Pretilost djece u predškolskoj dobi

Vilus, Antonia

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Teacher Education / Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:848419

Rights / Prava: Attribution 3.0 Unported/Imenovanje 3.0

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University of Zagreb Faculty of Teacher Education - Digital repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK U PETRINJI
ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

ANTONIA VILUS

ZAVRŠNI RAD

PRETILOST DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Petrinja, rujan, 2020

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

UČITELJSKI FAKULTET
ODSJEK U PETRINJI

ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ

(Petrinja)

ZAVRŠNI RAD

Ime i prezime pristupnika: Antonia Vilus

TEMA ZAVRŠNOG RADA: Pretilost djece predškolske dobi

MENTOR: Prof. dr. sc. Ivan Prskalo

Petrinja, kolovoz 2020.

Sadržaj

1. UVOD 1
2. OPĆENITO O PRETILOSTI DJECE PREDŠKOLSKE DOBI 2
2.1. Istraživanja i projekti o pretilosti djece predškolske dobi 4
2.2. Uzroci pretilosti 8
2.3. Posljedice pretilosti 9
2.4. Prevencija pretilosti djece predškolske dobi 11
3.TRIJADNA ULOGA ČIMBENIKA: RODITELJ , VRTIĆ I ZDRAVSTVO 13
3.1. Roditelji kao modeli prehrane djeteta 13
3.2.Uloga odgajatelja i odgojno-obrazovne ustanove u problematici pretilosti 14
3.3. Savjetodavna uloga javnozdravstvenih institucija 23
4.OSVRT NA INTERVJU 25
6.ZAKLJUČAK 30
7.LITERATURA 32
PRILOZI 35

SAŽETAK

U ovome radu govorit će se o pretilostidjece predškolske dobi kao i o uzrocima, posljedicama i prevenciji pretilosti. Svrha i cilj ovog rada je utvrditi značaj povezanosti roditelja, odgajatelja i javnozdravstvenih institucija u cilju prevencije i liječenja pretilosti djece predškolske djece. Istraživanje Zavoda za javno zdravstvo u cijeloj Hrvatskoj ukazalo je na značajan porast pretilosti djecepredškolske dobi, smanjenjeaktivnosti kretanje a više koriste digitalne medije i da gotovo ne jedu voće niti povrće. Zato je potrebno, da zajedničkim snagama zdravstvene institucije, vrtići i roditelji djeluju na poboljšanju zdravstvenog stanje djeteta predškolske dobi. U radu su opisani intervju s odgajateljem, roditeljem i zdravstvenom djelatnicom u odgojno-obrazovnoj ustanovi. Intervjui su pokazali kako je važna suradnja vrtića, javnozdravstvenih institucija i odgajatelja. Ali, ukazalo se na potrebu za još snažnijom suradnjom među tri čimbenika. Oni zajedno čine trijadni odnos.Odgajatelj svojim kreativnim pristupom i fleksibilnošću može biti potpora roditeljima.Javnozdravstvene institucije mogu biti od pomoći svojim stručnim i zdravstvenim savjetima. No, glavni promotor pravilne i zdrave prehrane su roditelji odnosno ključno je da roditelji predstavljaju model prehrane djetetu. Naravno, obitelj, vrtić i obiteljsko okruženje treba uključiti u kontinuirane preventivne programe u svrhu smanjenja incidencije pretilosti u populaciji djece predškolske dobi.

Ključne riječi: pretilost, djeca predškolske dobi, roditelji, prehrana, odgojno-obrazovna ustanova, javnozdravstvene institucije

SUMMARY

This thesis generally speaks about the concept of obesity, as well as the causes, consequences, and prevention of obesity. The purpose and goal of this thesis are to determine the importance of the connection between parents, preschool teachers, and public health institutions in order to prevent and treat obesity in preschool-aged children. A study by the Institute of Public Health throughout Croatia showed a significant increase in obesity in preschool-aged children, reduced physical activity, and more use of digital media and eat almost no fruit or vegetables. That is why it is essential, by means of the joint efforts of the health institution, kindergartens, and parents, to work on improving the health condition of the preschool-aged child. The thesis describes an interview with a preschool teacher, parent, and health care worker in an early childhood institution. Interviews showed that the mutual cooperation of kindergartens, public health institutions, and preschool teachers was important. But there was a need for even stronger collaboration among the three factors. Together they form a triadic relationship.A preschool teacher with its creative approach and flexibility can be a support to parents. Public health institutions can be helpful with their expert and health advice. However, the main promoter of a proper and healthy diet is the parents with the respect that it is a key ihat parents represent a model of nutrition for the child. Of course, the family, kindergarten, and family surrounding should be included in continuous prevention programs in order to reduce the incidence of obesity in the population of preschool-aged children

Key words: obesity, preschool-aged children, parents, nutrition kindergartens, public health institution.

1. UVOD

Pretilost djece predškolske dobi ne samo da je aktualna tematika među odgojno-obrazovnim stručnjacima, zdravstvenim djelatnicima i roditeljima, većistraživači se više uključuju u istraživanje o pojavi pretilosti među djecom predškolske. Istraživanja Zavoda za javno zdravstvo u cijeloj Hrvatskoj pokazalo je da RH zauzima peto mjesto po broju pretile djece u Europi. Nema više dječjih igrala na igralištu. Zamijenila ih je računalna tehnologija. Djeca više uživaju u brzoj hrani a sve manje u zdravom voću i povrću. Uzroci nastanka pretilosti leže u utjecaju prehrambenih navika roditelja, utjecaju genetskog naslijeđa i razumijevanje uloge dojenja, dok posljedice pretilosti očituju u svim aspektima dječjeg života. U radu su analizirana tri oblika prevencije pretilosti: primarni, sekundarni i tercijarni oblik i svaki je ponaosob pojašnjen.Trudnice, djeca predškolske i školske dobi spadaju u primarni oblik prevencije. Analizirana su tri različita jelovnika vrtića u tri županije te uočene su razlike. Trijadna uloga vrtića, javnozdravstvenih institucija i roditelja treba da čine snažnu poveznicu u rješenju problema pretilosti djece predškolske dobi. U radu su obrađena triintervjua koji su obuhvatili trijadni odnos: roditelj, vrtić i javnozdravstvena institucija. Intervju su pokazali potrebu za još većom poveznicom među ova tri trijadna čimbenika.

2. OPĆENITO O PRETILOSTI DJECE PREDŠKOLSKE DOBI

Rast i razvoj djeteta je ubrzan u predškolskoj dobi.Dijete predškolske dobi raste, razvija svoje motoričke i kognitivne vještine. Nakon rođenja,značajnuulogu u prehrani ima majčino mlijeko koje sadrži i znatnu količinu kolesterola i višestruko nezasićenih masnih kiselina koje su nužne za skladan razvoj i sazrijevanje živčanog sustava.U dječjoj prehrani, važnu ulogu imaju roditeljii odgajatelji jer predstavljaju modele koji oblikuju djetetove prehrambene navike. Modeli mogu imati veliki utjecaj na izbor i vrstu hrane koju će djeca konzumirati. Važnost treba pridavati zdravoj i raznolikoj prehrani bogatoj voćem i povrćem. Prehrana bogata voćem i povrćem ima veliki značaj na razvoj i funkciju mozga: na primjer, moždane stanice sadrže zamjetnu lipidnu komponentu, te trebaju kvalitetne masti(nezasićene masne kiseline) koje se nalaze i u maslinovom,suncokretovom,kukuruznom ulju. Mozak treba „hraniti"važnim tvarima za stvaranje i organizaciju sinapsi kojima treba dodati: željeza, joda, cinka, vitamina za bolje funkcioniranje mozga.Masne kiseline izgrađuju membrane naših stanica, štite zdravlje srca i krvnih žila, sudjeluju u razvoju i rastu mozga i vida, utječu na kognitivne sposobnosti (pažnja, mišljenje, pamćenje, učenje i drugo), vokabular (bogatstvo dječjeg rječnika), inteligenciju.Omega-3 masne kiseline su alfa-linolenska (ALA), eikozapentaenska (EPA) i dokozaheksaenska (DHA) kiselina (Goddard Blythe, 2008).

Stoga, zabrinjava pojava pretilosti među djecom predškolske dobi.

Pretilost je vrlo kompleksna multifaktorska bolest koja se razvija pod utjecajem genetskih i metaboličkih faktora, okoliša, društvene i kulturološke sredine, te loših životnih navika. Ima više uzroka pretilosti. Najčešći uzrok pretilosti je nastanak energetske neuravnoteženosti (Medanić & Pucarin-Cvetković, 2012).

(Medanić & Pucarin-Cvetković, 2012) pojašnjavaju da pretilost nastaje povećanim nakupljanjem masti te da mast se najvećim dijelom „pohranjuje u adipocitima masnog tkiva što uzrokuje njihovu hipertrofiju, ali i u drugim organima kao što su jetra i koštano-mišićni sustav, posebice u ljudi s pretjeranom tjelesnom težinom“ (Medanić & Pucarin-Cvetković, 2012, str. 347).Isti autori upozoravaju da prilikom dijagnosticiranja pretilosti ne smije se zanemariti činjenica da se možda radi o bolestima endokrinog sustava (bolesti štitnjače i nadbubrežne žlijezde) koje mogu dovesti do sekundarne pretilosti.

Prekomjerna tjelesna težina, a osobito pretilost, definira se kao „prevelika količina tjelesne masnoće koja je opasna po zdravlje kako djece tako i odraslih osoba“(Montignac, 2005, str. 11). Od 1995. godine,Svjetska zdravstvena organizacija zagovara korištenje indeksa tjelesne mase (ITM, engl. Body Mass Indeks) pri određivanju razine pretilosti. Indeks tjelesne mase pokazuje se vrlo pouzdanim parametrom u praćenju promjena tjelesnih masnoća (Montignac, 2005).

Formula za mjerenje tjelesne težine je ITM = TM (kg) / TV (m)² (Rojnić Putarek, 2018).

Prema (Rojnić Putarek, 2018, str. 64) prekomjerna tjelesna težina definira se kada je ITM > 85. centila, a pretilost kada je ITM > 95. centila za dob i spol prema revidiranima centilnim krivuljama CDC 2000 (5), dok za djecu do druge godine života rabe se standardne centilne krivulje WHO-a, a dijete se smatra pretilim kada ima ITM > 97 centila (6). Ekstremna pretilost definira se kada je ITM za 120% ili više viši od 95. centila za dob i spol, odnosno u adolescenata kada je ITM > 35 kg/m2“ (Rojnić Putarek, 2018).

Osnovni nedostatak ITM-a jest što se tim indeksom prikazuje omjer težine i visine tijela, međutim, on ne uzima u obzir tjelesnu građu pojedinca, odnosno ne može razlikovati postotak masnog tkiva u odnosu prema mišićnoj ili koštanoj masi“ (Rojnić Putarek, 2018).

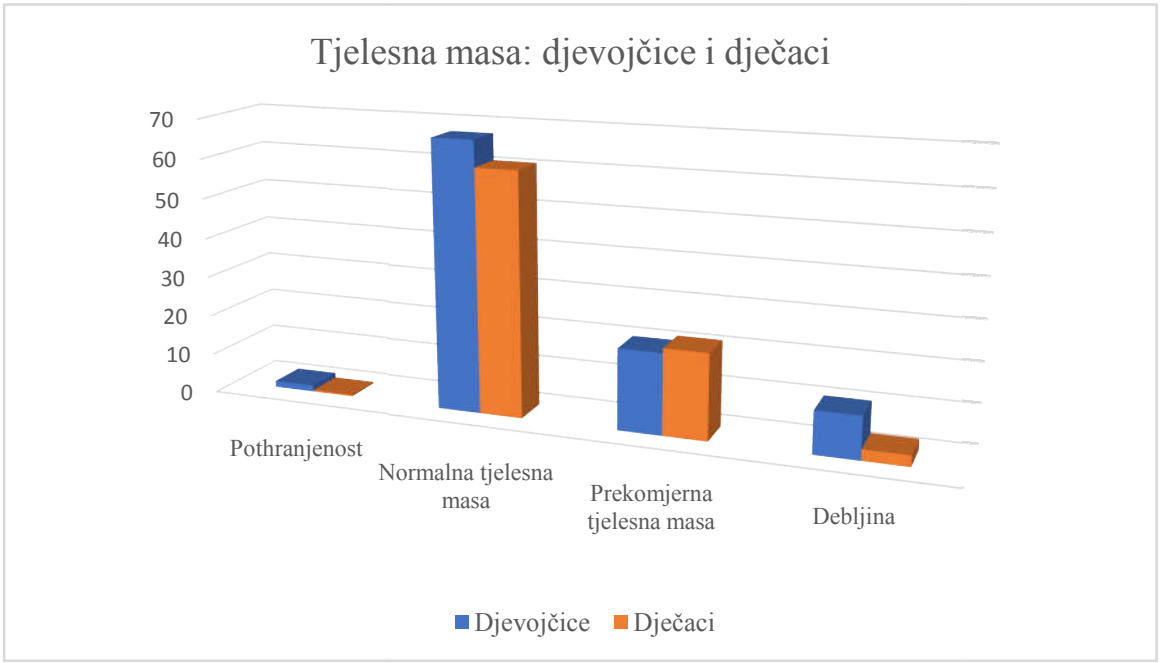
(Montignac, 2005) pojašnjava da pretilost je itekako veliki razlog za zabrinutost, osobito ako se javi prije prirodnog obrata u metabolizmu tjelesnih masnoća, dakle prije šeste godine života. Što se taj obrat u djeteta javi ranije (u dobi od četiri ili pet godina), veća je vjerojatnost da tom djetetu predstoji ozbiljna i tvrdokorna pretilost koja se može zadržati u odrasloj dobi. To je ujedno razlog zašto roditelji trebaju pratiti promjene u tjelesnoj težini svog djeteta tijekom prvih godina života (Montignac, 2005) dodaje da u djece kod koje se spomenuti obrat u metabolizmu tjelesnih masnoća dogodi prije šeste godine, masne će stanice također početi množiti prije vremena, te će ona već sa šest godina biti izrazito sklona debljanju. Pretila djeca inače brže sazrijevaju – u djevojčica menstruacija se javlja ranije, već oko devete godine života, a za pretilu djecu, prerani pubertet je samo jedan čimbenik koji im samo dodatno otežava život (Montignac, 2005).

U slučajuda je roditeljozbiljno zabrinut za stanje tjelesne težine djeteta, savjetuje se da potraži savjet obiteljskog liječnika ili pedijatra, da kao obitelj zajedno uče najzdravije načine hranjenja, i uključivanja u fizičke aktivnosti, da potraže skupine, organizacije ili druge mogućnosti koje bi mogle biti od pomoći i ono najvažnije, prihvatiti dijete onakvim kakvim jest i pomognite mu da prihvati svoje tijelo, brine o njemu i cijeni(Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2006).

2.1.Istraživanja i projekti o pretilosti djece predškolske dobi

Istraživanje „Europska Inicijativa praćenja debljine u djece“ (engl., *Childhood Obesity Surveillance Initiative,* COSO), europskog ureda Svjetske zdravstvene organizacije prvi put je provedeno u 2005/06 godini u 13 država Europske Regije Svjetske zdravstvene organizacije. Hrvatska se uključila u četvrtom krugu u pedagoškoj godini 2015/16. Istraživanje je provodio Zavod za Javno zdravstvo uz potporu Ministarstva zdravstva i Ministarstva znanosti i obrazovanja. Graf 1 pruža podatke o postotku djece koji su pothranjeni, djece s normalnom tjelesnom težinom, s prekomjernom težinom i s debljinom(HZJZ, 2015./2016.)

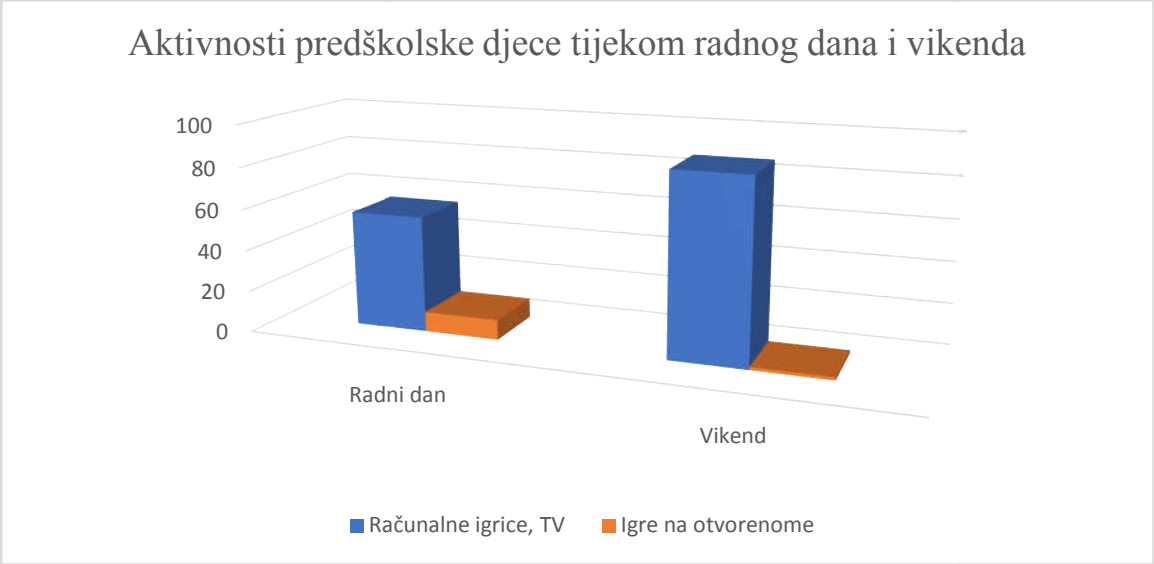
Graf 1. Rezultati istraživanje Europske inicijative o tjelesnoj masi kod djevojčica i dječaka



Izvor: HZJZ. (2015./2016.). Europska inicijativa praćenja debljine u djece, Hrvatska. Preuzeto 25. 8 2020 iz https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/javno-predstavljanje-rezultata-istrazivanja-europska-inicijativa-pracenja-debljine-u-djece-hrvatska-2015-2016-crocosi/

Prema grafu 1., (HZJZ, 2015./2016.), 0,4 % djevojčica je pothranjeno, a isto tako dječaka (0,4%). 67.3% djevojčica ima normalno tjelesnu težinu dok je kod dječaka zabilježena normalna tjelesna težina 60.8%, nešto manje od djevojčica. 20.3% djevojčica ima prekomjernu tjelesnu masu dok je kod dječaka zabilježen nešto malo veći postotak (21.5%). Zabrinjavajući podatak je da 10.7% djevojčica debelo, a još više dječaka (17.2%). Drugi rezultati istraživanja pokazali su poražavajuće rezultate o aktivnostima djece tijekom radnog dana i vikenda (Graf 2.). Djeca provode veliki dio vremena u igranju računalnih igrica ili gledaju televiziju, crtane filmove i slično.

Graf 2. Rezultati istraživanje Europske inicijative o dječjim aktivnostima tijekom radnog dana i vikenda



Izvor: HZJZ. (2015./2016.). Europska inicijativa praćenja debljine u djece, Hrvatska. Preuzeto 25. 8 2020 iz https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/javno-predstavljanje-rezultata-istrazivanja-europska-inicijativa-pracenja-debljine-u-djece-hrvatska-2015-2016-crocosi/

Rezultati istraživanja pokazali su veoma poražavajuće rezultate dječjih aktivnosti tijekom tjedna i tijekom vikenda. Tijekom radnog dana, 56.1% djece igraju igrice na računalu ili gledaju televiziju, a 9.7% djece borave na otvorenome i igraju s drugom djecom. Sve je izraženije da nekadašnji boravak djece vani, na igralištu, postaje prošlost koju zamjenjuje sadašnjost i budućnost organiziranih aktivnosti od strane stručnjaka i boravka na zatvorenom

prostoru, a to je navedeno istraživanje potvrdilo (5.15% djece provodi tri ili manje sati tjedno u organiziranoj tjelesnoj aktivnosti te da ispitivana djeca spavaju u prosjeku devet sati). Nadalje, istraživanje je pokazalo da 31% djevojčica s prekomjernom tjelesnom težinom i debljinom živi u Kontinentalnoj regiji dok 38.7% dječaka s prekomjernom tjelesnom masom i debljinom živi u Jadranskoj regiji. Istraživanje o vrsti hrane pokazuju daljnje poražavajuće rezultate istraživanja, a to da 4.3% djece jede pizzu, pržene krumpiriće, hamburger ili kobasice više od tri puta tjedno. 27% djece jede kolače, krafne ili pizze više od tri puta tjedno, dok 29.1% djece pije sokove s dodatnim šećerom više od tri puta tjedno.31.3% djece jede čokoladu ili bombone više od tri puta tjedno. 66.5% djece ne jede voće svakodnevno, dok 82.8% djece ne jede povrće svakodnevno.22.9% djece ne doručkuje svakodnevno. Rezultati istraživanja Europske inicijative, a koje su provodili Hrvatski zavodi za javno zdravstvo diljem Hrvatske, pokazali su djeca jedu brzu i nezdravu hranu, koja im je svakodnevno dostupna. Iznimno visok postotak djece ne jede niti voće niti povrće a ispodprosječan broj djece doručkuje, što je najvažniji obrok za dijete predškolske dobi.

Istraživanje (Tatalović Vorkapić & Polanec, 2015)koje je provedeno na području Međimurske županije u kojem je utvrđeno nekoliko značajnih korelacija jela i osjećaja koji se doživljavaju tijekom igranja.Pa tako, školska djeca koja jedu dok su za računalom se značajno više oduševljavaju igranjem na računalu, više posvadete inate ako im roditelji ne dopuste da duže igraju za razliku od djece koja ne jedu tijekom igre. S druge strane, što školska djeca koja ne jedu tijekom igre, značajno više boravi vani s društvom ($r=0,25$, $p=0,05$). Očigledno je da pojava uzimanja jela tijekom provođenja vremena za računalom povećava razinu ugode koja se pritom doživljava, ali i veći otpor pri susretanju s pravilima okoline, te u kreiranju veće razine pasivnog sjedećeg ponašanja, koje nije dobro za motorički razvoj djece, te predstavlja temelj stvaranja ovisničkog ponašanja djeteta(Tatalović Vorkapić & Polanec, 2015).

Činjenica jest da bi bilo koju vrstu obroka trebalo vrlo jasno odvojiti od vremena koje se provodi uz računalo, što su prethodna istraživanja pokazala.

Istraživanja u Francuskoj pokazala su da postoje dva tipa pretilosti. Primjerice, uočeno je da ekstremna pretilost širi mnogo brže od umjerene pretilosti. Jedino regionalno istraživanje pokazalo je da se udio umjerene pretilosti tijekom šesnaest godina udvostručilo, do se za isto

vrijeme ekstremna pretilost povećala dva puta(Montignac, 2005). Ista pojava zabilježena je i u Sjedinjenim Američkim Državama (Montignac, 2005) prema (Gormaker, 1987).

Projekti o zdravoj prehrani, na razini države i županije su različiti, no u ovom radu, posebno je izdvojen projekt Udruge „Lijepa Naša“, pod nazivom „Mi jedemo odgovorno“ koji surađuje s češkim Glopolis te koristi dobro poznati metodološki koncept sedam koraka međunarodnih Eko škola.

On donosi novu, atraktivnu i aktualnu temu u sustav Eko škola koja je usko povezana s drugim ekološkim temama. Cilj je da odgojiteljima i učiteljima pružiti podršku za uključivanje teme odgovorne prehrane u odgojno obrazovni proces. On naglašava istinsko razumijevanje problema i nudi specifične metode kako realizirati temu s djecom (Udruga Lijepa Naša, 2018).

U sklopu projekta, ponuđena je metode za procjenu kakvoće prehrane. (Zavod za javno zdravstvo dr.Andrija Štampar, 2017).To su dijetetičke metode – prikladna metoda ovisi o vrsti istraživanja, karakteristikama ispitanika i raspoloživim resursima.Cilj je pratiti istu skupinu kroz dulje razdoblje. U metodologiji „Mi jedemo odgovorno“ koriste se dijetetičke metode FFQ (učestalost konzumiranja hrane i pića) ali je potrebno uskladiti odgovore kako bi se upitnici i rezultati mogli vrednovati i ekstrapolirati. Primjer iz metodologije :

1.Koliko često pripremate hranu kod kuće?

2. Koliko često na tjedan doručkujete?

Metodološki koncept „Mi jedemo odgovorno“ sastoji se od sedam koraka. Prvi korak je okupljanje prikladnog tima koji će biti odgovoran za projekt te podjela i definiranje uloga članovima tima. Drugi korak je analiza hrane - istraživanje stanja u kuhinji u vrtićima i stanje u obiteljskim kuhinjama. Radi se procjena rezultata i utvrđuju moguća poboljšanja. Kreira se plan rada - godišnji plan koji će pomoći svima u odgojno-obrazovnoj ustanovi da se približe odgovornoj prehrani, a to je četvrti korak u metodologiji rada. Peti korak je praćenje stanja i ocjenjivanje, dok šesti i sedmi korak uključuju rad prema kurikulumu i uključivanje medija.

Suština rada na ovom projektu je razvijanje kritičkog mišljenja, znanja, vještina i stavova koji dovode od novih obrazaca ponašanja i navika u prehrani djeteta.

Tijekom tog projekta realizirane su različite aktivnosti u različitim odgojno-obrazovnim ustanovama diljem Hrvatske. Temeljne aktivnosti odnosile su se na upoznavanje zdrave hrane i njezine usporedbe s nezdravom hranom te realizirane aktivnosti kojim su potakle promišljanje djeteta o hrani koju svakodnevno jede. Projekt u odgojno-obrazovnoj ustanovi traje jednu pedagošku godinu i onda im se nudi novi projekt poput „Lov na biljke“ i tako dalje.

Zaključno, istraživanje Hrvatskog zavoda za Javno zdravstvo RH (2015/16) pokazala da pretilost postaje sve ozbiljniji problem djece predškolske dobi i da u Hrvatska peta po redu po broju pretile djece u predškolskoj dobi (35%). Prva je Španjolska, zatim slijede Grčka, Italija, Malta, Hrvatska, šesta po redu je Crna Gora .

Očito je da postoje jako dobri projekti na razini županije i cijele države koje se financiraju iz strukturiranih fondova Europske Unije , no nedostatak tih projekata, kao projekta „Mi jedemo odgovorno“, je vremensko ograničenje.

2.2.Uzroci pretilosti

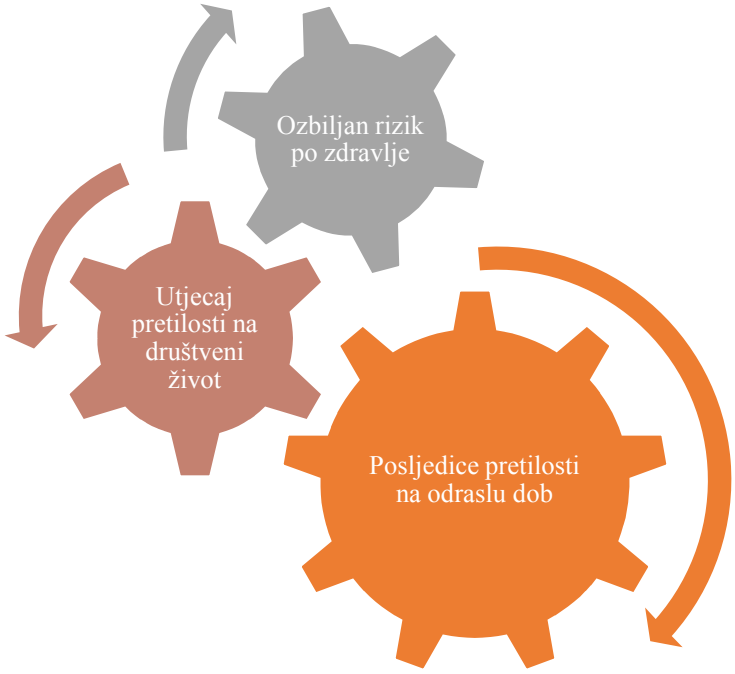
Jedan od uzroka pretilosti je genetsko naslijeđe. Često se može čuti: „Pa i tvoja mama ima višak kilograma, pa nije čudo da i ti imaš!“. Statistički podaci kojima danas raspolažemo pokazuju da će 40% djece čiji jedan roditelj pretio i sami postati pretili. Ako su oba roditelja pretila, rizik se gotovo udvostručuje i približava do 80%. (Montignac, 2005). Isti autor poučava da „Međutim,suprotno od onoga što nam se na prvi pogled čini, riječ je samo o sklonosti, a iskustvo nas uči da se, u slučajevima kad se rizik uoči pravodobno, ranom prilagodbom djetetove prehrane taj rizik često može neutralizirati“ (Montignac, 2005, str. 29). Drugi uzrok su loše prehrambene navike roditelja Hormonalni i metabolički poremećaji opažaju se kod pretile djece već u prvim godinama života. Neovisno od toga jesu li gladni ili su upravo jeli, u njih je razina inzulina u krvi (inzulinemija) izrazito povišena. Iako postoje individualne razlike, inzulinemija je najčešće proporcionalna ukupnoj količini tjelesnih masnoća (Montignac, 2005). U nekih roditelja, loše će prehrambene navike dovesti do

prekomjernog debljanja ili čak pretilosti. U drugih pak iz zasad još nepoznatih razloga, problema s tjelesnom težinom neće biti, usprkos činjenici da im je prehrana neuredna. Zato se događa da su roditelji, koji su naoko možda mršavi, sasvim zbunjeni činjenicom da su im djeca pretila.Međutim, kada bi se podvrgnuli testu za utvrđivanje razine inzulina, gotovo bi sigurno test pokazao da boluju od hiperinzulenemije, iako bez vidljivih simptoma (Montignac, 2005). Još jedna zanimljiva činjenica, prema riječima (Montignac, 2005) da prehrana u kojoj su rafinirane žitarice (s visokim glikemičnim indeksom) zastupljene previše , a vlakna premalo, može izmijeniti naše gene i potaknuti nastanak dijabetesa. Ona djeca koja su dojena tijekom prvih godina života imaju manju sklonost pretilosti i kako (Montignac, 2005) pojašnjava ona djeca koja su dojena uzimaju koliko im treba a dok ona djeca koja se hrane na bočici, dobivaju točno određene količine , prema uputama. Ako dijete prestane piti, majko obično inzistira da dijete popije mlijeko iz bočice do kraja (a nije više gladno).

2.3.Posljedicepretilosti

Već se dugo zna da je pretilost u odrasloj dobi opasna po zdravlje. Otkako je dječja pretilost tako drastično porasla, provode se brojna istraživanja , ne samo da bi se utvrdilo koje su njezine neposredne posljedice već da bi se saznalo na koji način pretilost u djetinjstvu može utjecati na zdravlje u odrasloj dobi. Isto tako, prema autoru (Montignac, 2005), spominje se cijeli niz stanja koji su izravno povezani s pretilosti u djetinjstvu. To su respiratorne smetnje (privremeni prestanak disanja u snu i sl.), ortopedske bolesti, poremećaj u rad žlijezda s unutarnjim izlučivanjem, komplikacije kao što je stvaranje žučnih kamenaca, povišeni krvni tlak, kardiomiopatija, pankreatitis i dijabetes tipa II (Montignac, 2005). Dugo se vjerovalo da je dijabetes bolest koja pogađa samo odrasle. No, sve više počela su obolijevati djeca. Uočeno je više posljedica pretilosti, koji je ilustrativno prikazan i pojašnjen (Slika 3.

Slika 1. Posljedice i pretilosti u različitim segmentima života



Izvor:Izradila studentica prema Montignac, M. (2005). *Dječja pretilost.* Zagreb: Naklada Zadro., str. 26

Ozbiljna posljedica pretilosti je posljedica po zdravlje djeteta. Istraživanja u kojima su skupine pretile djece uspoređivane sa skupinom djece normalne tjelesne težine, pokazale su da u pretile djece javljaju određeni klinički poremećaji kao što krvni tlak, povišene vrijednosti kolesterola, LDL kolesterola, netolerancija glukoze, hiperinzulinemija, rezistencija na inzulin i masna jetra (Montignac, 2005).

Druga posljedica jesu promjene u društvenom životu djeteta i poslije. Javljaju se negativni psihološki učinci dječje pretilosti od kojih se najčešće spominje gubitak samopouzdanja, depresija (Cornette, 2008). Prema riječima istog autora, stoji da su dječja debljina i pretilost postali globalna epidemija koja šteti djeci različite dobi, etničke i socio-ekonomske podloge. Fizičke i financijske posljedice debljine pretilosti su dosta istražene i uočene, no (Cornette,

2008) navodi da „Nažalost malo istraživanja dostupno o emocionalnom učinku debljine i pretilosti na djecu i adolescente (Cornette, 2008) smatra da nema dokaza koji bi odredili emocionalni učinak na djecu koja su debela i pretila. Postoji čak još manje istraživanja koji su u fokus pažnje stavili problem samopoštovanja, depresije i drugih emocionalnih posljedica. Prema (Cornette, 2008) trebalo bi posvetiti više pažnje emocionalnom učinku debljine i pretilosti u dječjoj dobi. Na taj način, osigurala bih se odgovarajuća holistička skrb za djecu predškolske dobi.

Sva epidemiološka istraživanja došla su do istog zaključka, dječja pretilost povezana je u 50% do 80% slučajeva(Lake, Power, & Cole, 1997)s povećanim rizikom od prerane smrti u odrasloj dobi. Međutim istraživanje koja se bave ispitivanjem stopa smrtnosti u muškoj i ženskoj dječjoj populaciji pokazala su da je rizik od prerane smrti u muškoj populaciji veći (Montignac, 2005). Rezultati mnogih istraživanja upućuju na povezanost dječje pretilosti s pojavom različitih patoloških stanja u odrasloj dobi, a to su srčane smetnje, dijabetes, karcinom crijeva, menstrualni problemi i bolesti zglobova.

Problem pretilosti, njenog liječenja i indirektnih posljedica značajno i ekonomski opterećuju društvo u cjelini, što dodatno usmjerava pozornost na programe na njenu prevenciju, između ostalog i u smislu smanjenja financijskog opterećenja zdravstvenog sustava. Djeca, posebno adolescenti, ali i roditelji, pa i zdravstveni i prosvjetni djelatnici često objektivno i ne prepoznaju pretilost kao rastući zdravstveni problem, već ga sagledavaju isključivo kao estetski, odnosno kulturološki fenomen (Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010).

Zaključno, posljedice pretilosti uočene su u svim područjima zdravlja djeteta, no posebno još treba istražiti u kojoj mjeri pretilost utječe na emocionalni život djeteta predškolske dobi.

2.4.Prevencija pretilosti djece predškolske dobi

Prevencija pretilosti proizlazi iz dramatičnog porasta njene učestalosti, ograničenih mogućnosti liječenja te direktnog i indirektnog utjecaja na razvoj niza kroničnih bolesti , koje se javljaju uz pretilost u sve mlađoj životnoj dobi (Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010). Prevencija pretilosti može biti primarna, sekundarna i tercijarna pretilost. Program prevencije može uključivati djecu , jedno dijete ili više skupina djece.

Primarna prevencija temelji se na pojedinca, ali i na više skupina djece s primjerenom tjelesnom masom radi promocije, edukacije i usvajanja kvalitetnih i zdravih prehrambenih navika i načina života. (ITM od 18.5 do 24.9 kg/m2 za odrasle, odnosno ekvivalentom o dobi i spolu za djecu). Na razini populacije u sklopu primarne prevencije pretilosti sustavno se provodi edukacija stanovništva o utjecaju prekomjerne tjelesne mase, odnosno pretilostina pojavu kardiovaskularnih i metaboličkih bolesti u sve ranijoj životnoj dobi, kao i utjecaja pretilosti na smanjenje očekivanog trajanja života i mortaliteta stanovništva(Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010). U užem smislu, ciljne skupine primarne prevencije pretilosti su trudnice, djeca predškolske i školske dobi, koje dugotrajnom edukacijom u sklopu različitih razina zdravstvenog i obrazovnog sustava treba podučiti kako da uz pomoć svoje obitelji usvoje pravilne prehrambene navike i općenito zdrav način života(Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010). Primarna prevencija pretilosti tijekom predškolske dobi usmjerena je na usvajanje zdravih navika i općenito zdravog načina života: redovitost obroka (tri glavna i dva međuobroka), voda kao piće, dvije šalice mlijeka na dan, punozrnati kruh, nemasno meso, plava riba, svježe sezonsko voće i povrće, ulja biljnog podrijetla (maslinovo ulje, bućino ulje, ulje kukuruznih klica); uvođenje raznovrsne prehrane, uzimajući u obzir djetetove energetske i nutritivne potrebe u tom razdoblju rasta i razvoja; usklađivanje prehrambenih navika u obitelji i predškolskim ustanovama; poticanje svakodnevne tjelesne aktivnosti i vremensko ograničenje gledanja TV-a, igranja video i računalnih igara(Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010).

Sekundarna prevencija pretilosti je definiranje rizičnih skupina za razvoj pretilosti (Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010) prema (Kruger , Kruger , & Macintyre , 2006). U programe sekundarne prevencije uključuju se djeca i mladi koji temeljem svojeg naslijeđa, anamneze o obiteljskoj sklonosti pojave pretilosti, sjedalačkom načinu života imaju predispoziciju da ostanu pretili (Krebs , 2005). Prema (Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010) programima sekundarne prevencije pretilosti obuhvaćaju se i djeca i mladi kojima je pretilost jedna od odrednica osnovne bolesti.

Tercijarna prevencija usmjerena je na djecu i mlade s tjelesnom masom većom od 97, odnosno 99 percentila za dob i spol. Multidisciplinarni pristup usmjeren je na prevenciju i nadzor daljnjeg pogoršanja bolesti koje se mogu javiti uz pretilosti (Bralić, Jovančević, Predavec, & Grgurić, 2010).

3.TRIJADNA ULOGA ČIMBENIKA: RODITELJ , VRTIĆ I ZDRAVSTVO

3.1. Roditelji kao modeli prehrane djeteta

Odgojno-obrazovne ustanove i javnozdravstvene institucije su institucije koje će pomoći obitelji i djetetu predškolske dobi u rješavanju problema s pretilošću, sa svojim stručnim savjetima, potporom i motivacijskom podrškom. Ali, ključne osobe u poticanju pravilne prehrane djece su roditelji. Oni su primarni čimbenik i trebaju predstavljati model djeci na koji način zdravo i pravilno hraniti. Premda mnoge obitelji zaista imaju ritual redovitog objedovanja za stolom, sve veći broj djece to ne radi. Velikom broju djece dan počne bez doručka, što znači da imaju razinu glukoze u krvi preostalu od prethodne večeri. Prirodna reakcija tijela na niski šećer u krvi je kompenzacija povećanim lučenjem adrenalina. Takva biokemijska kombinacija može utjecati na koncentraciju i kontrolu impulsa (Goddard Blythe, 2008). dugoročno varirajući obrazac visoke/niske razine šećera u krvi povećava razdražljivost, umor i napade hiperaktivnosti, smanjuje energiju i šteti koncentraciji (Goddard Blythe, 2008). Prema ovim podacima, roditelji treba biti model djetetu i primjer da je važno pojesti doručak koji ne mora biti ekstra ali bitno je da se pojede doručak.

Drugi primjer modela je roditelj koji motivira dijete na vježbanje ili kretanje, ovisno što dijete zanima. Vježbanje je važno za učinkovito iskorištavanje hrane, jer se živčane stanice hrane putem krvotoka. Osim obnove tkiva, rasta i energije, pamćenje također ovisi o prehrani (Goddard Blythe, 2008).

Hrana je gorivo za mozak, kao i za tijelo (Goddard Blythe, 2008), čega roditelji moraju biti svjesni te nuditi djetetu uravnoteženu i zdravu hranu bogatu bjelančevinama, mineralima, i vitaminima, jer današnji porast pretilosti među djecom je društveni problem, kao i osobni problem i potencijalni rizik za zdravlje. Trudnice se potiču da dobro jedu za svoje nerođeno dijete, a djeci također, treba kontinuirano vodstvo u odabiru, reguliranju i razvijanju zdravih navika za živo (Goddard Blythe, 2008). Stoga, roditelju su model prehrane djetetu, a sve to predstavlja dio cjeloživotnog učenja.

3.2.Uloga odgajatelja i odgojno-obrazovne ustanove u problematici pretilosti

Uloga odgajatelja i odgojno-obrazovne ustanove je veoma važna. Dijete predškolske dobi provode više sati dnevno u odgojno-obrazovnoj ustanovi koja mu osim odgojno-obrazovnih sadržaja nudi svakodnevne obroke (doručak, ručak i užina). Odgajatelji upoznaju njegove razvojne aspekte ali i razvojne mogućnosti. Može uvidjeti dobre i loše strane djetetova razvoja te u suradnji s roditeljima potpomagati u pravilnom rasti i razvoju. Odgajatelji mogu poticati dječji interes za istraživanjem i pružati podrške djetetovu učenju koju imaju prvenstveno roditelji (Ljubetić, 2012). No, odgajatelj može koristiti različite situacije za ohrabrivanje djeteta i podržavanje njegova interesa za istraživanjem i učenjem i prevladavanjem teškoća u prehrani. Uvažavanjem djeteta i njegovih potreba pridonosi i poboljšanju partnerske uloge roditelja i odgajatelja u igri i aktivnostima. Što odgajatelji mogu činiti?

- promatrati (igre i aktivnosti)
- osluškivati (što dijete priča dok se igra, koja pitanja postavlja)
- promišljati (kako produbiti interes za igru i aktivnost)
- razgovarati s djetetom (kako bi bolje razumjeli što čini)
- uvažavati djetetove interese i želje

Kako bi dijete moglo zadovoljiti svoju prirodnu, unutarnjom motivacijom potaknutu potrebu za istraživanjem, nisu mu dovoljna samo namjenska didaktička sredstva (iako su i ona važna), već mnoštvo raznovrsnog materijala iz okoline, prirode, različiti neoblikovani materijali i drugo.

Slika 2. Podna igra „Mi jedemo odgovorno“



Izvor: Izradila autorica

Podna igra „Mi jedemo odgovorno“ (slika 2) napravljena je od platna na temelju pdf slike koju su uputili članovi projekta „Mi jedemo odgovorno“. Princip igre je „Čovječe, ne ljuti se“. Djeca predškolske dobi bacaju kocku i na odgovarajući broj kreću se po zadanim točkama. Pravila igre pokazuju da ako se broj zaustavi na slici s brzom hranom, potrebno se vratiti, ali ako se zaustavi na voću ili povrću, potrebno je krenuti naprijed. Poruka igre za djecu predškolske dobi je da je bolje konzumirati zdrava jela poput voća ili povrća nego nezdravu hranu poput hamburgera. U nastavku slijedi slika 5 koja je služi za imenovanje hrane.

Slika 3. Slagalica „Zdrava Hrana“



Izvor: Izradila autorica

Slika 5. prikazuje veoma jednostavnu slagalicu koja može raditi i dijete jasličke dobi, što bi bilo idealno započeti aktivnosti usvajanja dobrih prehrambenih navika u toj dobi.

Motivacijski dio može obuhvatiti različiti lutkarski igrokazi koji su veoma popularni među djecom predškolske dobi. Na primjer, putem različitih lutkarskih igrokaza. U nastavku slijedi slika 6. koja prikazuje lutkarski igrokaz „Zdrava hrana“.

Slika 4. Lutkarski igrokaz



Izvor: Izradila autorica

Tijekom izvedbe lutkarskog igrokaza o zdravoj hrani, djeca predškolske dobi slušaju veoma pažljivo, razgovaraju o igrokazu sa svojim prijateljima, odgajateljicama i svojim roditeljima. To je unikatna prilika razviti konkretnu raspravu s djetetom o tome što je zdravo jesti, koliko, gdje i kada. Slijedi stolna igra „ Svijet i hrana“.

Slika 5. Stolna igra „Hrana i svijet“



Izvor: Izradila autorica

Slika 5. prikazuje stolnu igru „Hrana i svijet“ koja poučava djecu predškolske dobi gdje i u kojima dijelovima svijeta uspijeva određeno voće i povrće. Stječu spoznaje o nazivima voća i povrća ali uviđaju da neka voća i povrća ne uspijevaju na tlu Hrvatske ali mogu se pronaći u dućanu. Tako se razvijati konstruktivna rasprava o tome da treba probati sve voće i povrće (istraživanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazalo je da djeca u Hrvatskoj u vrlo malo jedu voće i povrće).

Metodologija projekta „Mi jedemo odgovorno nudi“ polazišnu ideju o obitelji Hrčak koji se bavi pitanjima zdrave hrane.

Svaka odgojno-obrazovna ustanova, na temelju Godišnjeg plana i programa za pedagošku godinu, ima utvrđene mjere:

A) zdravstvene zaštite

B) higijene

C) pravilne prehrane

Odgojno-obrazovna ustanova svjesna je važnosti predškolskog razdoblja jer je i najranjivije životno doba koje u velikoj mjeri određuje kakvo će biti zdravlje odrasle osobe. Oštećenje zdravlja u ranoj dobi često ostavlja pečat na cijeli čovjekov život. Zbog toga je briga o zdravlju djece prevencija invalidnosti u odrasloj osobi. Zdravstvena zaštita u predškolskim ustanovama je skup mjera radi očuvanja i unapređenja zdravlja djece. Glede mjera pravilne prehrane navodi se da je potrebno osigurati redoviti broj obroka s preporučenom količinom energije i prehrambenih tvari uz propisani sanitarni nadzor nad namirnicama i predmetima opće upotrebe, antropološkim mjerenjima djece (težina i visina) četiri puta godišnje kontinuirano pratiti utjecaj prehrane na rast i razvoj te zdravlje djece, stvaranje navika zdravog hranjenja, odnosno usvojenja jedne zdravstvene kulture prehrane i konzultacije i savjetovanje s roditeljima o zadovoljavanju specifičnih potreba djeteta u vrtićuPrimjer jelovnika D. V. „Vrapčić“, Šenkovec.

Slika 6. Jelovnik D.V.“ Vrapčić“, Šenkovec, Međimurska županija

DV "VRAPČIĆ" ŠENKOVEC; JELOVNIK ZA MJESEC KOLOVOZ 03.08.2020. – 07.08.2020. G. JASLICE

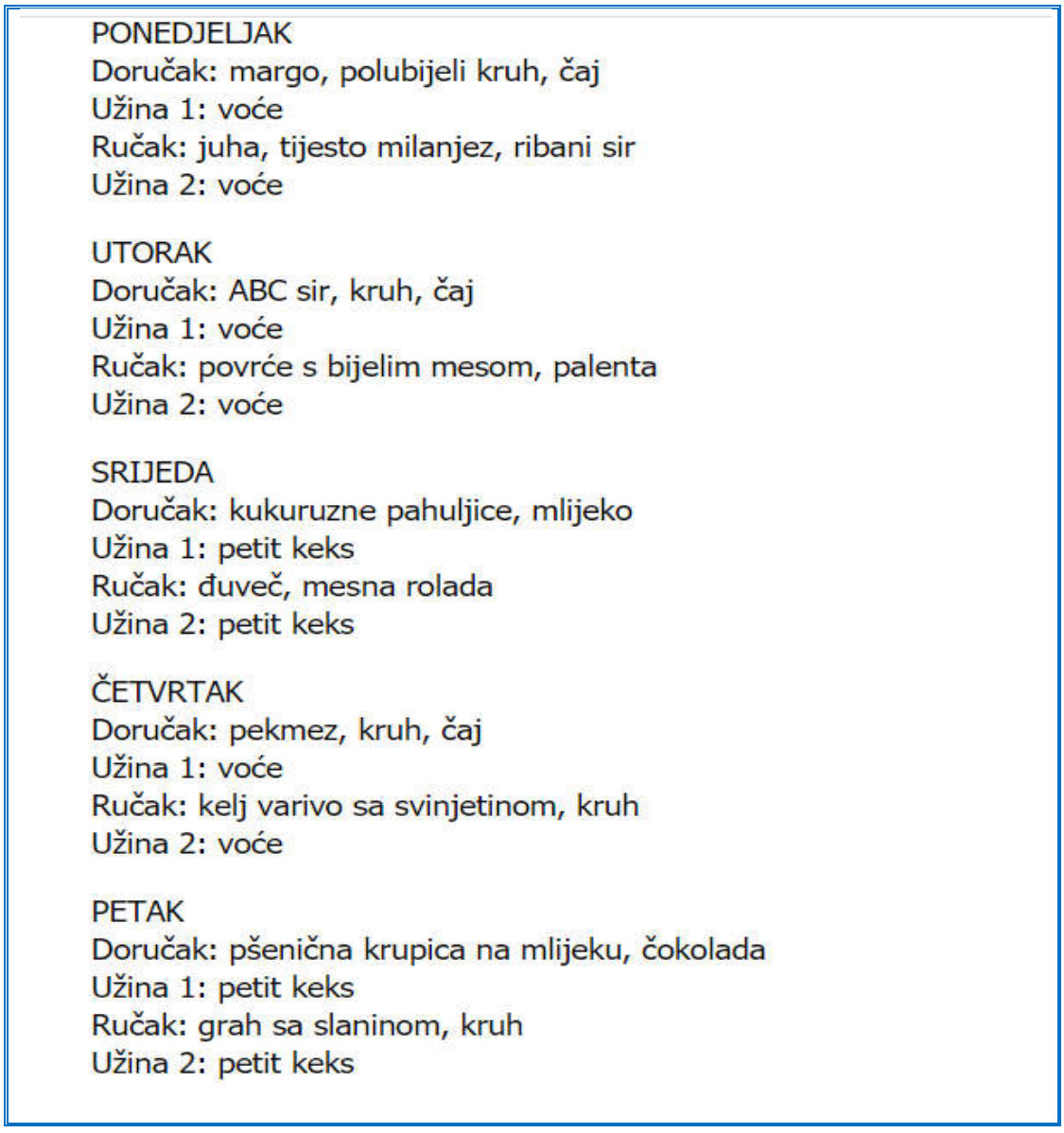
DAN	TOPLI NAPITAK Kal. Vrijed.	DORUČAK Kal. Vrijed.	10 h - voće	RUČAK Kal. vrijednost	UŽINA Kal.vrijednost	KALORIJSKA VRIJEDNOST
PONEDJELJAK  03.08.2020.	čaj, keks 100 Kcal	Kruh, džem, kakao/čokolino 300 Kcal	Voće 67 Kcal	Ujušak od junetine s žličnjacima, fritule 550 Kcal	Kruh, sirni namaz 260 Kcal	1277 Kcal
UTORAK  04.08.2020.	čaj, keks 100 Kcal	Kruh, maslac, kakao/medolino 280 Kcal	Voće 67 Kcal	Bistra juha s povrćem , pužići s mljevenim mesom, mješana salata krastavci i paprika 560 Kcal	Kruh, sir trapist 260 Kcal	1267 Kcal
ČETVRTAK  06.08.2020.	čaj, keks 100 Kcal	Kruh, pečena jaja, kakao/čokolino 340 Kcal	Voće 67 Kcal	Juha s povrćem, rezancima, krpice s zeljem 550 Kcal	Kruh, lino-lada 270 Kcal	1327 Kcal
PETAK  07.08.2020.	čaj, keks 100 Kcal	Mlijeko, kornfleks 300 Kcal	Voće 67 Kcal	Juha od rajčice, pečena riba, krumpir salata s bučinim uljem 555 Kcal	Puding 200 Kcal	1222 Kcal

NAPOMENA: Vrtić ima pravo izmjene jelovnika

Izvor: Jelovnik. Dječji vrtić „Vrapčić“, Šenkovec

Jelovnik Dječjeg vrtića „Vrapčić“ obiluje bogatom i raznovrsnom hranom u kojem su jednako zastupljene svi potrebni minerali, vitamini, zasićene i nezasićene masti. Ono što je uočljivo je da se nude jela koja su tipično tradicionalna za područje Međimurske županije i to je veoma pozitivno. Prema pretraživanju web stranice navedenog vrtića, uočeno je da je Dječji vrtić „Vrapčić“, Šenkovec aktivno sudjelovao u projektu „Mi jedemo odgovorno“, „Move week“ pa je vjerojatno to polučilo dobre rezultate. U nastavku je jelovnik D.V. „Maslačak“, Belišće, Osječko-baranjska županija.

Slika 7. Jelovnik D.V. „Maslačak“, Belišće, Osječko-baranjska županija



PONEDJELJAK
Doručak: margo, polubijeli kruh, čaj
Užina 1: voće
Ručak: juha, tijesto milanjez, ribani sir
Užina 2: voće

UTORAK
Doručak: ABC sir, kruh, čaj
Užina 1: voće
Ručak: povrće s bijelim mesom, palenta
Užina 2: voće

SRIJEDA
Doručak: kukuruzne pahuljice, mlijeko
Užina 1: petit keks
Ručak: đuveč, mesna rolada
Užina 2: petit keks

ČETVRTAK
Doručak: pekmez, kruh, čaj
Užina 1: voće
Ručak: kelj varivo sa svinjetinom, kruh
Užina 2: voće

PETAK
Doručak: pšenična krupica na mlijeku, čokolada
Užina 1: petit keks
Ručak: grah sa slaninom, kruh
Užina 2: petit keks

Izvor: Jelovnik D. V. Maslačak , Belišće, Dostupno na:https://www.vrtic-maslacak-belisce.hr/jelovnik.html. Datum pristupa: 26.08.2020.godine

Na temelju analize jelovnika, uočavaju se značajne razlike u jelovniku Dječjeg vrtića „Maslačak“, Belišće, Osječko-baranjska županija zastupljena standardna hrana bez unosa tipičnih jela tog područja. Uočeno je da za doručak djeca dobivaju margo (margarin) za koje se pokazalo da ima nezdrav u odnosu na maslac. Nema toplog napitka kao čaj i keksi pri dolasku djeteta u vrtiću. Za užinu se nude keksi i voće. U nastavku slijedi jelovnik Dječji vrtić „Mali istraživač“, Zagreb.

Slika 8. Jelovnik Dječji vrtić „Mali istraživač“, Zagreb

Ponedjeljak, 24. kolovoz 2020.
DORUČAK: Kukuruzni kruh,maslac,džem od marelice,čaj od šipka s limunom
VOĆNI MEĐUOBROK: Banana,jabuka
RUČAK: Fino varivo s prosom i piletinom,jabuka
UŽINA: Mramorni biskvit,čaj od mente
KASNA UŽINA: Svježe voće
Utorak, 25. kolovoz 2020.
DORUČAK: Žitarice sa suhim voćem,mlijeko
VOĆNI MEĐUOBROK: Bijelo grožđe
RUČAK: Pileća juha s rezancima,pureći file u umaku,rizi-bizi,cikla salata
UŽINA: Kukuruzni kruh,tvrdi sir,čaj od kamilice
KASNA UŽINA: Svježe voće
Srijeda, 26. kolovoz 2020.
DORUČAK: Kukuruzni kruh,narezak,čaj od mente,bijela kava
VOĆNI MEĐUOBROK: Jabuka,svježa mrkva
RUČAK: Varivo od graha sa svinjetinom i ječmenom kašom,kukuruzni kruh
UŽINA: Pita od sira,čaj od šipka
KASNA UŽINA: Svježe voće
Četvrtak, 27. kolovoz 2020.
DORUČAK: Kukuruzne pahuljice,mlijeko
VOĆNI MEĐUOBROK:Breskva
RUČAK: Krem juha od povrća,tjestenina s mljevenim mesom,kupus salata s mrkvom
UŽINA: Puding od vanilije (domaći)
KASNA UŽINA: Svježe voće
Petak, 28. kolovoz 2020.
DORUČAK:Griz na mlijeku posipan kakaom
VOĆNI MEĐUOBROK: Banana
RUČAK: Juha od rajčice s rižom,brudet od liganja,palenta,zelena salata
UŽINA:Svježe voće,sport keks
KASNA UŽINA: Svježe voće

Izvor:Jelovnik Dječji vrtić „Mali istraživač“, Zagreb. Dostupno na: https://www.mali-istrazivac.hr/jelovnik-u-vrticu. Datum pristupa: 26.08.2020

Treći jelovnik koji se analizira je jelovnik Dječjeg vrtića „Mali istraživač“, Zagreb u kojem je značajno zastupljeno različito voće kao međuobrok. Za tjedan od 24.08.2020.- 28.08.2020. zastupljen je kukuruzni kruh, različite vrste čajeva (menta, kamilica) a kao glavno jelo zastupljene su juhe, meso i prilog te variva uz kruh. Napravili su ravnotežu među zastupljenim namirnicama. Nisu glavni naglasak stavili na ručak već rasporedili na doručak, međuobrok, užinu i kasnu užinu što je izvrsno izbalansirano.

U analizi tri različita jelovnika na području tri različite županije a koje imaju različita kulturna, demografska, geografska i druga obilježja, uočene su značajne razlike u unosu namirnica. I vrstama jela. Dječji vrtić „Maslačak“ ima zastupljen margarin koji ima visoku kalorijsku vrijednost i visok udio masnoće za razliku od maslaca koji to nema. Deserti nisu zastupljeni u Dječjem vrtiću „Maslačak“, nego nude djeci petit *beurre* kekse. Ostala dva vrtića nude jedanput na tjedan desert tipa mramorni biskvit i fritule.

Kineziološke aktivnosti u vrtiću su dio Godišnjeg plana i programa odgojno-obrazovne ustanove i uobičajeno je da je uvršten u sadržaj rada i programa vrtića. Postoji kineziološka metodologija autora (Neljak, 2009)u kojem su prikazani različiti sadržaji tjelovježbe te igre koje odgajatelj mogu koristiti u svojem svakodnevnom radu s djecom predškolske dobi i te sadržaje mijenjati, nadopunjavati ovisno o interesima i potrebama djece ali i svojim kreativnim mogućnostima.

Glede suradnje odgajatelja s roditeljima,u vrtiću, zauzimaju posebno važno mjesto. Ono daleko nadmašuje okvire suradnje, koliko god ona bila kvalitetna (Slunjski, 2008). Razina i kvaliteta uključenosti roditelja u proces odgoja i obrazovanja u vrtiću znatno određuje ne samo kvalitetu odgojno-obrazovnih iskustava djece, nego je „nezamjenjiva prilika njihova vlastita učenja tj. razvoja njihovih roditeljskih kompetencija“ (Slunjski, 2008, str. 208). Kvalitetna i recipročna komunikacija odgajateljima i roditeljima omogućuje zajedničko razumijevanje djece koje nitko od njih ne bi mogao ostvariti sam, bez udjela onog drugog, dodaje (Slunjski, 2008). Življenje roditelja s djetetom (u obitelji) u usporedbi sa življenjem odgajatelja s djetetom (u vrtiću) podloga je posve različitih percepcija djeteta i različitih interpretacija njegova ponašanja, određenih različitošću konteksta njihova življenja. Ta različitost, ako se o njoj ne razgovara, dovodi do „parcijalnog razumijevanja djeteta, što može rezultirati neprimjerenim odgojnim postupcima.“ (Slunjski, 2008, str. 209). Kada je riječ o pretilom djetetu u odgojno-obrazovnoj skupini, uloga odgajatelja može biti savjetodavna i pomagalačka. Odgajatelj ne smije iznositi svoje osobne stavove već stavove struke odnosno na koji način, može se pomoći djetetu. Naravno, ako je roditelj spreman saslušati. Jedna od razina suradnje roditelja i odgajatelja je individualni razgovor. Razgovorom može se potaknuti suradnja s drugim institucijama kao što je javnozdravstvena institucija. No, bitno je da odgajatelj uvijek odašilja roditelju poruku prihvaćanja, uvažavanja i dobrodošlice(Slunjski, 2008). To ne smije nikad biti dovedeno u pitanje.

Odgojno-obrazovne ustanove stalno surađuju sa javnozdravstvenim institucijama, primjerice s Zavodom za javno zdravstvom i drugim savjetodavnim tijelima. U nastavku slijedi analiza uloge javnozdravstvenih institucija koje čine trijadu odnosa odgovornosti prema djetetu predškolske dobi. Kao što je već prije navedeno, u toj trijadi odnosa zastupljena su tri snažna čimbenika a to su: vrtić, javnozdravstvena institucija i obiteljsko okruženje.

3.3. Savjetodavna uloga javnozdravstvenih institucija

U sklopu Zavoda za javno zdravstvo županije (bilo koje županije na razini države) odvijaju se različiti projekti i aktivnosti koje su usmjerene na prevenciju pretilosti od najranije dobi. Vrlo je raširen projekt „Move week“ koji se tradicionalno održava svake godine u rujnu i taj tjedan posvećen je raznim tjelesnim aktivnostima u odgojno-obrazovnim ustanovama i van nje.Svaka županijska bolnica ima Savjetovalište za prevenciju prekomjerne tjelesne težine i debljine, te u njemu rade medicinska sestra i liječnik specijalist. Cilj je motivirati posjetitelje na usvajanje zdravog stila života čiji temelj čine zdrava prehrana i redovita tjelesna aktivnost. Savjetovalište ,na primjer, u Međimurskoj županiji radi svaki četvrtak od 8-12 sati (može bez uputnice). Savjetovalište se nalazi u sklopu županijske bolnice. Savjetovalište savjetuje redovito spavanje, redovita tjelovježba (najmanje 30 minuta dnevno), redovit doručak, jesti razborito (hrana bez previše masnoće, soli i više zastupljenosti voća i povrća, izbjegavanje uzimanje hrane između obroka .

U slučaju Hrvatske, opaža se trend promjene u prehrani i životnom stilu a to se odražava na porast broja pretile djece. Sve više je stručnjaka koji smatraju pretilost ozbiljnim zdravstvenim problemom i prema procjeni, drugi je po učestalosti uzrok smrti . Kako etiologija pretilosti „nije u potpunosti objašnjena, prevencija i liječenje su oprečni te nerijetko i neuspješni“ (Hajdić, Gugić, Bačić, & Hudorović, 2014, str. 240), isti autori upozoravaju da, u slučajevima kada se prepozna obiteljska predispozicija za razvoj pretilosti, potrebito je poduzeti preventivne aktivnosti u ranoj dječjoj dobi, i to posebice u uporabi metode dijetetskog savjetovanja i povećanja tjelesne aktivnosti Zdravstveni djelatnici nezaobilazne su osobe u kreiranju zdravstvenih preventivnih programa, ali ujedno i u njihovu provođenju(Hajdić, Gugić, Bačić, & Hudorović, 2014)

Iako je Svjetska zdravstvena organizacija danas definirala debljinu kao „globalnu epidemiju koju je moguće prevenirati, činjenica je da danas u svijetu ipak nedostaje dobro strukturiranih preventivnih programa, posebno za djecu i mladež“(De Onis, Garza , Onyango, & Borghi , 2007). Savjetuju da s obzirom na to da je debljina učestalija u pojedinim obiteljima, zdravstveno-odgojne metode potrebite pri prepoznavanju obiteljske sklonosti nastanka pretilosti i što ranije usmjeriti prema članovima tih obitelji(Hajdić, Gugić, Bačić, & Hudorović, 2014). Pri provođenju navedenih metoda posebnu pažnju potrebito je usmjeriti na prehrambene navike članova obitelji i metode njihove tjelesne aktivnosti. Princip je mijenjanje načina života odraslih. Na taj način mijenja se i način života, a time i način prehrane djece. Kultura prehrane proizlazi iz obitelji, škole i okruženja.

4.OSVRT NA INTERVJU

U sklopu ovog rada, odrađena su tri različita intervju: s odgajateljicom, zdravstvenom voditeljicom i roditeljem.

Intervju za odgajatelja ukazao je na to da odgajateljica voli svoj poziv ali je jako razočarana uvjetima rada u odgojno-obrazovnoj ustanovi. Muči je problem prekapacitiranosti u odgojnim skupinama, te odnos sa stručnim timom. Svakodnevno provodi kineziološke aktivnosti s djecom predškolske dobi kroz različite oblike: pokretne igre, pjesme, kretanje sukladno tjednom planu. Uočila je da ima razlike u izvedbi aktivnosti kod pretile djece: brzo se umaraju i ne izvode vježbe pravilno, te im teško padaju igre preskakanja (ne mogu ih izvesti radi debljine) a jako ih vesele igre s pjevanjem (takve igre ne zahtijevaju jaču motoriku djeteta). Intervju s odgajateljicom je pokazao daodgajateljica jako pazi na hijerarhijski odnos među djelatnicima vrtića i nastoji uključiti čim više timski način rada s ciljem da se pronađe odgovarajuće rješenje za dijete. Njezina jedina preporuka je pravilna prehrana i puno kretanja. Skrenula je pozornost na aktualnu problematiku odgajatelja a to da odgajatelji ,opterećeni velikim brojem djece i bez mogućnosti individualnog pristupa djetetu pa ne mogu puno pomoći u rješenju određenog problema. Zanimljivo da je naglašeno da odgajatelj igra ulogu posrednika. Takvo nešto je nedopustivo jer odgajatelj je stručna i kompetentna osoba koja mora imati svoj stav i direktno uključiti se u pronalaženje rješenja za problem pretilosti kod djeteta. Odgajatelj je osoba koja provodi više sati s djetetom i upoznata je sa svim njegovim/njezinim razvojnim mogućnostima. No, ovdje se još radi o tome da međuljudski odnosi ne funkcioniraju pravilno („Moja suradnja sa zdravstvenim djelatnikom je prosječna, zbog lošeg stava zdravstvene djelatnice ne potičem pretjeranu komunikaciju“). Drugi intervju je s roditeljem djeteta predškolske dobi. Uočeno je da roditelji često daju djetetu da igra igrice na računalu i da imaju puno obveza. Skuhaju hranu ali posjećuju restorane brze hrane. U vrtiću su im pomogli i dali savjete. Roditelji postaju svjesni da moraju proraditi na sebi, mijenjati sebe, da bi mijenjali dijete u prehrambenim navikama. Treba smanjiti korištenje računalne tehnologije i ostaviti sve dodatne obveze (ono što nije hitno i suvišno potrebno) te s djetetom u šetnju, hodanje, vježbati, igrati i sl. U ovom slučaju, prvo roditelj treba pomoć. Kada se njemu pomogne, onda može se pomoći djetetu. To može biti začarani krug, stoga je potrebna iznimna stručnost i puno strpljenja stručnjaka kao odgajatelja i javnozdravstvenih djelatnika.Treći intervju je sa zdravstvenom djelatnicom- prvostupnica sestrinstva. Ima

različite zadaće: prikupljanje medicinske dokumentacije djece, suradnja s odgajateljima i očuvanje zdravlje djece. U suradnji s odgajatelje preporuča različite kineziološke aktivnosti svaki dan. Uočila je da pretila djeca igraju mirnije igre . Slično zapažanje dala je odgajateljica. Započinje suradnju s roditeljem tek nakon određenog vremena praćenja djeteta u skupini. Zajedno s odgajateljicom traže rješenje za pretilo dijete ne samo u odgojno-obrazovnoj ustanovi već i u obiteljskom okruženju. Povezuju ta dva čimbenika. Za smanjenje tjelesne težine preporučuju se dinamične aktivnosti, izbacivanje slatkiša i ostalih prerađevina iz prehrane. No, u ovom slučaju, zdravstvena voditeljica ukazuje na potrebu timskog rada i kvalitetan trijadni odnos svih sudionika: roditelja, odgajatelja i zdravstvenih djelatnika.U nastavku su priloženi intervjui

INTERVJU S MEDICINSKOM SESTROM

1. **Možete li nešto reći o Vama i Vašem radnom mjestu?**

Monika, 33. Godine. Završila 4g srednje medicinske škole, 3 g visoko veleučilište smjer prvostupnica sestrinstva. Trenutno radim kao zdravstvena voditeljica u DV. Osim prikupljanja zdravstvene dokumentacije, zadaća med sestre je očuvanje zdravlja, suradnja sa odgojiteljima i roditeljima kroz sastanke, seminare, predavanja. Kontinuirano praćenje svakog djeteta ponaosob (antropometrijske mjere, alergije), prehrana u vrtiću, čistoća.

2. **Opišite kineziološke aktivnosti i igre koje Vi preporučate u radu sa djetetom**

Preporučeno svakodnevne jutarnje vježbe (vježbe razgibavanja), tijekom dana provođenje aktivnosti koje podrazumijevaju kretanje.

3. **Vaša kratka zapažanja o aktivnostima pretile djece predškolske dobi**

Pretila djeca rado biraju smirene igre, kako se ne bi pretjerano kretala.

4. Kako se odvija Vaša suradnja sa roditeljima pretilog djeteta?Da li razgovarate o prehrani, aktivnostima, njihovoj suradnji s nutricionistom, sa pedijatrom? Nudite li svoje prijedloge i uključujete se u program pomoći?

Prvenstveno razgovor nakon nekog vremena koje sam provela promatrajući dijete i mjerenje antropometrija. U suradnji sa odgojiteljica skrenula se pozornost roditelja na zdravstveni problem djeteta, te zajedničkim promišljanjima dogovaramo prehranu, aktivnost djeteta kako u vrtiću, tako i kod kuće.

5. **Što preporučate za poboljšanje tjelesne težine djeteta u skupini?**

Dinamične aktivnosti, izbacivanje slatkiša i ostalih prerađevina iz prehrane.

6. Kakav je vaš stav u vezi pripreme i podrške medicinskom osoblju u pomoći djeci u provedbi aktivnosti sa djecom koja imaju povećanje u tjelesnoj težini – kako opisujete radne uvjete, što percipirate dobrim a što bi trebalo mijenjati? Kako opisujete Vašu suradnju s timom (odgajatelji)?

Da bi se uspješno riješio zdravstveni problem trebaju se u družiti roditelji, zdravstvena voditeljica i odgojiteljice te medicinsko osoblje iz zdravstvenog sustava. Mi pratimo i provodimo postupke koji su prepisali kao terapiju i način rješavanja zdravstvenog problema, te korigiramo prema potrebi. Suradnja zdravstvene voditeljice i odgojiteljice zasniva se na međusobnom povjerenju i pružanju podrške. Odgojiteljice ukoliko primijete promjene spomenu u razgovoru zdravstvenoj voditeljici i zajedno razgovaraju o problemu

INTERVJU S ODGAJATELJEM

1. **Možete li nešto reći o Vama i Vašem radnom mjestu?**

Radim u dječjem vrtiću kao odgajatelj. Najljepše radno mjesto u dječjem vrtiću. Međutim, uvjeti u RH nisu nimalo naklonjeni djeci i odgajateljima. Prevelik broj djece u grupi, prevelika koncentracija na ostale poslove, a premalo na rad s djecom, loši materijalni i

organizacijski uvjeti, uvelike otežavaju posao odgajateljima. Stručni tim često oteža posao stavljajući naglasak na ponašanja odgajatelja, previše se baveći odgajateljem, a premalo djecom.

2. **Opišite kineziološke aktivnosti i igre koje Vi provodite u radu sa djetetom u Vašoj odgojno-obrazovnoj skupini?**

Provodimo jutarnju tjelovježbu, igre s pjevanjem, plesne igre (*Hoki poki, Kad si sretan*), jednostavni poligoni u dvorani, različiti oblici hodanja, trčanja.

3. Vaša kratka zapažanja o aktivnostima pretile djece predškolske dobi u Vašoj odgojno-obrazovnoj skupini?

Djeca sudjeluju u aktivnostima, ali ih ne izvode točno i brže se umaraju od ostale djece.

4. Što je im bilo najteže tijekom izvedbe kineziloških aktivnosti i igara a što ih je posebno veselilo ?

Najteže su im aktivnosti povlačenja i preskakanje, a vesele ih igre s pjevanjem i pokazivanje vježbi tijekom jutarnje tjelovježbe.

5. Kako se odvija Vaša suradnja sa roditeljima pretilog djeteta? Da li razgovarate o prehrani, aktivnostima, njihovoj suradnji s nutricionistom, sa pedijatrom? Nudite li svoje prijedloge i uključujete se u program pomoći?

Prvo razgovaramo sa zdravstvenom voditeljicom i dogovorim individualne konzultacije s roditeljima na kojima sudjeluje i zdravstvena voditeljica. Razgovaramo o djetetovim navikama te zajedno pronalazim najbolje rješenje za dobrobit djeteta.

6. Što preporučate za poboljšanje tjelesne težine djeteta u skupini?

Pravilna prehrana je najvažnija, a nakon toga redovita tjelesna aktivnost djece.

7. Kakav je vaš stav u vezi pripreme i podrške odgajateljima u pomoći djeci u provedbi aktivnosti sa djecom koja imaju povećanje u tjelesnoj težini – kako opisujete radne uvjete, što percipirate dobrim a što bi trebalo mijenjati? Kako opisujete Vašu suradnju sa stručnim timom (medicinska sestra)?

Smatram da odgajatelji ne mogu previše pomoći u kontroliranju tjelesne težine djece. Odgajatelji su poveznica roditelja i zdravstvenog djelatnika, upućuju roditelju na problem, roditeljima služe kao podrška. Moja suradnja sa zdravstvenim djelatnikom je prosječna, zbog lošeg stava zdravstvene djelatnice ne potičem pretjeranu komunikaciju.

INTERVJU S RODITELJEM

1. **Možete li nešto reći o Vašoj obitelji?**

Zovem se M.H. i radim u Agrol-u. Imam dijete koje sada ima 4 godine. Kao dijete predškolske dobi dobar je, sve lijepo posluša, ali doma igra igrice i jako je zločest, a ja vam stalno imam puno posla na poslu i oko kuće. Stalno negdje žurim. Kupili smo dobro računalo i tako su počele igrice, prošle godine.Sve više i duže igra. Ponašanje mu se počelo kvariti. Jede puno, pa čak i uz računalo. Igra agresivne igrice. Počeo je biti zločest u vrtiću, pa su mi odgajateljice skrenule pozornost na to. Čak su mi spomenule da su mjerile težinu i visinu i da mu je iznadprosječna težina. Ah, ma znam ja to. Pa sam joj rekla da bi individualni razgovor. Ali nikako da stignem. Budem, a rekla sam i mužu, on stalno juri. Ama ne, ne bježim ja od toga, znam da puno igra i jede. Igranje mu je postalo opsesija. Smatram da je to obiteljska odgovornost. Ne bježim od toga. Već smo išli kod doktorice i probali poduzeti nešto u vezi pretilosti (doktorica mi skrenula pozornost). U bolnici susreo se s liječnikom s kojim se nije kliknuo. Vidim i ja da je debljina djelovala na njega. Postao je povučeniji. Znam da je u roditeljima problem.

Baš me ovaj intervju trgnuo. Hajde, neka mi zadatak budem da pratim da bude zdravstveno u redu i da kuham variva i ukusnu hranu. Vidjet ću prvo s doručkom. To neće nikako. Definitivno bi maknula računalo, ali prvo poradila na sebi. Ostavila bi sve tekuće stvari i zajedno s njim išla u duge šetnje, razgovarala, možda osmišljavala neke aktivnosti. Posao bi bio na poslu, a doma je dijete. Znam da smo svi rastrgani radi posla i da su teška vremena ali

neke greške su nepopravljive. U ovom slučaju, kao roditelj nisam odradila svoju dužnost već je to učinilo samo dijete ponukan ljudima oko sebe. Držite mi fige.

6.ZAKLJUČAK

Pretilost nastaje nakupljanjem masti a te masti se pohranjuju u adipocitima masnog tkiva što dovodi do hipertrofije organizma. Stručnjaci su odabrali Indeks tjelesne mase, ITM, kao način mjerenja tjelesne mase. Ono što je ključno u procesu razvoja pretilost jeste da se pretilost ne pojavi prije prirodnog obrata u metabolizmu tjelesnih masa, prije šeste godine života. Zato predškolska dob je ključna. Istraživanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo , preko Europske inicijative, pokazalo je da broj dječaka i djevojčica pretilo. Trendovi pretilosti postaju zabrinjavajući. Istraživanje je pokazalo da se djeca više ne igraju, imaju samo organizirane raspoređene aktivnosti a tijekom života u obitelji, provode dosta vremena u igrici na računalu ili gledaju televiziju. Rezultati istraživanja pokazali su da je Hrvatska zauzela peto neslavno mjesto po broju pretile djece. Vjeruje se da je istraživanje šokiralo stručnjake koji rade s djecom. Korelacijsko istraživanje o jelu i igranju igrica na računalo samo je još više potkrijepilo prethodno istraživanje. Na državnoj razini, u različitim odgojno-obrazovnim ustanovama provodili su se i provode projekti koji potiču razvoj djetetove svijesti o važnosti zdrave i pravilne prehrane. No, mana tih projekata je vremenska ograničenost. Predlažu se projekti koji bi vremenski trajali minimalno dvije godine.

Ključni dio rada odnosi se na analizu trijadnog odnosa vrtića- roditelja i javnozdravstvenih institucija. Sve tri institucije imaju primarni zadatak-pomoći pretilom djetetu, no radom je ciljano skrenuo pozornost da najveću odgovornost u tom trijadnom odnosu imaju roditelji i oni kao takvi trebaju predstavljati model koji jede doručak ujutro, koji se kreće ili vježba i nastoji pravilno i zdravo se hraniti. Odgajatelji mogu uočiti promjene kod djeteta te svoja zapažanja prenijeti stručnom osoblju a zatim roditelju. Mogu svojim kreativnim istupima (u radu su primjeri aktivnosti koje je osmislio odgajatelj-privatni izvor) potaknuti dječju maštu i motivirati ih da zamisle voće i povrće kao najukusnija jela na svijetu.

Zanimljiva je bila usporedba jelovnika tri vrtića, koja u prvobitnoj fazi rada, nije bila osmišljena, nego tijekom pisanja rada, krenulo se u ideju analize različitosti jelovnika. Uočene su razlike u pristupu jelu (tradicionalno naspram klasičnom), unos kaloričnih

namirnica poput margarina koji definitivno mora biti zamijenjen maslacem. Uočeno je da jelovnik radi stručni zdravstveni djelatni.

U radu su posebno spomenuta tri oblika prevencije pretilosti a posebnu pozornost zauzima primarna prevencija jer ciljana skupina u primarnoj prevenciji su djeca predškolske dobi. Cilj primarne prevencije je usvajanje zdravih navika djeteta i pravilne prehrane ali povezivanja obitelji, vrtića i javnozdravstvene institucije i poticanja na djeteta predškolske dobi na tjelovježbu.

Dodatna zanimljivost u radu, osim projekata, praktičnih primjera su tri različita intervjua: roditelj, odgajatelj i zdravstveni djelatnik. Intervjui su samo dodatno potkrijepili značaj povezanosti roditelja, odgajatelja i javnozdravstvenih institucija u cilju prevencije i liječenja pretilosti djece predškolske djece, što je ujedno bio cilj i svrha rada.

Zaključno, pretilost je, posebno u predškolskoj dobi, veoma ozbiljan problem jer može imati nesagledive posljedice na djetetov cjeloviti razvoj ali i život u odrasloj dobi. Borba je bespoštedna ali potrebna jer su predškolska djeca naša budućnost.

7.LITERATURA

1) Bralić, I., Jovančević, M., Predavec, S., & Grgurić, J. (2010). Pretilost djece-novo područje multidisciplinarnog preventivnog programa. *Pediatric Croat*, str. 33-42.

2) Cornette, R. (2008). Emotional impact of obesity in children. *Worldviews Evid NBase Nur*, str. 136-41. doi:DOI: 10.1111/j.1741-6787.2008.00127.x

3) De Onis, M., Garza , C., Onyango, A., & Borghi , E. (2007). Comparison of the WHO child growth standards and the CDC 2000 growth charts. *Journal of Nutrition, (1)*, str. 144–148.

4) Goddard Blythe, S. (2008). *Uravnoteženi razvoj- što sve dječji mozak treba za zdrav razvoj od rođenja do školskih dana.* Zagreb: Ostvarenje.

5) Gormaker, S. (1987). Increasing pediatric obesity in the United States. *J.Am. Diet Association*, str. 535-540.

6) Hajdić, S., Gugić, T., Bačić, K., & Hudorović, N. (16. 2 2014). Prevencija pretilosti u dječjoj dobi. 9:239-41. Dubrovnik, Hrvatska: Zavod za hitnu medicinu Dubrovačko-neretvanske županije. Preuzeto 26. 8 2020 iz https://hrcak.srce.hr/index.php?id_clanak_jezik=191801&show=clanak

7) HZJZ. (2015./2016.). Europska inicijativa praćenja debljine u djece, Hrvatska. Preuzeto 25. 8 2020 iz https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/05/CroCOSI-Fact-sheet_ENG_web-1.pdf

8) Krebs , N. (2005). Screening for overweight in children and adolescents: a call to action. *Pediatrics*, str. 238-2.

9) Kruger , R., Kruger , H., & Macintyre , U. (2006). The determinants of overweight and obesity among 10-15 year old schoolchidren in the North West Province, South Africa – teh THUSA BANA 2006 , 9,. *The Public Health Nutrition*, str. 351-8.

10) Lake, J., Power, C., & Cole, T. (1997). Women's reproductive health: the role of body mass index in early adult life. *Int.Obesity Relat. Metabolism disorder*, str. 423-438.

11) Ljubetić, M. (2012). *Nosi li dobre roditelje roda?!* Zagreb: Profil.

12) Medanić, D., & Pucarin-Cvetković, J. (2012). Pretilost – Javnozdravstveni problem i izazov. *Acta medica Croatica,, No. 5*, str. 347-354. Preuzeto 25. 8 2020 iz https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=153129

13) Montignac, M. (2005). *Dječja pretilost.* Zagreb: Naklada Zadro.

14) Neljak, B. (2009). *Kineziološka metodika u predškolskom odgoju.* Zagreb: Kineziološki fakultet.

15) Rojnić Putarek, N. (2018). Pretilost u dječoj dobi. *Pediatric Obesity*.

16) Slunjski, E. (2008). *Dječji vrtić zajednica koja uči, mjesto dijaloga, suradnje i zaedničkog učenja.* Zagreb: Spektar Media.

17) Sommers-Flanagan, R., & Sommers-Flanagan, J. (2006). *Kada nas dijete zabrinjava-uobičajena razdobja djetinjstva ili ozbiljni problemi.* LEKENIK: OSTVARENJE d.o.o.

18) Tatalović Vorkapić, S., & Polanec, E. (2015). Chapter 15 . An Empirical Study about the Use of the Internet and. U D. Harrison, *Handbook of Research on Digital Media*

and Creative Technologies Computer Games among Croatian Children (str. 323-372). London: Igi Global.com.

19) Thomson B., J., Kahn, T., Masheder, M., Oldfield, L., Glockler, M., & Meighan, R. (2002). *Zdravo djetinjstvo- praktični vodič za odgoj djece u prvih sedam godina.* Zagreb: ABC Naklada.

20) Udruga Lijepa Naša. (2018). 7 koraka do odgovorne prehrane. *Mi jedemo odgovorno*. Zagreb, Hrvatska: Udruga Lijepa Naša. Preuzeto 25. 8 2020 iz file:///F:/razni%20projekti/Mi%20jedemo%20odgovorno_materijali%20za%20E%C5%A0/MI%20JEDEMO%20ODGOVORNO/Metodologija+prilozi/HR-7koraka-v12.pdf

21) Zavod za javno zdravstvo dr.Andrija Štampar. (2017). Metodologija projekta MI jedemo odgovorno. Zagreb: Udruga Lijepa Naša.

PRILOZI

PRILOG 1: Grafovi i slike

Graf 1. Rezultati istraživanje Europske inicijative o tjelesnoj masi kod djevojčica i dječaka.. 4
Graf 2. Rezultati istraživanje Europske inicijative o dječjim aktivnostima tijekom radnog dana i vikenda 5

Slika 1. Posljedice i pretilosti u različitim segmentima života 10
Slika 2. Podna igra „Mi jedemo odgovorno“ 15
Slika 3. Slagalica „Zdrava Hrana“ 16
Slika 4. Lutkarski igrokaz 17
Slika 5. Stolna igra „Hrana i svijet“ 17
Slika 6. Jelovnik D.V.“ Vrapčić“, Šenkovec, Međimurska županija 19
Slika 7. Jelovnik D.V. „Maslačak“, Belišće, Osječko-baranjska županija 20
Slika 8. Jelovnik Dječji vrtić „Mali istraživač“, Zagreb 21

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je _____

(vrsta rada)

isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu. Izjavljujem da nijedan dio rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog rada, te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

Student/ica:

U Petrinji,_____ _____

(potpis)