

Ishrana

Stanje uhranjenosti

Stanje uhranjenosti djece je odraz njihovog cjelokupnog zdravlja. Kada je djeci dostupna adekvatna ishrana, kada nisu izložena čestim oboljenjima i kada su dobro zbrinuta, ona dosežu svoj potencijal rasta i smatraju se dobro uhranjenom.

Milenijumski razvojni cilj je da se između 1990. i 2015. godine omjer ljudi koji pate od gladi smanji za pola. Cilj „Svijeta po mjeri djeteta“ je da se (u periodu između 2000 i 2010. godine) smanji prevalenca loše ishrane među djecom mlađom od pet godina za najmanje jednu trećinu, sa posebnom pažnjom usmjerenom ka djeci mlađoj od 2 godine. Smanjenje prevalencije loše ishrane će pomoći u postizanju cilja koji se odnosi na smanjenje smrtnosti djece.

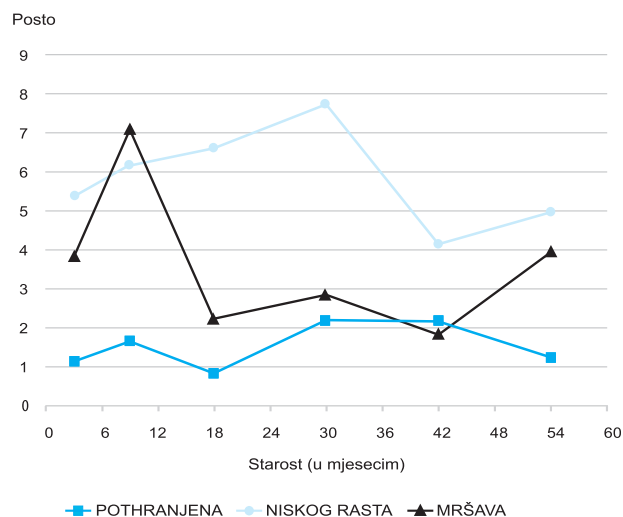
Kod dobro uhranjene populacije, postoji referentna raspodjela visine i težine za djecu ispod 5 godina starosti. Pothranjenost u određenoj populaciji se može mjeriti poređenjem djece sa referentnom populacijom. Referentna populacija korištena u ovom istraživanju je WHO/CDC/NCHS referenca, čije su korištenje u vrijeme kada je implementirano ovo istraživanje preporučili UNICEF i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). Svaki od tri pokazatelja stanja uhranjenosti djece može se iskazati u standardnim jedinicama odstupanja (z-vrijednosti) od srednje vrijednosti referentne populacije.

U MICS-u, težina i visina sve djece ispod 5 godina starosti bile su mjerene uz pomoć antropometrijske opreme koju je preporučio UNICEF (UNICEF, 2006). Nalazi predočeni u ovom dijelu se temelje na rezultatima ovih mjerenja.⁷

Tabela NU.1 i grafikon NU.1 prikazuju postotke zastupljenosti djece po kategorijama, na osnovu antropometrijskih mjerenja koja su urađena za vrijeme rada na terenu. Osim toga, tabela uključuje i procenat gojazne djece, tj. djece čija je tjelesna težina u odnosu na visinu viša od 2 standardna odstupanja u odnosu na srednju vrijednost referentne populacije.

U Tabelu NU.1 nisu uključena djeca koja nisu izvagana, niti izmjerena, niti ona čije su mjere izvan okvira vjerodostojnosti. Takođe, isključen je i mali broj djece čiji su datumi rođenja nepoznati. U cijeloj BiH, 0,3% djece zaostaje u visini ili tjelesnoj težini. Ne postoje značajne razlike između djece koja žive u seoskim, i djece koja žive u gradskim sredinama.

Grafikon NU.1:
Procenat djece mlađe od 5 godina koja su pothranjena, BiH, 2005-2006.



7. Tjelesna težina u odnosu na uzrast (tj. starosnu dob) predstavlja mjeru i akutne i hronične neuhranjenosti. Djeca čija je tjelesna težina u odnosu na starosnu dob više od dva standardna odstupanja ispod srednje vrijednosti referentne populacije smatraju se umjereno ili ozbiljno neuhranjenim, dok se ona kod kojih je tjelesna težina u odnosu na uzrast više od tri standardna odstupanja ispod srednje vrijednosti klasifikuju kao ozbiljno neuhranjena.

Visina u odnosu na starosnu dob je mjera linearnog rasta. Djeca čija je visina u odnosu na starosnu dob veća od dva standardna odstupanja ispod srednje vrijednosti referentne populacije smatraju se niskom za svoj uzrast i klasifikuju se kao umjereno ili ozbiljno niskog rasta. Djeca čija je visina u odnosu na uzrast više od tri standardna odstupanja ispod srednje vrijednosti, klasifikuju se kao ozbiljno niskog rasta. Zaostalost u rastu je odraz hronične neuhranjenosti, kao rezultat izostanka adekvatne ishrane tokom dužeg perioda i povratne ili hronične bolesti.

Konačno, djeca čija je tjelesna težina u odnosu na visinu više od dva standardna odstupanja ispod srednje vrijednosti referentne populacije, klasifikuju se kao umjereno ili ozbiljno mršava, dok su ona kod kojih je tjelesna težina u odnosu na visinu više od tri standardna odstupanja ispod srednje vrijednosti ozbiljno mršava. Zaostatak u razvoju tjelesne težine u odnosu na visinu je obično rezultat nedavnog deficita u ishrani. Ovaj indikator može ispoljavati znatne sezonske varijacije, zavisno od promjena u dostupnosti hrane ili prevalencije bolesti.

Na nivou BiH, 1,5% djece je umjereno neuhranjeno, od toga više dječaka nego djevojčica, te više u gradskim nego u seoskim sredinama. Procenat ozbiljno neuhranjene djece iznosi 0,4%, od toga više dječaka nego djevojčica. Procenat ozbiljno neuhranjene djece je viši u gradskim nego u seoskim sredinama.

7,4% djece u BiH je umjereno zakržljalo, a 2,5% je ozbiljno zakržljalo, od tog procenta više na selu nego u gradu. 3,2% djece je umjereno mršavo, a 0,8% je ozbiljno mršavo, dok je 20,2 % djece preuhranjeno/gojazno. Značajno je da su mršavost i gojaznost zastupljeniji među djevojčicama, te su češći u gradskim nego u seoskim sredinama.

U RS, 0,3% djece je umjereno pothranjeno, dok nisu registrovani slučajevi ozbiljno pothranjene djece. Svako trinaesto dijete (7,9%) je umjereno niskog rasta, dok je svako trideset sedmo dijete ozbiljno niskog rasta (2,7%). Procenat djece koja su umjereno mršava je 2,6%, a ozbiljno mršavo je 0,3%. Značajan je procenat (23,3%) djece čija je težina u odnosu na visinu dvije standardne devijacije iznad srednje vrijednosti referentne populacije, tj. djece koja su gojazna.

Skoro jedno od trideset djece (3%) ispod pet godina starosti u FBiH je pothranjeno, od čega 2% umjereno, dok je 0,7% klasifikovano kao ozbiljno pothranjeno. Oko 9% djece je zaostalo u rastu, odnosno suviše nisko za svoj uzrast. Oko 5% djece zaostaje u tjelesnoj težini u odnosu na uzrast, tj. mršava su. Djeca čija je tjelesna težina u odnosu na visinu dvije standardne devijacije iznad srednje vrijednosti referentne populacije klasifikovana su kao gojazna. U FBiH, registrovano je 17,4% djece ispod 5 godina koja su gojazna.

Uopšteno govoreći, postoji pozitivna korelacija između obrazovanja majke i stanja uhranjenosti djece, pri čemu je manji broj slučajeva pothranjenosti kod djece čije majke imaju srednje, više ili visoko obrazovanje u odnosu na djecu čije majke nisu obrazovane ili imaju samo osnovno obrazovanje.

Dojenje

Dojenje u prvih par godina života štiti djecu od infekcija, obezbjeđuje idealan izvor hranjivih materija, ekonomično je i bezbjedno. Međutim, mnoge majke prerano prestaju sa dojenjem i često postoji pritisak da se pređe na vještačko mlijeko za bebe, koje može doprinijeti zaostajanju u razvoju, nedovoljnom unosu mikrohranjivih materija i koje nije sigurno ukoliko nije na raspolaganju čista voda. „Svijet po mjeri djeteta“ preporučuje da bi djecu trebalo isključivo dojiti majčinim mlijekom do 6 mjeseci života, a i nakon toga, uz sigurnu, odgovarajuću i adekvatnu dohranu, sve do druge godine života, pa i dalje.

WHO/UNICEF daju sljedeće preporuke za dojenje:

- Isključivo dojenje prvih šest mjeseci
- Nastaviti sa dojenjem dvije ili više godina
- Od 6. mjeseca života uvoditi sigurnu, odgovarajuću i adekvatnu dohranu
- Učestalost dohrane: 2 puta dnevno za djecu 6-8 mjeseci starosti
3 puta dnevno za djecu 9-11 mjeseci starosti

Takođe se preporučuje da se sa dojenjem započne u roku od jednog sata nakon rođenja djeteta.

Pokazatelji preporučene prakse hranjenja djece su sljedeći:

- Stopa isključivog dojenja (< 6 mjeseci i < 4 mjeseca)
- Stopa pravovremenog uvođenja dohrane (6-9 mjeseci)
- Stopa nastavka dojenja (12-15 i 20-23 mjeseca)

- Pravovremeni početak dojenja (u roku od sat vremena po rođenju)
- Učestalost dohrane (6-11 mjeseci)
- Adekvatno hranjena novorođenčad (0-11 mjeseci)

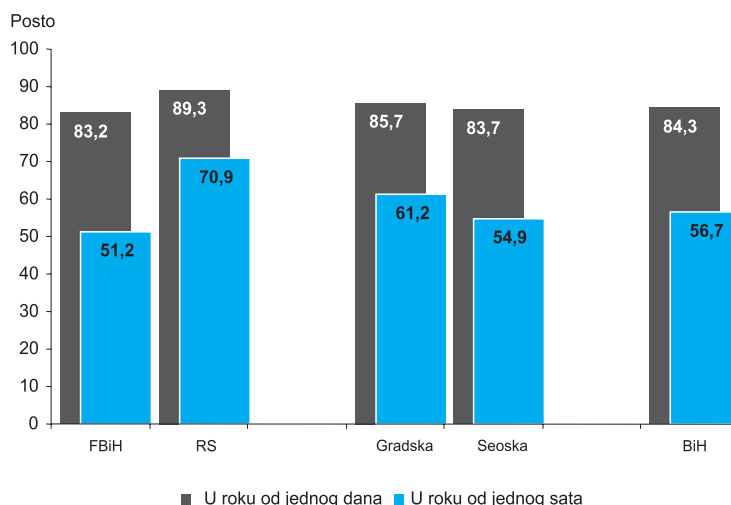
Tabela NU.2 prikazuje omjer između žena koje su počele sa dojenjem u roku od sat vremena po rođenju djeteta i žena koje su počele sa dojenjem u roku od jednog dana po rođenju djeteta (što uključuje i one koje su počele sa dojenjem unutar prvog sata).

Na nivou BiH, 56,7% žena je počelo dojiti u roku od sat vremena po rođenju djeteta, pri čemu je razlika između gradskih i seoskih sredina oko 6%: 61,2% žena u gradskim sredinama i 54,9% žena u seoskim sredinama počelo je dojiti u roku od sat vremena po rođenju djeteta. Veliki broj žena, odnosno 84,3%, počele su dojiti u roku od jednog dana po rođenju djeteta.

Svaka druga žena u FBiH je započela sa dojenjem u roku od sat vremena po rođenju djeteta (51%). Više od dvije trećine žena (83%) je započelo sa dojenjem u roku od jednog dana po rođenju djeteta. U RS, procenat žena koje su počele dojiti jedan sat po rođenju djeteta je 70,9%, dok je procenat onih koje su počele dojiti jedan dan po rođenju djeteta 89,3%.

Grafikon NU.2:

Procenat majki koje su počele dojiti u roku od jednog sata po rođenju djeteta, BiH, 2005-2006.



U tabeli NU.3, status dojenja se temelji na izjavama majki/staratelja o tome koliko su hrane i tečnosti djeca dobila u periodu od 24 časa prije intervjua. Termin 'isključivo dojena djeca' se odnosi na novorođenčad koja su primala samo majčino mlijeko (i vitamine, mineralne dodatke ili lijekove). Tabela prikazuje isključivo dojenje novorođenčadi u toku prvih šest mjeseci života (odvojeno za djecu uzrasta do tri mjeseca i djecu uzrasta do pet mjeseci), kao i dohranu djece uzrasta 6-9 mjeseci i nastavljeno dojenje djece od 12-15 i 20-23 mjeseca života.

Na nivou BiH, 17,6% djece ispod 6 mjeseci starosti je isključivo dojeno. U uzrastu 6-9 mjeseci života, 33,6% djece je dojeno i dobija i čvrstu ili kašastu hranu. U uzrastu 12-15 mjeseci života, 25,7% djece u BiH je dojeno, dok u uzrastu od 20-23 mjeseca još doji 10,7% djece.

U RS, približno 7,6% djece dobi ispod šest mjeseci je isključivo dojeno. U dobi 6-9 mjeseci, 43,2% djece je dojeno i dobija čvrstu ili kašastu hranu. U dobi od 12-15 mjeseci, 11% djece je još uvijek dojeno, a u dobi od 20-23 mjeseca 5% djece je još uvijek dojeno.

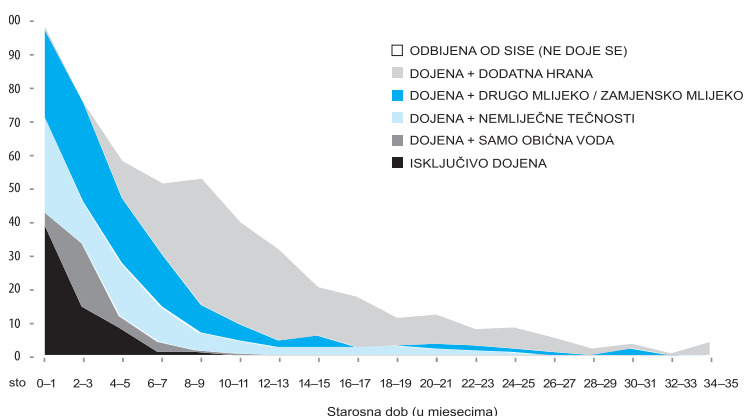
U FBiH, oko 21,8% djece u dobi ispod 6 mjeseci je isključivo dojeno. U dobi 6-9 mjeseci 19,2% djece je dojeno i dobijaju čvrstu ili kašastu hranu. U dobi od 12-15 mjeseci, 33,8% djece je još uvijek dojeno, dok u dobi od 20-23 mjeseca samo 13,1% djece još uvijek doji.

Adekvatnost ishrane djece mlađe od 12 mjeseci je prikazana u Tabeli NU.4. Korišteni su različiti kriterijumi za određivanje adekvatnosti ishrane, zavisno od dobi djeteta. Za novorođenčad između 0-5 mjeseci, adekvatnom ishranom se smatra isključivo dojenje. Novorođenčad u dobi 6-8 mjeseci se smatra adekvatno hranjenom ako dojenjem dobija majčino mlijeko i dohranu bar dva puta dnevno, dok se novorođenčad u dobi 9-11 mjeseci smatra adekvatno hranjenom ako dojenjem dobiju majčino mlijeko i dohranu najmanje tri puta dnevno.

U FBiH, adekvatno hranjenje sve novorođenčadi (0-11 mjeseci) iznosi 19,5%. Taj procenat u RS je 22,2%, dok je u BiH adekvatno hranjeno samo 20,4% novorođenčadi od 0-11 mjeseci.

Grafikon NU.3: Obrasci ishrane novorođenčadi po starosti:

Procentualna distribucija djece mlađe od 3 godine po obrascima



Mala porođajna težina

Težina na porođaju je dobar pokazatelj ne samo majčinog zdravlja i stanja uhranjenosti, nego i šanse novorođenčeta za preživljavanje, rast, i dugoročni zdravstveni i psihosocijalni razvoj. Mala porođajna težina (manja od 2.500 grama) sa sobom nosi čitav niz ozbiljnih zdravstvenih rizika za dijete. Bebe koje su bile pothranjene u materici, izložene su znatno većem riziku od umiranja tokom prvih mjeseci i godina života. Bebe koje prežive češće imaju oslabljen imunitet i povećan rizik od obolijevanja; veća je vjerovatnoća da će ostati pothranjena, sa smanjenom mišićnom snagom tokom života, te da će patiti od povećane sklonosti ka obolijevanju od dijabetesa i srčanih oboljenja u kasnijoj životnoj dobi. Djeca koja su rođena sa niskom tjelesnom težinom češće imaju niži koeficijent inteligencije (IQ) i kognitivne teškoće, što utiče kako na njihov uspjeh u školi, tako i na mogućnosti zapošljavanja u odrasloj dobi.

Mala porođajna težina uglavnom potiče od lošeg zdravlja i ishrane same majke. Najveći uticaj imaju tri faktora: loše stanje uhranjenosti majke prije začeca, nizak rast majke (uglavnom zbog neuhranjenosti i infekcija tokom djetinjstva) i loša ishrana za vrijeme trudnoće. Neadekvatan porast težine tokom trudnoće je naročito važan faktor, pošto je to jedan od glavnih uzroka zaostajanja u razvoju fetusa.

Pušenje cigareta tokom trudnoće je vodeći uzrok male tjelesne težine djeteta pri rođenju. Adolescentice koje se porađaju dok im je tijelo još uvijek u razvoju, rizikuju da na svijet donesu bebe sa niskom tjelesnom težinom.

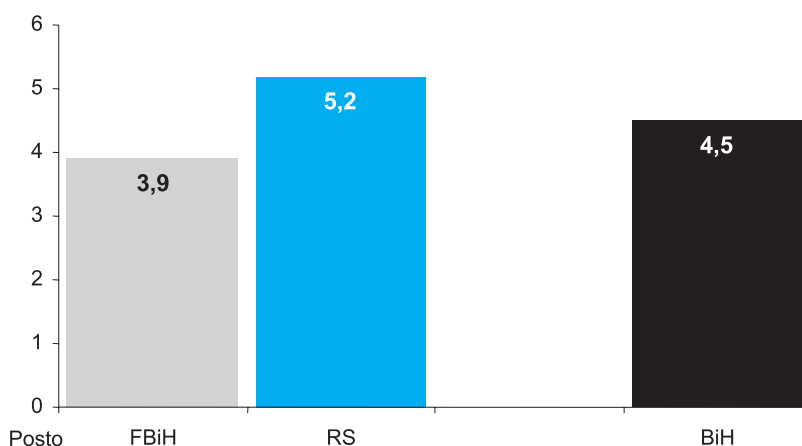
Procenat rođenih čija je težina ispod 2.500 grama izračunava se na osnovu dvije stavke iz upitnika: majčine ocjene **veličine** djeteta na rođenju (tj. veoma malo, manje od prosjeka, prosječno, veće od prosjeka, veoma veliko) i majčinog sjećanja na djetetovu **težinu**, odnosno težinu zabilježenu u zdravstvenom kartonu, **ukoliko** je dijete bilo izvagano po rođenju⁸.

Procenat novorođenčadi rođene sa niskom porođajnom težinom u BiH iznosi 4,5%, a odmah po rođenju izvagano je 99% djece. U FBiH, od 99% djece koja su izvagana po rođenju, približno 5% novorođenčadi je na rođenju težilo manje od 2.500 grama, dok je u RS 99,6% djece izvagano po rođenju, a približno 4,5% djece je rođeno sa tjelesnom masom manjom od 2.500 grama.

S obzirom na činjenicu da se većina porođaja obavlja uz pomoć stručnog medicinskog osoblja, nivo obrazovanja majke ne utiče na mjerenje težine djeteta po rođenju, ali utiče na procenat novorođenčadi rođene sa malom porođajnom težinom; što je stepen obrazovanja majke niži, veći je procenat novorođenčadi koja su rođena sa malom porođajnom težinom (Tabela NU.8).

Grafikon NU.5:

Procenat novorođenčadi sa porođajnom težinom manjom od 2.500 grama, BiH, 2005-2006.



8 Za detaljni opis metodologije, pogledati Boerma, Weinstein, Rutstein i Sommerfelt, 1996.