

Program zdravstvene zaštite i unaprjeđenje zdravlja djece u dječjim vrtićima

Klanfar, Paula

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Education / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za odgojne i obrazovne znanosti**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:141:680310>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

[FOOZOS Repository - Repository of the Faculty of Education](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Mirta Bajt

**ULOGA ODGOJITELJA I DJEČJEG VRTIĆA U PREVENCIJI PRETILOSTI
DJECE PREDŠKOLSKE DOBI**

ZAVRŠNI RAD

Osijek, 2023.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA ODGOJNE I OBRAZOVNE ZNANOSTI

Sveučilišni prijediplomski studij Rani i predškolski odgoj i obrazovanje

**ULOGA ODGOJITELJA I DJEČJEG VRTIĆA U PREVENCIJI PRETILOSTI
DJECE PREDŠKOLSKE DOBI**

ZAVRŠNI RAD

Predmet: Ekološki odgoj u dječjem vrtiću

Mentor: prof. dr. sc. Irella Bogut

Student: Mirta Bajt

Matični broj: 0267047596

Osijek, srpanj, 2023.

SAŽETAK

U današnje vrijeme, gotovo svako dijete nalazi se pod utjecajem suvremene tehnologije i suvremenog načina života, pa se tako pojam pretilosti javlja kao jedan od značajnijih čimbenika rizika razvoja kroničnih bolesti. Pretilost utječe na cjelokupnu kvalitetu života, kako u ranoj dobi i djetinjstvu, tako i u odrasloj dobi. Djetinjstvo je vrlo važno razdoblje u životu svake osobe jer se tada stječu pravilne životne i prehrambene navike koje se prvo razvijaju u obiteljskom domu, a zatim i u okolini u kojoj djeca borave, primjerice u dječjim vrtićima, školama, lokalnim zajednicama i slično. U Republici Hrvatskoj sve je više djece koja se već u ranoj i predškolskoj dobi smatraju pretilom. Sve to izazvano je nezdravom prehranom te poticanjem nepravilnog načina života koji uključuje manjak ili potpuni izostanak tjelesne aktivnosti. Naime, djeca najviše vremena provode sa svojim roditeljima koji im služe kao uzor u svemu, pa tako i u prehrani. Stoga, manjak roditeljske upućenosti o zdravim prehrambenim navikama dovodi do manjka dovoljno raznolike hrane bogate raznim ugljikohidratima, mastima i proteinima koji djeci pomažu pri rastu i razvoju. Kao posljedice pretilosti u djece i odraslih mogu se pojaviti brojni tjelesni, psihološki i socio-emocionalni problemi. Djeca često budu zadirkivana na temelju tjelesnog izgleda što dovodi do pojave depresije i autodestruktivnog ponašanja. Osim toga, i manjak tjelovježbe može dovesti do razvoja pretilosti. Djeca koja su aktivna i koja se svakodnevno bave nekom tjelovježbenom aktivnošću imaju više samopouzdanja i veću kontrolu nad vlastitim tijelom. Međutim, kako bi se spriječila pojava pretilosti potrebno je od rođenja učiti djecu zdravim navikama. Cilj ovoga rada jest osvijestiti problem pretilosti kod djece rane i predškolske dobi te odgojitelja i roditelja te predložiti smjernice kako utjecati na taj problem i smanjiti pretilost u populaciji djece.

Ključne riječi: djeca rane i predškolske dobi, pravilna prehrana, pretilost, prevencija, tjelesne aktivnosti

SUMMARY

Nowdays, almost every child is under the influence of modern technology and the modern lifestyle, so the concept of obesity appears as one of the significant risk factors for the development of chronic diseases. Obesity affects the entire quality of life, both in early age and childhood, and in adulthood. Childhood is a very important period in the life of every person, because it is then that proper life and eating habits are acquired, which first develop in the family home, and then in the environment where children live, for example in kindergartens, schools or local communities. In the Republic of Croatia, there are more and more children who are already considered obese in early and preschool age. All of this is caused by an unhealthy diet and encouraging an irregular way of life that involves a lack or complete absence of physical activity. Namely, children spend most of their time with their parents, who serve as role models for them in everything, including diet. Therefore, the lack of parental knowledge about healthy eating habits leads to a lack of sufficiently varied food rich in various carbohydrates, fats and proteins that help children grow and develop. As a result of obesity in children and adults, a number of physical, psychological and emotional problems can arise. Children are often teased based on their physical appearance, which leads to depression and self-destructive behavior. In addition, a lack of exercise can lead to the development of obesity. Children who are active and who engage in physical activity every day have more self-confidence and more control over their own bodies. However, in order to prevent obesity, it is necessary to teach children healthy habits from birth. The aim of this work is to revive the problem of obesity in children of early and preschool age, as well as educators and parents, and to propose guidelines on how to influence this problem and reduce obesity in the population of children.

Key words: children of early and preschool age, proper nutrition, obesity, prevention, physical activities

SADRŽAJ

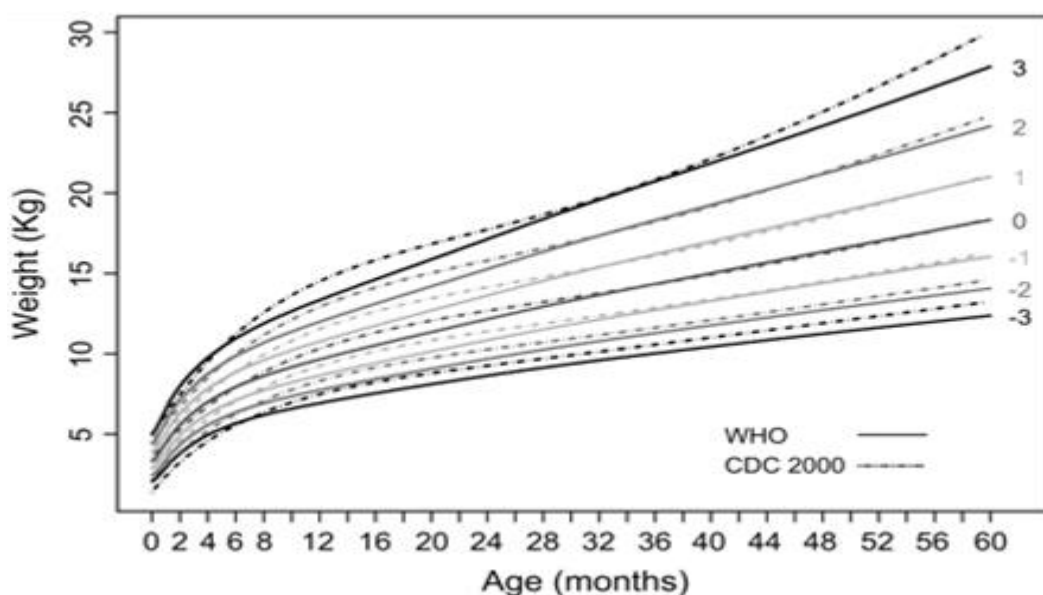
1. UVOD	7
2. PRETILOST	8
2.1. Uzroci (etiologija) pretilosti	9
2.2. Posljedice pretilosti	11
2.3. Prevencija i liječenje pretilosti	11
3. VAŽNOST PRAVILNE PREHRANE	14
3.1. Piramida zdrave prehrane	15
3.2. Dojenje i utjecaj roditelja na prehranu	17
3.3. Prehrana i jelovnici u dječjim vrtićima	18
4. VAŽNOST TJELESNIH AKTIVNOSTI	19
4.1. Tjelesne aktivnosti u vrtiću i sat tjelesne i zdravstvene kulture	19
4.2. Igra kao tjelovježba	20
4.3. Kineziološke igre	21
5. ULOGA I EDUKACIJE ODGOJITELJA I DJEČJEG VRTIĆA O USVAJANJU ZDRAVOG NAČINA ŽIVOTA	23
5.1. Uloga odgojitelja, roditelja i ostalih sudionika u prevenciji pretilosti	23
5.2. Uloga odgojitelja u provedbi tjelesnih aktivnosti	25
6. ZAKLJUČAK	26
7. LITERATURA	27
8. PRILOZI	30

1. UVOD

Pretilost je jedan od glavnih zdravstvenih problema današnjice koji znatno utječe na zdravlje svih ljudi, a posebno djece. To je složena multifaktorska bolest koja nastaje pod utjecajem genetskih i metaboličkih čimbenika, okoliša, sociokulturnog okruženja i nezdravih životnih navika (Medanić i Pucarín-Cvetković, 2012). Uzrok tomu je posljedica stila života, odnosno nepravilnih prehrambenih navika i nedovoljne tjelesne aktivnosti. Osim toga, uzroci pretilosti mogu biti i genetski, to jest ako je jedno od roditelja djeteta pretilo, postoji šansa da će i dijete biti pretilo. U današnje vrijeme djeca značajno manje vremena provode vani na svježem zraku igrajući se, a sve više se okreću suvremenoj tehnologiji poput pametnih telefona, video igrica, računala te ostalih pametnih uređaja. Zbog takvog načina života dolazi do prekomjerne tjelesne mase koja kod djece, ali i odraslih može izazvati razvoj brojnih poteškoća. Prevencija i liječenje pretilosti vrlo je važna jer njezine posljedice mogu značajno povećati morbiditet pojedinca (Rojnić Putarek, 2017). Odnosno, može doći do razvoja kroničnih bolesti poput šećerne bolesti, hipertenzije, kardiovaskularnih bolesti, oboljenja jetre i bubrega, preuranjenog puberteta te mnogih drugih. Također, prekomjerna tjelesna težina kod djece rane i predškolske dobi, ali i kod djece školske dobi može izazvati manjak ili gubitak samopouzdanja te pojavu anksioznosti i depresije. Kako bi se pojava pretilosti smanjila, potrebno je ukazati na probleme koji se javljaju potaknuti prekomjernom tjelesnom težinom. Najvažniju ulogu u svemu tome imaju roditelji koji su zaduženi za pravilan način života svoga djeteta. Oni djeci služe kao model, a da bi on bio ispravan roditelji trebaju biti aktivno uključeni u prehranu djece i biti dovoljno educirani o pravilnoj prehrani. Nadalje, roditelji trebaju svoju djecu poticati na aktivnosti na zraku, na igru te tjelesne aktivnosti koje doprinose poboljšanju zdravstvenog statusa. Tjelesna aktivnost ima veliku ulogu u sprječavanju bolesti te je od iznimne važnosti u ranoj fazi razvoja jer se u toj fazi stvaraju navike zdravog načina života. Osim roditelja, važnu ulogu imaju i odgojitelji, odnosno uprava dječjih vrtića koji se trebaju pobrinuti za zdravu i pravilnu prehranu djece te za svakodnevno bavljenje tjelesnom aktivnošću. Također, važno je i pravovremeno uočiti prekomjernu tjelesnu težinu kako bi se na vrijeme spriječilo ili započelo s liječenjem. Liječenje pretilosti sastoji se od promjene načina života, odnosno od promjena u prehrani i u primjeni tjelesnim aktivnostima. Shodno tomu, liječenje može uključivati i primjenu terapija i lijekova. Važno je i da se liječenje ne odvija brzim tempom, nego da ono teče kontinuirano i polagano jer nije cilj izgubiti tjelesnu masu u kratkom vremenskom razdoblju, već je cilj trajno smanjenje tjelesne mase koje se odvija duže vremensko razdoblje.

2. PRETILOST

Prekomjerna tjelesna težina, odnosno pretilost definira se na više načina. Prekomjernu tjelesnu težinu definiramo kao preveliku količinu tjelesne masnoće izuzetno opasnu za zdravlje svih ljudi, a najviše djece (Montignac, 2005). „Pretilost je jedan od velikih svjetskih zdravstvenih problema današnjice. Globalizacija i urbanizacija kao i ubrzani način života, stres, nepravilna prehrana te manjak fizičke aktivnosti vode u pretjeranu tjelesnu težinu i pretilost” (Medanić i Pucarín-Cvetković, 2012, str. 347). Rojnić Putarek (2017) ističe da pretilost nastaje onda kada je postojeća kronična kalorijska neravnoteža, odnosno kada se unosi više kalorija, nego što se troši u svakodnevnom životu. „Od 1995. godine Svjetska zdravstvena organizacija zagovara korištenje indeksa tjelesne mase (ITM, engl. *Body Mass Index*, BMI) pri određivanju razine pretilosti“ (Montignac, 2005, str. 11). Međutim, kod djece mlađe dobi pokazalo se kako se stanje uhranjenosti bolje može utvrditi pomoću centilnih krivulja visine i težine, to jest time se utvrđuje gdje se dijete nalazi, ispod ili iznad određenog postotka prema skupini kojoj je dodijeljeno prema dobi (Mandić, 2003). Nadalje, kako bi se otkrio uzrok pretilosti, važno je znati klasifikaciju pretilosti koja se dijeli na primarnu i sekundarnu (Mardešić i sur., 2003). Naime, primarna pretilost je jednostavna pretilost uzrokovana genetskim, okolinskim, socijalnim i psihološkim faktorima ili je nastala radi povećanja masnog tkiva, dok se sekundarna pretilost smatra složenijom od primarne pretilosti jer je ona polisimptomatska i pojavljuje zbog nekih drugih bolesti (Mardešić i sur., 2003).



Slika 1. Percentilne krivulje prema težini/kilogramima (Nenadić i Grgurić, str. 9, 2008).

2.1. Uzroci (etiologija) pretilosti

Mišigoj-Duraković (2008) navodi kako postoji niz čimbenika koji mogu utjecati na pojavu i razvoj pretilosti kod djece, a dijele se na one koji su uvjetovani naslijeđem, to jest endogeni čimbenici i one okolišne koji su povezani s prehranom, tjelesnom aktivnošću, socio-ekonomskim statusom te klimatskim promjenama, to jest egzogeni čimbenici (Mišigoj-Duraković, 2008). Prema Montignacu (2005) uzroci pretilosti mogu biti genetski, okolišni, psihološki te patološki. Iako su ovi uzroci definirani kao jedini uzroci pretilosti, sve više današnjih istraživanja dovode do toga da je upravo neuravnotežena i nekvalitetna prehrana u najranijoj životnoj dobi glavni problem razvoja pretilosti kod djece ili kod odraslih ljudi (Montignac, 2005).

Genetski čimbenici

Jedan od glavnih čimbenika razvoja pretilosti kod djece ili kasnije kod odraslih ljudi upravo je genetika. Montignac (2005) navodi kako su roditelji ključni faktori koji svojim genima utječu na rast i razvoj vlastite djece. „Statistički podaci kojima danas raspoložemo pokazuju da će 40% djece čiji je jedan roditelj pretio i sami postati pretili, a ako su oba roditelja pretila, rizik se gotovo udvostručuje i približava do 80%“ (Montignac, 2005, str. 29). Osim toga, Komnenović (2010) navodi kako je sklonost debljanju nasljedna, odnosno urođena jer i loše prehrambene navike majke u trudnoći ili ako je majka pretila već u prvim mjesecima trudnoće utječe na povećanje tjelesne težine.

Prehrana

Prehrana se može odnositi na neuravnoteženu i nezdravu prehranu te na prehrambene navike roditelja. Prema dosadašnjim istraživanjima o prehrambenim navikama roditelja, dokazano je kako majke tijekom trudnoće mogu biti sklone prema pojedinoj vrsti hrane poput šećera i ugljikohidrata s visokim glikemičnim indeksom što pridonosi razvoju prekomjerne tjelesne težine kod djece (Montignac, 2005). Naime, roditeljski izbor hrane značajno utječe na mišljenje i stavove djece o prehrani, a neadekvatan energetska unos, osim što može dovesti do pretilosti djece, može dovesti i do pothranjenosti djeteta (Vučemilović i Vujić Šisler, 2007). Nadalje, nepravilne prehrambene navike odnose se na prekomjeran unos hrane, preobilne

obroke i neravnomjerno uzimanje (primjerice preskakanje doručka, uzimanje obroka kasno navečer i slično), preskakanje obroka, brzo konzumiranje hrane, nezdravu prehranu (kalorijski bogata hrana), premali unos voća i povrća u organizam te na unos alkohola, gaziranih i zaslađenih pića, takozvanih "praznih" kalorija (Matanović, 2011).

Tjelesne aktivnosti

Tjelesna aktivnost i količina tjelesnih aktivnosti djece, ali i roditelja, važan su čimbenik koji utječe na razvoj pretilosti, a djeca čiji se roditelji neprestano bave tjelesnim aktivnostima imaju šest puta veće izgleda da će se i sama baviti tjelesnim aktivnostima (Durant, 1994). Tjelesna aktivnost iznimno je važna u ranoj fazi razvoja, budući da se u toj fazi stvaraju navike za zdrav način života (Prskalo i Sporiš, 2016). Naime, djeca rane i predškolske dobi imaju vrlo kratku pažnju koju ometaju vanjski podražaji, a kako bi rad s njima bio što uspješniji i pažnja usmjerena, važno je pobrinuti se o specifičnostima prilagođenima za njihov rast i razvoj, a posebno se treba obratiti pozornost na motorička gibanja djece pojedine dobi (Findak, 1955). Kretanje je jedna od osnovnih tjelesnih aktivnosti koja je vrlo važna za pravilan rast i razvoj djeteta, a omogućuje im pojačanu razinu rada svih fizioloških funkcija organizma (Sindik, 2009).

Socio-ekonomski status i klimatske promjene

Mišigoj-Duraković (2008) navodi kako različiti klimatološki uvjeti mogu utjecati na veličinu i proporciju tijela djece, ali i na vremensku razliku tijekom njihova sazrijevanja. Osim toga, kod djece koja se nalaze u obiteljima lošijeg socio-ekonomskog statusa postoji tendencija većeg unosa zasićenih masti i ugljikohidrata, dok je tendencija unosa voća i povrća slabija (Soldo, Kolak i sur., 2016). Također, osim utjecaja različitih klimatoloških uvjeta, poput temperature, vlažnosti zraka, nadmorske visine, ultraljubičastog zračenja i slično postoji i utjecaj godišnjih doba gdje se prema dosadašnjim istraživanjima pokazalo kako djeca najveći prirast u visinu doživljavaju tijekom proljeća jer više borave na svježem zraku, dok tijekom jesenskih mjeseci dobivaju najviše na tjelesnoj težini radi smanjene mogućnosti boravka na zraku zbog lošijih vremenskih uvjeta (Mišigoj-Duraković, 2008).

2.2. Posljedice pretilosti

Osobe s prekomjernom tjelesnom težinom mogu razviti brojne druge poteškoće i bolesti koje mogu uzrokovati razne komplikacije, a prije svega to su komplikacije endokrinog i kardiovaskularnog sustava poput povišenog krvnog tlaka, hiperkolesterolemije, povećane razine masnoće u krvi te inzulinske rezistencije i dijabetesa tipa II (Montignac, 2005). Osim toga, pretilost je i jedan od rizičnih faktora za razvoj respiratornih bolesti, infarkt mozga, karcinoma, bolesti lokomotornog, gastrointestinalnog i urogenitalnog sustava (Medanić i Pucarín-Cvetković, 2012). Gavin i sur. (2007) navode kako ostali zdravstveni problemi koji su povezani s pretilošću u ranoj i predškolskoj dobi su najčešće astma, zadihanost te ostali respiratorni problemi poput povišene razine kolesterola, bolesti žući, neredovityh mjesečnica u odrasloj dobi, ortopedskih bolesti, poremećaja u radu žlijezda s unutarnjim izlučivanjem te brojni drugi psihički problemi. „Osim na tjelesno zdravlje, debljina utječe i na psihosocijalno funkcioniranje“ (Rojnić Putarek, 2017, str. 64). Dakle, djeca s prekomjernom tjelesnom težinom najčešće su izložena vršnjačkom zadirkivanju, ruganju i ismijavanju, a suočavaju se i s odbacivanjem iz društva gdje onda djeca stvaraju negativnu sliku o sebi (Gavin i sur., 2007). Shodno tomu, pokazalo se kako su socijalne vještine pretile djece osjetno smanjene i slabije u odnosu na djecu normalne tjelesne težine, što dovodi i do manjka samopouzdanja i samopoštovanja te povlačenja djeteta u sebe (Rojnić Putarek, 2017). Osim navedenih negativnih posljedica pretilosti, postoje i neke druge posljedice koje utječu na negativnu sliku djeteta o sebi, a to su: depresivnost, anksioznost, osjećaj odbačenosti, pojava stresa, osamostaljivanje i slično (Montignac, 2005).

2.3. Prevencija i liječenje pretilosti

Zbog drastične pojave i porasta pretilosti te njezinog utjecaja na daljnji rast i razvoj djece i odraslih osoba dolazi do potrebe za njezinom prevencijom (Bralić i sur., 2010). Prevencija pretilosti, kao i liječenje pretilosti, vrlo su kompleksni i dugotrajni procesi s četo ograničenim uspjesima, a odnose se na smanjenje unosa hrane te povećanje tjelesnih aktivnosti uz motivaciju pacijenata (Mardešić i sur., 2016). Također, proces prevencije pretilosti djece zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje sve razine obrazovnog i zdravstvenog sustava te povezuje i roditelje toga djeteta, odnosno djetetovu obitelj (Bralić i sur., 2010). Rojnić Putarek (2017) navodi kako je pravodobno otkrivanje pretilosti u djece, kao i njena prevencija

vrlo važno te da taj proces uključuje interakciju šire zajednice, odnosno vrtića, škola, roditelja, odgojitelja, učitelja, liječnika te ostalih stručnih suradnika. Montignac (2005) navodi kako se prehrambene navike stječu tijekom najranije dobi te ih je potrebno od početka razvijati zdrav, a roditelji kao glavni modeli djetetu taj razvoj moraju najprije omogućiti, a kasnije i poticati ih te biti im primjer u prehrani, ali i tijekom tjelesnih aktivnosti. Bralić i sur. (2010) navode kako postoje primarna, sekundarna i tercijarna prevencija pretilosti, a one se mogu odnositi na pojedinca, na cjelokupnu populaciju ili samo na populaciju s povećanim rizikom od pretilosti. „Prevencija pretilosti bi trebala započeti već u djetinjstvu kada bi trebalo usvojiti zdrave navike koje uključuju uravnoteženu prehranu i redovitu tjelesnu aktivnost“ (Medanić i Pucarin-Cvetković, 2012, str. 352). Također, liječenje je dugotrajan i kompleksan proces koji zahtijeva što raniju prevenciju, odnosno otkrivanje i početak rješavanja problema (Montignac, 2005). Prema tome, važno je pridržavati se uputa liječnika koji su odredili detaljan energetske unos hrane, a on se odnosi na 55-60% ugljikohidrata, do 30% masti te 10-15% bjelanjčevina tijekom dana (Uršulin-Trstenjak, 2020). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO, engl. *World Health Organization*, WHO) navedeno je kako proces liječenja zahtijeva motivaciju i volju pretilih osoba, ali i podršku obitelji i ostale društvene okoline koja znatno može utjecati na tu osobu. Isto tako, Svjetska zdravstvena organizacija (2000) navodi kako je i edukacija o pretilosti, njenim uzrocima, posljedicama, prevenciji i liječenju od velike važnosti jer pridonosi svjesnosti stanja pacijenta.

Primarna prevencija pretilosti

Primarnoj prevenciji cilj je potaknuti djecu i mlade da usvoje zdraviji način življenja, a samim time predstavlja i najkompleksniji dio cijelog procesa prevencije jer zahtijeva dugotrajnu motivaciju (Bralić i sur., 2010). Nadalje, ovaj tip prevencije odnosi se na pojedinca, u ovom slučaju najčešće na djecu rane i predškolske dobi te je tijekom prevencije potrebno uključiti pravilan izbor namirnica i njihove količine pa zbog toga roditelji u primarnoj prevenciji imaju vrlo važnu ulogu, a nakon njih slijede odgojitelji i ostali stručnjaci (Medanić i Pucarin-Cvetković, 2012). Nadalje, važno je educirati trudnice o mogućem razvoju pretilosti djece ako se tijekom trudnoće ne provodi pravilna i zdrava prehrana, budući da primarna prevencija započinje još u prenatalnom razdoblju (Montignac, 2005).

Sekundarna prevencija pretilosti

Sekundarna prevencija pretilosti odnosi se na definiranje rizičnih skupina, odnosno usmjerena je na rizičnog pojedinca, a najčešće su to djeca koja se nedovoljno kreću i koja prakticiraju sjedilački način života, djeca pretilih roditelja te djeca s velikom porođajnom masom (Bralić i sur., 2010). Cilj sekundarne prevencije je zapravo uočavanje pretilosti i uočavanje mogućeg razvoja bolesti te se radi toga kod djece i mladih prati klinička slika pomoću koje se dobiva detaljniji uvid na mogući razvoj pojedinih bolesti te se učestalo provode antropometrijska mjerenja i nadzire se indeks tjelesne mase (Bralić i sur., 2010).

Tercijarna prevencija pretilosti

Bralić i sur. (2010) navode kako je cilj tercijarne prevencije spriječiti patološku pretilost, to jest spriječiti bolesti poput respiratornih smetnji (privremeni prestanak disanja u snu), dijabetesa tipa II, poremećaja u radu žlijezda s unutarnjim izlučivanjem te ortopedske bolesti. Dakle, ovaj tip prevencije temelji se na multidisciplinarnom pristupu i podrazumijeva individualno spoznavanje problema pretilosti i bolesti povezanih s pretilošću (Medanić i Pucarín-Cvetković, 2012). Pristup ovom tipu prevencije je individualan, a liječnici usklađuju postupke prevencije u skladu s djetetovim potrebama te su usmjereni na praćenje mogućeg pogoršanja bolesti (Bralić i sur., 2010).

3. VAŽNOST PRAVILNE PREHRANE

„Neadekvatna prehrana i tjelesna aktivnost uzrokujući energetske disbalans (unos energije veći je od potrošnje), najvažniji su čimbenici rizika od epidemije modernoga doba – pretilosti“ (Jirka Alebić, 2008, str. 37). Naime, Alibabić i Mujić (2016) navode kako pravilna prehrana implicira zdrav unos raznolikih masti, ugljikohidrata, proteina, vitamina, minerala i vode, ali umjereno i adekvatno starosnoj dobi djece te njihovim tjelesnim, mentalnim i intelektualnim sposobnostima i mogućnostima. Nadalje, oni navode kako je nutricionizam zapravo multidisciplinarna znanost jer zalazi u brojna područja poput medicine, ekonomije, sociologije te kulturologije, a ponajprije se bavi utjecajima hrane i hranjivih nutrijenata u odnosu na ljudski organizam i zdravlje. Prema tome, Montignac (2005) navodi kako je važno biti dobro upoznat s definicijom i praksom o nutricionističkoj specifičnosti prehrambenih namirnica. „Prema tradicionalnom shvaćanju, sve energetske namirnice svode se pod široki zajednički pojam makronutrijenata koji obuhvaća ugljikohidrate, masti i bjelančevine“ (Montignac, 2005, str. 47). Dakle, ugljikohidrati pripadaju glavnom izvoru energije, a dijele se na probavljive, to jest škrob i šećere, te na neprobavljive, odnosno celulozu (Katalinić, 2007). Prema Montignacu (2005) ugljikohidrati se prema svome podrijetlu dijele na nekoliko skupina:

- šećeri (saharoza, fruktoza, laktoza i galaktoza iz mlijeka te med i javorov sirup),
- žitarice (pšenica, raž, zob, kukuruz, riža),
- gomoljike (krumpir, batat),
- korjenasto povrće (mrkva, repa),
- mahunarke (mahune, leća, slanutak, grah, soja),
- voće (naranča, jabuka, kruška, marelica, šljiva, banana, smokva itd.),
- zeleno povrće (kupus, tikvica, brokula, patlidžan, rajčica, šparoge, paprika i lisnato povrće).

Nadalje, nutricionistička specifičnost masti određuje se prema vrstama masnih kiselina i prema postupcima obrade koji se odnose na fermentaciju, kuhanje, hidrogeniranje i slično (Montignac, 2005). Tijekom prošlosti masti su se dijelile na masti tekućeg stanja, odnosno one koje pripadaju biljnom podrijetlu, i na one krutog stanja, to jest životinjskog podrijetla (Montignac, 2005). Međutim, danas se takva podjela više ne koristi, već se masti dijele prema svojstvima vlastitih kiselina, odnosno prema njihovoj kemijskoj strukturi, a to su:

- zasićene masne kiseline,
- jednostruko nezasićene masne kiseline,
- višestruko nezasićene masne kiseline biljnog podrijetla,
- trans nezasićene masne kiseline,
- višestruko nezasićene masne kiseline životinjskog podrijetla.

Shodno tomu, bjelančevine čine 16-19% ukupne tjelesne mase odraslog čovjeka, a objedinjuju meso, ribu, jaja, mliječne proizvode, žitarice i mahunarke te se utvrđuju prema sastavu aminokiselina, biljnom ili životinjskom podrijetlu bjelančevine ili prema sposobnosti za poticanje lučenja hormona, a posebice inzulina (Montignac, 2005).

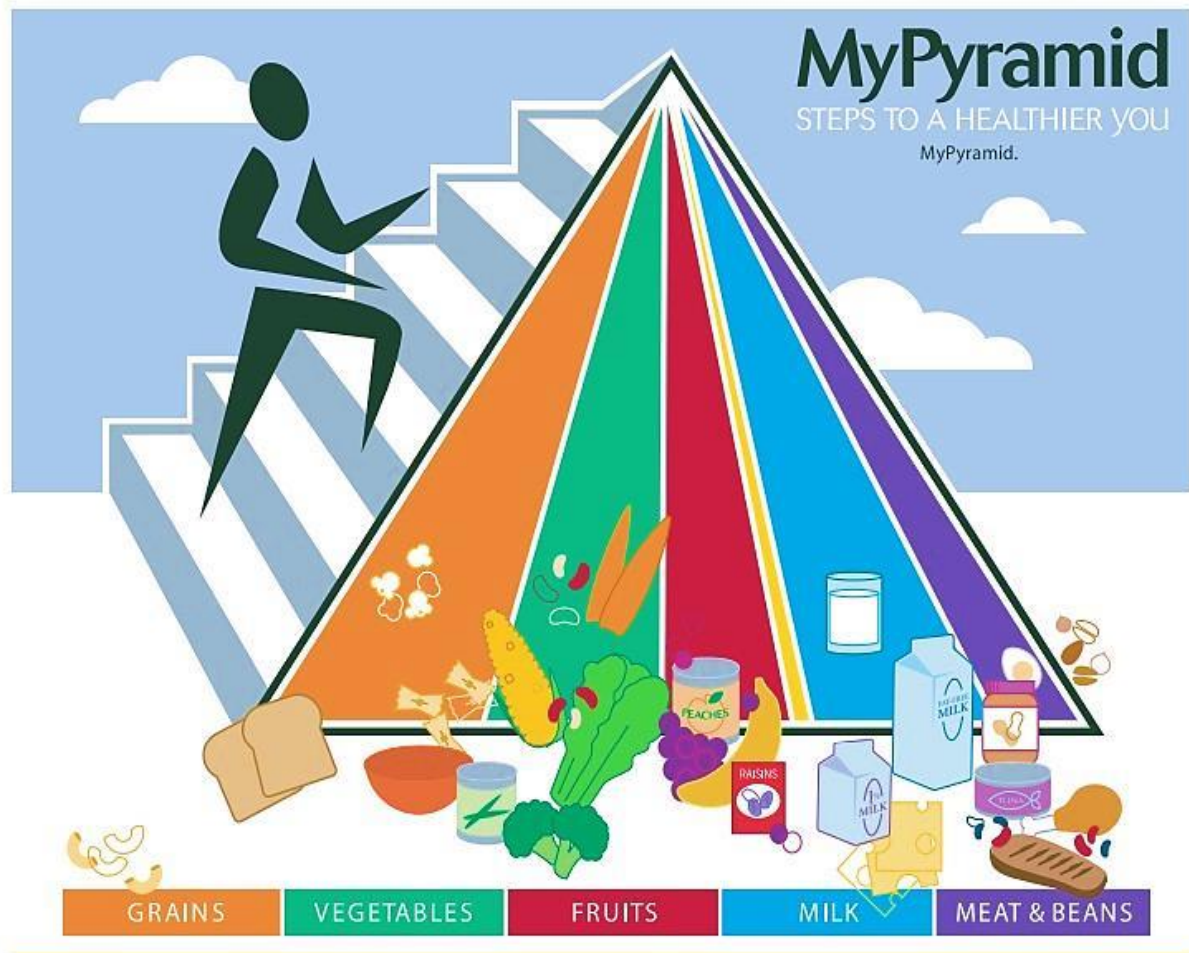
3.1. Piramida zdrave prehrane

Godine 1992. američko Ministarstvo poljoprivrede kreiralo je prvu piramidu pravilne prehrane kao vodič kojim se mogu voditi svi ljudi svijeta (Alibabić i Mujić, 2016). Od tada je taj takozvani "vodič" mijenjan i korigiran više puta radi provođenja brojnih istraživanja kojima se dolazilo do potpuno novih ili suprotnih otkrića od onih od prije, pa je zato 2005. godine objavljena „Moja piramida“ (engl. *My Pyramid*) kao savršena verzija piramide pravilne i zdrave prehrane (Alibabić i Mujić, 2016). Samim time, piramida pravilne prehrane postala je sinonim za pravilnu prehranu jer pruža bržu i lakšu procjenu koju hranu i koju količinu hrane valja konzumirati prema dobnoj razlici godina (Alibabić i Mujić, 2016). Stoga, prema spomenutim autorima, na Slici 1. vidimo „Moju piramidu“ koja se dijeli na tri osnovna načela prehrane:

- 1) raznolikost,
- 2) umjerenost i
- 3) proporcionalnost,

a namirnice se najčešće mogu podijeliti prema šest skupina, a to su:

- žitarice i proizvodi od žita,
- voće i povrće,
- mlijeko i mliječni proizvodi,
- meso, riba, jaja i orašasti plodovi,
- masnoće i dodaci hrani (sol, začini, šećer, umjetni zaslađivači).



Slika 2. Moja piramida (Alibabić i Mujić, 2016, str. 237)

Nadalje, navedeni autori ističu kako se ona promatra od dna prema vrhu, što znači da su namirnice svrstane u četiri razine, od kojih one na dnu sadrže sve potrebne nutricionističke specifičnosti, dok one koje se nalaze na vrhu piramide predstavljaju one namirnice koje se trebaju manje konzumirati. Bralić i sur. (2012) navode kako se na prvoj razini nalaze one namirnice koje su bogate ugljikohidratima i prehranbenim vlaknima, pa se nakon obroka koji sadrži te namirnice osobe duže vremena osjećaju sitima, primjerice: riža, tjestenina, kukuruz,

kruh i žitarice. Druga razina piramide sastoji se od raznolikog voća i povrća obogaćenih vitaminima i mineralima, a preporuka stručnjaka je da dijete dnevno treba pojesti dvije do tri jedinice povrća te otprilike dvije jedinice serviranja voća (Bralić i sur., 2012). Treća razina integrira ribu, jaja, mlijeko i mliječne proizvode te različite vrste mesa od kojih značajnu prednost treba pružiti piletini i puretini, dok četvrta razina obuhvaća šećer, masti i ulja te slatkiše koji su u velikoj mjeri štetni za djecu (Montignac, 2005).

3.2. Dojenje i utjecaj roditelja na prehranu

„Danas u prehrani novorođenčeta postoje dvije alternative: prirodna prehrana majčinim mlijekom ili umjetna prehrana, na bočicu, modificiranim kravljim mlijekom, tzv. formulom“ (Montignac, 2005). Navedeni autor u svojoj knjizi Dječja pretilost navodi kako brojna provedena istraživanja pokazuju da djeca hranjena kravljim mlijekom imaju više šanse za razvoj pretilosti, nego ona djeca koja su hranjena majčinim mlijekom. Nakon porođaja tijekom dojenja dolazi do lučenja mlijeka u mliječnim žlijezdama te se stvara žućkasta tekućina pod nazivom kolostrum (Boban Pejić, 2007). „Kolostrum sadrži malo masnoća i iznimno je koncentrirana supstanca, pa zato novorođenče u prvih nekoliko dana života izgubi malo na težini“ (Boban Pejić, 2007, str. 54). Montignac (2005) navodi kako je kolostrum bjelanjčevinama, mineralima i majčinim protutijelima te jača i imunitet dojenčeta, stimulira rad crijeva te olakšava izbacivanje mekonija (prve stolice). Osim kolostruma, nakon otprilike tri dana od porođaja, u majki se pojavljuje prijelazno mlijeko koje posjeduje manju količinu bjelanjčevina i protutijela, ali je zato bogatije kalcijem i laktosom (Montignac, 2005). Tako se krajem prvog mjeseca života javlja tzv. zrelo mlijeko koje sadrži veću energetsku vrijednost jer se udio ugljikohidrata smanjuje, a količina masti i šećera povećava (Bralić i sur., 2012). Nadalje, Montignac (2005) navodi kako majka koja dnevno proizvede 1200 ml mlijeka mora paziti na svoju prehranu, treba jesti normalno, odnosno isto kao i u trudnoći, a hrana bi trebala sadržavati dovoljnu količinu mesa, ribe, jaja i soje te ugljikohidrate s niskim glikemičnim indeksom, primjerice cjelovite žitarice, zeleno povrće, voće koje je bogato vitaminom C i slično. Dakle, važno je da se buduća majka pravilno i uravnoteženo hrani, a isto tako važno je i da što manje boravi u prostorima gdje se puši, da ne konzumira alkohol ili opojna sredstva poput droga i slično (Montignac, 2005).

3.3. Prehrana i jelovnici u dječjim vrtićima

Prema Zakonu o predškolskom odgoju i obrazovanju koji je iznesen u Narodnim novinama (2007) planira se Program zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima te su tim programom utvrđene mjere zdravstvene zaštite, mjere higijene te mjere pravilne prehrane djece predškolske dobi u dječjim vrtićima. Naime, predškolsko doba je doba intenzivnog rasta i razvoja djece, stoga je važno u ustanovama poput dječjih vrtića i škola osigurati kvalitetne i zdrave obroke (Vučemilović i Vujić Šisler, 2007). Navedeni autori ističu kako velik broj dječjih ustanova u Republici Hrvatskoj ne može zadovoljiti sve segmente koji su propisani Programom zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima. Program zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima donosi dnevni broj obroka djece ovisno o duljini boravka u vrtiću, odnosno o broju sati (Narodne novine, 2007). Ako dijete u vrtiću provodi od pet do šest sati dnevno, propisani broj obroka bi trebao biti dva obroka, a ako dijete provodi sedam do osam sati, onda su propisana tri obroka dnevno, te ako dijete u vrtiću provodi devet do deset sati, treba biti osigurano četiri obroka dnevno (Narodne novine, 2007). Prema tome, hrana bi trebala biti uravnotežena, termički dobro obrađena, zadovoljavati energetske dnevni unos kalorija, privlačna izgledom i okusom, bogata ugljikohidratima, mastima i bjelancevinama te raznim vitaminima (Narodne novine, 2007). Važno je i staviti naglasak na broj dnevnih obroka tijekom boravka u vrtiću koji je uobičajeno podijeljen na tri glavna obroka te dva manja obroka, a to su: zajuttrak, doručak, ručak, užina i večera (Vučemilović i Vujić Šisler, 2007). Također, obroci se trebaju jesti zajednički za stolom, to jest svi u isto vrijeme, a nikako u hodu ili tijekom igre (Montignac, 2005). Kao jedan od problema koji se javlja tijekom obroka je količina koju svako dijete pojede, a to se očituje prema tome što pojedina djeca kod kuće jedu manje, a kada dođu u vrtić imaju veći apetit, dok pojedina djeca u vrtiću jedu manje, a kod kuće više, stoga je važno imati uvid u dnevni unos namirnica koje se konzumiraju kod kuće (Percl, 1999).

4. VAŽNOST TJELESNIH AKTIVNOSTI

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (2020) tjelesna aktivnost definira se kao svaki mogući pokret tijela izveden skeletnim mišićima koji zahtijeva potrošnju energije koja se nalazi iznad razine mirovanja. Sindik (2009) navodi kako se osnovnom tjelesnom aktivnošću smatra kretanje i kako je ono vrlo važno za rast i razvoj djeteta jer daje mogućnost jačanja rada svih fizioloških funkcija organizma. Naime, bilo koja oblikovana tjelesna aktivnost poput hodanja, plesanja, plivanja ili sporta važna je i nužna za pravilnu funkciju čovjekova organizma (Andrijašević, 2010). Prema tome, ciljevi tjelesnog vježbanja odnose se na unaprjeđenje zdravlja, formiranje pozitivnih stavova i stjecanje motoričkih kretnji i znanja te stjecanje teorijskih znanja (Prskalo i Sporiš, 2016). Dakle, tjelesno vježbanje obuhvaća stjecanje higijenskih navika i smanjen rizik pojave pojedinih bolesti, primjenjuje svladavanje prostora, otpora i prepreka te objedinjuje znanje o zdravom načinu života i o važnosti tjelovježbe za organizam čovjeka (Prskalo i Sporiš, 2016). Što se tiče tjelesnih aktivnosti kod pretila djece, autori Prskalo i Sporiš (2016) navode kako se pretila djeca u aktivnosti uvode postupno započevši s manjim opterećenjima i najčešće s aerobnim vježbama. Također, tjelesnim aktivnostima djeca zadovoljavaju svoju potrebu za kretanjem i igrom, uče se timskom radu, razvijaju suradnju, socijalne odnose i timski duh, stvaraju radne navike i formiraju vlastito mišljenje te uvažavaju mišljenja drugih, razvijaju karakteristike poput upornosti i slično (Sever, 2015). Osim toga, važno je i da roditelji budu uključeni u tjelesne aktivnosti svoje djece jer tjelesno vježbanje s roditeljima budi motivaciju i želju kod djece za kretanjem, te takvo vježbanje može biti organizirano u obliku zajedničkih kinezioloških radionica u vrtiću, tijekom roditeljskih sastanaka, u sklopu Međunarodnog dana tjelesne aktivnosti ili na dječjim olimpijadama, završnim priredbama i slično (Petrić, 2019).

4.1. Tjelesne aktivnosti u vrtiću i sat tjelesne i zdravstvene kulture

Budući da djeca većinu svoga dana provode u vrtiću, potrebno je organizirati i poticati različite vrste i načine tjelesnih aktivnosti (Findak, 1995). Prema navedenom autoru prva tjelovježbena aktivnost je ujedno i najvažnija aktivnost u danu jer on pokreće djetetovo tijelo i priprema ga na daljnje aktivnosti tijekom dana, a naziva se jutarnjom tjelovježbom. To je kratkotrajna tjelesna aktivnost koju potiče odgojitelj prije doručka te služi za stvaranje ugodnog ozračja i kvalitetne atmosfere u skupini, a obuhvaća jednostavne i djeci otprije poznate vježbe

poput opće pripremnih vježbi ili poput hodanja ili laganog trčanja (Findak, 1995). Osim jutarnje tjelovježbe, u vrtićima se provodi i sat tjelesne i zdravstvene kulture koji se sastoji od četiri dijela, a to su:

- uvodni dio sata,
- pripremni dio sata,
- glavni dio sata (dijeli se na glavni A dio sata i na glavni B dio sata),
- završni dio sata.

Neljak (2009) iznosi kako sat tjelesne i zdravstvene kulture u mlađoj dobnoj skupini traje do 25 minuta, u srednjoj do 30 minuta, a u starijoj do 35 minuta te kako bi sat trebao biti organiziran tako da djeca budu aktivirana ne samo tjelesno, nego i psihički. Shodno tomu, svaki dio sata ima svoju posebnu zadaću i cilj i trebaju biti povezani međusobno, bez pauza, te je stoga važna dobra organizacija odgojitelja (Findak i Delija, 2001). Nadalje, osim sata tjelesne i zdravstvene kulture te jutarnjeg vježbanja, u dječjim vrtićima provode se i mnogi drugi načini tjelesnih aktivnosti poput šetnje, izleta, ljetovanja, zimovanja, priredbi, poticajnog vježbanja i slično. Neljak (2009) navodi kako postoje i tri različite vrste tjelesnog vježbanja, a to su jednostavnije vrste koje uključuju spontano, tematsko ili jutarnje vježbanje, složenije vrste koje obuhvaćaju „sat“ te pokretne igre i igru i složene vrste koje se odnose na sat tjelesne i zdravstvene kulture i sat tjelesnog vježbanja koji se ne provodi u vrtićima, nego u sportskim klubovima, u sportskim igraonicama ili u sportskim vrtićima.

4.2. Igra kao tjelovježba

Igra u djetetovu životu ima najveću ulogu koja im pruža mogućnost istraživanja svoje okoline i svijeta, a samim time se smatra i jednim od osnovnih oblika učenja jer potiče i usmjerava djecu na bavljenje kretnjom. „Igra utječe na razvoj njihovih antropoloških obilježja, na usvajanje njegovih motoričkih znanja, na poboljšanje motoričkih znanja, na poboljšanje motoričkih dostignuća, te na stjecanje neophodnih životnih i radnih navika“ (Findak i Delija, 2001, str. 68). Naime, Lazar (2007) navodi kako dijete igrajući se pokreće svoje tijelo nebrojeno puta u različitim smjerovima i različitim načinima i tako dolazi u dodir sa svojom okolinom, a ako se, primjerice, toj igri dodaju različita pomagala, onda djeca uče kako funkcionalno i

koordinirano koristiti ruke i prste te tako razvijati grubu i finu motoriku. Prema Findak (1995) igra predstavlja najautonomniju čovjekovu aktivnost te se promatranjem djece u igri može uvidjeti napredak u njihovom razvoju, ali se mogu uočiti stagniranje toga razvoja ili potencijalni razvoj teškoće. Virgilio (2009) navodi kako djeca mogu sudjelovati u dva tipa igara, a to su strukturirani i nestrukturirani tip igre. Strukturirani tip igre odnosi se na planiranu igru koju vodi odgojitelj, dok se nestrukturirani tip igre odnosi na igru koju je dijete samostalno iniciralo zbog vlastitih interesa te je potrebno osigurati uvjete, odnosno prostor i vrijeme za ovaj tip igre (Virgilio, 2009). Nadalje, putem igre djeca osim što razvijaju motoričke sposobnosti, razvijaju i socio-emocionalne kompetencije, to jest uče kontrolirati vlastite emocije, uče se grupnom radu, poštovanju drugih i poštivanju tuđih mišljenja, uče se nositi s porazom i slično (Lazar, 2007). Također, Findak i Delija (2001) navode kako je raznovrsnost i različita složenost igara vrlo važna pri razvoju fine i grube motorike.

4.3. Kineziološke igre

Kineziološke igre obuhvaćaju sve igre koje sadrže kretanje djece i one su dio sadržaja programa rada s djecom (Neljak, 2009). Prema navedenom autoru one su izrazito značajne jer pridonose razvoju djeteta i utječu na njegova morfološka, motorička i funkcionalna obilježja. Osim toga, tijekom kinezioloških igara dolazi i do verbalnog izražavanja djece, to jest govor koji je povezan s pokretom te zbog toga dolazi do pojave kinezioloških i nekinezioloških sadržaja (Neljak, 2009). Osim povezanosti govora i pokreta, u kineziološke igre uključeni su i razvoj mišljenja, korištenje maštom te dosadašnjim znanjima i iskustvima i slično (Neljak, 2009). Prema tome, kineziološke igre dijele se na:

- biotičke (spontane) igre,
- igre pretvaranja,
- igre stvaranja,
- igre s jednostavnim pravilima,
- igre sa složenim pravilima.

Biotičke (spontane) igre su igre koje djeca započinju spontano još u prvih nekoliko mjeseci života, a traje sve do kraja druge godine (Neljak, 2009). Prema navedenom autoru, takve igre

uključuju spontane pokrete nogu i ruku poput granja nogama o krevetić, treskanja zvečkom, bacanje predmeta na pod i slično. Nadalje, igre pretvaranja uključuju korištenje predmeta ili ljudi koji se odnose na simbol koji djeci nešto predstavlja te se tijekom tih igara djeca uživljavaju u nekakvu ulogu ili nečiju osobnost što pridonosi razvoju kreativnosti, logičkog razmišljanja i zaključivanja te mašti i rješavanju problema. One se javljaju otprilike u drugoj godini djetetova života, a najzastupljenije su u dobi od četiri i pet godina (Neljak, 2009). Navedeni autor dodaje kako se tijekom treće godine života pojavljuje igra stvaranje u kojoj djeca pomoću raznih materijala stvaraju nešto, primjerice izrada igračaka od plastelina, gradnja tornja od kocaka i slično. Nakon pete godine života javljaju se igre s jednostavnim pravilima poput skrivača gdje se djeca uče poštivanju tih pravila i ograničenja koja moraju biti vrlo jednostavna i jasna, dok se neposredno prije polaska u školu javljaju igre sa složenim pravilima poput igara s kartama, društvenih igara i slično (Neljak, 2009).

5. ULOGA I EDUKACIJE ODGOJITELJA I DJEČJEG VRTIĆA O USVAJANJU ZDRAVOG NAČINA ŽIVOTA

Uloga odgojitelja i njegove osnovne zadaće tijekom provođenja i planiranja pravilne prehrane je izrazito velika, kao što je to vrlo važna uloga i za ostale sudionike uključene u ustanove dječjih vrtića i škola poput ravnatelja, pedagoga, psihologa, zdravstvenih voditelja, kuhara, roditelja, ali i djece (Vučemilović, 2013). Prema navedenoj autorici uloga vrtića jest u promicanju pravilne prehrane i zagovaranju pozitivnog stava i utjecaja na zdravlje. Isto tako i autorica Mišćenić (2011) navodi kako se edukacijama o prehrani može postići cjeloživotno obrazovanje o zdravim i pravilnim prehrambenim navikama. Autorica Vučemilović (2013) navodi kako na temelju vlastitih iskustava koje je stjecala godinama, može izdvojiti neke od izuzetno uspješnih načina provođenja edukacija s odraslima, a to su primjerice:

- radionice za roditelje i odgojitelje,
- rad u manjim skupina,
- individualni rad s roditeljima i odgajateljima (informativni, savjetodavni, edukativni i instruktivni rad),
- izrada stručnih materijala, protokola i priloga kao pomoć odraslima u lakšem definiranju određenih postupaka i mjera.

Dakle, autorica Vučemilović (2013) donosi zaključak kako osim odgojitelja, u provođenju pravilne prehrane veliku ulogu imaju i roditelji te njihovo poznavanje sastava namirnica. Osim toga, autorica navodi kako je vrlo važno, ukoliko postoje određene alergije ili intolerancija na pojedinu hranu, informirati odgojitelje i ostale zaposlenike ustanove, a posebice kuhare koji pripremaju obroke. Isto tako, od velike važnosti je i komunikacija te suradnja, odnosno partnerstvo odgojitelja i roditelja kako bi se moglo napredovati i kako bi se mogla uspostaviti potpuna uključenost u individualne potrebe djeteta (Vučemilović, 2013).

5.1. Uloga odgojitelja, roditelja i ostalih sudionika u prevenciji pretilosti

Autorica Vučemilović (2013) naglašava kako je suradnja odgojitelja s roditeljima izuzetno važna kako bi se mogla osvijestiti važnost pravilne prehrane i kako bi se mogli usvojiti postupci

zdravog načina života. Naime, osim radionica te roditeljskih sastanaka koji mogu poslužiti kao edukacija o pravilnom stilu života, postoje i mnogi drugi načini za održavanje komunikacije te pružanja i dijeljenja informacija, a to su primjerice individualni razgovori, uključivanje roditelja u aktivnosti djece, posjeti i izleti roditeljima u neku ustanovu (vatrogasni dom, policijska postaja, frizerski salon i slično), kutci za roditelje, letci, web stranice i slično (Vučemilović, 2013). Međutim, kako bi se ostvarilo poticanje pravilnog načina života važna je i komunikacija između roditelja i djece, a ona se najčešće postiže tijekom zajedničkih aktivnosti, primjerice zajednička priprema obiteljskog zdravog ručka, zajedničke obiteljske tjelesne aktivnosti na svježem zraku, poput vožnje biciklom, igre s loptom, šetnje i slično (Bralić i sur., 2010). Isto tako, uloga obitelji u sprječavanju i prevenciji pretilosti je velika jer čitava obitelj treba biti uključena u taj proces i tijekom njega pretilom djetetu ili osobi pružati maksimalnu podršku i ohrabrenje (Percl, 1999). „Prehrambene navike stečene u obitelji u djetinjstvu ostaju za cijeli život. Ono što je dijete u obitelji naučilo o prehrani vraća se u obliku zdravlja, a to je cilj za koji se valja boriti. U tome mu moramo poslužiti kao primjer“ (Percl, 1999, str. 74). Naime, autorica navodi kako i obitelj može biti jedan od uzroka pretilosti jer nisu svi članovi obitelji dovoljno educirani o mogućim posljedicama konzumiranja nezdravih namirnica i ne bavljenja tjelesnim aktivnostima. Osim odgojitelja i roditelja koji imaju najveću funkciju u sprječavanju loših i štetnih navika kod djece, veliku ulogu ima i zdravstveni sustav koji podrazumijeva multidisciplinarni pristup pedijataru, specijalista za školsku i obiteljsku medicinu, psihologa, nutricionista i mnogih drugih (Bralić i sur., 2010). Prema Bralić i sur. (2010), uloga zdravstvenih djelatnika iziskuje pomoć djeci, mladima, roditeljima te odgojiteljima, a osim zdravstvenih djelatnika, veliku važnost u prevenciji pretilosti ima i obrazovni sustav čija je uloga potaći djecu na zadržavanje stečenih prehrambenih navika u obitelji i vrtiću. Također, i uloga medija i prehrambene industrije može imati značajan utjecaj na dječji izbor namirnica (Bralić i sur., 2010). Danas mediji imaju veliku ulogu u svemu, pa tako i utječu na mišljenje djece o pojedinoj hrani. Sve više djece, a posebice mladih okreću se prema tzv. "brzoj hrani", odnosno konzumiraju ne zdrave namirnice koje znatno mogu poremetiti njihov dnevni unos kalorija, a ukoliko često konzumiraju takve namirnice, onda može doći i do razvoja pretilosti unatoč genetskim i ostalim čimbenicima razvoja (Bralić i sur., 2010). Međutim, jednu od velikih uloga ima i zdravstveni djelatnik dječjeg vrtića, to jest medicinska sestra koja djecu može poučiti o tome kako pravilno prati ruke, što su zdrave, a što nezdrave namirnice, uključivati ih u izradu hrane ili „smoothie-a“ i tako zapravo ona potiče dječju maštu, kreativnost i znatiželju (Bralić, 2012). Isto tako, prema navedenoj autorici, medicinska sestra kroz boravak

djeteta u vrtiću prati njihov rast i razvoj, odnosno tjelesnu težinu i visinu te prema pokazanom broju i po potrebi reagira i intervenira u sprječavanju razvitka pojedinih bolesti.

5.2. Uloga odgojitelja u provedbi tjelesnih aktivnosti

Odgojitelji u provedbi tjelesnih aktivnosti imaju vrlo važnu ulogu, a kako bi te aktivnosti bile kvalitetno osmišljene i provedene, odgojitelj mora biti dobro upoznat sa sposobnostima i dosadašnjim razvojnim mogućnostima djece, ali i s njihovim željama i potrebama (Petrić, 2019). Findak (1995) navodi kako je potrebno da odgojitelji za provedbu tjelesnih aktivnosti moraju biti dobro pripremljeni teorijski, metodički, ali i organizacijski. Teorijska priprema odnosi se na istraživanje i proučavanje novije literature jer pojedina znanja zastarijevaju, a novim istraživanjima dolazi do brojnih korisnih otkrića. Metodička priprema podrazumijeva definiranje ciljeva, zadaća, izbor sadržaja, organizacijske oblike rada, metode rada, sredstva i pomagala te analizu prethodnog sata tjelesne i zdravstvene kulture kako bi se procijenila uspješnost izvođenja djece pojedinih motoričkih sadržaja (Findak, 1995). Nadalje, organizacijska priprema obuhvaća prethodno isplanirane poticaje, sredstva i pomagala koji će biti korišteni tijekom provođenja sata tjelesne i zdravstvene aktivnosti te uključuje provjeru sigurnosti i ispravnosti istih (Findak, 1995). Isto tako, važno je da odgojitelj bude dobar primjer djeci, odnosno mora biti jasnog, točnog i razumljivog izraza primjerenog dobi djece kako bi ga svako dijete bez obzira na udaljenost moglo jasno čuti i razumjeti te mora davati kratke i jasne upute radi zadržavanja koncentracije djece (Neljak, 2009). Prema Findak (1995), odgojitelji bi trebali biti uvijek spremni i otvoreni za komunikaciju i pomoć, trebali bi biti strpljivi i ostaviti dovoljno vremena da se dijete izrazi, vedri i susretljivi te pružati djeci podršku i motivirati ih na daljnji nastavak rada. Nadalje, Petrić (2019) navodi kako se tjelesne aktivnosti mogu i trebaju provoditi vani na svježem zraku, odnosno u prirodi po različitim klimatskim uvjetima.

6. ZAKLJUČAK

Epidemija pretilosti jedan je od vodećih zdravstvenih problema svih dobnih skupina populacije u svijetu. Sve više odraslih ljudi, a posebice djece tijekom svog rasta i razvoja dostižu prekomjernu tjelesnu težinu koja uvelike ugrožava njihov život i daljnji razvoj. Pretilost se obično javlja genetskim putem, odnosno nasljedno od majke ili oca, a glavni uzrok pretilosti je nezdrav način života. Nezdrav način života ponajprije se odnosi na nezdravu i nepravilnu prehranu, a zatim i na nedostatak tjelesne aktivnosti. Osim toga, pojavom pretilosti javljaju se i mnogi drugi problemi poput razvoja patoloških stanja ili bolesti. Međutim, pretilost osim što utječe na fizičko zdravlje, ona utječe i na psihosocijalno funkcioniranje. Pretiła djeca izložena su svakodnevnom vršnjačkom zadirivanju i ismijavanju što im stvara negativnu sliku o sebi, dolazi do manjka samopouzdanja, pojave anksioznosti, depresije, samodestruktivnog ponašanja, osjećaja odbačenosti i slično. Kako bi došlo do sprječavanja razvoja pretilosti, važno je osvijestiti cijelu zajednicu, a posebno obitelj i odgojno-obrazovne djelatnike o tome kakve sve probleme pretilost kao bolest donosi i od najranije dobi kod djece razvijati pozitivan stav o zdravoj, pravilnoj i uravnoteženoj prehrani te tjelesnim aktivnostima.

7. LITERATURA

1. Alibabić, V., Mujić, I. (2016). *Pravilna prehrana i zdravlje. Rijeka: Veleučilište u Rijeci*. Preuzeto 6. lipnja 2023. godine na: https://www.veleri.hr/sites/default/files/202107/va_knjigapravilnaprehranaizdravlje_w eb_dec2016_0.pdf
2. Andrijašević, M. (2010). *Kineziološka rekreacija*. Zagreb: Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
3. Boban Pejić, J. (2007). *Za bebe i djecu: cjelovita i organska prehrana od trudnoće do školske dobi*. Sveta Nedjelja: Planetopija.
4. Bralić, I., Jovančević M., Predavec, S. i Grgurić, J. (2010). Pretilost djece – novo područje multidisciplinarnog preventivnog programa. *Paediatrica Croatica*, 54 (1), 33-44. Preuzeto 29. svibnja 2023. na: <https://hrcak.srce.hr/49754>
5. Bralić, I., sur. (2012). Kako zdravo odrastati: priručnik za roditelje o zdravlju i bolesti djeteta od rođenja do kraja puberteta. *Paediatrica Croatica*, 56 (2). str. 195. Preuzeto 7. lipnja 2023. godine na: <https://hrcak.srce.hr/87305>
6. Durant, R. H. (1994). The Relationship among Television Watching, Physical Activity, and Body Composition of Young Children. *Pediatrics*; 94 (4), 449–445. Preuzeto 29. lipnja 2023. godine na: <https://doi.org/10.1542/peds.94.4.449>
7. Nenadić, N., Grgurić, J. (2008). Krivulje rasta svjetske zdravstvene organizacije za djecu predškolske dobi-standardi za 21. stoljeće. *Paediatrica Croatica*, 52 (2), 117-121. Preuzeto 5. srpnja 2023. godine na: <https://hrcak.srce.hr/29554>
8. Findak, V. (1995). *Metodika tjelesne i zdravstvene kulture u predškolskom odgoju*. Zagreb: Školska knjiga.
9. Findak, V. i Delija, K. (2001). *Tjelesna i zdravstvena kultura u predškolskom odgoju*. Zagreb: Edip.
10. Gavin, M.L., Dowshen, S.A., Izenberg, N. (ur.). (2007). *Dijete u formi: praktičan vodič za odgoj zdrave i aktivne djece - od novorođenčeta do tinejdžera*. Zagreb: Mozaik knjiga.
11. Jirka Alebić, I. (2008). Prehrambene smjernice i osobitosti osnovnih skupina namirnica. *Medicus*, 17 (1), 37-44. Preuzeto 6. svibnja 2023. godine na: <https://hrcak.srce.hr/file/59753>
12. Katalinić, V. (2007) *Temeljno znanje o prehrani*. Split: Kemijsko-tehnološki fakultet Sveučilišta u Splitu.

13. Komnenović, J. (2010). *Od prvog obroka do školske užine: vodič kroz dječju ishranu*. Zagreb: Znanje d.d.
14. Lazar, M. (2007). *Igra i njezin utjecaj na tjelesni razvoj*. Đakovo: Tempo.
15. Mandić, M. L. (2003). *Znanost o prehrani*. (Završni rad). Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
16. Mardešić, D. i sur. (2003). *Pedijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
17. Mardešić, D., Barić, I., Batinić, D., Beck-Dvoržak, M., Boranić, M., Dekaris, D., Dumić, M., Gjurčić, G., Grubić, M., Kačić, M., Kačić, M., Malčić, I., Marinović, B., Radica, A., Škarpa, D., Težal-Benčić, M., Vuković, J. (2016). *Pedijatrija*. Zagreb: Školska knjiga.
18. Matanović, I. (2011). *Pretilost: Populacijsko-zdravstveni problem današnjice*. (Završni rad). Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
19. Medanić, D. i Pucarín-Cvetković, J. (2012). Pretilost – javnozdravstveni problem i izazov. *Acta medica Croatica*, 66 (5), 347-354. Preuzeto 22. svibnja 2023. na: <https://hrcak.srce.hr/104156>
20. Ministarstvo zdravstva, (2007). *Izmjene i dopune Programa zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima*. Zagreb, Narodne novine službeni list RH. Preuzeto 13. lipnja 2023. godine na: https://narodnenovine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2002_09_105_1735.html
21. Mišćenić, G. (2011). Mirisi i okusi djetinjstva. *Dijete, vrtić, obitelj*. 17 (65), 29-30. Preuzeto 21. lipnja 2023. godine na: <https://hrcak.srce.hr/124339>
22. Mišigoj-Duraković, M. (2008). *Kinantropologija: Biološki aspekti tjelesnog vježbanja*. Zagreb: Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
23. Montignac, M. (2005). *Dječja pretilost : Montignacovom metodom protiv prekomjerne tjelesne težine djece i mladeži*. Zagreb: Naklada Zadro.
24. Neljak, B. (2009). *Kineziološka metodika u predškolskom odgoju*. Zagreb: Kineziološki fakultet.
25. Percl, M. (1999). *Prehrana djeteta: Kako pravilno hraniti dijete od začeca do adolescencije*. Zagreb: Školska knjiga.
26. Petrić, V. (2019) *Kineziološka metodika u ranom i predškolskom odgoju i obrazovanju*. Rijeka, Sveučilište u Rijeci, Učiteljski fakultet.
27. Prskalo, I. i Sporiš, G. (2016). *Kineziologija*. Zagreb: Školska knjiga.
28. Rojnić Putarek, N. (2017). Pretilost u dječjoj dobi. *Medicus*, 27 (1), 63-69. Preuzeto 22. svibnja 2023. godine na:

https://hrcak.srce.hr/search/?show=results&styp=1&c%5B0%5D=article_search&t%5B0%5D=pretilost+putarek

29. Sever, T. (2015). *Tjelesno vježbanje djece predškolske dobi*. (Završni rad). Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli.
30. Sindik, J. (2009). Zdravstveni i psihološki aspekti djetetova bavljenja sportom - mogućnosti i opasnosti. *Paediatrica Croatica*, 53 (1), 193-199. Preuzeto 16. lipnja 2023. godine na:
https://www.researchgate.net/publication/257993725_Zdravstveni_i_psiholoski_aspekti_djetetova_bavljenja_sportom_-_mogucnosti_i_opasnosti
31. Soldo, I., Kolak, T. i sur. (2016). *Pretilost, uzroci i liječenje*. Sveučilište u Mostaru.
32. Uršulin-Trstenjak, N. (2020). Poremećaj u prehrani – pretilost: prehrambene navike, tjelesna aktivnosti i samoprocjena BMI u Hrvatskoj. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 6 (1), 85-86. Preuzeto 31. svibnja 2023. godine na:
<https://hrcak.srce.hr/235103>
33. Virgilio, S. J. (2009.). *Aktivan početak za zdrave klince : aktivnosti, igre, vježbe i savjeti o prehrani*. Ostvarenje.
34. Vučemilović, Lj. (2013). Zdravstveni odgoj u vrtiću. *Dijete, vrtić, obitelj*. 19 (72), 30-31. Preuzeto 22. lipnja 2023. godine na: <https://hrcak.srce.hr/145835>
35. Vučemilović, Lj. i Vujić Šisler, Lj. (2007). *Prehrambeni standard za planiranje prehrane djece u dječjem vrtići- jelovnici i normativi*. Zagreb: Hrvatska udruga medicinskih sestara.
36. World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic Repot of a WHO Consultation*. Preuzeto 1. lipnja 2023. godine na:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
37. World Health Organization (2020). *Physical activity*. Preuzeto 17. lipnja 2023. godine na: https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1

8. PRILOZI

Prilog 1. Prikaz Percentilnih krivulja prema težini/kilogramima (Nenadić i Grgurić, str. 9, 2008). Preuzeto 5. srpnja 2023. godine na: <https://hrcak.srce.hr/29554>

Prilog 2. Prikaz "Moje piramide" (Alibabić i Mujić, 2016, str. 237). Preuzeto 6. lipnja 2023. godine na:

https://www.veleri.hr/sites/default/files/202107/va_knjigapravilnaprehranaizdravlje_web_dec_2016_0.pdf