniku duševnih poremećaja koji navodi sljedeće kriterije: odbijanje održavanja tjelesne mase na minimalnoj težini za njenu visinu i dob, vrlo intenzivan strah od debljanja, poremećena percepcija svoga tijela i težine osobe (21).

Specifičnost osoba oboljelih od anoreksije je to da su izrazito ambiciozne, precizne, kompulzivne i inteligentne. U latentnoj fazi dolazi do pojave anksioznosti i sniženog raspoloženja (22). Pojava simptoma u manifestnoj fazi je sve veći te su simptomi sve izraženiji. Bolesnik se povlači u sebe, smanjuje ili izbjegava socijalne kontakte, posao i edukacija postaju sve teži i nesamostalni, postaju ovisni o svojim obiteljima i izrazito teško se upuštaju i intimne odnose s drugim ljudima (19). Oboljeli kada gube kilograme smatraju to kao da su dobro samo disciplinirani, a kada počnu dobivati kilograme misle kako su izgubili samokontrolu. Uz dijagnozu anoreksije nervoze često je popraćena i depresija koja je prisutna kod 63% oboljelih. Prisutni su i znakovi poremećaja kod općeg zdravstvenog stanja, kao što su anemije, oštećenje bubrežne funkcije, osteoporoza, kardiovaskularne tegobe. Također, mlađe žene zahvaća i visok rizik za prijelome kostiju (19).

Klinička slika anoreksije nervoze prikazuje različite endokrine i metaboličke poremećaje. Dolazi do poremećaja spolnih hormona (sniženje FSH i LH), supresije TSH, rezistencije tkiva na hormon rasta te povećanje razine kortizola (23). Tijek bolesti je različit te varira od osobe do

osobe. Kod nekih bolesnika dolazi do potpunog oporavka, neki imaju fluktuaciju tjelesne mase s povremenim relapsom, dok se kod drugih razvija kroničan oblik bolesti. Smrtnost bolesnika bez liječenja je cca 10%, no blaži oblici rijetko dovode do smrti bolesnika. Uz medikamentozno i psihološko liječenje pacijenta, čak njih polovica se oporavi i vrati izgubljenu težinu te se komplikacije povuku i tijelo se oporavi. Njih $\frac{1}{4}$ oboljelih ima srednji ishod te može doći do recidiva, ostali imaju loš ishod te traje psihičke i tjelesne komplikacije (18). Do smrti dolazi radi gladovanja, samoubojstva ili neravnoteže elektrolita. Rijetki su slučajevi da anoreksija nervoza prelazi u drugi oblik poremećaja, bulimiju nervozu.

Velik je stres za organizam izgladnjivanje, ono mijenja moždane strukture, razine hormona i neurotransmitera i samim time dolazi do promjene ponašanja oboljelog. Glad kao takva uzrokuje neraspoloženje, razdražljivost i potištenost pa tako i mijenja ličnost same osobe tj oboljelog (24). Simptome je pokazalo i istraživanje provedeno u vrijeme Drugog svjetskog rata, istraživanje se zvalo Minnesotska studija izgladnjivanja, provedena na dobrovoljcima koji su bili primorani izgladnjivanju kako bi se istražile posljedice za čovjekovo tijelo i psihu tijekom gladovanja. Rezultati su pokazali pojavu depresije, histerije, emocionalni distres, samoozljeđivanje. Većina ispitanika je bila letargična, apatična, smanjen libido, izraženo im je bilo socijalno izoliranje, pad koncentracije i sposobnost prosuđivanja. Istraživanje je uvelike pomoglo bolje razumijevanju bolesti i dijagnosticiranju te njenoj prevenciji i terapiji (25).

1.3.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza, sekundarni poremećaj prehrane koji proizlazi iz psihe. Karakterističan je potrebom za unosom velike količine visokokalorične hrane, a kasnije namjerno izbacivanje sadržaja želuca radi straha od debljanja. Većinom zahvaća mlade djevojke, oko 18 godina starosti. Bulimija može se javiti sama za sebe ili s anoreksijom. Uzrok nije u cijelosti poznat (26). Česta je pojava kod obitelji gdje je prisutna pretilost, depresija, zlouporaba droga ili alkohola (25). Oboljeli teže savršenstvu i imaju osjećaj kako ne mogu zadovoljiti očekivanja od roditelja. Polovica oboljelih u anamnezi ima iskustvo fizičkog ili spolnog zlostavljanja. Karakteristike oboljelih su: nisko samopoštovanje, anksioznost, impulzivne su, teže se kontroliraju i suzdržavaju (26). Istraživanja pokazuju kako bulimične osobe hranu doživljavaju kao zamjenu za ljubav te da je u suštini poremećaja problemi odnosa s majkom (27). Oboljeli teško podnose nesigurnost, uznemirenost i žalost, smiruju te osjećaje jedenjem. Kod pacijenata oboljelih od bulimije tjelesna masa je normalna ili malo povećana za razliku od anoreksičnih bolesnika koji imaju izrazito

smanjenu tjelesnu masu (18). Za razliku od anoreksičnih pacijenata, bulimični imaju potrebu da se promijene, ali radi srama se ne jave odmah liječniku.

Za postavljanje dijagnoze su važne anamneza i heteroanamneza. Prestanak jedenja kod oboljelog dolazi tek kada se pojavi osjećaj boli radi prepunog želuca. Da bi prejedanje kompenzirala, osoba samoizaziva refluks, koristi laksative ili diuretike. Za utvrđivanje bulimije osoba mora najmanje jednom u tjedan dana tijekom tri mjeseca prejedati se te samoizazivati refluks (21).

Osobe oboljele od bulimije nervoze karakterizira manje težih komplikacija, ali su izraženije kod prvog pregleda, oboljeli se žali na umor, mučninu, opstipaciju, nadutost, bol u trbuhu i poremećaj menstruacije. Također, dolazi do erozija zubne cakline koje se javljaju povraćanjem. Oboljelom prilikom kliničkog pregleda mogućnost uočavanja povećane žlijezde slinovnice, ponajviše parotidne žlijezde (20). Mogućnost pojava edema, dehidracije i elektrolitski disbalans, hipokloremije i hipokalijemije koji se rezultira uzimanjem laksativa ili diuretika. Dolazi do pojave ezofagitisa, dilatacije želuca koje može dovesti do rupture te smrti koja je rijetka, no jedan je od uzroka smrti oboljelih od bulimije (18).

Procjena prevalencije poremećaja osobnosti između osoba koje imaju poremećaj prehrane bulimiju je 21% do 77%. Česta je prisutnost opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Poslije dijagnosticiranja bulimije i uz tretman oboljelog može se očekivati da će 50% oboljelih nakon dvije do deset godina liječenja biti asimptomatsko. Nekolicina od 20% ostat će neizliječena, njih 30% imat će faze remisije i relapsa ili će doći do subkliničkog oblika bolesti (28). Istraživanje provedeno na 222 osobe u vremenskom razdoblju od 11 godina pokazalo je da 70% oboljelih ušlo u djelomičnu ili potpunu remisiju, a njih 11% imalo je i dalje simptome poremećaja (21).

1.3.3. Neodređeni poremećaji prehrane

Kao neodređeni poremećaj prehrane u DSM-IV je poremećaj koji ne zadovoljava kriterije koje se odnose na dijagnozu anoreksije i bulimije nervoze (29). Prema kriterijima DSM-IV, neodređeni poremećaji prehrane postavljaju se prema sljedećim kriterijima: ispunjeni su svi kriteriji za dijagnozu anoreksije nervoze, no osim što gubi kilograme ima težinu u normalnim intervalima, kod žena, svi kriteriji su zadovoljeni za anoreksiju nervozu, ali oboljeli ima redovite menstruacije, odgovarajući su kriteriji za bulimiju nervozu, ali prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju se manje od dva puta tjedno, tijekom najmanje tri mjeseca. Ponavlja se žvakanje i pljuvanje, no ne i gutanje velikih količina hrane, osoba pokazuje epizode

prejedanja ali u odsutnosti ponašanja neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizma koje su karakteristične za bulimiju (29).

Sve češća je pojava ove dijagnoze koja uključuje poremećaj nekontroliranog jedenja ili binge eating disorder (BED), spominje se i kao samostalan poremećaj. Pojava poremećaja dolazi u ranoj odrasloj dobi, najčešće poslije velikog gubitka kilograma tijekom djeteta. Prevalencija BED poremećaja kreće se od 0,7%-4% kod nekliničke populacije, a među osobama koje su uključene u tretman gojaznosti može doseći razinu i do 30% (30). Kod opće populacije postotak je 8% prekomjerno teških žena koje zadovoljavaju kriterije prekomjernog jedenja ili BED (30). Kriteriji u dijagnostici su vrlo jasno definirani kod poremećaja prehrane, no u kliničkoj praksi je nešto drugačiji slučaj, oblici poremećaja ipak nisu jasno definirani.

1.3.4. Disfagija

Disfagiju u medicini koristimo kao opisivanje poremećaja gutanja. Simptom je bolesti te se najčešće opisuje kliničkim karakteristikama (32). Disfagiju opisujemo kao bilo kakvu poteškoću tijekom kretanja hrane od usta do abdomena (33). Možemo reći kako disfagija predstavlja i simptom i posljedicu neke od bolesti. Manifestira se kao poremećaj gutanja bolusa s vrlo čestim osjećajem fizičke smetnje kod njegova protoka neovisno na konzistenciju, može se pojaviti u bilo kojoj od tri faze protoka bolusa (oralna, faringealna i ezofaringealna) od usta do abdomena (34).

Poremećaj gutanja ili disfagija dijelimo na orofaringealnu i ezofaringealnu disfagiju. Ako je problem lokacija gutanja, tada orofaringealnu disfagiju nazivamo visokom. Ona predstavlja najčešći tip disfagije, te se javlja nemogućnost inicijacije gutanja i nemogućnost prijenosa bolusa iz ustiju u jednjak (35). Ezofaringealni poremećaj gutanja javlja se prilikom abnormalne pokretljivosti jednjaka ili kao posljedica prisustva opstrukcije. Uzrokovana je poremećajima peristaltike i njene pokretljivosti ili stanja u kojima ometaju protok bolusa kroz jednjak u želudac. Pacijenti opisuju kao da im se hrana zabada u grlo ili prsa. Često se događa kako opis pacijentova položaja opstrukcije ne odgovara sa stvarnom patologijom (35).

1.4. Rizik za zdravlje

1.4.1. Vegetarijanci

Termin vegetarijanstvo prvi puta se spominje u nazivu Vegetarijanskog društva Velike Britanije koje je osnovano 1847. godine (31). Pojmove koji se koriste za vegetarijanstvo su bezmasna prehrana, načini prehrane restriktivni na mesu, prehrana se zasniva na namirnicama koje su biljnog podrijetla. Vegetarijanac definiramo kao osobu koja ne konzumira meso, plodove mora i proizvode rađene od istih. Vegetarijanska prehrana temelji se na hrani biljnog podrijetla, no ima različite tipove prehrane. Dijelimo ih na vegane koji izrazito izbjegavaju svu hranu koja je životinjskog podrijetla, uzevši u obzir meso, jaja, ribu, mlijeko i mliječne proizvode te konzumaciju meda, zatim, lakto-vegetarijanci koji uz hranu biljnog podrijetla konzumiraju i mliječne proizvode i mlijeko, no izbjegavaju jaja, meso, ribu i perad. Postoje i ovo-vegetarijanci koji uz biljnu prehranu koriste i jaja, izbjegavaju meso, ribu i mlijeko. Zatim, lakto-ovo-vegetarijanci ili ovo-lakto-vegetarijanci su osobe koje konzumiraju jaja, mlijeko i mliječne proizvode te žitarice, voće, povrće i orašaste plodove. Poluvegetarijanci su osobe koje konzumiraju perad (pollovegetarijanci) ili meso od ribe (peskovegetarijanci), dok meso drugih životinja izbjegavaju (31).

Vegetarijanstvo kao način ishrane može biti siguran i zdrav izbor sve dok je unos potrebnih hranjivih sastojaka u normalnim količinama te odgovarajuće planiran. Kada osoba odluči postati vegetarijanac mora biti svjesna važnosti kvalitete namirnice, ako toga ne postoji nema ni kvalitetne ni pravilne prehrane (31). Da bismo osigurali dovoljno esencijalnih nutrijenata, trebamo izbjegavati prehranu temeljenu na jednoj ili svega nekoliko namirnica ili na jednoj prevladavajućoj skupini namirnica. Vegetarijanska prehrana je adekvatna i nutritivno bogata prehrana za sve skupine, uključujući djecu, dojenčad, trudnice, dojilje i adolescente te sportaše. Nekonzumacija mesa i mesnih prerađevina može uveliko utjecati na prevenciju kroničnih bolesti jer velik unos crvenog mesa povećava rizik od dijabetesa mellitusa tip 2, karcinoma dojke, prostate i debelog crijeva.

Također, vegetarijanska prehrana ima i svoje nedostatke, makronutrijenti proteini i omega 3 masne kiseline, kalcij, željezo i cink, vitamin B12 i D koji su kritični nutrijenti za čovjekov organizam. U nedostatak ubrajamo i karinnutrijente kojih nema u vegetarijanskoj prehrani već se nalaze u hrani životinjskog podrijetla, karnitin, kretatin, taurin, vitamin B12, vitamin D, dugolančane omega 3 masne kiseline (31).

Fitokemikalije i nenutritivne komponente hrane su nazivi za nove vitamine 21. stoljeća koje unose vegetarijanci. Stigmatizacija u vegetarijanskoj prehrani postala je prošlost, sve je više populacije uvjerenja kako je važna vegetarijanska prehrana u prevenciji kroničnih bolesti. Poznato je kako vegetarijanska prehrana ima bitnu ulogu u liječenju kroničnih bolesti, pa tako lakto-ovo-vegetarijanstvo bez dodanog smanjenja unosa energije može se preporučiti kod kontroliranja tjelesne mase, a prelazak na vegetarijansku prehranu rezultira se smanjenjem razine LDL kolesterola te snižavanjem krvnog tlaka. Studije prikazuju izrazito dobro prihvaćanje vegetarijansku prehranu kod oboljelih od dijabetesa tipa 2 i povoljan utjecaj razine glikoliranog hemoglobina (36).

1.4.2. Vegani

Vegani svojom prehranom značajno preveniraju različita oboljenja, od kardiovaskularnih pa sve do karcinoma. Nizak tlak, smanjena glukoza u krvi, kolesterol i trigliceridi su posljedica benefita prehrane vegana (37). Velika je razlika prehrane vegetarijanca i vegana od ne vegetarijanca jer jedu znatno više povrća i voća, imaju manju tjelesnu masu, često puta pripremaju hranu kod kuće, puše i piju manje, tjelesno su aktivniji. Postati i biti vegan zahtjeva izrazitu disciplinu, brigu o prehrani i njenoj kvaliteti. Nedostatak prehrani su vitamini B12 i D, željezo, kalcij, cink i omega-3 masne kiseline te kao i kod vegetarijanca nutrijenti kolin i kreatin. Sav taj nedostatak se rezultira i zdravljem osobe koliko god ona pazila na unos potrebnih namirnica. Nedostatak je i proteina koji je 50% manji od svejeda, problem je to kod osoba koje se aktivno bave sportom i tjelesnom aktivnošću, za osobe koje većinu svoga vremena provedu sjedeći to ne predstavlja znatan problem. Proteini kod vegana se slabo probavljaju, manjeg su udjela esencijalnih aminokiselina i suboptimalne kvalitete. Iako unosimo veliku količinu omega-3 masne kiseline, kalcija i vitamina B12, dolazi do malih iskoristivosti iz biljnih izvora, manje apsorpcije kalcija radi fitata i oksalata, te deficita folata (37).

Akademija nutricionizma i dijetetike govori kako je veganska prehrana adekvatna za sve dobne skupine, detaljno isplanirana, ali je velik rizik od neadekvatne prehrane i za djecu u razvoju (37). Istraživanja pokazuju kako svaki prehrambeni izbor da bi imao učinak na zdravlje morao biti uveden u svakodnevnu konzumaciju te osoba biti ustrajna u njenom korištenju, čak i cijeli život. No, u 80% slučajeva vegani se vrte starom načinu života tj. konzumaciji prehrambenih proizvoda životinjskog podrijetla (37).

1.4.3. Pretilost

Pretilost ili prekomjerna tjelesna težina je prevelika količina tjelesne masnoće koja je opasna po zdravlje čovjeka. WHO (World Health Organization) izdala je uzbunu 1997. godine radi pretilosti, navodi kako je pretilost jedna od najvećih pošasti koje prijete čovječanstvu jer je pretilost izrazito izražena među djecom (38). Uzevši u obzir podatak kako u djetinjstvu za 50%-60% pretilost povećava rizik od prerane smrti u odrasloj dobi (38).

Primarni uzroci pretilosti su: genetski čimbenici, prekomjerni unos energije hranom, niska razina tjelesne aktivnosti, lijekovi te promijenjeni metabolizam masnog tkiva. Epidemiološka i klinička istraživanja ukazuju na to da najveći problem s pretilošću nisu hormonski i metabolički poremećaji već nedovoljna tjelesna aktivnost i nekontrolirana visokokalorična prehrana. Razvijene zemlje svijeta najveći postotak pretilosti imaju u siromašnim dijelovima, a u nerazvijenim zemljama pretilost prevladava kod bogatog stanovništva zemlje (39).

Pretilost je povezana s nizom kroničnih bolesti, neke od njih su: povišen arterijski krvni tlak, dijabetes, koronarna bolest srca, povećana koncentracija masnoća u krvi i karcinomi. Kod kliničkih i epidemioloških istraživanja primjenjuje se indeks tjelesne mase kod gdje razlikujemo pretilost prema stupnjevima: umjerena ($25\text{-}30\text{kg/m}^2$), izrazita ($31\text{-}34\text{kg/m}^2$), teška ($35\text{-}40\text{kg/m}^2$) i patološka ($> 40\text{kg/m}^2$) (39).

U Republici Hrvatskoj godine 2010. udio pretile djece i djece koja imaju prekomjernu tjelesnu težinu bio je 20% među dječacima trinaest godina starosti, odnosno 25% kod dječaka petnaest godina starosti i 12% kod djevojčica trinaest godina starosti, odnosno 10% djevojčica petnaest godina starosti (40). Gledajući pretilost djece iz drugih europskih zemalja, hrvatska djeca su bila na 25. mjestu u dobi od 13 godina 2002. godine, na 11. mjestu 2006. godine i 7. mjestu 2010. godine. Sve se više povećava udio djece koja imaju problema sa kilogramima/pretile osobe (40). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis objavio je istraživanje 2015. godine kako je pretilost zabilježena kod 8,6% učenika osnovne škole i 10,3% učenika srednje škole u Republici Hrvatskoj (41).

1.4.4. Diabetes mellitus tip 2

Dijabetes tipa 2 ili dijabetes odraslih je dijabetes koji je neovisan o inzulinu. Stanice gušterače uspijevaju stvoriti dovoljnu količinu inzulina, no povećava se koncentracija glukoze u krvi te dolazi do poremećaja na mjestu djelovanja inzulina (13). Osobe oboljele od dijabetesa tipa 2 imaju otpornost na djelovanje inzulina tj. inzulinska rezistencija, gdje mišići i masne stanice

možu samo djelomično koristiti inzulin. Tip 2 se javlja kod odrasle populacije, najčešće od starijih osoba i pretilih. Stabilizirati i održavati normalnu koncentraciju šećera u krvi oboljeli mogu s uvođenjem dijete i tjelesne aktivnosti (13).

Alternativna prehrana za oboljele je mediteranska prehrana koja pokazuje izrazito dobar učinak na regulaciju glukoze, tjelesnu težinu i kardiovaskularne čimbenike. Dijeta je za svaku osobu različita i prilagođena prema terapiji, prehranbenim navikama, tjelesnoj aktivnosti i metaboličkim potrebama (42). Namirnice se dijele prema šest osnovnih skupina namirnica kako bi zadovoljili nutritivnu i energetska vrijednost. Za svih 6 skupina namirnica postoji preporučeni dnevni unos, kruha i zamjena za kruh, voća, povrća, meso i zamjena, mlijeko i zamjena, masnoća i zamjena za masnoću. Zamjene moraju imati istu količinu ugljikohidrata, bjelanjčevina, masti i kalorija kao i izvorne namirnice. Krucijalno je orijentirati se na preporučenu količinu namirnica iz određene skupine kako bismo zadovoljili osnovne nutritivne i energetske potrebe (42).

1.4.5. Alkohol i cigarete

Vrlo je važno istaknuti kako konzumacija alkohola utječe na sve organske sustave u našem tijelu. Umjerena količina uvjetuje prolazu tahikardiju te vazodilataciju, veća količina alkohola u organizmu izaziva povišenje i smanjenje cerebralnog protoka krvi i pada tjelesne temperature (43). Također, alkohol ima diuretski učinak, razmjern je u koncentraciji alkohola u krvi, a do njega dolazi radi blokade lučenja antidiuretskog hormona. Konzumacija alkohola, čak i ona kratkotrajna na primjer vikendom, dovodi do oštećenja funkcije jetre gdje se nakupljaju masti i proteini, kod dugotrajnog konzumiranja alkohola dolazi do razvoja alkoholnog hepatitisa i ciroze jetre, upala jednjaka i želučane sluznice, varikozitet jednjaka koji ako dođe do rupture nastupa smrt. Pankreatitis, neoplazma pankreasa, disregulacija lipoproteina i triglicerida koji dovodi do infarkta miokarda, karcinom glave, jednjaka, vrata, želuca, jetre, kolona i pluća koji su neophodni kod konzumacije velikih i čestih količina alkohola (43).

Pušenje ima pandemijski karakter. Prema SZO, u svijetu ima jedna milijarda i tri stotine milijuna ovisnika o pušenju, ako se tako i nastavi procjenjuje se da do 2025. godine broj pušača povećao na jednu milijardu i šesto milijuna ljudi (43). Prema podacima jedna trećina muškaraca u svijetu je pušač, dok jedna petina mladih u dobi od 13-15 godina konzumira duhan to je u svijetu 80 do 100 tisuća djece koja puše. U svijetu umire jedna od deset osoba koja puši, a do 2030. godine bi se mogao povećati broj na šest osoba. U Europi puši 50% muškaraca u dobi od 20-60 godina, 20% žena i 30-40% mladih. Barem jednom je probalo pušiti 60% djece, dok je 1/3 mladih do 18 godina ovisno o pušenju (43).

Više umire od posljedica pušenja godišnje nego od posljedica alkohola, ubojstva, požara, samoubojstva, prometnih nesreća i AIDS-a sve ukupno. Prema podacima SZO-a godišnje se liječi 100 mil. ljudi, dok umire njih 6 mil. (43). Osobe muškog spola umiru znatno ranije, između 35-69 godina. Ovisnost o pušenju zove se nikotin manija. Procjenjuje se kako 90-95% ljudi koji su umrli od raka pluća bili pušači, dok je kod ostalih smrti od drugih vrsta raka smrtnost pušača 50%. Smrtnost KOPB-a, emfizema i bronhitisa pluća iznosi 75-80%, dok je kod srčano-žilnih bolesti 20-25% (43).

1.4.6. Sjedilački način života

Velik problem za osobe koje svakodnevno više sati sjeti na poslu ili kod kuće je smanjen i otežani rad krvotoka, probavnog te dišnog sustava, skloni su povećaju masnoće i pretilosti. Dolazi do kontrakcija mišića leđa, vrata, neaktivnost mišića prsa, trbuha i mišića nogu (44). Kako bismo smanjili i ublažili bolove i moguće tegobe potrebno je uključiti aktivnost kada je god moguće. Potrebno je rasteretiti opterećenja leđnih mišića, jačanje i istežanje atrofičnih mišića trbuha, nogu i prsa, a to bismo postigli tjelesnom aktivnošću koja obuhvaća rolanje, trčanje, plivanje i brzo hodanje. Preporučuje se vježbanje na spravama i otežanjem kako bi ojačali mišići trbuha, leđa, nogu i prsa (44).

1.4.7. Tjelesna aktivnost

Tjelesnu aktivnost definiramo kao bilo kakav pokret tijela koji se rezultira povećanjem potrošnje energije u odnosu na stanje mirovanja (44). Čovjekova je osnovna potreba za kretanje, tjelesnom aktivnošću koja pridonosi boljem zdravlju, razvija brzinu, snagu i izdržljivost tijekom cijeloga života. Tjelesna aktivnost našem tijelu pridonosi psihičko zdravlje, tjelesno, bolja radna sposobnost, bolji uspjeh i učinkovitost, lakoća snalaženja u svakodnevnim životnim situacijama, otpornost organizma, prevencija akutnih i kroničnih bolesti. Nedovoljno kretanje ili tjelesne aktivnosti donosi organizmu slabljenje i usporavanje metabolizma (45).

Redovita tjelesna aktivnost posjeduje velik broj prednosti, smanjen rizik od preuranjene smrti, kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, raka debelog crijeva, održava tjelesnu težinu, potpomaže razvoju mišića, kosti i zglobova te unapređuje psihičko zdravlje čovjeka (45).

Tjelesnu aktivnost smatramo jednu od glavnih i ključnih čimbenika zdravstvenih problema i u najranijoj mladosti. Aktivnost stvara ravnotežu u mnogim regulacijskim, fiziološkim i funkcionalnim mehanizmima organizma (46). Posljedice koje nastaju neaktivnošću možemo ublažiti odgovarajućim kineziološkim programima. Potrebno je stvoriti naviku kako pravilo

iskoristiti slobodno vrijeme te se posvetiti vježbanju i kretnji. Kineziološke aktivnosti, sportska rekreacija i sport imaju posebno i važno mjesto u razvoju djece, mladih i odraslih osoba. S toga, potrebno je što ranije utjecati na poticanje aktivnosti, najbolje u dječjem razdoblju kako bi stvorili navike, potaknuli rast i razvoj organizma, poboljšali motorički razvoj i prevenirali različite zdravstvene probleme (46).

1.5.BMI

BMI eng. Body mass index ili indeks tjelesne mase je okvirni pokazatelj pretilosti i debljine. Računamo ga tako da se tjelesna masa osobe u kilogramima podijeli s kvadratom visine u metrima: $BMI = \text{tjelesna težina (kg)} / \text{visina (m}^2\text{)}$. Na primjer, ako je neko tešak 70 kg, a visok 175 cm $BMI = 70 / 1,75 \times 1,75 = 70 / 3,0625 \text{ m}^2 = 22,85 \text{ kg} / \text{m}^2$ (47).

Tablica 1.1.- Vrijednosti BMI (47)

| BMI | ŽENE | MUŠKARCI |
|---|-------------|-----------------|
| Prenizak BMI - neuhranjenost | < 19,1 | < 20,7 |
| Idealan BMI – normalna uhranjenost | 19,1 – 25,8 | 20,7 – 26,4 |
| Povišen BMI – povišena tjelesna težina | 25,9 – 27,3 | 26,5 – 27,8 |
| Visok BMI – prekomjerna tjelesna težina | 27,4 – 32,3 | 27,9 – 31,1 |
| Previsok BMI – rizična debljina | 32,4 – 45 | 31,2 - 45 |
| Izrazito visok BMI – veoma rizična debljina koju treba liječiti | ➤ 45 | ➤ 45 |

Prema stvarnoj i standardnoj tjelesnoj masi koju osoba posjeduje, možemo izračunati dnevne energetske potrebe (DEP) svakog čovjeka. Dnevnu potrebu za osnovnim sastojcima hrane koristimo kao, 1 kcal = 4,2kJ prema standardnim i stvarnim vrijednostima mase. Kako bismo pravilo izračunali dnevne potrebe potrebno je utvrditi pripada li osoba u skupinu prekomjernih osoba, normalnih ili neuhranjenih osoba. Zatim, standardnu tjelesnu masu tj. masu koja nam je idealna za nas pomnožimo s odgovarajućem brojem kJ i to za: gojazne = standardna masa x 75 kJ (18kcal) = DEP u kJ, normalnu = standardna masa x 105 kJ (25kcal) = DEP u kJ, neuhranjenu = standardna masa x 126 kJ (30 kcal) = DEP u KJ (47).

Tablica 1.2. - Prosječne dnevne potrebe hrane za umjereno aktivne osobe izražene u kalorijama (47)

| ŽENE | |
|------------------------|------------------------|
| <i>Godine starosti</i> | <i>Kalorije dnevno</i> |
| 11-14 | 2.400 |
| 15-22 | 2.100 |
| 23-50 | 2.000 |
| 51 i više | 1.800 |
| MUŠKARCI | |
| <i>Godine starosti</i> | <i>Kalorije dnevno</i> |
| 11 – 14 | 2.800 |
| 15 – 22 | 3.000 |
| 23 – 50 | 2.700 |
| 51 i više | 2.400 |

Tablica 1.3.- Energetske potrebe u zavisnosti od fizičke aktivnosti (47)

| Stepen fizičke aktivnosti | Energetske potrebe (kcal/kg/dnevno) |
|----------------------------------|--|
| Niska fizička aktivnost | 30-35 |
| Srednja fizička aktivnost | 35-40 |
| Teška aktivnost | 40-50 |

2. CILJ RADA

Osnovni cilj ovoga rada je istražiti prehrambene navike ispitanika ankete i utjecaj koje one imaju na zdravlje, njihove stavove, znanja i loše navike. Zatim, utvrditi postoje li razlike u prehrani ovisno o spolu, dobi, stupnju obrazovanja i sredini u kojoj borave i žive te ulogu sestre prvostupnice u prevenciji pretilosti i stjecanju zdravih navika. Koristeći se podacima antropometrijskih mjera i dobi saznat ćemo koje je stanje uhranjenosti ispitanika te tako istražiti jesu li ispitanici pretili i žive li aktivno i zdravo.

3. METODE I ISPITANICI

U svrhu istraživanja proveden je anoniman anketni upitnik za procjenu prehrambenih navika ispitanika. Anketni upitnik sastoji se od 31 pitanja (Prilog 1) koja su podijeljena na tri dijela. Prvi dio upitnika se odnosi na socio-demografski status ispitanika, odnosno dob, spol, tjelesna težina, tjelesna visina, godine starosti, mjesto stanovanja, obrazovanje i radni status. Drugi dio upitnika se sastoji od navika ispitanika, ispitanici su trebali odgovoriti bave li se aktivnošću, koliko sati spavaju, koliko vode piju, koliko često jedu i piju nezdrave namirnice i pića te ostalo. Zatim, treći dio sadrži stavove ispitanika odnosno označiti na Likert ljestvici od 1-5 znaju li što je pretilost, utječe li prehrana na njihovo zdravlje, smatraju li da ako su tjelesno aktivni i paze na prehranu da će rizik za nastanak bolesti biti manji te ostalo. U upitniku se nalaze pitanja gdje su odgovori već ponuđeni ili gdje je potrebno odgovor napisati na ponuđeno polje.

Upitnik je napravljen putem *Google forms* alata te je učitao na *Google* platformu *Facebook*. Anketni upitnik je postavljen online 7.04.2021, a zatvoren 1.05.2021. godine. Upitnik je bio ponuđen općoj populaciji različite životne dobi, stupnja obrazovanja te spola. Metoda obrade rada je deskriptivna, rezultati su svrstani u dijagrame, tablice i grafikone radi lakše vizualizacije dobivenih odgovora.

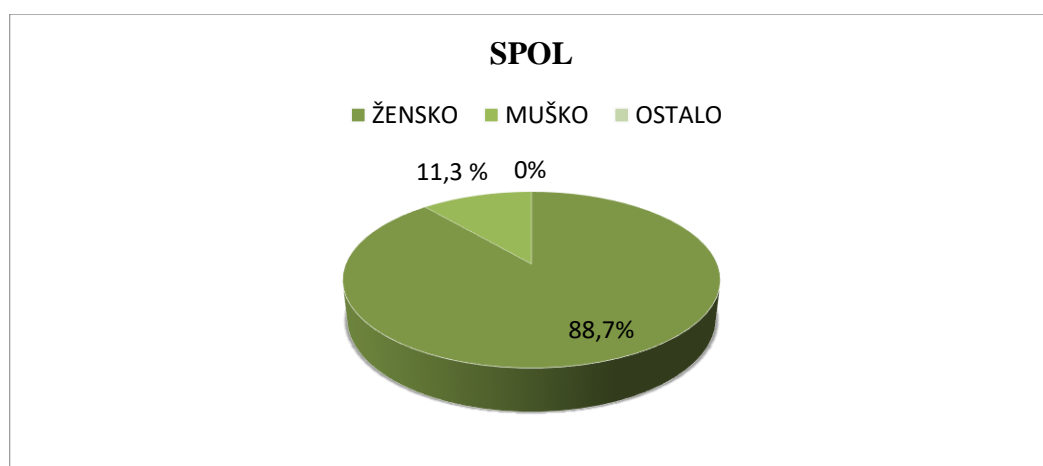
4. REZULTATI

Pomoću anonimnog online upitnika kojemu je svrha specifično istraživanje prikupljeno je 599 ispitanika, od čega je nakon pregleda odgovora važećih bilo 594, a nevažećih 5 odgovora. Razlog tomu je nepodudaranje odgovora u određenom pitanju, nerealni odgovori i nedovoljno pružanje potrebnih odgovora. Upitnik je postavljen online 7.04.2021. , a zatvoren 1.05.2021. i bio je dostupan općoj populaciji s različitim socio-demografskim obilježjima.

4.1. Socio-demografska obilježja

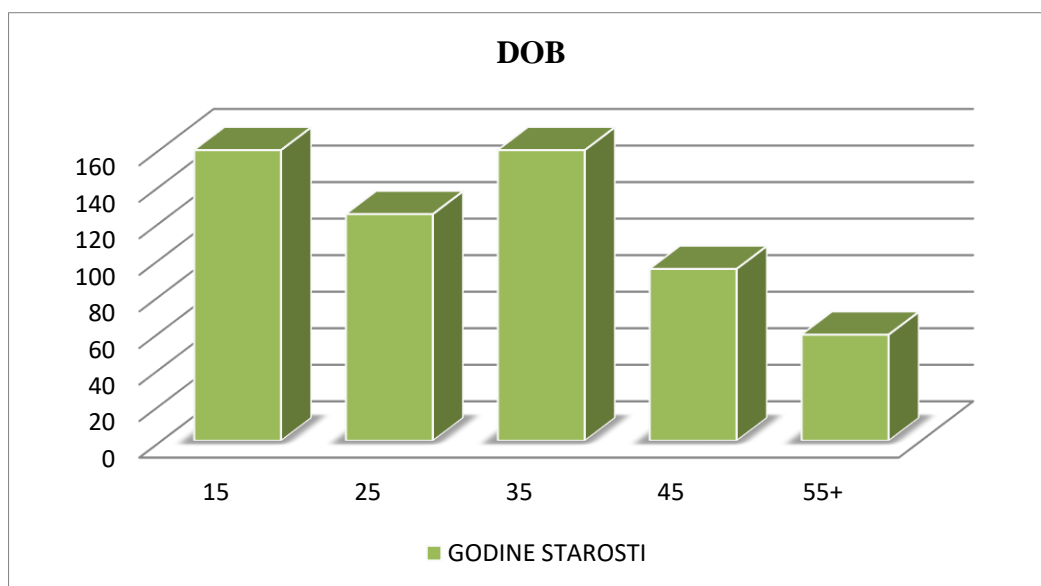
U ovom dijelu bit će prikazani socio-demografski podaci ispitanika anketnog anonimnog upitnika i dobiveni rezultati u svezi istog.

Na slici 4.1. prikazana je raspodjela ispitanika prema spolu. Od ukupnog broja ispitanika veći dio zauzimaju žene njih 88,7% (527), dok muškarci 11,3% (67), a 0% (0) se izjasnilo kao ostalo.



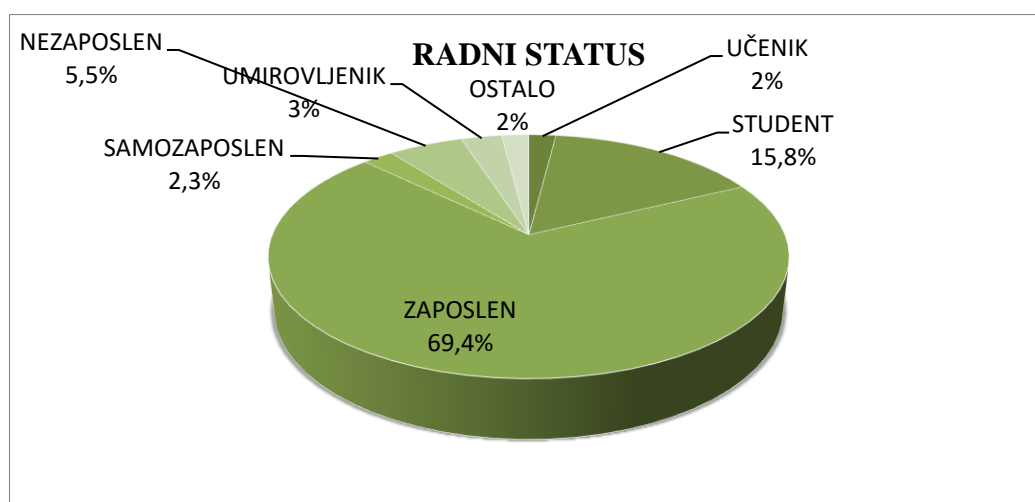
Slika 4.1. Raspodjela ispitanika prema spolu

Na slici 4.2. prikazana je raspodjela ispitanika prema dobnim skupinama. Jednak broj ispitanika pripada skupini 15-24 godina njih 26,8% (159) i 36-44 godina njih 26,8% (159), dok postotak ispitanika u dobi od 26 - 34 godina iznosi 20,9% (124). Dobnoj skupini 46-54 godine pripada 15,9% (94), a u skupini više od 55 godina pripada 8% (48) ispitanika.



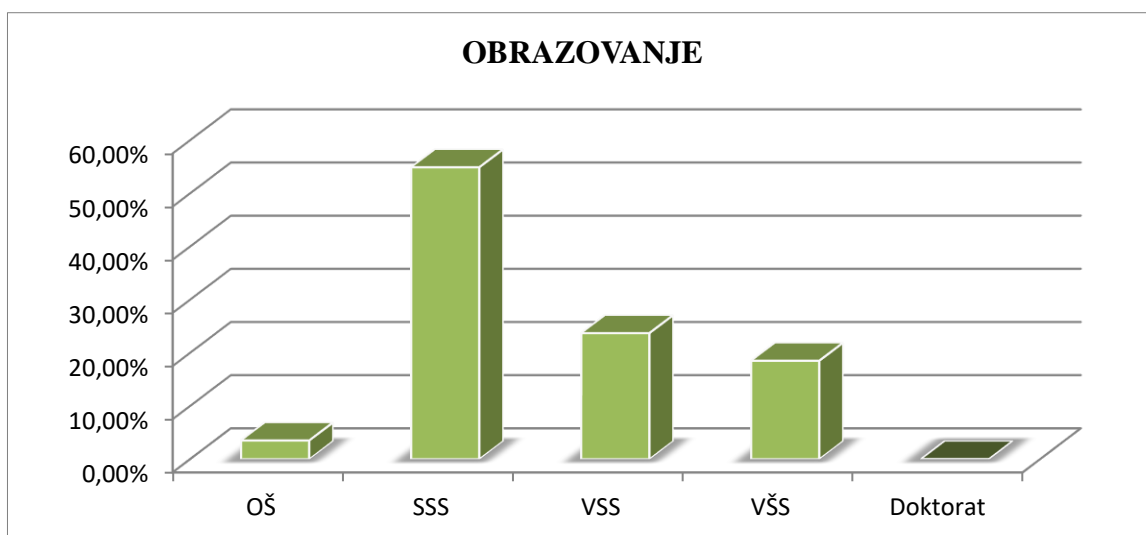
Slika 4.2. Raspodjela dobne skupine ispitanika

Slika 4.3 prikazuje radni status ispitanika. Najveći dio ispitanika je zaposlen, ukupno 69,4% (412) ispitanika što je više od polovine ispitanih. Zatim, slijedi dio ispitanika koji su studenti njih 15,8% (94), nezaposleni njih 5,5% (33), umirovljenici 3% (18), samozaposleni 2,3% (14), učenici 2% (12) te se 2% (12) ispitanika odlučilo za odgovor „ostalo“.



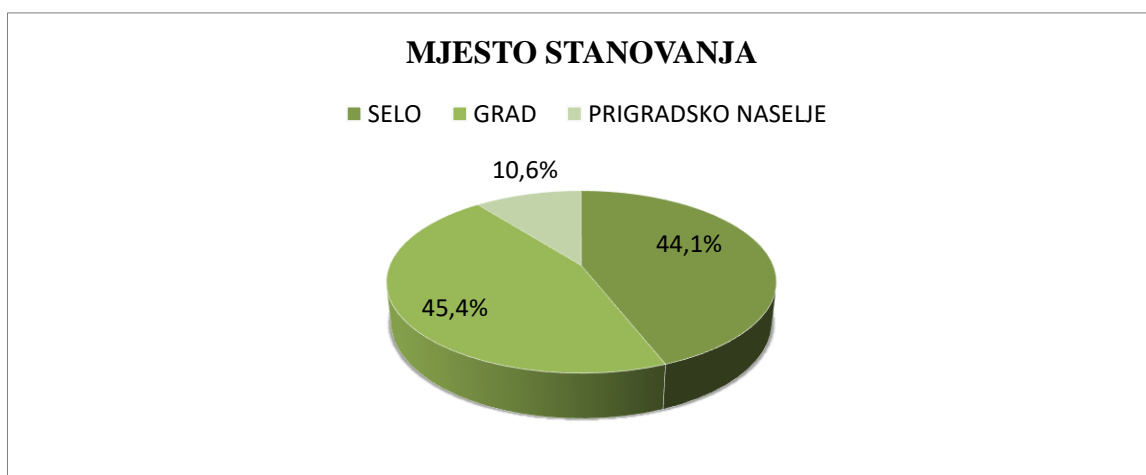
Slika 4.3. Raspodjela ispitanika prema radnom statusu

Slika 4.4. prikazuje stupanj obrazovanja ispitanika. Najveći postotak ispitanika ima srednju stručnu spremu, njih ukupno 54,9% (326), zatim visoku stručnu spremu ima njih ukupno 23,7% (141), a višu stručnu spremu ima njih 18,5% (110). Najmanji postotak ispitanika ima osnovna škola, njih 3,5% dok doktorat nema ni jedan ispitanik.



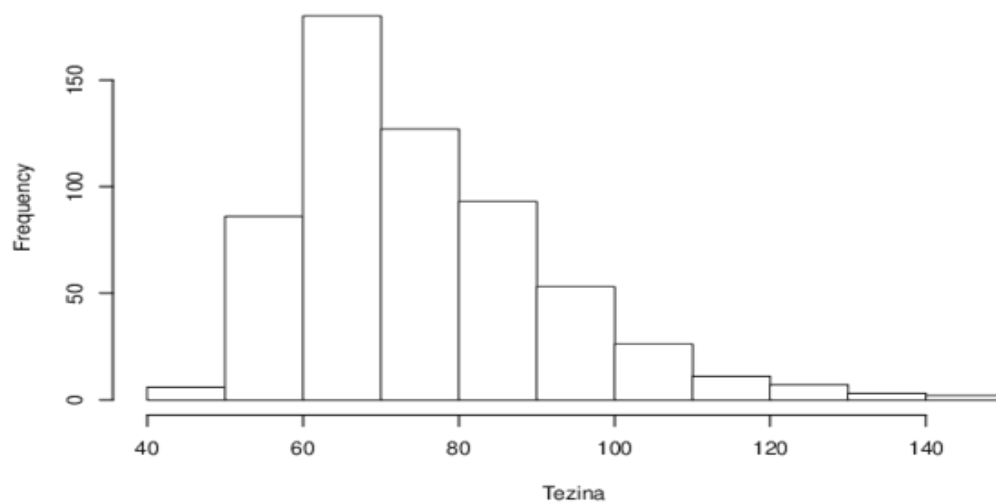
Slika 4.4. Raspodjela stupnja obrazovanja ispitanika

Na slici 4.5. prikazana je raspodjela ispitanika prema mjestu stanovanja. Najveći broj ispitanih, njih 45,4% (270) živi u gradu, dok njih 44,1% (262) živi na selu. U prigradskom naselju živi 10,6% (63) ispitanika.



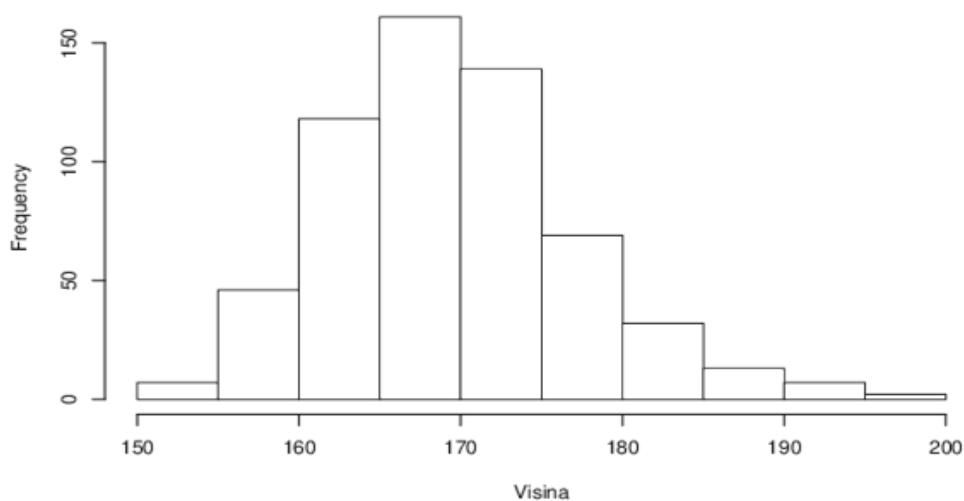
Slika 4.5. Raspodjela mjesta stanovanja ispitanika

Slika 4.6. prikazuje raspon tjelesne težine ispitanika. Vidljivo je kako je raspodjela udarena više u lijevo što znači da ima više mladih ljudi koji imaju manju težinu. Raspodjela je više za ženski spol jer muških ima vrlo malo. Aritmetička sredina izračunata u Excelu je 74,14 kg, za žene je samo 71,76 kg što nam ne daje jako veliku razliku.



Slika 4.6. Raspodjela tjelesne težina ispitanika

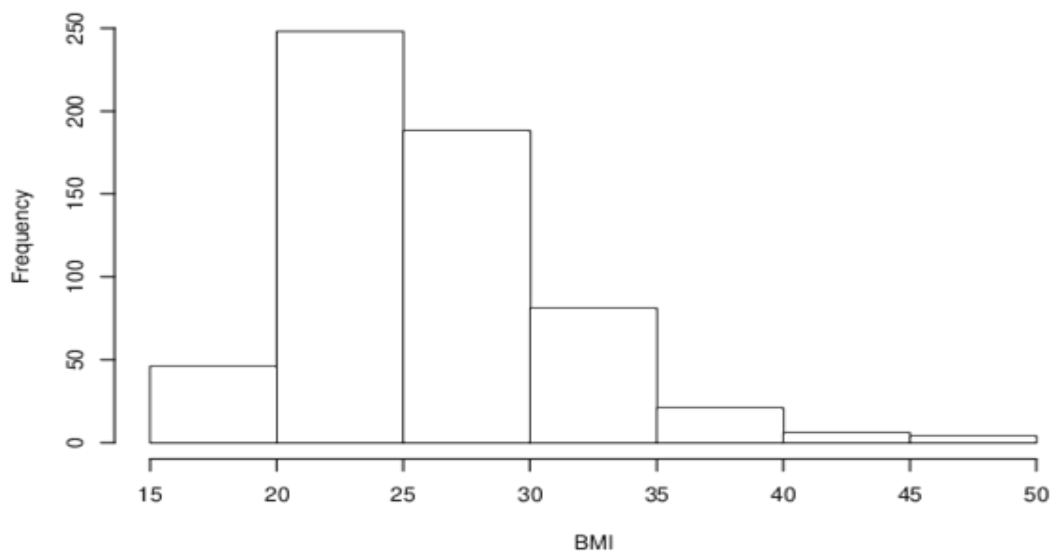
Na slici 4.7. prikazana je raspodjela tjelesne visine ispitanika. Među 594 ispitanika ima samo 68 muških, što je vrlo malo (11,45%) tako da ovo ispada praktički raspodjela za ženski spol. Da su oba spola prilično zastupljena, raspodjela bi imala dva vrha. Aritmetička sredina izračunata u Excelu za visinu je 168,84 cm (samo za žene je 167,23 cm, što je vrlo blisko).



Slika 4.7. Raspodjela tjelesne visine ispitanika

Na slici 4.8. prikazan je izračunat BMI ispitanika. Histogram pokazuje udarenost ulijevo radi velikog dijela mladih ljudi te se odnosi praktički na ženski spol. Uočava se velik udio osoba koje imaju velike vrijednosti BMI (**iznad 30, ima ih 0,188553 ili 18,8553% tj. skoro petina ispitanika**), a također i osoba iznad 100 kg što nije samo zbog velike visine nego i zbog pretilosti.

Budući da se radi uglavnom o ženskom rodu koji bi trebao imati niže vrijednosti težine, ova opažanja upućuje na postojanje pretilosti među ispitanicima. Da bi se bilo sigurno s ovim zaključcima, trebalo bi iz podataka maknuti podatke za muške ispitanike i ponovno ispitati podatke za ženske ispitanike (N = 526) – vjerojatno bi tada neke ekstremne vrijednosti težine, visine i BMI-a nestale. Aritmetička sredina za sve ispitanike u Excelu je 25,94 kg/m².

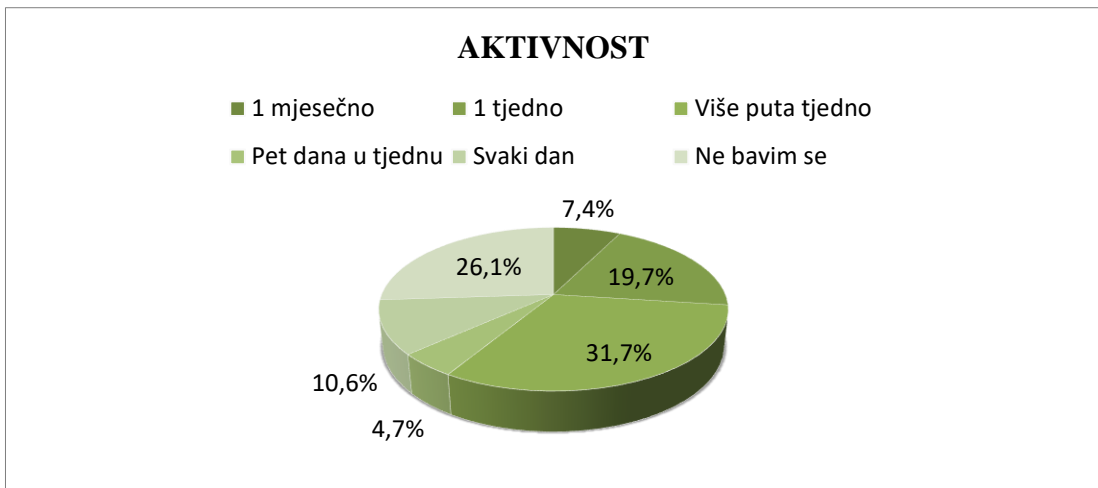


Slika 4.8. Raspodjela BMI-a ispitanika

4.2. Navike ispitanika

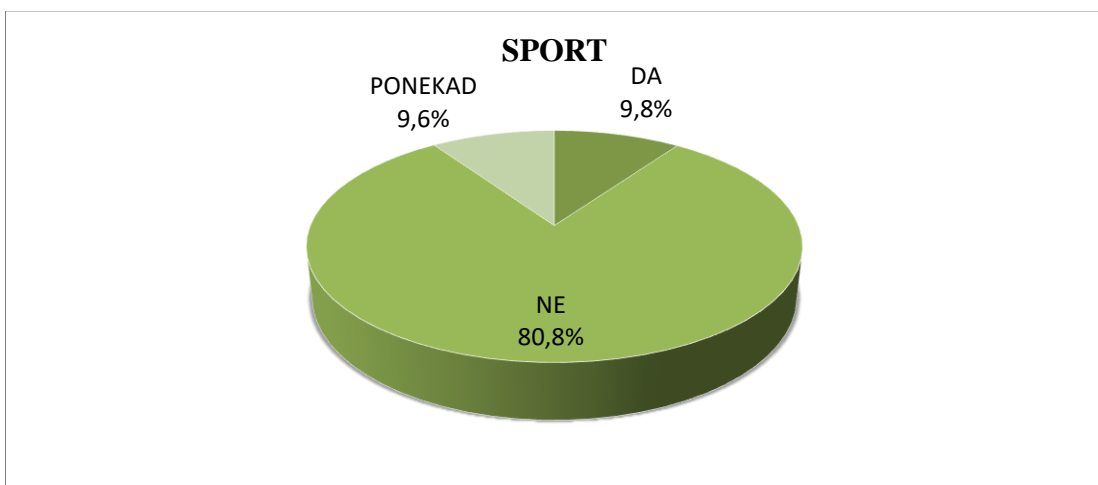
Ovaj dio anketnog upitnika tj. njegova rezultata nam služi da bismo prikazali navike ispitanika te uvidjeli postoji li odstupanje od zdravog načina života.

Prikaz rezultata bavljenja aktivnošću ispitanika možemo očitati pomoću slike 4.9. Nakon provedenog anketnog upitnika najveći postotak ispitanih odgovorilo je kako se bave aktivnošću više puta tjedno, njih ukupno 31,7% (188), zabrinjavajući podatak je kako 26,1% (155) ispitanika se ne bavi aktivnošću, što je razlika u samo 5,6% ispitanika. Njih 19,7% (117) se bavi jednom tjedno, 10,6% (63) svaki dan, 7,4% (44) se bavi tjelesnom aktivnošću jednom mjesečno dok se ukupno 4,7% (28) pet dana u tjednu.



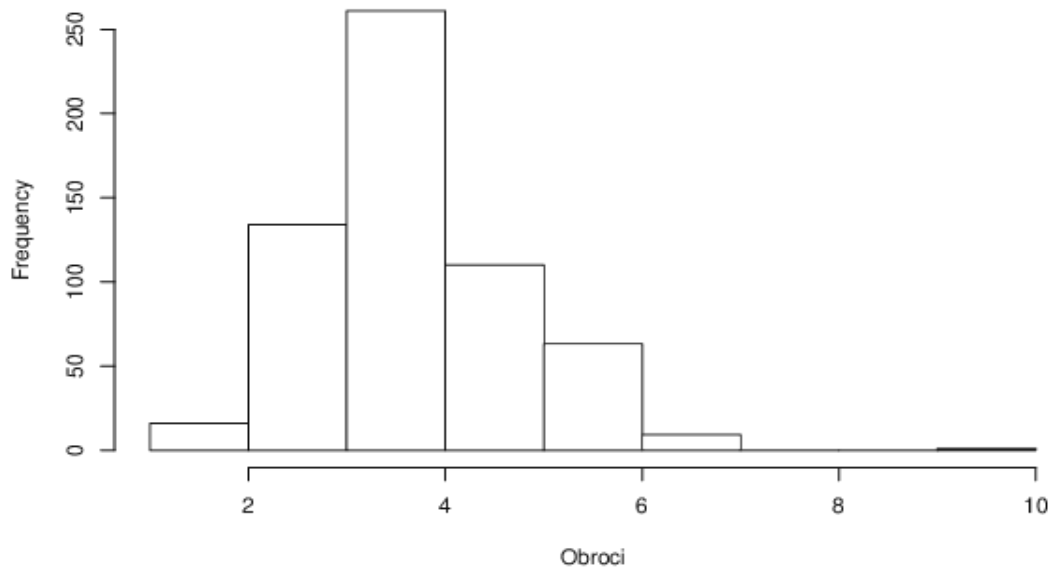
Slika 4.9. – Raspodjela aktivnosti ispitanika

Na slici 4.10 može se vidjeti bave li se ispitanici nekom vrstom sporta. Rezultati su zabrinjavajući, čak njih 80,8% (480) se ne bavi sportom, njih 9,8% se bavi, dok njih 9,6% se ponekad bavi sportom.



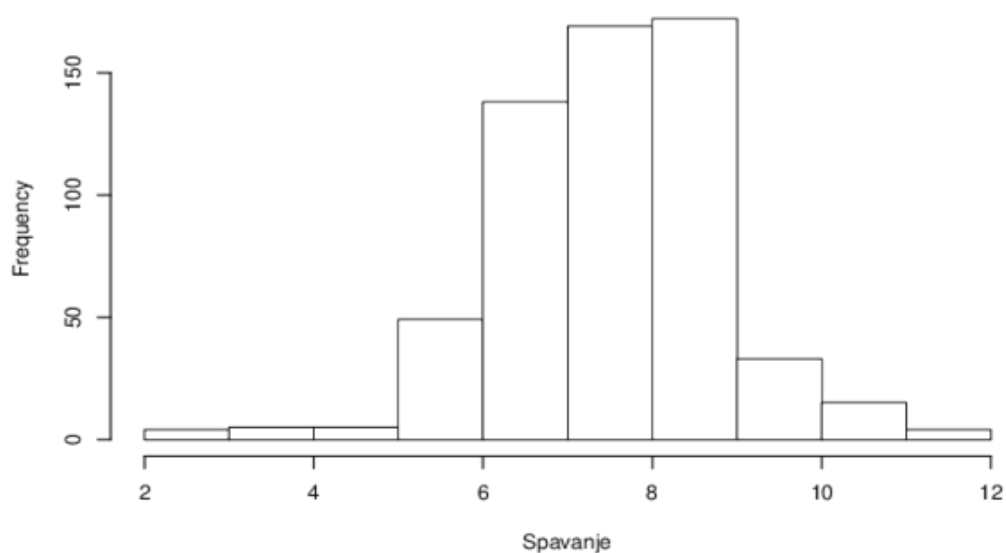
Slika 4.10. – Raspodjela bavljenja sa sportom

Vidljivo je na slici 4.11. kako ispitanici u prosjeku imaju 3-4 obroka sveukupno, što i nije baš posve zdrava navika jer nemaju još koji međuobrok. Točna aritmetička sredina u Excelu je 3,24 što je premalo $0,122897 = 12,2897\%$ ispitanika koji imaju više od 5 obroka.



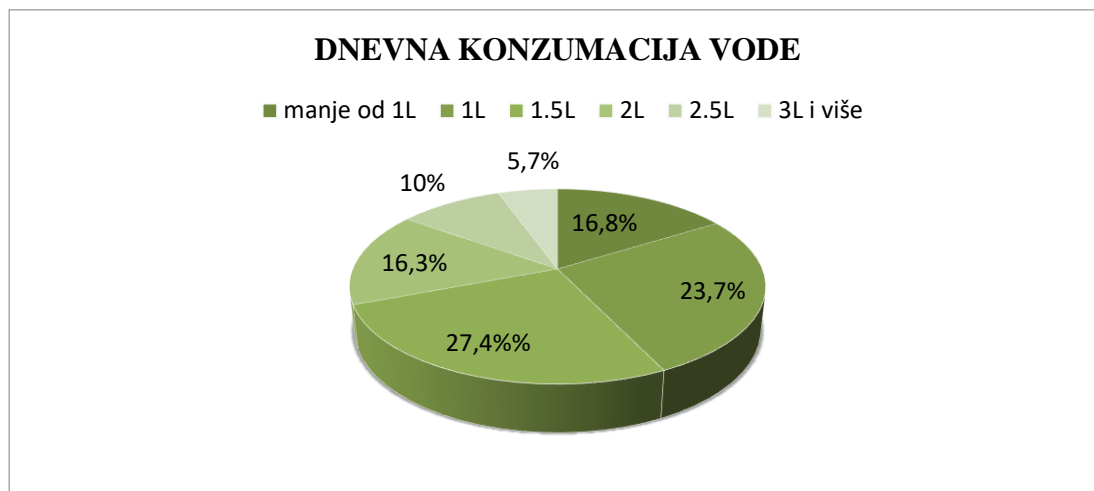
Slika 4.11. - Raspodjela količine obroka u danu

Iako ispitanici u prosjeku spavaju oko 7-8 sati, uočava se velik udio ispitanika koji spavaju manje od 7 sati, što je vidljivo na slici 4.12. Njih $0,338385 = 33,8385\%$ ispitanika spava manje od 7 sati tj. jedna trećina ispitanika. To je jedna vrlo nezdrava navika. Prosjek za sve ispitanike je 7,07 sati, dakle nije 8 sati, što opet znači da ima više onih koji spavaju manje.



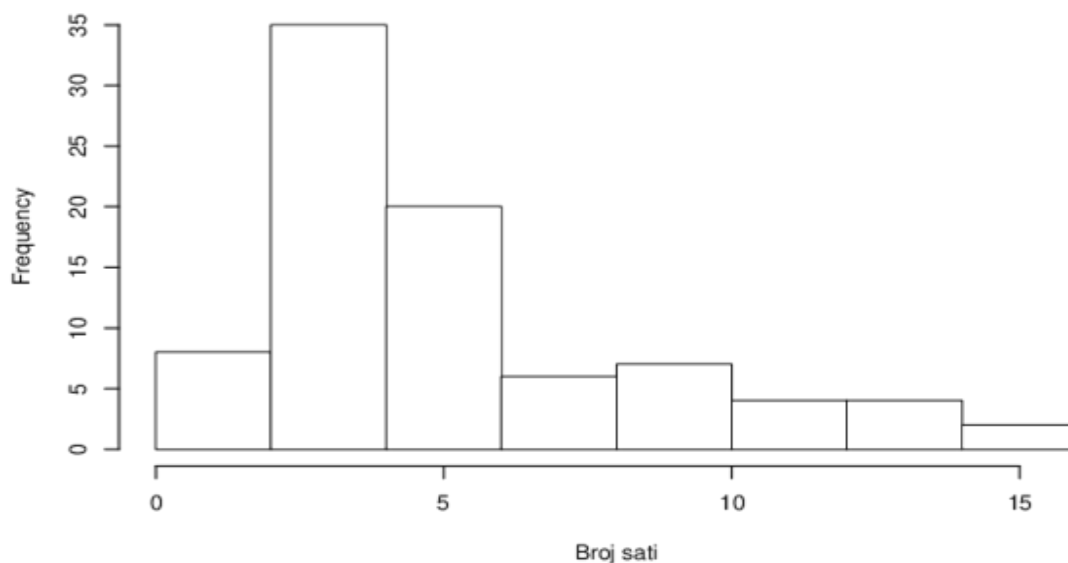
Slika 4.12. - Raspodjela broja sati spavanja tijekom jednog dana

Ispitanici anketnog upitnika u najvećem postotku tijekom dana piju 1.5L vode, njih ukupno 27,4% (163), zatim njih 23,7% (141) piju 1L tijekom dana, manje od 1L pije njih 16,8% (100), dok 2L vode pije njih 16,3% (97). Najmanji postotak ispitanika pije 3L i više, njih 5,7% (34), a 2.5L pije njih 10% (60) što je vidljivo na slici 4.13.



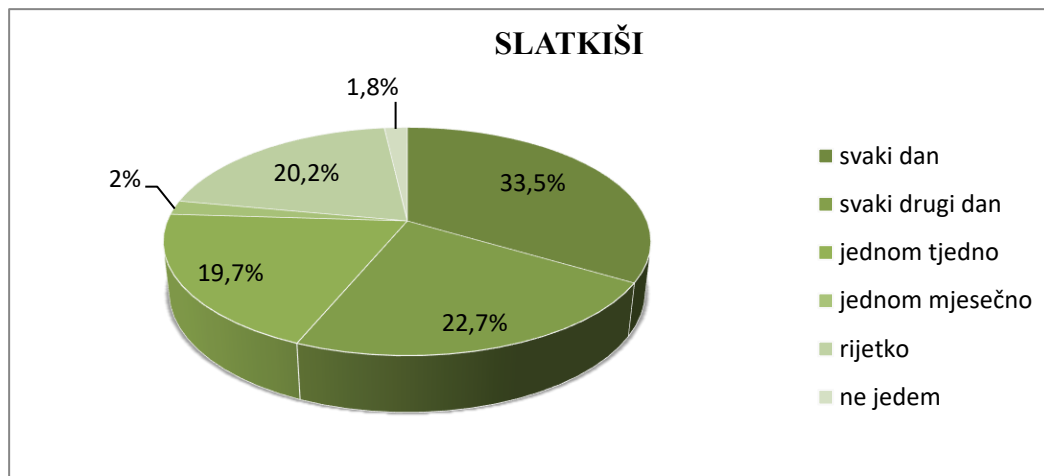
Slika 4.13. – Raspodjela konzumacije vode tijekom jednog dana

Prema prikazu slici 4.14. većina ispitanika dnevno provede pred TV, računalom i mobitelom 3-5 h. Najmanje je onih koji provode čitav dan pred TV, računalom, mobitelom, to su osobe koje rade od kuće ili imaju takav posao koji zahtjeva cijelo radno vrijeme rad na računalu ili mobitelu. Zaključujemo kako većina ispitanika provede prilično kratko vrijeme za računalom, TV i mobitelom što je dobar pokazatelj navika ispitanika.



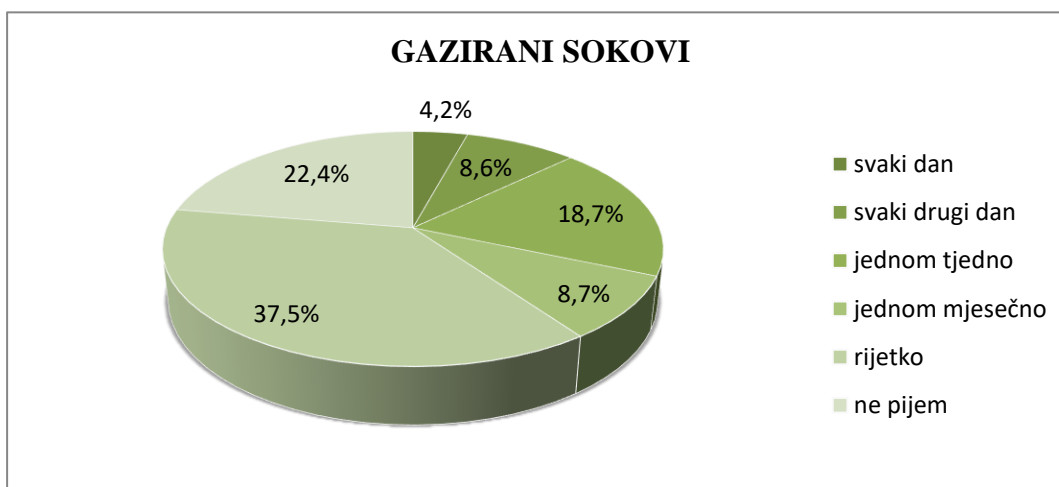
Slika 4.14. – Raspodjela broja sati provedenih pred TV, računalom, mobitelom

Nakon provedene ankete, rezultati na pitanje „Koliko često jedete slatkiše?“ su sljedeći ; Većina ispitanika njih ukupno 33,5% (199) slatkiše jede svaki dan, 22,7% (136) ispitanika slatkiše jede svaki drugi dan, rijetko jede njih 20,2% (120), jednom tjedno ukupno 19,7% (117) ispitanika. Najmanji postotak ispitanih stisnulo je odgovor da ne jedu uopće slatkiše, njih ukupno 1,8% (11), dok nešto više ispitanih odabralo je da jede slatkiše jednom mjesečno, njih ukupno 2% (12)što je vidljivo na slici 4.15.



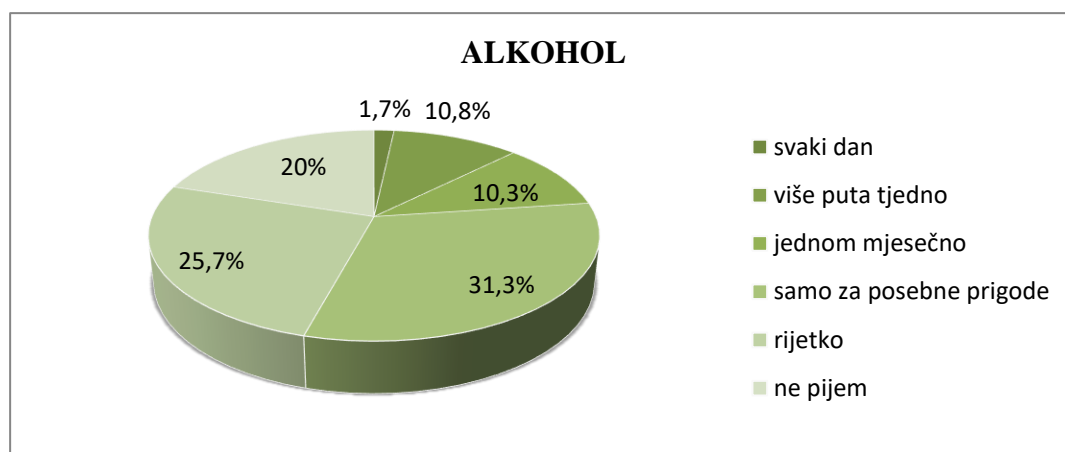
Slika 4.15. Raspodjela konzumacije slatkiša

Na slici 4.16. prikazani su rezultati pitanja „Koliko često pijete gazirana pića?“. Ispitanici u najvećem postotku odgovorili su da njih 37,5% (223) rijetko pije gazirana pića, njih 22,4% (133) ne pije gazirana pića, dok njih ukupno 18,7% (111) jednom tjedno pije gazirana pića. Približni rezultati daju odgovori jednom mjesečno, njih ukupno 8,7% (52), a svaki drugi dan 8,6% (51) ispitanici. Najmanji broj je onih koji piju gazirane sokove svaki dan, njih ukupno 4,2% (25).



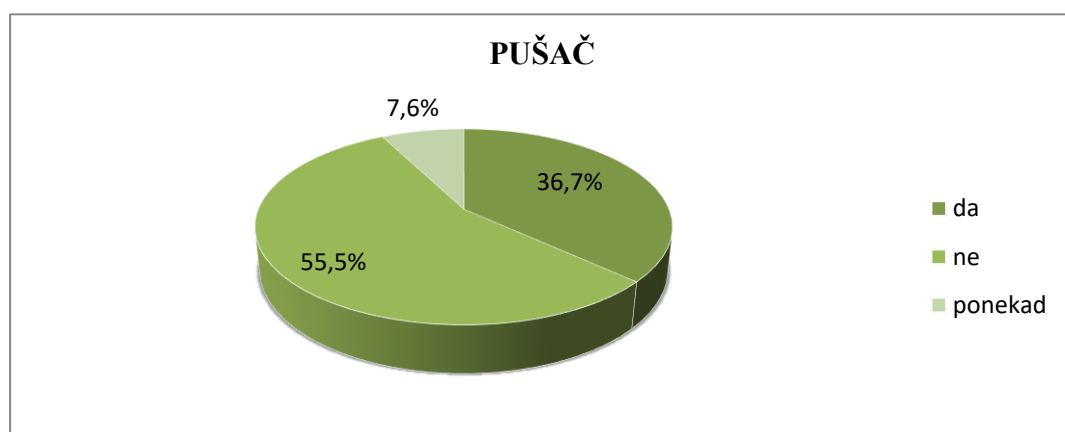
Slika 4.16. - Raspodjela konzumacije gaziranih pića

Slika 4.17. nam prikazuje koliko često ispitanici konzumiraju alkohol. Prema prikazanim rezultatima najveći postotak zauzimaju ispitanici koji konzumiraju alkohol samo za posebne prigode, njih ukupno 31,3% (186), zatim, ispitanici koji rijetko konzumiraju, njih ukupno 25,7% (154), osobe koje ne piju, njih ukupno 20% (119). Osobe koje konzumiraju alkohol više puta tjedno zauzimaju postotak od 10,8% (65), jednom mjesečno njih ukupno 10,3% (61), te najmanje zauzimaju ispitanici koji konzumiraju alkohol svaki dan, a njih je ukupno 1,7% (10).



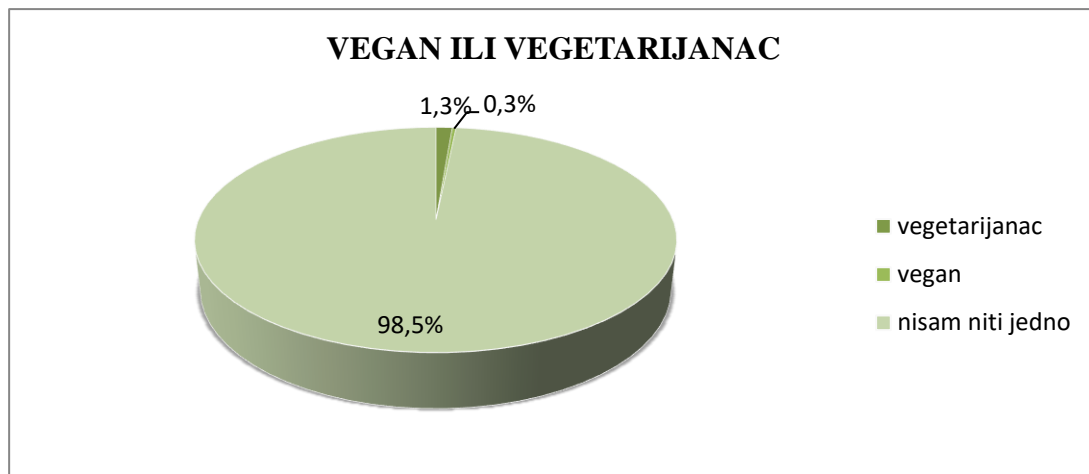
Slika 4.17. – Raspodjela konzumacija alkohola

Na prikazu slike 4.18. prikazani su rezultati odgovora na pitanje „jeste li pušač?“. Više od polovine ispitanika nisu pušači, njih ukupno 55,5% (330), nešto manji postotak je osoba koji puše, njih ukupno 36,7% (220), dok postotak onih koji ponekad puše iznosi 7,6% (45).



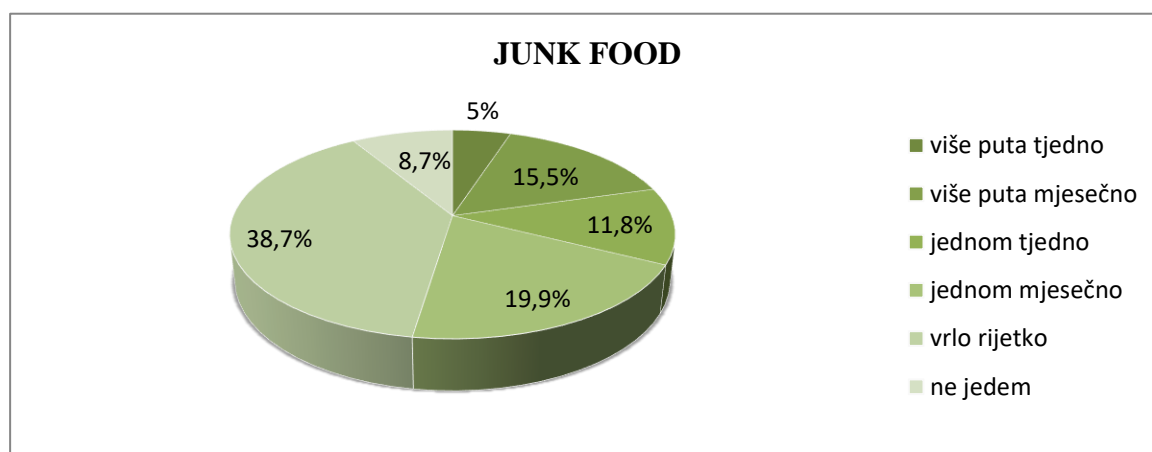
Slika 4.18. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje "Jeste li pušač?"

Na pitanje „Jeste li vegetarijanac ili vegan?“ najveći postotak odgovora iznosi kako ispitanici nisu niti jedno niti drugi, njih ukupno 98,5% (585), čak njih ukupno 1,3% (8) je odgovorilo kako je vegetarijanac, dok se njih 0,3% (2) izjasnilo kako je veganstvo je vidljivo na slici 4.19.



Slika 4.19. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje "Jeste li vegetarijanac ili vegan?"

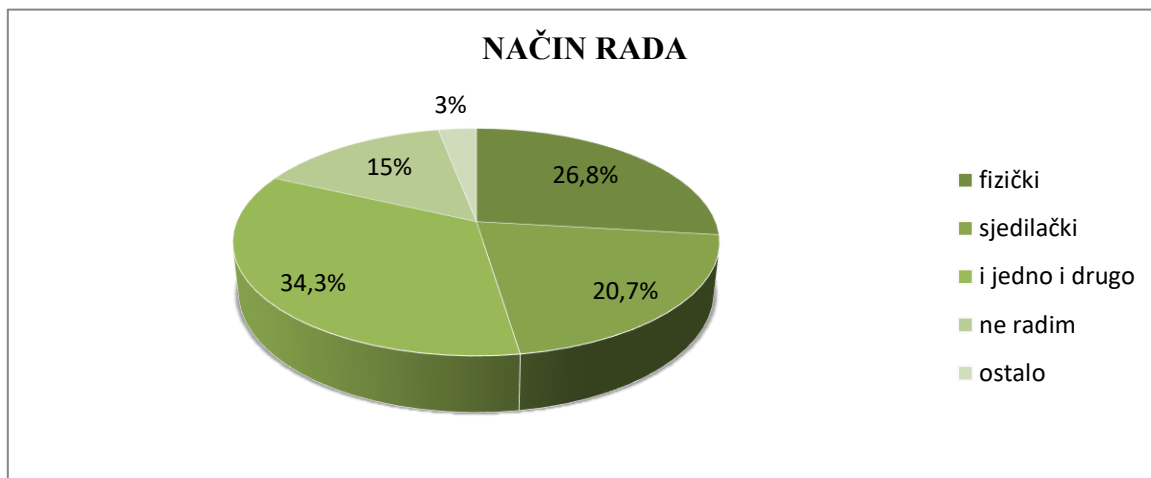
Slika 4.20. prikazuje rezultate na pitanje „Koliko često jedete junk food?“, a rezultati prikazuju sljedeće; 38,7% (232) ispitanika vrlo rijetko jede junk food hranu, 19,8% (118) jede jednom mjesečno, njih ukupno 15,5% (93) jede junk food više puta mjesečno, nešto manji postotak ispitanika jede jednom tjedno, njih ukupno 11,8% (70). Najmanji postotak ispitanika jede junk food više puta tjedno, njih ukupno 5% (30), a njih 8,7% (52) ne jede istu tu hranu.



Slika 4.20. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje "Koliko često jedete junk food?"

Zadnje pitanje u skupini navika ispitanika pripada pitanje „ako radite, koji je vaš način rada?“. Rezultati provedenog pitanja su prikazani na slici 4.21., a oni su sljedeći: najveći postotak daje odgovor i jedno i drugo 34,3% (204), zatim slijedi oni koji su označili kako je njihov način

rada fizički 26,8% (161), sjedilački 20,7% (123), oni koji ne rade njih ukupno 15% (89) te ostali 3% (18).



Slika 4.21. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje "ako radite, koji je vaš način rada?"

4.3. Stavovi ispitanika

Mišljenja i stavovi ispitanika prikazujemo Likert skalom. Takva skala služi kako bismo otkrili stavove i mišljenja svojih ispitanika. U pitanju koji slijedi korištena je Likert skala koja ima sljedeći način stupnjevanja: 1- nedovoljno znam, 2- dovoljno znam, 3- dobro znam, 4- vrlo dobro znam i 5-odlično znam (tablica 4.1.), 1- u potpunosti se ne slažem, 2- ne slažem se, 3- djelomično se slažem, 4- slažem se, 5- u potpunosti se slažem (tablica 4.2.).

Tablica 4.1.- Prikaz rezultata Likert skale za pitanje „Znate li što je pretilost?“

| Likert skala | | | | | |
|-------------------------------|------|----|------|------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Znate li što je pretilost? | 0,8% | 0% | 2,7% | 8,9% | 87,7% |

Tablica 4.2.- Prikaz rezultata Likert skale za četiri pitanja

| Likert skala - pitanja | | | | | |
|--|-------|-------|--------------|-------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Mislite li da prehrana utječe na Vaše zdravlje? | 0,5% | 0,3% | 4,8% | 12,1% | 82,3% |
| 2.Smatrate li da bi se pravilom prehranom i aktivnošću smanjio rizik za nastanak bolesti? | 1,1% | 1,5% | 8% | 18,2% | 71% |
| 3. Smatrate li da su dijete zdrave? | 17,9% | 15,6% | 46,1% | 13,7% | 6,6% |
| 4. Smatrate li da bi trebalo više educirati stanovništvo o zdravim navikama i njenim prednostima o poboljšanju zdravlja? | 1% | 0,8% | 7% | 15% | 76,3% |

Navedene tablice 4.1. i 4.2. kroz koje se prožima prikaz rezultata od pitanja kojima je bila potrebna Likert skala. Tablica 4.1. sadrži ukupno jedno pitanje. Pitanje glasi: „Znate li što je cijepljenje?“, najvećim postotkom ispitanici su odgovorili kako odlično znaju, njih ukupno 87,7% (521), 8,9% (53) vrlo dobro znaju, postotak onih koji dobro znaju je 2,7% (16). Najmanji postotak je onih koji nedovoljno znaju, njih ukupno 0,8% (5), dok oni koji dovoljno znaju je 0%.

Tablica 4.2. sadrži 4 tvrdnje. Od ukupno 4 tvrdnje kod njih 3 prevladava broj ispitanika koji je sklon odgovoru „5-U potpunosti se slažem“, te 1 tvrdnja od 4 prevladava broj ispitanika koji je sklon odgovoru 3-„djelomično se slažem“. U ni jednoj tvrdnji ne prevladava odgovor 1-„U potpunosti se ne slažem“, 2-„ne slažem se“ i 4-„slažem se“. Zaključno s rezultatima biranih odgovora, možemo zaključiti kako su ispitanici sigurni u svoje stavove i znanje, ali postoji polemika kod jedne tvrdnje.

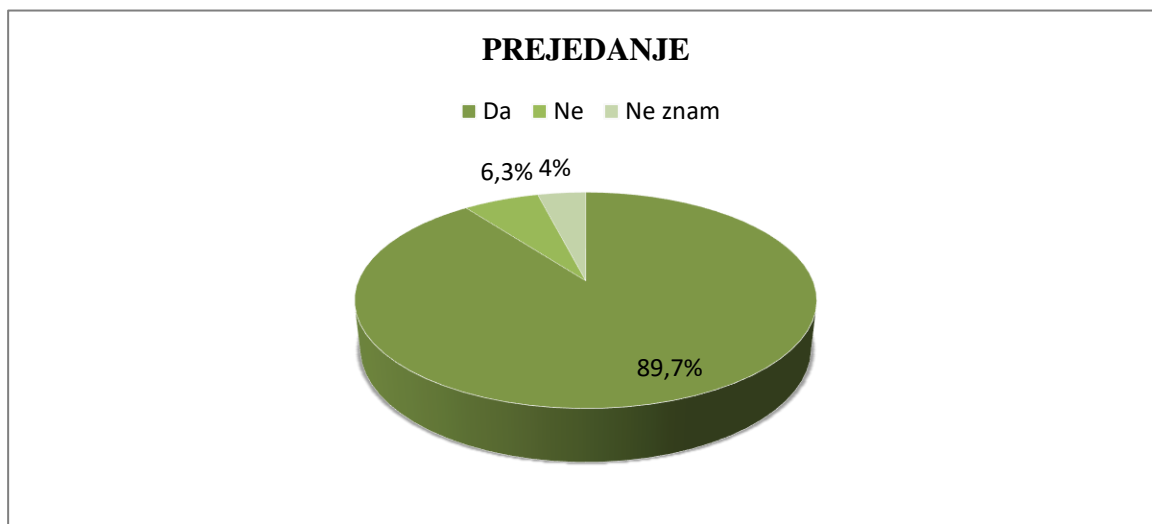
Tvrdnja prva kod tablice 4.2. glasi: „Mislite li da prehrana utječe na Vaše zdravlje?“. Tom tvrdnjom u potpunosti se slaže 82,3% (489) ispitanika. Ostatak ispitanika je odabrao sljedeće stupnjeve odgovora: 1= 0,5% (3), 2=0,3% (2), 3= 4,8% (29), 4=12,1% (72).

Druga tvrdnja glasi: „Smatrate li da bi se pravilom prehranom i aktivnošću smanjio rizik za nastanak bolesti?“. Ova tvrdnja ima većinski broj ispitanika koji se u potpunosti složio s ovom tvrdnjom, njih ukupno 71% (422). Ostatak ispitanih je odabrao sljedeće stupnjeve odgovora: 1= 1,1% (7), 2=1,5% (9), 3=8% (48), 4=18,2% (109).

Treća tvrdnja glasi: „Smatrate li da su dijete zdrave?“. Ova tvrdnja ima većinski broj ispitanika koji se djelomično slažu, njih ukupno 46,1% (274). Ostatak ispitanih je odabrao sljedeće stupnjeve odgovora: 1=17,9% (107), 2=15,% (93), 4=13,7% (82) i 5=6,6% (39).

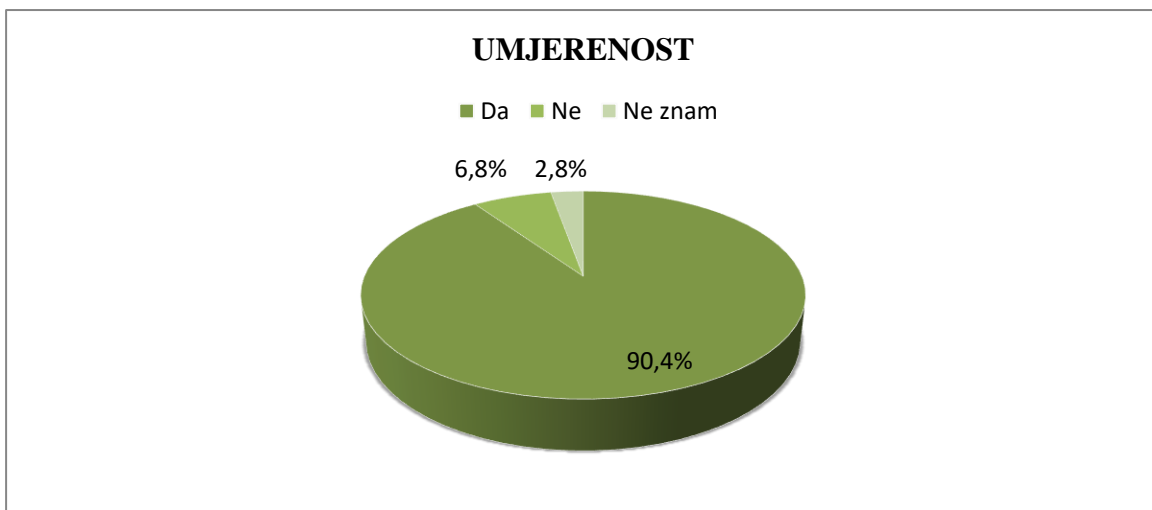
Zadnja tvrdnja glasi: „Smatrate li da bi trebalo više educirati stanovništvo o zdravim navikama i njenim prednostima o poboljšanju zdravlja?“. Tom tvrdnjom u potpunosti se slaže njih ukupno 76,3% (453) ispitanika. Ostatak ispitanih odabrao je sljedeće stupnjeve odgovora: 1=1% (6), 2=0,8% (5), 3=7% (42), 4=15% (89).

Na slici 4.22. vidljivi su rezultati pitanja „Jeste li se ikada prejeli?“. Najveći postotak ispitanika odgovorio je potvrdno, njih ukupno 89,7% (533), negiranjem je odgovorilo njih ukupno 6,3% (38) te ispitanici koji su odabrali odgovor ne znam, ukupno 4% (24).



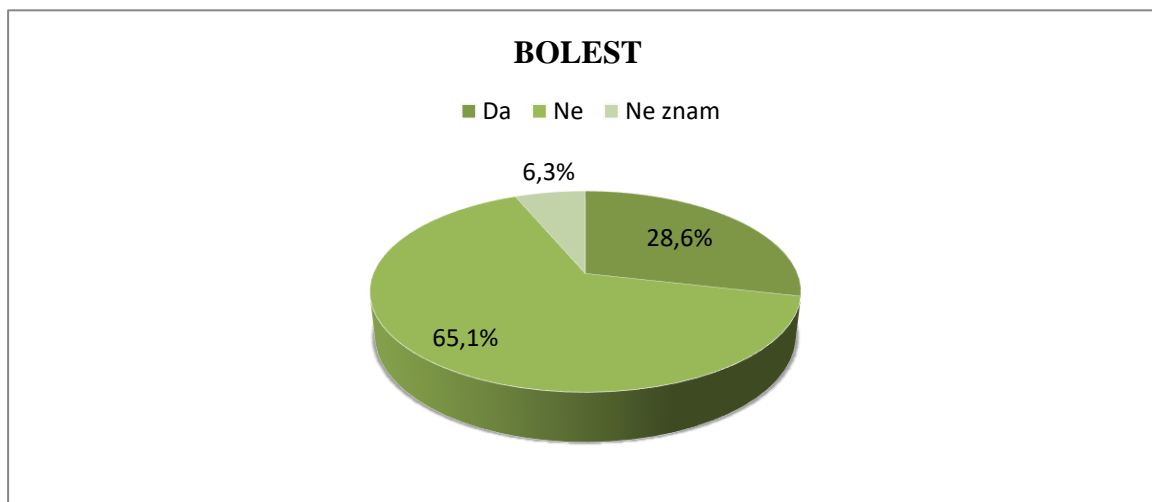
Slika 4.22. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje "Jeste li se ikada prejeli?"

Na slici 4.23. prikazani su rezultati pitanja „Smatrate li da biste trebali jesti umjereno?“. Najveći postotak iznosi odgovor „Da“ ukupno 90,4% (537), „Ne“ ukupno 6,8% (41) i „Ne znam“ ukupno 2,8% (17).



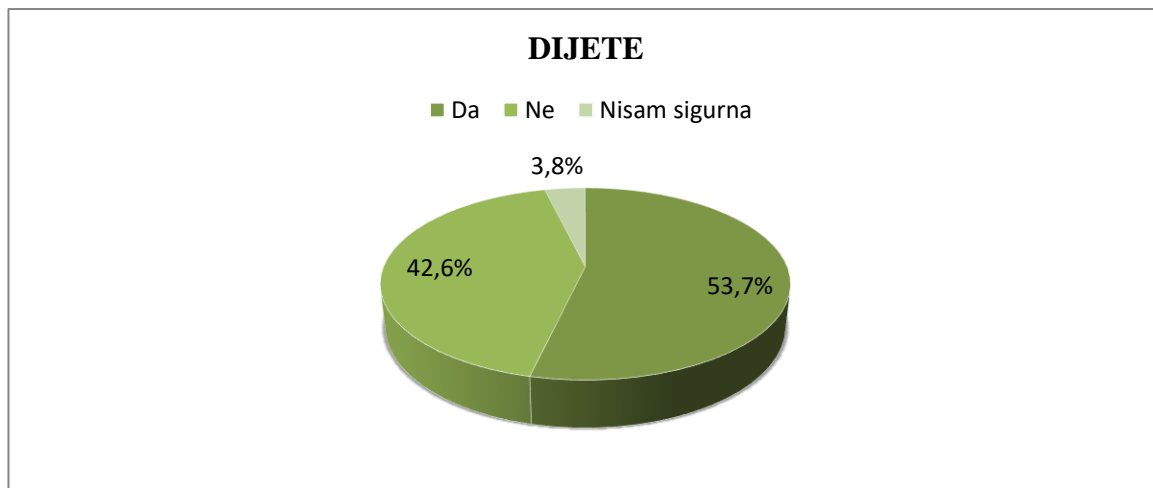
Slika 4.23. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje "Smatrate da biste trebali jesti umjereno?"

Ispitanici anketnog upitnika na pitanje „Bolujete li od neke bolesti?“ odgovaraju većim dijelom postotka 65,1% (387) kako ne boluju, njih ukupno 28,6% (170) boluje od neke bolesti, dok onih ispitanika koji ne znaju ima 6,3% (38) što je vidljivo na slici 4.24.



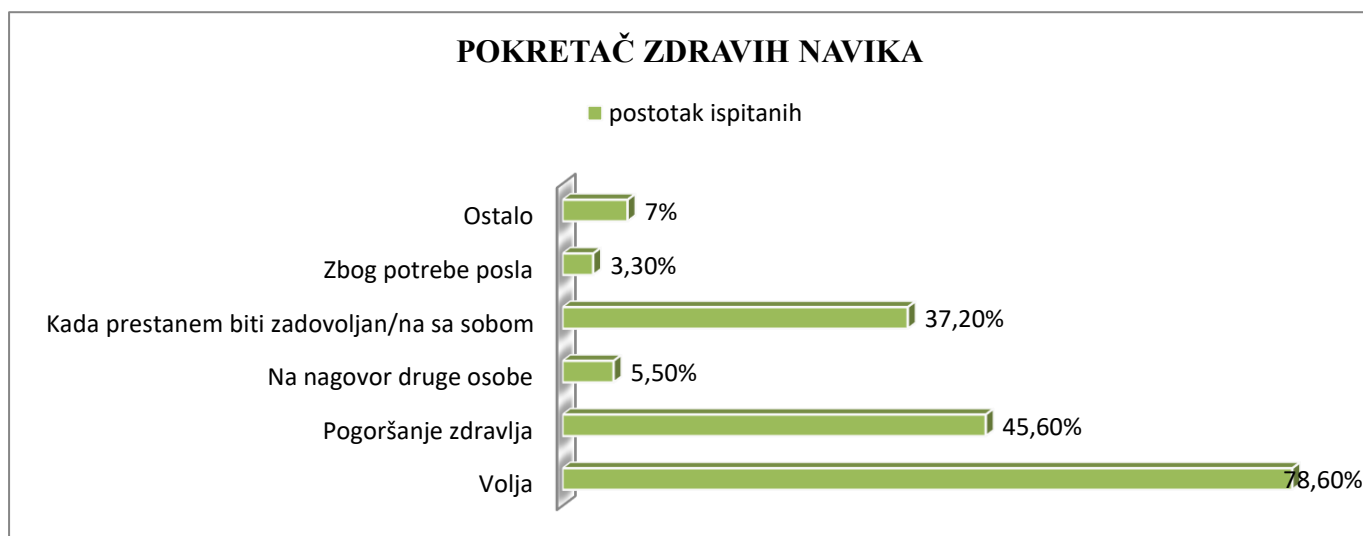
Slika 4.24. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje „Bolujete li od neke bolesti?“

Na slici 4.25. prikazani su rezultati pitanja „Jeste li bili na dijetama?“. Najveći postotak iznose ispitanici koji su bili na dijetama, njih ukupno 53,7% (319), zatim oni koji nisu bili su nešto u manjem postotku, njih ukupno 42,6% (253) te oni koji nisu sigurni zauzimaju postotak od 3,8% (23).



Slika 4.25.- Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje „Bolujete li od neke bolesti?“

Na slici 4.26. prikazani su rezultati pitanja „Prema vašem mišljenju koji bi bio najbolji pokretač da osoba krene sama stjecati zdrave navike?“. Ispitanici su odlučili kako je najbolji pokretač volja, odgovorilo je njih ukupno 78,6% (467), zatim, pogoršanje zdravlja, ukupno 45,6% (271), kada prestane biti zadovoljan/na sa samim sobom 37,2% (221), ostalo što iznosi 7% (42), na nagovor druge osobe 5,5% (33), najmanji broj ispitanika bi stjecao zdrave navike radi potreba posla, njih ukupno 3,3% (20).



Slika 4.26. - Raspodjela ispitanika sa obzirom na pitanje „Prema vašem mišljenju koji bi bio najbolji pokretač da osoba krene sama stjecati zdrave navike?“

Na pitanje koje su dijagnoze ispitanih, odgovorilo je 173 ispitanika od ukupno 594. Više od 50 % ispitanih odgovorilo je kao njihovu dijagnozu hipertenzija, zatim, Hashimoto hipotireoza, Diabetes mellitus, astmu, gastritis, anemiju, artritis, depresiju, epilepsiju, glaukom, neurofibromatoza, depresija, trombocitopenija, dermatitis, autoimuni tireoiditis, lupus, Chronova bolest, miastenija gravis te ostale.

5. RASPRAVA

Krucijalan dio istraživanja su socio-demografski podaci. Daju nam preglednu i jasnu situaciju kako bismo postigli cilj istraživanja tj. ispitali prehrambene navike ispitanika te utječu li one na njihovo zdravlje. Anonimni upitnik najviše je ispunilo osoba ženskog spola. Godine starosti ispitanika su raznolike, no većinom prevladava mlada i srednja populacija, dobne skupine od 15-24 i 36-44 godine. Prebivalište ispitanika je podijeljeno na selo, grad i prigradsko naselje, najveći dio ispitanika prebiva na selu i u gradu. Radni status ispitanika većinom je zaposlen, više od polovine ispitanika, dok je najviši stupanj obrazovanja kod ispitanika srednja stručna sprema.

Drugi dio anketnog anonimnog upitnika odnosi se na navike ispitanika. Tjelesnom aktivnošću se bavi skoro sličan postotak osoba od onih koji se ne bave, što nam ne daje najbolju sliku navika ispitanika. Isto tako nam dolazi zabrinjavajući pokazatelj kako četiri petine ispitanika ne trenira niti jedan sport. Anketirane osobe u prosjeku imaju 3-4 obroka sveukupno, što i nije zdrava navika te im nedostaje međuobrok ili užina. Ispitanici u prosjeku spavaju 7-8h dnevno, no ipak postoje i one osobe koje spavaju manje od 8h što nije odraz zdravih i pravilnih navika života. Konzumiranje vode je izrazito važan segment pravilne i zdrave prehrane, u pravilu odrasla osoba bi trebala dnevno popiti 1,5 do 2l vode na dan. U ovom slučaju ispitanici imaju dobre navike pijenja vode, velik dio ispitanih pije 1,5 do 2l vode tijekom dana. Jedna od nezdravih i loših navika je i provođenje ispred TV, računala, mobitela ili tableta. Posljedice mogu imati značajan utjecaj na zdravlje. No, rezultati pokazuju kako ispitanici koriste dnevno dva do četiri sata na gledanje TV, računala, mobitela ili tableta. Izuzev onih što rade na takvom poslu koji zahtjeva višesatnu provedbu korištenja istog. Slatkiši i gazirani sokovi su mali, ali ne tako neznačajan problem loših navika. Ne samo da potpomažu u pretilosti već razvijaju i ostale bolesti koje mogu doći do kroničnih dijagnoza. Ispitanici u velikoj većini svaki dan konzumiraju slatkiše, no u manjoj mjeri piju ili ne piju gazirana pića. Polovica ispitanika nije pušač, no ipak postoji 30% oni koji konzumiraju cigarete. Na pitanje „Jeste li vegetarijanac ili vegan“ potvrdno odgovara 8 osoba vegetarijanaca i 2 osobe koji su vegani, što je izrazito mali broj s obzirom na broj ukupno ispitanih. Dobar pokazatelj zdravih navika je rezultat odgovora na pitanje „koliko često jedete junk food?“, veći dio ispitanih jede rijetko ili jednom mjesečno, a oni koji jedu više puta tjedno su u manjem postotku, svega 5%. Način rada uvelike zauzima i fizički i sjedilački način ispitanika. Jedan dio je tjelesno neaktivan što ima sjedilački način što je još jedan problem pri pojavi pretilosti. Pretilost je prema istraživanju dobro poznat pojam, ali izrazito velik broj ispitanih, čak 90% se bar jednom prejelo. Što je odraz nepravilnog ponašanja zdravih navika.

Ispitanici su svjesni da bi trebali jesti umjereno, no ipak posežu ka ponovnom uzimaju hrane. Zabrinjavajuć podatak je kako 5% ispitanika nije svjesno kako pravilna prehrana utječe na zdravlje čovjeka, što dolazi od neinformiranosti i edukacije. Više od polovine ispitanika nema postavljenu dijagnozu bolesti, što nije loše, no moramo uzeti u obzir kako vjerojatno nisu redovito kontrolirali svoje zdravlje od straha liječnika, svojeg osobnog straha i anksioznosti ili jednostavno se osjećaju sasvim u redu. Oni koji imaju postavljenu dijagnozu, najčešće je to hipertenzija, Hashimoto hipotireoza, dermatitis, lupus, glaukom, depresija, epilepsija, hipotireoza, astma, gastritis te ostale. U potpunosti se slaže 70% ispitanika kako bi se pravilnom prehranom i aktivnošću smanjio rizik za nastanak bolesti. Dijeta je polovici ispitanika dobro poznata te su je koristili, što se može odraziti na zdravlje čovjeka te imati rizik za daljnji razvoj bolesti, kao što su gastritis. Dijete smatraju zdravim njih 5% ispitanika, dok velik dio se djelomično slaže tj. nema definirano mišljenje o dijeti i znanje što ona predstavlja čovjeku. Pravilna edukacija o zdravim navikama i njenim prednostima ka poboljšanju zdravlja je siguran put prema zdravom načinu života, s tom tvrdnjom se slaže u potpunosti 76% ispitanika. Glavni pokretač prema zdravim navikama je volja, zatim pogoršanje zdravlja i nezadovoljstvo samim sobom, prema rezultatima ispitanika.

5.1. Uloga medicinske sestre prvostupnice

Uloga medicinske sestre prvostupnice kod pretilosti je prikupljanje podataka o prehrambenim navikama pacijenta, tjelesnoj težini, bolestima i stanjima, upotrebi lijekova, mentalnom statusu pacijenta, stupnju samostalnosti, stanju sluznica, potkožnog masnog tkiva, zubala ukoliko ga ima. Potrebno je prikupiti podatke o vrijednosti laboratorijskih nalaza, o interesima i životnom stilu, obiteljskoj potpori, emocionalnim, socijalnim i genetskim čimbenicima (48).

Sestra mora planirati zdravstvenu njegu što znači odrediti realne kratkoročne i dugoročne ciljeve pacijenta tijekom boravka u zdravstvenoj ustanovi ili u kući, te provoditi sestrinske intervencije. Sestrinske intervencije se odnose na vaganje pacijenta tijekom boravka u zdravstvenoj ustanovi ili kućnoj njezi, objasniti zašto je važno unositi propisane količine hrane određenih kalorijskih vrijednosti te u suradnji s nutricionistom ukoliko je to moguće izraditi plan prehrane (48). Potrebno je pacijentu osigurati psihološku i socijalnu potporu, poticati na provođenje oralne higijene prije i nakon jela. Bilo bi idealno kada bi sestre izradila dnevni plan tjelesne aktivnosti s fizioterapeutom. Pacijenta je potrebno savjetovati da žvače polagano, da izbjegava napitke sa šećerom. Ukoliko je pacijent ograničen u samozbrinjavanju tada sestra

pomaže pri hranjenju. Sestra prvostupnica bi trebala educirati pacijenta o zdravoj prehrani, kako ona utječe na zdravlje čovjeka, kako je pravilo koristiti i što bi trebalo izbjegavati i ne konzumirati kako bi se pacijentovo zdravlje poboljšalo i krenulo ka izlječenju. Na samom kraju sestra provodi evaluaciju zdravstvene njege što znači da zaključuje je li pacijent postignuo cilj koji je zadala, ukoliko nije, potrebno je provoditi druge i efikasnije intervencije (48).

6. ZAKLJUČAK

Nepravilne prehrambene navike i pretilost su jedni od vodećih problema modernog doba. Radi nepravilne prehrane, smanjene tjelesne aktivnosti i ostalih različitih genetskih faktora dolazi do pretilosti, a pretilost potpomaže razvoju rizičnih bolesti. Bolesti koje se najčešće javljaju prilikom pretilosti su: hipertenzija, diabetes mellitus tip 2, astma, povećanje kolesterola, gastritis i ostalo. Da bismo prevenirali pretilost te spriječili razvoj nastanka kroničnih bolesti potrebno je pravilno se hraniti te održavati tjelesnu aktivnost od početka razvoja čovjeka, što znači da je potrebno uvoditi program prevencije u vrtičke i osnovnoškolske sate kako bismo krenuli s prevencijom i zdravim navikama života. Program prehrane u vrtićima i školama je na nacionalnoj razini određen smjernicama o zdravoj prehrani. Jednom godišnje, na početku školske i vrtićke godine provode se antropološka mjerenja koja daju uvid u fizičko i zdravstveno stanje djeteta. Osnova su za daljnje intervencije u postupanju kod pretilih i anoreksične djece. Prehrana u vrtiću bazirana je na raznovrsnom odabiru namirnica, na prvom mjestu je svježe voće i povrće. Osobe srednje životne dobi i radno sposobne osobe kroz godišnje sistematske preglede kontinuirano prate svoje zdravstveno stanje. Osobe starije životne dobi kojima je ograničena mogućnost informiranja o zdravom načinu života informiraju se putem brošura, letaka, plakata, besplatnih časopisa, liječnika opće prakse i patronažne sestre, TV kanala te novina. Cilj programa edukacije mora biti usvajanje zdravih prehrambenih navika, informiranost o sastavu hrane, kušanje i predodžba što sve dobivamo hraneći se zdravo.

Rezultati i stavovi ispitanika su relativno prosječni, ali i pokazuju kako ispitanici imaju nezdrave navike. Većina ispitanika spava manje od 8 h, ukupno njih 33,8% što nije dovoljno za normalno i zdravo funkcioniranje organizma. Zabrinjavajuće je što se ispitanici ne bave aktivnošću što dovodi do pretilosti te razvoja nastanka bolesti. Ukupno 31,7% ispitanika se ne bavi tjelesnom aktivnošću. Od ukupno 594 ispitanika njih 173 je odgovorilo kako ima dijagnozu neke bolesti. Uzevši u obzir podatke Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, ukupno 54% osoba ženskog spola i 63% osoba muškog spola ima prekomjernu tjelesnu težinu, što Hrvatsku svrstava na peto mjesto u Europi prema pretilosti stanovništva. Unatoč tome što pretilost doprinosi nizu zdravstvenih problema osnovan je Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine koji je djelovao od 2010.-2012. godine. Cilj programa se temeljio na uvidu u indeks tjelesne težine, postotku ukupnog masnog tkiva, postotku mišiću tkiva te visceralnog masnog tkiva. Nakon dobivenih podataka Hrvatski zavod za javno zdravstvo je radio na upozorenju osoba koje pretilost daje ljudskom zdravlju te usmjerenje prema usvajanju zdravih navika i promjenu štetnih navika. Pretili osobe se upućivalo na radionice kako bi spriječili razvoj

komplikacija koje pretilost doprinosi. Uzevši u obzir kako su velikim postotkom ispitanici prema socio-demografskim podacima mladi ili u srednjoj životnoj dobi i upravo zato možemo još uvijek promijeniti stav i pogled na zdrav način života. Zaključno tome i sama sestra mora biti educirana, komunikativna i susretljiva kako bi bila pokretač promjena loših navika.

7. LITERATURA

1. Bralić I, Ljubetić N, Armano G, Buljan-Flander G, Doko-Guina F, Drnasin K, Čatipović M, Ferek M, Ivić I, Joković Oreb I, Hegeduš-Jungvirth M, Karin Ž, Kuvačić S, Hrastić-Novak L, Haničar B, Labura B, Lakoš V, Markić J, Matešković D, Matković BR, Sporiš G, Stojanović-Špehar S, Pavičić Dokoza K, Polić B, Radonić M, Roje Ž, Vrdoljak J, Vrdoljak O, Vučetić V, Zakarija-Grković I. Kako zdravo odrastati: Priručnik za roditelje u zdravlju i bolesti djeteta od rođenja do kraja puberteta. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
2. Nutrition in adolescence- Issues and Challenges for the Health Sector. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. Goris JM, Petersen S, Stamatakis E, Veerman L. Television food advertising and the prevalence of childhood overweight and obesity: a multicountry comparison. *Public Health Nutrition*. 2009;13:1003-12.
4. Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2009/2010. Djeca i mladi u društvenom okruženju. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2012.
5. Tivadar B, Kamin T: Razvoj pristupov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja v srednjih šolah. Institut za očuvanje zdravja, Ljubljana, 2005.
6. Alibabić V, Mujić I, Pravilna prehrana i zdravlje, Rijeka. Veleučilište u Rijeci. ; 2016.
7. Vranešić Bender D, Krstev S. Makronutrijenti i mikronutrijenti u prehrani čovjeka. *Medicus*. 2008;17:19-25.
8. Živković R. Hranom do zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada ; 2000.
9. Percl M, Prehrana djeteta: kako pravilno hraniti dijete od začeca do adolescencije. Zagreb: Školska knjiga, 1999.
10. Holford P, Abeceda zdrave prehrane, MIOB Zagreb, 1999.
11. Capak K., Colić Barić I., Musić Milanović S, i suradnici 2013., Nacionalne smjernice za prehranu učenika u osnovnim školama, Ministarstvo zdravlja RH, Zagreb, p. 13-37
12. Rumbak I, 100 crtica iz znanosti o prehrani, Hrvatsko društvo prehrambenih tehnologa, biotehnologa i nutricionista, Zagreb, 2013.
13. Mandić M, Dijetoterapija, Sveučilište u Osijeku, 2014.
14. DSM-V American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd., American Psychiatric Organization, Washington, 2013; 334-54

15. Mahnik-Miloš M. Poremećaji prehrane. U: Ljubomir Hotujac i sur. Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
16. Knez R, Pokrajac-Bulian A, Peršić M. Epidemiologija poremećaja prehrane u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*. 2008;52(Suppl 1):111-5.
17. Novković G. Odrednice provođenja dijete kod adolescenata. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Zagrebu, 2003.
18. Ivančević T. MSD priručnik dijagnostike i terapije, drugo hrvatsko izdanje. Split: Placebo d.o.o., 2010; str. 1701-3.
19. Ljubomir Hotujac i sur. Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada 2006.
20. Collier J, Longmore M, Turmezei T, Mafi AR. Oxford hand book of clinical specialties. 8. izd. Oxford university press 2010;314-208.
21. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: British Psychological Society & Gaskell; 2004.
22. DSM-V American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. izd., American Psychiatric Organization, Washington, 2013; 334- 54.
23. Vidović V. Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix* 2004;52:50–4.
24. Marčinko D. Poremećaji prehrane – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.; 2013.
25. Mrzola N, Nasser JA, Hashim SA, Shih PB, Kaye WH. Nutritiona Irehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry* 2013;13:290-8.
26. Fassino S, Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate Daga D. Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eat Weight Disord* 2004;9:81–90
27. Podnar O, Mijatović M. Doktor u kući: Opsjednuti vanjstinom, br. 144, siječanj 2010, str. 48- 49.
28. Korndorfer SR, Lucas AR, Suman VJ, Crowson CS, Krahn LE, Melton LJ. Long-term survival of patients with anorexia nervosa: A population-basedstudyin Rochester, Minn. *Mayo Clin Proc* 2003;78:278–84.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
30. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja prehrane. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
31. Krešić G., Trendovi u prehrani, Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu, Opatija, p. 7-58, 2009.

32. Crary M, Groher M, Introduction to Adult Swallowing Disorders. St. Louis: Butterworth-Heinemann, 2003.
33. Ertekin C, Neurofiziološke metode procjene orofaringealne disfagije (neurogena disfagija). Workshop: Dysphagia: Diagnosis, causes, treatment and rehabilitation. Tuzla, 33-42, 2010.
34. Begić L, Salihović N, Disfagija. Tuzla: MAXI PLUS d.o.o. 2018.
35. Malagelada, Juan-R. MD (Spain) (Chair); Bazzoli, Franco MD (Italy); Boeckxstaens, Guy MD (Belgium); De Looze, Danny MD (Belgium); Fried, Michael MD (Switzerland); Kahrilas, Peter MD (USA); Lindberg, Greger MD (Sweden); Malfertheiner, Peter MD (Germany); Salis, Graciela MD (Argentina); Sharma, Prateek MD (USA); Sifrim, Daniel MD (UK); Vakil, Nimish MD (USA); Le Mair, Anton MD (The Netherlands) Review Team: World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, Journal of Clinical Gastroenterology: May/June 2015 - Volume 49 - Issue 5 - p 370-378 , doi: 10.1097/MCG.0000000000000307
36. Šatalić Z, Zašto je dobro biti vegetarijanac. U: Šatalić Z, 100 (i pokoja više) crtica iz znanosti o prehrani, Hrvatsko društvo prehrambenih tehnologa, biotehnologa i nutricionista, Zagreb ; 2013. Str 76-77.
37. Dinu M, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Sofi F. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2017;57(17):3640-3649.
38. Montignac, M, Dječja pretilost: Montignacovom metodom protiv prekomjerne tjelesne težine djece i mladeži. Zagreb: Naklada Zadro, 2005.
39. Selec R, pravila prehrana i tjelesna aktivnost produljenje radnog vijeka radnika. Undergraduatethesis, Završni rad, 2020 .
40. Dolgoff, J. Crveno, zeleno, jedi ispravno: Rješenja za način prehrane koji dopušta da djeca budu djeca. Zagreb: Menartd.o.o, 2012.
41. Medanić d, Pucarín-Cvetković J. Pretilost – javnozdravstveni problem i izazov. *Acta medica Croatica* [Internet]. 2012 [pristupljeno 16.08.2021.];66(5):347-354. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/104156>
42. Martinis I, Lasić M, Oreč I, Pravilnom prehranom do zdravlja u starijoj životnoj dobi, Priručnik za bolesnike. Društvo reumatičara za djecu i odrasle, Zagreb.
43. Kudumija-Slijepičević M, Puharić Z, Salaj T, Ovisnosti. Veleučilište u Bjelovaru, 2018.

44. Bralić, I. i sur., Kako zdravo odrastati: Priručnik za roditelje o zdravlju i bolesti djeteta od rođenja do kraja puberteta. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
45. Rečić, M, Tjelesne aktivnosti u obitelji. Đakovo: Tempo, 2006.
46. Badrić, M., Prskalo, I., Kvesić, M. Važnost kineziološke aktivnosti u formiranju slobodnog vremena djeteta. 20 ljetna škola kineziologa Republike Hrvatske. Pristupljeno:17.08.2021 http://www.hrks.hr/skole/20_ljetna_skola/400-405-Badric.pd, 2011.
47. Zelića Velija A, Stević E, Pravilna ishrana-zdrav i dug život.Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, Udruženje dijabetičara Kantona Sarajevo.
48. Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara Zagreb, 2013.

8. OZNAKE I KRATICE

AIDS –Acquired immuno deficiency syndrome

ATP – AdenozinTrifosfat

BED – Binge eating disorder

BMI – Body Mass Index

DEP –Dnevne energetske potrebe

DNK – Deoksiribonukleinska kiselina

DSM – Diagostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FSH – Folikostimulirajući hormon

LH – Luteinizirajući hormon

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

TSH – Tireotropni hormon

WHO – World Health Organization

9. SAŽETAK

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 594 ispitanika. Istraživački instrument bio je anonimna anketni upitnik koji je bio postavljen na *Facebook* u trajanju od 7.04.2021 do 31.05.2021. godine. Rezultati su pokazali kako većina ispitanika ima nezdrave prehrambene navike, njih 26,1% se ne bavi tjelesnom aktivnošću, većina ispitanika ima 3-4 obroka dnevno što nije zdrava navika jer im nedostaju i međuobroci, tek njih 12,3% ispitanika ima više od 5 obroka dnevno, velik postotak zauzimaju ispitanici koji spavaju manje od 7 h, njih 33,8% što je jedna trećina ispitanika. Velika većina ispitanika jede slatkiše svaki dan, ukupno 33,5%, no dobre rezultate daju odgovori na pitanje „koliko često jedete junk food?“, njih ukupno 38,7% vrlo rijetko jede junkfood hranu što je pokazatelj dobre navike ispitanika. Rezultati dobiveni istraživanjem ukazuju na loše prehrambene navike ispitanika te je potrebna veća informiranost i zainteresiranost za promjenom obrasca navika prehrane. Rezultati ankete su prikazani grafovima, tablicama, dijagramima i histogramima.

Glavni cilj rada je istraživanje prehrambenih navika odrasle populacije, tj. koliko često ispitanici konzumiraju ili ne konzumiraju određene namirnice, bave li se sportom ili tjelesnom aktivnošću, jesu li pušači, koliko imaju obroka u danu, koliko sati spavaju, jesu li vegetarijanci ili vegani, koliko piju vode tijekom dana. Istraživanje se odnosilo i na stavove i znanja, znaju li što je pretilost, smatraju li utječe li prehrana na zdravlje, smatraju li jesu li dijete zdrave, što misle bi li se pravilnom prehranom i tjelesnom aktivnošću smanjio rizik za nastanak bolesti. Zaključno prikazanim rezultatima ankete, ispitanicima nedostaje edukacije o zdravom načinu života i zdravoj prehrani što je vidljivo jer velik dio ispitanika ima nezdrave navike tj. premali broj obroka tijekom dana, malo spavaju, izrazito se mali broj bavi sportom i tjelesnom aktivnošću te način života im je većim dijelom sjedilački što dovodi do raznih poremećaja bolesti i skraćenja životnog vijeka.

Ključne riječi: pravilna prehrana, prehrambene navike, rizici za zdravlje, tjelesna aktivnost

10. SUMMARY

A total of 594 respondents participated in the study. The research instrument was an anonymous survey questionnaire that was posted on Facebook from April 7, 2021 to May 31, 2021 . The results showed that most respondents have unhealthy eating habits, 26.1% of them do not engage in physical activity, most respondents have 3-4 meals a day, which is not a healthy habit because they don't have snacks, only 12.3% of respondents have more than 5 meals a day, a large percentage are occupied by respondents who sleep less than 7 hours, 33.8% of them which is one third of the respondents. The majority of respondents eat sweets every day, a total of 33.5%. Good results are given by answers to the question "How often do you eat junkfood?" , a total of 38.7% of them very rarely eat junkfood food, which is an indicator of good habits. The results obtained by the research indicate the poor eating habits of the respondents and there is a need for greater information and interest in the diameter pattern of eating habits. The results of the survey are presented in graphs, tables, diagrams and histograms.

The main goal of the study is to research the eating habits of the adult population, how often respondents consume or do not consume certain foods, whether they play sports or doing physical activity, whether they smoke, how many meals a day, how many hours they sleep, whether they are vegetarians or vegans. How much water they drink during the day. The research also referred to attitudes and knowledge, whether they know what obesity is, whether they consider how nutrition affect health, whether they consider diet regime is healthy, what they think can a proper diet and physical activity reduce the risk of disease. According to the results of the survey, respondent have lack education about healthy lifestyles and healthy eating, which is evident because a large number of respondents have unhealthy habits, ie too little meals during the day, sleep to little, very few of them is in sports and physical activity and their lifestyle is mostly sedentary witch leading to various disease disorders and shortening of life expectancy.

Key words: proper nutrition, eating habits, health risks, physical activity

11.PRILOZI

Prilog 1. Anketni upitnik

Socio-demografska pitanja

1. Spol? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Muško (M)

Žensko (Ž)

Ostalo

2. Dob? Molim Vas da napišete broj Vaših godina. *

Vaš odgovor

3. Radni status? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Učenik

Student

Zaposlen

Samozaposlen

Nezaposlen

Umirovljenik

Ostalo

4. Obrazovanje? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Nezavršena ili završena osnovna škola

Srednja stručna sprema

Visoka stručna sprema

Viša stručna sprema, magisterij

Doktorat

5. Mjesto prebivališta? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Selo

Grad

Prigradsko naselje

6. Vaša tjelesna težina? Upišite broj izražen u kg. *

Vaš odgovor

7. Vaša tjelesna visina? Upišite broj izražen u cm. *

Vaš odgovor

Navike ispitanika

8. Koliko puta se bavite tjelesnom aktivnošću? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

1 mjesечно

1 tjedno

Više puta tjedno

Pet dana u tjednu

Svaki dan

Ne bavim se

9. Trenirate li neki sport? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Da

Ne

Ponekad

10. Koliko imate obroka u danu? Upišite broj obroka. *

Vaš odgovor

11. Koliko sati spavate? Upišite broj sati. *

Vaš odgovor

12. Koliko dnevno pijete litara vode? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

manje od 1L

1L

- 1.5L
- 2L
- 2.5L
- 3L ili više

13. Koliko sati dnevno provedete pred televizorom, mobitelom, tabletom ili računalom?
Upišite broj sati. *

Vaš odgovor

14. Koliko često jedete slatkiše? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

- Svaki dan
- Svaki drugi dan
- Jednom tjedno
- Jednom mjesečno
- Rijetko
- Ne jedem

15. Koliko često pijete gazirane sokove? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

- Svaki dan
- Svaki drugi dan
- Jednom tjedno
- Jednom mjesečno
- Rijetko
- Ne pijem

16. Koliko često pijete alkoholna pića? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

- Svaki dan
- Više puta tjedno
- Jednom mjesečno
- Samo za posebne prigode
- Rijetko
- Ne pijem

17. Jeste li pušač? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Da

Ne

Ponekad

18. Jeste li vegetarijanac ili vegan? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Vegetarijanac

Vegan

Nisam niti jedno

19. Koliko često jedete "junk food" (brza hrana) ? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Više puta tjedno

Više puta mjesečno

Jednom tjedno

Jednom mjesečno

Vrlo rijetko

Ne jedem

20. Ako radite, koji je Vaš način rada? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Fizički

Sjedilački

I jedno i drugo

Ne radim

Ostalo

Stavovi ispitanika

21. Zna li što je pretilost? Označite na skali od 1-5 Vaše mišljenje. *

1 Ne znam

2 Dovoljno znam

3 Dobro znam

4 Vrlo dobro znam

5 Odlično znam

22. Jeste li se ikada prejeli? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Da

Ne

Ne znam

23. Smatrate li da biste trebali jesti umjereno? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Da

Ne

Ne znam

24. Mislite li da prehrana utječe na Vaše zdravlje? Označite na skali od 1-5 Vaše mišljenje. *

1 U potpunosti se ne slažem

2 Ne slažem se

3 Djelomično se slažem

4 Slažem se

5 U potpunosti se slažem

25. Bolujete li od neke bolesti? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Da

Ne

Ne znam

26. Ako je Vaš odgovor da, upišite njenu dijagnozu.

Vaš odgovor

27. Smatrate li da bi se pravilom prehranom i aktivnošću smanjio rizik za nastanak bolesti?

Označite na skali od 1-5 Vaše mišljenje. *

1 U potpunosti se ne slažem

2 Ne slažem se

3 Djelomično se slažem

4 Slažem se

5 U potpunosti se slažem

28. Jeste li bili na dijetama? Označite jedan od ponuđenih odgovora. *

Da

Ne

Nisam siguran/na

29. Smatrate li da su dijete zdrave? Označite na skali od 1-5 Vaše mišljenje. *

1 U potpunosti se ne slažem

2 Ne slažem se

3 Djelomično se slažem

4 Slažem se

5 U potpunosti se slažem

30. Smatrate li da bi trebalo više educirati stanovništvo o zdravim navikama i njenim prednostima o poboljšanju zdravlja? Označite na skali od 1-5 Vaše mišljenje. *

1 U potpunosti se ne slažem

2 Ne slažem se

3 Djelomično se slažem

4 Slažem se

5 U potpunosti se slažem

31. Prema vašem mišljenju koji bi bio najbolji pokretač da osoba krene sama stjecati zdrave navike? Označite jedan ili više ponuđenih odgovora. *

Volja

Pogoršanje zdravlja

Na nagovor druge osobe

Kada prestanem biti zadovoljan/na sa sobom

Zbog potrebe posla

Ostalo

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

| Mjesto i datum | Ime i prezime studenta/ice | Potpis studenta/ice |
|--------------------------|----------------------------|---------------------|
| U Bjelovaru, 26.10.2021. | Maja Rogić | Maja Rogić |

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Maja Rogić

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 26.10.2021.

Maja Rogić
potpis studenta/ice