

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA ŠPORT**

**ZDRAVSTVENA ŠPORTNA VZGOJA**

**PRIMERJAVA POJAVNOSTI SLABE TELESNE DRŽE  
OSNOVNOŠOLCEV NA PODEŽELJU IN V MESTU V  
CELJSKI REGIJI**

**Diplomsko delo**

MENTOR

izr. prof. dr. Jože Vidmar

SOMENTOR

asist. dr. Vedran Hadžič

RECENZENT

izr. prof. dr. Damir Karpljuk

KONZULTANT

doc. dr. Edvin Dervišević

AVTOR DELA

Pavel Kuralt

Ljubljana, 2007

# KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD.....</b>	<b>4</b>
1.1	Človekova telesna drža.....	5
1.1.1	Splošno o telesni drži.....	5
1.1.2	Pravilna telesna drža.....	5
1.1.3	Slaba telesna drža.....	6
1.1.3.1	Rastna slabost.....	7
1.1.3.2	Mehanizem nastajanja slabe telesne drže.....	8
1.1.3.3	Klasifikacija slabih telesnih drž.....	9
1.1.3.4	Anomalije v drži ekstremitet in stopal.....	11
1.2	Zgodovinski oris pojavnosti slabe telesne drže.....	12
1.3	Preventivni in terapevtski vidiki pri odpravljanju slabe telesne drže.....	18
1.3.1	Opredelelitev športa in športna kultura.....	18
1.3.2	Zdravje in šport.....	19
1.3.3	Igra in njen značaj v preventivi slabe telesne drže.....	22
1.3.4	Značaj športa v preventivi slabe telesne drže.....	23
1.3.5	Gibanje in šport za zdravje.....	25
1.3.6	Vloga lokalne skupnosti in države.....	26
1.3.6.1	Šola dobre telesne drže.....	27
1.3.6.2	Vloga države in načelo subsidiarnosti.....	28
1.3.7	Pedagoška paradigma.....	30
1.3.7.1	Zgodovinski oris.....	30
1.3.7.2	Diskurz o možnostih, ki jih daje sodoben pedagoški pristop	32
<b>2</b>	<b>PREDMET, PROBLEM IN NAMEN DELA.....</b>	<b>38</b>
<b>3</b>	<b>CILJI RAZISKAVE .....</b>	<b>45</b>
<b>4</b>	<b>DELOVNA HIPOTEZA.....</b>	<b>46</b>
<b>5</b>	<b>METODE DELA.....</b>	<b>47</b>
5.1	Vzorec merjencev.....	47
5.2	Opis spremenljivk.....	48
5.3	Organizacija zbiranja podatkov.....	48
5.4	Metode obdelave podatkov.....	48
5.5	Opis metod obdelave podatkov.....	49
<b>6</b>	<b>REZULTATI .....</b>	<b>52</b>
<b>7</b>	<b>INTERPRETACIJA.....</b>	<b>54</b>
7.1	Možnosti za nadaljnje raziskave.....	54
<b>8</b>	<b>ZAKLJUČEK.....</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>60</b>

## **Povzetek**

Pavel Kuralt

Ljubljana, 2006

### **PRIMERJAVA POJAVNOSTI SLABE TELESNE DRŽE MED OSNOVNOŠOLCI V MESTU IN NA PODEŽELJU V CELJSKI REGIJI**

Strani: 59 Tabele: 12 Slike: 3 Viri: 19

Telesna aktivnost ima pomembno vlogo pri ohranjanju zdravja in razvoju človeškega organizma, še posebej pa to velja za najšibkejši člen družbe, otroka. Zdravstveno stanje predšolskih in šolskih otrok, zabeleženo pri sistematičnih preventivnih pregledih je z vidika pojavnosti slabe telesne drža izredno zaskrbljujoče.

Bistvena naloga zdravstvenega varstva mladih je, da nauči otroke in mladino zdravo živeti. Ta cilj je mogoče uresničiti le v sodelovanju s šolo. Sodelovanje zdravnika in učitelja lahko v veliki meri pripomore edukaciji staršev in mladine in s tem tudi zdravemu načinu življenja.

Življenjski stil se je v zadnjih letih pri otrocih in mladini izjemno spremenil. Današnji šolarji so, bolj kot generacije pred njimi, žogo in druge gibalne igre zamenjali za sedenje pred računalnikom in televizorjem, kar posledično vodi do pojava slabe telesne drža z vsemi njenimi posledicami.

Naša raziskava je pokazala, da je pojavnost slabe telesne drža bistveno večja v mestih kakor na podeželju, kar pomeni, da ni šola tista, ki neposredno povzroča slabo telesno držo, ampak je sodoben življenjski stil tisti, ki ima največji vpliv na zdravje mladega človeka.

Ključne besede: slaba telesna drža, življenjski stil, telesna aktivnost, preventiva, športna vzgoja.

*»Šport potem takem zlasti v globalnem smislu kaže vrednotiti kot celoto, kot drevo s tisočerimi cvetovi, med katerimi vsak lahko obrodi žlahten sad, ki je po okusu pač bliže temu ali onemu okolju oziroma posamezniku...«*

*(Evgen Bergant, nestor slovenskih športnih novinarjev)*

# 1 UVOD

Človek je misleče bitje. To potrjujejo dosežki na skoraj vseh ravneh človekovega delovanja, predvsem v znanosti, ki je omogočila človeku, da si olajša življenje. Ljudje smo tako postali tudi lenobna bitja, saj so fizično najbolj zahtevna dela namesto nas začeli opravljati stroji. Ljudem so večinoma preostali samo miselni problemi in tisto, česar nas je znanost rešila in na kar je hkrati pozabila, tega nam sedaj primanjkuje. Pozabili smo, da je človek tudi gibajoče bitje.

Gibanja bolj primanjkuje ljudem v mestih kot na podeželju, najbolj pa je pomanjkanje gibanja škodljivo za odraščajoče otroke in mladino. Pomanjkanje gibanja povzroči zgolj prehodne, lahko pa tudi trajne posledice na otrokovem zdravju; dokaj hitro se telesna neaktivnost odrazi na hrbtenici otroka.

V športnem društvu, kjer sem treniral otroke, sem spoznal osnovnošolca iz mestnega okolja, ki je imel izrazito nazaj izbočen hrbet (poudarjena kifoza) in vbočene prsi. Starši osnovnošolca so povedali, da tovrstnih dednih okvar v njihovi družini ni. Vprašal sem jih ali je obstajalo obdobje, ko je morda preveč gledal televizijo ali sedel za računalnikom. Povedali so, da je v času šolskih počitnic igral računalniške igrice tudi po šest ur na dan. Zanimalo me je ali je fant zgolj osamljen primer v urbanem okolju in ali imajo morda podobne zdravstvene težave na hrbtenici tudi osnovnošolci na podeželju.

To dejstvo me je spodbudilo, da sem začel zbirati podatke o slabi telesni drži osnovnošolcev v mestu Celje in na podeželju (okolica Šentjurja pri Celju). Podatke sta posredovala zdravnik zdravstvenega doma Celje in zdravstvenega doma Šentjur, pridobila pa sta jih na rednih sistematskih pregledih osnovnošolcev.

Z našo nalogo bomo raziskovali, ali obstaja razlika v pojavnosti slabe telesne drže med osnovnošolci na podeželju in v mestu v celjski regiji in kateri je poglobitni vzrok za pojavnost slabe telesne drže.

Ugotovitve naše raziskave bi lahko pripomogle k razumevanju nastanka slabe telesne drže z vsemi njenimi hudimi posledicami in zavedanju, da slaba telesna drža otrok ni le nedolžen pojav v naši družbi, temveč odraz načina življenja ljudi in njihovega odnosa do zdravja.

## **1. 1 Človekova telesna drža**

### **1. 1. 1 Splošno o telesni drži**

Osnovni problem telesne drže je ravnotežje, ki ga mora telo vzdrževati na zelo omejeni podporni površini, podnožišču. Čim bolj skupaj imamo noge, tem manj stabilni smo; pri stanju na eni nogi so težave z ravnotežjem še očitnejše. Če hočemo stati stabilno, naredimo razkorak, pa tudi otrok, ki se šele uči hoditi, hodi na široko (Demšar, 2003).

Najpomembnejša sila, ki deluje na človekovo telo, je gravitacija, ki ji idealna drža človekovega telesa kljubuje brez dodajanja energije. Tako držo imenujemo normalna ali amuskularna stoja, ki je energetske najugodnejša, zato jo skuša narava ves čas ohranjati. Tak položaj telesa seveda ni najbolj trden, zato je za ohranjanje ravnotežja pri spremembah položaja potrebno delo, ki je v naravi drago. Nasprotno pa je predelava informacij v naravi skoraj zastoj, zato je narava človeško telo opremila z množico receptorjev, ki beležijo dražljaje iz posameznih delov telesa in iz okolice. To so t. i. aferentne informacije, ki jih možgani obdelajo, pripravijo najbolj racionalno rešitev nastalega ravnotežnostnega problema in pošljejo eferentne ukaze efektorjem, ki z minimalnim vložnim delom obdržijo idealno ravnotežje (Demšar, 2003).

### **1. 1. 2 Pravilna telesna drža**

Pravilna drža je tisti položaj človeškega telesa v prostoru, ko se z najmanj vložene energije vzdržuje trden pokončni položaj v mirovanju in gibanju. Človekova drža je izrazito individualna, odvisno od spola, starosti, telesnega razvoja zdravstvenega stanja, pa tudi čustvenega razpoloženja vsakega posameznika. Razvije se zlasti med rastjo, kasneje so možne le manjše spremembe. Razvoj drže pomeni ustvarjanje refleksnih posturalnih mehanizmov drže. Najpomembnejši za normalno držo človeškega telesa je položaj kolkov, ki določa položaj spodnjih udov in naklon medenice. Spodnja uda morata biti v nevtralnem položaju glede na zasuke, pogačici morata gledati naravnost naprej, kolena morata biti v fiziološkem valgusu osem stopinj, stopali normalno obokani in vsi sklepi normalno gibljivi. Medenica je temelj za hrbtenico. Normalno je nagnjena od 26 do 34 stopinj naprej, njen naklon pa določa fiziološke krivine hrbtenice, od katerih je na medenični naklon najbolj vezana lumbalna lordoza. Naklon medenice naprej določajo mišice kolkov, povečujejo ga fleksorne mišice, predvsem ileopsoas, rektus femoris in sprednji adduktorji, zmanjšujejo pa ga predvsem ekstenzorne mišice kolkov, fleksorne mišice kolen in zadnji adduktorji. Hrbtenico iztezajo

erektorji trupa, flektirajo pa trebušne mišice in ileopsoas. Prsni del hrbtenice se pri vdihu iztegne, zato med mišice drže prištevamo tudi trebušno prepono in interkostalne mišice. Na spodnjih udih je za racionalno vzdrževanje ravnotežja pomemben položaj stopal. Čim večja površina stopal je na tleh, tem boljše je ravnotežje. Pravilen položaj stopal nadzorujejo pretibialne mišice spredaj in m. triceps surae zadaj. Če obujemo visoke pete, se zmanjšata stojna površina in stabilnost, težišče se pomakne naprej, kompenzatorno se poveča lumbalna lordoza, ki dodatno zaposli celo vrsto antigravitacijskih mišic in poveča potrošnjo energije (Demšar, 2003).

Pravilna telesna drža ima tako naslednje značilnosti:

- hrbtenica je pri pogledu od spredaj popolnoma ravna;
- pri pogledu od strani ima hrbtenica 4 fiziološke krivine (vratno lordozo, prsno kifozo, ledveno lordozo in križnično kifozo) in obliko dvojne črke S;
- prsni koš je rahlo izbočen;
- trebuh je do 10. leta izbočen, kasneje pa poravnan s prsnim košem;
- rami sta v isti ravnini in enako visoki;
- lopatici se prilegata prsnemu košu in sta enako visoko;
- glava je poravnana;
- dlani so obrnjene k telesu;
- center gravitacije leži malo pred 2. križničnim vretencem;
- ravnina navpičnice poteka skozi oba mastoida, sredino ramen in oba velika trohantra, tik pred koleno in nekoliko izpred obeh skočnih sklepov (Demšar, 2003).

Za ohranjanje ravnotežja mora težiščnica pasti v podnožišče. Vsak premik težiščnice izven podnožišča poruši ravnotežje in sproži kompenzatorne mehanizme, zato je ohranjanje ravnotežja dinamičen proces, v katerem ves čas sodelujejo vse glavne antigravitacijske mišice našega telesa pod natančno kontrolo ravnotežnostnega organa v notranjem ušesu, položajne in površinske senzibilitete, vida in centralnega živčevja (Demšar, 2003).

### **1. 1. 3 Slaba telesna drža**

Če skušamo na kratko definirati slabo držo, potem rečemo, da obsega vse nepravilnosti in nenormalnosti v položaju in obliki hrbtenice, ramen in spodnjih ekstremitet, ki niso posledica okvar na kostnem ali nevromuskularnem sistemu, temveč posledica nezadostne in nepravilne

funkcije mišic in se dajo hote, z voljo, popolnoma odpraviti. Treba je poudariti, da moramo ločevati nepravilno oziroma slabo držo od telesnih napak oziroma deformacij. Pri slabih držah gre samo za funkcionalne motnje, medtem ko gre pri deformaciji za strukturne spremembe, ki se ne morejo hote, to je s silo mišic popraviti. Nadalje je treba še posebej poudariti, da v dobi rasti vsaka funkcionalna motnja, ki je zadosti močna in ki zadosti dolgo traja, postopno lahko vodi do strukturnih sprememb – torej do deformacije. Prav v tem je tudi eden od glavnih vzrokov, da je slaba drža tudi medicinski problem (Srakar, 1986).

### **1. 1. 3. 1 Rastna slabost**

V posameznih starostnih obdobjih je zelo intenzivna rast in z njo nastajajo številne motnje, ki jih s skupnim imenom imenujemo rastna slabost. V predpubertetnem oziroma v pubertetnem obdobju je zelo hitra rast ekstremitet v dolžino, ki pa ni skladna. V dolžino posebno hitro rastejo dolge kosti. Mišice, kite in vezivo pa se razvijajo počasneje. Mišice se raztegnejo na potrebno dolžino, ostanejo pa slabe. Razvile se bodo šele v naslednji fazi rasti v širino. Ker so ostale slabe in morajo premikati daljše vzvode, je njihova slabost in hitra utrujenost še očitnejša (Šef, 1950).

Rastna slabost pa ni očitna samo v mišicah, v zmanjšani sposobnosti spodnjih ekstremitet in hrbtenice, v čezmerni rasti z ozkim prsnim košem, temveč je zelo labilen tudi živčni sistem, posebno vegetativni. Vidne so motnje v kardiovaskularnem sistemu z vazomotornimi motnjami posebno na rokah in stopalih. Otroci so nervozni, nepazljivi, včasih tudi razdražljivi. Spremembe se pojavljajo prav tako v delovanju žlez z notranjim izločanjem. Prebude se spolne funkcije in v zvezi s tem številne psihične spremembe (Šef, 1950).

Razvoj je tako hiter in obsežen, da organizem kot celota le s težavo ohranja svoje ravnotežje. Rastna slabost je tem večja, čim hitrejši je razvoj, ker je s tem zmanjšana sposobnost prilagajanja. Prav v tem lahko najdemo vzrok, da se število otrok s slabimi držami veča. Ugotovljeno je namreč, da se je rast mladine pospešila. Hiter telesni razvoj in začetek pubertete se je očitno pomaknil v zgodnejšo življenjsko dobo. Doba intenzivne rasti je skrajšana, celotni razvoj zgodnejši in hitrejši. Zaradi tega je potrošnja energije večja, sposobnost za obremenitev in prilagajanje pa zmanjšana. Mladi ljudje, ki hitro rastejo, so fizično manj odporni, popuščajo v šoli, športu in delu, če jih primerjamo s prejšnjimi generacijami (Šef, 1950).



Cela vrsta teorij poskuša pojasniti vzroke te pospešene rasti. Nobena pa ne more v celoti pojasniti vsega. Na splošno se danes misli, da je pospešeni razvoj in večja rast prilagajanje morfološke in psihične samosvojosti človeka vplivu okolice, ki jo je sam ustvaril (Šef, 1950).

Ne glede na različna mišljenja o vzrokih in načinu nastanka teh sprememb pa se vsi strinjajo s tem, kar je bistveno in edino važno, in to je, da je sistematična telesna / športna vzgoja v dobi rasti pogoj za pravilen in harmoničen razvoj telesa. Preprečuje preveliko utrujenost in slabo držo ter razvija zadovoljive adaptacijske sposobnosti organizma. Pod vplivom športa se fizični razvoj zaustavlja, se raztegne na daljše časovno obdobje. S tem se zmanjša slabost rasti, organom in mišicam pa je dana tudi časovna možnost, da se pravilneje in bolje razvijejo. S tem se definitivna višina ne zmanjša (Šef, 1950).

### **1. 1. 3. 2 Mehanizem nastajanja slabe telesne drže**

Za organizem, ki se hitro razvija, je značilno, da je zelo občutljiv za vplive okolja, tako škodljive kot koristne. Če škodljivi vplivi delujejo premočno na organizem, se zmanjša biološka vrednost tkiv, pokaže se hitra in protrahirana utrujenost, ki vodi do spremenjenih refleksov v drži (Šef, 1950).

Pri dolgotrajnem sedenju se prekomerno raztegnejo zadnjične mišice (musculi glutei maximi et medii). Vsako raztezanje mišic pa slabi mišično moč, ker ne zmore več popolnega skrčenja vlaken. Obenem pa so sprednje upogibalke s svojimi prirastišči preblizu ter pri tem izgubljajo prožnost. Na eni strani raztegnjene, na drugi strani skrčene (ligamentum Bertini) sklepne vezi to otrdelost še povečajo. Tako nastane sfrknjenost, kontraktura. Medenice, ki je temelj hrbtenici, zadnjične mišice ne morejo več izravnati, pri čemer ni važno, da je sfrknjenost v sklepu še vidna. Medenica omahne naprej, ledvena vretenca se izbočijo naprej, zaradi statičnih momentov pa mora tako prsni del hrbtenice napraviti izboklino navzad. Tako nastane izbočeni hrbet, da glava lahko dobi ravnotežje na sprednji strani svoje podpore. Medenica potisne črevo in trebušne organe naprej. Kmalu popustijo trebušne mišice in nastane viseči trebuh. Tudi v ramenskem obroču nastanejo karakteristične spremembe: ramena se spustijo naprej, lopatice štrlijo nazaj. Tudi tukaj lahko nastane s trajnim uskočevanjem velike prsne mišice (musculus pectoralis major) kontraktura. Pri tem se zoži zgornji del oprsja ter se še bolj zmanjša prsna votlina, ki je že zožena po okvari hrbtenice.

Spremljevalci teh sprememb so oslABLjeno dihanje, krvni obtok in presnova. Ker zadenejo te spremembe organizem, ki raste, postanejo trajne, stopnja slabe drže pa je toliko večja, kolikor dalj časa ostane neopažena (Šef, 1950).

Ni potrebna popolna slika raznih oblik slabe drže – ta ali oni znak lahko manjka. Hrbtenica se lahko izmaliči tudi drugače: z enostransko stalno obtežitvijo, npr. nošenje težje šolske torbe ali s poševno držo pri sedenju se izbočeni hrbtenici lahko pridruži še izkrivljenost vstran. Slabost drže lahko nastane le pri utrujenosti, lahko je trajna, lahko pa se pri naporu (napor je znak slabosti) mišičja začasno izravna, lahko pa končno s sfrknjenjem mišic in vezi tako otpne, da se ne da več popolnoma popraviti ne pasivno ne aktivno ne pri ležanju (Šef, 1950).

Če povzamemo: drža pri sedenju je samo na videz statično dogajanje, saj zahteva precejšen napor. Najbolj se utrujajo živčne celice in pa mišice hrbtenice. Mišice hrbtenice po dolgem sedenju zaradi utrujenosti popuste. Pasivni elementi sami ne morejo obdržati normalnega položaja telesa, zato otrok išče oporo na šolski klopi. S tem sicer nastaja občutek sprostitve v nekaterih mišicah, so pa s tem druge mišice in vezi nenormalno napete. Če je aktivni element, to je mišica, preveč utrujen, ne morejo niti pravilno (ergonomsko) šolsko pohištvo niti opozorila vzgojiteljev preprečiti okvare v drži telesa. Tu pomaga samo eno sredstvo, to je gibanje. Gibanje okrepi mišice, pospeši krvni obtok in dihanje. S tem se poboljša oksigenacija in metabolizem v živčnih – mišičnih celicah. Občutek utrujenosti izgine. Izboljša se drža, otrok pa je sposobnejši, da sodeluje pri pouku (Šef, 1950).

### **1. 1. 3. 3 Klasifikacija slabih telesnih drž**

V Sloveniji že 30 let uporabljamo Wilesovo razvrstitev slabih drž, ki jo je uvedel ortopedski oddelek šolske poliklinike v Ljubljani. Razvrstitev upošteva naklon medenice naprej in kvaliteto fizioloških krivin hrbtenice (mekkost, korektibilnost, zatrjenost in neprilagodljivost). Sprememba naklona medenice se kaže navzgor in navzdol in sproži vrsto kompenzatornih mehanizmov za kompleksno spremembo ravnotežja, ki se ustali v novi, manj racionalni in energetsko zahtevnejši obliki (Demšar, 2003).

Narava ne trpi napak. Če se naklon medenice poveča, se težišče pomakne preveč naprej in ravnotežje se poruši. Takoj pride do kompenzacije navzgor in navzdol. Navzgor se takoj

kompensatorno poveča ledvena lordoza, ki skuša vrniti težišče na svoje mesto, s tem pa se ves zgornji del telesa pomakne preveč nazaj. Kompensatorno se morata spet povečati prsna kifoza in vratna lordoza, s tem pa se bistveno poveča tudi potrošnja energije antigravitacijskih mišic trupa, ker se je ravnotežje izmaknilo iz idealne amuskularne stoji. Navzdol povečan naklon medenice povzroči povečano napetost v glutealnih mišicah in fleksorjih kolen. Vsem navedenim spremembam se telo lahko prilagaja, če so vsi sklepi dobro gibljivi, hrbtenične krivine pa mehke in se lahko prilagajajo (Demšar, 2003).

Čim so prisotne kotrature posameznih sklepov, oslabele ali spastične mišice ali zatrjene hrbtenične krivine, je kompenzacija porušenega ravnotežja možna šele nad in pod prizadetim segmentom. V takem primeru mora biti močnejša, to pa je energetsko manj racionalno in vodi do hitrejšega utrujanja pomembnejših antigravitacijskih mišičnih skupin, pri dolgotrajnih stereotipnih obremenitvah pa do statičnih bolečin in sekundarnih deformacij (Demšar, 2003).

Wilesova razvrstitev slabih drž – glede na ukrivljenost hrbtenice in položaj medenice ločimo 4 tipe slabih drž:

1. Lordotična drža – povečan je naklon medenice naprej, hrbtenica je mehka in prilagodljiva, zato se kompensatorno povečata lumbalna lordoza in torakalna kifoza. Drža je značilna za predšolske otroke in otroke v prvih razredih osnovne šole in jo lahko popravimo z aktivacijo mišic ramenskega obroča trebušnih mišic in mišic sedala (m. gluteus maximus).
2. Ploski hrbet – naklon medenice je zmanjšan, hrbtenica je mehka in prilagodljiva, zato so fiziološke krivine hrbtenice kompensatorno zmanjšane.
3. Okrogel hrbet – pri tej obliki slabe drže je nagib medenice zmanjšan, torakalna kifoza je povečana, zatrjena in neprilagodljiva.
4. Nagnjen hrbet – oblika slabe drže, pri kateri je naklon medenice povečan, torakalna kifoza je prav tako povečana in zatrjena, zato se močno kompensatorno poveča lumbalna lordoza (Demšar, 2003).

Opisane vzorce slabe drže spremljajo še okrogla, povešena ramena, rotacija spodnjih udov navznoter, valgus kolen ali stopal in izbočen trebušček (Demšar, 2003).

### **1. 1. 3. 4 Anomalije v drži ekstremitet in stopal**

Zelo pogost vzrok za nepravilno držo na spodnjih ekstremitetah je splošno slaba drža. Pri anormalni drži na spodnjih ekstremitetah najpogosteje ugotavljamo valgus položaj stopal (Srakar, 1986).

Stopala so samo delo spodnjih udov, ki so v funkcionalnem smislu celota. Zato pri ugotavljanju variacij v obliki in funkciji stopal pogosto najdemo posebnosti tudi na drugih predelih udov in tako ob »ploskih stopalih« ugotavljamo še iksasta kolena, varusne goleni, rotacijske deformacije na femurju in goleni z obračanjem stopal navzven in navznoter. Vse te posebnosti so izredno pogoste pri malem otroku in postajajo vse redkejšje proti adolescenci, kar pomeni, da se same popravijo. Uporaba izraza »plosko stopalo« za nepravilne položaje stopala ni pravilna. Plosko stopalo pomeni deformacijo s spremenjenim odnosom stopalnih kosti, z znižanim stopalnim lokom, s spremenjeno in povečano obremenilno ploskvijo. Vsega tega pa pri otroškem stopalu običajno ni (Srakar, 1990).

V času pred vstopom v šolo se mnoge od nepravilnosti na stopalih že popravijo. Se pa začno ob vstopu v šolo in v prvih šolskih letih pojavljati zaradi utrujenosti živčnega sistema in hitre rasti nepravilnosti v drži telesa, ki so najbolj izražene na spodnjih udih oziroma stopalih. Nezadostna mišična aktivnost zlasti mestnih otrok in utrujenost centralnega živčnega sistema se odražata pri stoju in hoji v pretirani notranjerotacijski poziciji spodnjih udov z valgusnim položajem stopal. Najočitnejše je to pri otrocih s hipotonijo. V tem obdobju je zaradi akceleracije rasti funkcionalni razvoj mišic v časovnem zaostanku, telesna teža pogosto velika in ob dolgih vzvodih zaradi hitre rasti skeleta je obremenitev v sklepih in ligamentih velika. Ker funkcionalno slabe mišice te strukture slabo ščitijo, je možnost strukturnih okvar večja. Da bi to preprečili, je treba več storiti za odpravo mišične slabosti, preprečevati pretirane obremenitve in odgovorno zaščititi te pasivne strukture z ustreznimi pripomočki (Srakar, 1990).

Kar zadeva zgornje ude, so najpogostejše anomalije v položaju ramen. Pri tem so posebno pri asteničnih otrocih v prvih šolskih letih očitne štrleče lopatice. V kasnejših letih pa naprej potisnjena in spuščena ramena. Precej pogosta je različna višina ramen (Srakar, 1986).

Slaba drža je najpogostejša motnja v telesnem razvoju mladine. To vsaj v začetku še ni bolezen, temveč je samo najpogostejša manifestacija slabosti rasti, utrujenosti

živčnomišičnega sistema ter nepravilne in nezadostne telesne vzgoje. Zato je za preprečevanje nastanka slabe drže pa tudi za njeno popravljanje nujno potrebna zadostna telesna aktivnost. Za otroka s slabo telesno držo navadno še ni potrebna korektivna gimnastika. To je potrebno za tiste otroke, kjer slaba drža že prehaja v strukturne spremembe (Srakar, 1986).

## 1. 2 Zgodovinski oris pojavnosti slabe telesne drže

Na možno pojavnost slabe telesne drže z vsemi njenimi posledicami v (naj)starejši zgodovini lahko samo sklepamo na podlagi ugotovitev zgodovine medicine (ortopedije).

Sledi večine znanih ortopedskih bolezni so našli že na okamenelih prazgodovinskih okostjih. Skoliotične deformacije hrbtenice, kostno tuberkulozo, degenerativne spremembe na sklepih in deformacije stopal so našli pri egiptovskih mumijah. Znano je tudi, da so Špartanci novorojenčke s prirojenimi deformacijami izločali (metali v prepad). Znani grški zdravnik Hipokrates (460 – 377 pr. n. š.) je zelo natančno opisal prirojen izpah kolkov in prirojen ekvinovarus stopal, Galen (2. stol.) pa je lepo opisal deformacije hrbtenice in uvedel izraza **lordoza** in **kifoza**, ki ju uporabljamo še dandanes (Karaiković, 1984).

Na Kitajskem se je že 2700 let pr. n. š. pojavila knjiga »Kong fu« (izkustvo človeka), v kateri so poudarjeni elementi terapevtske gimnastike in njenega učinka na organizem. Kitajski zdravnik Hua To je približno v času Galena osnoval ljudsko gimnastiko »Do-in«, v kateri najdemo gibanja, podobna tistim, ki so značilna za nekatere živali v vsakodnevnih živalskih akcijah. Že takrat je ta zdravnik zapisal: »Kot kljuka na vratih, ki jih pogosto odpiramo, ne rjavi, tako tudi človek, ki se mnogo giblje, ne zboli«. Na Kitajskem so takrat posebno pozornost posvečali dihalni gimnastiki, ki se je pogosto izvajala ob različnih vrstah ceremonialov. Kot takšna se je ohranila do danes in sicer v kombinaciji z izvajanjem ostalih gibov lokomotornega aparata. Gibanja se izvajajo v naravi in ob spremljavi glasbe. Takšno zdravljenje je znano pod imenom terapijska gimnastika »Tei dzi«. Verujoč, da dihalne vaje vplivajo na razvoj duha, so stari Indijci opisali okoli 840 različnih vaj v ta namen (Karaiković, 1984).

Obvezen vidik zdravljenja je bila terapevtska gimnastika tudi v helenski medicini. Tako so Herodik, Hipokrat in Asklepiad smatrali telesne vaje kot obvezen vidik profilaktične medicine (Karaiković, 1984).

V najrazličnejših obdobjih človeške zgodovine tako zasledimo pomembne osebnosti, ki so s svojimi deli prispevale k razumevanju pomembnosti telesne aktivnosti za preprečevanje in zdravljenje najrazličnejših deformacij in bolezni. Omenimo naj nekatere. Že Aristotel (382 – 322 let pr. n. š.), ki velja za očeta kineziologije, je proučeval s pomočjo geometrijske analize gibov akcije mišic. Arhimed (278 – 212 let pr. n. š.) je postavil hidrostatične principe in zakonitosti gibanja v tekočini. Rimljan Galen (131 – 201 let n. š.) je v delu »De motu musculorum« opisal razliko med motoričnimi in senzibilnimi živci, navedel pojem mišičnega tonusa in razdelil mišice na agoniste in antagoniste. Zdravnik in filozof Avicenna (980 – 1037) v svojem delu »Kanon medicine« posebno pozornost posveča terapevtski gimnastiki. Bolnikom je predpisoval in doziral vaje in spremljal pokazatelje, ki so nakazovali na dosežene učinke vadbe (znojenje, barva kože, lokalna toplota, utrip srca). Leonardo da Vinci (1452 – 1519) je odkrival odnose med centrom gravitacije in ravnotežnim položajem telesa, analiziral mehanizem delovanja telesa v stoji, pri hoji, skakanju in v teku (Karaiković, 1984).

Leta 1573 je Mercurialis izdal prvi učbenik gimnastike »De arte gymnastica«. Kirurg Ambroas Parre (1517 – 1590) omenja vadbo kot sredstvo za zdravljenje. Strokovno je pristopil k problemu muskulaturne funkcije in gibanja oče moderne biomehanike Alfonso Borelli (1608 – 1679), ki je izdelal matematične formule gibanja. Nikolas Andry (1658 – 1742) je videl v telesnih vajah sredstvo za korekcijo deformacij. Tako se je pojavil nov pojem – ortopedska gimnastika. Ko je Hans Pehr Ling (1776 - 1839) osnoval svoj inštitut v Stockholmu, so telesne vaje postale del medicinske stroke. Prepričanje v koristnost vaj je bilo tolikšno, da je Tissot 1781 leta napisal: »Gibanje s svojim delovanjem lahko zamenja vsako terapevtsko sredstvo, medtem ko vsa zdravilna sredstva ne morejo nadomestiti gibanja«. Vsekakor je to navdušenje šlo v skrajnosti (Karaiković, 1984).

Na podlagi vseh takšnih pridobitev in zgodnjih del mnogih avtorjev (Bright, Seidenhem ...) se je razvijala moderna kinezioterapija, katere temelje je postavil Benjamin Duchene v knjigi »Fiziologija gibanja« (1866). V 19. stoletju se je posebej močno razvijala medicinska gimnastika pri raznih obolenjih. Münchenski profesor Oertel je poudarjal metodo zdravljenja kardiovaskularnih bolezni s treningom, ki ga kot posebno gimnastiko izdelal Schott leta 1884. Ta problem je aktualen tudi v današnji sodobni kinezioterapiji. Šved Brand (1864) je opisal gimnastiko za ginekološke bolezni, Švicar Frankel (1889) pa za živčne bolezni. Pojavi se tudi posebna gimnastika za respiratorne bolezni, katere začetnika sta Singer in Horbauer (1910). Končno pa se je leta 1927 pojavila metoda gimnastike za deformacije hrbtenice (Karaiković, 1984).

Pojav večjih in vse pogostejših vojn, uporaba eksplozivnega orožja postane izvor velikega števila ranjencev in invalidnih oseb. Tako se je pojavila potreba po hitrem usposabljanju ranjenih in obolelih in vračanje istih ljudi na fronto. V vajah, torej v aktiviranju osteomuskularnega aparata, se vidi eno od odločilnih sredstev terapije. Tako je Šved G. W. Zander (1835 – 1920) skonstruiral niz aparatov za pasivno razgibavanje udov, v upanju na hiter in učinkovit terapevtski učinek. Vendar je kmalu prevladalo spoznanje, da je aktiviranje celotne kinetične verige, od možgan do efektorjev, učinkovito le skozi aktiven gib, tj. z lastno voljo, ker se tako ustvarja specifična biološka podpora. Med in po drugi svetovni vojni je bila pri zdravljenju množice ranjencev dokazana točnost omenjene trditve. Zaradi neučinkovitosti pasivnih gibov je tako bil izdelan sistem vaj s postopnim in progresivnim obremenjevanjem (A. L. Watkins in drugi). Pojavili so se znanstveni koncepti in razlage aktivnih gibov (McKansy, Kabat, Frankel). Začeli so proučevati odnose med močjo mišic, trajanjem vaj, povprečnim presekom mišic in drugimi parametri (Karaiković, 1984).

Leta 1929 je v Ljubljani nastal oddelek za fizikalno terapijo, katere sestavni del je kinezioterapija poleg ostalih fizikalnih terapij.

Pogled v zgodovino nam sicer razkriva že zgodnje spoznavanje preventivnega in terapevtskega pomena gibanja in telesnih vaj, vendar empirično ni mogoče ugotoviti pojavnosti slabe telesne drže, ki bi bila (hipotetično) vzrok za najrazličnejše (ortopedske) okvare. Ortopedija se danes srečuje s popolnoma drugačno patologijo kot ob svojem nastanku skozi zgodovino. Kostna tuberkuloza je skoraj izkoreninjena, preventiva in zgodnje odkrivanje številnih prirojenih anomalij, pa sta popolnoma spremenili njihovo klinično sliko. Vse bolj se spopadamo z degenerativnimi okvarami, ki so posledica daljše življenjske dobe, delovnih in življenjskih navad (premalo gibanja – slaba telesna drža z vsemi posledicami) in vsakodnevnih preobremenitev (homo sedens).

Z veliko večjo mero verjetnosti lahko sklepamo na bistveno povečano pojavnost slabe telesne drže v zadnjih desetletjih osemnajstega stoletja; torej z razcvetom kapitalističnega podjetništva. Ta trditev utegne držati predvsem z vidika otroškega dela v tedanji industriji. Iz podatkov, ki jih je zbral angleški parlament, izvemo za brezmejno izkoriščanje otrok v tovarnah in rudnikih, otrok, ki so v starosti od 6 do 7 let delali po cele dneve in celo po cele noči, otrok, ki jim niso dovolili niti kratkega odmora, da bi se najedli, tako da so morali svojo pičlo hrano použiti kar med delom (Kulišer, 1959).

Dokler industrija še ni bila organizirana tovarniško, so delali otroci predvsem doma, v družini. Šele s prehodom k uporabi mehanične sile so bili primorani hoditi v zaprte delavnice podjetnikov, kjer so bili delovni pogoji v zdravstvenem in moralnem oziru po možnosti še slabši. Industrija si je prizadevala proizvodne stroške čimbolj znižati, zato je država odmerila delovni čas, določala najvišje mezde in pospeševala uporabo otroškega dela, ki je bilo cenejše od dela odraslih; razen tega so navajali otroke na delo že v najnežnejši mladosti.

Le polagoma, od začetka 19. stoletja, so se začeli nazori spreminjati. Zdaj so se borili proti otroškemu delu, češ da je škodljivo za telesni in duševni razvoj bodočih rodov ter nevarno prav tako, kakor pretirano dolg delovni čas in drugi delovni pogoji, ki ogrožajo delavčevo (otroško) zdravje. Polagoma se je pridružilo temu še spoznanje, da najcenejše delo nikakor ni zmerom najboljše (Kulišer, 1959).

Glede izkoriščanja otrok, ki se je širilo po tovarnah širom Evrope, je tako polagoma nastal v nazorih preobrat. Nemško šolstvo se je najprej zavzelo za zaščito otrok. Stoječ na stališču kulturnih potreb naroda in pedagoških načel so temeljito proučili težavno vprašanje, kako bi uredili otroško delo, potem pa so zahtevali obvezno šolanje do določene starosti, katerega posledica naj bi bila prepoved obrtnega dela za šoloobvezne otroke. Toda pokazalo se je, da so stari nazori, po katerih so cenene delovne moči za razcvet industrije nujno potrebne, žilavi in odporni; ti nazori so bili dovolj močni, da so uspešno kljubovali novim idejam in zavrli njihovo zmago. Iz strahu, da bi škodovali manufakturam, so se bali ukrepati odločneje. Učinkovito so podprli pristaše nove smeri vojaške oblasti, ki so opozarjali na to, da ugotovijo vsako leto na naborih v industrijskih okrajih veliko število za vojaško službo nesposobnih (1828). Ta poročila so vplivala na vlado mnogo bolj, kakor pritožbe šolskih oblasti. Če jih ne bi objavili, bi se morda uresničenje zakonodaje o zaščiti dela še močno zavleklo (Kulišer, 1959).

Prvi zarodki zakonodaje o zaščiti dela se pojavijo v Prusiji, Avstriji in Franciji v letih od 1839 do 1842, vendar pa je bil pomen teh prvih zakonov o zaščiti otrok za prakso le neznaten. Praktičen pomen je dobil šele zakon iz leta 1853, ki je dopuščal zaposlitev mladoletnikov šele po izpolnjenem dvanajstem letu in znižal delovni čas za otroke do štirinajstega leta na 6 ur dnevno. Delo že tako redkih inšpektorjev so tovarnarji prva leta ovirali na vse načine. Delavci, katerih otroci so bili zaposleni v tovarnah, pa so bili v tem boju na strani podjetnikov. V novem zakonu so videli kršitev svojih roditeljskih pravic in bili so ogorčeni,



ker so s prepovedjo otroškega dela (izpod dvanajstega leta) izgubili nekaj svojih dohodkov (Kulišer, 1959).

V Franciji so leta 1840 objavili podatke ankete o telesnih in moralnih razmerah delovnih razredov, katerih posledica je bil zakon iz leta 1841. Le-ta je docela prepovedal (toda samo za podjetja, v katerih je delalo nad dvajset delavcev) zaposlitev otrok izpod osmega leta in omejil delovni čas za otroke od osmega do dvanajstega leta na 8 ur. Za mladoletnike od dvanajstega do šestnajstega leta pa na 12 ur. Nasprotniki tega zakona pa so ugovarjali, da bodo otroci, ki ne bodo smeli več delati v tovarnah, prepuščeni pomanjkanju in bedi; skušali so tudi dokazati, da mora biti delovni čas za vse kategorije delavcev enak, ker v mnogih industrijah odrasli delavci potrebujejo sodelovanje mladoletnikov. Toda javno mnenje je opozarjalo na primer Anglije, ki sta mu sledili Prusija in Avstrija, in za katerim tudi Francija ne sme zaostajati, kajti družba ima pravico zahtevati za otroke **zdrav telesni razvoj** in če si prizadeva odstraniti nepravilnosti v industriji, to še nikakor ne pomeni, da zavira njen napredek. »Družba,« je rekel Dupin v poslanski zbornici, »nima samo pravice posredovati, marveč ima tudi obveznost, dolžnost, in sicer neizpolnjeno dolžnost, ki jo mora izpolniti.« Žal tudi tu niso sledili drugemu zgledu Anglije, da bi ustanovili tovarniško inšpekcijo (Kulišer, 1959).

Če povzamemo: tovarniški delavci v obdobju začetnega kapitalizma so bili telesno izčrpan, neveden, zanemarjen sloj prebivalstva. Njihovi življenjski pogoji so bili najslabši, kar si jih more človek misliti. Delovni dan je trajal od 12 do 13 ur in še več, mezde so bile nizke, delavci so živeli s svojimi družinami ob nezadostni prehrani ter nagnjeni v umazanih stanovanjih.

Žensko in otroško delo je bilo zelo razširjeno. Na pol odrasli otroci so delali od 10 do 12 ur dnevno. Zaradi bede, dolgotrajnega dela brez odmora in dela ponoči, načina dela (prisilna drža), slabe prehranjenosti, torej skrajno nezdravih življenjskih razmer, v katerih so živeli otroci, in kakor izhaja iz takratnih ugotovitev nemških vojaških oblasti o telesnih nesposobnostih nabornikov (1828), lahko nedvomno sklepamo na množično pojavnost slabe telesne drže in na hujše telesne deformacije.

Opisani način izkoriščanja otrok, ta »otroški rop«, kakor je Marx imenoval ta sistem, pa je pod vplivom človekoljubnih nazorov (in interesa države), ki so v drugi polovici 18. stoletja čedalje bolj prodirali v zavest vplivnih slojev javnosti, pričel polagoma izginjati. Pozneje je imela pri tem svojo vlogo tudi okoliščina, da je nudila uporaba otroškega dela spricho čedalje

popolnejše tehnike neprimerno manjše ugodnosti kakor prej. Zamotani stroji so terjali izkušene, strokovno izšolane delavce, da so jim stregli. Izkoriščanje, ki so mu bili izpostavljeni otroci, pa je sprožilo v širokih socialnih slojih zahtevo, naj država poseže v vprašanje otroškega dela (Kulišer, 1959).

Empirični podatki (glej tabelo 1) o pojavnosti slabe telesne drže pri nas temeljijo na predvojni statistiki, po kateri je bilo 65,7 odstotka napak v drži in hoji pri dekletih med 14. in 18. letom. Pri tem so bile vse težje napake odštete, ker so sodile v ortopedske bolnišnice in zavode za onemogle otroke. Po drugi statistiki o napakah samo na hrbtenici je bilo ugotovljeno pri osnovnošolskih otrocih pri dečkih 14,4 odstotka napak na hrbtenici, pri deklicah pa 33,5 odstotka napak, pri srednješolcih pa pri fantih 13,8 odstotka napak na hrbtenici, pri dekletih pa 28,5 odstotka napak (Šef, 1950).

Pri preiskavi abnormalnosti v nogah pri otrocih od 6. do 14. leta je bilo ugotovljeno 19,5 odstotka nog na »O« in na »X« ter 27,8 odstotka iznakaženih stopal. 28 odstotkov nepravilnosti v nogah je bila posledica krive drže v hrbtenici in 4,1 odstotka rahlo skoliotičnih (skrivljenih). Pri tem se je pokazalo, da so bile iznakažene noge pri deklicah najpogosteje prisotne med 11. in 15. letom, pri dečkih pa med 6. in 10. letom. 70,3 odstotka grbavcev je šlo na račun nepazljivosti v šolski dobi, ko niso pazili dovolj na otroke s slabo, plosnato ali preveč gibljivo hrbtenico. Pohablencev je nastalo v šolski dobi 58 odstotkov, v predšolski 36 odstotkov in po 15. letu le 6 odstotkov. Tretjina mladine, ki naj bi šla v poklice, ni bila popolnoma sposobna zanje (Šef, 1950).

	14 – 18 let			
<b>napake v telesni drži in hoji</b>	65,70 %			
	<b>OŠ – dečki</b>	<b>OŠ – deklice</b>	<b>SŠ – fantje</b>	<b>SŠ – dekleta</b>
<b>napake samo na hrbtenici</b>	14,40 %	33,50 %	13,80 %	28,50 %
	<b>OŠ</b>			
<b>noge na "O" in "X"</b>	19,5 %			
<b>iznakažena stopala</b>	27,8 %			
	28 % zaradi slabe telesne drže			
	4,1 % zaradi skolioze			
<b>grbavost</b>	70,3 % zaradi nepazljivosti v šolski dobi			
	pred šolo	osnovna šola	po 15. letu	
<b>pohabljeni</b>	36 %	58 %	6 %	

Tabela 1: Prikaz pojavnosti slabe telesne drže iz povojnega obdobja

Po teh podatkih, ki so veljali najmanj v toliki meri za našo populacijo otrok tudi po II. svetovni vojni, lahko ugotovimo, da telesno stanje velikega števila otrok ni bilo zadovoljivo. Pomen tega je še večji, če pomislimo, da je nepravilna drža le en znak nepravilne rasti.

### **1. 3 Preventivni in terapevtski vidiki pri preprečevanju in odpravljanju slabe telesne drža**

#### **1. 3. 1 Opredelitev športa in športna kultura**

Šport je neenovit kulturni pojav, ki ga glede na temeljni namen delimo na podpodročja. Šport niso samo dosežki selekcijskega tekmovalnega športa in prizadevanja zanj, ampak veliko več. Že leta 1952 je prof. Ulaga zapisal: »Po našem pojmovanju je šport psihofizično udejstvovanje človeka, ki naj služi zdravju, stopnjevanju življenjskih sil in v nemali meri tudi koristnemu načinu razvedrila.« (Kristan, 2006).

Tudi v Mednarodnem športnem manifestu je zapisano: »Šport je vsaka telesna dejavnost, ki ima značaj igre in obsega možnost boja samega s seboj, z drugimi ali s prvinami narave.« (Kristan, 2006).

V domači opredelitvi pojma šport je rečeno: »Šport je gibalna dejavnost tekmovalne ali netekmovalne oblike, ki je namenjena ohranjanju bio-psiho-socialnega ravnovesja, razvedrilu zabavi in duševni sprostitvi, udejanjanju težnje po opaznih gibalnih dosežkih, včasih pa zgolj zdravljenju in rehabilitaciji po ozdravljenju. Včasih bolj prevladuje en namen, včasih drug, vse pa je šport.« (Kristan, 2006).

Tudi v Nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji je zapisano: »Šport velja za kulturno samoumevnost in civilizacijsko vrednoto. Predstavljal naj bi način življenja, iskanje in potrjevanje samega sebe, tekmovanje ali zgolj igro.« (Kristan, 2006).

"Kulturno samoumevnost in civilizacijsko vrednoto" pa ni mogoče pripisati le tako imenovanemu gladiatorskemu športu, ampak vsem pojavnim oblikam športa, zlasti še ukvarjanju s športom zaradi zdravja in kakovosti življenja (Kristan, 2006).

Kultura v najširšem pomenu je opredeljena kot skupek vrednot in vedenja nekega naroda ali neke skupine in ni nikoli nekaj abstraktnega. Neizogibno je, da se pretvori v ustanove

družbenega sožitja, v mestne oziroma lokalne ter državne strukture. Prehod od kulture do javne ustanove in strukture pa se udejanja po političnem posredovanju. Za Slovenijo lahko z vso samozavestjo trdimo, da razpolaga z zgodovinsko dolgo tradicijo športne kulture in da je to zgodovinsko zakoreninjenost treba samo še dograjevati oziroma jo prilagajati zahtevam sodobnega časa.

Za vzor si tako lahko vzamemo športno podobo znanega Slovenca Stanka Bloudka. Bloudek ni bil vrhunski športnik, ampak se je ukvarjal z različnimi športnimi zvrstmi na ravni, ki bi jo danes lahko šteli za športno rekreacijo. Bil je izumitelj, graditelj objektov, organizator, športni buditelj in športni učitelj in torej celostna športna osebnost. Identifikacija s Stankom Bloudkom je toliko bolj žlahtna, saj je prav področje športne rekreacije bistvena konstitucijska prvina športne kulture.

### **1. 3. 2 Zdravje in šport**

Svetovna zdravstvena organizacija je bila v svoji 45-letni zgodovini začetnica reform zdravstvene politike. Že od samega začetka ni razumela zdravja le kot odsotnost bolezni, marveč je poudarjala interakcijo med telesnimi, duševnimi in socialnimi dimenzijami (Urbanč, 1993).

Preusmeritev v promocijo zdravja znotraj gibanja »Zdravje za vse« je bila formalizirana, ko so leta 1984 sprejeli znanih 38 ciljev. Okvirno strategijo za promocijo zdravja pa je prinesla Ottawska listina o promociji zdravja leta 1986. Listina je definirala novo usmeritev kot »proces, ki omogoča posameznikom in skupnostim, da povečajo svoj nadzor nad determinantami zdravja, oziroma da vplivajo na izboljšanje svojega zdravja in zdravja skupnosti.« Listina definira promocijo zdravja kot novo politiko in strategijo na področju zdravstvenega varstva. Poudarek je na tem, da je za zdravje potrebno ustrezno okolje in sodelovanje javnosti. Treba je spremeniti vlogo posameznikov tako, da prevzemajo večjo odgovornost za lastno zdravje. Poleg tega je treba reorganizirati obstoječo zdravstveno dejavnost (Urbanč, 1993).

Zdravje je temeljna človekova pravica in obetavna družbena naložba. Vlade so dolžne investirati potrebne rezerve v promocijo zdravja ter tako izboljšati zdravstveno stanje svojih državljanov. Temeljno načelo socialne pravičnosti je zagotoviti ljudem dostopnost do zdravstvenih storitev in do bistvenih elementov zdravega načina življenja. Dostopno

zdravstvo in zdrav način življenja po drugi strani bistveno prispevata k dvigu družbene produktivnosti iz razvoja družbe nasploh. Zato se mora gospodarska, socialna in zdravstvena politika povezovati v celovito akcijo za splošni napredek (Urbanč, 1993).

Temeljni pogoji in resursi za zdravje so: mir in varnost, pravičnost, dostopno izobraževanje in vzgoja, zdrava hrana, zdrava pitna voda, varno delo, ustrezno stanovanje, ustrezen dohodek, stabilen družbenoekonomski sistem, stabilen ekosistem. Temeljni pogoji zdravja postavljajo promocijo zdravja v okvir javnega zdravstva in socialne politike (Urbanč, 1993).

Pogoj za uresničevanje temeljnih pogojev zdravja pa je zdravju naklonjena javna politika, ki se po deklaraciji iz Adelaide (1988) označuje kot »posebna skrb za zdravje in enakopravnost na vseh področjih političnega odločanja«. Pomembno je poudariti dve področji, ki ju listina posebej izpostavlja. To je odgovornost nosilcev politične moči za zdravje, ki jo postavlja celo na prvo mesto pred vse druge pravne in rizične subjekte. Od njihovih političnih, ekonomskih in drugih odločitev je v največji meri odvisno zdravje prebivalstva. Listina poleg tega podaja novo dimenzijo zdravja, ki ga pojmuje kot kvaliteto življenja, s tem pa prav posebej poudarja, kako se do te kvalitete in z njo do zdravja pride. Tako postaja krepitev zdravja mnogo več kot preventiva, saj gre za stremljenje po izboljšanju zdravja nasploh in ne le za specifične zdravstvene ukrepe za preprečitev bolezni (Urbanč, 1993).

Prizadevanja Svetovne zdravstvene organizacije za izboljšanje zdravstvenih razmer po svetu so namenjena vsemu svetovnemu prebivalstvu in tako tudi slovenskemu, saj je naša država njena članica. Potemtakem ni dvoma, da so sodobne usmeritve za izboljšanje zdravstvenih razmer predvidene tudi ali morda še najbolj za mladino oziroma mlade generacije. Vprašanje se lahko zastavlja kvečjemu, kako v Sloveniji sprejemamo to novo strategijo in opredelitve in kako jih uresničujemo v življenju. Hkrati se nam samo po sebi zastavlja vprašanje, kakšne so možnosti za doseganje boljšega zdravja v naših razmerah in pri prebivalstvu naše države. Glede prvega vprašanja lahko rečemo, da imamo v zakonodaji določila, ki so povsem usklajena s prizadevanji Svetovne zdravstvene organizacije in njeno zasnovo o primarnem zdravstvenem varstvu ter o krepitvi zdravja. Pri njenem udejanjanju pa smo še povsem na začetku. Odgovornosti in skrbi nosilca politične moči za zdravje skoraj ni čutiti in je tudi redko prisotna pri sprejemanju njihovih odločitev, predpisov in razvojnih načrtov. Kolikor se ukvarjajo z vprašanji zdravstvenega varstva, se najpogosteje opredeljujejo do problemov

zdravstvenih dejavnosti in zmogljivosti ter do področja zdravstvenega zavarovanja. Premika k takšni politiki, ki bi ob sprejemanju odločitev na vseh ravneh in na vseh področjih najprej zasledovala boljše zdravje, še nismo dosegli in tudi ni znakov, da ga bomo kmalu. Zato so iniciative in podpora aktivnostim in programom za krepitev zdravja prepuščene posameznim entuziastom ali skupinam ljudi, ki so dojeli novo dimenzijo problematike zdravja kot človeka vredne kvalitete življenja. Tudi na gospodarskem področju je razmišljanje o zdravju prej naključje kot posledica načrtne in zavestne odločitve o tem, da je zdravje glavni cilj in prioriteta razvojna naloga družbe in najboljša investicija. Nenazadnje poteka tudi preusmeritev zdravstvene službe, kot to zahteva Ottawska listina, prepočasi. V nekaterih primerih se zdravstvena služba celo usmerja v povsem nasprotno smer. Tako bi lahko kritično ocenili dogajanja še na mnogih drugih področjih, ki jih dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije omenjajo kot osrednja in nujna za doseganje zastavljenih ciljev (Urbanč, 1993).

Če bi želeli decidirano odgovoriti na vprašanje, kako pri nas strategijo promocije zdravja spreminjamo v operativno prakso, bi se znašli v zadregi. Naša hotenja so prav gotovo napredna (enakopravnost, pravice na področju zdravstvenega zavarovanja, socialnega in zdravstvenega varstva itd.). Drugo vprašanje je seveda, kako in v kakšni meri se ta politika uresničuje v neposredni praksi. Eno je pisati zakone in strankarske programe ter govoriti o človekovih pravicah, povsem drugo pa je ustvariti potrebne temeljne pogoje za dobro zdravje in zdravstveno kulturo v življenju posameznika in družbene skupnosti. Žal nas realno stanje ne more zadovoljiti. Gospodarska, socialna, politična in moralna kriza, ki jo spremlja naraščanje nezaposlenosti, multiekonomskega razvoja, barbarsko vedenje do okolja ter birokratski sistem zdravstvenega varstva so kazalniki, ki opozarjajo, da smo glede zdravja ljudi marsikje še daleč od proklamiranih načel (Urbanč, 1993).

Šolska medicina se je kot specifičen segment sistema zdravstvenega varstva že od svojih začetkov, v svetu in pri nas, razvijala kot preventivna dejavnost, usmerjena prvenstveno v probleme organske etiologije, ki so prevladovali v morbiditeti šolskih otrok. Pri tem je vsekakor izkoriščala prednosti šole – njeno vzgojno funkcijo in dosegljivost populacije. Vendar se je sčasoma morbiditeta spremenila. Nalezljive bolezni so izgubile svojo epidemiološko pomembnost, revmatične mrzlice in tuberkuloze je minimalno. Pojavili so se novi problemi psihosocialne narave – motnje v vedenju, neuspeh v šoli, nevrotične motnje. Povečalo se je število otrok, ki imajo motnje v razvoju in težke kronične bolezni, pa po

zaslugi medicinskega napredka preživijo. Poleg svojih specifičnih potreb imajo v času šolanja pravico do kvalitetnega življenja, tako kot njihovi zdravi vrstniki, to pa daje medicini nove vsebine. Potrebe adolescentov so v zdravstvenih programih mnogih držav ostale zanemarjene, verjetno zato, ker sta smrtnost pa tudi obolevnost za težkimi boleznimi v primerjavi z drugimi skupinami prebivalstva manjši. V zadnjem desetletju se je končno povečalo zanimanje za zdravje mladih (starostne skupine 10 – 24 let). Združeni narodi so leto 1985 razglasili za mednarodno leto mladih. Zaradi tega je Svetovna zdravstvena organizacija izdelala poročilo z naslovom »Zdravje mladih – izziv družbi«. Z jasnim sporočilom: Naloga vsake družbe je usposobiti mlade, da dejavno pripomorejo k svojemu zdravju in zdravju skupnosti (Urbanč, 1993).

Tako smo prišli do imperativa sedanjosti: bistveni sestavni del zdravstvenega varstva mladih je, da jih nauči zdravo živeti. Ta cilj se lahko uresniči le v sodelovanju s šolo. Sodelovanje zdravnika in učitelja, temelj šolske medicine od njenih začetkov, je danes pomembnejše (Urbanč, 1993).

Nova pojmovanja o zdravju in njegovem oblikovanju dajejo nove okvire za delovanje zdravstvene službe. To velja tudi za šolsko medicino, ki je pred izzivom, da s svojim delovanjem, analiziranjem razmer odkriva in opozarja na rizike. Še bolj kot doslej bo morala obveščati, prosvetljevati in vzgajati šolarje in mlade k zdravemu življenju, vzgojitelje, starše in nosilce politične moči pa usposabljati za ustvarjanje razmer in ozračja, ki bodo naklonjeni zdravju, njegovi krepitvi ter povečevanju odgovornosti zanj. S tem bo najboljše uresničila svoj del nalog, ki so si jih zadale države članice Svetovne zdravstvene organizacije (Urbanč, 1993).

### **1. 3. 3 Igra in njen značaj v preventivi slabe telesne drže**

Za korekcijo posturalnih motenj in telesnih deformacij so pri preventivi slabe telesne drže bolj kot kompleksi vaj, ki so lahko monotoni, primerni elementi raznih iger. Pojav telesnih deformacij lahko privede do določenih psihičnih travm. Zabava in veselje, kakor tudi raznovrstnost gibov so nekatere od osnovnih karakteristik, ki dajo tem aktivnostim pozitiven ton in imajo ravno zaradi tega svoje mesto v preventivi in korekciji slabe telesne drže. (Živković, 2000).

Igra ima pomembno vlogo pri tem delu, vendar samo v primeru, ko njena aplikacija ne ogroža zdravstvenega statusa človeka. Cilj igre je dvig življenjskega optimizma in razveselitev človeka z motnjo in jo je tako potrebno prilagoditi vrsti in stopnji deformacije. Igra mora dopolniti korektivno gimnastiko, ker ponavadi elementi korektivne gimnastike zaradi stereotipnosti zmanjšujejo interes za vadbo. Igra pa ravno ta moment nevtralizira. Skozi igro človek z deformacijo vzpostavlja svojo psihično integriteto in spozna svoje telesne potenciale. V igri se pojavlja tekmovalni duh, razvija se sposobnost za čim bolj pravilno izvajanje gibov, t. j. za čim boljšo funkcijo poškodovanega dela telesa. Igra ne dovoljuje, da se človek s telesno deformacijo zapre vase, in tako omogoča lažje prenašanje rehabilitacije, ki je lahko včasih tudi dolgotrajna. Med okrevanjem lahko uporabljamo elementarne igre. Pogosto so to igre z žogo, ker so najlažje izvedljive, v skladu s trenutnimi potrebami pa uporabljamo žoge različnih velikosti teže in oblike. Poleg žog so v igri uporabni tudi drugi rekviziti kot so: keglji, palice, obroči, »ekspanderji« in podobno (Živković, 2000).

Ena izmed najbolj znanih otroških iger je igra »ringa-ringa-raj«. Ta igra je uporabna pri odpravljanju lordoze, ker otroci največ časa ostajajo v položaju počepa, le-ta pa vpliva na raztezanje miškulature ledvenega predela hrbtenice, kot stabilizatorja zadnje strani hrbtenice. Koristne so tudi igre v sedečem, stoječem in ležečem položaju, iz katerih so možni različni meti z zamahom z obema rokama, npr. zamah nad glavo naprej ali nazaj za raztezanje aktivnih in pasivnih mišic prsnega koša in mišic prsnega dela hrbtenice. V glavnem se za korekcijo kifoze uporabljajo različni meti v sagitalni ravnini (Živković, 2000).

Igre v vodi imajo prav tako izredno mesto v preventivi in korekciji telesnih deformacij. Ista igra na suhem ali v vodi ima povsem drug smisel in značaj. Voda deluje na človeka poživljajoče ali pa sproščujoče, v kombinaciji z vajami pa ima pozitiven učinek na slabo telesno držo. Izvajanje prevalov naprej v vodi vpliva na korekcijo lordoze, prevali nazaj v vodi pa blago vplivajo na korekcijo kifoze (Živković, 2000).

#### **1. 3. 4 Značaj športa v preventivi slabe telesne držbe**

Po sistematični uporabi iger ali pa njihovih elementov, s katerimi smo razvili motorične sposobnosti na določen nivo, lahko za nadaljnji razvoj motoričnih sposobnosti uporabimo originalne ali prirejene elemente posameznih športov. Šport pozitivno vpliva na psihično relaksacijo, v večji meri pa vpliva na stabilizacijo, razvoj in izboljšanje poškodovanih delov telesa, pod pogojem, da je pravilno izbran, doziran in organiziran (Živković, 2000).



Smisel športa je težnja za večjim, boljšim, pa tudi maksimalnim dosežkom oziroma premagovanjem doseženih rezultatov. Ta značilnost športa se lahko v dokaj dobri meri pravilno izkoristi v korekciji deformacij, s tem seveda, da se ne bo dosegal vrhunski rezultat, kar tudi ni smisel športa v preventivi (Živković, 2000).

Dvig funkcij vitalnih organov na višji nivo, doseči uspeh merjen z rezultatom, t. j. zmago, daje človeku samozavest in zadovoljstvo. Pri ljudeh s telesnimi deformacijami pa je treba športne aktivnosti skrbno načrtovati in pripraviti. Športe izbiramo tako, da imajo primarno mesto tiste motnje, na katere moramo vplivati, s tem da ne pozabimo na splošni razvoj telesa, t. j. telesa v celoti. Šport človeka zaposli tako, da odvrta pozornost od lastnega obolenja in je ravno zaradi tega zelo koristen. V tem je prednost športa v primerjavi s korektivno gimnastiko (stereotipni gibi). Kljub stereotipnim gibom pa je korektivna gimnastika nujna predvsem v prvih fazah korekcije telesnih deformacij. Tekmovalnost je osnovna vsebina športa in mu daje poseben draž. Človek z neko telesno motnjo tekmuje, vendar se morajo elementi obvezno prilagajati tej motnji oziroma deformaciji (Živković, 2000).

Pri plavanju so uporabne vse štiri tehnike, odvisno od tega, kateri del telesa mora biti bolj angažiran glede na telesno deformacijo. Delfina, kot tehnika plavanja, ki v veliki meri angažira aktivne in pasivne mišice ledvene hrbtenice, se morajo izogibati ljudje z lordozo. Toda gibi rok pri tej tehniki izredno dobro vplivajo na tonus dorzalnih raztegovalcev hrbta, posebej retropulzivni gib (zamah rok naprej nad vodo). Prav tako pa je propulzivni gib (zamah rok skozi vodo nazaj) neizbežen element v korekciji tono – statične miškulature. Plavanje v prosti tehniki deluje na m. trapesius in m. rhomboideus in je priporočljiv za ljudi s kifozo in lordozo. Hrbtna tehnika in prsna tehnika nimata nekega posebnega vpliva na omenjene deformacije, vendar pa dobro vplivata na telo, posebej ko je treba raztegovati mišice oziroma mišične skupine (Živković, 2000).

Elementi košarke in odbojke angažirajo mišice hrbta v smislu toniziranja le-teh, ker so prisotni elementi kontrole žoge, ko je ta nad glavo (Živković, 2000).

Pri športni gimnastiki je potrebna previdnost, ker obstajajo vaje, ki so kontraindicirane. Ljudje s kifozo bi morali uporabljati vaje v vesi in upor, izogibati pa se je treba elementov izven vese, da ne bi prišlo do povečanja ledvene krivine (nihanje na drogu, naupor jezdno na drogu, most na parterju). Ljudem z lordozo koristita preval naprej in nazaj (Živković, 2000).

Navedene igre in športi prispevajo k izpopolnjevanju motoričnih sposobnosti, ki so v bistvu cilj korektivne gimnastike (Živković, 2000).

### **1. 3. 5 Gibanje in šport za zdravje**

Pomanjkanje gibanja je pogost vzrok za smrti, bolezni in druge prizadetosti. Približno dva milijona smrti letno v svetu pripisujemo ravno temu. Raziskave Svetovne zdravstvene organizacije o dejavnih tveganja kažejo, da je sedeči način življenja eden od desetih glavnih vzrokov za smrt in prizadetosti na svetu. Raziskave v Sloveniji so pokazale, da se pomemben delež odraslih in mladih premalo giblje in ukvarja s športom ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php), 20. 2. 2006).

Priporočen obseg gibanja in športnega udejstvovanja za vzdrževanje in izboljšanje zdravja za odrasle osebe je 30 minut vsak dan, za otroke in mladostnike pa vsaj 1 uro vsak dan. Gibanje mora biti zmerne intenzivnosti, tako da povzroči rahlo zadihanost, toploto po celem telesu, predvsem v vročem in vlažnem vremenu. Hitra hoja, kolesarjenje in ples so le nekatere oblike gibanja. Mogoče se je gibati tudi v šoli, doma ali v službi. Namesto dvigala je bolje uporabiti stopnišče (vsaj na poti navzdol). Priporočljivo je tudi izvajanje razteznih gimnastičnih vaj pri sedenju za mizo ali pa v stoječem položaju. Namesto vožnje z avtom je bolje hoditi, teči ali pa kolesariti. Tudi dejavnosti doma so zelo koristne: pomivanje oken, barvanje zidov, sesanje, pometanje, košnja trave, sprehod s psom. Možno se je gibati tudi med gledanjem televizije, npr. preskakovati vrv, korakati na mestu, voziti sobno kolo ali preprosto plesati ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php), 20. 2. 2006).

Hoja, morda najpogostejša in zelo priporočljiva vrsta gibanja, je popolnoma brezplačna. Večina urbanih okolij ima parke, obrežja ali ostala območja za pešce, ki so namenjena hoji, teku ali igranju. Za gibanje torej ni treba iti v telovadnico, bazen ali druge športne objekte.

Za ljudi, ki se jim je gibati in športno udejestvovati tuje, je dovolj začeti le z nekaj minutami gibanja, nato počasi dodajati minute. Doseči 30 minut gibanja je dnevni minimum ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php), 20. 2. 2006).

Gibanje je dostopno vsakemu posamezniku in koristi tudi v poznem življenjskem obdobju; pomaga izboljšati duševno zdravje, nadzor nad gibi in kognitivne funkcije. Ugotovljeno je, da je razširjenost dušenih bolezni med ljudmi, ki se redno gibljejo, manjša. Aktivni način življenja omogoča tudi priložnost za sklepanje novih prijateljstev, vzdrževanje socialne mreže in interakcijo z ljudmi vseh starosti. Gibanje zmanjša občutek osamljenosti in družbene

izključenosti in izboljša tudi samozavest ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php), 20. 2. 2006).

Gibanje in šport sta pomembna za zdravo rast in razvoj otroka in mladostnika. Obseg gibanja in športnega udejstvovanja med mladimi upadeta v državah po vsem svetu. Glavni krivec za to je vedno bolj razširjen sedeči način življenja. Vedno manj otrok hodi v šolo peš ali s kolesom. Preveč časa se porabi za gledanje televizije, igranje računalniških igrice, za delo z računalnikom in to predvsem na račun časa in priložnosti za telesno dejavnost in šport. Redno gibanje in športno udejstvovanje preprečujejo mladim mnogi dejavniki: pomanjkanje časa in motivacije, premajhna podpora in vodenje odraslih, občutek zadrege ali nesposobnosti, pomanjkanje varnih prostorov za gibanje in šport in prepogosto nepoznavanje koristi gibanja in športa. Ugotovljeno je, da so otroci, ki se več gibljejo oziroma se ukvarjajo s športom, uspešnejši v šoli. Telesna aktivnost koristi tudi pri usvajanju preostalih zdravih načinov obnašanja, kot je izogibanje kajenja, alkohola, uporabi drog in nasilnemu vedenju ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php), 20. 2. 2006).

Vzorci gibanja, pridobljeni v otroštvu in adolescenci, se pogosteje ohranjajo vse življenje in zgradijo temelje za dejavno in zdravo življenje. Premalo gibanja in športa v otroštvu lahko botruje težavam z zdravjem v vsem življenju ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php), 20. 2. 2006).

### **1. 3. 6 Vloga lokalne skupnosti in države**

Vzgoja, prosvetljevanje ter dajanje dobrih vzorcev so najbolj uspešni v dobi odraščanja. Vloga lokalnih skupnosti je v tem smislu nenadomestljiva. Ena boljših inovacij na celjskem za preventivno in terapevtsko ukrepanje v zvezi s slabo telesno držo, je program Šole dobre telesne drže v kateri sodelujejo starši, vzgojitelji in učitelji, ki jo organizira in vodi Zavod za zdravstveno varstvo Celje. Omenjena Šola dobre telesne drže pomeni odziv lokalne skupnosti, kajti želja vseh staršev in družbe je zdrav otrok ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/zdrava\\_hrbtenica.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/zdrava_hrbtenica.php), 20. 2. 2006).

Otrokom je treba posvetiti posebno skrb, ker so zaradi hitrega telesnega, duševnega in spolnega razvoja izpostavljeni vrsti problemov v okviru razvoja družbe. Njihovo telo potrebuje poleg pestre in zdrave prehrane tudi pravilno izbrano telesno vzgojo in rekreacijo, ki zagotavlja telesno in duševno ravnotežje ter privzgoji zdrav način življenja. Vedno več otrok in mladostnikov toži zaradi bolečin v hrbtenici, kar je lahko povezano s slabo držo, do

katere prihaja v obdobju rasti. K temu prispevajo različni faktorji, kot je premalo gibanja (šolar presedi eno tretjino dneva), obremenitev pri sedenju v šoli (neustrezni stoli in mize), obremenitev ob sedenju doma (TV, računalnik), hitra telesna rast (otroci dosegajo morfološke značilnosti prej kot njihovi vrstniki pred desetletji), velike obremenitve pri športu, pomanjkanje vzdržljivosti (otroci so gibalno vse manj sposobni, spretni, hitri, kar kažejo rezultati na telesno-vzgojnih kartonih), vibracijski stres (motorji), neprimerna oblačila (tesne hlače) ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/zdrava\\_hrbtenica.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/zdrava_hrbtenica.php), 20. 2. 2006).

### **1. 3. 6. 1 Šola dobre telesne drže**

Namen Šole dobre telesne drže je učenje dobre telesne drže otrok pri stoji, sedenju in v vseh dinamičnih situacijah, spodbujanje otrok h gibanju, samoopazovanju in samokontroliranju in razvijanje samozavesti ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/zdrava\\_hrbtenica.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/zdrava_hrbtenica.php), 20. 2. 2006).

Vsebina Šole dobre telesne drže:

- otroke naučiti opazovanja in navajanja na zavestno korekcijo telesne drže;
- vzpodbujati otroke z osebnim zgledom;
- dolgotrajno, enostransko sedenje prekinjati z dobro izbranimi vajami;
- vzpodbuditi otroke h gibanju, tako da postane njihova potreba;
- otroci naj ne sedijo na stolih odraslih z nepodprto hrbtenico;
- šolsko pohištvo mora biti prilagojeno višini otroka;
- telesna teža otrok mora biti sorazmerna z njihovo višino in konstitucijo;
- nosijo naj anatomsko oblikovano obutev iz naravnih materialov;
- zagotoviti otrokom dovolj spanja, naj ne spijo na starih vzmetnicah;
- naučiti otroke pravilnega dviganja in nošenja bremen;
- naučiti otroke telesnega in duševnega sproščanja med delom doma in v šoli;
- gibati se na svežem zraku (hoja, tek, kolesarjenje ...)

([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/zdrava\\_hrbtenica.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/zdrava_hrbtenica.php), 20. 2. 2006).

Prikazani prispevek družbene skupnosti nedvomno predstavlja novo kvaliteto in pomemben premik na področju razreševanja problematike slabe telesne drže otrok in to kakor v preventivnem tako v terapevtskem pogledu. Pripomnimo lahko še samo to, da si mora (vsaka) lokalna družbena skupnost prizadevati k razširjanju mreže možnosti za vzpostavitev temeljev

za dejavno in zdravo življenje, kot so na primer: trim steze, sprehajališča, igrišča, parki, tekaške in kolesarske steze, gozdne poti ipd.

### **1. 3. 6. 2 Vloga države in načelo subsidiarnosti**

Prostovoljna in sorazmerno omejena združenja, ki nastajajo na nižji, običajno lokalni ravni, ter na osnovi najrazličnejših skupnih interesov, potreb in nalog, pogosto imenujemo »vmesne skupine« ali »vmesna telesa«. »Vmesna« zato, ker so vmes med posameznikom kot najmanjšo družbeno enoto in državo kot najvišjo in najbolj obsežno družbeno formacijo ali organizacijo (Stres, 1991).

Vsa združenja, vse najrazličnejše oblike povezovanja ljudi v gospodarstvu, kulturi, izobraževanju, religioznosti, športu in še kje, tudi družina, sodijo v t. i. »vmesne skupine«. Poleg družine kot vmesne skupine, ki je najbolj vezana na to, kar je človek po svoji naravi, in zato njeno oblikovanje ni prepuščeno človekovi samovolji, so vmesne skupine tudi podjetja, sindikati, poklicne organizacije, šolski kolektivi, umetniške skupine, krajevne skupnosti, občine, najrazličnejša interesna združenja itd. (Stres, 1991).

Izraz »subsidiarnost« je v primerjavi z izrazom solidarnost malo znan. Po latinsko pomeni *subsidium* pomoč. Z izrazom subsidiarnost poudarimo dopolnilno in pomožno vlogo višjih oblik družbene organizacije, predvsem državnih organov, glede teh t. i. »vmesnih skupin«. Najvišji državni organi so namreč vedno izpostavljeni nevarnosti, da si prigrabijo vse pristojnosti in hočejo odločati o vsem ali skoraj o vsem. Za to imajo tudi objektivne razloge. Razpolagajo namreč z najvišjo avtoriteto in močjo, tako da lahko svoje programe in zamisli izvajajo tudi s prisilo, če je potrebno. Pa tudi vmesne skupine se dostikrat rade naslonijo na državo in jo kličejo na pomoč, in to celo tedaj, ko bi lahko same izpolnile svoje obveznosti in odgovornosti. Tako se nenehno poraja nevarnost, da bodo državne ustanove odločale o vsem, vse nadzorovale in se v vse vmešavale (Stres, 1991).

Načelo subsidiarnosti pa opozarja, da je vloga najvišjih državnih organov v prvi vrsti v tem, da pomagajo drugim, nižjim združenjem in ustanovam izpolniti njihove lastne pristojnosti in odgovornosti. Njihovo poslanstvo torej ni v tem, da si prigrabijo čim več oblasti in moči, temveč ravno obratno: da s svojimi službami omogočijo najprej čim popolnejšo izpolnitev pristojnosti najrazličnejših vmesnih skupin ali združenj. Načelo subsidiarnosti je torej izrazito nasprotno vsaki centralizaciji in vsakemu preveličevanju države, se pravi najvišjih državnih ustanov (Stres, 1991).

Država zavzema določeno stališče do družbenih dejavnosti kot najvišja, najvplivnejša in najmočnejša družbena organizacija, pa tudi kot politična oblast vladajočega razreda. Kot najvišja splošna družbena organizacija, ki ima moč ukazovanja in prisiljevanja, ki si lahko priskrbi denarna sredstva od državljanov in z njimi razpolaga ter predpisuje pogoje razpolaganja državljanov z denarjem in drugimi dobrinami, zavzema država določeno stališče do gospodarstva in drugih družbenih dejavnosti, ki jih sicer opravljajo podjetja, zavodi, društva ali posamezniki (Modic, 1976).

Stopnje vplivanja in poseganja države v družbene dejavnosti se raztezajo od politike liberalizma, prek raznih oblik intervencionizma do državnega vodenja družbenih dejavnosti, kar označujemo kot totalitarizem. Država se lahko v družbene dejavnosti načeloma ne vmešava. V tem primeru govorimo o liberalistični politiki. Nasprotno se po totalitaristični politiki država načeloma v vse vmešava – ustanavlja podjetja in zavode, jim postavlja predstojnike, načrtuje in predpisuje delo in naloge teh organizacij, jih vodi in nadzoruje. Med obema skrajnostima se giblje intervencionalistična politika, po kateri se država ne vtika v same dejavnosti, pač pa ustvarja pogoje, v katerih te dejavnosti potekajo, in s tem usmerja razvoj (Modic, 1976).

Kljub temu pa je treba opozoriti, da to ne pomeni, da država nima nobene svoje lastne pristojnosti in da nima druge naloge, kot da pomaga nižjim, vmesnim skupinam in združenjem. Ne gre torej za to, da bi vlogo države povsem izvotlili in ji ne bi prisodili nobene lastne vloge. Država ima naloge in vlogo, ki jih nima nobena druga vmesna skupina, in ta vloga ni samo pomožna, temveč osrednja, prava in bistvena. Toda poleg svojih lastnih nalog, med katerimi je osrednja zagotavljanje skupne blaginje, zagotavljanje pravne, socialne in politične varnosti itd., imajo na mnogih drugih področjih državni organi bolj vlogo pomoči, koordinacije, urejanja in nadzora kot pa pravega in neposrednega izvrševanja določenih nalog. Konkretno rečeno, ni naloga tega ali onega ministra, da odloča o vsem, kar se dogaja na področju, ki sodi pod njegov resor. Njegova naloga je, da delo najrazličnejših ustanov in združenj, ki so dejavne na tem področju, usklajuje, spodbuja, urejuje in po potrebi tudi nadzoruje, da ustrezajo svojemu namenu (Stres, 1991).

V opisanem smislu, po načelu subsidiarnosti torej, bi morali pristojni ministrski resorji, za razreševanje pojavnosti in problematike slabe telesne držbe, podpreti prizadevanja lokalnih skupnosti in ustreznih civilnih, nevladnih organizacij – kot smo to videli na primeru celjske lokalne skupnosti.

### **1. 3. 7 Pedagoška paradigma**

#### **1. 3. 7. 1 Zgodovinski oris**

Že daljnega leta 1919 je jugoslovansko sokolsko gibanje zahtevalo reformo šolske telesne vzgoje v smislu, da naj mladina telovadi čim več na svežem zraku, goji naj redovne in proste vaje (jedro sokolske oz. Tyrševe telovadbe), ukvarja pa naj se še z zdravimi športnimi panogami, vendar ne sme pretiravati pri tekmovanjih; tudi pri športnih panogah je treba bolj paziti na lepoto izvedbe kot rezultat. Tako se je v Sokolstvu in sokolskih telovadnicah in telovadiščih pojavilo vprašanje športa in telovadbe. Nadaljnji razvoj telovadbe v Sokolu pa je bil povezan zlasti z načelnimi vsebinskimi vprašanji in dilemami; med njimi je bistvenega pomena vprašanje odnosa do športa. Odpirali sta se predvsem dve vprašanji: splošno, načelno o medsebojnem razmerju in pomenu obeh oblik telesne kulture, zato dveh oblik telesne vzgoje, nato pa še posebej odnos sokolstva do športa (Stepišnik, 1974).

Problem namreč ni bil značilen samo za slovensko in jugoslovansko sokolstvo. Z njim so se morala ukvarjati v Evropi tudi vsa druga telovadna gibanja, tudi češko sokolstvo, in poiskati ustrezne rešitve (Stepišnik, 1974).

Problem je razpet med dva osnovna dejavnika: med človeka in njegovo individualnost na eni in narod (ali drugo manjšo skupino) kot najvišjo socialno kategorijo na drugi strani (Stepišnik, 1974).

Načelno so možne tri rešitve: usmeriti vzgojo izključno temu, da razvija individualnost osebnosti, ali jo usmeriti samo h koristim narodne skupnosti; tretja možnost pa daje sorazmeren in harmoničen delež obema udeležencema. Oba sta namreč v procesu neizbežna, vrstni red pa je tak, da narod nastaja prek razvitih posameznikov (Stepišnik, 1974).

Sokolsko telovadbo usmerja temeljno kulturno in politično vodilo: narod je vse, posameznik nič. Po tem načelu se ravnajo vzgojni smotri in z njimi tudi vsi vzgojni ukrepi ter sredstva telesne vzgoje ali telovadbe v sokolstvu (Stepišnik, 1974).

Sokolska telesna vzgoja naj bo trda šola samozatajevanja, odrekanja, discipliniranja samega sebe, z lastno voljo in energijo premagovanega fizičnega napenjanja (cit. po Ambrožiču).

Šport stoji v tem pogledu nasproti Sokolstvu kakor prijetna zabava proti trdi šoli samozatajevanja, je veselo dirjanje za osebnim uspehom, pri katerem človek kakor v pijanosti ne čuti fizičnih naporov (podoben fiziološki pojav kakor pri strastnih plesalcih); šele reakcijo, ki je največkrat zdravju škodljiva, čuti (cit. po Ambrožiču). Ocena seveda, kar se športa tiče,

ni objektivna in točna, saj je pomanjkljiva zlasti zato, ker ne odkriva in priznava posamezniku pravice do osebnega življenja in tudi ne aktivnosti (Stepišnik, 1974).

Sokolska telovadba pa je nehote in nevede vsaj delno šla po poti, kjer se je učinek telesne vzgoje razdelil harmonično na obe strani. Vprašanje je namreč, ali je tudi iz strogo k samozatajevanju usmerjene telovadbe sploh možno popolnoma izključiti želje po individualnem izražanju, po športu. Načelno morda, toda v ta namen bi bilo treba izključiti vse vaje, pri katerih se lahko zgodi, da se vsak posameznik, če že ne skupina telovadcev, zanje navduši. V tem trenutku jim vadba ni več odrekanje in samozatajevanje, discipliniranje samega sebe zaradi drugih smotrov, temveč osebna zabava, šport (Stepišnik, 1974).

Kasnejši razvoj je pokazal, da športa ni moč iztisniti iz telovadbe. Ostali bi bili lahko obe obliki dela, pri čemer šport izvira iz telovadbe, rasli druga ob drugi in ustvarjali harmonijo med razvojem osebnosti in naroda (Stepišnik, 1974).

Tako je dr. Matija Ambrožič po končani vojni prvi predlagal reformo telesne vzgoje. Poleg telovadbe, kamor je prišteval redovne in proste vaje, orodje pa je izvzel, je zahteval še uvedbo športa. Predlog je upravičeval samo s stališča higiene, ni pa videl v stvari celotne problematike, zlasti ne telovadčeve osebnosti. Tudi ne organizacijske rešitve vprašanja. Odnosa sokolstva do športa je načel očitno z željo, da se ohrani v sokolski telovadbi kot jedro narodni smoter, zato tudi pravi, da ne zavzema športu sovražnega stališča (četudi ga ne vrednoti pravilno in objektivno) in celo predlaga, naj bi bil sleherni državljan sicer najprej Sokol in užival sokolsko telesno vzgojo, nato pa bi se lahko ukvarjal, če bi imel čas in denar, še s športom. To misel srečamo še enkrat po osvoboditvi v razvoju naše telesne kulture. Pogledi na šport in njegovo vrednotenje so povzročili, da smo pojem telesne vzgoje reducirali na sokolsko ali telovadno telesno vzgojo, športu pa odrekli tak značaj (Stepišnik, 1974).

Telovadba kot metoda telesne vzgoje v šoli je bila v veljavi že v stari Avstro-Ogrski; tam pa so zadnjih dobrih dvajset let pred razpadom poleg obvezne telovadbe v srednje šole le uvajali tudi šport, čeprav samo v fakultativni obliki (Stepišnik, 1974).

V stari Jugoslaviji so šolske oblasti uveljavile v šoli izključno samo telovadbo po Tyršu, in še to v okrnjeni obliki: samo z redovnimi in prostimi vajami ter igricami, z vajami na orodju pa samo na izredno redkih šolah, ki so premogle telovadnico in orodja (Stepišnik, 1974).

Po osvoboditvi se je tudi v šolski telesni vzgoji pojavil isti problem kot v organizacijah množične prostovoljne narave, kako doseči sožitje telovadbe in športa (Stepišnik, 1974).



Prvi korak k preurejanju šolske telesne vzgoje so novi učni načrti, sestavljeni l. 1953. Imeli so sicer veliko pomanjkljivost, zaradi katere ne zaslužijo docela tega imena: poleg prostih in redovnih vaj so zajemali vse športne panoge in novi učni načrti v resnici niso bili nič drugega kot zbirke vaj, tako obsežne, da jih v celoti sploh ni bilo moč izvajati. Toda organizacija pouka v šoli je dobila hkrati s temi zbirkami vaj drugo, izredno veliko novost. Učni program je določal mesečno obvezen šolski športni dan, ko naj učenci in dijaki pokažejo, za kakšen šport, za katero športno panogo so se ogreli pri obveznem pouku (Stepišnik, 1974).

Ukrep športa razumljivo ni uredil na mah, saj še danes ni dokončno rešeno, kako v šolah pripravljati športne dneve; vendar je že to pomembno, da so prav obvezni športni dnevi prvi uvedli v šolsko telovadbo nov način dela, saj imajo svoj logični podaljšek v šolskih športnih društvih (Stepišnik, 1974).

Društva so začela nastajati kmalu po l. 1953 in so zbirala šolsko mladino; ta je tu našla možnosti za aktivnost, ki si jo lahko izbira po nagnjenju, tega pa v telovadnih in marsikje tudi društvih Partizan vsaj sprva ni bilo (Stepišnik, 1974).

Obvezen telovadni pouk dvakrat in trikrat tedensko, obvezen mesečni športni dan in šolska športna društva, iz vsega tega je nastal enoten sistem, v katerem se je moral bistveno spremeniti sistem pouka med obveznimi urami. Šport se je med dijaki in učenci začel lahko razvijati samo, če se je mladina seznanila z njim med obveznim poukom. V ta namen pa je bilo treba opuščati vaje, ki jih ni bilo moč prevzemati kot šport, kot npr. proste in redovne vaje.

Telovadba v šoli je prva stopila na pot tega, kar smo iskali ves čas po osvoboditvi, na pot, kjer nastaja vsebinska enotnost (Stepišnik, 1974).

Šolska športna društva so vplivala, čeprav na videz skoraj neopazno, tudi na delo v društvih Partizana, zlasti v krajih, kjer sta delovali društvi obeh vrst. Začel se je proces, kjer so bile naloge tako postavljene: pri obveznem pouku je treba mladino osveščati in ji privzgojiti telesno kulturne navade tako, da ji postane šport vsakdanja kulturna potreba (Stepišnik, 1974).

### **1. 3. 7. 2 Diskurz o možnostih, ki jih daje sodoben pedagoški pristop**

Vprašanje drugačnosti in različnosti otrok je predmet diferencialne psihologije in sociologije. Ko pa se otroci in mladostniki vključijo v vzgojno-izobraževalni proces, se z vprašanjem njihove drugačnosti in različnosti ukvarja tudi pedagogika oziroma širša edukacijska teorija in njena operativna doktrina – diferencialna pedagogika (Pediček, 1994).

Pri tem je treba najprej poudariti ugotovitev, da vse do današnjega dne vprašanje drugačnosti in različnosti učencev še ni bilo samostojno obravnavano v pedagoški in edukacijski teoriji (če prezremo zdravstveno pedagogiko). Vse, kar je do danes pedagoškega v obravnavanju tega vprašanja, je na eni strani njegovo ponovno in ponovno didaktično obravnavno preobračanje in napotkovno operacionaliziranje, medtem ko vzgojno-izobraževalna dejavnost v šoli in zunaj nje na drugi strani najraje še naprej stopa po uhojenih neizčlenjenih in enakostnih ali egalizacijskih didaktično – metodičnih poteh (Pediček, 1994).

Ker se je torej pedagoška oz. edukacijska teorija ustavila pri didaktično-metodični obravnavi tega vprašanja in se vzgojno-izobraževalna praksa bolj ali manj vztrajno odmika od nje, je razumljivo, da sta se v njegovo praktično obravnavanje začeli vmešavati psihologija in sociologija z željo, da bi pedagogiki »pomagali« pri edukaciji mladih rodov, saj postaja prav vprašanje ugotavljanja in upoštevanja drugačnosti in različnosti otrok in mladostnikov nujni pogoj, če naj prav vzgoja in izobraževanje postaneta eden od osrednjih dejavnikov jutrišnjega razvoja človeka, njegovega dela in življenja (Pediček, 1994).

Ta psihološko-sociološki poseg v snov o drugačnosti in različnosti otrok ter mladostnikov je veskakor vreden pozornosti. Vendar le v mejah njune znanstvene predmetnosti. Kakor hitro pa začneta psihologija in sociologija s svojimi spoznanji in urejanjem tega vprašanja oblastno posegati v tkivo vzgojno-izobraževalnega dela mimo širših teoretično pedagoških obravnav, se gotovo začne snov o drugačnosti in različnosti otrok ter mladostnikov bolj zapletati kakor ustrezno razmotavati (Pediček, 1994).

Didaktično-metodično in psihološko-sociološko zamejenost pri obravnavanju vprašanja drugačnosti in različnosti otrok oziroma učencev, po prepričanju velikega dela pedagoške stroke, lahko nadgrajuje le antropološki teorem, po katerem je treba vse učenjsko-oblikovalne in psihosocialne drugačnosti ter različnosti otrok in mladostnikov kot učencev integrirati v okviru sprejemanja in razvijanja njihove individualno-sebnostne izvornosti, enkratnosti, neponovljivosti in celosti (Pediček, 1994).

Najprej je tu znak »drugačnost«, ki ga je treba povezovati z znakom »drugost«. Določitev pomenskosti in sporočilnosti tega znaka zahteva majhen semantični diskurz, ki opozarja najprej na potrebo po ločitvi pomenskosti znaka »drug« v okviru določene kakovosti in znaka »drug« v okviru določene količnosti (Pediček, 1994).

V prvem primeru gre za drugačnost (alter) in v drugem za »drugost« (alius) stvari, pojavov procesov, funkcij in odnosov v določeni njihovi vrsti, sestavi, sistemu, celoti. Drugačen je torej tisti, ki je v čem kakovostno »drug« od nekoga v zaprti, zamejeni vrsti, sestavi, sistemu,

celoti; drug pa je tisti, ki je kolikostno »drugačen« v določeni vrsti, sestavi, sistemu, celoti pojavov, procesov, funkcij in odnosov (Pediček, 1994).

Za oboje, tj. za drugačne in druge, pa velja, da odstopajo od danih določil ali norm: drugačni v vrsti, sestavi, celoti; drugi zunaj nje. Zaradi tega ne prvih ne drugih ni mogoče »poenačiti« ali egalizirati v okviru šolskih skupin in vzgojno – izobraževalnega sistema (Pediček, 1994).

Znak »različnost« pa je lažje pomensko in sporočilnostno določiti, če mu poiščemo osnovo v latinski besedi »differentia«. Njena pomenskost leži v glagolu »differe« s pomenom: raznesti, raztrgati, raztrositi. Različen je torej tisti, ki je posledičen v tem, da je določena vrsta, sestava, sistem, celota (lik) raztrgana na posamezne dele in z njimi »raznesena«, »raztresena«. Različni otroci, mladostniki, učenci, zbrani ali vključeni v določeno vrsto, sestavo, sistem, celoto, to členijo po tem, da so položajno »razneseni« ali »razpostavljeni« oz. »razpršeni« v njej po določeni kolikostno ugotovljeni kakovosti (npr. po višini inteligentnostnega količnika ipd.) (Pediček, 1994).

Če povzamemo: vsaka skupina kot enota in celota ima določen kakovosten in kolikosten kontinuum, na katerem je mogoče ugotoviti vsak posamezen primer v luči različnih razsodil ali kriterijev (npr. če gre za generacijo šolskih novincev ali učencev v določenem razredu, so takšni kriteriji lahko: inteligentnost, interesi, nadarjenost, mentalne, učne in telesne sposobnosti, sociabilnost, emociabilnost, vzgojljivost itd.) (Pediček, 1994).

Drugačne in različne otroke ter mladostnike lahko porazdelimo po znanih treh dialektičnih ravni (raven posameznega, raven posebnega in raven občega) tako, da so na ravni posameznega biofiziološko drugačni učenci. Torej vsi tisti, ki so zunaj standardne normalne krivulje o kakovosti in kolikosti določenega biofiziološkega znaka ali kriterija (Pediček, 1994).

Na raven posebnega lahko razvrstimo tiste, ki so psihosocialno različni med seboj, čeprav so položajno razpršeni v okviru standardnosti po določenem psihosocialnem znaku ali razsodilu.

Na raven občega pa lahko postavimo vse tiste, ki so osebnostno razviti in so zaradi tega enkratni, neponovljivi in izvirni ter celi ali totalni v svojem vedenju, dejavnosti, samouresničevanju (takšnem ali drugačnem, tj. v standardnem ali zunajstandardnem, »spodaj« ali »zgoraj«) (Pediček, 1994).

Ta razvrstitev treh dialektičnih ravni kaže, da je drugačne in različne učence nujno treba učenjsko in oblikovalno »dograjevati« oziroma »nadgrajevati« v edukacijskem poteku z vzgojno-izobraževalno pomočjo v tem, da uresničujejo v standardnem in zunajstandardnem

razvoju (razvoj kot kvalitativne spremembe) svojo osebnostno enkratnost, celost in neponovljivost ter osebnostno izvornost v vedenju, dejavnostih in samouresničevanju (Pediček, 1994).

Temu (dialektičnemu) modelu klasifikacije, selekcije in orientacije mora ustrezati tudi vzgojnoizobraževalna dejavnost. Tudi to je mogoče in treba dograditi in nadgraditi v luči teh temeljnih ravni, saj si je vzgojno-izobraževalna dejavnost doslej razvila takšni vrsti, in sicer individualizacijo na ravni posameznega in diferenciacijo na ravni posebnega (Pediček, 1994).

Potrebna je tudi zapolnitev ravni občega. Le-to je mogoče »pokriti« z vzgojno-izobraževalnim povezovanjem vseh biofizioloških drugačnosti in psihosocialnih različnosti učencev pri oblikovanju njihovega razvojnega in osebnega »integrala«, tj. njihove enkratne, neponovljive, cele in celostne izvorne osebnosti, človeškosti (Pediček, 1994).

Šele z integracijo kot novo in posebno vzgojno-izobraževalno operativo, ki je temelj usmerjanja, je mogoče nadgraditi dosedanji neučinkovit pedagoški humanizem in podoben vzgojno-izobraževalni psihološki humanizem. Oba pa preseči z vzgojno-izobraževalno učinkovitim antropološkim humanizmom in demokratizmom, namenjenim vsem drugačnim in različnim učencem v okviru vzgoje in izobraževanja v šoli ter zunaj nje (Pediček, 1994).

Vse to je mogoče strnjeno prikazati v naslednji razpredelnici:

<b>Ravni dialektike</b>	<b>Zvrsti učencev</b>	<b>Vzgojno-izobraževalna doktrina</b>	<b>Vzgojno-izobraževalna dejavnost</b>
<b>Posamezno</b>	Biofiziološko drugačni	Klasifikacija	Individualizacija
<b>Posebno</b>	Psihosocialno različni	Selekcija	Diferenciacija
<b>Obče</b>	Osebnostno integrirani	Orientacija	Integracija

Tabela 2: Dialektični »model« vzgojno-izobraževalne dejavnosti

Zanemarjanje oziroma prekrivanje skupin oziroma populacij drugačnih in različnih učencev v imenu kakršnekoli idejne in ideološke državnodružbene prestižnosti ter egaliziranja edukacijskega dela z njimi v skladu z zahtevkom enotnosti šole, vzgoje in izobraževanja je

mogoče imeti za resen prekršek zoper naravne, osebne človečanske in družbene pravice otrok in mladostnikov oziroma učencev v današnji šoli (Pediček, 1994).

Zato se je treba varovati in izogibati vsakršne stigmatizacije sposobnostno (tudi telesno) »spodnje« drugačnih (prizadetih) in vsakršne egalizacije sposobnostno »zgornje« drugačnih učencev. Pri obojih je potrebna visoko razvita individualizacija, ki se snuje in uresničuje na podlagi znanstvenih spoznanj o njihovih osebnih in osebnostnih drugačnostih (ki jih morejo posredovati učiteljem le delavci šolskih svetovalnih služb), ne pa le na podlagi učiteljevih didaktično-metodičnih želja in vednosti (Pediček, 1994).

Za razvojno in sposobnostno različne učence pa je nujno potrebna ob ustrezni individualizaciji še notranja mikroskupinska diferenciacija, ki je edina lahko temelj za usmerjanje učencev v različne vzgojno-izobraževalne kurikulumne (Pediček, 1994).

Kakor z drugačnimi, tako z različnimi učenci pa je treba uresničevati integracijo ter z njo omogočiti čim bolj ustvarjalen in celosten razvoj njihove osebnosti, humanitete, socialitete in družbenosti. V bistvu so to temeljne sestavine družbenega demokratizma in pedagoško-antropološkega humanizma do drugačnih in različnih otrok ter mladostnikov, ki jih je v sodobni družbeni skupnosti in v njenem edukacijskem sistemu treba priznavati in razvijati (Pediček, 1994).

Ugotoviti je mogoče, da je v okviru uresničevanja vzgojno-izobraževalnih inovacij manjkal bistveni vmesni ali medialni pedagoško-operativni člen, ki bi povezoval pedagoško znanost oziroma pedagoško teorijo in učiteljevo šolsko edukacijsko prakso v razredu in zunaj njega v tesno povezan (dialektični) sklop (Pediček, 1994).

Vse kaže, da so stvari na tem področju že razvojno spremenjene. Prazen prostor med pedagoško teorijo in vzgojno-izobraževalno prakso je vse bolj zapolnjen s »šolskim svetovalnim delom« (school guidance work), ki se pojavlja tudi samo kot zelo plodna in koristna inovacija v sodobnem šolskem vzgojno-izobraževalnem delu (Pediček, 1994).

Funkcionalni pomen šolskega svetovalnega dela, ki se v praksi delovno uresničuje bodisi v posameznih šolskih strokovnih službah (šolska pedagoška, šolska psihološka, šolska socialna služba), bodisi v njihovi organizacijsko-operativni združitvi, tj. v šolski svetovalni službi (school guidance service), je v tem, da je to interdisciplinarno zasnovana in skupinsko delujoča šolska operativa, ki po eni strani skrbi za pretok spoznanj različnih znanosti o pojavih vzgoje in izobraževanja v pedagoško prakso, po drugi strani pa spodbuja permanentno proučevanje določene šolske vzgojno-izobraževalne prakse, da se tako dobljena

empirična spoznanja iz baze prenašajo »navzgor« in se vgrajujejo v današnjo »združeno« znanost o vzgoji in izobraževanju (Pediček, 1994).

Kot lahko vidimo, šolsko svetovalno delo ne zajema športno-vzgojnega področja, zlasti glede na empirično dokazano problematiko odklonov od zdravega telesnega razvoja, ki se kaže predvsem kot slaba telesna drža z vsemi svojimi posledicami.

Vsekakor je treba opozoriti na »inovacijski intelektualizem«, ki se kaže v tem, da se večina inovacij suče le okrog problematike izobraževanja oziroma da zadeva le učno tehnologijo, malo novosti pa je posvečenih vzgojni, tj. socializacijsko-humanizacijski, vrednostno-oblikovalni vlogi in nalogi današnje šole njenega življenja in dela (Pediček, 1994).

Šolsko svetovalno delo, tudi na področju športne vzgoje v preventivi in terapevtskih intervencah v zvezi s slabo telesno držo, bi moralo upoštevati vse dejavnike telesnega razvoja otrok, njihovo diagnozo, spreminjanje in součinkovanje (v sodelovanju z zdravstvom), ki celovito (ne le didaktično, izobraževalno) individualizira svoje ravnanje z otrokom s takšnimi oblikami dela, kot so osebno in skupinsko svetovanje, delovni pristop skozi študij individualnih in razvojnih razlik ter značilnosti, dokumentirano in sistematično spremlja telesni razvoj otrok; nenehno posvetovalno ali konzultativno delo med otroki, športnim pedagogom, medicinsko stroko in starši.

Vse opisano nujno zahteva vsaditev te nove strokovne službe oziroma operative (športno-vzgojna svetovalna služba) v šolo, njeno življenje in delo.

Kakor je torej za načelno teoretično utemeljevanje različnih vzgojno-izobraževalnih inovacij (in prav teh za razreševanje problematike slabe telesne drža manjka) in njihovo izbiro po naravi stvari vse bolj zavezana, prerojena in razvita pedagoška znanost, tako je za njihovo uvajanje v vzgojno-izobraževalno prakso, njihovo teoretično in tehnološko razvijanje ter spremljanje vse bolj zavezano šolsko svetovalno delo s svojimi strokovnimi delavci: šolskimi pedagogi, psihologi, socialnimi, logopedskimi, zdravstvenimi delavci (Pediček, 1994).

In dodajmo še: tudi športno-vzgojnimi delavci.

## 2 PREDMET, PROBLEM IN NAMEN DELA

Če si ogledamo konkretne lokalne razmere (celjska regija) lahko po poročilu Zavoda za zdravstveno varstvo Celje ugotovimo, da so zdravstveni podatki na Celjskem alarmantni in da se lokalne skupnosti zanje ne menijo.

Celjska zdravstvena regija, v kateri živi več kot 300 tisoč prebivalcev, je med vsemi slovenskimi regijami najbolj obremenjena s slabim zdravjem ljudi. Prav v njej jih dosti več umira zaradi bolezni srca in ožilja kot drugod, podatki o številu samomorov in razširjenosti duševnih bolezni kažejo na precej slabše duševno stanje ljudi, podatki o čezmernem uživanju alkohola, neustrezni prehrani, slabi telesni dejavnosti in razširjenosti kajenja pa govorijo tudi o preveliki razširjenosti dejavnikov tveganja. Po tem poročilu se problemi, s katerimi se prebivalci celjske zdravstvene regije srečujejo v življenjskem okolju in ki kvarno vplivajo na njihovo zdravje in na kakovost življenja, ne zmanjšujejo. Prav nasprotno: več kot je analiz in s podatki podprtih spoznanj, več je tudi novih problemov. Prebivalci so zaradi tega kar dvakrat prizadeti, saj je poleg slabšega zdravja stalni spremljevalec bolezni tudi slabši gmotni položaj, ki se kaže v nižji stopnji razvitosti in manj ugodnih socialnih razmerah, kot veljajo v bolj razvitih okoljih (Stamejčič, 2006).

Zavod za zdravstveno varstvo Celje (ZZV Celje) je na te probleme opozarjal že vrsto let, vendar pravega odziva okolja ni bilo. ZZV Celje vztraja na stališču, da je seveda zdravstvo tisto, v katerem zdravijo bolezni, da pa so za preprečevanje bolezni najprej odgovorne občine oziroma lokalne skupnosti. One so namreč tiste, ki si morajo za enega pomembnih razvojnih ciljev postaviti izboljšanje stanja prebivalstva. Vodilni občinski politiki, šolniki, kulturniki, cerkveni mošnje in drugi pomembni ljudje pa lahko pripomorejo, da postanejo dejavnosti za izboljšanje zdravja sestavni del življenja čim širšega kroga ljudi. Tako v celjskem ZZV kot osrednji preventivni zdravstveni ustanovi v regiji načrtujejo vrsto dejavnosti, s katerimi želijo spoznati dejavnike in razmere, ki pehajo ljudi v bolezni ali invalidnost ter jim preprečujejo, da bi dosegli višjo raven zdravja. Gre za inventiven projekt, ki naj bi bil slovenska posebnost in ki zajema zlasti analiziranje oziroma raziskovanje razširjenosti kajenja, neustrezne prehrane, vpliva črevesnih nalezljivih bolezni na slabše zdravje ljudi, kakovost pitne vode in zraka, vzrokov slabega duševnega zdravja ljudi in drugih dejavnikov tveganja med prebivalstvom (Stamejčič, 2006).

Toda projekt ne zajema imperativa sedanjosti, tj., da je sestavni del zdravstvenega varstva mladih v tem, da se naučijo zdravo živeti, in ne pove praktično ničesar o preventivnem

zdravstvenem varstvu otrok – tukaj in sedaj, saj se nad nekaj izstopajočimi pojavi, zlasti nad slabo telesno držo in njenimi posledicami, lahko resno zamislimo.

Demografsko gibanje v regiji Celje se v osnovnih značilnostih ne razlikuje od slovenskega. Označuje ga nizka nataliteta in negativni naravni prirast ter naraščanje števila prebivalstva, starejšega od 65 let. Takšen trend, ki se bo po napovedih demografov nadaljeval, bo v prihodnjih letih pomembno vplival na ekonomsko, socialno in zdravstveno podobo regije in države. Pomeni hkrati veliko odgovornost, pa tudi izziv za celotno družbo ([http://www.zzv-ce.si/raziskave\\_clanki/zdravje\\_preb\\_13.php](http://www.zzv-ce.si/raziskave_clanki/zdravje_preb_13.php), 20. 2. 2006).

Izobrazba, zaposlenost in dohodek na prebivalca so za zdravje ljudi pomembne determinante. Višje kot so, več zdravja lahko pričakujemo med ljudmi. Izobrazbena struktura, zabeležena ob popisu prebivalcev iz leta 1991, je bila v regiji slabša kot v Sloveniji. Nižja izobrazba pomeni slabše možnosti za zaposlitev, povezana je z manjšo prosvetljenostjo, s socialno in materialno ogroženostjo in nizkim občutkom lastne vrednosti, kar vse posledično slabi zdravstveno stanje posameznika in skupnosti. Tudi glede ekonomskih kazalnikov, kot sta zaposlenost in dohodek na prebivalca, je regija pod slovenskim povprečjem ([http://www.zzv-ce.si/raziskave\\_clanki/zdravje\\_preb\\_13.php](http://www.zzv-ce.si/raziskave_clanki/zdravje_preb_13.php), 20. 2. 2006).

Preskrbljenost prebivalcev z zdravstveno službo je pomemben dejavnik, ki določa zdravje ljudi v nekem prostoru. Le-ta je v regiji sicer zadovoljiva, vendar je bila v prikazanem obdobju zlasti v nekaterih varstvih, kot je varstvo žena, šolskih otrok in mladine, slabša kot v Sloveniji. Razlike so še bolj očitne med posameznimi upravnimi enotami znotraj regije. Posledično se večja obremenitev zdravstvenih timov, vsebina dela se preusmerja v kurativno dejavnost, tako pomembno preventivno delo pa zastaja. Če upoštevamo široko zastavljene obveznosti v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva, izdanih v letu 1998, se bodo odgovorni na celjskem morali čimprej kritično vprašati, kako ga bo moč izvajati ob že sedaj preobremenjenih timih v nekaterih varstvih ([http://www.zzv-ce.si/raziskave\\_clanki/zdravje\\_preb\\_13.php](http://www.zzv-ce.si/raziskave_clanki/zdravje_preb_13.php), 20. 2. 2006).

Še vedno predstavlja problem razmeroma veliko število mrtvorojenih otrok tako v regiji kot v Sloveniji in mu je tudi v bodoče treba posvetiti vso pozornost. Pri tem je vloga Komisije za spremljanje in zmanjševanje umrljivosti dojenčkov, ki obravnava vse mrtvorojene in umrle dojenčke v tekočem letu ter daje predloge in usmeritve na področju varstva matere in otroka, neprecenljiva ([http://www.zzv-ce.si/raziskave\\_clanki/zdravje\\_preb\\_13.php](http://www.zzv-ce.si/raziskave_clanki/zdravje_preb_13.php), 20. 2. 2006).



Zdravstveno stanje predšolskih in šolskih otrok, zabeleženo pri sistematičnih preventivnih obiskih ter obiskih bolnih otrok, v prikazanih letih ni bistveno odstopalo od slovenskega. Način življenja pa se je v zadnjih letih bistveno spremenil pri otrocih. Današnji šolarji so bolj kot generacije pred njimi žogo in druge gibalne igre zamenjali za sedenje pred računalnikom in televizorjem, kar posledično vodi do pojava slabe drža in številnih drugih posledic oziroma sprememb. Če ne bomo dosegli, da bodo naši šolarji in mladostniki telesno bolj pogosto dejavni, se bomo upravičeno bali, da bo med otroci naraščal delež tistih s slabo držo, pri odraslih pa delež ljudi s ponavljajočimi se ali celo s kroničnimi boleznimi gibal. To bi žal pomenilo višje stroške za zdravljenje in odsotnost z dela, višjo stopnjo invalidnosti v populaciji, nižji narodni dohodek na prebivalca in seveda slabšo kakovost življenja. Za še realnejšo oceno zdravja otrok in mladine pa se bo v prihodnosti treba odločneje usmeriti v ciljne, vzorčne raziskave. Treba bo izdelati strokovne kriterije za ugotavljanje prisotnosti psihosomatskih obolenj, na katere vedno bolj opozarjajo zdravniki s terena in strokovnjaki iz nemedicinskih strok; prav tako so nujne tudi posodobitve vsebine sistematičnih preventivnih pregledov in navodil za beleženje ugotovitev ob tem ([http://www.zzv-ce.si/raziskave\\_clanki/zdravje\\_preb\\_13.php](http://www.zzv-ce.si/raziskave_clanki/zdravje_preb_13.php), 20. 2. 2006).

Pod pojmom telesna drža razumemo individualen karakteristični položaj telesa posameznika v mirovanju ali/in gibanju. Kljub temu da obstajajo določeni kriteriji za oceno kakovosti telesne drža, se le-ta zaradi različnih dejavnikov (prirojene lastnosti, zunanji vplivi) na osnovi številnih brezpogojnih in pogojnih refleksov razvija individualno ter se kaže kot karakteristična drža posameznika (Vidmar, 1992).

Kakovost telesne drža določamo z oceno naravne, neprisiljene drža telesa v stoječem položaju. Govorimo o normalni – pravilni in slabi telesni drži (Vidmar, 1992).

O slabi telesni drži govorimo, kadar so prisotna kakršnakoli odstopanja od norm, ki veljajo za normalno telesno držo. Ko govorimo o slabi telesni drži, navadno mislimo na odstopanja od norm pravilne telesne drža v funkcionalnem smislu, brez prisotnosti organskih sprememb na skeletu, čeprav obstoj le-teh tudi povzroči slabo telesno držo. Prav tako lahko »funkcionalna« slaba telesna drža privede do strukturnih sprememb na okostju (Vidmar, 1992).

Vzroki za pojav slabe telesne drže so lahko številni. Za to včasih zadostuje že en sam vzrok, največkrat pa je slaba drža posledica več vzrokov (Vidmar, 1992).

Najprimernejša preventiva je preprečevanje vzrokov, odgovornih za razvoj slabe telesne drže, pravilna prehrana in primerna telesna aktivnost. Slednja mora upoštevati kronološki razvoj telesa in zakonitosti rasti in razvoja otrok (Vidmar, 1992).

V prizadevanjih za normalno telesno držo uporabljamo telesno aktivnost kot preventivno in terapevtsko sredstvo (Vidmar, 1992).

Telesna aktivnost ima kot glavna karakteristika vseh oblik športa (športna vzgoja, tekmovalni-selektivni šport, športna rekreacija, invalidski šport) pomemben vpliv na zdravstveno stanje, razvoj in involucijo človeškega organizma (Vidmar, 1992).

Vzroke slabe drže lahko razdelimo na notranje, ki so posledica anomalij v strukturi ali funkciji določenih organskih sistemov (gibalni, nevropsihični, čutila), in zunanje (profesionalne in športne obremenitve, neprimerni delovni pogoji, telesna neaktivnost – oslabeledost mišičja, poškodbe, bolezni – rahitis) (Vidmar, 1992).

Znaki slabe telesne drže se lahko pojavijo v vsakem življenjskem obdobju. Glede na možnosti preventivnega in terapevtskega ukrepanja je zlasti pomembno obdobje rasti in razvoja. V času otrokovega razvoja so za razvoj slabe telesne drže rizična zlasti tri obdobja:

- Prvo »rizično« obdobje je čas od prvega do drugega leta življenja. V tem obdobju prihaja do naglega povečanja telesne teže, prehoda iz ležečega v stoječi položaj in do hoje. Prezgodnja obremenitev v tem času – postavljanje dojenčka na noge – je ob nepravilni prehrani in klimi (rahitis) pogosto vzrok za nekatere anomalije gibalnega sistema (»O« noge, ploske noge);
- Drugo »rizično« obdobje je čas od šestega do sedmega leta življenja. Vstop v šolo pomeni daljše sedenje, neprimerne položaje hrbtenice zaradi neprimernih obremenitev – nošenje torbic;
- Tretje »rizično« obdobje je čas od enajstega do štirinajstega leta življenja. To je čas, ko prihaja do prepubertetnih in pubertetnih sprememb organizma – neenakomerni razvoj organskih sistemov, preobremenitev kostnega sistema zaradi povečane telesne teže in telesne aktivnosti, psihične spremembe – nezadovoljnost z izgledom lastnega telesa (Vidmar, 1992).

Vstop v šolo je za otroka nedvomno velika sprememba v življenju: otrok izgubi polovico svobodnega časa, ki si ga je do sedaj urejal v glavnem po svoji volji in potrebi, ter mora ta čas presedeti v šolski klopi ali doma pri knjigi (Šef, 1950).

Šola ne sme biti motnja v normalnem telesnem razvoju, temveč mora tiste, ki so telesno šibkejši, dvigati in jih pred koncem šolske dobe napraviti telesno sposobne, pa čeprav je treba vložiti veliko naporov in čeprav so ti otroci pri šolskih predmetih sicer šibkejši (Šef, 1950).

Športna vzgoja v šolah naj ne bo samo popravljanje motenj in telesnih hib, ki jih otroku povzroča življenje, marveč mora delovati zlasti preventivno ter telesne sposobnosti posameznikov izpopolnjevati in dvigati. S spodbujanjem in tekmovanjem pa lahko šola doseže še sekundarni cilj v smislu, da mnogokrat tistim, ki nimajo uspeha pri učenju, dvignemo samozavest in voljo za napredek (Šef, 1950).

Fiziološko je za otroka, pa naj bo to dojenček, šolar ali mladostnik, potrebno, da se giblje, kajti ravno gibanje otroka krepi in sveži. Medtem ko v otroški dobi trpijo pri mišični oslabelosti predvsem stopala in kolena, se ta slabost pri šoloobveznih otrocih pokaže predvsem v okvari drže telesa – z vsemi negativnimi posledicami (Šef, 1950).

**Problem**, ki pri tem sam po sebi izstopa, je v odgovoru na vprašanje ali je mogoče s spremembo šolarjevega življenja telesno držo popraviti.

Ko zdravnik ob sistematskih pregledih najde slabosti v telesni drži, bi morala šola (učitelji) posvetiti posebno skrb pri športnovzgojnih urah, pa tudi pri pouku drugih predmetov.

Doktrinarno prihaja tako do nasprotij: na eni strani storilnostno naravnani šolski sistem, ki se ne meni kaj dosti za opisano problematiko in na drugi strani zahteve dela pedagoške strokovne javnosti (in medicine), ki je pozorna zlasti na celovit in tudi telesno zdrav razvoj otroka. Znana načela te orientacije so za storilnostno usmerjeno šolo nesprejemljiva in jih kljub nesporni argumentaciji ni mogoče uresničevati, npr.:

- brž ko opazimo pri otroku s slabo telesno držo utrujenost, bi ga morali poslati na sprehod (ali celo na počitnice);
- za vse šole bi moralo veljati pravilo: vsak dan najmanj eno uro telesnih vaj v prosti naravi, če je pouk samo poldneven, pri celodnevem pouku pa po dve uri;
- ta ura ne sme biti zadnja, ko so otroci že utrujeni, niti prva ali celo pred prvo uro, ko bi otroke utrudili za prvi uri pouka – ker jih sedenje še ni utrudilo to tudi ni potrebno – temveč sredi pouka (Šef, 1950).

Uveljavljanje teh načel onemogoča že sam šolski kurikulum (dve do tri ure športne vzgoje tedensko) in vrsta drugih izgovorov. Izgovorov npr., da telovadnica ni prosta, ne more biti, saj morajo biti vaje v prosti naravi, na svežem zraku. Te vaje ne smejo biti omejene na mirno suvanje z rokami ali nogami v stoji, temveč naj obsegajo igre, gibanje, tekanje, skakanje. Vaje ne smejo biti naporne in dolge, tudi ne enolične, ker utrujajo. Napačno je tudi dolgo pripravljanje za kako (tekmovalno) prireditev, pri kateri nastopijo samo posamezniki, ostali pa zgolj gledajo. Z vsaj eno uro telesnega gibanja vsak dan, bi se po tej doktrini, bistveno zmanjšalo število slabih drž in iz teh nastalih pohabljenecv (Šef, 1950).

Dosedanje raziskave ugotavljajo katastrofalno pojavnost slabe telesne drže (60 odstotkov in več) predvsem v urbanih okoljih. Še posebej zaskrbljujoče so ugotovitve, da je visok odstotek slabe telesne drže značilen že ob vstopu v šolo.

Dr. Metka Kuhar opozarja, da mladi nekreativno preživljajo prosti čas. Gre za globalno pasivnost, saj mladi čas porabijo za televizijo, nakupovanje, ukvarjanje z računalnikom ali promiskuitetno spolnost. Pravzaprav zabijajo čas, pravi Kuharjeva. In če so pasivni mladi nasploh, so še bolj pasivni tisti s slabšim učnim uspehom in se tako nikoli ne naučijo kreativnega soočanja s problemi. Aktivno preživljanje prostega časa je namreč zahtevno, saj resno ukvarjanje z neko dejavnostjo, pa naj bo to šport, glasba ali modelarstvo, zahteva disciplino, spretnost in talent.

([http://www.vecer.si/vecer2003/sredina/clanek/clanek\\_natisni.asp?kaj=6&id=2006032704106886](http://www.vecer.si/vecer2003/sredina/clanek/clanek_natisni.asp?kaj=6&id=2006032704106886), 27. 3. 2006)

Tako lahko utemeljeno sklepamo, da ni zgolj šola tista, ki zaradi načina dela (daljše sedenje, neprimerni položaji ...) neposredno povzroča slabo telesno držo, ampak je sodoben življenjski stil (premalo gibanja) tisti, ki v največji meri botruje tej zaskrbljujoči pojavnosti.

A čeprav mladi prosti čas preživljajo zelo pasivno, ga zelo visoko cenijo. Psiholog dr. Janek Musek pravi, da je prosti čas vrednota, ki jo mladi nekoliko bolj cenijo kot njihovi starši in stari starši, povezujejo pa ga z veseljem, športom, privlačnostjo, mirom, zadovoljstvom in svobodo. Sicer pa se vrednotni sistem mladih ne razlikuje veliko od vrednotnega sistema starejših generacij, čeprav slednje nekoliko bolj poudarjajo tradicionalne, moralne in verske

vrednote, medtem ko mladi višje cenijo veselje in zabavo. Na razvoj vrednotnega sistema najbolj vpliva družina, večji pa bi moral biti tudi vpliv šole, menijo strokovnjaki in dodajajo, da učitelj ne bi smel biti le posredovalec znanja, najbolj pa vzgoje primanjkuje v srednjih šolah.

([http://www.vecer.si/vecer2003/sredina/clanek/clanek\\_natisni.asp?kaj=6&id=2006032704106886](http://www.vecer.si/vecer2003/sredina/clanek/clanek_natisni.asp?kaj=6&id=2006032704106886), 27. 3. 2006)

Šola (športna vzgoja) tako postaja vse bolj pomemben faktor za preventivo pa tudi v smeri terapevtskega ukrepanja.

**Namen** naloge je pokazati in opozoriti na izjemno problematičnost pojavnosti slabe telesne drža z vsemi njenimi posledicami, ki ni samo problem posameznika ampak postaja vse bolj družbeni problem, saj je ob še dokazanem padanju natalitete v Sloveniji, ta problematika toliko bolj pereča.

### **3 CILJI RAZISKAVE**

Cilji raziskave so zlasti naslednji:

1. Prikazati mehanizem nastajanja slabe telesne drže z vsemi njenimi, za posameznika in družbo, škodljivimi posledicami.
2. Ugotoviti obsežnost pojavnosti slabe telesne drže predvsem pri šoloobvezni populaciji.
3. Ugotoviti temeljni vzrok za pojavnost slabe telesne drže.
4. Opozoriti na pomanjkljivo in ne dovolj resno delovanje šole (začenši s kurikulumom) v smeri preventive in terapevtskega ukrepanja ter premajhne povezanosti zdravstva s šolo.

## 4 DELOVNA HIPOTEZA

H01: V pojavnosti slabe telesne drže ni razlik med šoloobveznimi otroci na podeželju in v mestu.

Hipoteza temelji na naslednjih predpostavkah in podatkih:

- slaba telesna drža je znak okvar, ki so v tesni zvezi z načinom življenja (in šolanja);
- ni zgolj šola tista, ki zaradi načina dela (daljše sedenje, neprimerni položaji telesa ...) neposredno povzroča slabo telesno držo, ampak je sodoben življenjski stil (premalo gibanja) tisti, ki v največji meri botruje tej zaskrbljujoči pojavnosti. Obremenjenost zaradi načina življenja v šoli in šolskih obveznosti je tako na podeželju kakor v mestih pretežno enaka;
- pridobitve sodobne tehnologije, ki so povzročile zlasti pri mladih, pomembne premike v življenjskem stilu (telesna neaktivnost): televizija, računalniki, internet, motorizacija, mehanizacija ipd. so se inkulturirale tako na podeželje kot v mesta in tako lahko domnevamo, da se negativne posledice tako spremenjenega življenjskega stila mladih v mestih in na podeželju v glavnem prekrivajo;
- statistični podatki o zdravstvenem stanju vseh slovenskih osnovnošolskih otrok, ki jih zbira Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in jih izdaja v Zdravstveno statističnih letopisih za vsako posamezno leto.

## 5 METODE DELA

1. Zbiranje dokumentacijskega gradiva (elektronski in knjižni).
2. Metoda formalnega in neformalnega razgovora.
3. Uporaba lastnih spoznanj.
4. Zbiranje podatkov.
5. Statistična obdelava podatkov (opisna oziroma deskriptivna statistika, grafični prikaz rezultatov, hi-kvadrat test).

### 5.1 Vzorec merjencev

Populacijo merjencev sestavljajo osnovnošolski otroci iz Celjske regije, pregledani na sistematskih pregledih v obdobju 2003/04.

Ker me zanima primerjava med slabo telesno držo osnovnošolcev na podeželju in v mestu, sem v vzorec zajel vse osnovne šole v Celju (mesto) ter tipične podeželske šole v okolici Šentjurja (podeželje). Kot tipično podeželje opredeljujem kraje, kjer živi pretežno kmečko prebivalstvo (kmetije) oziroma družinske stanovanjske hiše z nekaj obdelovalnega zemljišča (ohišnica) in ni tako kot za mesto značilnega bivanja v stanovanjskih stolpnicah (»blok«).

V vzorec je bilo zajetih 2069 osnovnošolskih otrok iz mesta in podeželja in sicer: v test je bilo vključenih 1661 osnovnošolskih otrok iz Celja (mesto) in 408 osnovnošolskih otrok iz okolice Šentjurja (podeželje).

ZDRAVSTEVNO STANJE OTROK, UGOTOVLJENO NA SISTEMATIČNEM PREGLEDU V VSEH OSNOVNIH ŠOLAH V MESTU (CELJE) LETA 2004						
		1.RAZRED	3.RAZRED	5.RAZRED	7.RAZRED	SKUPAJ
SKUPAJ						
skupaj pregledanih	število	381	437	418	425	1661
	%	94,77 %	94,58 %	96,53 %	96,59 %	95,62 %
slaba telesna drža	število	94	135	153	172	554
	%	24,60 %	30,89 %	36,60 %	40,47 %	33,35 %

Tabela 3: Pojavnost slabe telesne drža v mestu (Celje)



ZDRAVSTEVNO STANJE OTROK, UGOTOVLJENO NA SISTEMATIČNEM PREGLEDU V OSNOVNIH ŠOLAH (Slivnica, Prevorje, Loka pri Žusmu, Planina, Dramlje, Dobje) NA PODEŽELJU (KOZJANSKO) LETA 2004						
		1.RAZRED	3.RAZRED	5.RAZRED	7.RAZRED	SKUPAJ
SKUPAJ						
skupaj pregledanih	število %	102	128	93	85	<b>408</b>
slaba telesna drža	število %	1 0,98 %	0 0,00 %	3 3,22 %	6 7,05 %	<b>10 2,45 %</b>

Tabela 4: Pojavnost slabe telesne drže na podeželju (Kozjansko)

## 5. 2 Opis spremenljivk

Odvisna spremenljivka:

SLABA TELESNA DRŽA

Vrednosti: 1 - NE; 2 - DA → opisna, nominalna, spremenljivka

Neodvisna spremenljivka:

TIP NASELJA

Vrednosti: 1 - MESTO; 2 - PODEŽELJE → opisna, nominalna spremenljivka

## 5. 3 Organizacija zbiranja podatkov

Podatke o slabi telesni drži osnovnošolskih otrok v mestu Celje in na podeželju (okolica Šentjurja) iz sistematičnih pregledov v obdobju 2003/04 sta posredovala zdravstvena domova (Zdravstveni dom Celje in Zdravstveni dom Šentjur) oziroma zdravnika, pristojna za sistematske preglede osnovnošolcev. Te podatke smo dobili po pogovoru z obema zdravnikoma in pod pogojem, da se podatki uporabijo samo v tej diplomski nalogi.

Podatke o slabi telesni drži vseh osnovnošolskih otrok v Sloveniji in slabi telesni drži vseh slovenskih otrok pred vstopom v šolo smo dobili po elektronski pošti iz statistične pisarne Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije. Sicer pa so vsi podatki iz Zdravstvenih statističnih letopisov.

## 5. 4 Metode obdelave podatkov

Merjenci so bili testirani za slabo telesno držo individualno v njihovih zdravstvenih domovih, pri čemer je treba pripomniti, da niso bili vsi merjenci pregledani pri istem zdravniku. Pogoji merjenja pri vseh merjenjih torej niso bili enaki (vse meritve ni vodil in izmeril isti merilec

oz. isti zdravnik). Vendar v nalogi predpostavljam, da med zdravniki ni statističnih razlik v načinu merjenja, kajti ocena telesne držje je bila opravljena s kliničnim pregledom in meritvami skladno s poenoteno strokovno medicinsko doktrino.

Dobljeni podatki so obdelani v programu SPSS 13.0. Z uporabo opisne statistike, grafičnega prikaza in hi kvadrat testa smo preverjali razlike med skupinama (mesto, podeželje).

## 5. 5 Opis metod obdelave podatkov

Pri obdelavi podatkov smo uporabili programski paket SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Za preverjanje razlik med opisnimi spremenljivkami (ki so hkrati nominalne in kategorijalne) smo uporabili Pearsonov  $\chi^2$  test – gre za preverjanje razlike med skupinama (mesto, podeželje). Test sloni na primerjavi empiričnih (dejanskih) frekvenc  $f_i$  s teoretičnimi frekvencami  $f'_i$ ; to so frekvence, ki bi bile v kontingenčni tabeli, če razlik med spremenljivkama ne bi bilo.  $\chi^2$  test se porazdeljuje po  $\chi^2$  porazdelitvi s  $(s-1)(v-1)$  prostostnimi stopnjami, kjer je  $v$  število vrstic v kontingenčni tabeli,  $s$  pa število stolpcev kontingenčni tabeli. Statistika  $\chi^2$  je lahko le pozitivna, zavzame lahko vrednosti na intervalu  $[0, \chi^2_{\max}]$ , kjer je  $\chi^2_{\max} = n \times (k - 1)$ , če je  $k = \min(v, s)$ ,  $k$  pa je pa število razredov v kontingenčni tabeli – v našem primeru  $k = 2$ . Pogoji za uporabo  $\chi^2$  testa je  $f_{ij} \geq 5$ .

Ker gre v našem primeru za kontingenčno tabelo velikosti  $2 \times 2$  smo še dodatno uporabili Fischerjev eksaktni test, ki je v našem primeru še posebej primeren (mesto, podeželje / da, ne) zaradi velikih razlik v frekvencah po celicah.

Postopek za izračun  $\chi^2$  - testa gre po naslednjih korakih:

a) Izhajamo iz kontingenčne tabele, iz dejanskih (empiričnih) podatkov -  $f_i$ . Najprej izračunamo teoretične frekvence  $f'_i$  po naslednjem obrazcu:

$$f' = \frac{N_s * N_v}{N}$$

b) Sledi izračun  $\chi^2$  - testa:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(f_i - f'_i)^2}{f'_i}$$

c) Izračun prostostnih stopenj:

$$SP = (v - 1) \times (s - 1)$$

d) Izračun statistične značilnosti ( $p$ ) na osnovi kritične vrednosti za  $X_a^2$  z izračunanim številom prostostnih stopenj in s stopnjo tveganja 0.05. Če je  $p < 0,05$ , potem so statistično značilne razlike med skupinama.

e) Pri preizkušanju domnev vedno nekaj tvegamo. Od nas je odvisno, kakšno tveganje smo pripravljene sprejeti. Pri statističnem sklepanju ta problem rešimo tako, da vnaprej opredelimo verjetnost, ki predstavlja zgornjo mejo za tveganje da zavrnemo ničelno domnevo v korist alternativne domneve, ko je ničelna domneva pravilna. To verjetnost označimo z » $\alpha$ «, njeno tehnično ime je »stopnja značilnosti« ali tudi »stopnja tveganja«.

Kot metodo analize smo uporabili tudi grafični prikaz.

Deskriptivna oziroma opisna statistika pojavnosti slabe telesne drže osnovnošolcev:

### VSI

	SKUPAJ
N	2069
Slaba telesna drža	564
%	27,3 %
M	1,27
SD	0,445

Tabela 5: Aritmetična sredina in standardni odklon pojavnosti slabe telesne drže vseh osnovnošolcev (mesto in podeželje skupaj).

Legenda: N = število osnovnošolcev; M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon;

% = odstotek pojavnosti slabe telesne drže.

### Tip naselja MESTO

	MESTO
N	1661
Slaba telesna drža	554
%	33 %
M	1,33
SD	0,472

Tabela 6: Aritmetična sredina in standardni odklon pojavnosti slabe telesne drže osnovnošolcev v mestu.

Legenda: N = število osnovnošolcev; M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon;

% = odstotek pojavnosti slabe telesne drže.

### Tip naselja PODEŽELJE

	PODEŽELJE
N	408
Slaba telesna drža	10
%	2,5 %
M	1,02
SD	0,155

Tabela 7: Aritmetična sredina in standardni odklon pojavnosti slabe telesne drže osnovnošolcev na podeželju.

Legenda: N = število osnovnošolcev; M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon;

% = odstotek pojavnosti slabe telesne drže.

## 6 REZULTATI

Rezultati so podani v tabeli 8, tabeli 9 in sliki 1.

	MESTO	PODEŽELJE	SKUPAJ
N	1661	408	2069
Pojavnost slabe telesne drže	554	10	564
%	33 %	2,5 %	27,3 %
M	1,33	1,02	1,27
SD	0,472	0,155	0,445

Tabela 8: Prikaz rezultatov deskriptivne statistike in aritmetičnih sredin osnovnošolcev (v mestu, na podeželju in vseh skupaj v Celjski regiji).

Legenda: N = število osnovnošolcev; M = aritmetična sredina; SD = standardni odklon; % = odstotek pojavnosti slabe telesne drže.

KONTINGENČNA TABELA					
POJAVNOST SLABE TELESNE DRŽE GLEDE NA TIP NASELJA					
			Slaba telesna drža		skupaj
			ne	da	
Tip naselja	mesto	število	1107	554	1661
		% v tip naselja	66,60 %	33,40 %	100,00 %
		% v slaba telesna drža	73,60 %	98,20 %	80,30 %
		% od skupaj	53,50 %	26,80 %	80,30 %
	podeželje	število	398	10	408
		% v tip naselja	97,50 %	2,50 %	100,00 %
		% v slaba telesna drža	26,40 %	1,80 %	19,70 %
		% od skupaj	19,20 %	0,50 %	19,70 %
Skupaj		število	1505	564	2069
		% v tip naselja	72,70 %	27,30 %	100,00 %
		% v slaba telesna drža	100,00 %	100,00 %	100,00 %
		% od skupaj	72,70 %	27,30 %	100,00 %

Tabela 9: Prikaz rezultatov pojavnosti slabe telesne drže glede na tip naselja v kontingenčni tabeli.

Na podlagi rezultatov, ki so podani v tabeli 8, smo preverjali hipotezo H01: »V pojavnosti slabe telesne drže ni razlik med šoloobveznimi otroci na podeželju in v mestu.«

Z raziskavo smo ugotovili, da so v pojavnosti slabe telesne drže statistično značilne razlike ( $\chi^2 = 157,746$ ;  $p = 0,000$ ;  $\alpha = 5\%$ ) med šoloobveznimi otroci na podeželju in v mestu.

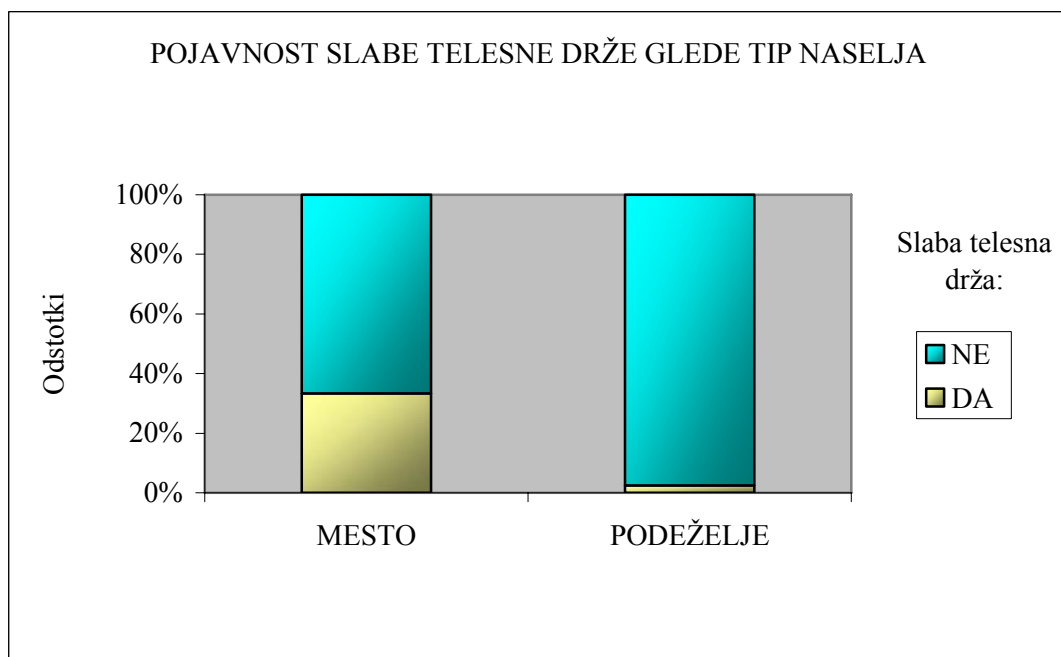
V mestu je imelo od 1661 pregledanih osnovnošolcev 554 slabo telesno držo, tj. 33,4 odstotka. Ta delež predstavlja kar 98,2 odstotka vseh otrok s slabo telesno držo v mestu in na podeželju skupaj (teh otrok je bilo 564).

Mestni osnovnošolci s slabo telesno držo tako glede na celotno populacijo 2069 pregledanih osnovnošolcev predstavljajo kar 26,8-odstotni delež.

Na podeželju je imelo od 408 pregledanih osnovnošolcev 10 slabo telesno držo, tj. 2,5 odstotka. Ti prispevajo le 1,8-odstotni delež med otroci s slabo telesno držo na podeželju in v mestu skupaj (564 otrok).

Podeželskih osnovnošolcev s slabo telesno držo je tako glede na celotno populacijo pregledanih otrok le 0,5 odstotka. Kot omenjeno, je bilo pregledanih otrok 2069.

V mestu in na podeželju skupaj je 27,3 odstotka otrok s slabo telesno držo. V tem odstotku je torej mestnih osnovnošolcev s slabo telesno držo kar 98,2 odstotka, podeželskih osnovnošolcev s slabo telesno držo pa le 1,8 odstotka.



Slika 1: Grafični prikaz pojavnosti slabe telesne drže glede na tip naselja

## 7 INTERPRETACIJA

Z raziskavo smo ugotovili, da lahko le s 5-odstotnim tveganjem trdimo, da je pojavnost slabe telesne drže odvisna od tipa naselja v celjski regiji.

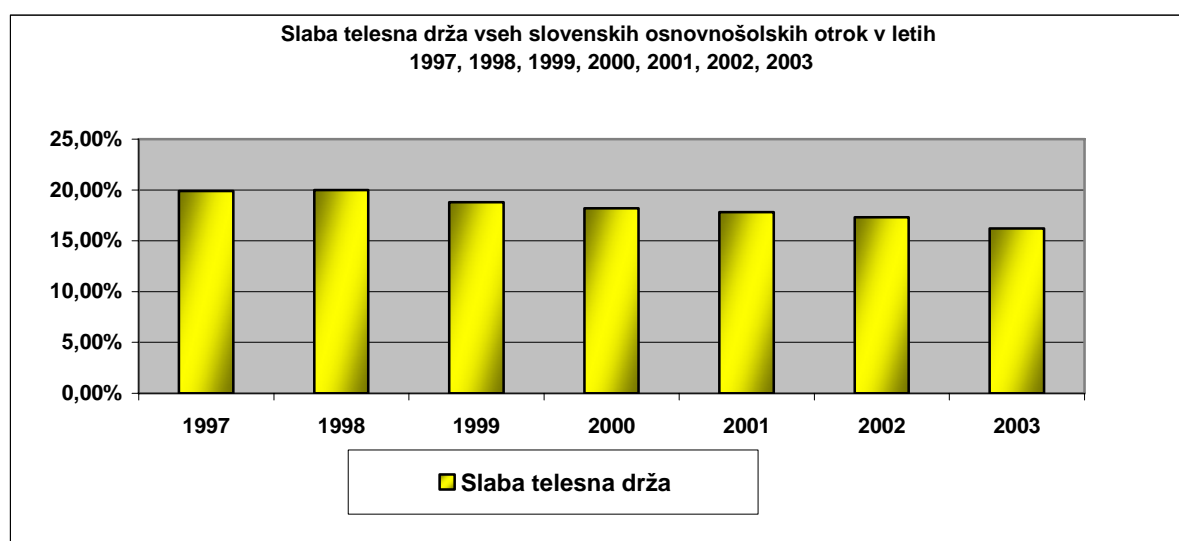
Na primeru našega vzorca to pomeni napoved, da bo imel v mestu vsak tretji osnovnošolec slabo telesno držo, na podeželju pa le vsak štirideseti osnovnošolec.

### 7.1 Možnosti za nadaljnje raziskave

Hipoteza H01 temelji na statističnih podatkih o zdravstvenem stanju vseh slovenskih osnovnošolskih otrok, ki jih zbira Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in jih izdaja v Zdravstveno statističnih letopisih za vsako posamezno leto (tabela 10 in slika2).

ZDRAVSTEVNO STANJE OTROK, UGOTOVLJENO NA SISTEMATIČNIH PREGLEDIH V VSEH SLOVENSКИH OSNOVNIH ŠOLAH V LETIH 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003								
Leto		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
bolezensko stanje								
skupaj pregledanih		91834	89649	88988	88795	85440	84059	80641
	%	97,80 %	98,40 %	98,20 %	98,50 %	98,40 %	97,90 %	97,80 %
slaba telesna drža		18240	17891	16771	16169	15237	14570	13092
	%	19,90 %	20,00 %	18,80 %	18,20 %	17,80 %	17,30 %	16,20 %

Tabela 10: Pojavnost slabe telesne drže vseh slovenskih osnovnošolskih otrok.

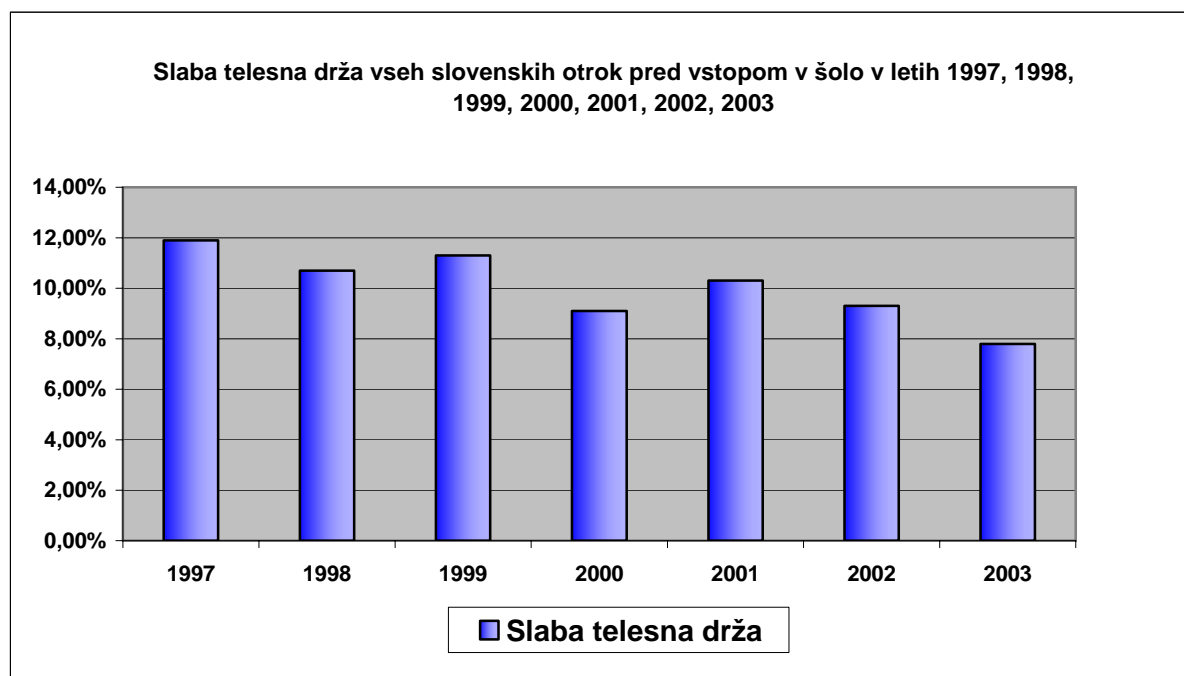


Slika 2: Grafični prikaz pojavnosti slabe telesne drže vseh slovenskih osnovnošolskih otrok za posamezno leto.

Iz deležev (povprečja) za posamezno leto (tabela 10 in slika 2) je mogoče sklepati, da pojavnost slabe telesne drža v Sloveniji upada (iz 19,9 % na 16,2 % od leta 1997 do leta 2003), kar potrjujejo tudi statistični podatki o pojavnosti slabe telesne drža vseh slovenskih otrok pregledanih pred vstopom v osnovno šolo (tabela 11 in slika 3).

		ZDRAVSTVENO STANJE OTROK, UGOTOVLJENO NA SISTEMATIČNIH PREGLEDIH <b>PRED VSTOPOM</b> V ŠOLO, LETA 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Bolezensko stanje								
skupaj pregledanih		22106	20639	20163	21411	21344	21955	23868
	%	98,10 %	98,70 %	98,50 %	99,30 %	99,30 %	99,00 %	97,80 %
slaba telesna drža		2636	2209	2276	1958	2201	2043	1864
	%	11,90 %	10,70 %	11,30 %	9,10 %	10,30 %	9,30 %	7,80 %

Tabela 11: Pojavnost slabe telesne drža vseh slovenskih otrok pregledanih pred vstopom v osnovno šolo.



Slika 3: Grafični prikaz pojavnosti slabe telesne drža vseh slovenskih otrok pregledanih pred vstopom v osnovno šolo.



Povprečje pojavnosti slabe telesne drže v celjski regiji za leto 2004 je 27 % (tabela 8), to pa zaradi bistveno večjega deleža pojavnosti slabe telesne drže v mestu (33 %) in ne na podeželju (2,5 %). Tako se postavlja bistveno vprašanje: kje se skriva vzrok za tako veliko razliko med mestnimi in podeželskimi otroci.

Že dr. Alojzij Šef v knjigi Osnove športno medicinskega nauka opozarja, da je vstop v šolo za otroka velika sprememba v življenju: otrok izgubi polovico svobodnega časa, ki si ga je do sedaj urejal v glavnem po svoji volji in potrebi, ter mora ta čas presedeti v šolski klopi ali doma pri knjigi. To strokovno mnenje je nedvomno resnično in na žalost napeljuje na še danes splošno sprejeto mnenje, da je šola glavni krivec za tako razširjeno slabo telesno držo osnovnošolskih otrok in mladine. Zavedati se moramo, da sedijo v učilnicah tudi otroci iz podeželja, ki težav s telesno držo nimajo oziroma jih je zelo malo; in naša raziskava je omajala mnenje, da je šola krivec za pojavnost slabe telesne drže, saj so mestni in podeželski otroci v šolah enako obremenjeni.

Raziskovalna naloga Osnovne šole I. celjske čete Celje (1991) za populacijo 106 učencev te šole navaja kot poglavitne vzroke za pojavnost slabe telesne drže: nošenje in prevelika teža šolske torbe, predolgo sedenje (od 5 do 12 ur nekateri celo 13 ur dnevno) in pomanjkanje telesne aktivnosti. Anketa v tej nalogi je pokazala, da presedijo učenci, ki so imeli probleme s slabo telesno držo, od 5 do 13 ur dnevno, in sicer 5 ur 3 odstotki, 6 ur 3 odstotki, 7 ur 20 odstotkov, 8 ur 26,73 odstotka, 9 ur 20 odstotkov, 10 ur 13,32 odstotka, 11 ur 6,65 odstotka in 13 ur 6,65 odstotka.

Že leta 1991 se predolgo sedenje oziroma izostanek telesne aktivnosti kaže kot najpoglavitejši vzrok za nastanek slabe telesne drže.

Po podatkih te ankete je imelo slabo telesno držo leta 1991 v navedeni populaciji 24 odstotkov učencev, probleme s slabo telesno držo pa 29,90 odstotka.

Naša raziskava sicer ni pokazala ali je poglavitni vzrok za pojavnost slabe telesne drže v predolgem sedenju ali izostanku telesne aktivnosti, pač pa je pokazala, da se zdravstveno stanje mestnih otrok v Celju več kot desetletje kasneje ni spremenilo na bolje, temveč se je »rahlo« poslabšalo, saj smo v letu 2004 zabeležili 33-odstotno pojavnost slabe telesne drže.

Raziskovalna naloga Poslovno-komercialne šole v Celju z naslovom Do znanja z zdravo hrbtenico namiguje, da je eden izmed vzrokov za slabo telesno držo osnovnošolcev in dijakov nošenje težkih šolskih torb, ki so težke od 3 do 5 kg, nekatere celo 10 kg. Ugotovitve naše raziskave tega vzroka ne podpirajo, saj morajo težke šolske torbe otroci nositi tako kot v mestih kakor tudi na podeželju.

V sporočilu za medije Zavoda za zdravstveno varstvo Celje z naslovom Gibanje in šport za zdravje je zapisano, da se v Sloveniji pomemben delež odraslih in mladih premalo giblje in ukvarja s športom ([http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php), 20. 2. 2006). To verjetno drži za življenjski stil ljudi, ki živijo v mestih. Življenje na podeželju pa zahteva povsem drugačen življenjski stil in sicer takšen, ki vsebuje ogromno gibanja.

Naša raziskava tako pomembno prispeva k ugotovitvi ali leži temeljni vzrok za nastajanje slabe telesne drže v storilnostno naravnani šoli, ki ne dopušča otrokom v času pouka dovolj gibanja (in bi bila v tem primeru najbolj moteč faktor pri telesnem razvoju otroka), in odpira vprašanje ali je morda vzrok za nastajanje slabe telesne drže z vsemi njenimi posledicami v sodobnem življenjskem stilu (zlasti v urbanih okoljih), opozarja pa tudi na najbolj zaskrbljujoč pojav, da je slaba telesna drža prisotna že pri predšolskih otrocih.

Na kakovost dobljenih rezultatov lahko gledamo sicer kritično zaradi velikosti vzorca, vendar je sociološki oziroma socialni tipus (tipus kot princip dokazovanja) obeh vzorcev dovolj močan argument, da lahko sklepamo z dokajšnjo zanesljivostjo na celotno populacijo.

## 8 ZAKLJUČEK

Ljudje smo v več tisočletni zgodovini še posebej dobro poskrbeli za tehnološki razvoj. Fizično delo, ki ga prej ni manjkalo (ali na polju ali v delavnicah), danes za nas po večini opravljajo stroji. Lahko bi rekli, da smo poskrbeli za lagodno delo. Vedno več je storitvenih dejavnosti, ki ne zahtevajo sploh nikakršne fizične aktivnosti. In ob vsej tej razvitosti, smo pozabili na svoje telo in predvsem na telesni razvoj otrok. Če se ob tem spomnimo še na slavni rek »Zdrav duh v zdravem telesu«, lahko rečemo, da smo potem takem pozabili tudi na duševno zdravje oziroma duševni razvoj otrok.

Otroci dandanes večino časa preživijo v šoli, doma pa so igre na dvorišču (tudi v mestih) zamenjali z računalniki. Srečo imajo tisti, ki se rodijo na podeželju, po možnosti v kmečki družini. Tam fizičnega dela, ki poteka pretežno na (svežem) zraku, ne manjka. Več gibanja pomeni tudi več zdravja.

Naša naloga ni raziskovala, koliko se otroci na podeželju v primerjavi z mestnimi otroki več oziroma manj gibajo, ampak je dokazovala hipotezo, da v pojavnosti slabe telesne držo ni razlik med šoloobveznimi otroci na podeželju in v mestu. In dokazali smo, da razlike so. In po vrhu vsega niso majhne. Glede na to, da preživijo mestni otroci v šolah popolnoma enako število ur kot njihovi podeželski vrstniki in da nosijo enako težke torbice, je očitno težava v kraju, kjer prebivajo. Vendar trditi, da je mesto, kjer je nešteto možnosti za ukvarjanje s športom, krivo za slabo telesno držo, bi bilo neumnost. Težava in razlika je torej v življenjskem stilu mestnih in podeželskih otrok. Raziskovanje življenjskega stila pa je že naloga sociologov, pedagogov, tudi psihologov. Ob tem pa je zanimivo prav to, da razen ugotovitve Zavoda za zdravstveno varstvo Celje, da so otroci igre z žogo oziroma gibanje na sploh zamenjali za računalnik, ni bilo do sedaj narejene še nobene vseslovenske raziskave o življenjskem stilu in navadah otrok.

V naši raziskavi smo ugotovili tudi, da glede na to, da mestni in podeželski otroci preživijo enako število ur v šoli in nosijo enako težke torbice, ne more biti za slabo telesno držo kriva šola. Kljub temu pa se pojavlja vprašanje, kaj bi lahko šola še naredila, da bi se število otrok s slabo telesno držo zmanjšalo. Nedvomno bi morali povečati število ur športne vzgoje, ki pa bi morala biti manj osredotočena na igre z žogo, kjer po navadi blesti le nekaj posameznikov, ki ostale, s slabšimi sposobnostmi, v želji po zmagi skorajda izključijo iz igre. V šole bi se morala vrniti orodna telovadba, seveda ob spremljavi vseh ostalih športnih aktivnosti, ki jih pozna aktualna športna vzgoja.

Pomemben del, na katerega se v šolah pozablja, je športna pedagogika. Športna pedagogika, ki bi se ukvarjala z vsakim otrokom posebej. Teh profilov v Sloveniji praktično ne poznamo. Kot da bi bila športna vzgoja nek stranski predmet, popolnoma nepomemben, da ne rečemo celo odvečen. Prav sodelovanje otrok, staršev, zdravnikov in športnih pedagogov bi lahko pripeljalo do boljše telesne držo otrok. Danes pa se vse prevečkrat dogaja, da otroci s slabo telesno držo in morda že hujšimi okvarami hrbtenice v šolah sploh ne telovadijo. Prav z njimi bi se športni pedagogi morali ukvarjati, in sicer individualno.

Vse to seveda pomeni dodatno zaposlovanje športnih pedagogov, kar je v tem času, ko imamo v šolah le dve do tri ure športne vzgoje na teden, nesmisel. V osnovnih šolah je vse usmerjeno v ocene, otroci pa morajo v boju za svojo, menda lepo, prihodnost poskrbeti, da bodo ocene čim višje. Vprašanje pa je, kakšna bo ta njihova prihodnost, če bodo imeli hude zdravstvene težave zgolj zato, ker se niso dovolj gibali.

Več športne vzgoje v šolah bi lahko rešilo tudi druge težave, s katerimi se novodobni otroci vedno bolj srečujejo. Ena od njih je zagotovo debelost, ki je tudi v povezavi s slabo telesno držo. Težava, ki tare predvsem dekleta v zadnjem osnovnošolskem obdobju, pa je tudi slaba samopodoba. Večinoma gre za obremenjevanje s telesno težo, ki niti ni nujno prevelika. Prav na tem mestu bi morali športni pedagogi, psihologi in zdravniki bolj sodelovati. Nedvomno bi več gibanja dalo neke rezultate, ki bi jih videli tudi sami otroci, v tem primeru dekleta.

Ob vsem tem je treba poudariti, da se število otrok s slabo telesno držo dejansko znižuje. Tu pa moramo biti pozorni še na ostale podatke. Da se namreč zmanjšuje število mestnih otrok, vedno več pa je otrok na podeželju, kjer število otrok s slabo telesno držo počasi raste. Razlog za to lahko iščemo v preseljevanju družin iz mest na podeželje. Otroci, ki so še včeraj v mestu večino prostega časa preživeli doma za računalnikom ali televizijo, bodo danes, preseljeni na podeželje, svojih navad najverjetneje ne spremenili. Kljub temu ostaja bistveno več otrok s slabo telesno držo v mestih.

Kdo je kriv za tako stanje, sploh ni pomembno. Pomembno je, kaj bomo storili sedaj. Otrok je iz leta v leto manj. In če bodo še tisti, ki jih imamo, zaradi zdravja nesposobni delati, potem čaka Slovenijo zelo žalostna prihodnost. Četudi bodo imeli vsi otroci najvišje možne ocene. Mogoče pa bomo takrat le potegnili iz naftalina »športno vzgojo«, kot so jo poznali včasih, in se spomnili reka »Zdrav duh v zdravem telesu«, ki ga danes uporabljajo bolj kot ne zgolj kot floskulo za pridobivanje novih članov v fitness centrih.

## 9 LITERATURA

Anžin, M. (2006). *Kako skrbimo za zdravo hrbtenico?* Pridobljeno 20. 2. 2006, iz [http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/zdrava\\_hrbtenica.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/zdrava_hrbtenica.php)

Budal, M. (2006). »*Mladi vse bolj zabijajo prosti čas*«. Pridobljeno 28. 3. 2006, iz [http://www.vecer.si/vecer2003/sredina/clanek/clanek\\_natisni.asp?kaj=6&id=2006032704106886](http://www.vecer.si/vecer2003/sredina/clanek/clanek_natisni.asp?kaj=6&id=2006032704106886)

Demšar, A. (2003). *Ortopedija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.

Inštitut za varovanje zdravja. (2004). *Gibanje in šport za zdravje*. Pridobljeno 20. 2. 2006, iz [http://www.zzv-ce.si/dobro\\_je\\_vedeti/teden\\_mobilnosti.php](http://www.zzv-ce.si/dobro_je_vedeti/teden_mobilnosti.php)

Karaiković, E. (1984). *Kineziterapija*. Sarajevo: »Svjetlost«.

Konec Juričič, N. in Kopač Vidmar, T. (2000). *Zdravje prebivalcev regije Celje v letih 1995 - 1999*. Pridobljeno 20. 2. 2006, iz [http://www.zzv-ce.si/raziskave\\_clanki/zdravje\\_preb\\_13.php](http://www.zzv-ce.si/raziskave_clanki/zdravje_preb_13.php)

Kristan, S. (9. 3. 2006). Bloudkove anomalije, *Delo*, volumen, str. 22.

Kulišer, J. (1959). *Splošna gospodarska zgodovina*. Ljubljana: DZS.

Modic, H. (1976). *Temeljni pojmi o održavi in pravu*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Višja upravna šola.

Pediček, F. (1994). *Edukacija danes*. Maribor: Založba obzorja Maribor.

Srakar, F. (1986). *Ortopedija*. Ljubljana: Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani, Višja šola za zdravstvene delavce.

Srakar, F. (1990). Razvojne posebnosti otroških stopal. V *8. Ortopedski dnevi – zbornik predavanj za zdravnike splošne medicine* (str. 45–59). Ljubljana: Univerzitetna ortopedska klinika Ljubljana.

Stres, A. (1991). *Oseba in družba*. Celje: Mohorjeva družba.

Stamejčič, D. (20. 2. 2006). Umirajo zaradi bolezni srca in ožilja, *Delo*, volumen, str. Xy.

Stepišnik, D. (1974). *Telovadba na slovenskem*. Ljubljana: DZS.

Šef, A. (1950). *Osnove športno – medicinskega nauka*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Škarlin, H. (1991). *Rojstvo dečkov in deklic – telesna drža in telesna višina v populaciji učencev Osnovne šole I. celjske čete* (Raziskovalna naloga). Celje: Osnovna šola I. celjske čete.

Urbanč, S. (1997). Zdravje se ustvarja v otroštvu in mladosti. V *Otvoritev dvorane in prizidka k osnovni šoli Zreče* (str. 10–16). Zreče: OŠ Zreče.

Vidmar, J. (1992). *Kinezioterapija*. Ljubljana: Fakulteta za šport.

Živković, D. (2000). *Teorija i metodika korektivne gimnastike*. Niš: SIA.

(Raziskovalna naloga poslovno komercialne šole)