



NutriCHEQ

Podporujeme výživu batoliat



Príručka pre všeobecného lekára pre deti a dorast



Podporujeme výživu batoliat

Len pre všeobecných lekárov pre deti a dorast



Uvedenie programu NutriCHEQ v Slovenskej republike sa realizuje v spolupráci s poprednými odborníkmi v oblasti výživy dojčiat a batoliat.

Tento materiál vznikol v rámci Iniciatívy 1000 dní, za odbornej garancie Sekcie pediatickej gastroenterológie Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti, v spolupráci so Slovenskou pediatickou spoločnosťou a s podporou neziskovej organizácie TISÍC DNÍ DO ŽIVOTA.

Odborná garancia programu NutriCHEQ

Garanti

prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH, člen výboru Slovenskej pediatickej spoločnosti

MUDr. Iveta Čierna, PhD., hlavný odborník MZ SR pre pediatickú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu

Recenzenti

prof. MUDr. Peter Bánovčín, CSc., hlavný odborník MZ SR pre pediatriu

doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc., mim. prof., prezident Slovenskej pediatickej spoločnosti

Validačná skupina

Vedúci

MUDr. Jarmila Kabátová, predsedníčka Sekcie detskej gastroenterológie pri Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti.

Spolupracujúci všeobecní lekári pre deti a dorast

MUDr. Katarína Šimovičová

MUDr. Marta Špániková

MUDr. Alena Čierna

MUDr. Eva Antónyová



Obsah

Zhrnutie	5
1. O projekte NutriCHEQ	7
1.1 Čo je NutriCHEQ?	7
1.2 Pre koho je NutriCHEQ?	8
1.3 Prečo program NutriCHEQ vznikol?	8
1.4 Prečo by ste mali program NutriCHEQ používať vo svojej praxi?	13
1.5 Ako vznikol program NutriCHEQ?	13
1.6 Iniciatíva 1000 dní a program NutriCHEQ v SR	16
2. Používanie nástrojov NutriCHEQ rodičmi a batoliatami	19
2.1 Pochopenie nástrojov NutriCHEQ	19
2.2 Používanie skríningového dotazníka NutriCHEQ	22
2.3 Používanie informačných príručiek a letákov NutriCHEQ pre rodičov	26
2.4 Dôležitosť ďalšieho sledovania	26
Príloha I: Prehľad dôkazov	27
Príloha II: Ponuka príručiek pre rodičov	30
Bibliografia	32



Súčasťou programu NutriCHEQ pre batoliatá je overený dotazník, hodnotenie a odporúčanie ďalšieho postupu a rozsiahla ponuka príručiek pre rodičov. Pomáhame vám zabezpečiť tú najkvalitnejšiu výživu pre vaše dieťa.



Zhrnutie

- Batoliaci vek je kľúčovým obdobím pre získanie správnych stravovacích návykov podporujúcich zdravý rast a vývoj. Práve rast v ranom detstve ovplyvňuje budúci zdravotný stav človeka. Zlá výživa v tomto období môže mať dlhodobé následky. Rodičom sa však nedostáva patričnej podpory a ani vedenia pri riešení problémov súvisiacich so stravovaním, ktoré sa bežne objavujú u detí vo veku od 1 do 3 rokov, teda práve v období, keď dieťa prechádza na „rodinnú“ stravu.
- Nevyváženosť jedálneho lístka môže byť spôsobená aj tým, že jeme príliš veľa alebo naopak príliš málo. Dokonca aj rodičia s tými najlepšimi úmyslami môžu pri stravovaní detí používať niektoré postupy, ktoré vo svojom dôsledku môžu niektoré problémy ešte zhoršovať. To platí najmä vo vzťahu k vyberavosti v jedle a k prejedaniu sa. Vyberavosť v jedle alebo potravinová neofóbia sa rieši pomerne ťažko a nevhodné stratégie vo vzťahu k stravovaniu, ako napr. prílišná kontrola, prehováranie alebo nútenie dieťaťa do jedla, môžu tieto problémy zhoršiť. Nakoniec dôjde k obmedzeniu pestrosti a rozmanitosti stravy a tým aj k obmedzeniu množstva živín prijímaných v strave.
- Nadváha a obezita sa týkajú stále väčšieho počtu detí a tento problém sa, bohužiaľ, objavuje stále v skoršom veku. Vedľa negatívnych fyzických a psychologických dôsledkov v detstve môže obezita, ktorá pretrvá až do dospelosti, spôsobovať zvýšené riziko výskytu diabetu, srdcových a cievnych ochorení alebo mozgovej mŕtvice v neskoršom veku.
- Stravovanie v útlom veku má významný vplyv na zdravotný stav v ďalšom živote, preto je nutné problémy v tejto oblasti odhaľovať a riešiť čo najskôr. Všeobecní lekári pre deti a dorast na preventívnych prehliadkach riešia problematiku zdravotného stavu dieťaťa, psychomotorického vývoja a súčasťou prehliadky má byť aj poradenstvo o výžive detí. Vzhľadom na rozsah prehliadky je na podrobný rozhovor o výžive len obmedzený priestor.
- Všeobecní lekári pre deti a dorast potrebujú informácie a nástroje, ktoré by im pomohli čo najskôr zistiť, že rodičia potrebujú pomoc. A práve tejto potrebe vychádza v ústrety program NutriCHEQ. Poskytuje prehľadné indikátory rizík súvisiacich so stravovaním vychádzajúcich z faktických dôkazov. Zároveň ponúka odporúčané postupy, ktoré pomôžu zabezpečiť všeobecným lekárom pre deti a dorast, aby ich aktivita bola nasmerovaná práve na také batolátá a rodičov, ktorí najviac potrebujú ich skúsenosti a pomoc.
- Dotazník NutriCHEQ zameraný na batolátá bol navrhnutý tak, aby vyhodnocoval riziká súvisiace so stravovaním a vypíňajú ho rodičia detí vo veku od 12 do 36 mesiacov v rámci bežných kontrol predpísaných v určitom veku dieťaťa. Dotazník je navrhnutý tak, aby všeobecným detským lekárom pre deti a dorast pomohol rýchlo, účinne a s nízkymi nákladmi identifikovať batolátá, u ktorých existuje zvýšené riziko súvisiace so stravovaním a výživou. Vďaka zisteniam bude môcť na túto tému efektívnejšie komunikovať s rodičmi.
- Dotazník NutriCHEQ je navrhnutý tak, aby vyhodnotil tie najdôležitejšie určujúce faktory súčasného stavu alebo budúcich možných porúch výživy. Prvá časť dotazníka je zameraná na riziká súvisiace so stravovaním, ktoré môžu pravdepodobne ovplyvniť súčasný zdravotný stav dieťaťa, napr. anémia spôsobená nedostatkom železa, nedostatočný alebo naopak nadmerný príjem kľúčových živín a/alebo nevyvážený jedálny lístok. Druhá časť dotazníka sa zameriava na faktory, ktoré môžu pravdepodobne ovplyvniť budúce stravovacie návyky, a teda aj zdravotný stav, ako napr. obvyklé rodičovské vzorce stravovania dieťaťa, ktoré môžu viesť k prejedaniu alebo k nedostatočnému príjmu potravy.
- Dotazník NutriCHEQ sa overoval špeciálne pre použitie u detí vo veku 12–36 mesiacov. Jeho výsledky sa porovnávali s výsledkami analýzy príjmu potravy a stravovacích návykov v rámci rozsiahleho celoštátneho prieskumu stravovania detí vo Veľkej Británii a Írsku. Ukázalo sa, že je spoľahlivým indikátorom rizík súvisiacich s výživou a jej kvalitou. Zahraničné výsledky sa overovali i v Českej republike a potvrdili sa vo validačnom procese vo vybraných lokálnych podmienkach Slovenska (Bratislava, Piešťany, Zvolen, Košice).
- Súčasťou programu NutriCHEQ pre batolátá je overený dotazník, hodnotenie a odporúčanie ďalšieho postupu a rozsiahla ponuka príručiek pre rodičov.







1. O projekte NutriCHEQ

1.1 Čo je NutriCHEQ?

NutriCHEQ je vzdelávací program slúžiaci na vyhodnotenie rizík súvisiacich so stravovaním.

NutriCHEQ je samoobslužný (pre rodičov) multidimenzionálny nástroj pre vyhodnocovanie rizík súvisiacich so stravovaním, ktorý vznikol s cieľom využitia u inak zdravých batoliat vo veku od 12 do 36 mesiacov. NutriCHEQ nie je určený pre skrining podvýživy a nie je vhodný na použitie v zariadeniach akútnej zdravotnej starostlivosti.

Tento nástroj má slúžiť ako pomôcka pre všeobecných lekárov pre deti a dorast na identifikáciu batoliat, u ktorých existuje zvýšené riziko nedostatočného príjmu živín, nevyváženej stravy alebo možnosti výskytu výživových problémov v budúcnosti v dôsledku zlej výživy alebo nevhodných stravovacích návykov v priebehu tohto konkrétneho obdobia vývoja dieťaťa.

Nástroj pre skrining výživových rizík NutriCHEQ má podobu dotazníka obsahujúceho 20 otázok. Ich kombinácie boli navrhnuté tak, aby poskytovali spoľahlivý spôsob vyhodnotenia aktuálnych alebo možných budúcich rizík súvisiacich so súčasným príjmom potravy u dieťaťa, s jeho stravovacími návykmi, stravovacím prostredím a postupmi používanými jeho rodičmi pri stravovaní.

Dotazník NutriCHEQ tvorí súčasť kompletného programu, ktorého ďalšími súčasťami sú:

- Školiace materiály pre všeobecných lekárov pre deti a dorast zamerané na implementáciu programu NutriCHEQ
- Dotazník NutriCHEQ, vysvetlivky a pokyny k jeho používaniu a výkladu
- Kompletná séria informačných príručiek pre rodičov (viď Príloha II)

Jednoduché a rýchle použitie

Dotazník NutriCHEQ sa pripravil tak, aby ho rodič jednoducho vyplnil a všeobecným lekárom pre deti a dorast sa ľahko vyhodnotil. Zodpovedanie otázok zaberie približne 5 minút, takže ho rodičia môžu vyplniť v čakárni pred prehliadkou u svojho pediatra.

Navrhnuté pre zariadenia primárnej starostlivosti

Ideálne príležitosti na použitie dotazníka NutriCHEQ sú pri pravidelných preventívnych prehliadkach u všeobecného lekára pre deti a dorast pri dosiahnutí určitého veku dieťaťa. Ale je možné dotazník použiť aj v rámci vyšetrenia, kedykoľvek vznikne potreba vyhodnotenia stravovania a výživy v súvislosti so zdravotným stavom dieťaťa. Dotazníky sa dajú použiť aj v rámci vstupného vyšetrenia batolaťa v novom zdravotníckom zariadení.

Dotazník vychádza z empirických dôkazov a jeho platnosť bola overená pre batoliatá vo veku od ukončeneého 1. roku do 3 rokov

Otázky obsiahnuté v dotazníku NutriCHEQ vychádzajú z rozsiahleho štúdia odbornej literatúry a ich cieľom je identifikovať najvýznamnejšie faktory alebo známky rizík súvisiacich s výživou v stravovaní batoliat. Riziká súvisia nielen s množstvom a typom potravín konzumovaných v súčasnosti, ale tiež s faktormi, ktoré pravdepodobne môžu ovplyvňovať preferencie potravín u dieťaťa a jeho stravovacie návyky do budúcnosti.

Platnosť dotazníka NutriCHEQ bola overená pre použitie vo vekovej skupine od 1 do 3 rokov. Pri jeho hodnotení v rámci rozsiahlej, nezávisle realizovanej štúdie bolo zistené, že funguje ako spoľahlivý indikátor detekcie rizík súvisiacich s výživou.



1.2 Pre koho je NutriCHEQ?

Dotazník NutriCHEQ majú vyplňať rodičia zdravých batoliat vo veku od 12 do 36 mesiacov.

Dotazník NutriCHEQ nie je určený na použitie u dlhodobo chorých batoliat, u ktorých sa zistili zdravotné problémy ovplyvňujúce príjem stravy alebo stav výživy. Dotazník NutriCHEQ nie je vhodný pre použitie u batoliat, ktoré sú v starostlivosti detského gastroenterológa v súvislosti s poruchou príjmu potravy alebo s malabsorbčným syndrómom. Dotazník NutriCHEQ nie je určený pre použitie v nemocniciach alebo zariadeniach akútnej zdravotnej starostlivosti.

Použitie všeobecnými lekármi pre deti a dorast

Dotazník NutriCHEQ má slúžiť ako rýchla, efektívna a časovo nenáročná pomôcka všeobecným lekárom pre deti a dorast pri identifikácii batoliat, u ktorých existuje väčšie riziko súvisiace s poruchami výživy. Má pomôcť lekárom zamerať ich úsilie práve na tieto deti a súčasne poskytnúť informačné materiály a zdroje, ktoré je možné ponúknuť rodičom ako návod na riešenie zistených problémov súvisiacich so stravovaním. Vzhľadom na to, že dotazník NutriCHEQ je určený pre deti už od jedného roku, je možné rodičom poskytnúť rady, odporúčania a podporu už v tomto ranom veku dieťaťa. To umožňuje ľahko napraviť alebo odstrániť prípadné závažnejšie problémy súvisiace s výživou a/alebo so stravovaním.

Ako najvhodnejšia doba aplikácie nástroja NutriCHEQ v slovenských podmienkach sa odporúča preventívna prehliadka detí vo veku do 18 mesiacov, každopádne dotazník možno použiť aj počas akejkoľvek inej prehliadky batolaťa medzi prvým a tretím rokom života.

1.3 Prečo program NutriCHEQ vznikol?

Dôkazy, že výživové problémy v ranom detstve môžu mať dlhodobé dopady pre ďalší život, sú v súčasnej dobe prakticky nevyvrátiteľné. Nedostatočný príjem základných živín v skorej fáze života môže ovplyvniť neskorší fyzický aj duševný vývoj dieťaťa. Zlá výživa alebo nevhodné stravovacie vzorce môžu mať dlhodobý dopad na zdravotný stav a môžu viesť k výskytu prejedania, obezity a súvisiacich zdravotných problémov v neskoršom veku.^{1,2}

Hoci existujú nástroje pre iné vekové skupiny detí, doteraz neboli v našich podmienkach k dispozícii žiadne špeciálne prostriedky slúžiace ako pomôcka pre všeobecných lekárov pre deti a dorast pri identifikácii batoliat, u ktorých existuje zvýšené riziko nedostatočného príjmu živín, nevyváženej stravy alebo možnosti výskytu výživových problémov v budúcnosti.

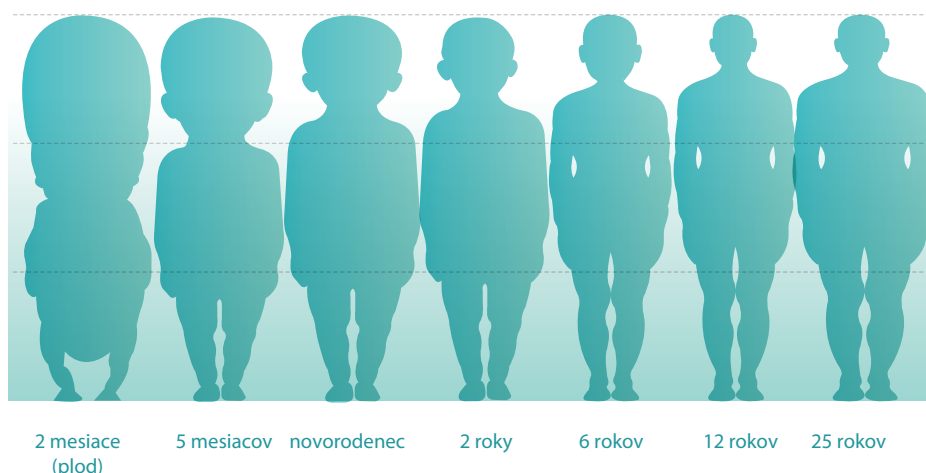
Výhody použitia dotazníka NutriCHEQ pri zisťovaní oblastí potenciálnych výživových rizík u batoliat:

- Včasné zistenie potenciálnych problémov súvisiacich so stravovaním a výživou
- Možnosť efektívnejšieho zacielenia času a zdrojov tam, kde je to potrebné
- Základ pre individuálne prispôbené odporúčania a informovanie rodičov (tzn. vyššia pravdepodobnosť, že rodičia budú podľa takýchto odporúčaní skutočne postupovať)
- Potenciál pre identifikáciu batoliat, ktoré môžu vyžadovať prípadné odoslanie k špecialistovi

Prečo sú tak dôležité práve batolaťá vo veku od 1 do 3 rokov:

V porovnaní s dojčatám sa tempo rastu batolaťa spomaľuje a jeho energetická potreba klesá. K tomu všetkému sa pripája potravinová neofóbia a negativizmus špecifický pre toto vekové obdobie. Je tu vysoká pravdepodobnosť, že práve v tomto vývojovom období rodičia riešia problémy so stravovaním. Môžu vzniknúť nedostatočnou kvalitou podávanej stravy, jej jednotvárnosťou alebo naopak nútením batolaťa do jedla na základe pocitu, že dieťa „nič nejde“. Tým sa jeho negatívny vzťah k jedlu ešte podporí. Batolaťá však ešte rastú, vyvíjajú sa a majú vyššiu potrebu celého spektra rôznych živín, vrátane minerálnych látok a vitamínov na kg hmotnosti, ako je to u starších detí a dospelých. Problémy súvisiace s ich jedálnym lístkom alebo stravovaním by preto mali byť pod drobnohľadom čo možno najskôr, aby sa deťom zabezpečil optimálny príjem živín, ktoré potrebujú pre svoj rast a vývoj.





Obr. 1 Batolatá majú vyššiu potrebu (na 1 kg telesnej hmotnosti) celého spektra rôznych živín, napríklad vitamínov a minerálnych látok³

Nie je preto prekvapujúce, že nedostatok živín v tejto fáze života má silný potenciál negatívne ovplyvniť rast dieťaťa, jeho fyzický aj duševný vývoj, študijné výsledky a stravovacie návyky, ktoré si so sebou môže niesť do ďalšieho života. Avšak následným problémom sa dá predísť.

Ktoré problémy súvisiace s výživou sa u batoliat vyskytujú najčastejšie?

Hoci sa mnohí odborníci domnievajú, že strava väčšiny batoliat je primeraná (Prieskum IPSOS, Danone, 2009), je prekvapujúce zistenie, že dokonca i v rozvinutých krajinách sa dokázal nedostatočný alebo nevhodný príjem niektorých živín. Problémy súvisiace s výživou u batoliat zahŕňajú anémiu spôsobenú nedostatkom železa, neprospievanie alebo nedostatočný či neprimeraný rast, nadváhu a obezitu súvisiacu s konzumáciou potravín s vysokou energetickou hodnotou a nízkym obsahom živín, nízkou mierou fyzickej aktivity a nevhodnými stravovacími návykmi.

Nevyvážená strava chudobná na živiny

Nevyváženosť stravy môže byť dôsledkom toho, že jeme príliš veľa alebo naopak príliš málo. Dokonca aj rodičia s tými najlepšimi úmyslami môžu pri stravovaní detí používať niektoré postupy, ktoré vo svojom dôsledku problémy so stravovaním ešte zhoršujú. To platí najmä vo vzťahu k vyberavosti v jedle a k prejedaniu sa. Vyberavosť v jedle (potravinová neofóbia), sa rieši pomerne ťažko a nevhodné stratégie vo vzťahu k stravovaniu, ako napr. prílišná kontrola, prehovárание alebo nútenie dieťaťa do jedla vedú k obmedzeniu pestrosti a rozmanitosti i k obmedzeniu množstva živín prijímaných v strave. To iba podčiarkuje dôležitosť poskytovania praktických rád rodičom batoliat, aby svojim deťom pomohli prekonať obavy z nových potravín a naučili ich, ako k jedlu pristupovať zodpovedne a odvážne.

Rastúci výskyt obezity

Zároveň sa objavujú nadváha a obezita ako závažný problém dokonca aj u tých najmenších detí. Nadváha a obezita sa vyskytujú v stále nižšom veku a sú stále rozšírenejšie. Stratégie zamerané na prevenciu je potrebné implementovať v skorších fázach života, ako tomu bolo doteraz, konkrétne v období vnútromaternicového vývoja a potom u dojčiat a batoliat.

Anémia spôsobená nedostatkom železa a nedostatok ďalších mikronutrientov

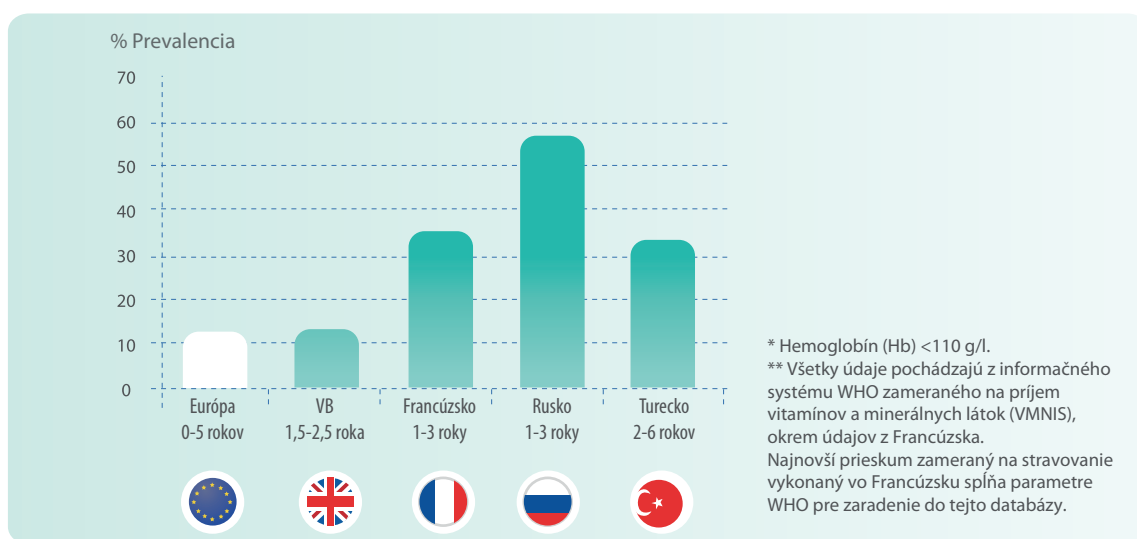
Anémia sa v Európe vyskytuje u viac ako 10 % detí vo veku od 0 do 5 rokov, pričom v niektorých krajinách je jej výskyt ešte vyšší (pozrite obr. 1).^{4,5} Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) zdôraznila, že „v celosvetovom meradle je najvýznamnejším faktorom spôsobujúcim vznik



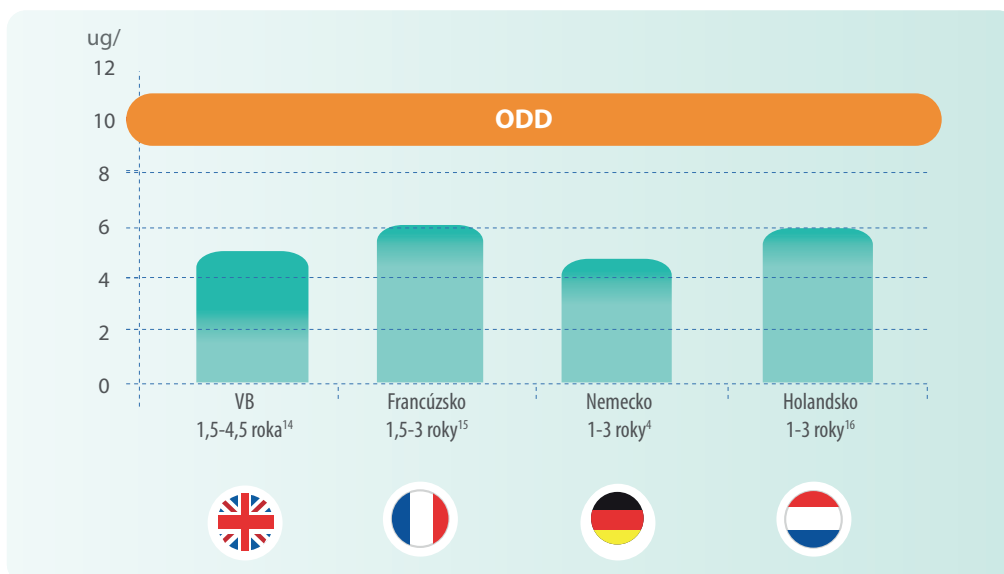
anémia nedostatok železa, preto sa anémia spôsobená nedostatkom železa (IDA) často používa ako synonymum anémie všeobecne a údaje o výskyte anémie sa často vzťahujú k výskytu IDA.⁴ Príjem železa u batoliat v mnohých európskych krajinách nedosahuje odporúčané hodnoty (pozrite obr. 2). Anémia spôsobená nedostatkom železa môže mať negatívny dopad na intelektuálne výkony a môže spôsobovať oneskorený psychomotorický a kognitívny vývoj⁶⁻⁹ a prejavovať sa aj na správaní a schopnosti fyzickej aktivity.

Nedostatok vitamínu D vedie k nedostatočnej mineralizácii kostí a spôsobuje krivicu, pričom tento nedostatok sa najčastejšie prejavuje vo veku od 6 mesiacov do 3 rokov, pretože práve v tomto období je potreba vitamínu D veľmi vysoká. Príjem vitamínu D je u batoliat vo všetkých európskych krajinách nižší ako sú odporúčané hodnoty, a to najmä z dôvodu nedostatočného podávania výživových doplnkov (pozrite obr. 3).^{5, 10-12}

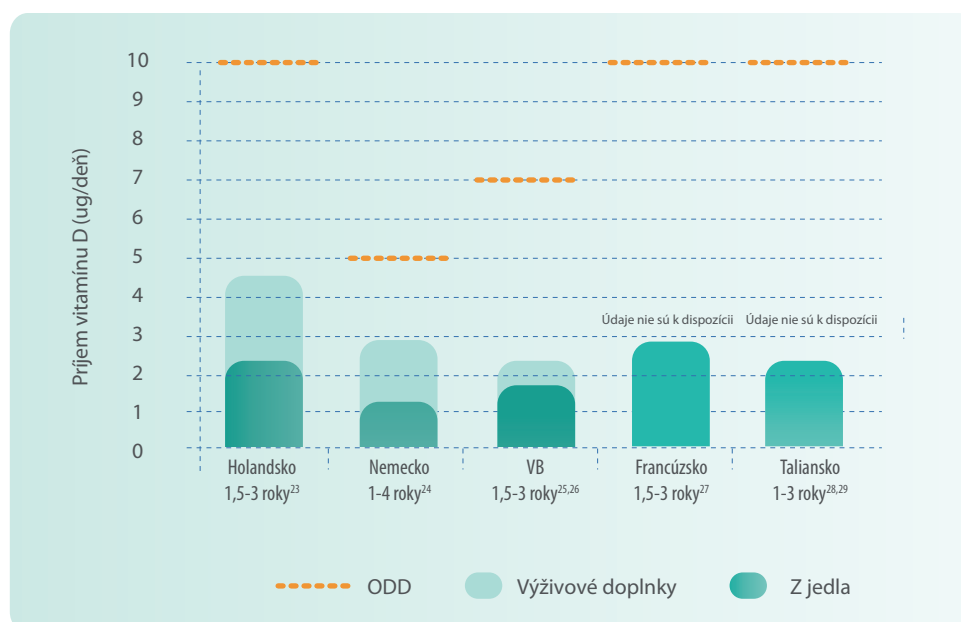
Obr. 1 Percentuálny výskyt anémie* u dočiat a malých detí v Európe** 4,5



Obr. 2 Príjem železa u batoliat je v mnohých európskych krajinách nedostatočný¹³



Obr. 3 Príjem vitamínu D u batoliat v Európe^{5, 10–12} v porovnaní s odporúčanými dennými dávkami (ODD)



Prečo sa rodičia pri stravovaní svojich batoliat často stretávajú s problémami

Mnohí rodičia uvádzajú, že obdobie od 12 do 36 mesiacov veku dieťaťa, s vrcholom medzi 22. a 24. mesiacom života, je dobou, počas ktorej sa u svojich detí stretávajú s najväčším počtom problémov spojených so stravovaním alebo s problematickým správaním pri jedle.

Výsledky rozsiahleho medzinárodného prieskumu spotrebiteľov, vykonávaného medzi rodičmi batoliat ukazujú, že mnohé z informácií a rád, ktoré sú rodičom v tejto súvislosti k dispozícii, sú zovšeobecnené, teoretické a často nereálne z hľadiska riešenia každodenných praktických problémov súvisiacich so stravovaním ich batoliat (Prieskum Ideo, Danone, 2005). To možno čiastočne vysvetľuje, prečo sa až 85 % rodičom starších dojčiat a batoliat nedarí dodržiavať odporúčania týkajúce sa stravovania (Prieskum U&A, Danone, 2006).

Neinformovanosť o odporúčaníach týkajúcich sa stravovania je len zriedka jediným alebo najvýznamnejším faktorom spôsobujúcim problémy. Medzi „prekážky z každodenného života“, ktoré bránia kvalitnému stravovaniu, patria aj:

- Odmietanie určitých potravín a preferovanie polotovarov obsahujúcich cukor alebo sladkosti
- Potravinové alergie alebo neznášanlivosti
- Chronicky nízka alebo naopak nadmerná chuť do jedla
- Praktické komplikácie, ako napr. nedostatok času alebo pravidelné stravovanie batolaťa mimo domova
- Protichodné informácie o potravinách a výžive, najmä vo vzťahu k deťom starším ako 1 rok
- Menej časté pravidelné návštevy všeobecného lekára pre deti a dorast v čase, keď dieťa prechádza do náročnejšieho batoliaceho obdobia
- Pokyny a odporúčania týkajúce sa stravovania sa vnímajú ako nepraktické a nerealistické
- Tabuľka 1 uvádza niektoré časté chyby, ktorých sa rodičia dopúšťajú. Vyplývajú z „prekážok z každodenného života“ uvedených vyššie, s ktorými sa môžete bežne stretnúť vo svojej každodennej praxi.



Tabuľka 1 uvádza niektoré časté chyby, ktorých sa rodičia dopúšťajú. Vyplývajú z „prekážok z každodenného života“ uvedených vyššie, s ktorými sa môžete bežne stretnúť vo svojej každodennej praxi.

Časté chyby	Časté obavy/názory
<ul style="list-style-type: none"> • Neskoré zavádzanie potravín, ktoré sú dôležitým zdrojom základných živín • Príliš rýchly prechod na domácu stravu, ktorá je síce zdrojom nových potrebných živín, ale môže obsahovať veľké množstvo sodíka, cukru a/alebo nasýtených tukov • Reštriktívny alebo kontrolujúci prístup ku stravovaniu zo strany rodičov • Nevhodné príklady • Nepodávanie určitých potravín alebo celých potravinových skupín alebo ich vyradovanie z jedálneho lístka • Nepravidelný režim hlavných jedál, desiat a olovrantov • Nadmerná konzumácia polotovarov alebo rýchleho občerstvenia namiesto ďalších typov potravín 	<ul style="list-style-type: none"> • Obavy zo zadusení alebo reakcie na skoršie odmietnutie, nesprávne vnímanie toho, čo je bezpečné alebo vhodné, fyzické problémy • Túžba po pokroku a pocit, že skorší prechod je lepší, bez ohľadu na konkrétnu povahu domácej stravy v rodine • Pokusy riešiť vnímané problémy s chuťou do jedla alebo disciplínou • Nesprávne stravovacie návyky v rodine alebo u rodičov • Domnelá alebo skutočná alergická či neznášanlivosť alebo kultúrne presvedčenie, vegetariánstvo • Praktické dôvody alebo neznalosť, nesprávne stravovanie v rodine • Liberálny prístup rodičov, nízko príjmové rodiny, sociálne faktory

Európski zdravotníci sa stretávajú s ťažkosťami v súvislosti so stravovaním a výživou batoliat

Zdravotnícki pracovníci sa netaja tým, že aj oni sa stretávajú s ťažkosťami. Svoju informovanosť o výžive dojčiat a batoliat hodnotia ako pomerne dobrú, avšak zároveň pripúšťajú, že rodičom sa možno nedostáva adekvátnej podpory. Sami lekári majú obmedzenú časovú kapacitu a nedostatočnú hĺbku odborných znalostí, čo im pri stretnutí s rodičmi batoliat znemožňuje viac sa sústrediť na výživu alebo vyváženosť stravy (Prieskum IPSOS HCP, Danone, 2008). V rozsiahlom prieskume vykonávanom medzi odbornými zdravotníckymi pracovníkmi v šiestich rôznych krajinách v Európe sa zistilo, že väčšina zdravotníckych pracovníkov sa domnieva, že neposkytuje rodičom dostatočnú podporu vo vzťahu ku stravovaniu dojčiat a batoliat (Prieskum IPSOS HCP, Danone, 2008).

Vzhľadom k jednotnému systému primárnej starostlivosti v Slovenskej republike, kde sa o deti starajú výhradne všeobecní lekári pre deti a dorast, je situácia odlišná, avšak aj tu sa stretávame s častými chybami v stravovaní batoliat. Preukázala to napríklad štúdia z roku 2014.

Potreba informácií a nástrojov pomáhajúcich včas identifikovať rodičov, ktorí potrebujú pomoc

V hektickom prostredí zdravotníckych zariadení je ťažké venovať sa v obmedzenom čase, ktorý je k dispozícii, všetkým obavám rodičov. Môže sa tiež stať, že rodičia ani nespomenú problémy, ktorým čelia v oblasti stravovania a výživy. Práve preto vznikol dotazník NutriCHEQ, ktorý má túto situáciu pomôcť riešiť. Jeho cieľom je identifikácia batoliat, u ktorých existuje riziko nevyváženej stravy. Umožní sa tak diskusia, informovanie a včas prijaté riešenia, ktorých výsledkom by mali byť zdravšie deti. Cieľom dotazníka je pomôcť všeobecným lekárom pre deti a dorast zamerať ich obmedzený čas a zdroje na rodičov tých batoliat, ktoré ich pomoc potrebujú najviac. Vybavia ich vhodnými nástrojmi a informáciami potrebnými na riešenie hlavných zistených problémov súvisiacich so stravovaním a poskytnú model pre implementáciu zásad zdravého stravovania.



1.4 Prečo by ste mali program NutriCHEQ používať vo svojej praxi?

Ešte než začneme používať program NutriCHEQ, je vhodné sa zamyslieť nad tým, prečo by sme vlastne mali používať nejaký nástroj na zisťovanie problémov súvisiacich so stravovaním batoliat. Skrining zameraný na stravovanie môže byť prínosný pre batolatá a ich rodičov, pre zdravotníctvo aj pre celú populáciu a to z týchto dôvodov:

- Zvyšovanie informovanosti a povedomia o problémoch súvisiacich so stravovaním, ktoré sa môžu pri stravovaní batoliat objaviť a tiež o tom, ako tieto problémy riešiť
- Podpora včasného riešenia problémov s cieľom znížiť riziko závažných dôsledkov v oblasti výživy, ako je napr. anémia alebo nadváha
- Sústreďenie zdrojov a podpory na tých rodičov a batolatá, ktorí pomoc a podporu najviac potrebujú a budú mať úžitok z prípadných ďalších kontrol alebo špecializovaných vyšetrení
- Zrýchlenie a zefektívnenie práce všeobecného lekára pre deti a dorast pri rýchlej diagnostike rizík súvisiacich so stravovaním

Program NutriCHEQ je vypracovaný tak, aby spĺňal základné kritériá efektívneho skriningového nástroja

- Dotazník obsahuje objektívne formulované a nesúdiace otázky, ktoré majú respondentov motivovať k tomu, aby uvádzali pravdivé odpovede. Otázky sa sústreďujú na to, čo batola skutočne je alebo čo ho rodič dokáže prinútiť zjesť, než na to, čo rodič batolaťu na jedenie podáva alebo ponúka.
- Samotné vyplnenie dotazníka NutriCHEQ zvyšuje informovanosť rodičov a posilňuje ich záujem o zdravé stravovacie návyky ich batolaťa, slúži teda k ich vzdelávaniu.
- Poskytnutie praktických rád a odporúčaní, hoci len drobných, ako riešiť bežné problémy so stravovaním a správaním, pomáha rodičom získať istotu, že dostávajú podporu a že ich problémy sa riešia včas, skôr, než sa rozvinú v niečo vážnejšie.
- Dotazník ponúka možnosť, ako identifikovať rodiny, ktoré potrebujú viac pomoci, napr. v podobe konzultácie s odborníkmi v prípade batoliat so závažnejšími problémami súvisiacimi so stravovaním.

Program NutriCHEQ je úsporný z hľadiska časových nárokov aj z hľadiska zdrojov

- Všeobecný lekár pre deti a dorast môže venovať čas tým rodičom a batolatám, u ktorých sa vyskytujú riziká pravdepodobne spôsobujúce problémy súvisiace s výživou, či už v súčasnosti alebo v budúcnosti
- Rodičia a batolatá, u ktorých boli zistené určité oblasti vyžadujúce zlepšenie, môžu získať individuálne prispôbené odborné informácie a odporúčania v podobe informačných príručiek a letákov NutriCHEQ pre rodičov
- Dotazník NutriCHEQ je možné bežne zaraďovať do pravidelných preventívnych prehliadok pri dosiahnutí určitého veku dieťaťa (najlepšie ako súčasť preventívnej prehliadky detí vo veku do 18 mesiacov s následnou kontrolou dodržiavania odporúčaných zásad)

1.5 Ako vznikol program NutriCHEQ?

Päťfázový proces vypracovania programu

Program NutriCHEQ vznikol pomocou päťfázového procesu znázorneného nižšie na obrázku 4.



Obr. 4 Proces vypracovania programu NutriCHEQ



* 4. fáza: Výsledky overovania platnosti dotazníka NutriCHEQ²⁵

Počas overenia spoľahlivosti dotazníka NutriCHEQ a jeho schopnosti identifikovať deti, u ktorých existuje výživové riziko, sa vykonalo vyhodnotenie prototypu dotazníka, ktorý sa už spresnil na základe pilotných testov (3. fáza), a to v rámci rozsiahleho prieskumu realizovaného na reprezentatívnej vzorke írskych batoliat ($n = 371$) vo veku od 12 do 36 mesiacov. Táto štúdia sa uskutočnila ako súčasť celoštátneho prieskumu predškolských detí (National Preschool Nutrition Survey – NPNS), ktorý realizovala Univerzita v Dubline a Univerzita v Corku.

Metodika

Rodičia zúčastňujúci sa štúdie najprv zodpovedali 18 otázok v prototypu dotazníka NutriCHEQ. Každý z nich sa potom zúčastnil prieskumu, ktorého súčasťou bolo vyplnenie štvordňového denníka zaznamenávajúceho množstvo skonzumovaných potravín a nápojov, presné zmeranie a zváženie dieťaťa kvalifikovaným výživovým špecialistom a vyplnenie podrobného dotazníka zameraného na stravovanie, stolovanie a mieru fyzickej aktivity. Platnosť štúdie sa overovala porovnaním výsledkov získaných z dotazníka NutriCHEQ s výsledkami získanými z prieskumu zameraného na príjem potravy.

Metódy použité na overenie platnosti zahŕňali vyhodnotenie rozdielov v údajoch o príjme potravy medzi deťmi na základe dosiahnutého hodnotenia rizika v jednotlivých častiach dotazníka NutriCHEQ a na základe súhrnného hodnotenia. Interná spoľahlivosť sa overila pomocou štatistických testov korelačného koeficientu Cronbachovho alfa a Pearsonovho korelačného koeficientu.



Výsledky

Z analýzy príjmu potravy na základe hodnotenia rizika vyplynulo, že deti zaradené do najvyššieho pásma hodnotenia rizika mali výrazne nižší príjem základných živín vrátane železa, zinku, vitamínu D, vlákniny, vápnika, tiamínu, riboflavínu, niacínu, kyseliny listovej, draslíka, karoténu, ovocia a zeleniny než deti s najnižším hodnotením rizika. a naopak u detí s najvyšším hodnotením, ktoré predstavovali 13 % z celej vzorky, sa oveľa častejšie vyskytovala nadváha (26 % detí) alebo obezita (17 % detí), než u detí s nízkym hodnotením (nadváha 13 % detí, obezita 0 %). U týchto detí bola tiež výrazne vyššia pravdepodobnosť príjmu živín pod odporúčanými hodnotami.

Kvartily hodnotenia dotazníka NutriCHEQ

	Kvartil 1		Kvartil 2		Kvartil 3		Kvartil 4	
	0–3		4–5		6–7		8–13	
Výsledok hodnotenia dotazníka NutriCHEQ	74		104		96		87	
N	Priemer	(SD)	Priemer	(SD)	Priemer	(SD)	Priemer	(SD)
Vek (roky)	1,7 ^a	0,8	1,9 ^a	0,8	2,0 ^a	0,8	2,4 ^a	0,7
Energetický príjem (MJ)	4,6	1,1	4,6	1,1	4,5	1,0	4,6	1,0
Bielkoviny (% CEP)	16,0 ^a	2,8	15,4 ^{ab}	2,4	15,2 ^{ab}	2,0	14,5 ^b	2,5
Vláknina (g/10 MJ)	27,7 ^a	6,7	25,0 ^b	7,2	24,7 ^b	6,6	21,4 ^c	6,8
Nasýtené tuky (% CEP)	15,9	3,4	15,8	3,6	15,4	3,4	15,6	3,7
NMC (% CEP)	14,0 ^a	5,1	16,1 ^{ab}	5,2	17,1 ^b	6,3	17,0 ^{ab}	7,0
Železo (mg/10 MJ)	18,0 ^a	6,0	16,3 ^{ab}	5,6	15,1 ^{bc}	5,6	13,3 ^c	4,4
Vitamín D (µg/10 MJ)	8,4 ^a	7,8	6,4 ^{ab}	6,9	5,2 ^b	6,0	4,4 ^b	5,1
Zinok (mg/10 MJ)	13,1 ^a	3,4	11,6 ^b	2,6	10,9 ^{bc}	2,7	10,0 ^c	2,3
Vápnik (mg/10 MJ)	1 935,1 ^a	513,3	1 771,1 ^{ab}	503,0	1 641,9 ^b	512,4	1 561,6 ^{ab}	571,8
Sodík (mg/10 MJ)	2 390,3	680,8	2 304,9	644,8	2 506,4	623,4	2 583,3	645,0
Riboflavín (mg/10 MJ)	3,6 ^a	1,0	3,4 ^a	1,0	3,2 ^{ab}	0,9	2,9 ^b	1,0
Niacín (mg/10 MJ)	24,5 ^a	6,1	24,3 ^a	8,4	23,1 ^{ab}	6,5	21,5 ^b	7,2
Kys. listová (µg/10 MJ)	411,1 ^a	169,3	382,0 ^{ab}	154,7	343,6 ^b	118,7	340,8 ^b	171,4
Fosfor (mg/10 MJ)	1 917,7 ^a	359,7	1 845,1 ^a	335,8	1 786,0 ^{ab}	330,2	1 696,1 ^b	359,3
Draslík (mg/10 MJ)	3 950,1 ^a	613,0	3 976,0 ^a	656,9	3 772,5 ^{ab}	631,3	3 476,7 ^b	744,0
Karotén (µg/10 MJ)	6 022,3 ^a	6329,4	5 179,7 ^a	3 711,2	3 800,9 ^{bc}	3 900,4	2 631,8 ^c	2 877,2
Ovocie celkom (g)	138,6 ^a	70,6	144,8 ^a	91,3	140,9 ^a	83,6	96,2 ^b	82,8
Zelenina celkom (g)	77,8 ^a	45,7	62,1 ^b	34,9	50,9 ^{bc}	29,2	37,7 ^c	28,4

% CEP = percento celkového energetického príjmu. NMC = mliečne cukry. Abcd – Rôzne písmená v hornom indexe označujú vzťahy medzi jednotlivými kvartilmi (jednosmerná analýza kovariancie nasledovaná Bonferroniho testom). Uvedené hodnoty nevykazujú bežnú významnosť ($p < 0,05$).

2. časť dotazníka NutriCHEQ je určená na vyhodnotenie postupov používaných rodičmi pri stravovaní ich detí a faktorov okolitého prostredia, ktoré súvisia so zvýšeným rizikom z hľadiska zdravotného stavu a stravovacích návykov v neskoršom živote.

Táto časť dotazníka je prijateľná ako multidimenzionálny nástroj s priestorom pre možné vylepšenia, pre ktorých upresnenie sa vykonali konečné úpravy.

Záver

Dotazník NutriCHEQ je spoľahlivý a platný multidimenzionálny nástroj, ktorý dokáže úspešne identifikovať batolatá, pri ktorých existuje výživové riziko.

Výsledky tejto práce boli v júni 2014 uverejnené v časopise Food & Nutrition (Food & Nutrition Research 2015, 59: 27912 - <http://dx.doi.org/10.3402/fnr.v59.27912>).



1.6 Iniciatíva 1000 dní a program NutriCHEQ v SR

1.6.1 Iniciatíva 1000 dní

Iniciatíva 1000 dní podporovaná poprednými slovenskými odborníkmi z oblasti pediatrie, pediatrickej gastroenterológie, neonatológie, pediatrickej alergológie a v spolupráci s neziskovou organizáciou Tisíc dní do života, nadväzuje na program Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) s názvom „1000 days“ akcentujúci kľúčovú úlohu výživy v období od počatia do začiatku 3. roku života.

Práve v období raného detstva môžu rodičia ovplyvniť, do akej miery bude dieťa odolné voči vonkajším vplyvom, najmä civilizačných ochorení (obezita, cukrovka, vysoký krvný tlak, kardiovaskulárne ochorenia a iné). Zdedené gény totiž ovplyvňujú zdravie len do určitej miery a oveľa významnejšiu úlohu môže zohrávať vonkajšie prostredie. Zo všetkých vonkajších faktorov je to práve výživa dieťaťa v ranom veku, ktorej vplyv na zdravie v neskoršom živote je najvýznamnejší a je aj najlepšie zdokumentovaný. Adaptačná schopnosť organizmu sa s vekom rýchlo znižuje. Etapa od počatia do batoliaceho veku sa tak stáva kľúčovým obdobím, v ktorom je potrebné zabezpečiť dieťaťu optimálnu výživu.

Cieľom Iniciatívy je účinne rozšíriť aktuálne odporúčania medzi všeobecných lekárov pre deti a dorast a medzi zdravotnícky personál, ktorý v oblasti pediatrie pracuje. Vytvorí sa tak „živý“ materiál plný informácií, ktorý môže v každodennej praxi maximalizovať pozitívny dopad najnovších poznatkov o výžive na zdravie budúcich generácií v Slovenskej republike.

Vzdelávanie pediatrov v oblasti výživy dojčiat a batoliat

Pod záštitou Sekcie pediatrickej gastroenterológie pri Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti a v spolupráci so Slovenskou pediatrickou spoločnosťou za priamej účasti popredných slovenských odborníkov z oblasti pediatrie, detskej gastroenterológie, alergológie a neonatológie, sa v súčasnosti realizuje dlhodobý program vzdelávania všeobecných lekárov pre deti a dorast vo forme odborných seminárov.

Obsah seminárov je zameraný na vybrané témy z oblasti správnej výživy dojčiat a batoliat. Cieľom je podporiť pediatrov v ich kľúčovej úlohe, pomôcť im naštartovať zmenu v správaní sa rodičov a tým zlepšiť zdravie budúcich generácií v Slovenskej republike.

Zdravotná výchova širokej verejnosti

Kampaň v médiách má zároveň za úlohu upozorniť širokú verejnosť a predovšetkým rodičov dojčiat a batoliat, na dôležitosť výživy, stravovania i budovania správnych stravovacích návykov v prvých 1000 dňoch života.

Hlavné témy kampane sú v súlade s najnovšími poznatkami o výžive dojčiat a batoliat, vrátane najnovších odborných informácií a odporúčaní WHO, ktoré v rámci spolupráce s odbornými partnermi kampane poskytla Kancelária WHO na Slovensku. Zároveň korešpondujú s priamou komunikáciou rodičov s odborníkmi v ordináciách detských lekárov, preškolených v rámci odborných seminárov alebo programu Zdravý štart (vzdelávacie semináre pre detské sestry).

1.6.2 Program NutriCHEQ v SR

Všetky vyššie uvedené aktivity pod hlavičkou iniciatívy 1000 dní odštartovali v rokoch 2014/2015 a v súčasnej dobe už prebiehajú v plnom rozsahu. Avšak zmeniť dlhodobé návyky je vec náročná a dlhodobá, a tak stále hľadáme nástroje, ako zmenu podporiť, urýchliť a urobiť ju dlhodobo udržateľnou. Jednou z možností je poskytnúť rodičom a odborníkom nástroj, popri edukačných a osvetových aktivitách, ktorý by inicioval jeden krôčik, jednu konkrétnu akciu smerom k zdravším nutričným návykom a tým tiež k zdravšej populácii v budúcnosti.

Na konci prvého polroka 2015 padlo rozhodnutie prevziať NutriCHEQ zo zahraničných zdrojov, podľa odporúčaní autorov ho adaptovať na slovenské podmienky a implementovať tento nástroj do praxe slovenských všeobecných lekárov pre deti a dorast. Program NutriCHEQ sa v roku 2015 úspešne etabloval v Českej republike za finančnej podpory Ministerstva zdravotníctva ČR.

V druhej polovici roku 2015 a začiatkom roka 2016 bol NutriCHEQ prostredníctvom validačnej skupiny, pozostávajúcej zo všeobecných lekárov pre deti a dorast a za podpory odborníkov z oblasti pediatrie, výživy a detskej gastroenterológie adaptovaný na slovenské podmienky. Súčasťou tohto procesu je:

- preklad materiálov z anglického originálu a ich adaptácia na slovenské podmienky
- validácia dotazníka v ordináciách vybraných pediatrov pre overenie funkčnosti nástroja NutriCHEQ v slovenských podmienkach



- trojmesačná pilotná prevádzka v ordináciách členov validačnej skupiny
- príprava písomných materiálov, adaptovaných na slovenské pomery
- implementácia programu do ordinácii všeobecných lekárov pre deti a dorast (séria edukačných seminárov pod hlavičkou iniciatívy 1000 dní)

Odborná garancia programu NutriCHEQ

Garanti

prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH, člen výboru Slovenskej pediatrickej spoločnosti

MUDr. Iveta Čierna, PhD., hlavný odborník MZ SR pre pediatrickú gastroenterológiu, hepatológiu a výživu

Recenzenti

prof. MUDr. Peter Bánovčin, CSc., hlavný odborník MZ SR pre pediatriu

doc. MUDr. Milan Kuchta, CSc., mim. prof., prezident Slovenskej pediatrickej spoločnosti

Validačná skupina

Vedúci

MUDr. Jarmila Kabátová, predsedníčka Sekcie detskej gastroenterológie pri Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti.

Spolupracujúci všeobecní lekári pre deti a dorast

MUDr. Katarína Šimovičová

MUDr. Marta Špániková

MUDr. Alena Čierna

MUDr. Eva Antónyová





2. Používanie nástrojov NutriCHEQ rodičmi a batoliatami

2.1 Pochopenie nástrojov NutriCHEQ

Dotazník NutriCHEQ: Na základe dôkazov

Batoliatá majú v porovnaní s ostatnými deťmi alebo dospelými unikátne výživové potreby. Zároveň si musia si už v ranom veku vytvoriť zdravé stravovacie návyky, aby bol zaistený ich zdravý rast a vývoj a aby sa znížilo riziko, že sa u nich v neskoršom živote vyskytnú chronické ochorenia súvisiace so stravovaním. Dotazník NutriCHEQ je rozdelený na tri časti nasledovne:

Časť 1: Riziká súvisiace so stravovaním, ktoré môžu pravdepodobne ovplyvniť súčasný zdravotný stav dieťaťa

- Oddiel a – Rizikové faktory súvisiace s nízkou hladinou železa alebo nízkym príjmom železa (a ďalších dôležitých živín)
- Oddiel B – Rizikové faktory súvisiace s nevyváženým jedálnym lístkom

Časť 2: Rizikové faktory súvisiace so stravovaním, ktoré môžu ovplyvniť budúci zdravotný stav

- Rizikové faktory súvisiace so vzorcami stravovania detí rodičmi a s prostredím

Časť 3: Prehľad obáv, ktoré môžu chcieť rodičia riešiť so všeobecným lekárom pre deti a dorast

- Obavy súvisiace s hmotnosťou alebo rastom dieťaťa
- Obavy súvisiace s ťažkosťami s prehĺtaním alebo s jedlom
- Ďalšie obavy, ktoré môžu zahŕňať aj problémy so správaním

Celkové hodnotenie rizika súvisiaceho so súčasným príjmom potravy vychádza iba z oddielov A a B časti 1.

Časť 2 ponúka rodičom možnosť zoznamiť sa s rôznymi typmi správania alebo postupov používaných pri stravovaní detí, ktoré sa môžu podieľať na vzniku budúcich výživových problémov, tak aby bolo možné ich začať ihneď riešiť.

Časť 3 umožňuje rodičom zveriť sa s rôznymi obavami a získať odborné rady vo vzťahu k problémom so stravovaním, čím sa zvyšuje efektívnosť komunikácie medzi všeobecným lekárom pre deti a dorast.

Otázky obsiahnuté v jednotlivých častiach dotazníka NutriCHEQ vychádzajú z odporúčaní týkajúcich sa zdravých stravovacích návykov u batoliat a tiež z dôkazov obsiahnutých v odbornej literatúre zameranej na hlavné rizikové faktory. Platnosť dotazníka sa overovala na základe komplexného štúdia odbornej literatúry. Výsledky tvoria prílohu tohto informačného materiálu.

Pri každej otázke v Časti 1 sú uvedené tri možné odpovede vychádzajúce z odporúčaní alebo dôkazov z odbornej literatúry, pričom ich platnosť sa potvrdila pomocou porovnania výsledkov dotazníka NutriCHEQ s dátami získanými z podrobného prieskumu zameraného na stravovanie, dotazníka zameraného na životný štýl a z merania hmotnosti a výšky detí určitého veku kvalifikovaným odborníkom. Pri každej otázke v Časti 2 sú uvedené len dve možné odpovede – áno alebo nie – aby bolo vyplňanie dotazníka jednoduchšie a jeho vyhodnocovanie rýchlejšie.

V tejto časti sprievodcu uvádzame stručný prehľad dôkazov vzťahujúcich sa k jednotlivým častiam dotazníka NutriCHEQ.

Podrobnejšie informácie nájdete v Prílohe I.



Časť 1A: Rizikové faktory súvisiace s nízkou hladinou železa alebo nízkym príjmom železa (a ďalších dôležitých živín)

Hlavné otázky*	Dôkazy vzťahujúce sa k hlavným otázkam*
1. Kedy prešlo vaše dieťa na konzumné kravské mlieko ako hlavný mliečny nápoj?	Skoré zavedenie (pred 12. mesiacom života) alebo nadmerná konzumácia kravského mlieka sa javí byť jedným z významných faktorov spojených s nízkou hladinou železa. ^{27–31}
2. Aký druh a aké množstvo mlieka pije denne vaše dieťa?	
3. Ako často jedáva vaše dieťa červené mäso alebo ryby? Červeným mäsom sa rozumie napr. hovädzie, bravčové, zverina, baranie.	Konzumácia mäsa a rýb (a hydiny)* je spojená so správnou hladinou železa v organizme. ^{29; 31}
4. Ako často jedáva vaše dieťa výrobky z obilnín určené pre batolátá (napr. detské kaše s vekovým určením)?	V krajinách s vysokou konzumáciou obohatených raňajkových cereálií pokrýva jedna denná porcia zvyčajne až 50 % dennej potreby, a preto je vhodné, aby dotazník obsahoval túto otázku.

Časť 1B: Rizikové faktory súvisiace s nevyváženým jedálnym lístkom

5. Vyhýbate sa v jedálnom lístku dieťaťa niektorým potravinám (napr. z dôvodu alergie) bez toho, aby to odporučil lekár na základe vyšetrenia?	Vylúčenie celých skupín potravín, napr. chleba, cereálií alebo mlieka a mliečnych výrobkov, môže mať významný vplyv na celkový príjem živín. ³²
6. Jedáva vaše dieťa ovocie alebo čerstvú ovocnú šťavu (max 50–100 ml/deň)? Nepočítajte ovocné konzervované džúsy.	Ovocie a zelenina by sa mali podávať ku každému jedlu, aby dieťa každý deň dostalo päť malých porcií alebo kúskov na ochutnanie. ³²
7. Konzumuje vaše dieťa zeleninu (v akejkoľvek forme)?	Príklad zo strany rodičov a opakované ponúkajúce sú dôležitými faktormi, ktoré deťom pomáhajú konzumovať ovocie a zeleninu. ^{33–35}
8. Ako často konzumuje vaše dieťa mlieko alebo mliečne výrobky (napr. syr, jogurt)?	Mlieko a mliečne výrobky by sa mali podávať približne trikrát denne. ³² Avšak konzumácia vyššieho množstva konzumného mlieka je spojená s nižšou hladinou železa a potenciálne tiež s nadmerným energetickým príjmom.
9. Ako často jedáva vaše dieťa jedlá rýchleho občerstvenia (napr. hranolčeky, párok v rožku, langoš a pod.)?	Potraviny s vysokou energetickou hodnotou a vysokým obsahom tuku a cukru by sa mali deťom ponúkať popri potravinách zo základných štyroch skupín, nie namiesto týchto potravín, ³² hoci ich konzumácia môže viesť k zníženiu množstva potravín bohatších na živiny. ³⁶ Odporúčaná maximálna denná dávka u detí vo veku 1–3 roky je 2 g soli denne. ³⁷ Obmedzte konzumáciu polotovarov s vysokým obsahom soli a slanej pochutiny, ako napr. chrumky alebo lupienky, tie ponúkajte deťom len príležitostne. ³² Jedlo pripravené doma má zvyčajne vyšší obsah vlákniny, vápnika i železa a obsahuje nižšie množstvo tuku, nasýtených tukov a soli než jedlá pripravené mimo domova.
10. Ako často jedáva vaše dieťa sladkosti (napr. kúsok čokolády, zmrzlinu, cukrík) alebo sladký druhý chod?	
11. Pije vaše dieťa džúsy (nepočítajte čerstvo pripravenú šťavu z ovocia) alebo iné sladené nemliečne nápoje (vrátane granulovaných detských čajov)?	Dieťa by malo každý deň dostávať 6–8 nápojov z detského hrnčeka náustkom alebo z bežného hrnčeka. V horúcom počasí alebo pri zvýšenej aktivite dieťaťa môže byť potrebné ešte väčšie množstvo nápojov. Sladené nápoje vrátane riedeného ovocného džúsu by malo konzumovať len pri jedle, aby sa znížilo riziko vzniku zubného kazu. ³² Sladené nápoje môžu viesť k nadváhe a obezite a prípadne môžu súvisieť so zníženou chuťou do jedla v dôsledku ich vysokej energetickej hodnoty. ^{32; 38}



Časť 2: Rizikové faktory súvisiace so vzorcami stravovania detí rodičmi a s prostredím

Hlavné otázky*	Dôkazy vzťahujúce sa k hlavným otázkam*
1. Pije vaše dieťa stále ešte z dojčenskej fľaše jednu alebo viac porcií nápojov denne?	U detí kŕmených ešte v druhom roku života a neskôr z fľaše môže dochádzať k nadmernej konzumácii mlieka. ³² Zo štúdií vyplýva, že pitie z fľaše v neskoršom veku dieťaťa býva spojené s nadváhou a nadmernou konzumáciou mlieka. ³⁹ Na druhej strane prax ukazuje, že náhly prechod z fľaše na hrniec môže viesť k odmietaniu mlieka, preto by mal byť tento prechod postupný.
2. Je vaše dieťa stále ešte väčšinu denných porcií v kašovitaj /mixovanej forme?	Obmedzená konzumácia dôležitých skupín potravín a dlhodobé problémy so stravovaním sa častejšie objavujú tam, kde sa pevná strava zavádza v neskoršom veku dieťaťa, t. j. po 9.–10. mesiaci veku. ^{40–41}
3. Musíte byť opatrní, koľko toho vaše dieťa zje, pretože má tendenciu jesť príliš veľa?	Prílišné obmedzenia v jedle zo strany rodičov môžu byť spojené so zvýšeným energetickým príjmom a zvýšenou telesnou hmotnosťou. ³⁸ Chuť do jedla u batoliat je ovplyvnená individuálnymi potrebami energetického príjmu a rastu a deti dokážu regulovať svoj energetický príjem samy, ak majú možnosť zjesť také množstvo potravy, aké si samy zvolia. ⁴²
4. Používate sladkosti ako odmenu za dobré správanie? Alebo naopak zákaz sladkostí za zlé správanie?	Potraviny používané ako odmena sa pre dieťa stávajú atraktívnejšími ako potraviny, za ktorých zjedenie sa táto odmena ponúka. ⁴³ Tak sa môže stať, že dieťa bude podvedome preferovať sladkosti ako odmenu „za úspech“.
5. Konzumuje vaše dieťa jednu alebo viac porcií pred televíznou obrazovkou (alebo akýmkoľvek inými prehrávačmi filmov či rozprávok)?	Čas strávený sledovaním televízie je rizikovým faktorom pre výskyt nadváhy a obezity, konzumácia jedla pri televízii môže narušiť normálne pocity nasýtenosti, viesť k prejedaniu a ku poruchám komunikácie a sociálneho rozvoja.
6. Sedí vaše dieťa pri jedle pri spoločnom stole s ostatnými členmi rodiny?	Batolatá, ktoré jedia všetky jedlá pri stole, majú kvalitnejší jedálny lístok než batolatá, ktoré pri stole nejedia. Jedia tiež viac zeleniny. ⁴⁴ Spoločné stolovanie s rodinou vo vopred naplánovanom čase môže byť užitočné pre deti, ktoré konzumujú neprimerané množstvo potravín, keď jedia o samote, a jedlo v pokojnom rodinnom prostredí môže byť vhodnejšie pre deti, ktoré sa prejedajú v dôsledku prílišnej stimulácie v rušnom a chaotickom prostredí.
7. Musí vaše dieťa zjesť všetko, čo má na tanieri, než opustí jedálenský stôl (alebo než dostane sladký dezert / odmenu)?	Deti sú schopné regulovať si svoj energetický príjem, ak je im umožnené jesť také množstvo potravín, aké si samy zvolia. ⁴² Nútenie detí do jedla býva spojené s vyššími výkyvmi hmotnosti v detstve a má sa za to, že tiež narušuje vnútorné pocity nasýtenosti. (Referencia bude overená.)
8. Sú vaše stravovacie návyky dobrým príkladom pre vaše dieťa?	Príklad rodičov a opakované stretávanie s ovocím a zeleninou hrajú dôležitú úlohu a pomáhajú deťom, aby samy začali jesť ovocie a zeleninu. ^{33–35}



2.2 Používanie skriningového dotazníka NutriCHEQ


Prehľad: Nasledujúci diagram znázorňuje spôsob použitia dotazníka NutriCHEQ:



Zde uvádíme ilustraci průvodce výpočtem a výkladem hodnocení výživových rizik u batolat na základě dotazníku NutriCHEQ.

Ako používať NutriCHEQ

Sprievodca vyhodnotením a odporúčané postupy



Podporujeme výživu batolat

Ako používať tento nástroj?

Odporúčame vyvolať rodičov batolat vo veku 12–36 mesiacov, aby vyplnili dotazník NutriCHEQ pri návšteve svojho všeobecného lekára pre deti a dorast, či už prichádzajú na bežnú preventívnu prehliadku vývoja dieťaťa alebo kvôli očkovaniu či inej príležitosti. Dotazník je určený na vyšetrenie zdravých batolat a nie je vhodný napríklad pre vyšetrenie malnutície alebo pre deti trpiace akútnym alebo chronickým ochorením, ktoré môže mať vplyv na jeho nutričný stav či príjem potravy.

Vyplnenie dotazníka by nemalo rodičom zabráť viac ako 5 minút a možno ho vyplniť aj v čakárni pri čakaní na prijatie u lekára. Vyplnený dotazník rodičia odovzdávajú zdravotnej sestere alebo pediatriovi, ktorý vykonáva hodnotenie. Pediatr použije výsledky dotazníka NutriCHEQ na rýchle zistenie možných rizík, čo mu pomôže formulovať odporúčania alebo rozhodnúť sa pre ďalšie sledovanie či ďalšie prípadné vyšetrenia dieťaťa.

Aké informácie vám poskytnú jednotlivé sekcie?

Časť 1: Ako vyzerá denný jedálny lístok batolaťa?
 – sekcia A je zameraná predovšetkým na príjem železa a vitamínu D
 – sekcia B je zameraná na vyváženosť stravy a dosiahnutie odporúčaných denných dávok všeobecne

Časť 2: Aké stravovacie návyky sú u batolaťa budované?
Časť 3: Majú sami rodičia nejaké pochybnosti o stravovaní svojho dieťaťa?

Pri každej sekcii nájdete návod na vyhodnotenie, interpretáciu získaných informácií a riešenie v podobe materiálov pre rodičov.

Ako vypočítať a interpretovať mieru rizika u batolat z dotazníka NutriCHEQ?

PRVÝ KROK:

V časti 1 vypočítajte individuálne skóre zvlášť v sekcii A aj B, podľa tohto návodu:

vynesenie
priebehu

× 0

vypuknutie
zápalu

× 1

vynesenie
príbehu

× 2

Sekcia A (príklad vyhodnotenia)

Miera rizika	0	1	2
1. Kedy poslednú krát dieťa na konzumáciu kvasného mlieka alebo materského mlieka?	moje dieťa stále ešte neprešlo na konzumáciu kvasného mlieka ✓	v 12 mesiacoch alebo neskôr	ďalšie ako v 12 mesiacoch
2. Aký typ mlieka aké množstvo mlieka – pije/berie každé dieťa?	1 alebo viac porcií pasterizovaného mlieka pre batoláta ✓	materské mlieko alebo menej ako 500 ml konzumného kvasného mlieka	viac ako 500 ml konzumného kvasného mlieka alebo žiadne mlieko
3. Ako často pije/berie vaše dieťa čerstvé mlieko alebo ryby? Čerstvým mliekom sa človek často ľahšie nakazí bakteriálnymi, parazitmi, kvasnicami.	3x alebo viackrát za týždeň	1–2x za týždeň ✓	menej ako 1x za týždeň (napr. vegetariáni či deti konzumujúce hlavne kuračie mäso)
4. Ako často pije/berie vaše dieťa rybné výrobky z oblasti voľne pre batoláta (napr. dechtá kaviar, veľkývm, aj točenie)?	každý deň alebo takmer každý deň v týždni	niekoľko dní v týždni	raz za týždeň alebo menej často ✓
Vypíšte pediatra:	2 × 0 = 0	1 × 1 = 1	1 × 2 = 2
Skóre sekcie A: stĺpec 1 (2 × 0 = 0) + stĺpec 2 (1 × 1 = 1) + stĺpec 3 (1 × 2 = 2) = SEKCIA CELKOM (0 + 1 + 2 = 3)	3		

Sekciu B vyhodnoťte ROVNAKÝM POSTUPOM

Po vyhodnotení sekcie A a B (časť 1) kontrolovať SPOČITAŤ VÝSLEDKY OBOCH SEKCIÍ. Ak je výsledok 10 a VIAC, ukázať postupovú odporúčanie uvedených v ďalšom texte; zvlášte ďalšie podrobné vyšetrenie dieťaťa v oblasti výživy a možných nutričných deficitov.

DRUHÝ KROK:

Na základe výsledku časti 1 vyvodte príslušné odporúčania KÚ ZMENE STRAVOVANIA dieťaťa.

ČASŤ 1, SEKCIA A:

hodnotenie množstva a typu konzumovaných potravín, ktoré majú najväčší vplyv na príjem a koncentráciu železa a vitamínu D

skóre 0–1 NÍZKE riziko

Veľmi nízka pravdepodobnosť nedostatkového príjmu železa a vitamínu D z ďalších kľúčových živín

VTOMTO SMERE NIE JE NUTNÝ ŽIADEN ZÁSAH DO JEDELNEHO LISTKA DIEŤAŤA

skóre 2–4 STREDNĚ riziko

Mierne riziko nízkeho alebo nedostatkového príjmu alebo nízkej koncentrácie železa. Písmunkať priručky pre rodičov (podľa konkrétnej situácie):

- Ako stravovať moje batola
- Moje batola nemá dostatok železa
- Ako stravovať batola v rodine vegetariánov

skóre >4 ZVÝŠENĚ riziko

Toto hodnotenie rizika svedčí o výrazne zvýšenom rizikovej nízkej koncentrácii železa a nízkych detských kľúčových živín vrátane vitamínu D a zinku. U detí s vysokým hodnotením v tejto oblasti je tiež pravdepodobnosť výrazne vyššieho príjmu tukov a nasýtených tukov v porovnaní s nižším hodnotením. Písmunkať priručky pre rodičov (podľa konkrétnej situácie):

- Ako stravovať moje batola
- Moje batola nemá dostatok zinku
- Moje batola nemá dostatok vitamínu D
- Moje batola odmieta mäso alebo ryby
- Moje batola nemá dostatok železa

Prečo kladieme tieto otázky?

1 Kedy povolíte dieťaťu na konzumáciu prvých mliekaj alebo mliečny mlieko nápoj?

Skoré zavedenie alebo nadmerná konzumácia konzumného kravského mlieka (> 1, viac ako 500 ml denne) predstavuje hlavný rizikový faktor pre výskyt anémie spôsobenej nedostatkom železa u detí v batoliacom veku. Je to preto, že neupravené kravské mlieko neobsahuje prakticky žiadne železo, a ak je konzumované vo veľkom množstve, má tendenciu nahrádzať v jedálnom listku dieťa ďalšie potraviny, ktoré sú na železo bohatšie. Naproti tomu jedná porcia (200 ml) pokračovacieho mlieka pre batoláča alebo mliečnej výživy denne môže zásadným spôsobom zvýšiť pravdepodobnosť dosiahnutia odporúčaného konzumovaného množstva železa (a vitamínu D).

2 Aký druh a ako množstvo mlieka pije dieťa denne vaše dieťa?

Mäso a tučné ryby sú v našom jedálnom listku hlavnými zdrojmi železa podporujúceho tvorbu a sú najlepšie vstrebateľným typom železa v potravinách. Tieto potraviny taktiež zvyšujú absorpciu železa z iných potravín konzumovaných spoločne s nimi. I keď biele mäso a ryby obsahujú určité množstvo železa, môže byť toto množstvo veľmi nízke, najmä v polotovarych z (obalovaného) kuracieho mäsa. Preto je pravidelná konzumácia tmavého mäsa a/alebo tučných rýb (takmer denne) najspôhlivejším spôsobom zabezpečenia správnej koncentrácie železa v organizme.

3 Ako často jedáva vaše dieťa červené mäso alebo ryby? Červeným mäsom sa rozumie napr. hovädzie, bravčové, ovčacie, kuračie...

Cereálie obohatené o železo môžu organizmu dodávať až 50% dennej potreby železa a teda môžu pri pravidelnej konzumácii zohrávať významnú úlohu z hľadiska dostatočnej koncentrácie železa. Je však potrebné dbať na to, aby zvolené cereálie mali primerane nízky obsah cukru a soli vhodný pre batoláča.

4 Ako často pije vaše dieťa ovocný z mliečnej výživy pre batoláča (napr. detské Lale v sekvenčnom režime)?



ČASŤ 1, SEKCIA B: hodnotenie množstva a typu konzumovaných potravín, ktoré majú najväčší celkový vplyv na vyváženosť stravy a na dosiahnutie odporúčaných denných dávok

skóre 0–2 NÍZKE riziko

- pri otázke 1.5: Žiadne, či bola alebo bola zistená diagnóza alergická reakcia (či boli rodičom poskytnuté zodpovedajúce odporúčania)
- Písmunkať priručku: **Moje batola môže mať potravinovú alergiu**
- pri otázke 1.6: Písmunkať priručku: **Moje batola odmieta ovocie**
- pri otázke 1.7: Písmunkať priručku: **Moje batola odmieta zeleninu**
- pri otázke 1.8: Písmunkať priručku z príručiek (podľa konkrétnej situácie):
 - Moje batola odmieta mlieko
 - Moje batola je príliš veľa

skóre 3–6 STREDNĚ riziko

Veľmi zistené, že toto hodnotenie svedčí o miernej úrovni nevyváženosti stravy (nízky príjem kľúčových živín alebo nadmerný príjem nasýtených tukov, cukru a/alebo soli).

Písmunkať priručky pre rodičov (podľa konkrétnej situácie):

- Moje batola je príliš veľa
- Ako stravovať moje batola

skóre >6 ZVÝŠENĚ riziko

Veľmi zistené, že toto hodnotenie svedčí o značnom rizikovej nevyváženosti stravy.

Ak je hodnotenie poddielu B v kategórii „vysoké riziko“ je vhodné vykonať ďalšiu analýzu stravovania.

Písmunkať priručky pre rodičov (podľa konkrétnej situácie):

- Moje batola je príliš veľa
- Moje batola má nedostatky
- Ako stravovať moje batola

Prečo kladieme tieto otázky?

5 Vyvíja sa v jedálnom listku dieťaťa cieľový nutričný profil (napr. v závislosti od veku)?

Vylúčenie celých skupín potravín, napr. chleba, cereálií alebo mlieka a mliečnych výrobkov, môže mať významný negatívny vplyv na celkový príjem živín a malo by k nemu dochádzať jedine pod lekárom dohľadom na základe riadne stanovenej diagnózy.

6 Jedáva vaše dieťa ovocie alebo zeleninu (ovocie: 100g, mlieka: 50–100 ml denne)?

Ovocie a zelenina by sa mali podávať ku každému jedlu, aby dieťa každý deň dostalo 100g alebo päť malých porcií alebo kúskov na ochutnanie. Hoci prave ovocie a zelenina bývajú v tomto veku odmietané najčastejšie, opakované predkladanie týchto potravín a tiež to, že dieťa vidí, ako ich rodičia konzumujú a ako im chutia, pomáhajú dieťaťu obľúbiť si ich a začať ich pravidelne konzumovať.

7 Konzumuje vaše dieťa zeleninu (v akýchkoľvek formách)?

Mlieko a mliečne výrobky by sa mali podávať približne trikrát denne. Avšak konzumácia vyššieho množstva neobohatených mliečnych výrobkov (a kravského mlieka) je spojená so zvýšeným rizikom nedostatkového príjmu železa, preto sa neodporúča.

8 Ako často konzumuje vaše dieťa mlieko alebo mliečne výrobky (napr. syry, jogurt)?

Odporúčaná maximálna denná dávka soľi u detí vo veku 1–3 roky je 2 g soľi denne. V jedálničku mnohých detí je tento limit výrazne prekročený. Polotovary a rýchle občerstvenie majú vysoký obsah soli a/alebo nasýtených tukov. Sú rizikovým faktorom pre vytváranie nesprávnych stravovacích návykov a ich konzumácia vo veľkom množstve môže byť spojená s celkovým vyšším rizikom rozvoja kardiovaskulárnych ochorení v budúcnosti.

9 Ako často jedáva vaše dieťa sladkosti (napr. karamel, bonbóny, cukríky, sladkosti, pečivo, zmrzlina, jogurt, jogurt, jogurt, jogurt)?

Tieto potraviny majú vysokú energetickú hodnotu a vysoký obsah tukov a cukru, avšak nízky obsah živín, ktoré deti potrebujú. Preto by mali tvoriť len malé percento obvykleho jedálnička dieťaťa. Konzumácia sladkosti vo veľkom množstve môže naznačovať, že dieťaťu nie sú ponúkané zdravé desiaty medzi hlavnými jedlami, ktoré konzumuje v pokoji pri stole alebo že sa sladkosti používajú ako odmena alebo ako úplatky za dobré správanie.

10 Ako často jedáva vaše dieťa sladkosti (napr. karamel, bonbóny, cukríky, sladkosti, pečivo, zmrzlina, jogurt, jogurt, jogurt, jogurt)?

Sladené nápoje vrátane riedených ovocných džusov by sa mali konzumovať iba príležitostne, aby sa znížilo riziko vzniku zubného kazu, a ich množstvo by malo byť u batoláča obmedzené najviac na 170 ml denne. Pravidelná konzumácia aj malého množstva môže byť spojená s vyšším rizikom nadváhy a obezity u detí, ktoré majú k nadváhe určité predispozície. Toto riziko je aj u detí s menšou chuťou do jedla v dôsledku vysokého energetického príjmu z týchto nápojov.

11 Pije vaše dieťa sladké nápoje (napr. džusy, limonády, sladké mlieko, jogurt, jogurt, jogurt, jogurt)?



TRETÍ KROK: Na základe výsledku časti 2 zvolte príslušné odporúčania KU ZMENE STRAVOVACÍCH NÁVYKOV dieťaťa.

ČASŤ 2: hodnotenie stravovacích návykov, ktoré môžu ovplyvniť rozvoj preferencií chuti a prístupu k jedlu všeobecne.
Odpoveď (✓) na ktorúkoľvek otázku, ktorá sa objaví v PRVOM STĺPCÍ, by mala byť impulzom ku zmene.

1. Pije vaše dieťa ďalšie nápoje z dojčenských fliaz jedného alebo viacerých druhov denne?	Zo štúdií vyplýva, že pitie z fliaš v neskoršom veku dieťaťa býva spojené s nadváhou a nadmernou konzumáciou mlieka, takže by sa nemalo podporovať. Pitie z fliaš počas dňa navyše zvyšuje riziko vzniku zubného kazu, najmä ak sa vo fliaši podávajú ďalšie nápoje obsahujúce cukor, ako napr. džúsy. Na druhej strane prax ukazuje, že náhly prechod z fliaš na hrnček môže viesť k odmietaniu mlieka, preto by mal byť tento prechod postupný.
2. Je vaše dieťa stále ešte veľmi demotivované počas v kúpaní/nikajúcej kúpaní?	Obmedzená konzumácia dôležitých skupín potravín a dlhodobé problémy so stravovaním sa častejšie objavujú tam, kde sa prvá strava zavádza v neskoršom veku dieťaťa, t. j. po 9.–10. mesiaci veku. Niekedy však môže byť neskorší prechod na pevnú stravu spojený s celkovým pomalším vývojom dieťaťa.
3. Myslíte si, že ste veľmi často nadvážni? Koľko rokov má vaše dieťa? Je jemná (na tendenciu byť plitká) osoba?	Prísna kontrola rodičov nad množstvom jedla dieťaťa (na rozdiel od kontroly nad tým, čo bude dieťaťu na jedenie ponúkané) môže narušiť schopnosť dieťaťa regulovať si svoj vlastný energetický príjem, v dôsledku čoho bude dieťa horšie reagovať na svoje vnútorné pocity hladu alebo naopak sýtosti. Má rodič obavy z nadváhy dieťaťa?
4. Používate stabilizačné odmeny na odčítanie nepohodlí? Akéto nápoje náhradou vodu za rúž (napríklad)?	Potravinu používanú ako odmena sa pre dieťa môžu stať atraktívnejšími ako samotné jedlo, za ktorého zjedenie sa taká odmena ponúka. Takéto podplácanie, prehováranie alebo nútenie dieťaťa do jedla naučí dieťa ignorovať svoje vnútorné pocity hladu a sýtosti a môže viesť k tomu, že sa problémy s vyberavosťou alebo jedlom všeobecne ešte zhoršia.
5. Konzumuje vaše dieťa prvky alebo viac prvkov pred televízorom, obrazovkou (jediť, akýkoľvek druhý komunikačný filter či rozprávku)?	Jedlá konzumované pred televízornou obrazovkou môžu u dieťaťa narušiť vnímanie vnútorného pocitu sýtosti, chuti, vône a konzistencie jedla. Dlhší čas sledovania televízie a čas strávený pri televízii býva spojený aj s vyšším rizikom obezity.
6. Sedi vaše dieťa pri jedle pri spoločnom stole s ostatnými členmi rodiny?	Spoločné rodinné stolovanie je pre malé deti mimoriadne dôležité, pretože im umožňuje učiť sa od ostatných a profitovať zo sociálnej interakcie. Obzvlášť dôležité je spoločné stolovanie u „vyberavých“ detí, ktoré sa môžu učiť pozorovaním ostatných.
7. Má vaše dieťa zvlášť ťažkú chuť, ktorú má ťažšie odmietnuť? Máte problémy s odmietaním? Máte niektoré z týchto problémov (napríklad odmietanie zeleniny)?	Chuť do jedla u malých detí je ovplyvnená individuálnou potrebou energetického príjmu a potrebami rastu. Deti sú schopné si regulovať svoj energetický príjem, ak je im umožnené jesť také množstvo potravín, aké si samy zvolia. Nútenie detí do „dojedania“ ich môže naučiť ignorovať vnútorný pocit sýtosti, čo je potenciálny rizikový faktor pre vznik obezity v neskoršom veku.
8. Sú vaše stravovacie návyky obzvlášť prísnejšie pre vaše dieťa?	Príklad rodičov je jedným zo základných spôsobov, akým sa deti učia prekonávať svoj strach z nových alebo neznámych potravín, najmä potravín, ako je ovocie a zelenina. Toto je dôležité najmä u detí, ktoré sú v jedle vyberavé, lebo práve tieto deti niekedy potrebujú vidieť a sledovať, ako ostatní jedia určitú potravinu a dotknúť sa jej viackrát ako ostatné deti v batoliacom veku, než sa rozhodnú takúto potravinu samy ochutnať.

Otázky 1 a 2: ak sa objavi odpoveď na niektorú z týchto otázok v prvom stĺpci, je potrebné identifikovať prípadné prekážky prechodu na pevnú stravu alebo pitie z hrnčeka. Rodičom môžete ponúknuť prírúčky (podľa konkrétnej situácie): **Ako stravovať moje batola** alebo **Moje batola je v jedle vyberavé**.

Otázky 3–8: ak sa objavi odpoveď na niektorú z týchto otázok v prvom stĺpci, môžete rodičom ponúknuť prírúčky zamerané na určité stratégie pomáhajúce malým deťom vytvoriť si zdravé stravovacie návyky na celý život. Rôzne nápoje v brožúrikoch **Ako stravovať moje batola** alebo **Moje batola nemá dostatok železa**.



ŠTVRTÝ KROK: Na základe výsledku časti 3 skontrolujte, či sami rodičia nemajú POCHYBNOSTI O SPÔSOBE STRAVOVANIA ich batoliat.

PIATY KROK: Odovzdajte rodičom informácie o dostupných materiáloch, ktoré sú ŠITÉ NA MIERU stavu výživy ich vlastného batolaťa.

Čo nájdete v ponuke programu NutriCHEO pre rodičov detí v batoliacom veku?

Prehľad brožútok pre rodičov:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moje batola odmieta zeleninu | <input type="checkbox"/> Ako stravovať moje batola |
| <input type="checkbox"/> Moje batola odmieta ovocie | <input type="checkbox"/> Moje batola je v jedle vyberavé |
| <input type="checkbox"/> Moje batola odmieta mlieko | <input type="checkbox"/> Ako stravovať batola v rodine vegetariánov |
| <input type="checkbox"/> Moje batola odmieta mäso alebo rybu | <input type="checkbox"/> Moje batola môže mať potravinovú alergiu |
| <input type="checkbox"/> Moje batola nemá dostatok vitamínu D | <input type="checkbox"/> Moje batola má zníženú hmotnosť |
| <input type="checkbox"/> Moje batola nemá dostatok železa | <input type="checkbox"/> Moje batola je príliš málo |
| <input type="checkbox"/> Moje batola nemá dostatok omega-3 mastných kyselín | <input type="checkbox"/> Moje batola je príliš veľa |
| <input type="checkbox"/> Moje batola nemá dostatok zinku | <input type="checkbox"/> Moje batola má nadváhu |

Všetky tieto materiály a ďalšie rady odborníkov k stravovaniu detí raného veku nájdete na www.1000dni.sk.

K dispozícii máte brožúrku pre rodičov **Ako stravovať moje batola**, na zadnej strane brožúrky nájdete prehľad materiálov, ktoré sú dostupné na www.1000dni.sk.

Keď túto brožúrku rodičom odovzdáte, **zaškrtnite prosím názvy ďalších brožúrok**, ktorých obsah zodpovedá diagnostikovaným oblastiam výživy, v ktorých je žiaduce zlepšenie výživy či stravovacích návykov dieťaťa.

Ďakujeme, že pomáhate zlepšiť zdravie budúcich generácií!



2.3 Používanie informačných príručiek a letákov NutriCHEQ pre rodičov

Ku každej z oblasti rizík sú k dispozícii informačné príručky a letáky. Kompletný zoznam informačných materiálov pre rodičov je uvedený v Prílohe II. Všetky informačné materiály majú za cieľ poskytnúť rodičom lepšie pochopenie príslušného problému, ktorému čelia, a odporučiť im logické a praktické postupy na riešenie alebo odstránenie tohto problému.

Pozri Prílohu II obsahujúcu kompletný prehľad jednotlivých tém

2.4 Dôležitosť ďalšieho sledovania

Následné kontroly a sledovanie sú zásadné

- Na overenie, že rodičia našli potrebné informácie a materiály, ktoré im majú pomôcť
- K poskytnutiu povzbudenie a podpory, ak veci nejdú hladko a na odporúčanie rodičom, aby pokračovali v nových stratégiách a obracali sa v budúcnosti na všeobecného lekára pre deti a dorast, ak budú mať nejaké otázky alebo obavy
- Ak veci nejdú podľa plánu, na identifikáciu prípadných prekážok, na ktoré rodičia narazili pri implementácii nových stratégií a s ktorými sa musia vyrovnáť, a na navrhnutie spôsobov, ako tieto prekážky prekonať
- Na overenie, či sa problém vyriešil, a ak nie, k navrhnutiu ďalšieho postupu zameraného na riešenie problému
- Na overenie, že sa rodičom dostalo špecializovanej podpory, ak sa zistila jej potreba a ak bola taká podpora odporúčaná



Prehľad dôkazov

Časť dotazníka	Zhrnutie	Bližšie informácie
Časť 1: Riziká súvisiace so stravovaním, ktoré môžu pravdepodobne ovplyvniť súčasný zdravotný stav dieťaťa		
Oddiel A: Otázky 1–4	<ul style="list-style-type: none"> ● Skoré zavedenie (pred 12. mesiacom života) alebo prílišná konzumácia konzumného kravského mlieka sa javí byť jedným z významných faktorov spojených s nízkou koncentráciou železa^{27–31} ● Konzumácia mäsa, rýb a hydiny je spojená so správnou koncentráciou železa v organizme²⁹ 	<p>V dlhodobej kohortnej štúdii realizovanej medzi deťmi vo veku 12 mesiacov v primárnej starostlivosti v 11 regiónoch v Európe sa zistilo, že skoré zavedenie konzumného kravského mlieka je najsilnejším negatívnym faktorom určujúcim koncentrácie železa.²⁷ V dlhodobej štúdii zameranej na rodičov a deti (ALSPAC) bolo konzumné kravské mlieko podávané ako hlavný nápoj spojené so zvýšeným výskytom anémie vo veku 12 mesiacov a s nízkou hladinou železa vo veku 8 a 12 mesiacov. Podávanie konzumného kravského mlieka alebo dojčenského mlieka v množstve vyššom než 600 ml alebo viac ako 6 dojčení denne sa spájalo s nižším príjmom pevnej stravy, čo znamená, že konzumné kravské mlieko sa neodporúča ako hlavný nápoj pred 12. mesiacom veku.²⁸</p> <p>Príjem mlieka v druhom roku života by sa mal znížiť na 300–330 ml denne. Zo štúdie rizikových faktorov ovplyvňujúcich nízku koncentráciu železa u batoliat vo Veľkej Británii vo veku 1,5–4,5 roka vyplynulo, že nadmerná konzumácia kravského mlieka viedla k zvýšeniu rizika anémie (hemoglobín < 110 g l-1, železo < 10 µg l-1).²⁹ Konzumácia vyššieho množstva ako 400 ml mlieka alebo smotany denne, podľa výsledkov štúdie, vedie k vyradeniu veľkého množstva ďalších potravín z jedálneho lístka vrátane potravín bohatých na železo a potravín podporujúcich vstrebávanie železa, ako sú napr. mäso, ryby, vajcia, cereálie a ovocie.²⁹ Z tej istej štúdie vyplynulo, že dostatočná koncentrácia železa priamo súvisí s konzumáciou mäsa a ovocia. Z medziodborovej štúdie vykonanej u detí vo veku od 6 do 24 mesiacov na Novom Zélande vyplynulo, že konzumácia vyššieho množstva ako 500 ml kravského mlieka denne je spojená s 25% poklesom obsahu železa v organizme.³⁰ Podobne zo štúdie vykonanej u detí vo veku 18 mesiacov vyplynulo, že zvýšená konzumácia mlieka a mliečnych výrobkov je spojená s nižším obsahom železa v organizme. Zistilo sa, že koncentrácia hemoglobínu priamo súvisí s príjmom vitamínu C a s konzumáciou ovocia a zeleniny, pričom vyššia koncentrácia hemoglobínu bola zistená u detí, ktoré konzumovali mäso, ryby alebo hydinu, v porovnaní s deťmi, ktoré tieto potraviny nekonzumovali.³¹</p> <p>Deťom, ktoré konzumujú mäso a ryby, by tieto potraviny mali byť podávané raz alebo dvakrát denne a deťom, ktoré konzumujú iba vajcia, orechy alebo strukoviny, by tieto potraviny mali byť podávané dvakrát alebo trikrát denne a mali by byť podávané s ďalšou potravinou alebo nápojom bohatými na vitamín C, ktoré zvyšujú schopnosť absorbovať nehemové železo.³²</p>



Časť dotazníka	Zhrnutie	Bližšie informácie
Časť 1: Riziká súvisiace so stravovaním, ktoré môžu pravdepodobne ovplyvniť súčasný zdravotný stav dieťaťa		
Oddiel B: Otázky 5–11	<ul style="list-style-type: none"> ● Vylúčenie celých skupín potravín, napr. chleba, cereálií alebo mlieka a mliečnych výrobkov, môže mať významný vplyv na celkový príjem živín³² ● Ovocie a zelenina by sa mali podávať ku každému jedlu, aby dieťa každý deň dostalo päť malých porcií alebo kúskov na ochutnanie³² ● Príklad zo strany rodičov a opakované ponúkajúce sú dôležitými faktormi, ktoré deťom pomáhajú konzumovať ovocie a zeleninu^{33–35} ● Mlieko a mliečne výrobky, napr. syry alebo jogurty, by sa mali podávať približne trikrát denne³² ● Potraviny s vysokou energetickou hodnotou a vysokým obsahom tuku a cukru by sa mali deťom ponúkať vedľa potravín zo základných štyroch skupín, nie namiesto týchto potravín,³² hoci ich konzumácia môže viesť k zníženiu množstva potravín bohatších na živiny.³⁶ Odporúčaná maximálna denná dávka soli u detí vo veku 1–3 roky je 2 g soli denne.³⁷ Obmedzte konzumáciu polotovarov s vysokým obsahom soli a slané pochutiny, ako napr. chrumky, ponúkajte deťom len príležitostne.³² ● Dieťa by malo každý deň dostávať 6–8 nápojov z detského hrnčeka s náustkom alebo z bežného hrnčeka. V horúcom počasí alebo pri zvýšenej aktivite dieťaťa môže byť potrebné ešte väčšie množstvo nápojov. Sladené nápoje vrátane riedeného ovocného džúsu konzumovať iba pri jedle, aby sa znížilo riziko vzniku zubného kazu.³² Sladené nápoje môžu byť spojené s rizikom vzniku nadváhy a obezity, prípadne so zníženou chuťou do jedla v dôsledku ich vysokej energetickej hodnoty^{32,38} 	<p>Do jedálneho lístka batolaťa by mali byť zaradené potraviny patriace do štyroch hlavných skupín (pečivo, cereálie a zemiaky; ovocie a zelenina; mlieko, syry a jogurty; mäso, ryby), s malým množstvom ďalších potravín bohatých na tuky a cukry.</p> <p>Vylúčenie jednej konkrétnej potraviny z jedálneho lístka pravdepodobne nebude mať výrazný dopad na celkovú kvalitu stravy, ak bude táto potravina nahradená inými potravinami obsahujúcimi obdobné živiny, napr. nahradenie citrusového ovocia inými druhmi ovocia a zeleniny.³² U batoliat je však nutné vyšetrenie pediatrom pre zabezpečenie naplnenia výživových potrieb dieťaťa. Pri stravovaní spočívajúcom vo vyradení väčšieho množstva rôznych potravín môže hladinu živín v organizme ovplyvňovať celý rad rôznych faktorov, ako napr. počet vyradených potravín, množstvo výrobkov obsahujúcich potravinové alergény, dĺžka doby, kedy sú príslušné potraviny z jedálneho lístka vyradené, ďalšie stravovacie obmedzenia, napr. vyplývajúce z kultúrnych alebo náboženských presvedčení a meniacich sa výživových požiadaviek.⁴⁶</p> <p>Vyberavosť v jedle môže taktiež ovplyvniť príjem živín, ak je množstvo konzumovaných potravín obmedzené, a tak môže mať v konečnom dôsledku dopad na rast a vývoj detí.</p> <p>V štúdiu realizovanej u detí vo veku od 13 mesiacov do 9 rokov bolo zistené, že dlhodobá nízka príjem sacharózy súvisí s príjmom kvalitnejších živín (bielkoviny, vitamín E, niacín, vápnik, železo, zinok a vláknina) a celkovým rastom viac než vyšší príjem sacharózy. Deti s nižším príjmom sacharózy (< 10 % energetickej príjmu) konzumovali viac obilnín, zeleniny, mliečnych výrobkov, mäsa a rýb než deti s vyšším príjmom sacharózy.⁴⁷</p> <p>U detí vo veku 16–24 mesiacov sa ukázalo, že potraviny „navyše“ (cukrovinky, tuky a oleje, nemliečne sladené nápoje, zmrzlina, vyprážené pokrmy) nahrádzajú iné potraviny bohatšie na živiny, čo následne vedie k nižšiemu príjmu mikronutrientov.³⁶</p> <p>Príjem ovocného džúsu u detí vo veku od 1 do 6 rokov by mal byť obmedzený na 120–180 ml denne, lebo jeho nadmerná konzumácia môže byť spojená s nedostatčným alebo naopak nadmerným príjmom živín,^{48,49} hoci výsledky rôznych štúdií nie sú úplne konzistentné. V jednej štúdií vykonávanej u detí vo veku od 2 do 11 rokov bola konzumácia 100 % džúsu spojená s lepším príjmom živín a nebola spojená s telesnou hmotnosťou alebo s pravdepodobnosťou výskytu nadváhy.⁵⁰ V inej štúdií realizovanej u detí v predškolskom veku bola zvýšená konzumácia nápojov (mlieko, 100 % ovocné džúsy, ovocné nápoje, limonády) spojená so zvýšeným energetickým príjmom, ale nie s hodnotou indexu telesnej hmotnosti (BMI).⁵¹ Avšak u detí, u ktorých existovalo riziko nadváhy alebo u ktorých už bola zistená nadváha, bolo zistené, že zvýšený príjem ovocných džúsov súvisí s výskytom obezity, pričom ponúkajúce celého ovocia zo strany rodičov bolo spojené so zníženým výskytom obezity.⁵²</p>

Časť dotazníka	Zhrnutie	Bližšie informácie
Časť 2: Rizikové faktory súvisiace so stravovaním, ktoré môžu ovplyvniť budúci zdravotný stav		
Otázky 1–2	<ul style="list-style-type: none"> ● U detí kŕmených ešte v druhom roku života a neskôr z fľaše môže dochádzať k nadmernej konzumácii mlieka.³² Zo štúdií vyplýva, že pitie z fľaše v neskoršom veku dieťaťa býva spojené s nadváhou³⁹ 	<p>Pokračovanie kŕmenia z fľaše po odporúčanom veku 12 mesiacov sa javí byť novým potenciálnym rizikovým faktorom pre výskyt nadváhy v ranom detstve a to najmä v dôsledku nadmernej konzumácie mlieka.³⁹ V pilotnej štúdií zameranej na používanie fľaše v súvislosti s telesnou hmotnosťou u detí z nízkoprijímových skupín v New Yorku sa ukázalo, že u batoliat vo veku 12–36 mesiacov, ktoré pijú mlieko z fľašky, existuje výrazne vyššia pravdepodobnosť nadváhy v porovnaní s deťmi, ktoré už fľašu nepoužívajú (19% verus 0%, p = 0,02).</p>



Časť dotazníka	Zhrnutie	Bližšie informácie
	<ul style="list-style-type: none"> ● Obmedzená konzumácia dôležitých skupín potravín a dlhodobé problémy so stravovaním sa častejšie objavujú tam, kde sa pevná strava zavádza v neskoršom veku dieťaťa, t. j. po 9.–10. mesiaci vek^{40–41} 	<p>V štúdiu vykonávajúcej overovanie platnosti dotazníka NutriCHEQ bola u detí s vyhodnoteným rizikom používania fľaše vo veku od 2 rokov vyššie dvojnásobne vyššia pravdepodobnosť výskytu obezity než u detí bez tohto rizikového faktora.</p> <p>Nedostatočný motorický vývoj úst môže súvisieť s ďalšími prejavmi oneskoreného vývoja alebo mozgovej obrny.</p> <p>Zo štúdie ALSPAC vyplývalo, že neskoré zavedenie pevnej stravy (napr. po 10. mesiaci veku) súvisí s komplikovanejším stravovaním detí do 15 mesiacov veku, keď sú napr. deti viac priberčivé a majú už vyvinuté jasné preferencie, resp. neoblíbenosť určitých potravín, čo môže viesť k obmedzeniu rozmanitosti a pestrosti jedálneho lístka.⁴¹</p> <p>Preukázalo sa, že tieto dopady pretrvávajú aj vo veku 7 rokov. Neskoré zavedenie pevnej stravy vedie k nižšej pravdepodobnosti konzumácie 10 druhov ovocia a zeleniny, ovocných dezertov a nápojov, k menšej rozmanitosti konzumácie zeleniny a ku konzumácii menších porcií ovocia a zeleniny.^{39–41}</p>
Otázky 3–8	<ul style="list-style-type: none"> ● Prílišné obmedzenia v jedle zo strany rodičov môžu byť spojené so zvýšeným energetickým príjmom a zvýšenou telesnou hmotnosťou³⁸ ● Chuť do jedla u batoliat je ovplyvnená individuálnymi potrebami energetického príjmu a rastu. Deti si dokážu regulovať svoj energetický príjem samé, ak majú možnosť zjesť také množstvo potravy, aké si zvolia⁴² ● Dostatočný príjem živín súvisí s konzumáciou všetkých jedál posediačky pri stole⁴⁴ ● Potraviny používané ako odmena sa pre dieťa stávajú atraktívnejšími ako potraviny, za ktorých zjedenie sa táto odmena ponúka⁴³ ● Príklad rodičov a opakované stretávanie s ovocím a zeleninou hrajú dôležitú úlohu a pomáhajú deťom, aby samy začali jesť ovocie a zeleninu^{33–35} 	<p>Obmedzovanie stravy u detí (t. j. príjmu potravín alebo konkrétnych potravín na desiatu alebo olovrant) je najčastejšie a sústavne spájané so zvyšovaním telesnej hmotnosti u detí. Okrem toho existujú rozsiahle dôkazy príčinnej súvislosti medzi obmedzovaním zo strany rodičov a výskytom nadváhy u detí.^{49;53}</p> <p>Bol zistený výrazný negatívny vzťah medzi obmedzovaním zo strany matky a nízkou konzumáciou ovocia a zeleniny, hoci tento dopad sa už nejaví ako významný po vykonaní úpravy na základe konzumácie ovocia a zeleniny u matiek⁵⁴ a po vykonanej kontrole potravinovej neofóbie.³⁵ Matky, ktoré konzumujú menej ovocia a zeleniny, vykazujú reštriktívnejšie postupy pri stravovaní svojich detí.⁵⁴</p> <p>Posmelovanie detí zo strany rodičov, aby jedli väčšie množstvo alebo väčší počet potravín, pretože rodičia majú obavy z prípadnej podváhy dieťaťa, môže byť kontraproduktívne.⁵⁵</p> <p>Nižší príjem ovocia a zeleniny u detí v predškolskom veku súvisí s prehováraním k „dojedaniu“ a s ponúkaním odmien v podobe potravín.⁵⁶</p> <p>U batoliat – dievčat (vo veku 3–5 rokov) predikuje obmedzenie prístupu k potravinám konzumovaným na desiatu alebo olovrant zo strany matky konzumáciu vyššieho množstva týchto „zakazovaných“ potravín.⁵⁷</p> <p>Nedávna štúdia vplyvov rodičovskej kontroly v oblasti stravovania a telesnej hmotnosti detí ukazuje vplyv nátlaku a obmedzení stravovania detí (jesť viac, jesť aj v čase, kedy dieťa nie je hladné) vedúcich k vyššej hmotnosti a väčším výkyvom hmotnosti v detstve, hoci vplyv pôsobenia rodičov na stravovanie a telesnú hmotnosť detí vyžaduje ešte ďalšie skúmanie.⁵⁸</p> <p>Štúdia vykonávaná u batoliat ukázala, že deti, ktoré sedia pri stole pri všetkých jedlách, nielen pri večeri, majú kvalitnejší jedálny lístok než deti, ktoré pri jedle nesedia:⁴⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> – konzumácia zeleniny súvisí aj s tým, či dieťa pri jedle sedí – deti, ktoré sedeli pri troch jedlách, mali vyššie hodnotenie skóre adekvátnosti príjmu <p>Spoločné stolovanie s rodinou vo vopred naplánovanom čase môže byť užitočné pre deti, ktoré konzumujú neprimerané množstvo potravín, keďedia osamote, a jedlo v pokojnom rodinnom prostredí môže byť vhodnejšie pre deti, ktoré sa prejedajú v dôsledku prílišnej stimulácie v rušnom a chaotickom prostredí, napr. v prevádzkach rýchleho občerstvenia. Deti vo veku od 2,5 do 6,5 roka zjedli pri dlhších desiatkach alebo olovrantoch o 30 % viac potravín, keď stolovali v skupine deviatich detí, ako keď stolovali v skupine troch detí.⁵⁹</p>
Časť 3: Celková kontrola		
Oddiel B: Otázky 5–11	<ul style="list-style-type: none"> ● Táto časť je do dotazníka zaradená preto, aby umožnila rodičom, ktorí majú obavy alebo neistotu, aby požiadali o zmeranie a zváženie svojho dieťaťa a/alebo aby svojho odborného zdravotníckeho pracovníka informovali o svojich všeobecných obavách týkajúcich sa rastu ich dieťaťa, jeho hmotnosti, prospievania alebo stravovania. 	



Ponuka príručiek pre rodičov

Moje batoľa odmieta zeleninu

Prečo moje dieťa nechce jesť zeleninu?

Ne ide v tom samom...

Je to tá správna zelenina?

Prečo potrebujeme zeleninu?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Stručne...	Prečo to funguje
✓ Zelenina je zdravá a chutná.	Zelenina obsahuje vitamíny a minerály, ktoré pomáhajú dieťaťu zostať zdravým a silným.
✓ Zelenina je ľahko stráviteľná.	Zelenina je ľahko stráviteľná a dieťaťu sa ľahko učí žuť.
✓ Zelenina je dostupná v rôznych farbách a tvaroch.	Zelenina je dostupná v rôznych farbách a tvaroch, čo dieťaťu umožňuje vybrať si svoju obľúbenú.
✓ Zelenina je ľahko kombinovateľná s inými potravinami.	Zelenina je ľahko kombinovateľná s inými potravinami, čo dieťaťu umožňuje ochutnať rôzne kombinácie.

Moje batoľa odmieta ovocie

Prečo moje dieťa nechce jesť ovocie?

Ne ide v tom samom...

Je to tá správna ovocie?

Prečo potrebujeme ovocie?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Stručne...	Prečo to funguje
✓ Ovocie je zdravé a chutné.	Ovocie obsahuje vitamíny a minerály, ktoré pomáhajú dieťaťu zostať zdravým a silným.
✓ Ovocie je ľahko stráviteľné.	Ovocie je ľahko stráviteľné a dieťaťu sa ľahko učí žuť.
✓ Ovocie je dostupné v rôznych farbách a tvaroch.	Ovocie je dostupné v rôznych farbách a tvaroch, čo dieťaťu umožňuje vybrať si svoju obľúbenú.
✓ Ovocie je ľahko kombinovateľné s inými potravinami.	Ovocie je ľahko kombinovateľné s inými potravinami, čo dieťaťu umožňuje ochutnať rôzne kombinácie.

Moje batoľa odmieta mlieko

Prečo moje dieťa nechce piť mlieko?

Ne ide v tom samom...

Je to tá správna mlieko?

Prečo potrebujeme mlieko?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Stručne...	Prečo to funguje
✓ Mlieko je zdravé a chutné.	Mlieko obsahuje vitamíny a minerály, ktoré pomáhajú dieťaťu zostať zdravým a silným.
✓ Mlieko je ľahko stráviteľné.	Mlieko je ľahko stráviteľné a dieťaťu sa ľahko učí piť.
✓ Mlieko je dostupné v rôznych farbách a tvaroch.	Mlieko je dostupné v rôznych farbách a tvaroch, čo dieťaťu umožňuje vybrať si svoju obľúbenú.
✓ Mlieko je ľahko kombinovateľné s inými potravinami.	Mlieko je ľahko kombinovateľné s inými potravinami, čo dieťaťu umožňuje ochutnať rôzne kombinácie.

Moje batoľa odmieta mäso alebo rybu

Prečo moje dieťa nechce jesť mäso či rybu?

Ne ide v tom samom...

Prečo potrebujeme mäso či rybu?

Je to tá správna mäso alebo ryba?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Stručne...	Prečo to funguje
✓ Mäso a ryba sú zdravé a chutné.	Mäso a ryba obsahujú vitamíny a minerály, ktoré pomáhajú dieťaťu zostať zdravým a silným.
✓ Mäso a ryba sú ľahko stráviteľné.	Mäso a ryba sú ľahko stráviteľné a dieťaťu sa ľahko učí žuť.
✓ Mäso a ryba sú dostupné v rôznych farbách a tvaroch.	Mäso a ryba sú dostupné v rôznych farbách a tvaroch, čo dieťaťu umožňuje vybrať si svoju obľúbenú.
✓ Mäso a ryba sú ľahko kombinovateľné s inými potravinami.	Mäso a ryba sú ľahko kombinovateľné s inými potravinami, čo dieťaťu umožňuje ochutnať rôzne kombinácie.

Moje batoľa nemá dostatok vitamínu D

Prečo má moje dieťa nedostatok vitamínu D?

Prečo je vitamín D pre moje batoľa dôležitý?

Moje batoľa nemá dostatok vitamínu D?

Prečo potrebujeme vitamín D?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Prečo potrebujeme vitamín D?	Čo funguje najlepšie a prečo?
Vitamín D je dôležitý pre zdravie kostí a imunitný systém.	Vitamín D je dostupný v rôznych potravinách a doplnkoch.
Vitamín D pomáha pri vstrebávaní vápnika.	Vitamín D je ľahko kombinovateľný s inými potravinami.
Vitamín D pomáha pri tvorbe červených krviniek.	Vitamín D je ľahko kombinovateľný s inými potravinami.

Moje batoľa nemá dostatok železa

Prečo má moje batoľa nedostatok železa?

Prečo je železo pre moje batoľa dôležité?

Má moje batoľa dostatok železa?

Prečo potrebujeme železo?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Prečo potrebujeme železo?	Čo funguje najlepšie a prečo?
Železo je dôležité pre zdravie krvi a imunitný systém.	Železo je dostupné v rôznych potravinách a doplnkoch.
Železo pomáha pri tvorbe červených krviniek.	Železo je ľahko kombinovateľný s inými potravinami.
Železo pomáha pri vstrebávaní vitamínu B12.	Železo je ľahko kombinovateľný s inými potravinami.

Moje batoľa nemá dostatok omega-3 mastných kyselín

Prečo má omega-3 mastné kyseliny pre moje batoľa dôležité?

Má moje batoľa dostatok omega-3 mastných kyselín?

Prečo potrebujeme omega-3 mastné kyseliny?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Prečo potrebujeme omega-3 mastné kyseliny?	Čo funguje najlepšie a prečo?
Omega-3 mastné kyseliny sú dôležité pre zdravie srdca a mozgu.	Omega-3 mastné kyseliny sú dostupné v rôznych potravinách a doplnkoch.
Omega-3 mastné kyseliny pomáhajú pri tvorbe červených krviniek.	Omega-3 mastné kyseliny sú ľahko kombinovateľné s inými potravinami.
Omega-3 mastné kyseliny pomáhajú pri vstrebávaní vitamínu D.	Omega-3 mastné kyseliny sú ľahko kombinovateľné s inými potravinami.

Moje batoľa nemá dostatok zinku

Prečo má zink pre moje batoľa dôležitý?

Má moje batoľa dostatok zinku?

Prečo potrebujeme zink?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Prečo potrebujeme zink?	Čo funguje najlepšie a prečo?
Zink je dôležitý pre zdravie kostí a imunitný systém.	Zink je dostupný v rôznych potravinách a doplnkoch.
Zink pomáha pri vstrebávaní vitamínu B12.	Zink je ľahko kombinovateľný s inými potravinami.
Zink pomáha pri tvorbe červených krviniek.	Zink je ľahko kombinovateľný s inými potravinami.

Moje batoľa je v jedle vyberavé

Prečo je moje dieťa v jedle vyberavé?

Prečo je moje dieťa v jedle vyberavé?

Prečo potrebujeme vyberavé dieťa?

Čo funguje najlepšie a prečo?

Prečo potrebujeme vyberavé dieťa?	Čo funguje najlepšie a prečo?
Vyberavé dieťa je zdravé a silné.	Vyberavé dieťa je zdravé a silné.
Vyberavé dieťa je ľahko stráviteľné.	Vyberavé dieťa je ľahko stráviteľné.
Vyberavé dieťa je dostupné v rôznych farbách a tvaroch.	Vyberavé dieťa je dostupné v rôznych farbách a tvaroch.



NutriCHEQ
Profesionálna výživa detí

Ako stravovať batola v rodine vegetariánov

Ktoré živiny môžu môjmu batolatu chýbať?

Železo

Proteín

Omega-3 mastných kyselín

Zinok

Vitamín B12

Vitamín D



NutriCHEQ
Profesionálna výživa detí

Ako stravovať moje batola?

Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, LinkedIn

NutriCHEQ

Moje batola môže mať potravinovú alergiu

Môže mať moje batola potravinovú alergiu?

Mám si jedálneho lístka svojho batola vypracíť nisteroré potraviny, s cieľom zistiť, či to pomôže?

Môže sa močo stať, keď moje batola je príliš veľa?

Myslím, že moje batola je príliš veľa. Mám si kvôli tomu robiť starosti?

Môže sa močo stať, keď moje batola je príliš málo?

Čo s tým môžem robiť?

Zvýšený energetický príjem

NutriCHEQ

Moje batola má zníženú hmotnosť

Kedyž je málo je iný. Ako spoznáme, že by sme si mali robiť starosti o váhu batola?

Mám si robiť starosti?

Prečo má moje batola zníženú hmotnosť?

Prečo na tom záleží?

Čo môžem urobiť?

NutriCHEQ

Moje batola je príliš málo

Myslím, že moje batola je príliš málo. Mám si kvôli tomu robiť starosti?

Môže sa močo stať, keď moje batola je príliš málo?

Čo s tým môžem robiť?

NutriCHEQ

Moje batola je príliš veľa

Myslím, že moje batola je príliš veľa. Mám si kvôli tomu robiť starosti?

Môže sa močo stať, keď moje batola je príliš veľa?

Zvýšený energetický príjem

NutriCHEQ

Moje batola má nadváhu

Mám si robiť starosti?

Prečo má moje batola nadváhu?

Prečo na tom záleží?

Čo môžem urobiť?

- Moje batola odmieta zeleninu
- Moje batola odmieta ovocie
- Moje batola odmieta mlieko
- Moje batola odmieta mäso alebo rybu
- Moje batola nemá dostatok vitamínu D
- Moje batola nemá dostatok železa
- Moje batola nemá dostatok omega-3 mastných kyselín
- Moje batola nemá dostatok zinku
- Ako stravovať moje batola

- Moje batola je v jedle vyberavé
- Ako stravovať batola v rodine vegetariánov
- Moje batola môže mať potravinovú alergiu
- Moje batola má zníženú hmotnosť
- Moje batola je príliš málo
- Moje batola je príliš veľa
- Moje batola má nadváhu



Bibliografia

- (1) de Onis M., Blossner M., Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children (Globálne šírenie a trendy nadváhy a obezity u predškolských detí). *Am J Clin Nutr* 2010; 92(5):1257–1264.
- (2) Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Childhood obesity surveillance in the WHO European Region. (Sledovanie detskej obezity v európskom regióne WHO). Prehľad faktických údajov č. 5. 2011. Typ referenčného materiálu: brožúra. <http://www.euro.who.int/nutrition>
- (3) Koletzko B. (ed.) *Kinder und Jugendmedizin*, Berlin, Springer 2007; 13. vyd.
- (4) Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). World prevalence of anaemia 1993–2005: WHO Global database on anaemia. (Šírenie anémie vo svete v rokoch 1993–2005. Globálna databáza anémie WHO) de Benoist B., Mclean E., Egli I., Cogswell M., editori. 2008. Ženeva, WHO. Typ referenčného materiálu: správa.
- (5) Gregory J., Collins D.L., Davies P.S.W., Huges J.M., Clarke P.C. National Diet and Nutrition Survey: Children aged 1 to 4 years. (Národný prieskum stravovania a výživy: Deti vo veku od 1,5 do 4,5 roka). 1. zväzok: Report of the diet and nutrition survey (Správa z prieskumu stravovania a výživy). 1995. Londýn, HMSO, Typ referenčného materiálu: správa.
- (6) Walter T., de Andraca I., Castillo M., Rivera F., Cobo C. Cognitive effect at 5 years of age in infants who were anemic at 12 months: a longitudinal study. (Kognitívny efekt v 5 rokoch veku u detí, ktoré v 12 mesiacoch trpeli anémiou: dlhodobá štúdia). *Pediatr Res* 1990; 28:295.
- (7) Lozoff B., Jimenez E., Wolf A.W. Long-term developmental outcome of infants with iron deficiency. (Dlhodobé vývojové výsledky u detí trpiacich nedostatkom železa). *N Engl J Med* 1991; 325(10):687–694.
- (8) Roncagliolo M., Garrido M., Walter T., Peirano P., Lozoff B. Evidence of altered central nervous system development in infants with iron deficiency anemia at 6 mo: delayed maturation of auditory brainstem responses. (Dôkazy zmien vo vývoji centrálnej nervovej sústavy u detí trpiacich vo veku 6 mesiacov anémiou spôsobenou nedostatkom železa: oneskorené dozrievanie sluchových odozív mozgového kmeňa). *Am J Clin Nutr* 1998; 68(3):683–690.
- (9) Moffatt M.E., Longstaffe S., Besant J., Dureski C. Prevention of iron deficiency and psychomotor decline in high-risk infants through use of iron-fortified infant formula: a randomized clinical trial. (Prevenca nedostatku železa a porúch psychomotoriky u vysoko rizikových detí pomocou použitia dojčenského mlieka obohateného o železo: randomizovaná klinická štúdia). *J Pediatr* 1994; 125(4):527–534.
- (10) Dutch National Food Consumption Survey – Young Children 2005/2006 (Holandský národný prieskum konzumácie potravín – Malé deti 2005/2006). 2008. Správa RIVM. Typ referenčného materiálu: správa. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/350070001.html>
- (11) Anderson N., Fagt S., Groth M.V., Hartkopp H.B., Moller A., Ovesen N.L. a kol. Dietary intake for the Danish population 1995 (Príjem potravy u dánskej populácie 1995). Publikácia č. 235. 1996. Kodaň, Dánska národná agentúra pre potraviny. Typ referenčného materiálu: správa.
- (12) Fantoni M., Gourmet E., [Nutrient intakes in 2005 by non-breast fed French children of less than 36 months (Príjem živín v roku 2005 u nedojčených francúzskych detí vo veku pod 36 mesiacov)]. *Arch Pediatr* 2008; 15(4):446–455.
- (13) Vedecký poradný výbor pre výživu (Scientific Advisory Committee on Nutrition). The nutritional wellbeing of the British population. (Blahobyt britskej populácie v oblasti výživy). 2008. Londýn, TSO. Typ referenčného materiálu: správa. ISBN 978 0 11 243114 5
- (14) Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L. a kol. Health consequences of obesity. (Zdravotné následky obezity). *Arch Dis Child* 2003; 88(9):748–752.
- (15) Griffiths L.J., Dezauteau C., Hill A., Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millenium Cohort Study. (Súvisí obezita s emocionálnymi a behaviorálnymi problémami v detstve? Výsledky kohortnej štúdie detí narodených v rokoch 2000–2001). *Int J Pediatr Obes* 2011; 6(2–2):e423–e432.
- (16) Venter C., Harris D.G. The development of childhood dietary preferences and their implications for later adult health. (Vývoj preferencií v strave u detí a ich dopady na neskoršie zdravie v dospelosti). *Nutrition Bulletin* 2009; 34:391–394.
- (17) Gerasimidis K., Keane O., Macleod I., Buchanan E., Maclean A., McGrogan P. a kol. Criterion validity and interrater reliability of the Paediatric Yorkhill Malnutrition Score. (Platnosť kritérií a spoľahlivosť vzájomného pomeru pediatrického hodnotenia podvýživy v mestskej štvrti Yorkhill). *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 48 [Dodatek 3], E76–E77. 2009. Typ referenčných materiálov: výňatok.
- (18) McCarthy H., McNulty H., Dixon M., Eaton-Evans M.J., Screening for nutrition risk in children: the validation of a new tool. (Screening výživových rizík u detí: Overovanie platnosti nového nástroja). *J Hum Nutr Diet* 21[4], 395–396. 2008. Typ referenčných materiálov: výňatok.
- (19) Hulst J.M., Zwart H., Hop W.C., Joosten K.F. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. (Holandský národný prieskum slúžiaci na testovanie nástroja pre screening výživových rizík STRONGkids u hospitalizovaných detí). *Clin Nutr* 2010; 29(1):106–111.
- (20) McDonald C.M. Validation of a nutrition risk screening tool for children and adolescents with cystic fibrosis ages 2–20 years. (Overovanie platnosti nástroja pre screening výživových rizík u detí a adolescentov trpiacich cystickou fibrózou vo veku 2–20 rokov). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46(4):438–446.
- (21) Cade J.E., Frear L., Greenwood D.C. Assessment of diet in young children with emphasis on fruit and vegetable intake: using CADET – Child and Diet Evaluation Tool. (Hodnotenie jedálnička u malých detí s dôrazom na príjem ovocia a zeleniny: pomocou nástroja CADET pre hodnotenie detí a ich jedálničkov). *Public Health Nutr* 2006; 9(4):501–508.



- (22) Wardle J., Guthrie C.A., Sanderson S., Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. (Dotazník k vývoju stravovacích vzorcov správania u detí). *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42(7):963–970.
- (23) Marshall T.A., Eichenberger Gilmore J.M., Broffitt B., Levy S.M., Stumbo P.J. Relative validation of a beverage frequency questionnaire in children ages 6 months through 5 years using 3-days food and beverage diaries. (Relatívne overovanie platnosti dotazníka zameraného na frekvenciu pitia u detí vo veku od 6 mesiacov do 5 rokov pomocou 3-dňového denníka stravy a nápojov). *J Am Diet Assoc* 2003; 103(6):714–720.
- (24) Marshall T.A., Eichenberger Gilmore J.M., Broffitt B., Stumbo P.J., Levy S.M. Relative validity of the Iowa Fluoride Study targeted nutrient semi-quantitative questionnaire and the block kids' food questionnaire for estimating beverage, calcium and vitamin D intakes by children. (Relatívne platnosti čiastočne kvantitatívneho výživového dotazníka zameraného na štúdiu týkajúcu sa fluóru realizovanú v lowe a dotazníka týkajúceho sa stravovania detí z bytových domov pre stanovenie príjmu tekutín, vápnika a vitamínu D u detí). *J Am Diet Assoc* 2008; 108(3):465–472.
- (25) Randall Simpson J.A., Keller H.H., Rysdale L.A., Beyers J.E. Nutrition Screening Tool for Every Preschooler (NutriSTEP): validation and test-retest reliability of a parent-administered questionnaire assessing nutrition risk of preschoolers. (Nástroj pre screening výživy pre každého predškolača (NutriSTEP): overenie platnosti a testovanie spoľahlivosti dotazníka vyplňovaného rodičmi zameraného na vyhodnotenie výživových rizík u predškolských detí). *Eur J Clin Nutr* 2008; 62(6):770–780.
- (26) Gibbons a kol. Validation and reliability of the preschooler's nutrition screening tool: NutriCHEQ. (Overenie platnosti a spoľahlivosti nástroja pre screening výživy u predškolských detí: NutriCHEQ). Správa z rokovania Spoločnosti pre výživu, 2012. 71 (OCE3), E245.
- (27) Male C., Persson L.A., Freeman V., Guerra A., van't Hof M.A., Haschke F. Prevalence of iron deficiency in 12-month-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). (Rastúci výskyt nízkej hladiny železa u detí vo veku 12 mesiacov v 11 regiónoch Európy a vplyv faktorov spojených so stravovaním na hladinu železa (Európska štúdia zameraná na rast)). *Acta Paediatr* 2001; 90(5):492–498.
- (28) Hopkins D., Emmett P., Steer C., Rogers I., Noble S., Emond A. Infant feeding in the second 6 months of life related to iron status: an observational study. (Stravovanie detí v druhom polroku života vo vzťahu k hladine železa: pozorovacie štúdie). *Arch Dis Child* 2007; 92(10):850–854.
- (29) Thane C.W., Walmsley C.M., Bates C.J., Prentice A., Cole T.J. Risk factors for poor iron status in British toddlers: further analysis of data from the National Diet and Nutrition Survey of children aged 1.5–4.5 years. (Rizikové faktory nedostatočnej hladiny železa u britských batoliat: podrobnejšia analýza dát z Národného prieskumu zameraného na stravovanie a výživu detí vo veku od 1,5 do 4,5 roka). *Public Health Nutr* 2000; 3(4):433–440.
- (30) Soh P., Ferguson E.L., McKenzie J.E., Homs M.Y., Gibson R.S. Iron deficiency and risk factors for lower iron stores in 6–24-month-old New Zealanders. (Nedostatok železa a rizikové faktory spôsobujúce nižšiu hladinu železa u detí z Nového Zélandu vo veku 6–24 mesiacov). *Eur J Clin Nutr* 2004; 58(1):71–79.
- (31) Cowin I., Emond A., Emmett P. Association between composition of the diet and Haemoglobin and ferritin levels in 18-month-old children. (Súvislosť medzi zložením jedálnička a hladinou hemoglobínu a železa u 18-mesačných detí). *Eur J Clin Nutr* 2001; 55(4):278–286.
- (32) Manual of Dietetic Practice (Manuál dietetickej praxe). 4. vyd. Blackwell; 2007. ISBN-10: 1405135255
- (33) Cooke L.J., Wardle J., Gibson E.L., Sapochnik M., Sheiham A., Lawson A.M. Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. (Demografické, rodinné a špecifické predpoklady konzumácie ovocia a zeleniny u detí v predškolskom veku). *Public Health Nutr* 2003; 7(2):295–302.
- (34) Wardle J., Herrea M.L., Cooke L., Gibson E.L. Modifying children's food preferences: the effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable. (Modifikácia preferencií potravín u detí: dôsledky expozície a odmeny za prijímanie neznámej zeleniny). *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(2):341–348.
- (35) Wardle J., Carnell S., Cooke L. Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related? (Rodičovská kontrola nad stravovaním a príjem ovocia a zeleniny u detí: ako spolu súvisia?). *J Am Diet Assoc* 2005; 105(2):227–232.
- (36) Webb K.L., Lahti-Koski M., Rutishauser I., Hector D.J., Knezevic N., Gill T. a kol. Consumption of „extra“ foods (energy-dense, nutrient-poor) among children aged 16–24 months from western Sydney, Australia. (Konzumácia potravín „navyššie“ (bohatých na energiu, chudobných na živiny) u detí vo veku 16–24 mesiacov zo západného Sydney v Austrálii). *Public Health Nutr* 2006; 9(8):1035–1044.
- (37) Scientific Advisory Committee on Nutrition. Salt and health. (Vedecký poradný výbor pre výživu. Soľ a zdravie). 2003. Londyn. The Stationery Office. Typ referenčných materiálov: správa. ISBN 0 11 243075 9
- (38) Kipping R.R., Jago R., Lawlor D.A., Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. (Obezita u detí. 1. diel: Epidemiológia, meranie, rizikové faktory a screening). *BMJ* 2008; 337:a1824.
- (39) Bonuck K.A., Huang V., Fletcher J. Inappropriate bottle use: an early risk for overweight? Literature review and pilot data for a bottle-weaning trial. (Nevhodné používanie fľaše: rizikový faktor nadváhy v ranom detstve? Analýza odbornej literatúry a pilotné dáta zo štúdie zameranej na ukončenie kŕmenia z fľaše). *Matern Child Nutr* 2010; 6(1):38–52.
- (40) Coulthard H., Harris G., Emmett P. Delayed introduction of lumpy foods to children during the complementary feeding period affects child's food acceptance and feeding at 7 years of age. (Neskoršie zavedenie tuhej stravy v dobe dokrmovania ovplyvňuje akceptáciu potravín u detí a ich stravovanie vo veku 7 rokov). *Matern Child Nutr* 2009; 5(1):75–85.



- (41) Northstone K., Emmett P., Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. (Dopady veku zavedenia tuhej stravy na potraviny konzumované vo veku 6 a 15 mesiacov a na hlásené problémy so stravovaním v tomto veku.) *J Hum Nutr Diet* 2001; 14(1):43–54.
- (42) Birch L.L., Johnson S.L., Andersen G., Peters J.C., Schulte M.C. The variability of young children's energy intake. (Variabilita energetického príjmu u malých detí.) *N Engl J Med* 1991; 324(4):232–235.
- (43) Birch L.L., Birch D., Marlin D.W., Kramer L. Effects of instrumental consumption on children's food preference. (Dopady inštrumentálnej spotreby na preferencie potravín u detí.) *Appetite* 1982; 3(2):125–134.
- (44) Hoerr S.L., Horodyski M.A., Lee S.Y., Henry M. Predictors of nutritional adequacy in mother-toddler dyads from rural families with limited incomes. (Predpoklady dostatočného príjmu živín vo vzťahu medzi matkou a dojčatom vo vidieckych rodinách s nízkym príjmom.) *J Am Diet Assoc* 2006; 106(11):1766–1773.
- (45) Shaw V., Lawson M. *Clinical Paediatric Dietetics. (Klinická diätetika pre pediatriu)*. 3. vyd. Blackwell; 2007.
- (46) *Food Hypersensitivity: Diagnosing and managing food allergies and intolerance. (Precitlivosť na jedlo: diagnostika a kontrola potravinových alergií a neznášanlivosti)*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
- (47) Ruottinen S., Niinikoski H., Lagstrom H., Ronnema T., Hakanen M., Viikari J. a kol. High sucrose intake is associated with poor quality of diet and growth between 13 months and 9 years of age: the special Turku Coronary Risk Factor Intervention Project. (Vysoký príjem sacharózy súvisí so zlou kvalitou jedálnička a so zlým rastom v období od 13 mesiacov do 9 rokov veku: špeciálny intervenčný projekt koronárnych rizikových faktorov v Turku.) *Pediatrics* 2008; 121(6):e1676–e1685.
- (48) American Academy of Pediatrics: The use and misuse of fruit juice in pediatrics. (Americká akadémia pre pediatriu: používanie a zneužívanie ovocných džúsov v pediatrii.) *Pediatrics* 2001; 107(5):1210–1213.
- (49) Savage J.S., Fisher J.O., Birch L.L., Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. (Vplyv rodičov na vzorce správania pri stravovaní: od počatia k adolescencii.) *J Law Med Ethics* 2007; 35(1):22–34.
- (50) Nicklas T.A., O'Neil C.E., Kleinmann R. Association between 100% juice consumption and nutrient intake and weight of children aged 2 to 11 years. (Súvislosť medzi konzumáciou 100% džúsu a príjmom živín a hmotnosťou detí vo veku od 2 do 11 rokov.) *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162(6):557–565.
- (51) O'Connor T.M., Yang S.J., Nicklas T.A. Beverage intake among preschool children and its effects on weight status. (Príjem tekutín u predškolských detí a jeho vplyv na telesnú hmotnosť.) *Pediatrics* 2006; 118(4):e1010–e1018.
- (52) Faith M.S., Dennison B.A., Edmunds L.S., Stratton H.H. Fruit juice intake predicts increased adiposity gain in children from low-income families: weight status-by-environment interaction. (Konzumácia ovocného džúsu predikuje zvýšenú nadváhu detí z nízkoprijimových skupín: interakcia telesnej hmotnosti a prostredia.) *Pediatrics* 2006; 118(5):2066–2075.
- (53) Clark H.R., Goyder E., Bissell P., Blank L., Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. (Ako vzorce správania rodičov pri stravovaní detí ovplyvňujú hmotnosť detí? Dôsledky pre politiku riešenia detskej obezity.) *J Public Health (Oxf)* 2007; 29(2):132–141.
- (54) Coulthard H., Blissett J. Fruit and vegetable consumption in children and their mothers. Moderating effects on child sensory sensitivity. (Konzumácia ovocia a zeleniny u detí a ich matiek. Moderujúce dopady na zmyslovú citlivosť u detí.) *Appetite* 2009; 52(2):410–415.
- (55) Harris G. Development of taste and food preferences in children. (Vývoj chuti a preferencií potravín u detí.) *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2008; 11(3):315–319.
- (56) Spurrier N.J., Magarey A.A., Golley R., Curnow F., Sawyer M.G. Relationships between the home environment and physical activity and dietary patterns of preschool children: a cross-sectional study. (Vzťahy medzi domácim prostredím a fyzickou aktivitou a stravovacími vzorcami u predškolských detí: medziodborová štúdia.) *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5:31.
- (57) Fisher J.O., Birch L.L. Restricting access to foods and children's eating. (Obmedzovanie prístupu k potravinám a stravovaniu detí.) *Appetite* 1999; 32(3):405–419.
- (58) Ventura A.K., Birch L.L. Does parenting affect children's eating and weight status? (Ovplyvňuje správanie rodičov stravovanie a telesnú hmotnosť detí?) *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5:15.
- (59) Lumeng J.C., Hilman K.H. Eating in larger groups increases food consumption. (Stolovanie vo väčších skupinách zvyšuje konzumáciu potravín.) *Arch Dis Child* 2007; 92(5):384–387.



Tento materiál vznikol v rámci Iniciatívy 1000 dní, za odbornej garancie Sekcie pediatickej gastroenterológie Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti v spolupráci so Slovenskou pediatickou spoločnosťou a s podporou neziskovej organizácie TISÍC DNÍ DO ŽIVOTA.



Nezisková organizácia TISÍC DNÍ DO ŽIVOTA vznikla z iniciatívy spoločnosti Nutricia.

Aktuálne informácie k iniciatíve 1000 dní nájdete na www.1000dni.sk.

Tlač: apríl 2016
Grafika a sadzba: Lenka Drncová



