

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za šport

Doktorska disertacija

**Povezanost gibalne/športne aktivnosti otrok z
izbranimi dejavniki zdravega načina življenja**

Kandidatka: Veronika L. Kropelj

Mentorica: izr. prof. dr. Mateja Videmšek

Somentor: izr. prof. dr. Rado Pišot

Ljubljana, marec 2007

IZJAVA

Spodaj podpisana Veronika Lucija Kropej izjavljam, da sem avtorica te doktorske disertacije.

V Ljubljani, marec 2007

Podpis: _____

Iskreno se zahvaljujem Univerzi na Primorskem, Znanstveno-raziskovalnemu središču Koper, Inštitutu za kineziološke raziskave, sodelujočim otrokom, šolam in zdravstvenim domovom ter mentorjema izr. prof. dr. Mateji Videmšek in izr. prof. dr. Radu Pišotu, brez katerih to delo ne bi moglo nastati.

Otroci, kvaliteta življenja, gibalna/športna aktivnost, dejavniki tveganja, anketa

**POVEZANOST GIBALNE/ŠPORTNE AKTIVNOSTI OTROK Z
IZBRANIMI DEJAVNIKI ZDRAVEGA NAČINA ŽIVLJENJA**

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport

Veronika L. Kropej

strani: 195, tabele: 66, slike: 94, literatura: 221, viri: 3

Izvleček

Tematika doktorske disertacije je učenje o življenju in življenjskem slogu. Otrok mora biti aktiven delček v lastnem življenju. Starši morajo vanj zaupati in mu to z odgovornimi nalogami dokazati. Na ta način bo otrok dobil občutek pomembnosti, dober občutek glede samega sebe, zaupal bo v svoje sposobnosti, motiviran bo za nadaljnje delo.

Zavedati se moramo, da so prve vzpodbude, ki jih je otrok deležen, za njegov nadaljnji razvoj izjemno pomembne. Otrok se rodi z določeno dovzetnostjo, sprejemljivostjo, ki mu je prirojena v že vnaprej določenem okolju. V kolikšni meri se bodo njegove dispozicije v bodoče razvile, je odvisno od otrokove lastne aktivnosti in od okolja, ki nanj vpliva.

Z raziskavo smo želeli potrditi postavljene hipoteze in tako dokazati, kako pomembna je gibalna/športna aktivnost za zdrav način življenja. Prav tako smo želeli predstaviti pomen dejavnikov tveganja za zdravje, kot so: nikotin, alkohol, mamila, nezdravo prehranjevanje, pomanjkanje gibanja. Ugotavljali smo povezave med gibalno/športno aktivnostjo otrok, starih 10 in 13 let, z določenim dejavnikom tveganja. Analizirali smo tudi otrokovo lastno skrb za zdravje in odsotnost od pouka zaradi bolezni ter pri obeh proučevanih dejavnikih iskali povezave z gibalno/športno aktivnostjo.

Vzorec je zajemal 748 učencev in učenk devetletne osnovne šole iz desetih slovenskih šol, od tega iz 4. razreda 194 dečkov in 189 deklic (starih v povprečju 10 let \pm 5 mesecev) ter iz 7. razreda 201 dečkov in 164 deklic (starih v povprečju 13 let \pm 4 mesece). Otroci so odgovarjali na anketni vprašalnik. Podatke o stanju prehranjenosti, telesni teži in telesni višini pa smo pridobili iz zdravstvenega kartona. Navedeni podatki raziskave so bili dobljeni v okviru ciljnega raziskovalnega projekta z naslovom Gibalna/športna aktivnost za zdravje, ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave v okviru Znanstveno-raziskovalnega središča Koper Univerze na Primorskem. Podatki so bili obdelani z računalniškim paketom SPSS 13. Poleg osnovne statistike spremenljivk

smo za ugotavljanje razlik med skupinami uporabili multivariantno analizo variance (za številске spremenljivke) in Pearsonov χ^2 -test (za neštevilске spremenljivke). Za ugotavljanje povezanosti med neštevilskimi spremenljivkami smo uporabili korespondenčno analizo. Vse hipoteze smo preverjali na ravni 5% statističnega tveganja ($P = 0,05$).

Rezultati so predstavljeni tekstovno ter v obliki preglednic, grafikonov in kontingenčnih tabel. Tri hipoteze od štirih smo potrdili. To so: 1. Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, so bolj gibalno/športno aktivni. 2. Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil. 3. Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo pozitiven odnos do lastnega zdravja. Četrte hipoteze: otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, so zaradi bolezni manj odsotni iz šole, z nobeno pojasnjevalno spremenljivko nismo mogli potrditi.

Menimo, da izsledki doktorske disertacije predstavljajo pomemben doprinos k znanosti, saj celostno obravnavamo povezavo med gibalno/športno aktivnostjo, drogami, stanjem prehranjenosti in skrbjo za zdravje. Raziskava je dokaz, kako pomembno vlogo in vpliv ima gibalna/športna aktivnost na oblikovanje zdravega in kakovostnega načina življenja. Rezultati omogočajo boljši pregled nad sedanjim stanjem na področju drog, nad stanjem prehranjenosti in skrbi za zdravje med osnovnošolci v Sloveniji ter so podlaga za oblikovanje konkretnih rešitev na področju drog, stanja prehranjenosti in skrbi za zdravje med osnovnošolci za obravnavano krajevno področje v Sloveniji.

Naloga tistih, ki so v stiku z otroki in mladostniki, je, da se zavedajo prisotnosti drog, problematike prekomerne teže, podhranjenosti in pomanjkanja skrbi za zdravje pri tako mladih in se lotijo tega problema od vsega začetka (tudi pri najmlajših) v obliki preventive oziroma, če je problem že prisoten, v obliki rešitev, kot je stimulatívno in izkušensko bogato okolje. Otroci, ki smo jih zajeli v vzorec, prihajajo iz različnih krajevnih področij, toda otroci posameznega krajevnega področja imajo skupno točko, tj. šola, v katero hodijo. Ker je to njihov skupni imenovalec, menimo, da je treba usmeriti preventivo ali reševanje problema v to okolje.

Children, Quality of Life, Physical/Sports Activities, Risk Factors, Questionnaire

***CORRELATION BETWEEN PHYSICAL/SPORTS ACTIVITIES OF CHILDREN
AND SELECTED FACTORS OF A HEALTHY LIFESTYLE***

University of Ljubljana, Faculty of Sport

Veronika L. Kroje

195 pages, 66 tables, 94 photographs, bibliography: 221, sources: 3

Summary

The focus of this doctoral thesis is on the study of life and lifestyle. Children have to play an active role in their own lives. Their parents need to trust them, demonstrating their belief in them by entrusting them with responsible tasks. In this manner, children will acquire a feeling of their own worth, gain self-confidence, and will be well motivated for further work.

It is imperative to realize how very important for children's future development are the first initiatives that they receive from the world around them. Each child is equipped with a certain degree of inborn susceptibility. Further development of these predispositions depends upon their physical activities as well as environmental factors that affect them considerably.

The aim of this study is to confirm several hypotheses, thereby showing the importance of physical/sports activities for a healthy lifestyle. Emphasized are risk factors that affect health, for instance cigarettes, alcohol, drugs, an unhealthy diet, and insufficient exercise. The study tries to find a correlation between physical/sports activities of children aged ten and thirteen, and certain risk factors. Analyzed is the manner in which the children participating in this project care for their own health and their absence from school, both in relation to physical/sports activities.

*The sample comprised 748 elementary-school children from ten Slovene schools. 383 (194 boys and 189 girls) were fourth-graders (age 10 years \pm 5 months). 201 boys and 164 girls were in the seventh grade (age 13 years \pm 4 months). While the children filled out a questionnaire the data on their nutritional status, posture, and height was obtained from their medical records. This study was a part of a target research project entitled *Gibalna/športna aktivnost za zdravje (Physical/Sports Activities for Health)*, carried out by the Institute for Kinesiology at the University of Primorska Science and Research Centre of Koper. Data was analyzed with statistical package SPSS 13. Descriptive statistics was followed by multivariate analysis of variance (for testing differences between means on scale variables) and Pearson χ^2 -test (for nominal*

variables). Correspondence analysis was used for testing correlation between nominal variables. Hypotheses were tested on 5% statistical significance.

The results obtained in the study are presented in text, tables, diagrams, and contingency tables. Of the initial four hypotheses the following three had been confirmed: 1. Children with normal nutritional status are physically more active and more often participate in sports. 2. Children who are physically more active generally have a negative attitude to alcohol, cigarettes, and drugs. 3. Children who are physically more active have a positive attitude towards their health. The fourth hypothesis, which assumed that children who were more physically active were less seldom sick and absent from school, could not be substantiated with any explanatory variable.

Due to a holistic approach to the correlation between physical activity, drugs, nutritional status, and health awareness, the results obtained in this study certainly represent an important contribution to science. They are an undisputable proof of the importance of physical activity for a healthy lifestyle. Giving a better insight into drug abuse, nutritional status, and health awareness among elementary-school children living in the areas covered by this study, they represent a basis for forming concrete solutions to these issues.

It is the duty of those who are in close contact with children and youth to be constantly aware of the presence of drugs, excessive weight or malnutrition problems, and a lack of health awareness among them. These issues have to be addressed since early youth, either by means of prevention or, should the problem already arise, by trying to find solutions in the form of a highly stimulative environment with plenty of experience. Although the children from our sample come from different parts of Slovenia they do have one thing in common: their school. Since the school is their common denominator it is my belief that this environment is where preventive measures and solution finding have to be applied.

Kazalo

1	Uvod.....	1
I.	TEORETIČNA IZHODIŠČA	4
2	Predmet in problem	4
2.1	Gibalna/športna aktivnost.....	4
2.2	Zdrav način življenja.....	6
2.3	Gibalna/športna aktivnost v povezavi z zdravim načinom življenja	8
2.4	Pregled raziskav	9
2.4.1	Pogostost in oblike gibalne/športne aktivnosti	9
2.4.2	Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov.....	11
2.4.3	Droge in gibalna/športna aktivnost.....	12
2.4.3.1	Kajenje in gibalna/športna aktivnost.....	12
2.4.3.2	Alkohol in gibalna/športna aktivnost.....	14
2.4.3.3	Mamila in gibalna/športna aktivnost.....	14
2.4.4	Stanje prehranjenosti in gibalna/športna aktivnost	15
2.4.5	Kakovost življenja in gibalna/športna aktivnost.....	17
2.5	Dejavniki, ki vplivajo na otrokov razvoj in način življenja.....	18
2.5.1	Dednost	21
2.5.1.1	Medicinski vidik dedovanja.....	21
2.5.1.2	Psihološki vidik dedovanja	22
2.5.1.3	Heritabilnost ali ocena dednosti.....	23
2.5.1.4	Interakcija in korelacija med geni in okoljem	24
2.5.2	Okolje.....	24
2.5.2.1	Socializacija	24
2.5.2.2	Skupno (deljeno) in individualno (nedeljeno) okolje	25
2.5.2.3	Primarno okolje.....	25
2.5.2.4	Sekundarno okolje	27
2.5.3	Samodejavnost oziroma lastna aktivnost.....	28
2.6	Interpretacija dejavnikov, ki vplivajo na otrokov način življenja.....	29
2.7	Dejavniki tveganja	31
2.7.1	Gibalna/športna aktivnost	32
2.7.1.1	Vzroki za pomanjkanje gibalne/športne aktivnosti.....	34
2.7.1.2	Stanje gibalne/športne aktivnosti po svetu in v Sloveniji	35
2.7.1.3	Posledice pomanjkanja gibalne/športne aktivnosti	36
2.7.1.4	Preventiva pred pomanjkanjem gibalne/športne aktivnosti.....	38
2.7.2	Droge	38
2.7.2.1	Vzroki za jemanje drog.....	39
2.7.2.2	Stanje v Sloveniji in po svetu glede jemanja različnih drog.....	40

2.7.2.3	Posledice jemanja drog.....	41
2.7.2.4	Preventiva pred drogami	44
2.7.3	Prehrana.....	45
2.7.3.1	Vzroki za nezdravo prehranjevanje.....	45
2.7.3.2	Stanje prehranskih navad in stanja prehranjenosti v Sloveniji in po svetu.....	47
2.7.3.3	Posledice nezdrave prehrane	48
2.7.3.4	Preventiva pred neuravnoteženo prehrano	49
2.8	Pregled glavnih dejavnikov tveganja za nastanek bolezni	50
3	Cilji raziskave	55
4	Hipoteze.....	55
5	Metode dela	55
5.1	Vzorec merjencev	55
5.2	Vzorec spremenljivk	57
5.3	Organizacija in potek zbiranja podatkov	58
5.4	Metode obdelave podatkov	58
II.	EMPIRIČNA ANALIZA.....	60
6	Rezultati	60
6.1	Analiza okolja otrok glede na razred, spol in krajevno področje.....	60
6.2	Analiza gibalne/športne aktivnosti otrok glede na razred, spol in krajevno področje	69
6.2.1	Ugotovitve vprašanja: Koliko ur dnevno presediš izven šole?.....	69
6.2.2	Ugotovitve vprašanja: Povprečno koliko minut dnevno porabiš za hojo/kolesarjenje/rolanje/tek/druge aktivnosti?	70
6.2.3	Ugotovitve vprašanja: Gibalna/športna aktivnost in sedenje pri premikanju iz kraja v kraj v zadnjem tednu.....	73
6.2.4	Ugotovitve vprašanja: Gibalna/športna aktivnost v prostem času v zadnjem tednu	75
6.2.5	Ugotovitve vprašanja: Koliko ur športne vzgoje imaš tedensko?.....	77
6.2.6	Ugotovitve vprašanja: Kje in v kakšnih oblikah si gibalno/športno aktiven?	78
6.2.7	Ugotovitve vprašanja: Zakaj sem gibalno/športno aktiven?	82
6.2.8	Ugotovitve vprašanja: Kako pogosto se v prostem času ukvarjaš s športom?.....	84
6.3	Analiza stanja prehranjenosti otrok.....	85
6.3.1	Stanje prehranjenosti	85
6.3.1.1	Stanje prehranjenosti otrok glede na subjektivno in objektivno oceno	87

6.3.1.2	Primerjava subjektivne in objektivne metode ocenjevanja stanja prehranjenosti	88
6.3.1.3	Primerjava razlik med obema metodama glede na razred, spol in krajevno področje.....	95
6.4	Stanje prehranjenosti v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok ..	100
6.5	Droge v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok.....	106
6.5.1	Kajenje, glede na razred, spol in krajevno področje	106
6.5.2	Kajenje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok	109
6.5.3	Alkohol, glede na razred, spol in krajevno področje	114
6.5.4	Alkohol v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok.....	118
6.5.5	Ostale droge glede na razred, spol in krajevno področje	120
6.5.6	Ostale droge v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok	121
6.6	Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok	130
6.6.1	Skrb za zdravje glede na razred, spol in krajevno področje	130
6.6.2	Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok	132
6.7	Odsotnost od pouka zaradi bolezni v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok	145
6.7.1	Odsotnost od pouka zaradi bolezni glede na razred, spol in krajevno področje	145
6.7.2	Odsotnost od pouka zaradi bolezni v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok	146
7	Razprava	148
7.1	Skupni prikaz povezanosti gibalne/športne aktivnosti otrok z izbranimi dejavniki tveganja in lastnim odnosom do zdravja	148
7.2	Analiza hipotez.....	150
7.2.1	Stanje prehranjenosti.....	150
7.2.2	Droge	153
7.2.2.1	Kajenje.....	154
7.2.2.2	Alkohol	155
7.2.2.3	Mamila.....	156
7.2.3	Odnos do lastnega zdravja	158
7.2.4	Odsotnost od pouka zaradi bolezni.....	161
7.3	Zdravo otroštvo, zdrav življenjski slog.....	162
7.4	Skupni prikaz dejavnikov zdravega načina življenja.....	166
7.5	Prenos teorije v prakso.....	169
7.5.1	Droge in gibalna/športna aktivnost.....	169
7.5.2	Stanje prehranjenosti in gibalna/športna aktivnost	172
7.5.3	Odnos do lastnega zdravja in gibalna/športna aktivnost.....	173

8 Sklep	175
9 Literatura	179
10 Viri	195

1 Uvod

Poudariti želimo, da je ta raziskava namenjena predvsem tistim, ki so v vlogi vzgajanja in učenja mladih. Menimo, da je okolje tisti dejavnik, s katerim lahko posredno in neposredno vplivamo na otroka in na njegov slog življenja. S to raziskavo želimo pomagati staršem in ostalim pri oblikovanju zdravega otroka in mladostnika, tako telesno kot psihično. Misel, ki zajema glavno idejo te raziskave, bi lahko opisali z izrekom Roberta Fulghuma (1992): »Nekoč smo mislili, da je bolezen božje delo. Potem smo spoznali, da je posledica človekove nevednosti. Ko bi le znanstveniki iznašli nekaj, kar bi odstranilo nesnago tudi iz naših glav.«

Nevednost ni opravičljiva, še posebno kadar gre za otroka in njegov celosten razvoj. Zato je naloga staršev in vzgojiteljev, da svojo vlogo, ki jo imajo in za katero so se zavestno odločili, opravljajo v korist otroka. Vzgoja je proces, ki se odvija v okolju, v katerem otrok odrasča. Prav zato so dejavniki okolja tisti, ki vplivajo na razvoj otroka. Ti dejavniki pa so lahko pozitivni ali pa negativni. Zato je pri vzgoji ključno, da se otroku razložijo in predvsem z lastnim zgledom predstavijo ti dejavniki. Za otroka je predvsem pomembno, da ve, kaj je dobro in kaj ne. Kasneje bo z lastnimi izkušnjami oblikoval lastno mnenje o teh dejavnikih, ki jih lahko imenujemo dejavniki zdravega načina življenja. Naš cilj pri vzgoji je, da se posameznik nauči in dobi podlago zdravega življenja že v otroštvu.

Proučevani vzorec otrok, zajet v našo raziskavo, vključuje otroke stare 11 in 13 let, kar je obdobje zgodnjega mladostništva oziroma začetek pubertete. Telesni razvoj otrok te starosti je pospešen, razvijajo se sekundarni spolni znaki. Mišljenje je logično in postaja vse bolj učinkovito in abstraktno, pri mišljenju si otrok ne pomaga s predstavljanjem konkretnih situacij, ampak lahko razmišlja in si predstavlja neskončno število možnosti, sposoben je hipotetično sklepati, oblikovati sistem vrednot in lastnih teorij o življenju in svetu (Župančič & Svetina, 2004).

V preteklosti in tudi danes nekateri avtorji mladostništvo opisujejo kot razvojno obdobje, v katerem se poveča čustvena labilnost in intenzivnost tako doživljanja kot izražanja čustev (Zupančič, 2004). Menimo, da gibalna/športna aktivnost vpliva tudi na psiho-socialni razvoj otroka in mladostnika. Z gibanjem in gibalno izkušnjo otrok spoznava samega sebe in svet okoli sebe, ustvarja, se vključuje med sovrstnike in spoznava povezave ter rešuje številne probleme. Poudariti velja, da je ravno otroštvo in mladostništvo zaradi izrazite razvojne dinamike obdobje, v katerem ima socialno okolje največji vpliv tudi na oblikovanje samopodobe in vedenjskega sloga. Otrokova, mladostnikova podredna vloga v odnosu z odraslimi ter otrokova neizkušenost in neznanje pogojujeta izredno dojemljivost za informacije, ki jih medira socialno okolje (vrednote, kriteriji, ocene) (Pišot, Završnik, & Kropej, 2005).

Naše mnenje je, da ima okolje pomembno vlogo pri vzgoji in razvoju otroka na vseh področjih, na biološkem, kognitivnem, emocionalnem in socialnem. V naši raziskavi smo se posvetili predvsem raziskavi vloge gibalne/športne aktivnosti kot glavnega dejavnika zdravega načina življenja pri vzgoji otroka.

Gibalna/športna aktivnost predstavlja pomemben del človekovega življenja. Gibanje je sestavni del kakovosti življenja sodobnega človeka. Ta jasno izražena povezanost je bila do sedaj velikokrat teoretično in strokovno podprta. Gibalna/športna aktivnost je pomembno sredstvo, ki vpliva na celovito ravnovesje človeka in ustvarja harmonijo med njegovo večrazsežnostno naravo in vsakdanjimi naporji ter delovnimi obveznostmi. Gibalna/športna aktivnost zagotovo koristno vpliva na človekovo duševnost. Raziskave povsod po svetu dokazujejo, da je gibalna/športna aktivnost res namenjena izboljšanju kakovosti življenja. Kljub vsemu pa še vedno ni natančno razjasnjeno, kakšni so ti vplivi (Tušak & Faganel, 2004). Namen naše raziskave je definirati te vplive oziroma ugotoviti, na katere dejavnike zdravega načina življenja ima gibalna/športna aktivnost pomemben vpliv.

Termin gibalna/športna aktivnost je splošen izraz, ki pomeni vsako gibanje telesa, ki se odraža v porabi energije nad tisto v mirovanju. Športna aktivnost pomeni načrtovano, pogosto nadzirano aktivnost s ciljem izboljšanja telesne kondicije ali zdravja. Za izboljšanje ravni aktivnosti celotne populacije pa poleg športne aktivnosti, sem uvrščamo tudi gibalno aktivnost, ki zajema aktivnosti na delu, doma in prostem času. Zato menimo, da je termin gibalna/športna aktivnost primernejši, kot zgolj uporaba termina šport ali gibanje (povzeto po: Mutrie, 2005).

Vendar se moramo zavedati, da ni dovolj zgolj predstaviti dejavnike tveganja otroku in misliti, da bo v kriznih situacijah pravilno ravnal. Ključ pri vzgoji otroka je razvoj njegove lastne samopodobe, ki je osnova, da začne otrok verjeti sam vase, v svoje sposobnosti in da dobi moč, da se upre skušnjavi ter pravilno ravna.

V Sloveniji so psihologi izvedli več raziskav, v katerih so primerjali osebnostne značilnosti mladostnikov, ki se ukvarjajo s tekmovalnim športom, in mladostnikov, ki se sistematično ne ukvarjajo z nobeno dejavnostjo zunaj šole. Ugotovili so, da je bil v športni skupini bolj izražen motiv po dosežku, zlasti po doseganju uspeha z lastnim trudom. Skupina, ki se s športom ne ukvarja, se je v primerjavi s športno izkazala kot manj praktično usmerjena in pozorna na stvari v vsakdanjem življenju, športna pa je izražala več nadzora nad svojimi čustvi in vedenjem. Športniki so bili v primerjavi z nešportniki bolj usmerjeni v rešitev problema in racionalno oceno stresne situacije, medtem ko so nešportniki večkrat uporabljali strategijo umika. (Zupančič & Justin, 1998; Merc, 1996).

Ti rezultati dodatno ponazarjajo, kako pomembno vlogo ima gibalna/športna aktivnost pri razvoju otroka in njegovega zdravega načina življenja. Sodelovanje v najrazličnejših vrstah gibalnih/športnih aktivnosti lahko pospešuje/povečuje socialno integracijo, kulturno toleranco, razumevanje etike in spoštovanja okolja, kar ima vse večji pomen med mladimi, predvsem v državah razvitega dela sveta (Fras, 2002; Logstrup, 2001; Rowland, 1990). V nadaljevanju bomo podrobno predstavili naše ugotovitve glede vloge gibalne/športne aktivnosti na otroka.

I. Teoretična izhodišča

2 Predmet in problem

2.1 Gibalna/športna aktivnost

Gibanje je definirano kot katerokoli telesno gibanje, ki ga proizvedejo skeletne mišice, katerega rezultat je poraba energije (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). V disertaciji bomo uporabljali termin gibalna/športna aktivnost, ker želimo poudariti, da gre tako za vsakodnevno gibanje, kot je hoja, kolesarjenje v šolo, službo, delo na vrtu, kot za katerokoli športno aktivnost, ki jo izvajamo z določenim namenom in v prostem času ter jo vnaprej načrtujemo. Le redna, posamezniku prilagojena in primerno intenzivna gibalna/športna aktivnost ima pozitiven in celosten vpliv na človekov organizem. Priporočila gibalne/športne aktivnosti so povečanje gibalne/športne aktivnosti za najmanj 30% za ljudi od 6. leta naprej (Pate, Pratt, & Blair, 1995). K zdravju koristnim oblikam gibalnih/športnih aktivnosti prištevamo športno rekreacijo, delovno rekreativne aktivnosti ter transportne oblike gibanja. Le redna, posamezniku prilagojena in primerno intenzivna gibalna/športna aktivnost ima pozitiven in celosten vpliv na človekov organizem (Pišot, Završnik, & Kropej, 2005).

Rezultati raziskav »CINDI 2002/03« in »Gibalne/športne aktivnosti za zdravje« kažejo, da je za zaščito zdravja zadosti gibalno/športno aktivnih (5- in večkrat tedensko, vsaj 30 min. hoje oziroma zmerne ali intenzivne telesne aktivnosti) 32,4% odraslih prebivalcev v starostni skupini od 25 do 64 let. Na drugi strani spektra je 16,8% odraslih Slovencev, ki niso nič gibalno/športno aktivni. Minimalno gibalno/športno aktivnih je 35,5%, mejno zadostno za zaščito zdravja pa 15,3% odraslega prebivalstva Slovenije (Pišot, Fras, & Kragelj-Zaletel, 2005). Ti osnovni podatki nas opozarjajo, da je gibalna/športna neaktivnost postala tudi v Sloveniji eden od pomembnih javnozdravstvenih problemov (Z zdravjem povezan življenjski slog, 2004).

Pri analizi statusa ter vedenjskega sloga otrok in mladostnikov ugotavljamo, da se kaže zelo podoben trend vpliva sodobnega načina življenja kot pri odraslih, saj jih je večina premalo gibalno/športno aktivnih. V povprečju četrtošolci v prostem času med tednom presedijo skoraj 4 ure in sedmošolci skoraj 5 ur na dan. Če tem uram dodamo še sedenje v šoli (5 do 6 ur), ugotovimo, da dnevno presedijo do 10 ur dnevno ali več. Srednješolci presedijo v prostem času med tednom dobre 4 ure na dan, srednješolke pa skoraj 5 ur, med vikendom pa še več, pribl. 6 ur. V prostem času se pogosto ukvarja s športom slabih 60% četrtošolcev in 54% sedmošolcev, nikoli pa 6,3% četrtošolcev in 4,3% sedmošolcev. Pri srednješolcih se pogosto ukvarja s športom v vseh letnikih več kot

60% fantov, medtem ko se dekleta ukvarjajo s športom le včasih (50%) (Sterl, Završnik, Pišot, Zorc, & Kropej, 2005).

Pri opredeljevanju zadostnosti in primernosti gibalne/športne aktivnosti, koristne za zdravje, je treba upoštevati naslednja merila: vsebino in obliko aktivnosti, intenzivnost, pogostost in trajanje aktivnosti (Fras, 2002a). Pri tem sta količina redne telesne aktivnosti in korist za zdravje sorazmerno povezani. Za prepričljive pozitivne učinke na zdravje ni potrebna zelo intenzivna telesna dejavnost, zadostuje že zmerno gibanje (Kohl, 2001; Pate, Pratt, & Blair, 1995; Pišot, 2004; Kostanjevec & Torkar, 2005).

Zaradi tehnološkega napredka se ljudje vedno več poslužujejo novih tehnologij, ki jim »lajšajo življenje«. Sedentarni način življenja postaja naš skriti sovražnik in grožnja našemu zdravju. Nezadostna gibalna/športna aktivnost oziroma sedeči življenjski slog je vedenjski dejavnik tveganja, ki ga tesno povezujemo z različnimi motnjami in boleznimi. Za kajenjem je sedeč življenjski slog drugi najpomembnejši dejavnik tveganja za nastanek, napredovanje in zaplete številnih kroničnih, nenalezljivih boleznih (Završnik & Pišot, 2005; Pišot, Završnik, & Kropej, 2005). Njegova pogostnost se na žalost globalno še povečuje, tako v razvitih kot tudi deželah v razvoju. V razvitem svetu je že več kot 50% odraslih telesno premalo aktivnih za zaščito srca in ožilja. Epidemiološki podatki kažejo tudi, da pomeni stanje gibalne/športne neaktivnosti količinsko najmanj dvakrat večjo ogroženost za nastanek in napredovanje npr. koronarne srčne bolezni, podobno kot drugi poglobitni znani dejavniki tveganja za aterosklerozo (na primer zvišan holesterol in kajenje) (Završnik in sod., 2004). Zato se je treba vprašati, v kolikšni meri potrebujemo nove tehnologije, da nam bodo resnično koristile in ne grozile.

Otroci z gibanjem uravnavajo, razvijajo in ohranjajo zdravje. Gibanje je za njih nuja oziroma potreba, saj vpliva na telesni razvoj otroka. Otrokom daje zadovoljstvo in veselje torej občutenje številnih emocij, je kognitivno naravnano, kar pomeni, da si otroci z gibanjem razvijajo umske sposobnosti, je družbeno naravnano, zato vključuje gibalna/športna aktivnost tudi socialno komponento. Torej, če povzamemo: gibalna/športna aktivnost vpliva na celosten razvoj otroka. To pa pomeni, da vpliva na kakovost življenja posameznika.

Telesna neaktivnost je glavni dejavnik za razvoj srčno-žilnih bolezni. Povečuje verjetnost pojava kapi, debelosti, visokega krvnega tlaka, nizkega nivoja HDL »zdravega« holesterola in diabetesa. Redna gibalna/športna aktivnost predstavlja temelj zdravja odraslih ljudi. Vemo, da so številne resne bolezni odraslega obdobja kronične, nastajajo skozi dolgo obdobje in imajo korenine v mlajših letih, celo v otroštvu.

Redna gibalna/športna aktivnost zmanjšuje obolevnost in umrljivost zaradi številnih vodilnih vzrokov slabega zdravja, še posebej bolezni v zvezi z aterosklerozo (na primer

koronarne bolezni srca), pozitivno vpliva na številne dejavnike in pokazatelje zdravja, še posebej na vsebnost telesnega maščevja in telesno težo, ugodno pa deluje tudi v smislu nasprotnega delovanja depresiji in tesnobe (Fras, 2002).

Ameriško združenje za srce (American Heart Association, 2005) priporoča, da so otroci in mladostniki najmanj 60 minut na dan zmerno do visoko intenzivno aktivni. Toda skrbijo nas podatki, da je med mladimi vse več takih, ki telesno niso aktivni na način in do take mere, da bi lahko njihovo gibalno/športno aktivnost razumeli v funkciji krepitve ali vsaj varovanja njihovega zdravja (Fras, 2002). V številnih državah se je v zadnjem obdobju pomembno zmanjšalo tudi zagotavljanje redne športne vzgoje, prav tako pa se mladim ljudem zmanjšujejo možnosti biti vsakodnevno aktiven izven šole. Tako stanje je po mnenju Frasa (2002) posledica kombinacije različnih dejavnikov: zmanjšane dostopnosti varnih površin za gibalno/športno aktivnost, zmanjševanja podpore, nadzora in vodenja s strani odraslih, povečevanja popularnosti avtomobila kot transportnega sredstva in uporaba računalniških oziroma televizijskih ekranov kot oblike »rekreacije«.

Kot smo že omenili, se gibalna/športna aktivnost odraža v telesnih, duševnih in socialnih dobrinah. Poleg naštetega gibalna/športna aktivnost pozitivno vpliva na uravnavanje telesne teže, mineralizacijo kosti, učinkovito delovanje srca, krepi duševno zdravje, pozitivno samopodobo in omogoča vzpostavitev trdnih temeljev zdravega življenjskega sloga, ki ga je mogoče obdržati v kasnejše, odraslo življenjsko obdobje. Zdrav življenjski slog je vsekakor osnova za kakovostno življenje.

2.2 Zdrav način življenja

Način življenja je odvisen od posameznika, vendar ga pomembno določa okolje, v katerem posameznik živi. Načina življenja ni moč na hitro spreminjati. Nasprotno – življenjski slog se razvija v tesnem medsebojnem učinkovanju z življenjskimi pogoji oziroma okoljem. Način življenja ali slog življenja zadevajo različna področja življenja: slog gibalne/športne aktivnosti, slog prehranjevanja, vedenjski slog itd. Vsak slog se razvija postopno tekom življenja, toda temelji se postavijo v otroštvu. Družina in prijatelji so ključni akterji v otrokovem življenju in jim največkrat predstavljajo vzornike, zato je nujno, da pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga aktivno sodelujejo otroci in starši.

Mlad človek običajno o zdravju ne razmišlja. O zdravju prične razmišljati, ko njegovo telo ne deluje, kot bi moralo. Pojmovanje zdravja se s starostjo spreminja. Večinoma šele starejši ljudje ocenjujejo zdravje kot vrednoto. Za mlajše, zdrave, je biti zdrav nekaj samoumevnega.

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le odsotnost bolezni ali invalidnosti (Drobne & Mohar, 2004). Beseda »popolno« pomeni le optimalni cilj, h kateremu stremimo. Nemogoče je doseči popolnost. Zdravje pojmuje kot vir urejenega vsakdanjega življenja. Zdravje ni nekaj statičnega, ampak gre za vzpostavljanje dinamičnega ravnotežja med človekom in njegovim okoljem. Kadar govorimo o zdravju, ne moremo torej govoriti o stanju, saj se zdravje ves čas spreminja, lahko se izboljša ali poslabša, vsekakor ni nekaj trajnega. Človek se giblje med dvema skrajnima poloma: med zdravjem in boleznijo (Drobne & Mohar, 2004).

Menimo, da je zdravje zelo subjektivno ali individualno pogojeno. Na kratko bi lahko rekli, da je zdravje stanje telesnega in duševnega dobrega počutja (počutje pa je subjektivna ocena vsakega posameznika), brez motenj v delovanju organizma. Zdravje je beseda, ki ima za slehernega človeka drugačen pomen: posamezniku pomeni dobro počutje; zdravniku manjkanje kliničnih znamenj bolezni; družbi temelj za opravljanje družbenih nalog.

Zdravje namreč ni pogojeno le z biološkimi dejavniki, kot so spol, starost in dednost, temveč nanj vplivajo tudi življenjski slog posameznika ter dejavniki iz naravnega in bivalnega okolja. Na te skušamo vplivati z osveščanjem ljudi in vzgojo za zdrav način življenja oziroma skušamo vplivati na kakovost življenja posameznika.

Med pomembnimi dejavniki tveganja za naše zdravje so tudi dejavniki, ki so povezani z nezdravim načinom življenja: gibalna/športna neaktivnost, kajenje, neprimerna prehrana, čezmerno uživanje alkohola, prekomerna telesna teža. Kot posledica se jim največkrat pridružijo še drugi dejavniki tveganja: zvišan krvni tlak, zvišan krvni sladkor, zvišan holesterol. Danes je jasno, da se proces arterioskleroze prične v otroštvu, da se v puberteti in zgodnji odrasli dobi nadaljuje ter da v srednjih letih in kasneje povzroča koronarno srčno bolezen in druge oblike zapletov. V preteklosti je arterioskleroza veljala za nujno posledico staranja, danes menimo, da je arterioskleroza dinamičen bolezenski proces in posledica številnih interakcij med dednimi dejavniki in dejavniki okolja, ki še vedno niso do potankosti pojasnjeni. Dejavniki tveganja, vključno s posrednimi spremenljivkami (npr. povečana koncentracija LDL holesterola), in izpostavljenost vplivom okolja (npr. kajenje) so povezani z napredovalimi arteriosklerotičnimi spremembami in napovedujejo pogostnost zapletov arterioskleroze v odrasli dobi (Završnik & Pišot, 2005).

Izbrani dejavniki tveganja so podrobneje predstavljeni v poglavju 7.

2.3 Gibalna/športna aktivnost v povezavi z zdravim načinom življenja

Nezdravo prehranjevanje in nezadostna gibalna/športna aktivnost sta dejavnika nezdravega življenjskega sloga, h kateremu prispevata tudi kajenje in uživanje alkoholnih pijač. Dokazano je, da sodijo dejavniki nezdravega življenjskega sloga med ključne v procesih nastanka, napredovanja in pojavljanja zapletov najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni: bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, nekaterih vrst raka, nekaterih kroničnih pljučnih obolenj, debelosti in osteoporoze ter drugih bolezni mišično-kostnega sistema. Nezdravo prehranjevanje in nezadostna gibalna/športna aktivnost sta tesno povezana s pojavljanjem in vzdrževanjem znanih fizioloških dejavnikov tveganja v zvezi s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, kot na primer zvišanega krvnega tlaka ter zvišanih vrednosti holesterola in glukoze v krvi. V Nacionalnem Programu Prehranske Politike 2005–2010 je opredeljenih sedem ključnih dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni: gibalna/športna neaktivnost, zvišan krvni tlak, zvišan holesterol v krvi, zvišan indeks telesne mase, znižan vnos zelenjave in sadja, alkohol, kajenje (Maučec Zakotnik, 2005; Pišot, Završnik, & Kropej, 2005).

Ocene Svetovne zdravstvene organizacije za leto 2002 kažejo, da so bile v Evropi kronične nenalezljive bolezni v 86% vzrok vseh smrti in 77% vseh bolezni. Tudi v Sloveniji je več kot 70% smrti posledica najpogostejših kroničnih nenalezljivih bolezni. Med njimi vodijo bolezni srca in ožilja, ki še vedno predstavljajo vzrok okoli 40% celotne umrljivosti slovenskega prebivalstva, kljub temu da se je od leta 1990 do leta 2002 umrljivost zaradi srčno-žilnih vzrokov v naši državi zmanjšala za 34%. V primerjavi s tranzicijskimi državami je celotna umrljivost v Sloveniji manjša, vendar pa večja od večine držav Zahodne Evrope (Nacionalni Program Prehranske Politike 2005–2010).

Gibalna/športna aktivnost vključuje tudi druge pozitivne prilagoditve življenjskega sloga, na primer spremembe v količini in kakovosti zaužite hrane, prenehanje kajenja in prekomernega pitja alkohola. Na inštitutu za varovanje zdravja poudarjajo pomembnost gibalne/športne aktivnosti pri obvladovanju številnih dejavnikov tveganja za zdravje. Glede na kontekst disertacije poudarjamo zgolj bistvene pozitivne učinke gibalne/športne aktivnosti: pomaga preprečevati ali nadzirati tvegano vedenje, kot so na primer uporaba tobaka, alkohola in preostalih snovi, pomaga nadzirati telesno težo in zmanjševati tveganje za debelost za 50% v primerjavi z ljudmi s sedečim načinom življenja (IVZ, 2004).

Mnoge raziskave potrjujejo, da je aktivni življenjski slog, ki ga opredeljuje redna gibalna/športna aktivnost, eden ključnih dejavnikov zdravja (Pišot & Fras, 2005). Gibalna/športna aktivnost pozitivno vpliva na razvoj otroka tako na telesni ravni, kot na emocionalni, kognitivni in socialni ravni. Otrok, ki je celostno razvit, je zdrav oziroma v

ravnotežju z okoljem. Če bo otrok ohranjal gibalno/športno aktivnost tekom svojega življenja, bo postala gibalna/športna aktivnost del njegovega življenjskega sloga. Gibalna/športna aktivnost predstavlja poglobljen dejavnik zdravega načina življenja. To pomeni, če se bomo redno ukvarjali z gibanjem in/ali športom, bomo pozitivno vplivali na svoj organizem (krepitev mišic, sklepov in kosti, dvig srčno-žilnih in respiratornih kapacitet, dvig gibalnih sposobnosti itd.) in na duševno počutje (zmanjševanje stresa, dvig telesne sposobnosti bo dvignilo našo samozavest in samopodobo, gibanje na prostem, v naravi nam bo prebudilo številna čustva itd.). Prav tako bomo postali pozornejši na komunikacijo z lastnim telesom, kar pomeni, da bomo začutili, kaj naše telo potrebuje. Ali je to hrana, kot so vitamini, beljakovine, ogljikovi hidrati, ali je to gibanje ali počitek. Vse to nam telo samo sporoča. Komunikacija s telesom nam pomaga, da se resnično zavemo samega sebe.

2.4 Pregled raziskav

Izhajajoč iz osnovne usmeritve našega raziskovanja bomo v nadaljevanju predstavili nekaj raziskav, v katerih so bili proučevani različni dejavniki, ki negativno vplivajo na zdravje in zdrav način življenja posameznika, posebno pa otroka.

2.4.1 Pogostost in oblike gibalne/športne aktivnosti

Raziskava, ki je proučevala pogostnost, oblike in organiziranost gibalne/športne aktivnosti otrok v osnovni šoli na ožjem območju Ljubljane, je ugotovila, da se tri četrtine učencev in učenk četrtega razreda pogosto ukvarja s športom izven pouka, ena četrtina pa kar vsak dan. 3% otrok, ki so bili izključno iz šol zunaj Ljubljane, se je opredelilo za gibalno/športno neaktivne. Nadalje je bilo ugotovljeno, da se dečki ukvarjajo s športom pogosteje in v bolj organizirani obliki kot deklice in mestni otroci pogosteje ter v bolj organizirani obliki kot njihovi vrstniki na podeželju (Petkovšek, 1984). Dobljeni rezultati so zelo podobni rezultatom, ki jih je avtor dobil pri preučevanju gibalne/športne aktivnosti srednješolske in visokošolske mladine (Petkovšek, 1980, 1981).

Na vzorcu četrtošolcev in četrtošolk občine Koper so rezultati pokazali, da se večina otrok (41%) v prostem času vsak dan ukvarja s športom. Razlike med deklicami in dečki so bile opazne pri včlanjenosti v organizirane oblike gibalnih/športnih dejavnosti in v izbiri športne zvrsti. Dečki so se bolj organizirano gibalno/športno udeleževali, in sicer največ z nogometom in košarko. Športne zvrsti deklic pa so bile plavanje, odbojka in kolesarstvo (Makuc, 1998).

Na področju gorenjske regije je raziskava Zurčeve (2001) na vzorcu 2023 četrtošolcev in četrtošolk ugotovila, da se dobri dve tretjini ali 73,1% gorenjskih četrtošolcev in četrtošolk izven pouka ukvarja s športom vsaj dvakrat na teden. Slabe tri četrtine ali 69,8% je bilo vključenih v organizirane oblike športnih dejavnosti. Povsem športno neaktivnih je bilo 0,4% dečkov in 0,7% deklic ali skupaj 1,1% vseh merjencev. Nadalje so rezultati pokazali, da z naraščanjem rednosti in organiziranosti gibalne/športne aktivnosti kontinuirano narašča odstotek dečkov in se znižuje odstotek deklic.

Namen raziskave Kroepejeve (2001) je bil ugotoviti, kakšne so možnosti za doseganje čim večje športne aktivnosti predšolskih otrok. Ugotovila je, da obstajajo dejavniki, ki lahko povečujejo gibalno/športno aktivnost otrok in na katere imajo starši neposreden vpliv, in sicer: športna dejavnost staršev, aktivno preživljanje počitnic družine, navajanje otroka na družbo in starševsko pozitivno mnenje o športu. Delež otrok, ki se je v povprečju ukvarjal samo z neko gibalno/športno aktivnostjo je 38%, 5% je takih, ki so se ukvarjali z gibalno/športno aktivnostjo in še dodatno dejavnostjo, kar 54% pa se jih ne posveča nobeni dejavnosti.

Jelovčanova, Pišot in Žerjal (2002) so na vzorcu 239 merjencev osnovnošolskih otrok, starih od 8 do 10 let iz obalnega, ljubljanskega in mariborskega območja ugotovili, da obstajajo razlike v značilnostih gibalne/športne aktivnosti med različno starimi merjenci. Tako je bilo 77,3% 8-letnikov, 73,3% 9-letnikov in 63,3% 10-letnikov včlanjenih v organizirane oblike gibalnih/športnih aktivnosti. Dečki so bili predvsem aktivni v kolektivnih športih. Na prvo mesto so postavili nogomet, s katerim se ukvarja 20% anketirancev, in na drugo mesto košarko (9% merjencev). Deklice pa so se odločale predvsem za športne panoge, kjer je vse podrejeno pojmu »lepo«: telo, gibanje, glasba, oblačenje. V vrhu sta bili tako športni zvrsti ples (9% merjenk) in športna gimnastika (10% merjenk).

Kroepejeva in Videmškova (2003) sta ugotovili na vzorcu 460 staršev, ki so odgovarjali na anketni vprašalnik, da se približno polovica otrok starih od 4 do 6 let ne ukvarja z nobeno dejavnostjo, športni aktivnosti se posveča 43% otrok, z drugimi dejavnostmi pa se ukvarja samo 8% otrok. Na vprašanje, s koliko športnimi aktivnostmi se ukvarjajo otroci, sta ugotovili, da se jih 41% posveča trem ali več, 29% se ukvarja z dvema športoma, 22% z enim in 8% se jih ne ukvarja z nobenim športom. Organizirano športno igralnico obiše samo četrtnina otrok. Med njimi jih 60% organizirano športno igralnico obiskuje enkrat tedensko. Kroepejeva in Videmškova (2002) v drugi raziskavi ugotavljata, da se starši iz mestnega okolja bolj zavedajo pomena organizirane športne vadbe za otroke in jih v večji meri vodijo na vadbo kot starši iz vaškega okolja, katerih otroci so na splošno manj dejavni v primerjavi z mestnimi otroki. Ugotovili sta, da obiskuje športno igralnico 20% otrok iz mestnega okolja, od tega večina enkrat na teden.

V raziskavi, ki je bila izvedena v okviru ciljno-raziskovalnega projekta »Gibalna/športna aktivnost za zdravje¹« (Završnik & Pišot, 2005), ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave Univerze na Primorskem, je bila proučevana tudi pogostost in oblike ukvarjanja otrok 4. in 7. razreda osnovne šole ter mladostnikov 1., 3. in 5. letnika srednje šole z gibalno/športno aktivnostjo v prostem času. Določene so bile naslednje možne oblike ukvarjanja: samostojno, v okviru svoje družine, s prijatelji, organizirano – v okviru šolskih športnih krožkov in društev v svoji osnovni šoli, organizirano – v okviru športnih klubov. Ugotovitve so pokazale, da so otroci najpogosteje gibalno/športno aktivni v šoli (65%). V osnovni šoli se v povprečju 50% otrok samostojno ukvarja z gibalno/športno aktivnostjo, in še to zgolj včasih. Podoben delež otrok (50%) je gibalno/športno aktiven z družino in s prijatelji. V športne klube je vključenih več dečkov kot deklic, razlika se povečuje z otrokovo starostjo. Pri mladostnikih so rezultati podobni. V povprečju je največ deklet gibalno/športno aktivnih v šoli (v 5. letniku je kar 70% pogosto gibalno/športno aktivnih). Pri fantih pa je v povprečju največ gibalno/športno aktivnih s prijatelji (50% je pogosto gibalno/športno aktivnih) (Strel, Završnik, Pišot, Zurc, & Kropej, 2005).

Iz aplikativnega raziskovalnega projekta »Vloga biomehanskih lastnosti skeletnih mišic v gibalnem razvoju otrok²« (Pišot & Šimunič, 2006), ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave Univerze na Primorskem, so ugotovili, da je največ merjencev (55,2%) gibalno/športno aktivnih dva- do trikrat na teden. Tem sledijo z 19,6% gibalno/športno povsem neaktivni in s 14,4% aktivni enkrat na teden. Za vsakodnevno gibalno/športno aktivne se je označilo 9,8% merjencev, za aktivne enkrat do trikrat na mesec pa 1,0% merjencev (Zurc, Pišot, & Žerjal, 2006).

2.4.2 Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov

Poleg naštetega pomeni telesno aktivni življenjski slog neposredne in posredne koristi za zdravje mladih ljudi (Pišot, Završnik, & Kropej, 2005), še zlasti pri: preprečevanju prekomerne telesne teže in debelosti, omogočanju pogojev za oblikovanje močnejših kosti, zdravih sklepov in učinkovitega delovanja srca, vzdrževanju in krepitvi primerne duševnega zdravja, pozitivne samopodobe in, navsezadnje, vzpostavljanju trdnih temeljev zdravega življenjskega sloga, ki ga je mogoče nadaljevati oziroma obdržati v odraslem življenjskem obdobju.

Čeprav gibalna/športna neaktivnost sama po sebi neposredno ne povzroča debelosti, obstaja znanstveno utemeljena povezanost med sedečim življenjskim slogom in stopnjo

¹ Ciljno raziskovalni projekt: Gibalna/športna aktivnost za zdravje, nosilec: Jernej Završnik, trajanje: 20. 10. 2001–20. 10. 2004, šifra: V5-0569-01.

² Aplikativni raziskovalni projekt: Vloga biomehanskih lastnosti skeletnih mišic v gibalnem razvoju otrok, nosilec: Rado Pišot, trajanje: 1.7.2001 - 30.6.2004, šifra: L5-3430 (B).

prekomerne telesne teže in debelosti. Stalna, vztrajna debelost v otroštvu lahko poveča ogroženost za nastanek in razvoj številnih bolezni v odraslem obdobju. Najpomembnejše med njimi so: bolezni srca in ožilja, od inzulina neodvisna sladkorna bolezen (ki se danes že pojavlja tudi pri otrocih), osteoartritis in karcinom debelega črevesa (Pišot, Završnik, & Kropej, 2005). Koristi gibalne/športne aktivnosti za zdravje v otroštvu in mladostništvu se prenašajo tudi v odraslo obdobje (Planinšec, Fošnarič, & Pišot, 2004).

Ciljno-raziskovalni projekt »Gibalna/športna aktivnost za zdravje«³ (Završnik & Pišot, 2005), ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave Univerze na Primorskem, kaže, da so otroci in mladostniki pri ocenjevanju lastne skrbi za zdravje na lestvici od 1 (zelo dobro skrbim za lastno zdravje) do 5 (ne vem) v povprečju ocenili lastno skrb za zdravje z zelo dobro (otroci 4. razreda), otroci 7. razreda z oceno kar dobro in mladostniki z oceno dobro. Podobno je bilo ugotovljeno pri ocenjevanju zdravstvenega stanja, telesne zmogljivosti in duševne pripravljenosti. Otroci in mladostniki so v vseh skupinah izrazili relativno visoko pozitivno (več kot prav dobro) mnenje o trenutnem splošnem počutju. Velja zakonitost, da čim mlajši so merjenci, tem bolj so zadovoljni s svojim počutjem. V 4. razredu osnovne šole se je za odlično trenutno počutje opredelilo največje število učencev in učenk. V 5. letniku srednje šole je mnenje dijakov in dijakinj najslabše o trenutnem počutju, toda še vedno v povprečju več kot dobro (Strel, Završnik, Pišot, Zorc, & Kropej, 2005).

2.4.3 Droge in gibalna/športna aktivnost

2.4.3.1 Kajenje in gibalna/športna aktivnost

Raziskava na Brownovi Univerzi je pokazala na vzorcu 281 žensk, starih od 18 do 65 let, da športna vadba pozitivno vpliva na prenehanje kajenja. Rezultati so pokazali, da je v skupini, ki se je udeleževala športnega programa, 47% žensk prenehalo kaditi. Ta raziskava je primerljiva z nekaterimi najboljšimi vedenjskimi in farmakološkimi raziskavami, ker v celotnem postopku niso uporabili nadomestka nikotina, kot je žvečilni gumi ali obliž. Rezultati so pokazali, da je lahko gibalna/športna aktivnost učinkovito nadomestilo za kadilce, ki se ne želijo posluževati nikotinske terapije z nadomestkom nikotina in si želijo prenehati kaditi (Marcus, 1999).

Zanimivi so izsledki raziskave, ki so jo opravili na vzorcu 3045 mornarjev na Zdravstveno raziskovalnem centru mornarice v Kaliforniji. Na osnovi rezultatov testov telesnih sposobnosti, ki jih mornarji opravljajo, so ugotovili, da je kajenje povezano s slabšimi rezultati testov, ki odražajo kardio-respiratorne sposobnosti (tek na 1,5 milje) in slabšo mišično vzdržljivostjo (na primer: dviganje trupa). Zaključili so, da kajenje

³ Glej opombo na str. 11.

zavira in slabša telesne sposobnosti ali kondicijo celo med relativno mladimi in »fit« posamezniki (Conway & Cronan, 1992).

Dishman in Sallis (1994) sta ugotovila, da je kajenje povezano z gibalno/športno aktivnostjo, saj kadilci v večji meri kot nekadilci izstopajo oziroma se izpisujejo iz gibalnih/športnih programov.

Namen raziskave Wilsonove in sodelavcev (2005) je bil proučiti odnos med kajenjem in uživanjem sadja, zelenjave, mlečnih izdelkov in količino gibalne/športne aktivnosti na vzorcu 10 635 mladostnikov iz Virginije. Ugotovili so, da se kadilci statistično značilno manj kot nekadilci ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, zaužijejo manj zelenjave ali mlečnih produktov kot nekadilci.

Raziskava Videmškove in sodelavcev (2002, 2003) je proučevala povezavo med gibalno/športno aktivnostjo in kadilskimi navadami med 15-letnimi učenci v Sloveniji. Ugotovili so, da v povprečju dečki več kadijo (14,6%) kot deklice (11,2%), dečki začnejo kaditi pri 12,9 letih, deklice pa pri 13,3 letih. Količina pokajenih cigaret ni v korelaciji s količino gibanja. Dekleta, ki kadijo zgolj ob posebnih prilikah, so bolj gibalno/športno aktivna, kot tiste, ki kadijo ves čas. Poudarili so, da so učenci, ki prihajajo iz družine, v kateri ne kadijo, navadno bolj gibalno/športno aktivni, kot tisti, ki prihajajo iz kadilskih družin. Tudi bratje in sestre imajo vpliv, saj tisti učenci, ki živijo z brati ali sestrami, ki kadijo, tudi sami kadijo.

Do podobnih izsledkov je prišla raziskava Ažmanove (2004), ki je na vzorcu 870 šolarjev 4., 8. razreda in 4. letnika ugotavljala povezanost med kajenjem in športom v prostem času. Ugotovitve so bile, da se tisti, ki so kadili že večkrat, manj ukvarjajo s športom (67,1%) kot tisti, ki niso (78,5%). Zaključila je, da je za skupino, pri kateri je največja verjetnost, da bodo postali redni kadilci, značilno, da so to fantje ločenih staršev, ki ne obiskujejo gimnazije, ki imajo slabši učni uspeh, se v prostem času ne ukvarjajo s športom in nimajo nobene želje po ukvarjanju z njim.

Raziskava Nađeve (2005) je proučevala športno aktivnost in kadilske navade trinajstletnih učencev in učenk. Zanimalo jo je ali učenci staršev kadilcev tudi sami kadijo in ali se otroci staršev kadilcev manj vključujejo v šport. Rezultati niso potrdili postavljenih hipotez. Ugotovitve pa kažejo, da je v družinah, v katerih so starši kadilci, poskusilo kaditi 25,6% otrok, med njimi je večina učenk. V družinah, kjer starši ne kadijo, pa je poskusilo kaditi 21,2% otrok, med njimi pa je večina učencev.

Izsledki raziskave, kjer je bila prav tako analizirana športna aktivnost in kadilske navade petnajstletnih dijakov in dijakinj ter njihovih staršev, kažejo, da dijaki staršev kadilcev v večji meri tudi sami kadijo (Lampe, 2004). Hipoteza o vplivu kajenja staršev na športno udejstvovanje njihovih otrok ni bila potrjena.

2.4.3.2 Alkohol in gibalna/športna aktivnost

Mnoge raziskave so dokazale, da že minimalna količina alkohola slabša psihomotorične sposobnosti, reakcijski čas, koordinacijo glava – oči, vizualno sledenje, povzroča tresenje rok, slabša ravnotežje in pozornost (Otis & Goldingay, 2005).

Toplota, ki jo zaznamo po zaužitju alkohola, se napak razume kot dvig telesne temperature. Alkohol povzroča širjenje kožnih žil in s tem pomembno izgubo telesne temperature, kar lahko vodi, zlasti v mrzli vodi ali okolju, do podhladitve. Alkohol vpliva na koordinacijo gibanja, presojo in reflekse ter zmanjšuje sposobnost usklajenega gibanja pri rekreaciji, športu ali delu. Nezgode in poškodbe v alkoholiziranem stanju so zato pogostejše (Hovnik Keršmanc, Kastelic, & Zorec Karlovšek, 2006).

Raziskava Coxa in sodelavcev (1993) je proučevala, ali imata intenzivna vadba in omejitev pitja alkoholnih pijač vpliv na krvni tlak pri neaktivnih moških, ki redno pijejo alkohol. Rezultati so pokazali, da se je v skupini, ki je bila omejena s pitjem na manj alkoholno pivo, poraba alkohola zmanjšala za 85%, za 10% se je izboljšala kondicija in značilno se je povečala poraba kisika, zmanjšal se je tako sistolični kot diastolični krvni tlak, zmanjšalo se je število trigliceridov in znižal se je HDL holesterol.

Ena izmed ugotovitev raziskave (Videmšek in sod., 2004) na vzorcu 87 otrok 8. razreda je bila, da otroci, ki so bolj športno aktivni, manj pogosto pijejo alkoholne pijače in tudi manj pogosto kadijo.

2.4.3.3 Mamila in gibalna/športna aktivnost

Raziskava Čurkovičeve (2002) je proučevala, koliko so se odvisniki vključevali v gibalno/športno aktivnost, preden so postali odvisniki (tj. obdobje od 10. do 17. leta). Na vzorcu 3300 moških, starih med 18 in 25 let, je ugotavljala razliko med odvisniki in neodvisniki. Rezultati so pokazali, da so bili odvisniki v obdobju med 10. in 17. letom več vključeni v organizirane športne oblike kot neodvisniki. V povprečju so odvisniki dnevno in tedensko več časa porabili za športne aktivnosti kot neodvisniki.

Glede na izsledke raziskave (Videmšek in sod., 2006), kjer so proučevali odnos med jemanjem drog (alkohol, kajenje in marihuana) in športno aktivnostjo na 14-letnih otrocih, ni bilo ugotovljene statistično značilne povezave. Kljub temu pa raziskava poudarja, da je omogočanje primernih gibalnih/športnih aktivnosti eden izmed najmočnejših dejavnikov, ki zmanjšujejo jemanje drog.

2.4.4 Stanje prehranjenosti in gibalna/športna aktivnost

Kljub temu da gibalna/športna neaktivnost sama po sebi ne povzroča debelosti neposredno, pa obstaja znanstveno utemeljena povezanost med sedečim življenjskim slogom in stopnjo prekomerne telesne teže in debelosti. Stalna, vztrajna debelost v otroštvu lahko poveča ogroženost za nastanek in razvoj številnih bolezni v odraslem obdobju. Najpomembnejše med njimi so: srčno-žilne bolezni, od insulina neodvisna sladkorna bolezen (ki se dandanes že pojavlja tudi pri otrocih), osteoartritis in karcinom debelega črevesa (Fras, 2002).

Debelost je povezana tudi s psihosocialnimi in psihološkimi težavami, ki lahko vztrajajo v odraslo obdobje. Ugotovljena povezanost debelosti in gibalne (ne)aktivnosti je pomembna tudi v nasprotni smeri; izkazalo se je namreč, da je redna gibalna/športna aktivnost v kombinaciji s spremembo prehranskih navad najbolj učinkovit način za zdravljenje debelosti (Fras, 2002).

Tudi pri ugotavljanju povezanosti med deležem maščobnega tkiva in gibalno/športno aktivnostjo so ugotovili, da so debele osebe navadno neaktivne (Bouchard, Depres, & Tremblay, 1993).

Raziskava Trosta in sodelavcev (2001) je proučevala vzorce gibalne/športne aktivnosti debelih in normalno prehranjenih otrok. Rezultati so pokazali, da so debeli otroci izvajali manj intenzivno gibanje in se količinsko manj vključevali v gibalne/športne aktivnosti. Poleg tega so debeli otroci menili, da so manj sposobni za gibanje, manj so se vključevali v gibalne/športne aktivnosti, ki so jih prirejali krajani, in njihovi starši so bili manj aktivni kot starši normalno prehranjenih otrok.

Podobne ugotovitve so prikazane v študiji Mourao in sodelavcev (2005), kjer so na vzorcu 4511 otrok, starih 5 do 9 let, proučevali razlike v načinu življenja med debelimi in normalno prehranjenimi otroci. Rezultati so bili sledeči: debeli otroci so več časa porabili pred TV-ekranom, igranjem igrice na računalniku, več časa so posvetili učenju in manj časa igranju. Na osnovi teh rezultatov je očitno, da debeli otroci živijo bistveno bolj sedentarno.

Raziskava Videmškove in sodelavcev (2004) je proučevala prehranske navade na vzorcu 87 14-letnih učencev in učenk ter povezavo s športnim udejstvovanjem. Izkazalo se je, da ni statistično značilne povezave med športnim udejstvovanjem in prehranjevanjem v »fast food« restavracijah. Vendar pa navaja, da so mnoge raziskave potrdile, da športniki pazijo na prehrano, kar ima tudi velik pozitiven učinek na njihovo telesno pripravljenost in posledično na športni rezultat.

Druga raziskava (Jankauskiene & Kardelis, 2005) je proučevala odnos med športno aktivnostjo in telesno samopodobo pri mladostnicah. Ugotovitve so pokazale, da višji kot je ITM (indeks telesne mase), slabše so dekleta ocenila lasten telesni videz, medtem ko so bile najbolj zadovoljne s sabo tiste, ki so imele najnižji ITM. Torej je zadovoljstvo z lastnim videzom močno odvisno od ITM-ja, toda ne od športnega udejstvovanja. Dekleta, ki so se redno udejstvovala športnih aktivnosti, so pokazala najbolj zdrav odnos do shujševalnih sredstev (tj. vsakodnevna gibalna/športna aktivnost in odstranitev sladkorja in nasičenih maščob iz jedilnika), pri dekletih, ki so bila gibalno pasivna, pa je bilo glavno sredstvo hujšanja omejitev pri prehrani. Raziskava je potrdila postavljeno hipotezo, da je neredna gibalna/športna aktivnost povezana z več poskusi hujšanja glede na dekleta, ki so redno gibalno/športno aktivna.

Raziskava (Videmšek, Pogelšek, Štikec & Karpljuk, 2006; Pogelšek, 2006) je analizirala športno aktivnost in prehranske navade predšolskih otrok in njihovih staršev. Proučevana je bila povezava med prehranskimi in športnimi navadami staršev s prehranskimi in športnimi navadami njihovih otrok. Ugotovitve kažejo, da se starši, ki se sami več ukvarjajo s športom, statistično značilno več športno ukvarjajo tudi z otrokom. Kljub temu da ni bilo ugotovljene statistično značilne povezave, pa avtorica meni, da se lahko iz rezultatov razbere, da imajo otroci športno aktivnih staršev nekoliko bolj urejene prehranske navade kot otroci športno neaktivnih staršev.

Namen raziskovalnega dela (Starman, 2006) je bil ugotoviti, ali športna aktivnost v otroštvu vpliva na debelost in način življenja v odraslem obdobju ter ali prehranske navade, pridobljene v otroštvu, vplivajo na debelost in način življenja v odraslem obdobju. Analiza rezultatov je pokazala, da se večina debelostnikov z organizirano športno aktivnostjo v otroštvu ni ukvarjala. Z organizirano vadbo se ukvarja velika večina odraslih debelostnikov, in sicer največkrat dvakrat tedensko. Pri debelostnikih v času njihovega otroštva več kot polovica staršev ni bila športno aktivna. Prav tako jih starši v otroštvu niso usmerjali in spodbujali pri športni aktivnosti.

Starmanova (2006) je ugotovila, da bi po rezultatih ankete in najpogostejših odgovorih povprečnega debelostnika, ki je obiskoval program hujšanja, lahko opisali z naslednjimi značilnostmi: 25–54 letna ženska, doma iz osrednjeslovenske regije, z enim ali več otroki in v partnerski zvezi. Ima enega sorojenca, visokošolsko oziroma univerzitetno izobrazbo, je aktivno zaposlena in opravlja zahtevno pisarniško delo v osemurnem delavniku. Uvršča se v srednji oziroma višji srednji družbeni sloj. Živi v mestni krajevni skupnosti, ima premalo prostega časa, televizijo gleda manj kot eno uro na dan in ne vrtnari. Med hišnimi deli najpogosteje sesa, pomiva posodo, obeša perilo, pomiva tla in pospravlja stanovanje. Sprehaja se nekajkrat tedensko, z organizirano športno aktivnostjo pa se ukvarja dvakrat na teden. Njen indeks telesne mase znaša od 30,00–39,99 kg/m², kar jo uvršča v skupino povečane telesne mase druge stopnje. V otroštvu je imela normalno telesno težo kljub temu, da se z organizirano športno aktivnostjo ni

ukvarjala. Njeni starši niso bili športno aktivni in je tudi niso usmerjali ter spodbujali pri športni aktivnosti. V otroštvu se je običajno prehranjevala doma v družinskem krogu, enako kot sedaj, ko je odrasla. Ne kadi in ne uživa alkohola. Ima srednje do visoko izraženo stopnjo samopodobe. Na podlagi navedenih ugotovitev avtorica meni, da ne obstaja tipična povezanost med načinom življenja debelostnikov in debelostjo.

Poudarja, da za ljudi s prekomerno telesno težo primanjkuje strokovnih informacij o debelosti, prehrani in športni aktivnosti. Prav tako ni dovolj strokovnjakov s področja zdravljenja debelosti, osebni zdravniki pa pogosto slabo poznajo problematiko debelosti in ne nudijo potrebne pomoči bolnikom. Debelostnike motijo zavajajoči oglasi diet in zdravil. Opazno je pomanjkanje centrov in ustanov za zdravljenje debelosti ter slaba pokritost centrov za zdravljenje debelosti v manjših mestih po Sloveniji. Debelostnikom predstavljajo velik problem visoke cene storitev v centrih za zdravljenje debelosti, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije. Po drugi strani pa se v zdravstvenih domovih srečujejo z zelo dolgo čakalno dobo za brezplačno vključitev v program hujšanja (Starman, 2006).

2.4.5 Kakovost življenja in gibalna/športna aktivnost

Številni športni strokovnjaki, zdravniki, psihologi in učitelji poudarjajo pomen gibalne/športne aktivnosti kot sredstva za izboljšanje telesnega in mentalnega zdravja. Dokazi, da redna gibalna aktivnost znižuje anksioznost in depresijo, izboljša razpoloženje, vpliva na psihološko dobro počutje in kakovost življenja, niso sporni (Planinšec, Fošnarič, & Pišot, 2004).

Po zadnjih statističnih raziskavah v Sloveniji v letu 2002 (Statistični urad RS, 2004) je ugotovljeno, da se s staranjem čas, namenjen za kulturo, šport in hobije, zmanjšuje, hkrati pa se čas, ki ga preživimo pred televizijo, povečuje. Dokler smo še šoloobvezni, se s starostjo oba načina preživljanja prostega časa zmanjšujeta, toda čas, ki ga porabimo za gledanje televizije enakomerno pada, čas, ki ga porabimo za kulturo, šport in hobije pa strmo pada. Pri 19-ih letih povprečno porabimo za kulturo, šport in hobije eno uro na dan, pri 10-ih letih pa dve uri. Za gledanje televizije pri 19-ih letih povprečno porabimo dve uri, pri 10-ih pa skoraj dve uri in pol. Po tridesetem letu starosti začne zelo naraščati čas, ki ga porabimo za gledanje televizije, čas za kulturo, šport in hobije pa nekako stagnira. Največji razpon je opazen pri starostnikih, ko v povprečju porabijo za kulturo, šport in hobije pol ure na dan, za gledanje televizije pa dve uri in pol.

Ciljno-raziskovalni projekt »Gibalna/športna aktivnost za zdravje«⁴ (Završnik & Pišot, 2005), ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave Univerze na Primorskem, je proučeval kakovost življenja otrok in mladostnikov. Večina otrok 4. in 7. razreda osnovne šole, tako deklice kot dečkov, splošno kakovost svojega življenja ocenjuje zelo visoko. So pa otroci, ki že v 4. (6,9%!) in 7. razredu (3,1%) osnovne šole splošno kakovost življenja ocenjujejo kot slabo oz. zelo slabo. Mladostniki so bolj kritični in so v povprečju ocenili svojo kakovost življenja z oceno dobro (48%) (Strel, Završnik, Pišot, Zurec, & Kropej, 2005). V raziskavi Pišota in Kropcejeve (2005) je bilo ugotovljeno, da so otroci, ki so ocenili lastno kakovost življenja kot slabo, manj gibalno/športno aktivni in tudi ne kažejo zanimanja za gibanje in šport, kar se posledično odraža na njihovih motoričnih sposobnostih, posebno na moči trupa in vzdržljivosti pri teku na 600m. Pri nadaljnjem raziskovanju je bilo ugotovljeno na istem vzorcu, da se otroci, ki so ocenili lastno kakovost življenja kot slabo, slabše prehranjujejo. Ugotovili so, da deklice, ki menijo, da imajo slabo kakovost življenja, pogosteje jedo nezdrave prigrizke, hitro hrano in sladkarije, kot tiste, ki menijo, da je njihova kakovost življenja dobra (Pišot, Kropej, & Volmut, 2006; Pišot, Kropej, & Završnik, 2006).

Zdrav življenjski slog omogoča ohranjanje in krepitev zdravja ter kakovost življenja vsakega posameznika. Zaradi tega je smiselno, da poleg prizadevanj za zmanjšanje porabe alkohola in tobaka hkrati oblikujemo in izvajamo tudi učinkovite strategije na področjih spodbujanja in zagotavljanja zdravega prehranjevanja in gibalne/športne aktivnosti za zdravje, tako za otroke in mladostnike kot za odrasle.

2.5 Dejavniki, ki vplivajo na otrokov razvoj in način življenja

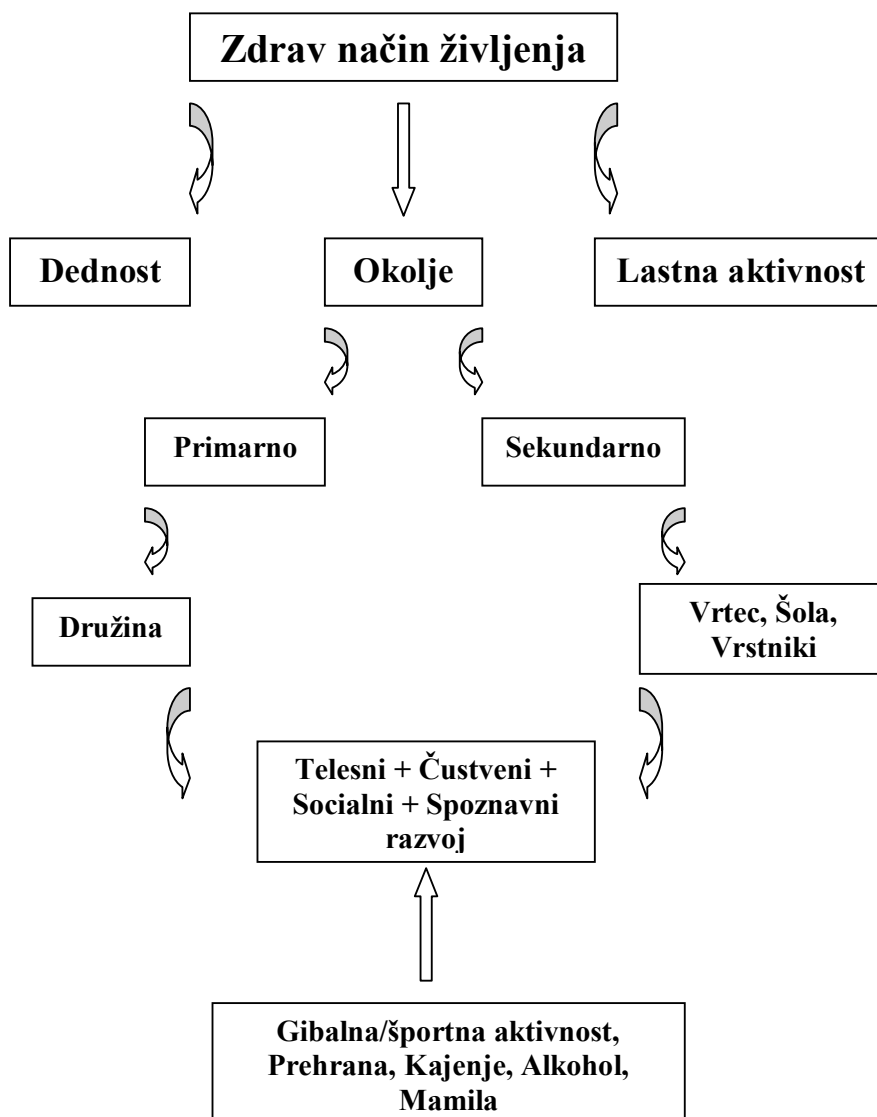
Otrok se že od spočetja razvija po nekih naravnih danostih. Že pred rojstvom zaznava dražljaje iz okolja, ki lahko vplivajo na njegov nadaljnji razvoj. Po rojstvu pa je okolje, v katerem se otrok rodi, ključnega pomena za njegov spoznavni, telesni, gibalni, čustveni in socialni razvoj. Otrokov lastne značilnosti in zmožnosti (dispozicije) vplivajo na to, kako bo sprejel in zaznal najrazličnejše dražljaje in vplive okolja. Zato lahko dejavnike, ki vplivajo na otrokov razvoj, razdelimo v tri skupine. To so dejavniki dednosti, okolja in otrokove oziroma človekove lastne dejavnosti (samodejavnosti) (Musek & Pečjak, 1997). Delovanje vseh treh dejavnikov hkrati pogojuje posameznikove sposobnosti, lastnosti in značilnosti.

Na sliki I.1 so prikazane smeri delovanja treh glavnih skupin (dednost, okolje in samodejavnost). Vsi trije dejavniki bodo v nadaljevanju poglobljeno opredeljeni, toda večjo pozornost bomo namenili dejavniku okolja, saj je to dejavnik, na katerega lahko

⁴ Glej opombo na str. 11

vplivamo in je zato najbolj fleksibilen. Vendar to ne pomeni, da tega dejavnika ne bomo prepletali z drugima dvema, tj. dednostjo in samodejavnostjo, saj vemo, da se vsi trije dejavniki med seboj dopolnjujejo. Na sliki I.1 je zato podrobneje prikazan dejavnik okolja. Le-ta se deli na primarno in sekundarno okolje. Obe okolji se nato delita na mikro okolja, tj. družino na eni strani in vrtec, šolo, vrstnike na drugi strani. Vsa mikro okolja imajo neposreden in posreden vpliv na telesni in duševni razvoj posameznika. Pri vsem tem pa ne smemo pozabiti na dejavnike zdravega načina življenja ali na dejavnike tveganja, ki jih prav tako opredeljujejo ali določajo mikro okolja (dejavniki tveganja so v naslednjih poglavjih podrobneje predstavljeni, tukaj pa smo izpostavili samo tiste, ki jih bomo kasneje v empiričnem delu podrobneje analizirali). Vse prikazane povezave delujejo tudi v obratni smeri. To pomeni, da izbrani dejavniki tveganja vplivajo na posameznikovo telesno in duševno stanje, posameznik pa posledično s svojimi karakteristikami vpliva na ožje in širše okolje in skupaj z danimi značilnostmi in lastno aktivnostjo opredeljuje lastno življenje, ki je lahko zdravo ali pa tudi ne.

Slika I.1: Dejavniki zdravega načina življenja



2.5.1 Dednost

Ljudje so že od takrat, ko so se začeli zavedati samih sebe, raziskovali sorodnost živali in rastlin okoli sebe. Vzgajali so domače živali in rastline ter večinoma verjeli, da obstaja neka magija ali božanstvo, ki skrbi za to, da smo taki, kot smo. V 18. in zgodnjem 19. stoletju je prevladovalo mnenje, da se organizmi prenašajo iz ene generacije v drugo in da je razvoj preprosto rast zmanjšanega organizma (Downes, 2004). Kasneje so menili, da so organizmi podedovali značilnosti, ki so jih njihovi starši razvili kot odgovor na različne pritiske okolja. Charles Darwin je bil prvi, ki se je lotil vprašanja razvoja vrst na svobodomiselni in znanstveni način. Menil je, da se vrste razvijajo postopoma in da je v živih bitjih vedno prisoten šum različnosti, ki omogoča, da se vrsta prilagodi in zato preživi v spremenjenih okoliščinah. Tiste vrste, ki imajo hitro in lahko spremenljiv način dedovanja, so po njegovem mnenju bolj uspešne pri preživetju katastrof, kot je bila tista, ki je zbrisala z obličja sveta dinosavre. Sistematsko raziskovanje dednosti v 20. stoletju se je osredotočilo na gen kot enoto dednosti (Downes, 2004). Sedaj prevladujeta dve veji znanosti o dednosti: populacijska genetika in molekularna biologija. Populacijska genetika proučuje značilnosti heritabilnosti kvantitativno, molekularna biologija pa proučuje informacijo, ki jo vsebuje DNA zaporedje (Downes, 2004).

V nadaljevanju bomo predstavili dednost skozi biološki oziroma medicinski vidik. Pozornost pa bomo namenili tudi psihološkemu vidiku, kjer bomo prikazali dednost skozi vidik vedenjske genetike.

2.5.1.1 *Medicinski vidik dedovanja*

V petdesetih letih prejšnjega stoletja so znanstveniki ugotovili, da je tisto, kar omogoča dedovanje in si »zapomni« recept za sestavo živih organizmov, ena sama dolga molekula – kislina, ki jo imenujemo dezoksiribonukleinska kislina ali s kratico DNK. Watson in Crick sta ugotovila, da je DNK v obliki dvojne vijačnice in da vsebuje genetsko kodo (Watson, 1980; Crick, 1981). Genetska koda je zapis informacije. Zaporedje nekaj (večinoma samo štirih) molekul je dovolj, da le-te črke zapišejo informacijo o izjemno kompleksni sestavi živega organizma (Amon, 2004).

Amon (2004) poudarja, da Mendel in njegovi sodobniki niso poznali DNK in genov. Toda z opazovanjem zunanjih lastnosti organizmov in dedovanja le-teh so ugotovili osnovne zakone, kako se funkcionalno prenašajo sorodstvene lastnosti z organizma na organizem. Mendela ni zanimalo samo vprašanje, katere lastnosti so prisotne, ampak ga je zanimala tudi verjetnost njihove pojavnosti.

Celoten komplet genov (genetske informacije) se imenuje genom. V moderni genetiki pravimo vsem genetskim lastnostim genoma genotip. Del genotipa ostane našim očem neviden (npr. genetsko povzročena sprememba kakšnega encima, ki je ne vidimo, če opazujemo organizem brez posebnih pripomočkov), drugi del genotipa pa je opazen kot npr. barva oči, skodranost las ali barva ter oblika grahovega cveta. Mendel je prvi znanstveno ugotovil, da se te lastnosti prenašajo s staršev na potomce na urejen način (Amon, 2004). Torej genotip (to so vsi geni) pokaže navzven samo del informacije, ki jo hrani. Ta del genotipa, ki se pokaže in ga vidimo, imenujemo fenotip. Kaj se od genotipa v fenotipu izrazi, je odvisno od zasedbe dominantnih in recesivnih genov (alelov) v genotipu. Seveda se bodo izrazile lastnosti, ki jih nosijo dominantni geni.

Po mnenju Amona (2004) je Mendel sklepal, da nekatere starševske lastnosti prevladajo druge. Pravimo, da je prevladujoča lastnost dominantna, tista, ki se le redko obdrži, pa recesivna. Sklepal je tudi, da je lastnost oblike semena odvisna od dveh dejavnikov, ki se oba preneseta s staršev na potomce, vendar pa le eden prevlada. Če se recesivni gen sreča z dominantnim, se pokaže samo dominantna lastnost, a recesivni gen je kljub temu prisoten v celici in ima možnost, da pride do veljave v kakšni bodoči generaciji – takrat, kadar dominantnega gena ni zraven.

Mendel je kot prvi znanstveni genetik postavil nekaj osnovnih pravil genetike, ki jih imenujemo Mendlovi zakoni (Amon, 2004).

2.5.1.2 Psihološki vidik dedovanja

Biološka psihologija je veda, ki združuje vedenjsko genetiko in evolucijsko psihologijo. Pozornost bomo namenili vedenjski genetiki. Vedenjska genetika je področje, ki deli posameznika na genetske komponente in komponente okolja. Ukvarja se z razdruževanjem relativnega vpliva genetskih in okoljskih dejavnikov na človekove vedenjske značilnosti (Marjanovič Umek & Zupančič, 2004). Med najpogostejšimi metodološkimi študijami vedenjske genetike so družinske študije, študije dvojčkov in posvojitvene študije.

Posameznega gena za inteligentnost, osebnost, obnašanje ali celo telesno višino ni. Takšne kompleksne karakteristike so poligeneske, tj. so pod vplivom več genov. Zgoraj omenjene metodološke študije ne razlagajo, kateri geni so vključeni, govorijo zgolj o relativnem vplivu vseh genov nasproti okolju. Heritabilnost ne pove ničesar o prispevku genetskih dejavnikov na fenotip enega posameznika: na ravni posameznika so genetski in okoljski vplivi nerazdružljivi (Marjanovič Umek & Zupančič, 2004).

2.5.1.3 Heritabilnost ali ocena dednosti

Koncept heritabilnosti igra ključno vlogo v psihologiji individualnih razlik. Heritabilnost (H) je delež variance (V), ki jo povzročajo dedni dejavniki oziroma je vpliv dednih faktorjev na variabilnost lastnosti. Predstavlja razmerje med varianco fenotipa (V_P) in varianco genotipa (V_G). Ali z enačbo: $H = V_G / V_P$. Ker je heritabilnost razmerje dveh varianc, njena vrednost rangira od 0 do 1. Če je vrednost 0, pomeni, da geni ne vplivajo na drugačnost (fenotipsko) posameznika, če pa je vrednost 1, to pomeni, da so geni edini razlog za posameznikovo drugačnost. Heritabilnost je lahko izražena tudi v odstotkih (0–100). Večji kot je odstotek, večja je dedovanost poteze. Ker dedovanosti ne moremo meriti neposredno, se raziskovalci vedenjske genetike ukvarjajo predvsem s tremi tipi korelacijskih raziskav: raziskave družin, študije posvojenih otrok in proučevanje dvojčkov (Papalia, Olds, & Feldman, 2003).

Te raziskave temeljijo na predvidevanjih, da so najožji družinski člani genetsko bolj povezani kot daljno sorodstvo, da so si enojajčni dvojčki bolj genetsko podobni kot dvojajčni in da so posvojeni otroci genetsko bolj podobni svojim biološkim staršem kot pa družinam, ki so jih posvojile. Prav tako predvidevajo, da bi si morali biti ljudje, ki živijo v istem okolju, bolj podobni kot ljudje, ki ne živijo skupaj, če skupno okolje kaže velik vpliv na potezo (Papalia, Olds, & Feldman, 2003; Reiss, 1997; Eysenck, 1990).

Študije vedenjske genetike odraslih osebnosti poudarjajo, da so geni pomembni, individualno okolje (na primer lastna družba, kot so vrstniki; glej poglavje *skupno in individualno okolje*, str. 25) je pomembno, toda skupno okolje (na primer družina ali starši; glej str. 25) nikakor ni pomembno pri razvoju posameznikove osebnosti (Eysenck, 1990; Reiss, 1997). Raziskave kažejo, da na razvoj veliko bolj vplivajo tiste izkušnje, ki so za vsakega otroka v družini različne, kot pa tiste, ki so za vse otroke podobne (Plomin & Daniels, 1987; Plomin & DeFries, 1999). Ta zaključek je lahko uničujoč za teorije, kot je psihoanaliza, ki visoko ceni teorije, ki proučujejo ravnanje staršev z otroki. Toda problem je v tem, da te študije predvidevajo, da imajo starši navado ravnati z vsemi svojimi otroki enako (Eysenck, 1990).

2.5.1.4 Interakcija in korelacija med geni in okoljem

Z izrazom interakcija med genotipom in okoljem označujemo učinke, ki jih imajo podobni okoljski pogoji na genetsko različne posameznike (Papalia, Olds, & Feldman, 2003). To pomeni, da ima isto okolje na nekatere posameznike vpliv, na druge pa ne. Pri ljudeh, ki imajo genetske predispozicije za razvoj alergije na cvetni prah, je večja verjetnost, da se bo alergija razvila, če so izpostavljeni cvetnemu prahu (Papalia, Olds, & Feldman, 2003; Marjanovič Umek, Zupančič, Fekonja, Kavčič, Svetina, Tomazo-Ravnik, & Bratanič, 2004). Vedenjska genetika razlikuje med več tipi korelacij: pasivna, reaktivna in aktivna korelacija (Marjanovič Umek in sod., 2004; Papalia, Olds, & Feldman, 2003). Če nudijo straši gene za glasbeni talent in okolje, ki ta talent razvije, temu pravimo pasivna korelacija med geni in okoljem, ker ni odvisna od tega, kaj naredi otrok. Reaktivna korelacija pomeni, da okolje reagira na otrokove kvalitete, ko šola nudi dodatne glasbene ure otrokom, ki izražajo glasbeni talent. Aktivna korelacija pa pomeni, da otrok ustvari povezavo med geni in okoljem. Glasbeno nadarjen otrok se bo družil s prijatelji, ki se tudi ukvarjajo z glasbo (Papalia, Olds, & Feldman, 2003; Block, 1996).

2.5.2 Okolje

2.5.2.1 Socializacija

Socializacija je proces, ko se otrok nauči primerno obnašati, spozna jezik, pridobi ustrezna znanja, stoji za svojim prepričanjem in obnašanjem; je torej proces, ko otrok postane del svoje družbe. V vseh družbah je pomembna metoda socializacije oponašanje staršev s strani otrok (Harris, 1995). Manj pomembne so besede, kajti v mnogih družbah otrokom zelo redko ali nikoli ne dajejo jasnih navodil, ker se pričakuje, da bodo otroci pridobili potrebna znanja in način obnašanja skozi proces opazovanja (Rogoff, Mistry, Göncü, & Mosier, 1993). Otroci oponašajo svoje starše v vseh družbah, toda oponašajo tudi druge: starejše brate/sestre (Zukow, 1989), odrasle in otroke, ki niso družinski člani (Maccoby & Jacklin, 1974; Perry & Bussey, 1984), junake s televizije (de Marrais, Nelson, & Baker, 1994; Lasater & Johnson, 1994). Po mnenju Rowa (1994) je pomembno, da se otrok ne uči samo od staršev, ampak da se uči od kateregakoli informacijskega vira.

2.5.2.2 Skupno (deljeno) in individualno (nedeljeno) okolje

Vplive okolja lahko delimo na skupno ali deljeno okolje in na individualno ali nedeljeno okolje (Eysenck, 1990). Skupno okolje je okolje, ki si ga delijo bratje/sestre, vzgojeni v isti družini, sorojenci. Individualno okolje je edinstveno vsakemu posamezniku. Nedeljeni vplivi okolja sorojencev so posledica edinstvenega okolja, v katerem odrasča otrok v družini. K neenakemu okolju prispevajo različni dejavniki: sestava družine, saj dečki in deklice doživljajo različne izkušnje ali pa se starši različno odzivajo na prvorojenca in najmlajšega otroka. Naslednji dejavnik je način, kako se starši in sorojenci vedejo do vsakega posameznega otroka. Določeni dogodki, kot so bolezni in nesreče ter izkušnje zunaj doma (npr. učitelji in vrstniki), vplivajo na enega otroka, na drugega pa ne. Vedenjski genetiki pravijo, da dednost vpliva na večino podobnosti med sorojenci, neenako okolje pa prispeva največji delež k razvoju razlik med njimi (McClearn, 1997; Plomin, 1996; Plomin & Daniels, 1987; Plomin & DeFries, 1999; Plomin, Owen, & McGuffin, 1994).

Študije vedenjske genetike so pokazale, kateri vidiki okolja so komaj kaj pomembni ali pa sploh niso. Manj pomembno je skupno (deljeno) okolje (McClearn in sod., 1997; Plomin, 1996; Plomin & Daniels, 1987; Plomin & DeFries, 1999; Plomin, Owen & McGuffin, 1994), ki vključuje otroke, vzgajane v istem domu. Med skupno okolje prištevamo na primer: osebnost staršev, način vzgoje otrok, število knjig, televizij na domu itd. Vse, kar ima zvezo s pojmom vzgoja, je po mnenju mnogih raziskovalcev (Harris, 1995; Loehlin & Nichols, 1976; Plomin, Chipuer, & Neiderhiser, 1994; Plomin & Daniels, 1987; Scarr, 1992) neučinkovito pri oblikovanju otrokove osebnosti.

2.5.2.3 Primarno okolje

Primarno okolje je okolje, ki otroka obkroža takoj po njegovem rojstvu in katerega otrok najprej zazna. Sem uvrščamo starše in sorodnike, na kratko: družino. Mnogo raziskav proučuje vlogo in vpliv staršev na otrokov razvoj. Nekatere študije zagovarjajo tezo, da igrajo starši ključno vlogo pri vzgoji in osebnostnem razvoju otrok (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bornstein, 2000). Toda veliko raziskovalcev zagovarja ravno nasprotno tezo, ki jo podpirajo z dokazi. Ena od tovrstnih raziskav (McClearn in sod., 1997; Plomin, 1996; Plomin & Daniels, 1987; Plomin & DeFries, 1999; Plomin, Owen, & McGuffin, 1994) je študija Harrisove (1995), ki se sprašuje, ali imajo starši pomembne dolgoročne učinke na razvoj otrokove osebnosti, ter dokazuje, da jih nimajo. Noben razvojni psiholog se ne strinja, da vedenje staršev nima pomembnih vplivov na otroke. Toda tudi noben se več ne strinja, da bodo nevrotični, agresivni, problematični starši, vzgojili nevrotične, agresivne, problematične otroke. Harrisova (1995) predvsem poudarja dokaz njenih študij, da vedenje staršev nima

učinka na psihološke značilnosti otrok, ki jih bodo imeli kot odrasli. Njeni dokazi temeljijo na vedenjski genetiki, socioloških pogledih znotraj- in medskupinskih procesov, psiholoških raziskavah, ki prikazujejo, da je učenje specifično na kontekst in na evolucionih nagibih. Ugotovila je, da vedenjska genetika podpira zaključek, da učinki družinskega okolja izginejo v odraslosti.

Posvojeni otroci, vzgojeni v isti družini, si po mnenju mnogih raziskovalcev – na primer Bouchard, Lykken, McGue, Segal, & Tellegen, 1990; Plomin & Daniels, 1987; Scarr, 1992 – v odraslosti ne bodo med seboj osebnostno nič podobni. Tudi bratje in sestre iz iste družine si ne bodo skoraj nič osebnostno podobni, celo enojajčni dvojčki iz iste družine ne bodo imeli enake osebnosti. Na videz si ne bodo nič bolj podobni kot enojajčna dvojčka, vzgojena v ločenih domovih (Bouchard, Lykken, McGue, Segal, & Tellegen, 1990; Plomin & Daniels, 1987; Scarr, 1992). Ugotovitvi teh študij sta dve: pričakovana ugotovitev je, da približno polovico variance lahko pripišemo razlikam v dednosti, presenetljiva pa je ta, da zelo malo variance lahko pripišemo razlikam v družinskem okolju, v katerem so bili udeleženci vzgajani (Loehlin & Nichols, 1976; Plomin, Chipuer, & Neiderhiser, 1994; Plomin & Daniels, 1987; Scarr, 1992; McClearn in sod., 1997; Plomin, 1996; Plomin & DeFries, 1999; Plomin, Owen, & McGuffin, 1994). Mogoče je razlog v tem, da starši ravnaajo z vsakim otrokom drugače. Po drugi strani pa lahko starši ravnaajo z otrokoma popolnoma enako in si otroka sama razlagata vedenje staršev drugače (Hoffman, 1991; Kagan, 1984).

Dokazano je, da se starši ne obnašajo enako do nezahtevnega in do problematičnega otroka (Lytton, 1990; Thomas & Chess, 1977) ali do zdravega in bolnega (Quittner & Oipari, 1994). Mnogo staršev nemirnega otroka opominja, naj bo miren; lenega pa spodbujajo k aktivnim igram. Temu pravimo negativna povratna zveza, ker zmanjšuje variabilnost in povzroča, da so si otroci bolj podobni (Bell, 1968; Bell & Chapman, 1986). Pozitivna povratna zveza je takrat, ko starši otroka, ki podeduje tendenco za socialnost, še bolj spodbujajo k druženju in povzročijo, da je otrok še bolj družaben, torej variabilnost povečujejo (Harris & Liebert, 1991). Različne osebnostne značilnosti spodbudijo različne povratne zveze, tako negativne ali pozitivne ali pa nepredvidljive, ko na primer na otrokovo plašnost starši reagirajo zaščitniško ali z jezo. To pomeni, da vplivi družinskega okolja ne prispevajo k razlagi nepojasnjene variance, saj bi drugače varianca variirala po velikosti (bila bi velika pri osebnostnih značilnostih pozitivne povratne zveze in majhna pri osebnostnih značilnostih negativne povratne zveze) glede na osebnostno značilnost, ki je merjena.

Zanimive so raziskave, ki so proučevale odnose med mlajšimi in starejšimi brati in sestrami. Če se otroci ne zavedajo absolutne količine pozornosti, ki jim jo namenijo starši, se pa prav gotovo zavedajo, koliko so je deležni relativno glede na svojega brata/sestro (Dunn, 1992; Dunn & Plomin, 1990), čemur lahko rečemo sindrom »mama je imela vedno rajši tebe« (Harris, 1995). Ugotovili so, da matere namenijo več

pozornosti mlajšemu otroku kot starejšemu (Brody & Stoneman, 1994; Dunn & McGuire, 1994). Raziskava Dunna in Plomina (1990) je poročala, da sta dve tretjini ameriških in britanskih mater priznali, da so imele enega otroka rajši kot drugega. 80% ameriških in 86% britanskih mater iste raziskave je rekla, da so čutile večjo naklonjenost do mlajšega otroka.

Raziskovalci vedenjske genetike so prepričani, da otroci, ki odraščajo na istem domu, nimajo enakih izkušenj in enakih osebnosti. Vpliv domačega okolja in staršev na osebnost in obnašanje ni posebno velik. Raziskovalni rezultati nedvomno kažejo, da je osebnostna podobnost otrok znotraj družine predvsem posledica delovanja skupnih dednih zasnov, učinki skupnih vplivov in karakteristik staršev pa so praktično nični (Maccoby & Martin, 1983).

2.5.2.4 Sekundarno okolje

Kar se otrok nauči v kontekstu svojega doma, ne deluje vedno tudi izven doma. Otroci se učijo, kako se obnašati doma (ali v prisotnosti njihovih staršev) in kako se obnašati, ko niso doma. Doma so kaznovani za napake in nagrajeni, ko se primerno obnašajo; zunaj pa so zasmehovani za napake in neopaženi, ko se vedejo ustrezno (Harris, 1995). Otroci, ki pridejo v novo okolje kot imigranti, se kmalu privadijo in naučijo uporabljati en jezik doma in drugega zunaj doma (Genesee, 1989; Lanza, 1992). Mnogo družb po svetu loči obnašanje doma in zunaj, oziroma loči obnašanje, ki je primerno doma, zunaj doma pa nikakor ne (Denick, 1989; Fine, 1981). V bolj razvitih družbah ni definirane ločnice med družinskim okoljem in zunanjim okoljem. Toda otroci se morajo naučiti, kaj se pričakuje v vsakem od obeh okolij.

Za otroke je značilna univerzalnost delovanja skupin za igro. Če je na nekem prostoru malo otrok, bodo v skupini otroci obeh spolov in različnih starosti; če pa bo otrok veliko, se otroci navadno razdelijo na skupine po starosti in spolu (Edwards, 1992; Maccoby, 1990; Schegel & Barry, 1991). V učilnici sedita deklici skupaj in dečka skupaj, na eni strani razreda so deklice, na drugi strani pa dečki. V dobi adolescence takšnih nenapisanih pravil ni več, so pa drugačna. Mladostniki imajo popolnoma drugačne kriterije za ločevanje skupin. Pri njih je pomembno, ali si športnik, kakšni so tvoji družbeni, akademski interesi, kakšne veščine poznaš; tudi rasne značilnosti, etničnost in družbeni status; drogiranje in prestopništvo (Brown, Mounts, Lamborn, & Steinberg, 1993; Eckert, 1989; Schofield; 1981).

Že od majhnega otroci vplivajo drug na drugega, ko se oponašajo ali posnemajo. Posnemanje se nadaljuje preko otroštva in mladostništva. Ko so v svojem zunanjem (individualnem) okolju, se oblačijo, govorijo in vedejo podobno kot sovrstniki (Adler, Kless, & Adler, 1992; Reich, 1986). Raziskovalni rezultati kažejo, da če obnašanje

enega ali dveh posameznikov v skupini ne ustreza načelom večine, je velika verjetnost, da ga/jih bodo ostali člani skupine zavrnil, v kolikor ne bodo spremenili svojih pogledov (Bierman, Smoot, & Aumiller, 1993; Coie, 1990). Sama družba sili posameznika, da se zlije v eno, da postanejo celota. Posledično vrstniki in družba vplivajo na otrokovo osebnost. Obnašanje, ki ga ostali sovrstniki odobravajo, je del obnašanja zunaj doma in postane trajni del osebnosti odraslega. Tudi s starostjo se otroci vedno bolj ozirajo po okolju izven doma. Predšolski in mlajši otroci so navezani na dom tudi, ko niso doma. Toda nekako v sredini otroštva bo otrok že razvil dve ločeni vrsti vedenja, eno doma (poleg staršev) in drugo ali več izven doma (Day, Borkowski, Dietmeyer, Howsepian, & Saenz, 1992; Deaux & Major, 1987; James, 1890; Sansone & Berg, 1993). Rowe (1994) je na podlagi zbranih podatkov vedenjske genetike ugotovil, da imajo starši, ki kadijo, običajno otroke, ki kadijo. Toda ko je delal na lastnih podatkih (Rowe, Chassin, Presson, Edwards, & Sherman, 1992), je dokazal, da je imel pomembno vlogo pri kajenju dejavnik okolja. Vplivi sovrstnikov določajo, ali bo mladostnik eksperimentiral s tobakom, dednost pa določa, ali bo on ali ona postal odvisen od tobaka. Veliko vlogo imajo vrstniki tudi pri otrokovi motivaciji za uspeh v šoli (Kindermann, 1993). Ugotovil je, da se je odnos otrok do šolskega uspeha prilagodil skupini oziroma sovrstnikom. Učenci so se delili, milo rečeno, na marljive v šoli in na nemarljive. To pomeni, da načini vzgoje (avtoritativni, avtoritarni in permissivni) nimajo pomembnega vpliva na vedenje otroka, saj se bo otrokov odnos do šole, športa itd. prilagajal družbi ali sovrstnikom. Zato je zelo pomembno, kakšna je družba, v kateri otrok odrašča. Mnogo raziskovalcev (Straus & Paschal, 1999) je prepričanih, da avtoritativna vzgoja vodi do otrokovega uspeha v šoli ali do boljših kognitivnih sposobnosti, toda raziskovalci so dokazali, da so otroci azijskih Američanov, ki vzgajajo najbolj strogo in avtoritarno, dosegli najvišje uspehe v šoli (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts, & Fraleigh, 1987; Steinberg, Dornbusch, & Brown, 1992). Okolje ali družba je tista, ki oblikuje otroka v odraslo osebnost. Afriški pregovor pravi »Za vzgojo otroka je potrebna vas«.

2.5.3 Samodejavnost oziroma lastna aktivnost

Samodejavnost je širok pojem, vendar nujno povezan z dednostjo in okoljem. Beseda samodejavnost pomeni odločanje, prevzem stališča po lastni volji. Karakterne lastnosti so dedno pogojene in jih ne moremo spreminjati zgolj z lastno dejavnostjo. Okolje pa ima neposreden vpliv na naše odločitve. Prijatelji, sorodniki, mediji, lastne izkušnje iz preteklosti lahko vplivajo na naše odločitve, toda ali bomo prevzeli mnenje prijatelja ali bomo namenoma naredili obratno, vse to na koncu izraža našo lastno voljo. Poleg volje in odločanja uvršča Musek (2002) pod pojem samodejavnosti tudi samokontrolo in samoregulacijo. Samoregulacija pomeni nadzorovanje lastnega vedenja in čustev. Je osnova socializacije in povezuje vsa področja razvoja – telesno, spoznavno in čustveno (Papalia, Olds, & Feldman, 2003).

Vsak posameznik se je že znašel v situaciji, ko so ga preplavila čustva jeze, toda kontrola tega čustva je ena glavnih vrlin vsakega posameznika, tj. potrpežljivost. Oseba s samokontrolo lahko določa odziv druge osebe. Vendar nihče ni ves čas nepotrpežljiv in vedenje ni vedno idealno. Nihče se ne vede lepo ves čas. Vedenje in naše mnenje o sebi v veliko primerih določata, koliko samokontrole bomo imeli.

Mnogi ljudje iščejo takojšnjo zadovoljitev in zabavo. Za to je potrebno zelo malo samokontrole ali pa celo nič. Kako si bo človek razvijal možgansko kapaciteto, domišljijo in kreativnost, če je v vse vpleten samo pasivno, kot recimo pri gledanju televizije? Televizija je lahko dober način za učenje in zabavo, lahko pa ima tudi negativne strani, kot je zapravljanje časa. Zato je pomembno, da starši pri otrocih postavijo nek red in disciplino tudi pri gledanju televizije, saj na ta način učijo otroke, da čas, ki jim ostane, porabijo za kaj aktivnega, kot je na primer gibalna/športna aktivnost.

2.6 Interpretacija dejavnikov, ki vplivajo na otrokov način življenja

Na podlagi zgoraj navedenega lahko rečemo, da imajo otroci mnogo okolij, v katerih živijo. Njihova naloga je, da se naučijo živeti v vsakem od okolij in oblikovati ustrezne strategije za doseg svojih ciljev.

Otroci so čustveno navezani na starše in starši prav tako na otroke. Starši nudijo otrokom zaščito in skrb, učijo jih veščin, ki jim lahko olajšajo življenje izven doma. Kritiki raziskav vedenjske genetike pravijo, da te študije prepogosto zanemarjajo vpliv staršev. Predvsem so kritični do ozkega kroga izbranih družin, ki jih proučujejo nekatere študije (Papalia, Olds, & Feldman, 2003). Po drugi strani Harrisova (1995) meni, da bi se otrok razvil v enako osebnost kot odrasel, če bi odraščal in živel na istem domu, hodil v isto šolo, imel iste sosede in družbo, le starše bi med sabo pomešali. Otroci se mora naučiti, kako se obnašati izven doma in postati član družbe. Otroci navadno odrastejo v običajne, normalne osebe, ker je univerzalnost delovanja otroških skupin, ki imajo pomembne in trajne učinke, prisotna brez večjih variiranj v vsaki družbi (Harris, 1995).

Tudi otroci s svojimi odločitvami oblikujejo svoje okolje – kaj počnejo in s kom – na te odločitve naj ne bi vplival genetski zapis. Lahko da bo otrok, ki je podedoval nadarjenost za umetnost, veliko časa »ustvarjal« v samoti, medtem ko bo njegov brat, ki je bolj nagnjen h gibalni/športni aktivnosti, v prostem času brcal žogo s prijatelji. Zato se ne bodo drugače razvijale samo sposobnosti obeh otrok (npr. v slikarstvu ali pa pri nogometu), temveč bosta otroka imela tudi drugačno socialno življenje. Te razlike se

navadno še okrepijo, ko otroci rastejo in se srečujejo s čedalje več izkušnjami zunaj družinskega kroga (Bergman & Plomin, 1989; Bouchard, 1994; Plomin, 1990, 1996; Plomin in sod., 1994; Scarr, 1992; Scarr & McCartney, 1983; povzeto po: Papalia, Olds, & Feldman, 2003).

Dejavniki okolja, ki si ga posamezniki delijo, vplivajo na razvoj vseh članov družine enako. Ti dejavniki so enaki skupnemu okolju in so na primer knjige, starša kot vzor raznih dejavnosti, kakovostna besedna komunikacija. Vpliv okolja, ki si ga člani družine delijo, začne v srednjem otroštvu upadati, verjetno zaradi tega, ker starejši otroci in zlasti mladostniki preživijo več časa zunaj doma kot mlajši otroci, na primer v šoli, s prijatelji. Vpliv okolja, ki si ga posamezniki delijo, v srednjem otroštvu (pred puberteto) še vedno ostaja pomemben, kar pa ne velja tudi za obdobje mladostništva.

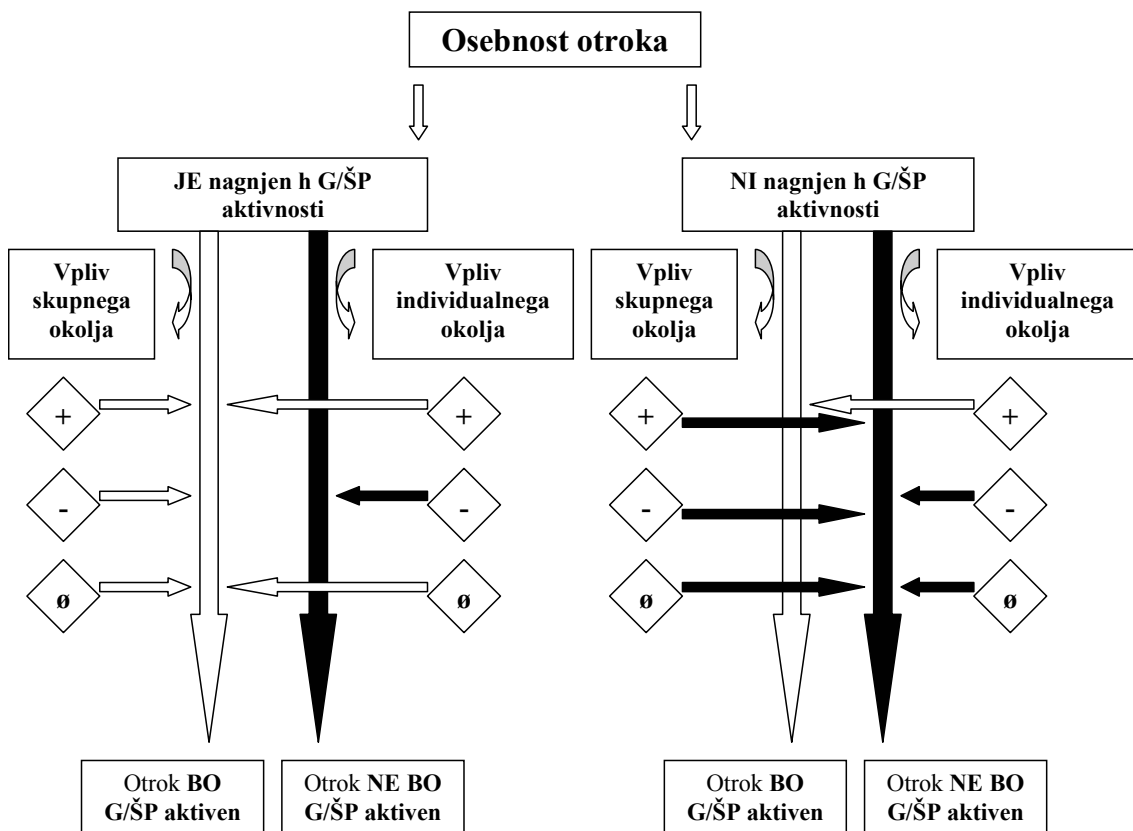
Izkušnje med otroki, še bolj med mladostniki, ki živijo v istih družinah, pa se lahko kljub svoji navidezni podobnosti precej razlikujejo. To so dejavniki okolja, ki si ga ljudje v isti družini ne delijo in predstavlja individualno okolje. Potencialno pomembni vplivi individualnega okolja so lahko nekateri izolirani, za posameznika specifični dogodki, kot na primer posameznikove izkušnje z določenim učiteljem v šoli, posebna družba prijateljev, organizirana športna vadba ali drugi krožek, obiskovanje gledališča, udeleževanje pri matematičnih tekmovanjih itd. (Zupančič, 2004a).

Na spodnji sliki (slika I.2) je prikazan naš vidik vpliva skupnega okolja in vpliva individualnega okolja na otrokovo nagnjenost h gibalni/športni aktivnosti. Menimo, da bi lahko temeljil na teoriji vedenjske genetike. Bele puščice označujejo pozitiven vpliv, oziroma da bo otrok gibalno/športno aktiven, črne pa, da ne bo. Poudariti moramo, da se slika nanaša na šolske otroke, tj. starostno obdobje zgodnjega mladostništva, ki so že sposobni druženja z drugimi vrstniki in imajo ali oblikujejo lastne interese.

Če je otrok nagnjen h gibalni/športni aktivnosti, na njegovo gibalno/športno aktivnost vpliva skupno in individualno okolje. Vpliv okolja je lahko spodbuden oziroma pozitiven (+), lahko je negativen (-), lahko pa je nevtralen (Ø). Če se osredotočimo na vpliv skupnega okolja, je razvidno, da bo otrok gibalno/športno aktiven tudi, ko odraste, ne glede na to, ali je vpliv skupnega okolja pozitiven, negativen ali nevtralen. Kar kaže na to, da skupno okolje (okolje, ki si ga delijo bratje in sestre med sabo) ne igra ključne vloge pri odločitvah, kaj bo otrok počel v prostem času. Če se osredotočimo na vpliv individualnega okolja, in to na negativen vpliv individualnega okolja (manjša črna puščica), je večja verjetnost, da otrok tudi v odraslosti ne bo aktiven, kljub temu da je nagnjen k aktivnosti. To pomeni, da je vpliv vrstnikov in okolja, ki ga je otrok deležen, večji in ima pomembnejšo vlogo pri oblikovanju interesov in hobijev posameznega otroka kot skupno okolje. Če je otrokovo individualno okolje nevtralno (ni ne plus ne minus) do njegove nagnjenosti, je verjetnost, da bo gibalno/športno aktiven zgolj zaradi lastne aktivnosti, angažiranosti ali potrebe.

Podobno je pri otroku, ki ni nagnjen h gibalni/športni aktivnosti. Če se osredotočimo na vpliv skupnega okolja, je razvidno, da otrok ne bo aktiven, ko odraste, ne glede na to, ali je vpliv skupnega okolja pozitiven, negativen ali nevtralen. Kar ponovno kaže na to, da skupno okolje ne igra ključne vloge pri odločitvah, kaj bo otrok počel v prostem času. Najverjetneje bo otrok aktiven samo, če bo imel dobre spodbude (pozitivne) iz individualnega okolja (vrstniki).

Slika I.2: Vpliv deljenega (skupnega) okolja in vpliv individualnega okolja na gibalno/športno aktivnost otroka



2.7 Dejavniki tveganja

Zgornja poglavja smo namenili širšemu pogledu na razvoj otroka. Poudarili smo dolgoročne učinke dednosti, okolja in samodejavnosti na razvoj otroka v samostojno odraslo osebo. Toda naš namen je usmeriti otroka na pravo pot, vplivati na njegov telesni in duševni razvoj na način, da se bo kasneje kot odrasel zavedal pomena zdravega načina življenja.

Razumevanje dolgoročnih učinkov skupnega in individualnega okolja je podlaga za oblikovanje smernic, kako otroka pravilno vzgojiti, da bo vedel, kaj je prav in kaj ne. Posledično bo kot odrasla oseba vedel, kako zdravo živeti in postal bo prenašalec znanja in vrednot, ne samo zdravih genov, na svoje potomce in okolico.

V nadaljevanju bomo predstavili glavne dejavnike tveganja, ki imajo (če se pravočasno ne ukrepa) lahko izrazito negativne posledice na otrokovo zdravje in način življenja, kar se posledično odraža v odraslosti.

Pozornost bomo namenili pogosto uporabljenim in dostopnim drogam. Osredotočili se bomo predvsem na vzroke in posledice jemanja drog. Menimo, da je poznavanje vzroka najboljše sredstvo preprečevanja in preventive. Prikazali bomo statistične podatke o jemanju drog v Sloveniji in v svetu. Poleg drog bomo kot dejavnik tveganja predstavili tudi nepravilno prehrano ali prehranske navade doma in v tujini ter predstavili vzroke in posledice nezdravega načina prehranjevanja.

Predvsem pa bomo predstavili gibanje in športno aktivnost kot pomembno sredstvo zdravega načina življenja, saj menimo, da ima gibanje pozitivne učinke na telesno in duševno zdravje. Gibanje sproža vrsto dejavnikov, ki nas silijo v uživanje zdrave hrane in je preventiva drog, saj je že samo gibanje neke vrste poživilo telesa in duhá. Poleg tega bomo poudarili, da je pomanjkanje gibanja izrazit dejavnik tveganja za nastanek številnih bolezenskih stanj na telesu in počutju. Tako menimo, da gibalna/športna aktivnost posredno vpliva na vzdržnost pred drogami in zdravo prehrano. Gibanje v fiziološkem smislu sproži v telesu široko hormonsko aktivnost, hormoni vplivajo na zmanjševanje apetita, saj se sproščajo aktivnostni hormoni (npr. kortizol, adrenalin), hormoni, ki dvigujejo dobro počutje (hormoni sreče ali endorfini) in drugi, ki imajo številne neposredne in posredne pozitivne učinke na naš organizem.

2.7.1 Gibalna/športna aktivnost

V zadnjih letih smo priča velikemu preobratu in vse večjemu številu znanstvenih izsledkov raziskovanja vpliva gibalno/športne aktivnosti in športnega treninga na rast in razvoj, funkcionalne sposobnosti, kakor tudi zgodnje preprečevanje številnih kroničnih bolezni, ki se v odrasli dobi povezujejo s stopnjo telesne aktivnosti (Završnik & Pišot, 2005).

Gibalna/športna aktivnost je za skladen celostni razvoj otroka in mladostnika torej nujno potrebna in smo jo dolžni zagotavljati v primerni količini in kvaliteti. Za ohranjanje zdravja je predvsem pomembno razmerje med energijskim vnosom in energijsko porabo, skratka med prehranjevanjem in telesno aktivnostjo. Zdrava prehrana in redna telesna aktivnost vplivata na zdravje vsaka zase. Učinki obeh se dopolnjujejo, ima pa

gibalna/športna aktivnost pozitivne učinke na zdravje tudi neodvisno od prehrane. Za zdravje ni potrebna intenzivna vadba, ključno pa je, da smo aktivni skozi vse življenjsko obdobje (Završnik & Pišot, 2005; Pišot & Završnik, 2001).

V zgodnjem otroštvu je razvoj zelo dinamičen in celosten. V tem obdobju ima gibalna/športna aktivnost izjemen pomen; predstavlja namreč pomembno sredstvo za pridobivanje različnih informacij in nabiranje novih izkušenj ter razvijanje gibalnih in funkcionalnih sposobnosti. Otroci so najbolj dovzetni za spreminjanje in razvoj sposobnosti in znanj ter prilagajanje (adaptacijo) na okolje in njegove značilnosti do pubertete. Raziskava, ki je preučevala delovanje možganov na osnovi najnovejših metod (MRI, PET scan), je prinesla nova spoznanja o razvoju in delovanju najvišjih centrov regulacije (Shore, 1997). Med drugim je bilo ugotovljeno, da je razvoj možganov odvisen od medsebojnega vpliva genske zasnove ter količine in kakovosti ponujenih izkušenj. To pomeni, da bodo otroku, ki bo odraščal v stimulativnem okolju, ostali usvojeni gibalni programi trajno zapisani v gibalnem (motoričnem) spominu. Bogatejši kot bo, več informacij bo gibalni spomin nudil in lažje bo posameznik osvajal nova gibalna znanja (v otroštvu in kasneje) (Pišot & Planinšec, 2005; Kubota, 2002; Harris-Warrick, 2001; Shippenberg, Chefer, Zapata, & Heidbreder, 2001; Shonkoff & Philips, 2000; Shore, 1997).

Vse premalo se zavedamo koristi gibalne aktivnosti, ki se kažejo ne samo na biološki ali zdravstveni komponenti razvoja, ampak tudi na psiho-socialni komponenti posameznikovega življenja. Učinki na tej komponenti so še posebej pomembni tudi v obdobju adolescence. V tem obdobju ima gibalna aktivnost dodaten pomen, saj je to čas intenzivnega telesnega razvoja, usklajevanja mnogih telesnih funkcij in oblikovanja otroškega telesa v odraslega. V dobi mladostništva se oblikujejo pomembne razsežnosti človekove osebnosti. Ta dinamičen proces je povezan tudi z različnimi stresi in preizkušnjami, veliko potrebo po sprostitvi, razvijanjem odnosa do sebe, sveta in drugih ljudi, s šolanjem, s pomenom svoje zunanje podobe. Na vseh teh poljih posameznikovega razvoja pa ima gibanje lahko velik in dolgoročen pomen (Tomori, 2005).

Kljub povečani uporabi najnovejše tehnologije, se gibalna/športna aktivnost zmanjšuje ali celo izginja v najbolj razvitih deželah. Delež prebivalstva, ki opravlja dela, ki zahtevajo predvsem sedeča opravila (za računalnikom), je težko še večji, kar je pa še bolj zaskrbljujoče, je, da so isti ljudje tudi v prostem času večinoma pred televizijo ali računalnikom. Pomanjkanje zadostne gibalne/športne aktivnosti je v močni korelaciji s kronično nenalezljivimi boleznimi, ki so danes med največjimi dejavniki tveganja (Pišot & Kropej, 2005).

Aktivni življenjski slog je del kakovosti našega življenja. Težko si je predstavljati otroke in mladostnike, ki ne marajo gibalne/športne aktivnosti ali se ob njej ne zabavajo

in sprostijo. Vloga ožjega okolja, sploh staršev, učiteljev, je ključna pri razvoju otrokovega vedenjskega sloga in posledično kakovosti življenja posameznika (Pišot, Juriševič, & Završnik, 2002; Pišot & Završnik, 2001; Pišot & Kropej, 2005; Pišot, Kropej, & Završnik, 2006).

2.7.1.1 Vzroki za pomanjkanje gibalne/športne aktivnosti

Sodoben način življenja, ki je pri marsikom povezan z urami sedenja ob stroju, delovni mizi in ob računalniku ali z urami poležavanja pred televizijskim ekranom, lahko resno otežkoči zdrav in skladen razvoj telesa, povzroči pa tudi vrsto zdravstvenih težav (Tomori, 2005).

Pri iskanju vzrokov bomo ponovno izhajali iz trikotnika: otrok (genetsko pogojene lastnosti, lastna dejavnost) – okolje – gibalna/športna dejavnost. Na eni strani imamo širše družbeno okolje, ki je tehnološko naravnano in nas nedvomno sili v sedeč življenjski slog, na drugi strani pa imamo ožje okolje, tj. okolje, kjer odraščamo: družina, vrstniki, šola. Spomnimo se zgoraj opisane slike (slika I.2, str. 31), kjer je prikazan vpliv skupnega okolja in vpliv individualnega okolja na otrokovo nagnjenost k aktivnosti. Ugotovili smo, če je otrok nagnjen k aktivnosti, je večja verjetnost, da bo aktiven tudi, ko odraste, ne glede na vpliv skupnega okolja. Če je nagnjen k aktivnosti in ga njegovo individualno okolje zavira pri izražanju svoje nagnjenosti, je večja verjetnost, da v odraslosti ne bo aktiven. Podobno je pri otroku, ki ni nagnjen k aktivnosti. Najverjetneje bo aktiven, če bo imel dobre spodbude iz individualnega okolja (vrstniki). Menimo, da starši, ki so del skupnega otrokovega okolja, nimajo tolikšnega vpliva na to, ali bo otrok aktiven tudi, ko odraste. Toda starši lahko vplivajo na otrokovo aktivnost posredno, in sicer tako, da otroka vpišejo na organizirano športno vadbo ali v športni klub; tam bo otrok spoznal nove prijatelje. Skupno delovanje vseh dejavnikov, tako staršev, učiteljev ali trenerjev in vrstnikov ter otrokove lastne dejavnosti, bo privedlo do zelenega rezultata – otrok bo najverjetneje doživel veselje ob gibanju ali določeni športni aktivnosti.

Otroštvo je obdobje, v katerem se začnejo oblikovati navade posameznika, te navade kasneje postanejo vrednote, ki so smernice za posameznikovo ravnanje in obnašanje na različnih področjih. Tako se oblikuje življenjski slog, ki ga določa okolje, v katerem posameznik živi.

2.7.1.2 Stanje gibalne/športne aktivnosti po svetu in v Sloveniji

Mednarodna raziskava Svetovne zdravstvene organizacije HBSC je uvrstila telesno nedejavnost med pomembnejše dejavnike za umrljivost, obolenost in razvoj nalezljivih kroničnih bolezni (Evropski urad SZO, 2002). V svetu se kar 60% odraslih giblje premalo, da bi koristili svojemu zdravju. Priporočen obseg vadbe je telesna dejavnost zmerne intenzivnosti eno uro na dan vsak dan. Pri mlajših otrocih je gibanje del spontane igre, mladostniki pa že prevzemajo lastnosti vzorcev gibanja pri odraslih. HBSC raziskava navaja, da od 11. leta starosti delež mladih, ki so zadostno telesno aktivni, upada. V Sloveniji je manj kot polovica 15-letnih fantov (40%) in le četrtnina 15-letnih deklet (24%) zadostno telesno dejavnih. Slovenija se nahaja nad povprečjem držav, vključenih v raziskavo. Zanimivo je, da je največ 15-letnikov telesno dejavnih v priporočenem obsegu v ZDA (57% fantov in 42% deklet), sledijo Kanada, Češka republika, Anglija, Nizozemska, Litva, Grenlandija in Irska ter Slovenija. Raziskava navaja, da so 15-letniki najmanj telesno dejavni v Italiji, Franciji in na Portugalskem. Tam se v priporočenem obsegu giblje le okoli četrtnina fantov in šestina ali manj deklet (Evropski urad SZO, 2002).

Raziskava Eurobarometer iz leta 2002 o telesni dejavnosti državljanov 15 držav članic Evropske unije (Koprivnikar, 2005) je ločeno spremljala telesno dejavnost zmerne intenzivnosti, hude intenzivnosti in hojo v 7 dneh pred raziskavo. V starostni skupini od 15 do 24 let je bilo le 15% mladih, ki so bili zmerno dejavni vsak dan v povprečju 30 do 60 minut na dan. Skoraj polovica se sploh ni ukvarjala z vadbo hude intenzivnosti. Zato pa je več kot polovica mladih vsak dan hodila, najpogosteje do 60 minut. Raziskava je pokazala, da se mladi najmanj gibajo v Franciji, Belgiji, Italiji, Španiji in na Portugalskem. Slovenska raziskava iz leta 1999/2000 (Kostanjevec, 2000) navaja, da je delež deklet, ki so športno aktivna le pri pouku športne vzgoje, 45%, pri fantih pa približno pol manj. Približno četrtnina fantov je telesno aktivnih vsak dan vsaj 20 minut, polovica pa 2- do 3-krat tedensko vsaj 20 minut. V vseh raziskavah so značilne razlike med spoloma, kjer so dekleta manj aktivna kot fantje.

Novejše raziskave, izvedene v Sloveniji, ki so proučevale gibalno/športno aktivnost otrok in mladostnikov, ugotavljajo, da je gibanje in šport, kot eden izmed najpomembnejših dejavnikov kakovosti življenja, med mladimi premalo izpostavljen (Pišot, Kropej, & Završnik, 2006; Pišot & Kropej, 2005; Pišot & Fras, 2005; Fras, 2002). Ciljno-raziskovalni projekt »Gibalna/športna aktivnost za zdravje«⁵ (Završnik & Pišot, 2005), ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave Univerze na Primorskem, dokazuje, da se tako otroci, kot mladostniki, premalo gibljejo in v povprečju presedijo 10 ur dnevno (vključno z urami med poukom). Sedeč življenjski slog se razumljivo odraža na njihovih motoričnih sposobnostih, predvsem na vzdržljivosti. Splošna

⁵ Glej opombo na str. 11.

vzdržljivost enako starih otrok kot mladostnikov se zmanjšuje (Strel, Završnik, Pišot, Zorc, & Kropej, 2005). Če navedemo kot primer učence 7. razredov (Šturm & Strel, 1985), ki so bili merjeni leta 1970, in te otroke, ugotovimo, da se je rezultat v teku na 600m poslabšal za 13,6 sekunde ali za skoraj 10%.

Aplikativni raziskovalni projekt »Vloga biomehanskih lastnosti skeletnih mišic v gibalnem razvoju otrok«⁶ (Pišot & Šimunič, 2006), ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave Univerze na Primorskem, je eden temeljnih raziskav v slovenskem prostoru, ki je longitudinalno proučeval otrokov gibalni razvoj. Izbrani vzorec otrok je v začetnem naboru obsegal 265 otrok, ki pa se je z leti študije zmanjševal. V raziskavo so bili zajeti otroci treh regij Slovenije (ljubljanska, mariborska in primorska regija). Avtorji so ugotovili, da so v mariborski regiji otroci veliko manj gibalno/športno aktivni kot na Obali in v ljubljanski regiji. Delež popolnoma neaktivnih je v prostem času 25–40% otrok v mariborski regiji, 0–19,4% v ljubljanski regiji in 11,4–20% na Obali. Delež zelo aktivnih pa je v Mariboru 30–58%, v Ljubljani 65–85% in na Obali 75% merjencev. Večina staršev merjenih otrok ima zelo pozitiven odnos do športa kot sredstva za doseg dobrega izgleda, notranjega užitka, boljšega zdravja in zabave. Ugotovljeno je bilo, da koordinacija hitrega teka otrok ni dovolj dobra. Otroci pri teku bistveno bolj izkoriščajo mišice meč in sprednjih stegenjskih mišic, kot pa zadnjo stegenjsko mišico kot najpomembnejšo pri tovrstnem gibanju. Morfološke značilnosti otrok kažejo in ponovno potrjujejo ugotovitve mnogih raziskav, da je v slovenskem prostoru opazna pospešena rast v višino in pospešeno pridobivanje telesne mase pri osnovnošolskih otrocih. Vrednosti pri obeh spolih kažejo na normalno prehranjenost (Pišot & Šimunič, 2006).

2.7.1.3 Posledice pomanjkanja gibalne/športne aktivnosti

Svetovna zdravstvena organizacija je v poročilu o zdravju 2002 (WHO, 2002) navedla, da lahko glede na dejavnike tveganja, povezane s prehrano in neaktivnostjo, največ vzrokov smrti v letu 2000 v Evropi pripišemo prav dejavnikom tveganja življenjskega stila, od tega skupno največ krvnemu tlaku, holesterolu, preveliki telesni teži, premajhnemu uživanju sadja in zelenjave ter sedečemu življenjskemu slogu (tabela I.1). Iz tabele I.1 je razvidno, da povišan krvni tlak lahko povzroči kap, ishemično bolezen srca, bolezen hipertenzije in druge srčne bolezni. Povišan holesterol lahko privede do kapi in ishemične bolezni srca. Prevelika telesna teža ima lahko za posledico kap, ishemično bolezen srca, diabetes, osteoartritis, rak na maternici (endometrialni rak), rak na dojki. Premalo uživanja sadja in zelenjave lahko privede do kapi, ishemične bolezni srca, raka debelega črevesja in danke (kolorektalnega raka), raka na črevesju, pljučnega raka in raka požiralnika (ezofagealnega raka). Pomanjkanje gibanja pa lahko povzroči kap, ishemično bolezen srca, rak na dojki, rak debelega črevesja (kolonov rak) in

⁶ Glej opombo na str.11.

diabetes. Po mnenju WHO (tabela I.2, str. 43) so lahko posledice pomanjkanja gibalne/športne aktivnosti ishemična bolezen srca in cerebrovaskularne bolezni (WHO, 2002, Pišot & Fras, 2005).

Tabela I.1: Izbrani dejavniki tveganja za zdravje: ostali dejavniki tveganja, povezani s prehrano in neaktivnostjo

Dejavnik tveganja	Priporočeni minimum	Posledice
Krvni tlak	115; SD 11mmHG	Kap, Ishemična bolezen srca, bolezni hipertenzije, druge srčne bolezni
Holesterol	3,8; SD 1 mmol/l (147 SD 39 mg/dl)	Kap, Ishemična bolezen srca
Prekomerna prehranjenost	21; SD 1 kg/m ²	Kap, Ishemična bolezen srca, diabetes, osteoartritis, rak na dojki
Pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave	600; SD 50g vnosa na dan za odrasle	Kap, Ishemična bolezen srca, črevesni rak, pljučni rak, rak na sapniku
Telesna neaktivnost	2,5 ure na teden zmerne vadbe ali ena ura na teden intenzivne vadbe	Kap, Ishemična bolezen srca, rak na dojki, črevesni rak, diabetes

Vir: WHO, 2002

Telesna neaktivnost oz. slabo fizično stanje telesa je neodvisni dejavnik tveganja in ga po nekaterih podatkih lahko primerjamo s tveganji, povezanimi s kajenjem in visoko stopnjo holesterola v krvi. Povečana fizična aktivnost zmanjša tveganje za srčno-žilne bolezni, tako da zmanjšuje možnost aterogeneze. Ugodno vpliva na srce in ožilje s povečanjem fibrinolize in vplivom na ostale dejavnike tveganja, kot je povečanje ravni HDL holesterola, izboljšana glukozna intoleranca in vpliv na telesno težo (Fras, Zaletel Kragelj, & Maučec Zakotnik, 2005; Pišot, Fras, & Zaletel Kragelj, 2005; Nikolič, Poredoš, & Sadar, 2004).

Zavedati se je treba, da ima lahko pomanjkanje gibanja ali sedeč življenjski slog posreden vpliv na nastanek večine zgoraj omenjenih rizičnih dejavnikov, kot je prevelika telesna teža ali povečan holesterol. Več rizičnim dejavnikom je posameznik izpostavljen, večja je verjetnost za nastanek bolezni, ki so zgoraj omenjene.

2.7.1.4 Preventiva pred pomanjkanjem gibalne/športne aktivnosti

Mišljena je preventiva pred boleznimi, ki nastanejo zaradi pomanjkanja gibanja. Da ne bomo pozabili na pomembnost gibanja, moramo imeti to varovalko že aktivirano v telesu. Kajti le, če bomo živeli z gibanjem, bomo varni pred škodljivimi vplivi sedečega stila življenja, nezdrave drža, stresa in raznimi neozdravljivimi boleznimi, kot je rak itd. Zato menimo, da moramo s prvimi gibalnimi izkušnjami poseči v najbolj zgodnje obdobje otrokovega razvoja, to je v družini. Družina naj spodbuja otrokov razvoj, njegove telesne aktivnosti in raznovrstno gibanje. Odnos do gibanja se najbolje in najhitreje oblikuje v družini. V njej se koreninijo mnoge osebnostne značilnosti, sposobnosti in lastnosti otroka, pa tudi mnoge gibalne izkušnje in navade. Če rast in razvoj otroka v družini potekata normalno in če je vsak otrokov dan zapolnjen z veliko raznovrstnega gibanja, lahko z veliko verjetnostjo trdimo, da bo otrok take izkušnje sprejel kot življenjski slog (Berčič, 2004; Pišot & Završnik, 2001).

Verjamemo, da si bo tako otrok lažje izoblikoval pozitiven odnos do rekreativnega športa oziroma do gibanja nasploh, ga postopno oblikoval in dvignil na raven vrednote. Zaradi navedenih razlogov naj bi bilo doma čim več različnih in predvsem uporabnih športnih rekvizitov za pridobivanje različnih gibalnih izkušenj. Tako naj bi otroci spoznali čim več gibalnih in športnorekreativnih dejavnosti. Berčič (2004) je prepričan, da je mogoče z gibalno/športno aktivnostjo učinkovati tudi na vedenjske vzorce otrok in mladostnikov, hkrati pa je tako mogoče spodbujati njihov socialni in duhovni razvoj ter njihova pozitivna čustva. Vse to je kasneje v obdobju zrelosti pomembno povezano z zdravim življenjskim slogom in s kakovostjo življenja odraslih (Završnik & Pišot, 2005).

2.7.2 Droge

Med najbolj škodljive droge uvrščamo alkohol, tobak, LSD, kokain, heroin, inhalante, marihuano itd. Vse droge, tudi manj nevarne, kot so kava (kofein) in pravi čaj (tein), so psihoaktivne, kar pomeni, da imajo učinke na živčevje. Pogostejše izpostavljanje učinkom drog vodi do nevroadaptacije ali prilagoditve živčevja (Čebašek-Travnik, 2004). Ta prilagoditev je povezana z vedenjem, usmerjenim v iskanje droge, in z nastankom tolerance (posameznik vedno bolj prenaša na primer nikotin in potrebuje vedno več cigaret, da doseže enak učinek). Na splošno poteka razvoj od začetka do odvisnosti v štirih fazah in je odvisen od skupnega delovanja treh skupin dejavnikov (Stergar, 2004): otrok (biološka opremljenost, psihološki dejavniki, lastna aktivnost), okolje (družina, širše okolje) in droga (kemijske in fizikalne lastnosti, simbolne lastnosti). Prva faza je faza priprave, iniciacije in eksperimentiranja, druga faza je navajanje, tretja vzdrževanje in četrta odvisnost. Medfazno prehajanje je odvisno od

vrste dejavnikov (Stergar, 2004). Med najpomembnejšimi so: starši (njihovo vedenje, stališča, pravila, odnos do drog), mediji, vrstniki, dostopnost do droge, zakonodaja, oglaševanje (neposredno, posredno), prepričanja v zvezi z jemanjem drog, samopodoba. Načeloma velja, da mlajši, kot je organizem, ko se sreča z drogo (na primer nikotinom), hitreje ga bo le-ta zasvojila. Hitrost, s katero posamezna droga doseže učinek, določa, kako močan je njen potencial za razvoj odvisnosti.

2.7.2.1 Vzroki za jemanje drog

Zgoraj smo že omenili delovanje treh skupin dejavnikov (otrok, okolje in droga) (Stergar, 2004). Vzroke za jemanje drog moramo iskati v trikotniku mladostnik – okolje – droge. Ni namreč vseeno, ali si po naravi raziskovalec ali boječnež, ali te privlačijo tveganja ali ne. Veliko vlogo pri določanju tveganja, da posameznik postane redni kadilec, alkoholik itd., imajo geni (Madden, Bucholz, Martin, & Heath, 2000; Bierut, Schuckit, Hesselbrock, & Reich, 2000). Pri ugotavljanju tega vpliva se raziskovalci poslužujejo študij dvojčkov in študij posvojenih otrok (Prescott & Kendler, 1999; Bierut, Schuckit, Hesselbrock, & Reich, 2000). Epidemiološke študije (Anthony & Echeagaray-Wagner, 2000) so potrdile obstoj dednih dejavnikov, ki so povezane z jemanjem določene droge, specifične gene še določajo (Čebašek-Travnik, 2004). Projekt Človeški genom (»The Human Genome Project«) je prinesel pomembna znanstvena spoznanja o povezavi genov in uživalcev drog. Najnovejša tehnologija pri iskanju genov je lociranje genov na zemljevidu t. i. gensko mapiranje (»Quantitative Trait Locus mapping«). Ta tehnika išče gene, ki vplivajo večgensko (poligenetsko ali kvantitativno) na obnašanje ali fenotip. Predpostavlja, da je večja verjetnost, da so geni, ki so si bližje na kromosomu, podedovani skupaj od enega od staršev, kot pa dva gena, ki si nista blizu (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000a). Raziskovalci so, na podlagi študij dvo- in enojajčnih dvojčkov, posvojenih otrok in družin z več alkoholiki, ugotovili, da je heritabilnost za odvisnost od alkohola 64%, za odvisnost od nikotina pa 60% (Bierut, Schuckit, Hesselbrock, & Reich, 2000).

Močan pospeševalni učinek pri nastanku odvisnosti od drog (nikotin, alkohol, kanabis itd.) imajo dejavniki okolja, ki omogočajo in vzdržujejo odvisniško vedenje. Ni vseeno, ali se rodiš v družini, kjer je na primer tobak sestavina vsakdanjega življenja (od malega vdihuješ dim, gledaš pepelnike, škatlice, odrasle, ki kadijo) (Stergar, 2004). Dejavniki okolja so tudi dokaj nizka cena in enostavna dostopnost tobačnih izdelkov in alkohola, kajenje kot sprejemljiva oblika vedenja (posebno med mladimi) in neupoštevanje zakonodaje o omejevanju kajenja (Čebašek-Travnik, 2004). Zato ni vseeno, v kakšni državi živiš (ali je dovoljeno ali prepovedano promoviranje cigaret in alkohola, ali so cene cigaret in alkoholnih pijač visoke ali nizke itd.). Po mnenju raziskovalcev so povod za razvoj odvisnosti tudi travmatični dogodki in stresne izkušnje (Little, 2000).

Vzrok za jemanje neke droge je lahko tudi določena droga, ki jo posameznik že uživa. Alkoholizem je med kadilci desetkrat bolj pogost kot med nekadilci. Hrepenenje po alkoholu je po moči podobno hrepenenju po nikotinu. Z raziskavami so ugotovili, da obstaja pozitivna povezanost med količino pokajenega tobaka in količino zaužitega alkohola, prav tako med stopnjama odvisnosti od tobaka in alkohola (Čebašek-Travnik, 2004). Raziskovalci so opazili, da so alkoholiki večkrat tudi kadilci in obratno (Istvan & Matarazzo, 1984; Glassman, 1990). Vzroki so deloma tudi genetski, toda ni še ugotovljeno, zakaj sploh obstaja genetska povezava med kajenjem in odvisnostjo od alkohola (Madden, Bucholz, Martin, & Heath, 2000). Raziskovalci menijo, da so razlogi različni: skupni rizični dejavniki (socialno-demografske značilnosti), alkohol povečuje tveganje, da bo oseba postala reden kadilec, skupna genska občutljivost (učinki alkohola na nikotinske receptorje).

2.7.2.2 Stanje v Sloveniji in po svetu glede jemanja različnih drog

Alkohol

Alkohol je najbolj pogosto uporabljena droga v Sloveniji (Čebašek-Travnik, 2004). Povprečen Slovenec, star nad 15 let, je leta 2003 popil 12,3 litra čistega alkohola (Lorenčič, 2004). V letu 2003 je bila opravljena raziskava ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Drugs) o razširjenosti drog med 15-letnimi učenci v številnih evropskih državah, ki so jo na Inštitutu za varovanje zdravja RS (IVZ) izvajali v štiriletnem presledku (1995–1999–2003). Ugotovili so, da redno pije četrtnina slovenskih šolajočih se 15- in 16-letnikov, kar desetina pa se jih redno opija (Lorenčič, 2004a). Na področju ljubljanskega zdravstvenega področja so ugotovili, da je bilo 68% učencev že kdaj pijanih, popivanje v zadnjem mesecu je navedlo 45% učencev (Jeran, 2003). Največje odstotke rednega pitja najdemo v državah, ki poročajo tudi o največjih odstotkih pri vseživljenjski uporabi: na Danskem, v Avstriji, na Češkem, otoku Man, na Nizozemskem in v Veliki Britaniji (43–50%). O najnižjih odstotkih poročajo v Turčiji (7%), ki ji sledijo Grenlandija, Islandija, Norveška in Portugalska (13–15%). Med državami, v katerih je največji odstotek dijakov/dijakinj odgovoril, da so bili opiti 20-krat ali pogosteje, so Danska, Irska, otok Man, Velika Britanija, Estonija in Finska (26–36%). V Turčiji je bil le 1% anketiranih opit 20-krat ali bolj pogosto. Pitje piva je najbolj pogosto v Bolgariji, na Danskem, Nizozemskem in Poljskem, medtem ko je pitje vina bolj prisotno v Avstriji, na Češkem, v Grčiji, Italiji, na Malti in v Sloveniji (Stergar, 2003).

Kajenje (nikotin)

Nikotin je druga najbolj pogosto rabljena droga v Sloveniji (Čebašek-Travnik, 2004). Raziskava ESPAD (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino) (Stergar, 2004) kaže, da se je med mladimi, starimi med 15 in 16 let, izrazito povečal delež rednih kadilcev (leta 1995 je s 16,4% poskočil leta 2003 na 27%). V obdobju 1995–2003 se je izrazito povečal delež mladih, ki začnejo kaditi pri 11-ih letih ali prej. Skoraj tretjina tistih, ki so leta 2003 izjavili, da so že kadili, je pokadila prvo cigareto, ko so bili stari 11 let ali manj. Fantje začnejo kaditi prej kot dekleta. Za dekleta so »kritične« starosti za začetek kajenja 13 do 15 let. Kljub povečanju razširjenosti občasnega in rednega kajenja v obdobju 1995–1999 so bili slovenski 15- in 16-letniki leta 1999 še vedno pod povprečjem držav ESPAD. V preostali Evropi so leta 2003 največji odstotek dijakinj/dijakov, ki so poročali o kajenju v preteklih 30 dneh, zabeležili na Grenlandiji, ki močno odstopa od vseh preostalih držav pri tej spremenljivki (60%). Izredno nizke odstotke pa so ugotovili na Cipru, Islandiji, Švedskem in v Turčiji; odstotki so se gibali od 18 do 25 (Stergar, 2003).

Ostala mamila

Marihuana je bila med nedovoljenimi drogami leta 1999 najbolj priljubljena. 24% slovenskih dijakov je priznalo, da so poskusili to drogo, polovica je poskusila marihuano do petkrat. Na področju ljubljanske zdravstvene regije je leta 2003 najmanj enkrat v življenju kadilo marihuano 36% učencev, pomirjevala je vzelo 6%, ekstazi 5%, heroin 2,3% učencev (Jerman, 2003). Leta 2003 se je Češka povzpela na vrh, kar se tiče rabe ilegalnih drog, saj je 44% anketiranih že uporabilo marihuano ali hašiš. O najnižjih odstotkih poročajo s Cipra, z Grčije, Švedske, iz Romunije in Turčije (3–7%). Preostale države, v katerih je kanabis uporabila več kot četrtnina dijakov/dijakinj, so Belgija, Nemčija, Grenlandija, Italija, Nizozemska, Slovaška in Slovenija (27–32%). Med vsemi prepovedanimi drogami, o katerih uporabi sprašuje ESPAD vprašalnik, je ekstazi druga najbolj pogosto uporabljena droga po marihuani. Na Češkem ga je že uporabilo 8%, sledijo ji Hrvaška, Estonija, Irska, otok Man, Nizozemska in Velika Britanija (5–7%) (Stergar, 2003).

2.7.2.3 Posledice jemanja drog

Posledice jemanja drog so opazne na več področjih: v družini, pri prijateljih, sodelavcih in ostali družbi (Edwards in sod., 1994; Harford, Grant & Hasin, 1991). Posledice vključujejo ekonomske težave, bolezenska stanja in poškodbe, razdor družine in drugih socialnih odnosov, čustvene težave, nasilje in agresijo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000c). Posledice se odražajo individualno, toda na splošno

prihaja do podobnih učinkov. Končnih posledic uživanja drog, kot je ciroza jeter, različne vrste rakavih obolenj, osteoporoze itd., na organizem ne bomo podrobneje predstavljali, saj to ni namen te raziskave. V tabeli I.2 je po Svetovni zdravstveni organizaciji povzeto deset izbranih dejavnikov tveganja in deset vodilnih bolezni in poškodb iz leta 2000 (WHO, 2002). Razvidno je, da je na prvem mestu kot najbolj rizičen dejavnik tveganja tobak, na tretjem mestu je alkohol in na osmem so protizakonite droge. Puščice kažejo posledice, ki jih imajo dejavniki tveganja. Jemanje tobaka (ne samo kajenje, ampak tudi oralno jemanje) ima naslednje posledice: kronično zaviralno pljučno bolezen, rak na sapniku, bronhijih in pljučih, ishemično bolezen srca, cerebrovaskularno bolezen oz. bolezen možganskih žil. Pitje alkohola povzroča razne motnje, nesreče na cesti, depresivne motnje. Pod tabelo so puščice različne debeline, najdebelejša puščica na primer pomeni, da ima 50% ali več populacije, ki trpi za kronično zaviralno pljučno boleznijo, to bolezen zaradi tobaka. Srednje debela puščica pomeni na primer, da je bilo 25–49% ljudi, ki je imelo nesrečo na cesti, pod vplivom alkohola. Črtkasta puščica pomeni, da na primer 1–24% populacije, ki trpi za ishemično boleznijo srca, trpijo zaradi telesne neaktivnosti.

V nadaljevanju bomo podrobneje spoznali tudi ostale dejavnike tveganja in se večkrat vrnili na to tabelo. V nadaljevanju tega poglavja pa bomo prikazali na splošno posledice, ki jih imajo droge po začetni fazi jemanja oziroma po takojšnji uporabi.

Tabela I.2: Deset izbranih dejavnikov tveganja in deset vodilnih bolezni in poškodb

Dejavnik tveganja	% DALYs*	Bolezen ali poškodba	% DALYs*
Tobak	12,2	Ishemična bolezen srca	9,4
Krvni tlak	10,9	Enopolne depresivne motnje	7,2
Alkohol	9,2	Cerebrovaskularna bolezen	6,0
Holesterol	7,6	Motnje zaradi uživanja alkohola	3,5
Prekomerna teža	7,4	Dementnost in ostale motnje centralno-živčnega sistema	3,0
Pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave	3,9	Gluhota/naglušnost	2,8
Telesna neaktivnost	3,3	Kronično-zaviralna pljučna bolezen	2,6
Protizakonite droge	1,8	Nesreča na cesti	2,5
Nezaščitena spolnost	0,8	Osteoartritis	2,5
Pomanjkanje železa	0,7	Rak na sapniku/bronhijih/pljučih	2,4

* % DALYs (Disability adjusted life year is an indicator of the time lived with a disability and the time lost due to premature mortality) pomeni, kolikšen delež življenja bi posameznik izgubil, če bi na primer zaradi kajenja zbolel z ishemično boleznijo srca (9,4%). Je indikator življenjske dobe populacije z boleznijo in časa, ki je izgubljen zaradi prezgodnje smrti.

- 1–24% delež populacije, pri kateri je ta dejavnik prispeval k bolezni
 —————➤ 25–49% delež populacije, pri kateri je ta dejavnik prispeval k bolezni
 —————➤ 50% + delež populacije, pri kateri je ta dejavnik prispeval k bolezni

Vir: WHO, 2002

Že več kot 30 let je znano, da kajenje močno vpliva na tveganje za nastanek srčno-žilnih bolezni, kar potrjujejo tudi mnoge znanstvene študije. V mnogih državah, npr. ZDA je kajenje glavni povzročitelj prezgodnje smrti oz. je odgovorno za petino smrtnih primerov povezanih s srčno-žilnimi boleznimi. Kajenje deluje sinergistično z ostalimi dejavniki tveganja in direktno vpliva na akutne srčne pojave (nastanek strdkov, nestabilnost strdkov in aritmije ...). Kadirke, ki jemljejo kontracepcijska sredstva, imajo desetkrat večje tveganje za nastanek srčno-žilnih bolezni. Tveganje pa se povečuje s številom cigaret, ki jih dnevno pokadijo. Nikotin in njegovi metaboliti sodelujejo pri začetku in razvoju arteroskleroze. Kajenje znižuje raven HDL (high-density lipoprotein cholesterol – lipoproteini z veliko gostoto) v krvi in poviša raven VLDL (very low density lipoprotein cholesterol – lipoproteini z zelo majhno gostoto) in sladkorja v krvi. Naš cilj je, da bi bilo škodljivih lipidov v krvi čim manj, holesterola HDL pa čim več. Vsakršno izpostavljanje cigaretnemu dimu, tudi pasivno kajenje, povečuje tveganje (Nikolič, Poredoš, & Sadar, 2004).

Če gledamo z vidika množičnosti, poteka proces razvoja do odvisnika z nikotinom v obliki lijaka. Vsi otroci gredo skozi fazo priprave. Nekaj manj jih prižge prvo cigareto

in tako prestopi mejo med neizkušenimi in izkušenimi. Manj jih vztraja in nadaljuje poskuse kajenja. Še manj je vztrajnih, ki »vadijo« kajenje, in najmanj se jih zasvoji z nikotinom (Stergar, 2004). Hitrost, s katero posamezna droga doseže učinek, določa, kako močan je njen potencial za razvoj odvisnosti. Potencial za odvisnost od nikotina je zelo močan, saj se učinek nikotina pokaže nekaj sekund po inhalaciji tobačnega dima. Po tej poti doseže možgane približno 25% nikotina. Koncentracija nikotina v arterijah je po inhalaciji vsaj 10-krat večja, kot če nikotin pride v telo po venah ali skozi kožo (Čebašek-Travnik, 2004). Učinek alkoholnega opoja je prijetno počutje in sproščenost, ki lahko vabita ljudi k vedno novemu uživanju alkoholnih pijač, kar posledično vodi v odvisnost (Sternad, 2005). Opioidni peptidi so vrsta nevrottransmitterjev, ki učinkujejo na organizem podobno kot nevrottransmitterji morfija in heroina. Pri ljudeh opioidni peptidi delujejo interaktivno z drugimi nevrottransmitterji in tako vplivajo na široko paleto fizioloških funkcij, med drugim tudi na center za bolečinsko kontrolo. Visoka koncentracija določenega opioidnega peptida v krvi je povezana z euforičnimi občutki. Pitje ali konzumiranje alkohola učinkuje na aktivnost opioidnih peptidov, ki posledično povečuje občutje ugodja (Roberts, McDonald, Heyser, Kieffer, Matthes, Koob, & Gold, 2000). Poleg opioidnih peptidov, konzumacija alkohola aktivira specifičen receptor za serotonin (odgovoren za uravnavanje razpoloženja, spanja, telesne temperature, apetita itd.), ki stimulira aktivnost dopamina v možganih (ključen za razvoj odvisnosti od alkohola, povzročča ugodje) in tako prispeva k občutku zadovoljstva. Drugi receptorji serotonina imajo potencialne vloge pri razvoju tolerance, umika (akutni sindrom umika se začne 6 do 48 ur po zadnji alkoholni pijači in lahko povzročča drhtavico, povišan krvni tlak, povišan srčni utrip in napade) in zastrupitve (Valenzuela, 1997). Ostale droge (marihuana, kokain, morfij) imajo podobne učinke na organizem. Jemanje alkohola in ostalih drog (AOD) povzročča spremembe tudi v duševnem razpoloženju (anksioznost, depresija, hrepenenje po drogi). Psihološke motnje so lahko močnejše od fizioloških in trajajo dlje kot fiziološki simptomi in povečajo motivacijo za ponovno uživanje drog (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2000b).

2.7.2.4 Preventiva pred drogami

Najboljše zdravilo proti jemanju drog je preventiva. Načeloma velja, kdor ni užival drog pred 25. letom, verjetno tudi kasneje ne bo imel resnih problemov z drogami (Hanson, 2002). NIDA (National institute on drug abuse, 2002) je mnenja, da obstajajo t. i. dejavniki tveganja in zaščite, glede preventive pred drogami. Med zaščitne dejavnike spadajo: močne in pozitivne vezi v družini, nadzor staršev nad aktivnostmi otrok in njihovih vrstnikov, jasna pravila znotraj družine, vključevanje staršev v življenje lastnih otrok, uspeh v šoli, močne vezi med institucijami (na primer med šolo in verskimi organizacijami) in poznavanje načel o jemanju drog. Med rizične dejavnike pa prištevamo: kaotično domače okolje (starši jemljejo poživila ali so duševno bolni), neučinkovito starševstvo ali vzgoja (posebno pri težavnih otrocih), pomanjkanje vezi

med staršem in otrokom, neprimerno plašno ali agresivno obnašanje v razredu, slab učni uspeh, slaba sposobnost navezovanja stikov in družbenih spretnosti, druženje z vrstniki, ki so nagnjeni k deviantnemu obnašanju, in zaznavanje odobravanja glede jemanja drog v družini, šoli, na delu, pri vrstnikih in družbenem okolju.

Dejavnike preventive bomo podrobneje obravnavali v nadaljevanju te raziskave.

2.7.3 Prehrana

Opozarjanje ljudi na uravnoteženo in zdravo prehrano je zadnje čase povsod opaziti. Opozarjanje z vizualnimi sredstvi (televizijske reklame, plakati) je učinkovito, saj nam barve in zanimivi logotipi nevede aktivirajo več čutil in domišljijo. Toda za upoštevanje reklamnih sporočil morajo biti prisotni še drugi dejavniki. Naša raziskava se je osredotočila na otroke in mladostnike, zato se je treba zavedati, da zgolj »jumbo plakati« ne bodo spremenili prehranskih navad te populacijske skupine. Razlog se nahaja v raziskavi o prehranjevalnih navadah odraslih prebivalcev Slovenije (Mlačak, 2003), kjer so ugotovili, da je zavest o pomenu in koristnosti zdrave prehrane veliko bolj navzoča pri starejših kot pri mlajših osebah. Mlajši praviloma še ne razmišljajo toliko o svojem zdravju, ker so usmerjeni k drugim ciljem, povezanim s šolanjem in ustvarjanjem družbenega statusa. Toda dobre in slabe navade prehranjevanja se oblikujejo v mladosti. Dobre navade, ki jih je človek sprejel v otroštvu in mladosti, najpogosteje ohrani tudi, ko odraste. To je navadno tudi lažja in bolj naravna pot kot pridobivanje dobrih navad v kasnejših letih, saj se slabih navad in razvad, pridobljenih v družini in v mladosti, človek le težko znebi (Mlačak, 2003).

Ozaveščenost in znanje posameznika sta v prvi vrsti odvisna od prehranske vzgoje ter kasneje od osebnega zanimanja za pravilno prehranjevanje in zdravo pripravo hrane. Šolska prehrana, ki lahko uspešno nadomesti prehranjevanje otrok v času bivanja zunaj doma, vpliva na spremembe prehranjevalnega vzorca šolarjev in sprejemanje načel zdrave prehrane (Mlačak, 2003).

2.7.3.1 Vzroki za nezdravo prehranjevanje

Vzroki za nezdravo prehranjevanje se, podobno kot pri vzrokih za jemanje drog, nahajajo v trikotniku: otrok (geni, samopodoba, vedenje) – okolje (socialno-demografske značilnosti, mediji, družba) – prehrana. Od prehranskega statusa nosečnice je odvisno, ali bo otrok v maternici rasel in se razvijal optimalno. Mladostnica s svojo prehrano že determinira svoje bodoče otroke (Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). Zdrava in uravnotežena prehrana ni pomembna le za vsakega posameznika, temveč do zaključka rodne obdobja posameznika vpliva tudi na telesno zdravje prihodnje generacije

(Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). Posledice nepravilne prehrane se odražajo na zarodku, saj nima ustreznih hranil za normalen razvoj. Otrok, ki nima ustreznih pogojev oziroma hranil za normalen razvoj, se razvija počasneje ali pa je lahko nagnjen k razvoju določenih bolezni, na primer debelost, ki je bila v drugi polovici 20. stoletja definirana kot bolezen.

Na prehranjevanje posameznika v veliki ali v največji meri vpliva okolje, v katerem živi. Po eni strani je to fizično okolje, po drugi pa družba, ki otroka obdaja (primarno in sekundarno okolje). Okolje je že od nekdaj določalo prehrano ljudi, zato so ljudje jedli samo tisto, kar so sami pridelali. Sedaj sta uvoz in izvoz dobrin (tudi hrane) iz držav v državo osnova svetovnega gospodarstva. Toda manj razvite države in države, kjer tehnologija še ni povsem spremenila navad ljudi, so ohranile svoj način prehranjevanja, ki je v veliki meri bistveno bolj zdrav kot umetno predelana hrana in hrana polna konzervansov. Eskimi še sedaj uživajo tradicionalno prehrano, predvsem ribe, ki vsebujejo velike količine omega 3 maščobnih kislin, zato redko obolevajo za bolezni srca (Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). Slovenija je država, ki ima dokaj blag podnebni pas, ponekod tudi mediteranski, zato se prehranjujemo pretežno z domačo predelano hrano. Prav tako imamo vsaj na polovici Slovenije pitno vodo. Glede na klimatske pogoje in glede na nizek nivo užite gensko pridelane hrane (predvsem uvožene), imamo vse pogoje za zdravo prehranjevanje, ker temu ni tako, lahko vzroke za nezdravo prehranjevanje najdemo v družbi in njenem vplivu na posameznika.

Vzorci nezdravih prehranskih navad, ki jih je otrok navajen od malega, se pogosto prenesejo v najstniško in odraslo dobo. Vloga staršev je, da nudi ustrezno hrano svojemu otroku. Dokler je otrok še majhen in hodi v vrtec, ima dobro poskrbljeno za prehrano. Vzgojiteljica ga sama posede na stol in mu da jesti. Ustanova ali vrtec je zadolžen za otrokovo prehrano; toda ko otrok začne hoditi v šolo, se začnejo tudi težave s prehrano, saj je kuhinja v šoli prej redkost kot pravilo. Med vzroke za nezdravo in neredno prehrano nedvomno štejemo slabo organizacijo šolske prehrane, neurejeno subvencioniranje javne prehrane, neprilagojen šolski urnik priporočenemu ritmu prehranjevanja (Brcar, 2005). Velik problem med šolajočo mladino je tudi premalo uživanja tekočin, predvsem vode. Mladi segajo raje po sladkanih in gaziranih napitkih (Evropski urad SZO, 2002; Medved, Kelšin, Milošević, Ulčakar & Kus, 1998). Vzrokov za to je več: pitje vode pri Slovencih ni v navadi, celo med telesno dejavnostjo mladi ne pijejo vode; vpliv reklam in avtomati za pijačo, postavljeni celo v šolah, ponujajo nezdrave napitke, voda za pitje je pogosto dostopna le v sanitarijah (Brcar, 2005). Popoldanske obveznosti učencem vzamejo veliko časa, zato mladi posegajo po hitrih prigrizkih, ki pa večinoma niso v skupini zdravih živil. Tudi delavne obveznosti staršev vplivajo na otrokovo prehrano, saj nimajo časa za kuho, otroci pa redko znajo sami kuhati.

Na nezdravo prehranjevanje imajo velik vpliv tudi mediji, ki promovirajo hitre prigrizke, ki so okusni na pogled in cenovno ugodni, toda brez ustrezne hranilne vrednosti in celo zdravju škodljivi, če so na jedilniku prepogosto. Druga plat medijev je njihovo pretiravanje v eno in drugo smer. Po eni strani so pretiravali v koristnosti uživanja špinače, ki naj bi imela ogromno železa, po drugi strani pa so čez nekaj časa obvestili javnost, da se je znanost zmotila in da špinača nima veliko železa. Ko so v ZDA prve študije dokazale, da so nasičene maščobne kisline in holesterol v mleku in izdelkih povezani s povečano obolenostjo in umrljivostjo za srčno žilnimi boleznimi, so priporočili uživanje margarine namesto masla. Dobri dve desetletji mlajše ugotovitve, pa trdijo, da trde margarine vsebujejo visok delež transmaščobnih kislin, ki so še bolj neugodne za razvoj srčno žilnih bolezni kot nasičene maščobne kisline (Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). Danes pa prevladujejo priporočila za uživanje mehkih margarin z ugodno maščobno sestavo, brez transmaščobnih kislin. Toliko nasprotujočih dokazov v množici informacij zmede ljudi, tako da ne vedo, kaj pravzaprav je zdrava prehrana. Negativna plat medijev je tudi njihov posreden vpliv na samopodobo otrok in mladostnikov, ki želijo biti tako vitki ali mišičasti kot televizijski liki. Ti vplivi lahko privedejo tudi do motenj hranjenja, kot je anoreksija, bulimija in kompulzivno prenašanje.

2.7.3.2 Stanje prehranskih navad in stanja prehranjenosti v Sloveniji in po svetu

Raziskava Kochove (1997) kaže, da redno zajtrkuje le polovica Slovencev. Prehranske navade srednješolcev so slabše od osnovnošolcev (Brcar, Polič, & Stergar, 1995). Izsledki mednarodne raziskave Svetovne zdravstvene organizacije HBSC (Health behaviour in School-Aged Children) je pokazala, da tretjina mladostnikov (30% fantov in 38% deklet) vsak dan odhaja v šolo brez zajtrka, redno pa zajtrkuje le 42% fantov in 37% deklet (Evropski urad SZO, 2002; Stergar in sod., 2002). Hrani se pogosteje odrekajo dekleta, ki najpogosteje izpuščajo zajtrk in večerjo. Rezultati rednih sistematičnih pregledov mladine (Brcar, 2005) ne kažejo, da bi imela mladina večje težave s prekomerno telesno težo, toda delež slabo hranjenih (tako prekomerno prehranjenih in debelih kot tistih s prenizko telesno težo) se je v obdobju od 1987 do 2002 značilno povečal in je v letu 2002 zajemal 12% mladine. Prav tako se je povečal delež dobro hranjenih učencev (tistih s primerno težo za starost in spol) in je v letu 2002 predstavljal 78% pregledanih. Podatki Zdravstvenega statističnega letopisa IVZ RS kažejo, da delež slabo hranjenih otrok narašča s starostjo (Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). V letu 2002 je bilo pred vstopom v šolo slabo hranjenih 8,4% otrok, 13,6% osnovnošolcev in 13,7% srednješolcev. Približno štiri petine otrok ima priporočene vrednosti indeksa telesne mase (ITM), toda delež otrok in mladostnikov s povečano telesno težo tudi v Sloveniji narašča (Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). Nižje vrednosti ITM imajo predvsem mladostnice. V Evropi narašča število debelih otrok (Lorenčič, 2004b). Sedaj je predebelih že dobrih 20% otrok, toda prenašanje takšnih podatkov na slovenska tla je

tvegano, saj nam po mnenju dr. Battelina iz pediatrične klinike kronično primanjkuje primerljivih raziskav (Lorenčič, 2004b). Prav tako v Sloveniji še nimamo podatkov, na osnovi katerih bi lahko zaključili, da pri nas narašča ali pomembno narašča debelost pri otrocih. Ti podatki bodo razvidni po koncu raziskave o telesni teži pri 5- in 15-letnikih v Sloveniji, ki jo izvaja Pediatrična klinika (Lorenčič, 2004b). Pomembne ugotovitve o stanju prehranjenosti, gibanju in drugih navadah otrok pa bomo pridobili tudi s to raziskavo.

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja naraščajo motnje hranjenja (bulimija, anoreksija), saj naj bi se začetek teh bolezni pomikal iz najstništva v otroštvo (Lorenčič, 2004b). Na pediatrični kliniki opozarjajo, da se je meja pojavljanja anoreksije pri deklicah spustila z dvanajst na devet let starosti. Raziskava HBSC (Stergar in sod., 2002) je pokazala, da veliko otrok gleda negativno na svojo podobo. 14% mladih je odgovorilo, da so na dieti, več kot četrtina pa jih meni, da bi morala shujšati. Slovenski 11-letniki so na 1. mestu po nezadovoljstvu s težo, nezadovoljnih je 45,3% deklic in 25,8% fantov, slovenski 13-letniki so na drugem mestu, s težo je nezadovoljnih 52,6% deklic in 29,5% fantov (Evropski urad SZO, 2002). Med srednješolci je 62% deklet in 18% fantov izjavilo, da si želijo shujšati. Med fanti je bilo 15% takih, ki se želijo zrediti (Tomori, 2005). Motnje hranjenja, ki bi že zahtevale strokovno pomoč, so enako pogoste v Sloveniji kot v državah zahodne Evrope in ZDA. Deklet, ki bi zaradi resnih težav s hranjenjem potrebovala strokovno pomoč, je približno 1%, fantov pa desetkrat manj (Tomori, 2005).

2.7.3.3 Posledice nezdrave prehrane

Velik vpliv na prehranjevanje ima tudi tehnologija, ki je bistveno povečala sedentarni življenjski slog. Posledično se je zmanjšala energijska poraba posameznika, toda količina zaužite hrane se ni zmanjšala, kar je privedlo do kroničnih nalezljivih bolezni, ki so bolezni današnjega časa. Na prelomu tisočletja je postala eden od vodilnih svetovnih zdravstvenih problemov debelost (Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). Debelost je kronična presnovna bolezen in pomeni povečano količino maščobe v telesu tam, kjer je maščoba tudi pri zdravih ljudeh (predvsem v podkožju), pa tudi tam, kjer je pri zdravih ni (okolica in notranjost organov v telesu). Debelost je najpogostejša kronična bolezen med odraslimi v razvitem svetu (60%), pa tudi med otroki (30%), večja pa se pogostnost tudi v manj razvitem svetu. V minulih dvajsetih letih se je število obolelih za to boleznijo podvojilo (Sentočnik, 2004).

V tabeli I.2 (str. 43) je pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave eden izmed desetih najbolj tveganih dejavnikov za nastanek bolezni (WHO, 2002). Posledice pomanjkanja uživanja sadja in zelenjave so lahko rak na sapniku, bronhijih in pljučih, ishemična

bolezen srca, cerebrovaskularna bolezen. Iz tabele I.1 (str. 37) pa je razvidno, da premalo uživanja sadja in zelenjave lahko privede do kapi, ishemične bolezni srca, raka debelega črevesa in danke (kolorektalnega raka), raka na črevesju, pljučnega raka in raka požiralnika (ezofagealnega raka).

Znano je, da je prehrana najpomembnejši zunanji povzročitelj koronarne arterioskleroze in da lahko s spremembo prehrane zmanjšamo tveganje za nastanek kardiovaskularnih bolezni (Mahan & Escot Stump, 2004).

Kot smo že zgoraj omenili, so posledice nezdrave prehrane tudi motnje hranjenja, ki pa so kompleksne narave, saj nastanejo pod vplivom več dejavnikov. Med zelo pomembne sodijo družbene norme in zahteve glede telesnega videza, družina, v kateri živi oziroma je odraščal posameznik, njegova sposobnost za spoprijemanje s stiskami in predispozicije v smislu večje dovzetnosti za razvoj motenj hranjenja (Čibej-Žagar, 2004).

2.7.3.4 Preventiva pred neuravnoteženo prehrano

Ko govorimo o preventivi pred slabo ali neuravnoteženo prehrano, mislimo na preventivo pred nastankom raznih bolezni (osteoporoza, debelost, srčno-žilne bolezni, rak, motnje hranjenja itd.) povezanih z nepravilnim načinom prehranjevanja.

Zavedati se moramo tudi psihološkega pomena hrane (Tomori, 2005). Ker je hrana v otrokovem doživljanju, čutnem in čustvenem svetu povezana s prvimi zadovoljujočimi občutki, mu ostane še kasneje v podzavesti kot prispodoba ugodja, zadoščenosti in tolažbe. Če pa so osebe, ki so ga hranile v najbolj zgodnjem otroštvu, to opravljale neosebno in mehanično, je mogoče, da mu hrana takrat in tudi kasneje pomeni le nujno telesno potrebo, ki zanj ne nosi v sebi ničesar privlačnega in prijetnega. Hrana lahko dobi v družini že zgodaj vlogo nagrade ali kazni, postane sredstvo dokazovanja skrbi, naklonjenosti in odvisnosti, podkupovanja ali izsiljevanja, obvladovanja ali podrejanja. Hrana lahko postane nadomestilo za čustva najbližjih oseb, kasneje v življenju lahko s prekomernim hranjenjem duši občutja čustvene nezadovoljenosti. Veliko mladostnikov je še posebno občutljivih na svoj videz in izrazito spremenljivih za merila o lepoti telesa in zunanje videza. Različna notranja nezadovoljstva in boleče negotovosti vase, nezaupanje v svojo vrednost in bojzani, povezane s tem, pa so lahko osnova težavam, ki jih mladostnik zmotno poskuša reševati prek hrane in svojega vedenja, povezanega s hrano.

Zato je pomembno, da starši otroka od malega navajajo in učijo, kako jesti in kaj jesti. Gabrijelčič-Blenkuš (2005) ugotavlja, da sta domače in šolsko okolje, ki podpirata otroka pri zdravi izbiri živil, verjetno zelo pomemben varovalni dejavnik zdravega

prehranjevanja, ki zmanjšuje tveganje za razvoj debelosti. Mlačak (2003) meni, da moramo okrepiti zdravstveno vzgojo – pri tej imajo poleg zdravstvenih delavcev pomembno vlogo tudi učitelji – ter starše in šolarje poučiti o nujni potrebi po izboljšanju prehranjevalnih navad. Zdrava prehrana je redna, to pomeni zajtrk, kosilo, večerja in dve malici. Ob tem moramo biti pozorni na ustrezno izbiro živil in zadostno uživanje zaščitnih snovi (vlaknine, vitamini, rudnine).

Ustrezno izbran način komunikacije je ključni element, s katerim lahko preventivno vplivamo na prehranske navade mladih. Pozitivna samopodoba skupaj z ustreznim samospoštovanjem predstavlja najboljšo preventivo pred nastankom različnih bolezni in motenj hranjenja (Hafner, 2005).

2.8 Pregled glavnih dejavnikov tveganja za nastanek bolezni

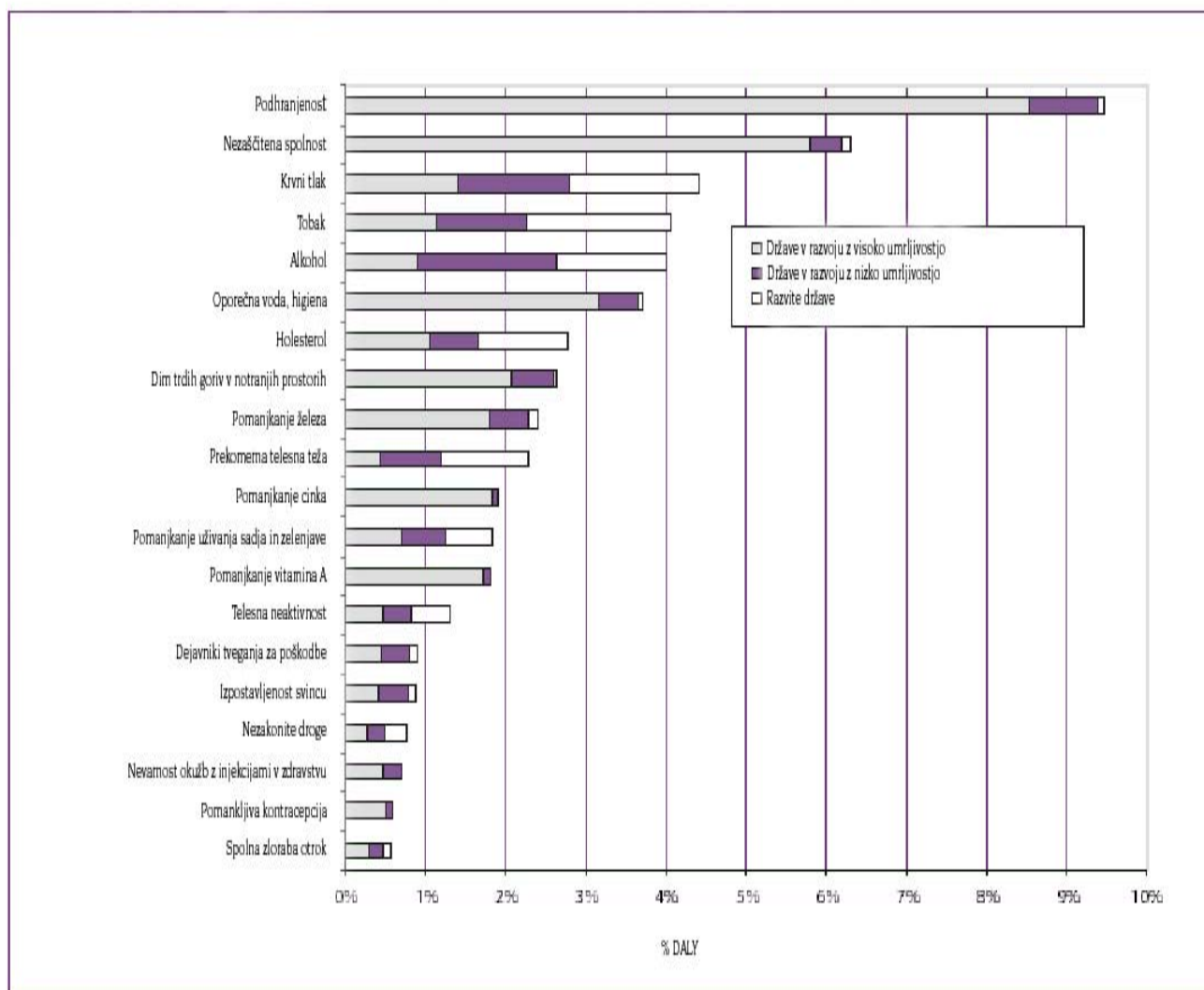
Poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2002) opozarja na glavne dejavnike tveganja, ki pestijo svet (tabela I.3, na str. 52). Pri tej analizi so razvrstili dvajset dejavnikov tveganja za nastanek bolezni. Vključili so države oziroma kontinente celega sveta (od manj do popolnoma razvitih držav). Iz tabele I.3 je razvidno, da je (globalno gledano) največji dejavnik tveganja podhranjenost, sledi nezaščitena spolnost, krvni tlak, tobak, alkohol, onesnažena voda, sanitarije in pomanjkanje higiene, holesterol itd. Na dvanajstem mestu je premalo uživanja sadja in zelenjave in na trinajstem pomanjkanje gibanja. Iz tabele I.3 in I.4 je razvidno, da pri manj razvitih državah, kjer je umrljivost visoka, nastajajo bolezni predvsem zaradi podhranjenosti, nezaščitene spolnosti, onesnažene vode, sanitarij in pomanjkanja higiene. Pri manj razvitih državah, kjer je umrljivost nizka, so glavni dejavniki tveganja alkohol, krvni tlak, tobak, podhranjenost, debelost itd. Pri razvitih državah pa so vzroki za pojav bolezni tobak, krvni tlak, alkohol, holesterol, debelost, premalo uživanja sadja in zelenjave, pomanjkanje gibanja, protizakonite droge, nezaščitena spolnost in pomanjkanje železa. Razvidno je, da dežele tretjega sveta trpijo v pomanjkanju osnovnih življenjskih pogojev, kar ima za posledico visoko stopnjo umrljivosti. Razvite dežele, ki živijo v obilju in potratih, pa trpijo predvsem zaradi t. i. bolezni preobilja, ne samo hrane, ampak tudi drog.

Glede na današnji način življenja je WHO ocenila dejavnike tveganja, ki nas bodo pestili v prihodnosti (tabela I.5). Primerjali so dejavnike tveganja v letu 2000 in na podlagi teh ocenili dejavnike tveganja za leto 2010 in 2020. Na podlagi dejavnikov tveganja, ki globalno pestijo svet (tabela I.3), so podali ocene za prihodnost. V letu 2010 bo na prvem mestu nezaščitena spolnost, sledil bo krvni tlak, nato podhranjenost in na četrtem mestu bo kajenje, sledil bo holesterol, na devetem mestu bo pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave in na dvanajstem pomanjkanje gibanja. V letu 2020 pa bo na

prvem mestu nezaščitena spolnost, sledil bo krvni tlak, nato kajenje, holesterol, podhranjenost, na osmem mestu bo pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave, na desetem pa pomanjkanje gibanja. Če med sabo primerjamo leta 2000, 2010 in 2020, ugotovimo, da bo podhranjenost, ki je bila v letu 2000 na prvem mestu padla na tretje v letu 2010 in nato na peto mesto v letu 2020. Nezaščitena spolnost bo postala tako v letu 2010 kot v letu 2020 največji dejavnik tveganja za nastanek bolezni ali umrljivost. Krvni tlak se bo prav tako dvignil za eno stopničko in bo v letih 2010 in 2020 pristal na drugem mestu. Kajenje se bo s četrtega mesta pomaknilo v letu 2020 na tretje. Holesterol bo s sedmega mesta skočil na peto v letu 2010 in na četrto v letu 2020. Debelost (indeks telesne mase) se bo z desetega mesta pomaknila na sedmo v letu 2010 in 2020. Z dvanajstega mesta v letu 2000 bo v letu 2010 na deveto mesto skočilo pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave in v letu 2020 pristalo na osmem mestu. Pomanjkanje gibanja bo prešlo s 14. mesta v letu 2000 na dvanajsto v letu 2010 in na deseto v letu 2020. V ospredje bodo prišli dejavniki tveganja, ki že sedaj večinoma pestijo razvite dežele.

Vzgojiti zdravega, normalno razvitega in primerno izobraženega otroka, mladostnika in nenazadnje odraslega človeka je želja staršev in družbe. Ob dejstvu, da je mladost odločilna za oblikovanje podobe zrele osebnosti, obstaja del, ki ga je mogoče oblikovati samo z nekaterimi sredstvi, to je s specifičnimi gibalnimi aktivnostmi. Premajhno prisotnost ali popolno odsotnost gibalne aktivnosti v vzgoji odraščajoče mladine v kasnejšem obdobju ni mogoče v celoti nadomestiti, saj je vpliv gibalnih/športnih stimulusov na psihosomatski sistem z napredovanjem otrokove rasti in zrelosti vse manjši. Pomanjkanje izkušenj in možnosti sodelovanja pri gibalni/športni aktivnosti lahko upočasni tako motorični kot intelektualni razvoj otroka. Vidno pa gibalna/športna aktivnost vpliva tudi na psiho-socialni razvoj otroka in mladostnika. Z gibanjem in gibalno izkušnjo spoznava samega sebe in svet okoli sebe, ustvarja, se vključuje med sovrstnike in spoznava povezave ter rešuje številne probleme. Poudariti velja, da je ravno otroštvo in mladostništvo zaradi izrazite razvojne dinamike obdobje, v katerem ima socialno okolje največji vpliv tudi na oblikovanje samopodobe in vedenjskega sloga. Ravno zato pa je vloga odraslega in njegov vzorec obnašanja tisti, ki pomembno vpliva na oblikovanje otrokove samopodobe in vedenjskega sloga ter posledično na kakovost življenja otroka (Završnik & Pišot, 2005; Pišot & Kropej, 2005).

Tabela I.3: 20 glavnih dejavnikov tveganja za nastanek bolezni na svetu



Vir: WHO, 2002

Tabela I.4: Deset glavnih dejavnikov tveganja pri manj razvitih državah z visoko/nizko umrljivostjo in pri razvitih državah

Države v razvoju				Razvite države	
Države z visoko umrljivostjo		Države z nizko umrljivostjo			
Podhranjenost	14,90%	Alkohol	6,20%	Tobak	12,20%
Nezaščiten spolnost	10,20%	Krvni tlak	5%	Krvni tlak	10,90%
Oporečna voda, higiena	5,50%	Tobak	4%	Alkohol	9,20%
Dim trdih goriv v notranjih prostorih	3,60%	Podhranjenost	3,10%	Holesterol	7,60%
Pomanjkanje cinka	3,20%	Prekomerna prehranjenost	2,70%	Prekomerna prehranjenost	7,40%
Pomanjkanje železa	3,10%	Holesterol	2,10%	Pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave	3,90%
Pomanjkanje vitamina A	3%	Pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave	1,90%	Telesna neaktivnost	3,30%
Krvni tlak	2,50%	Dim trdih goriv v notranjih prostorih	1,90%	Protizakonite droge	1,80%
Tobak	2%	Pomanjkanje železa	1,80%	Nezaščiten spolnost	0,80%
Holesterol	1,90%	Oporečna voda, higiena	1,80%	Pomanjkanje železa	0,70%

Vir: WHO, 2002

Tabela I.5: Dejavniki tveganja v letu 2000 in ocenjeni dejavniki tveganja za leto 2010 in 2020

Dejavniki tveganja v letu 2000			
v letu 2000			
		DALYs (M)	% skupaj
1	Podhranjenost	138	9,5%
2	Nezaščitena spolnost	92	6,3%
3	Krvni tlak	64	4,4%
4	Kajenje in oralno jemanje tobaka	59	4,1%
5	Alkohol	58	4,0%
6	Onesnažena voda, sanitarna ureditev	54	3,7%
7	Holesterol	40	2,8%
8	Notranji dim trdih goriv	39	2,6%
9	Pomanjkanje železa	35	2,4%
10	Indeks telesne mase	33	2,3%
11	Pomanjkanje cinka	28	1,9%
12	Pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave	27	1,8%
13	Pomanjkanje vitamina A	27	1,8%
14	Telesna neaktivnost	19	1,3%

Ocenjeni dejavniki tveganja za leto 2020			
v letu 2020			
		DALYs (M)	% skupaj
1	Nezaščitena spolnost	71	4,8%
2	Krvni tlak	27	1,9%
3	Kajenje in oralno jemanje tobaka	22	1,5%
4	Holesterol	17	1,2%
5	Podhranjenost	16	1,1%
6	Alkohol	16	1,1%
7	Indeks telesne mase	15	1,0%
8	Pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave	9	0,6%
9	Pomanjkanje železa	7	0,5%
10	Telesna neaktivnost	6	0,4%
11	Onesnažena voda, sanitarna ureditev	5	0,3%
12	Notranji dim trdih goriv	4	0,3%
13	Pomanjkanje cinka	3	0,2%
14	Pomanjkanje vitamina A	2	0,2%

Ocenjeni dejavniki tveganja za leto 2010			
v letu 2010			
		DALYs (M)	% skupaj
1	Nezaščitena spolnost	42	3,0%
2	Krvni tlak	25	1,7%
3	Podhranjenost	23	1,6%
4	Kajenje in oralno jemanje tobaka	17	1,2%
5	Holesterol	15	1,1%
6	Alkohol	15	1,1%
7	Indeks telesne mase	13	0,9%
8	Pomanjkanje železa	9	0,6%
9	Pomanjkanje uživanja sadja in zelenjave	9	0,6%
10	Onesnažena voda, sanitarna ureditev	8	0,6%
11	Notranji dim trdih goriv	6	0,4%
12	Telesna neaktivnost	5	0,4%
13	Pomanjkanje cinka	4	0,3%
14	Pomanjkanje vitamina A	4	0,3%

Vir: WHO, 2002

3 Cilji raziskave

Glede na predmet in problem raziskave smo opredelili naslednje cilje:

- Ugotoviti značilnosti okolja, v katerem živijo otroci izbranega vzorca.
- Analizirati gibalno/športno aktivnost otrok.
- Ugotoviti stanje prehranjenosti otrok glede na gibalno/športno aktivnost otrok.
- Ugotoviti raven seznanjenosti in uporabe drog, kot so kajenje, alkohol in mamila pri otrocih, glede na njihovo gibalno/športno aktivnost.
- Ugotoviti odnos otrok do lastnega zdravja in nivo koriščenja zdravstvenih storitev, glede na njihovo gibalno/športno aktivnost.

Vse rezultate smo primerjali glede na spol, razred in krajevno področje.

4 Hipoteze

Glede na postavljene cilje smo oblikovali naslednje alternativne hipoteze:

- H₁1: Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, so bolj gibalno/športno aktivni.
- H₁2: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil.
- H₁3: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo pozitiven odnos do lastnega zdravja.
- H₁4: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, so zaradi bolezni manj odsotni iz šole.

5 Metode dela

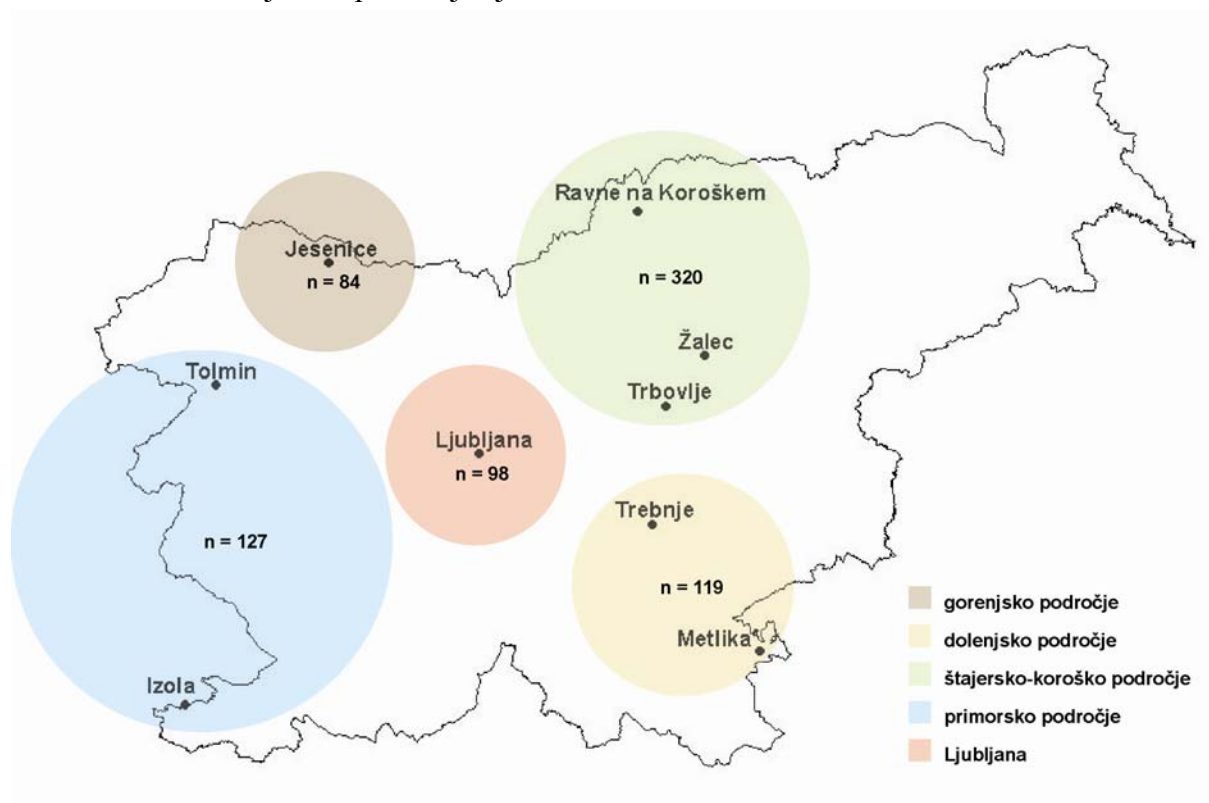
5.1 Vzorec merjencev

Vzorec merjencev je bil namensko izbran, in sicer tako, da bi bil zajet čim širši spekter geografskih področij v Sloveniji (stratificirano vzorčenje). V vzorec so bili vključeni učenci in učenke četrtil in sedmih razredov devetletne osnovne šole, stari 10 in 13 let. Šole so bile izbrane iz različnih krajev Slovenije: Izola, Tolmin, Jesenice, Ljubljana, Trebnje, Metlika, Trbovlje, Žalec, Ravne na Koroškem, ki smo jih v nadaljevanju raziskave združili v pet področij (slika I.3). Jesenice smo uvrstili pod gorenjsko področje, Izolo in Tolmin pod primorsko področje, Žalec, Trbovlje, Ravne na Koroškem pod štajersko-koroško področje, Metliko in Trbovlje pod dolensko področje in Ljubljano smo zaradi specifičnosti pustili kar Ljubljana. V vzorec je vključenih deset

šol, iz vsakega kraja ena, le iz Ljubljane dve. Končni vzorec merjencev, za katere smo pridobili soglasja staršev za sodelovanje v raziskavi, je obsegal 748 otrok, od tega iz 4. razreda 194 dečkov in 189 deklic (starih v povprečju 10 let \pm 5 mesecev) ter iz 7. razreda 201 dečka in 164 deklic (starih v povprečju 13 let \pm 4 mesece).

Navedeni podatki raziskave so bili dobljeni v okviru ciljnega raziskovalnega projekta z naslovom Gibalna/športna aktivnost za zdravje⁷, ki ga je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave v okviru Znanstveno-raziskovalnega središča Koper Univerze na Primorskem.

Slika I.3: Prikaz krajevnih področij zajetih v raziskavo



Vir: Geodetska uprava Republike Slovenije, 2006.

⁷ Ciljno raziskovalni projekt: Gibalna/športna aktivnost za zdravje, nosilec: Jernej Završnik, financer: Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za šolstvo, trajanje: 20. 10. 2001–20. 10. 2004, šifra: V5-0569-01.

5.2 Vzorec spremenljivk

Prvi del spremenljivk zajema anketni vprašalnik (Priloga 1), na katerega so odgovarjali otroci. Pred in med izpolnjevanjem so bili otrokom v pomoč asistenti, ki so otroke vodili skozi posamezna vprašanja. V naši raziskavi smo analizirali naslednje sklope vprašanj iz anketnega vprašalnika:

1. **Vprašanja, ki se nanašajo na značilnosti okolja, v katerem otroci živijo:**
 - *Živim s starši,*
 - *Živim z očetom, Živim z mamo,*
 - *Število otrok v družini,*
 - *V kakšni krajevni skupnosti živiš,*
 - *Ali imate lastno hišo.*
2. **Sklop vprašanj, ki se navezujejo na kajenje, alkohol in mamila:**
 - *Ali kadiš,*
 - *Ali si že poizkusil katero od alkoholnih pijač,*
 - *Kako redno uživaš alkoholne pijače,*
 - *Alkoholne pijače pijem sam/s prijatelji/v družinskem okolju,*
 - *Ali si že kdaj poskusil katero od drog (marihuana, hašiš, kokain, extasy ...).*
3. **Sklop vprašanj, ki se nanašajo na otrokovo gibalno/športno aktivnost:**
 - *Koliko ur dnevno presediš izven šole med tednom/med vikendom,*
 - *Povprečno koliko minut dnevno porabiš za hojo/kolesarjenje/rolanje/tek/drugo,*
 - *Koliko minut/dni si v zadnjem tednu potoval z motornimi prevoznimi sredstvi/kolesaril najmanj 10 minut naenkrat/hodil najmanj 10 minut naenkrat,*
 - *Koliko minut/dni si bil v zadnjem tednu intenzivno/zmerno gibalno/športno aktiven ali si hodil,*
 - *Koliko ur šolske športne vzgoje imaš tedensko;*
 - *Kje in v kakšnih oblikah si gibalno/športno aktiven (doma – vadim sam, z družino, s prijatelji, v šoli, organizirano v klubu, društvu),*
 - *Gibalno/športno aktiven sem zaradi: izgleda svoje postave, zaradi zabave, razvedrila in sprostitve, zaradi zdravja in počutja, zaradi zdravljenja bolezni, ki so pogojene z gibalno/športno neaktivnostjo, zaradi druženja s prijatelji, sem aktiven športnik, da bom vse življenje v dobri telesni kondiciji, ker so gibalno/športno aktivni tudi moji starši;*
 - *Kako pogosto se v prostem času ukvarjaš s športom.*
4. **Vprašanje o otrokovi skrbi za zdravje:** *Ali meniš, da za svoje zdravje skrbiš: zelo dobro, kar dobro, bolj malo, skoraj nič, ne vem, kaj bi rekel.*
5. **Vprašanje o odsotnosti iz šole zaradi bolezni:** *Koliko dni si bil/a v zadnjem letu (12-ih mesecih) zaradi bolezni ali poškodbe odsoten/a iz šole.*

Drugi del spremenljivk zajema podatke iz zdravstvenega kartona. Te spremenljivke so:

1. stanje prehranjenosti,
2. telesna teža in
3. telesna višina.

5.3 Organizacija in potek zbiranja podatkov

Anketiranje smo izvedli v obdobju od septembra 2003 do januarja 2004. Pred izpolnjevanjem anketnega vprašalnika je bil izveden dogovor z ravnateljki izbranih šol in pridobljeno njihovo soglasje za predstavitev projekta staršem. Nato smo vsem staršem izbranih šol poslali soglasje za sodelovanje, v katerem smo natančno opredelili namen in cilj raziskave. Po pridobitvi soglasij smo otroke seznanili z anketnim vprašalnikom, na katerega so odgovarjali. Po končanem zbiranju podatkov iz anketnih vprašalnikov smo staršem istega vzorca otrok razdelili dodatno soglasje za uporabo nekaterih podatkov o stanju prehranjenosti njihovih otrok iz zdravstvenih kartonov. Zbiranje teh podatkov se je izvajalo v oktobru 2004. Celoten proces zbiranja podatkov je bil izveden v skladu z zahtevami Zakona o varovanju osebnih podatkov (Uradni list RS, št.59/1999).

5.4 Metode obdelave podatkov

Podatki so bili obdelani z računalniškim paketom SPSS 13.0. Poleg osnovne statistike spremenljivk smo pri številčnih spremenljivkah uporabili metodo preizkušanja domneve o razliki med dvema aritmetičnima sredinama (v primeru dveh skupin) oziroma analizo variance (v primeru več skupin).

Za zmanjšanje dimenzije matrike spremenljivk smo pri številčnih spremenljivkah uporabili analizo glavnih komponent oz. faktorsko analizo. S tem smo skušali s čim manjšim številom spremenljivk zajeti proučevani pojav in ga razložiti s pojasnjevalnimi dejavniki. Pri nekaterih združenih spremenljivkah oziroma proučevanih pojavih (npr. dnevna gibalna/športna aktivnost) so rezultati pokazali enake zakonitosti kot parcialni testi – to je testiranje vpliva posameznih pojasnjevalnih dejavnikov na proučevano spremenljivko. Na žalost se združevanje spremenljivk ni izkazalo kot najbolj učinkovito, saj posamezne komunalitete⁸ običajno niso dosegle potrebno visokih vrednosti.

⁸ Komunaliteta je podoben parameter kot determinacijski koeficient pri regresijski analizi – to je delež pojasnjene variance (za podrobnosti glej Sharma, 2002, str. 90–143).

Za ugotavljanje povezanosti med številskimi spremenljivkami smo uporabili linearno regresijo. Pri izločanju vpliva razreda, spola in/ali področja na posamezne proučevane spremenljivke smo uporabili linearno regresijo, pri čemer smo za razred, spol in področje oblikovali nepravne spremenljivke. Pri posamezni spremenljivki smo oblikovali toliko nepravih spremenljivk, kolikor ima posamezna spremenljivka vrednosti, zmanjšano za eno.⁹

Za ugotavljanje povezanosti med neštevilskimi spremenljivkami smo uporabili korespondenčno analizo. Gre za posebno multivariantno statistično metodo, podobno regresijski analizi, ki pa je prilagojena proučevanju povezanosti med (dvema) opisnima spremenljivkama.

Vse hipoteze smo preverjali na ravni 5% statističnega tveganja ($P = 0,05$). Rezultati so predstavljeni tekstovno ter v obliki preglednic, grafikonov in kontingenčnih tabel.

⁹ S tem smo se izognili t. i. pasti nepravih spremenljivk.

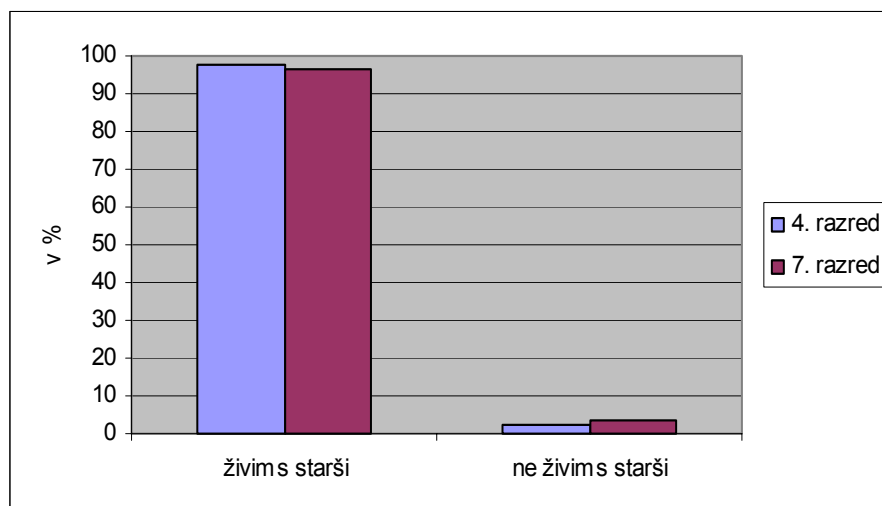
II. Empirična analiza

6 Rezultati

6.1 Analiza okolja otrok glede na razred, spol in krajevno področje

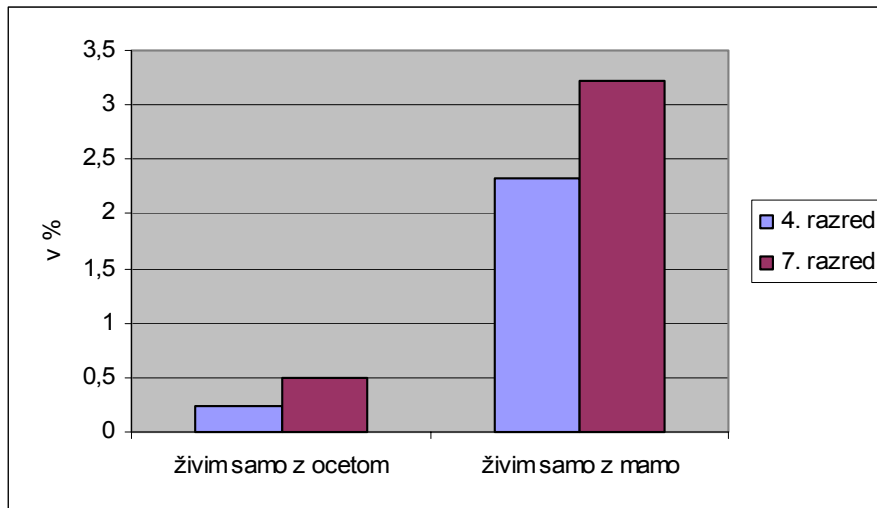
Okolje, v katerem živijo otroci v naši raziskavi, zajema dva sklopa. Prvi sklop je otrokovo primarno okolje, tj. družina, ki vključuje naslednje spremenljivke: *živim s starši* (slika II.1, II.6 in II.11), *živim samo z očetom/mamo* (slika II.2, II.7 in II.12) in *število otrok v družini* (slika II.3, II.8 in II.13). Drugi sklop je fizično okolje, ki se nanaša na *mestno, primestno in vaško okolje* (slika II.4, II.9 in II.14) ter na *lastništvo hiše* (slika II.5, II.10 in II.15).

Slika II.1: Živim s starši (glede na razred)



Iz zgornje slike (II.1) je razvidno, da otroci 4. in 7. razreda živijo večinoma s starši.

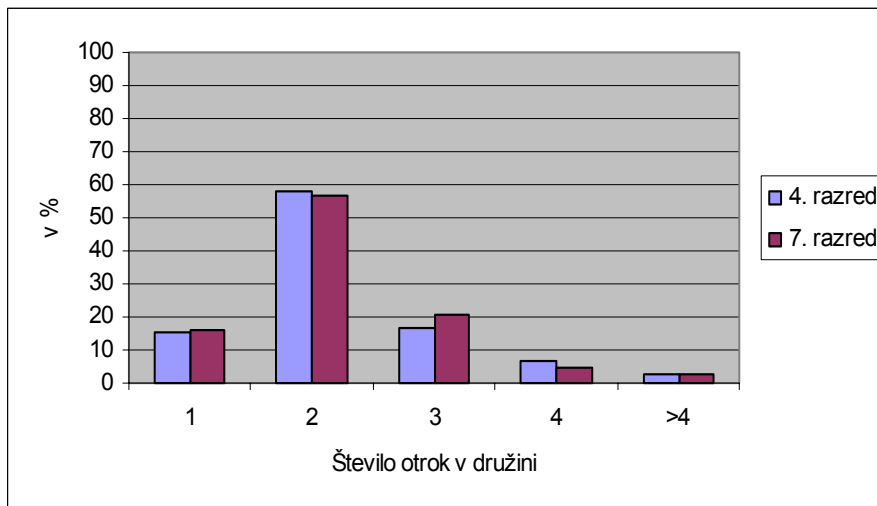
Slika II.2: Živim z očetom ali mamom (glede na razred)



Iz slike II.2 je razvidno, da večina otrok, ki živi samo z enim od staršev, živi z mamom.

V Sloveniji so v 90-ih letih ocenjevali, da kar 30% otrok ne živi (več) z obema staršema, v Nemčiji pa se je to število približalo 50% (Rener & Švab, 1996). Raziskave kažejo, da v svetu število razvez narašča, na Danskem in v Veliki Britaniji je največ razvez (40%), najmanj pa v Italiji (12%), v Sloveniji se razveže vsaka četrta zakonska zveza (Rener & Švab, 1996).

Slika II.3: Število otrok v družini (glede na razred)

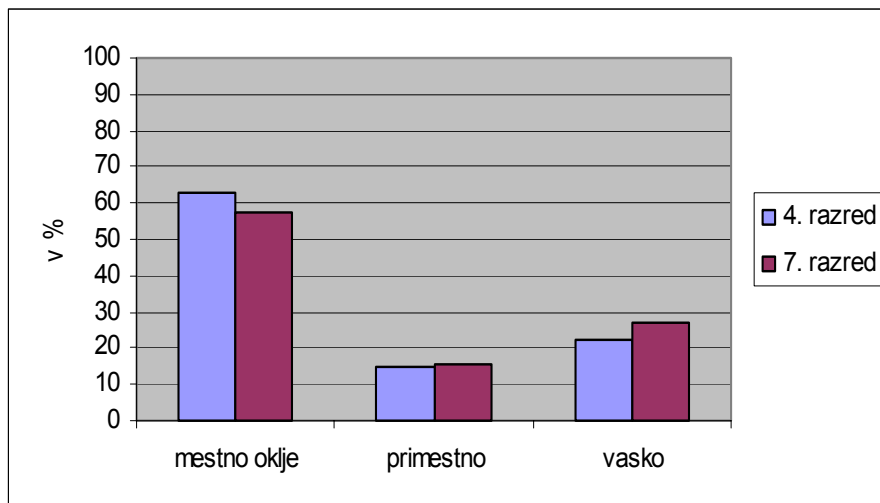


Prevladujejo družine z dvema otrokoma (60%) (slika II.3), nato sledijo družine s tremi otroki (20% pri otrocih 7. razreda in 17% pri otrocih 4. razreda). Na tretjem mestu so družine z enim otrokom (15%).

Število rojstev na leto se iz leta v leto zmanjšuje. Po zadnjih statističnih podatkih (za leto 2002) je le še 1,25 otrok na družino, kar je manj, kot pred osamosvojitvijo (leta

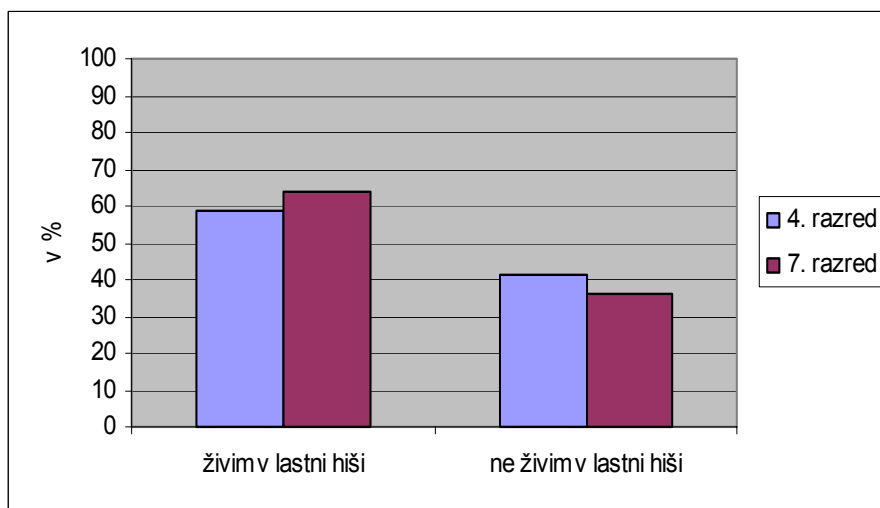
1991), ko je bilo 1,30 otrok na družino. Če pri izračunu števila otrok na družino ne upoštevamo družin brez otrok, potem je bilo v letu 2002 1,62 otrok na družino, v letu 1991 pa 1,65 (Statistični urad RS, 2004).

Slika II.4: Okolje (glede na razred)



Otroci so večinoma iz mestnega okolja (63% otrok 4. razreda in 58% otrok 7. razreda). Sledijo otroci iz vaškega okolja (22% otrok 4. razreda in 27% otrok 7. razreda). Iz primestnega okolja je samo 15% otrok.

Slika II.5: Lastna hiša (glede na razred)



Zanimivo je, da skoraj 60% otrok 4. razreda in 64% otrok 7. razreda živi v hiši, ki je last družine (slika II.5).

V naši raziskavi veliko več otrok in mladostnikov živi v hiši, kot smo pričakovali (okoli 60%). Eden od razlogov, da se je toliko otrok opredelilo, da živijo v lastni hiši, je lahko ta, da je hiša last celotne družine, kar pomeni, da stari starši in mladi starši z otroki

živijo skupaj. Leta 1993 je bilo v Sloveniji 87% lastnih stanovanj, razlog je bila hitra privatizacija, posledično so kmalu ostala predvsem manjša stanovanja slabše opremljenosti in na slabših lokacijah (Mandič, 1996). Priložnost za pridobitev avtonomnega stanovanja se je tako znatno zmanjšala, vedno več mladih zato biva pri starših ali drugih sorodnikih in si tam urejajo življenje, če je seveda dovolj prostora, če ga pa ni, Mandič (1996) meni, da to vodi v ustavljanje avtonomnega gospodinjstva ter oblikovanje novih družinskih skupnosti, s tem pa se poslabšajo pogoji tudi za demografsko dinamiko.

Slika II.6: Živim s starši (glede na spol)

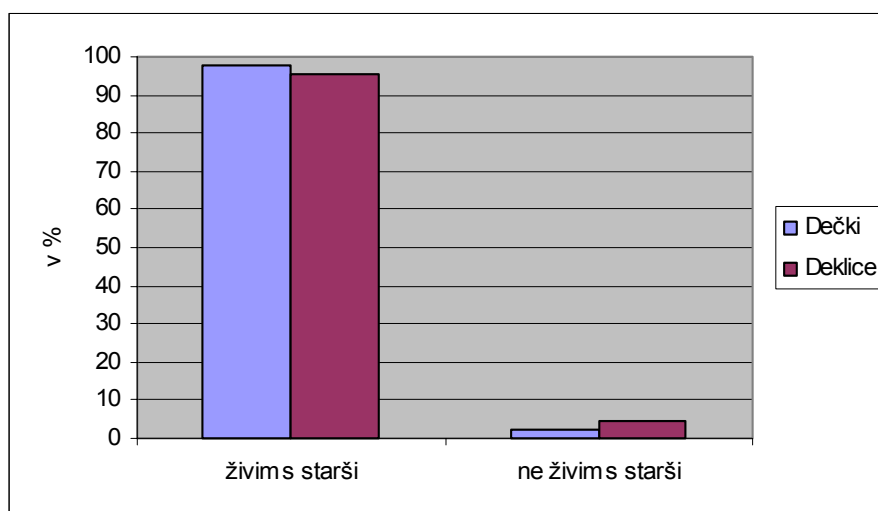
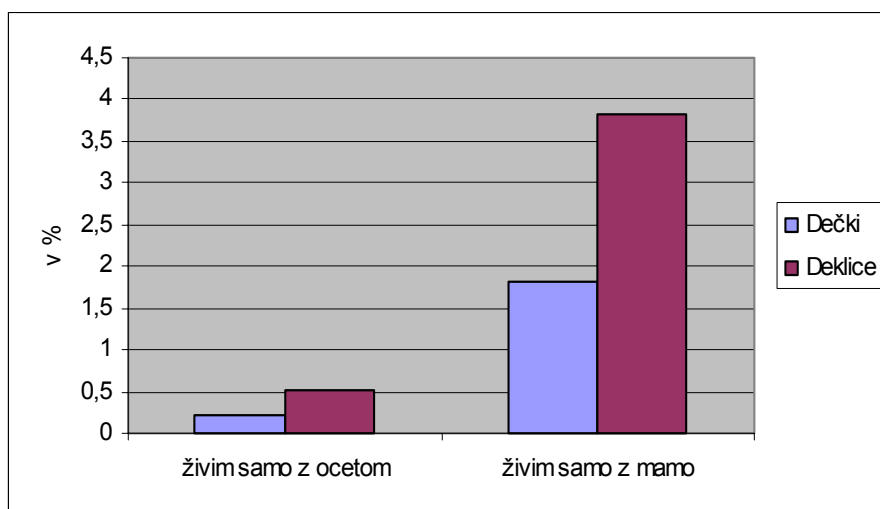


Tabela II.1: Živim s starši (glede na spol)

	Dečki	Deklice	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Živim s starši (%)	97,95	95,67	3,55	0,06
Ne živim s starši (%)	2,05	4,33		

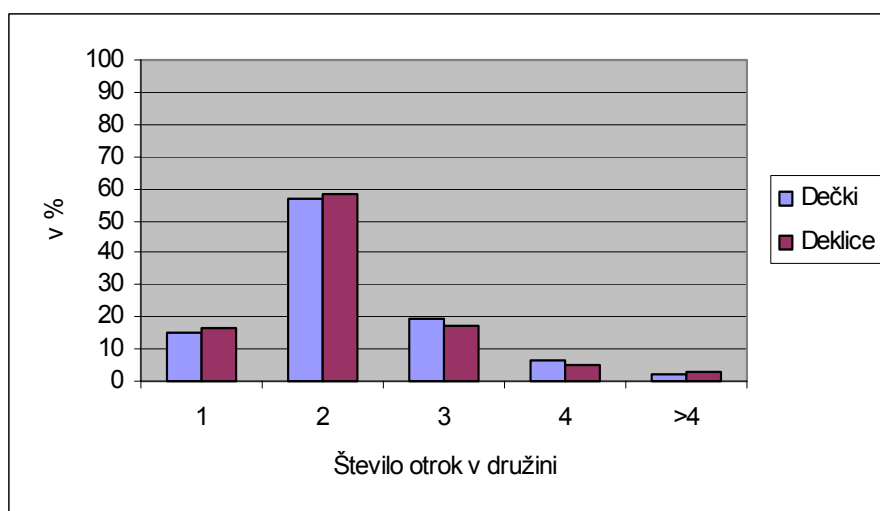
Po pričakovanjih skoraj vsi otroci živijo s starši, toda razlike med dečki in deklicami so na meji statistične značilnosti ($P = 0,06$) (tabela II.1). 2% dečkov in 4% deklic ne živi s starši.

Slika II.7: Živim z očetom ali mamo (glede na spol)



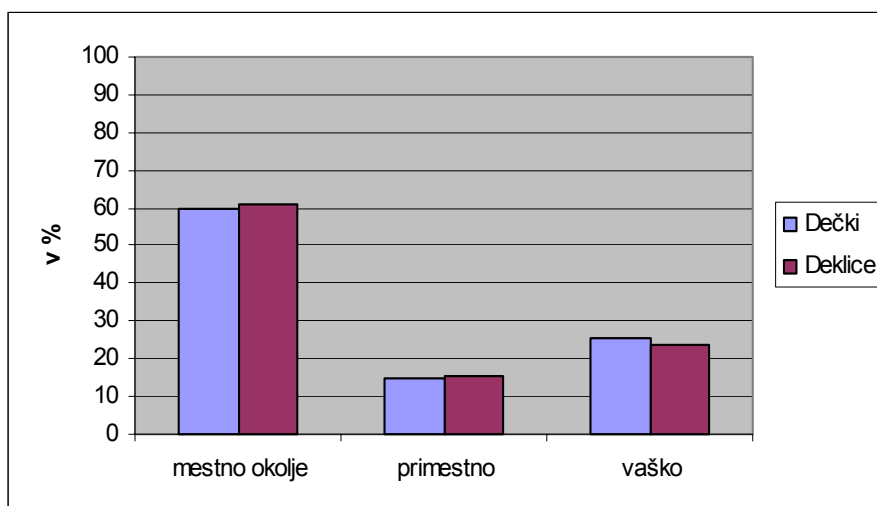
Statistično značilnih razlik med dečki in deklicami nismo mogli ugotoviti. Iz slike II.7 je razvidno, če otroci živijo z enim od staršev, je to večinoma mati. Z mamo živi manj dečkov (2%) kot deklic (4%), toda razlog je verjetno ta, da ostali dečki živijo z obema staršema. Z očetom živi samo 0,2% dečkov in 0,5% deklic.

Slika II.8: Število otrok v družini (glede na spol)



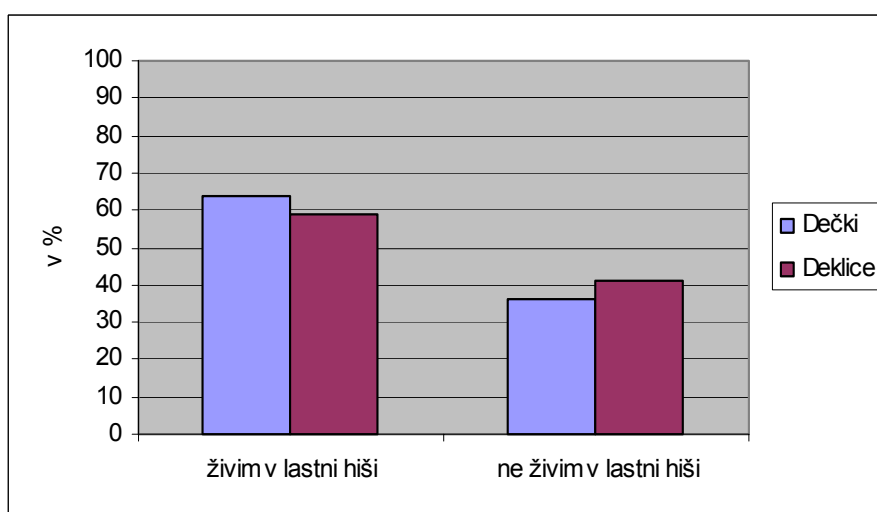
Razvidno je (slika II.8), da sta v družini, tako pri dečkih kot pri deklicah, povprečno dva otroka (skoraj 60%), sledijo trije (skoraj 20%) in na tretjem mestu so družine z enim otrokom (približno 15%).

Slika II.9: Okolje (glede na spol)



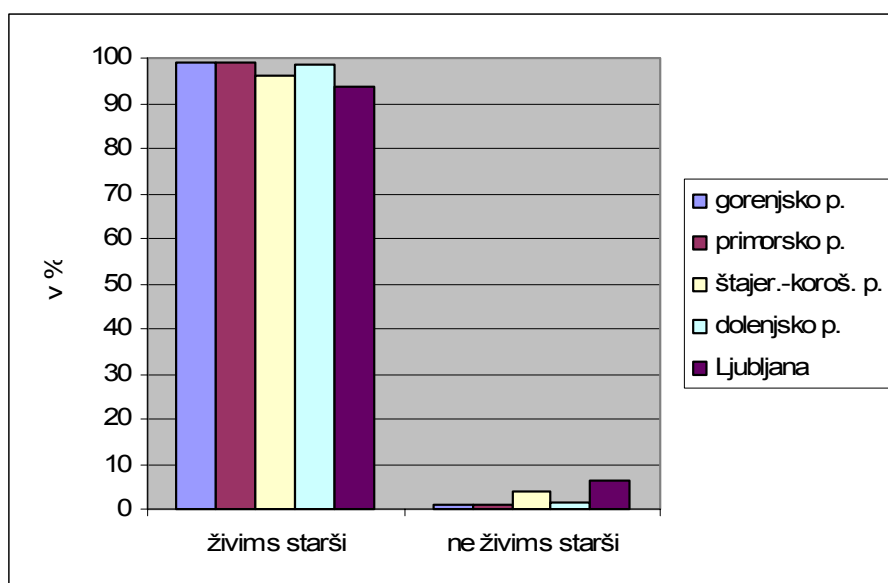
Slika II.9 kaže podobne rezultate kot slika II.4. Prevladujejo otroci iz mestnega okolja (60%), sledijo otroci iz vaškega (25%) in nato otroci iz primestnega okolja (15%).

Slika II.10: Lastna hiša (glede na spol)



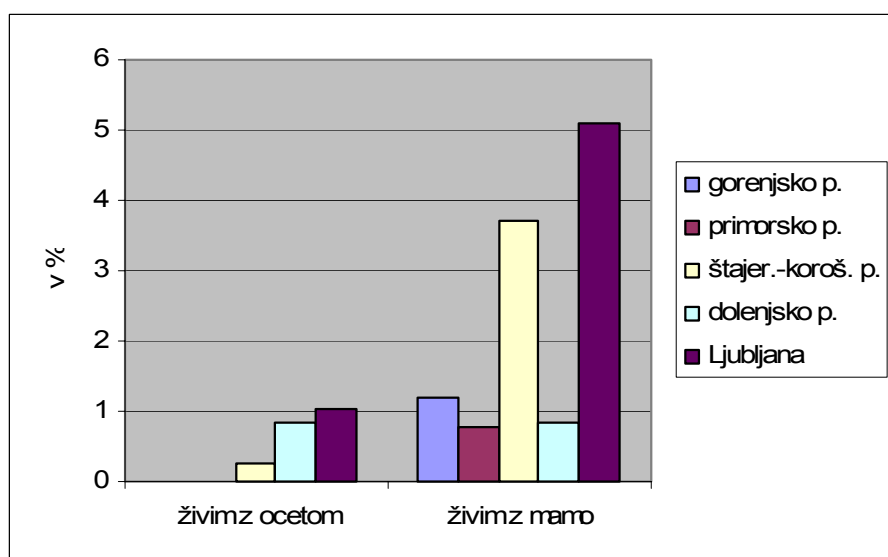
Zgornja slika nakazuje, da otroci živijo večinoma v hiši (približno 64% dečkov in 59% deklic). Raziskava Krojejeve (v tisku) prikazuje, da je v Sloveniji 64,6% staršev, ki živijo v bloku, in 75,2% tistih, ki živijo v hiši.

Slika II.11: Živim s starši (glede na krajevno področje)



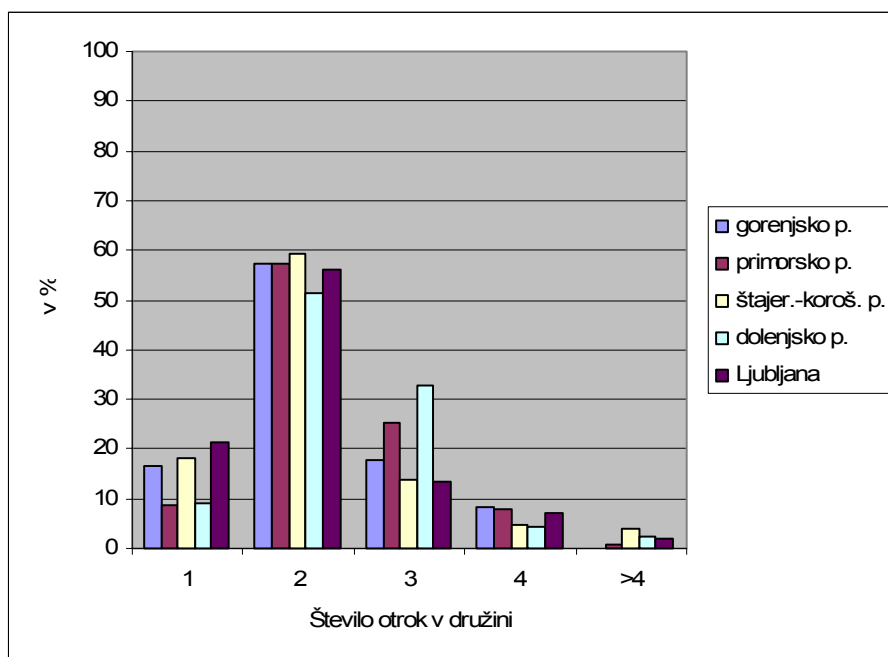
Razvidno je (slika II.11), da v povprečju skoraj vsi otroci živijo s starši. Statistično značilnih razlik med področji ni, toda zanimivo je, da največ otrok, ki ne živi s starši, prihaja iz Ljubljane (6%), najmanj pa iz primorskega področja (0,78%).

Slika II.12: Živim z očetom ali mamo (glede na krajevno področje)



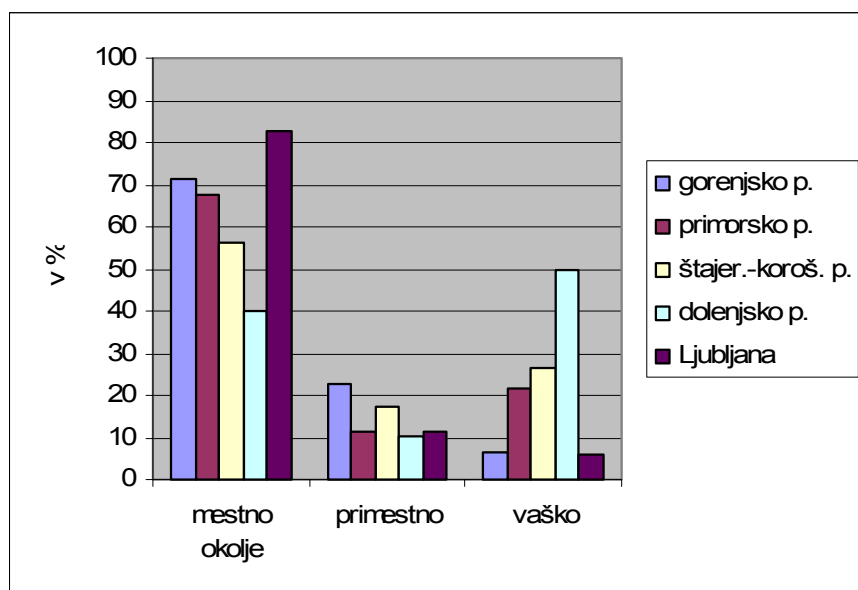
Ponovno je razvidno (slika II.12), da otroci živijo pretežno z mamo, in ne z očetom, če živijo samo z enim od staršev. Med področji nismo ugotovili statistično značilnih razlik, toda razvidno je, da noben otrok iz gorenjskega področja in primorskega področja ne živi z očetom.

Na podlagi zgornjih dveh grafov bi lahko ugotovili, da je najmanj ločenih staršev na primorskem področju in največ v Ljubljani.

Slika II.13: Število otrok v družini (glede na krajevno področje)**Tabela II.2:** Število otrok v družini (glede na krajevno področje)

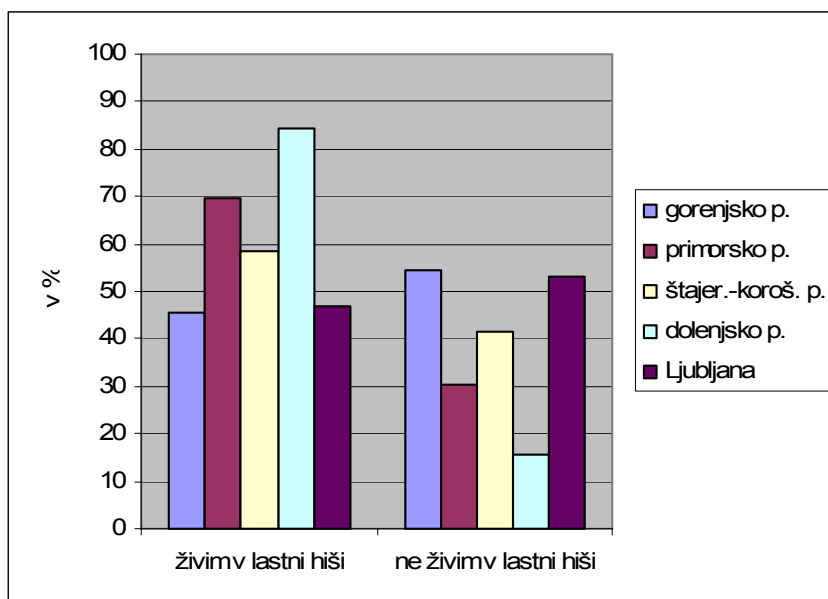
v %	gorenjsko p.	primorsko p.	štajersko-koroško p.	dolensko p.	Ljubljana	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
En otrok	16,67	8,66	18,36	9,24	21,43	45,10	0,00
Dva otroka	57,14	57,48	59,31	51,26	56,12		
Trije otroci	17,86	25,20	13,65	32,77	13,27		
Štirje otroci	8,33	7,87	4,71	4,20	7,14		
Več kot štirje otroci	0,00	0,79	3,97	2,52	2,04		

Med področji smo ugotovili statistično značilne razlike ($P = 0,00$) (tabela II.2). V vseh področjih sta v povprečju dva otroka v družini (skoraj 60%). Na drugem mestu so v povprečju trije otroci v družini (dolensko področje ima kar 33% družin s tremi otroki, primorsko področje pa 25%), razen na štajersko-koroškem področju in v Ljubljani, kjer je na drugem mestu v povprečju en otrok v družini. Več kot 4 otroke imajo v povprečju največ na štajersko-koroškem področju (4%), na gorenjskem področju pa nobena družina nima več kot 4 otroke glede na naš vzorec.

Slika II.14: Okolje (glede na krajevno področje)**Tabela II.3:** Okolje (glede na krajevno področje)

v %	gorenjsko p.	primorsko p.	štajer.-koroš. p.	dolensko p.	Ljubljana	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Mestno okolje	71,25	67,46	56,17	40,17	82,47	82,56	0,00
Primestno okolje	22,50	11,11	17,13	10,26	11,34		
Vaško okolje	6,25	21,43	26,70	49,57	6,19		

Glede okolja, v katerem živijo otroci, smo med področji ugotovili statistično značilne razlike ($P = 0,00$) (tabela II.3). Otroci v povprečju živijo največ v mestnem okolju, razen otroci iz dolenskega področja, ki v večini živijo v vaškem okolju (50%).

Slika II.15: Lastna hiša (glede na krajevno področje)**Tabela II.4:** Lastna hiša (glede na krajevno področje)

v %	gorenjsko p.	primorsko p.	štajersko-koroško p.	dolenjsko p.	Ljubljana	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Živim v lastni hiši	45,68	69,84	58,50	84,35	46,94	47,76	0,00
Ne živim v lastni hiši	54,32	30,16	41,50	15,65	53,06		

Kljub temu, da smo iz prejšnjih slik razbrali, da otroci v povprečju večinoma živijo v hiši, pa smo ugotovili, da med področji obstajajo razlike ($P = 0,00$) (tabela II.4). Največ otrok, ki živi v hiši, je iz dolenjskega področja (84%), nato iz primorskega področja (70%), na tretjem mestu pa iz štajersko-koroškega področja (59%). Največ otrok, ki ne živi v hiši, je iz gorenjskega področja (54%) in iz Ljubljane (53%). Te ugotovitve so popolnoma logične, saj so značilnosti urbanizacije na dolenjskem področju, primorskem področju in štajersko-koroškem področju drugačne kot v Ljubljani in obravnavanem delu gorenjskega področja.

6.2 Analiza gibalne/športne aktivnosti otrok glede na razred, spol in krajevno področje

6.2.1 Ugotovitve vprašanja: Koliko ur dnevno presediš izven šole?

Na vprašanje 37 (*Koliko ur dnevno presediš izven šole?*) (rezultati anketiranja so predstavljeni v sliki II.16) smo ugotovili, da med tednom otroci 4. razreda sedijo v povprečju manj (3,85 ur/dan) kot otroci 7. razreda (4,71 ur/dan). Podobno je ugotovljeno pri sedenju med vikendom, kjer otroci 4. razreda v povprečju sedijo 4,06 ur/dan, medtem ko otroci 7. razreda bistveno več (5,66 ur/dan). Ugotovili smo tudi

statistično značilno povezavo med sedenjem med tednom in sedenjem med vikendom, ki kaže, da tisti otroci, ki več sedijo med tednom, sedijo več tudi med vikendom. Pri ugotavljanju razlik med spoloma in krajevnimi področji nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Slika II.16: Povprečno število ur sedenja (glede na razred)

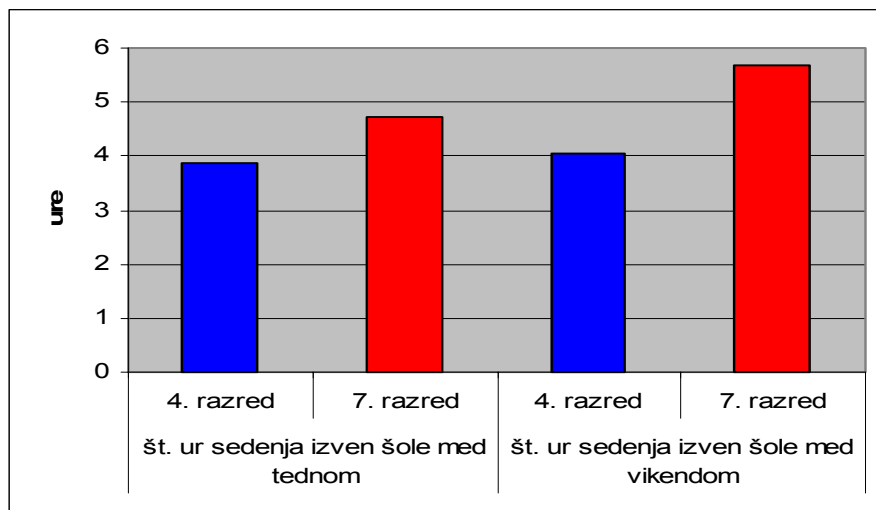


Tabela II.5: Povprečno število ur sedenja (glede na razred)

	4.r	7.r	F test	P (dvostransko testiranje)
št. ur sedenja izven šole med tednom	3,85 ± 2,33	4,71 ± 2,2	0,12	0,00
št. ur sedenja izven šole med vikendom	4,06 ± 2,71	5,66 ± 3,05	16,92	0,00

Glavna ugotovitev je, da 7. razredi bistveno več časa sedijo kot 4. razredi. Razlog je lahko v tem, da se s starostjo potreba po gibanju zmanjšuje. Drugi razlog pa je lahko ta, da z odraščanjem postaja vloga računalnika vse pomembnejša, ne samo za igro, ampak tudi za učenje in delo. Ne smemo pozabiti na dejstvo, da se danes otroci bistveno več učijo, kot so se njihovi starši, in pritisk učiteljev oziroma šole na učence je vedno večji. To so vse možni razlogi, da 14-letni otrok preživi več časa sede (tudi pred računalnikom, za knjigo, učbenikom).

6.2.2 Ugotovitve vprašanja: Povprečno koliko minut dnevno porabiš za hojo/kolesarjenje/rolanje/tek/druge aktivnosti?

Ugotovitve kažejo, da spol vpliva na kolesarjenje (rezultati anketiranja so predstavljeni v sliki II.17), kjer dečki v povprečju več kolesarijo (59,64 min/dan) kot deklice (35,5 min/dan). Pri rolanju se nagibajo rezultati v korist deklic, kjer v povprečju deklice več

rolajo (35,1 min/dan) kot dečki (25 min/dan). Tečejo (31,2 min/dan) in z drugimi aktivnostmi (58,2 min/dan) se ponovno v povprečju več ukvarjajo dečki kot deklice (tečejo v povprečju 24,4 min/dan in z drugimi aktivnostmi se v povprečju ukvarjajo 48,7 min/dan). Ta ugotovitev je bila pričakovana, saj so številne raziskave potrdile, da dečki v svojem prostem času več časa namenjajo športu (Pišot in sod., 2005).

Slika II.17: Povprečna poraba minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na spol)

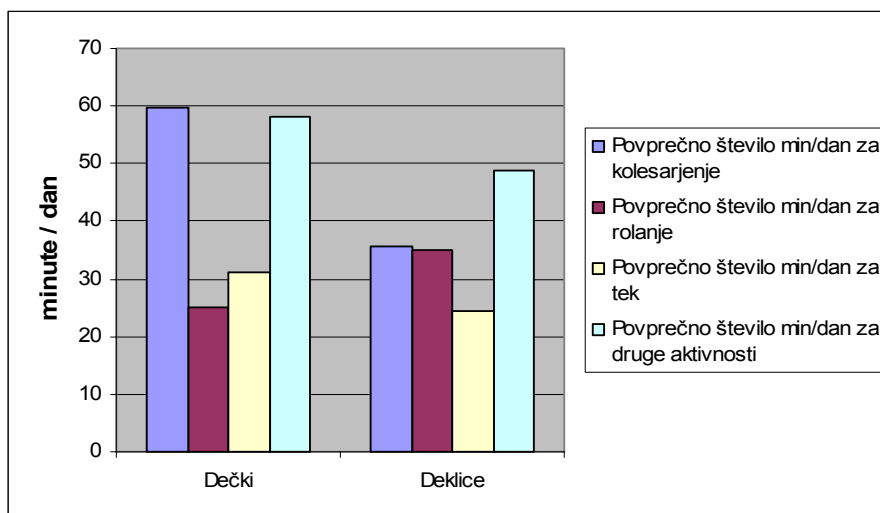


Tabela II.6: Povprečna poraba minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na spol)

	Dečki	Deklice	F test	P (dvostransko testiranje)
Povprečno število min/dan za kolesarjenje	59,64 ± 56,79	35,49 ± 39,48	65,43	0,00
Povprečno število min/dan za rolanje	25,02 ± 44,05	35,09 ± 42,17	0,01	0,00
Povprečno število min/dan za tek	31,21 ± 36,76	24,37 ± 28,96	19,58	0,003
Povprečno število min/dan za druge aktivnosti	58,15 ± 56,95	48,73 ± 50,99	3,95	0,013

Ugotovili smo povezavo med krajevnim področjem in hojo (slika II.18), kjer v povprečju največ hodijo ljubljanski otroci (64,4 min/dan), najmanj pa dolenski otroci (42,5 min/dan). Ostala področja (gorenjsko, primorsko in štajersko-kraško področje) pa približno enako (56 min/dan). Področje je povezano tudi s tekom, kjer primorski otroci največ tečejo (32,9 min/dan), najmanj pa gorenjski otroci (20,1 min/dan). Zelo malo tečejo tudi dolenski otroci (22,8 min/dan), otroci iz štajersko-koroškega področja (29,1 min/dan) in Ljubljančani (30,2 min/dan) pa tečejo približno enako. Ugotovili smo tudi vpliv področja na druge aktivnosti, s katerimi se največ ukvarjajo primorski otroci (62,2

min/dan), najmanj pa ponovno dolenski otroci (37,9 min/dan), otroci ostalih področij se ukvarjajo z drugimi aktivnostmi povprečno: gorenjsko področje: 49 min/dan, štajersko-koroško področje: 55,6 min/dan in Ljubljana: 58,5 min/dan.

Raziskava Strela in sodelavcev (2003) kaže, da so najbolj povečali gibalne sposobnosti učenci in učenke v Obalno-kraški pokrajini, Jugovzhodni in Koroški pokrajini. Tudi v naši raziskavi se ugotovitve deloma ujemajo z raziskavo Strela in sodelavcev, vsaj glede primorskih otrok, toda dolenski otroci (jugovzhodna Slovenija) se po naših podatkih manj ukvarjajo s športom, po Strelovih pa spadajo med tiste, ki so napredovali. Zakaj prihaja do regijskih razlik, je vprašanje, ki zahteva bolj poglobljeno analizo, v kateri bi se bilo treba posvetiti povezanosti motorike s kakovostjo življenja, zdravjem, športno infrastrukturo, kadrovskimi potenciali, ekonomsko močjo, bruto nacionalnim dohodkom in še nekaterimi drugimi kazalci, ki opredeljujejo današnjo družbeno stvarnost.

Slika II.18: Povprečna poraba minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na krajevno področje)

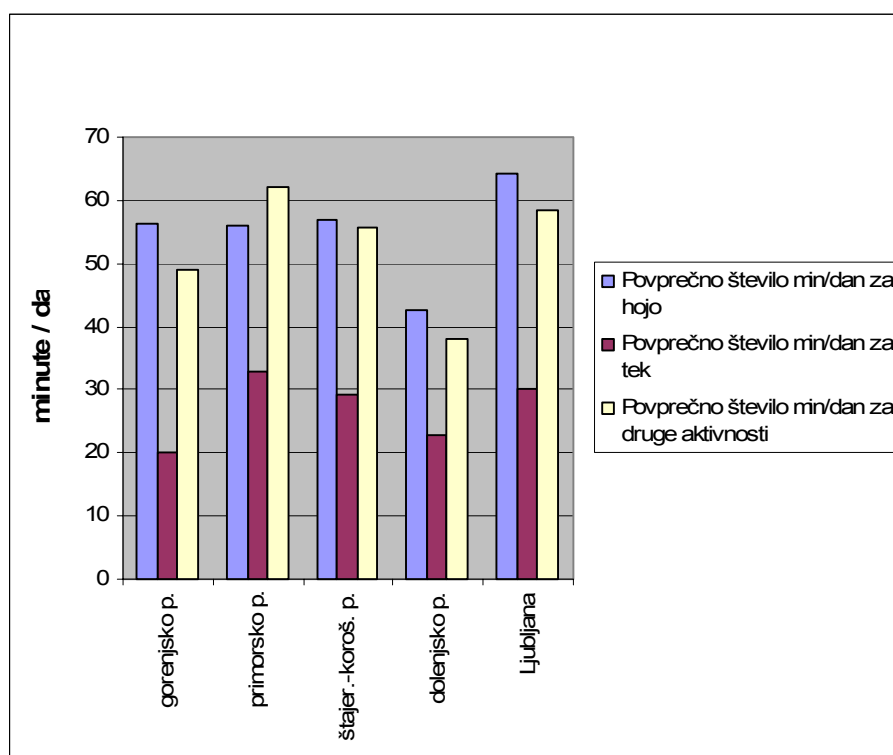


Tabela II.7: Povprečna poraba minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na krajevno področje)

	gorenjsko p.	primorsko p.	štajer.-koroš. p.	dolensko p.	Ljubljana	F test	P (dvostransko testiranje)
Povprečno število min/dan za hojo	56,25 ± 52,51	56,11 ± 48,91	56,83 ± 49,84	42,48 ± 43,04	64,35 ± 53,67	2,92	0,02
Povprečno število min/dan za tek	20,12 ± 29,73	32,87 ± 34,88	29,07 ± 34,25	22,84 ± 30,76	30,22 ± 33,35	2,78	0,03
Povprečno število min/dan za druge aktivnosti	49,02 ± 55,22	62,19 ± 57,4	55,60 ± 54,4	37,94 ± 50,66	58,45 ± 50,87	3,79	0,005

Ugotovili smo, da razred nima statistično značilnega vpliva oziroma da se otroci 4. in 7. razreda med seboj pomembno ne razlikujejo v gibalni/športni aktivnosti.

Glavni ugotovitvi te analize sta, da so dolnjski otroci bistveno manj gibalno/športno aktivni, kot otroci iz ostalih krajevnih področij, ter druga, da so dečki bolj gibalno/športno aktivni kot deklice.

6.2.3 Ugotovitve vprašanja: Gibalna/športna aktivnost in sedenje pri premikanju iz kraja v kraj v zadnjem tednu.

Ugotovili smo povezavo med spolom in kolesarjenjem ter potovanjem z motornimi sredstvi (rezultati anketiranja so predstavljeni v sliki II.19). Dečki za prevozno sredstvo v povprečju več uporabljajo kolo (40,5 min/dan) kot deklice (20,7 min/dan) ($P = 0,00$).

Slika II.19: Premikanje iz kraja v kraj (glede na spol)

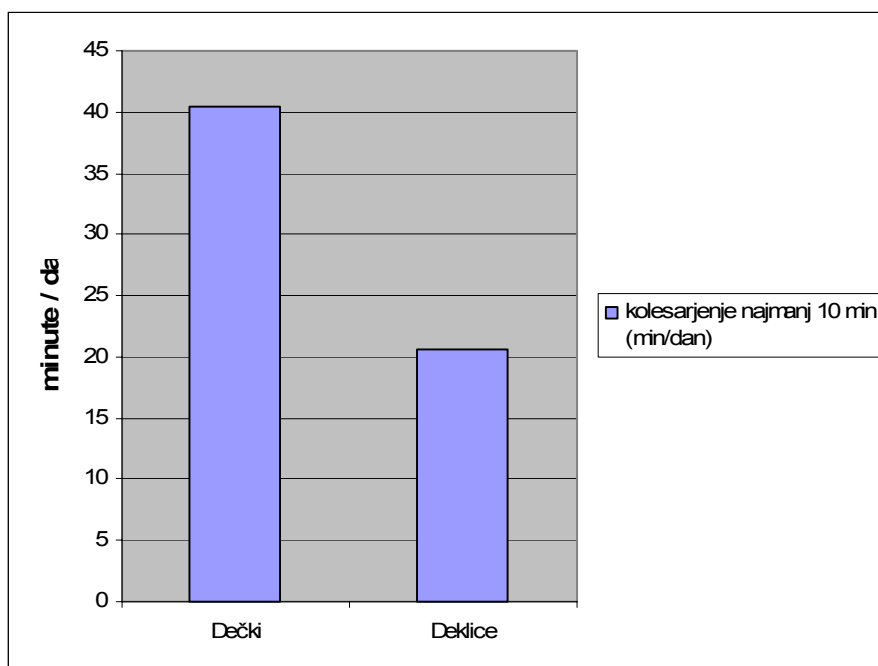


Tabela II.8: Premikanje iz kraja v kraj (glede na spol)

	Dečki	Deklice	F test	P (dvostransko testiranje)
Kolesarjenje najmanj 10 min/dan	40,46 ± 48,88	20,67 ± 36,24	46,38	0,00

Področje vpliva na potovanje z motornimi prevoznimi sredstvi (slika II.20) ($P = 0,04$) (tabela II.9). Ugotovili smo, da se v povprečju največ s temi sredstvi vozijo ljubljanski

otroci (49,7 min/dan), najmanj pa primorski otroci (32,1 min/dan). Deloma je lahko razlog tudi v velikosti samega mesta Ljubljane, saj so primorska mesta precej manjša v primerjavi z Ljubljano. Deloma pa je razlog tudi v ponudbi motoriziranih prevoznih sredstev (LPP), ki je bolj organizirana v večjih mestih.

Slika II.20: Potovanje z motornimi prevoznimi sredstvi (glede na krajevno področje)

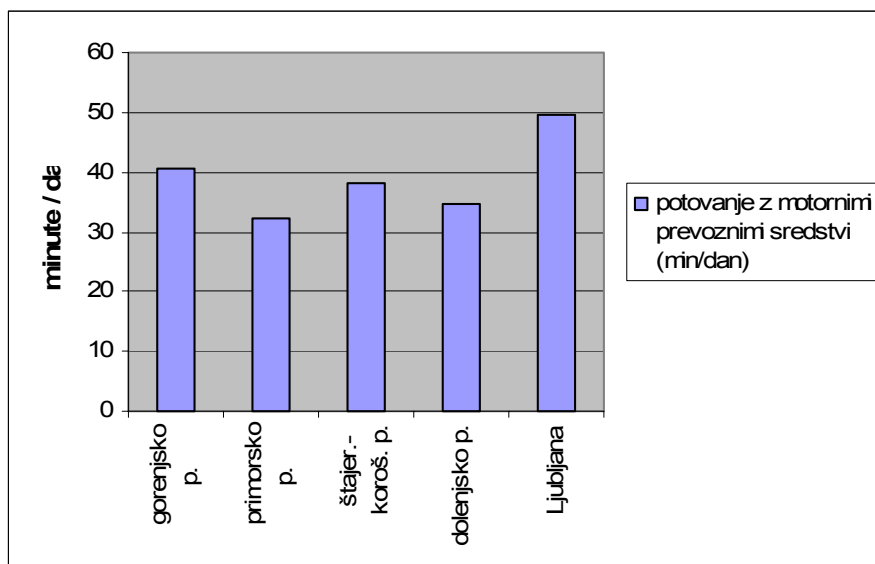


Tabela II.9: Potovanje z motornimi prevoznimi sredstvi (glede na krajevno področje)

	gorenjsko p.	primorsko p.	štajer.-koroš. p.	dolenjsko p.	Ljubljana	F test	P (dvostransko testiranje)
Potovanje z motornimi prevoznimi sredstvi (min/dan)	40,59 ± 49,47	32,09 ± 39,46	38,17 ± 43,33	34,73 ± 42,35	49,66 ± 45,95	2,57	0,04

Statistično značilnih razlik pri razredu nismo ugotovili.

Glavni ugotovitvi sta, da za prevozno sredstvo dečki v povprečju več uporabljajo kolo (40,5 min/dan) kot deklice (20,7 min/dan). Druga ugotovitev je, da se v povprečju največ z motornimi prevoznimi sredstvi vozijo ljubljanski otroci (49,7 min/dan), najmanj pa primorski otroci (32,1 min/dan).

6.2.4 Ugotovitve vprašanja: Gibalna/športna aktivnost v prostem času v zadnjem tednu

Ugotovitve kažejo, da razred vpliva na najbolj intenzivno gibalno/športno aktivnost (slika II.21). Otroci iz 7. razreda se v povprečju bolj intenzivno ukvarjajo s športom (60,1 min/dan) kot otroci 4. razreda (48,5 min/dan) ($P = 0,00$) (tabela II.10).

Slika II.21: Povprečno število minut na dan za intenzivno gibalno/športno aktivnost (glede na razred)

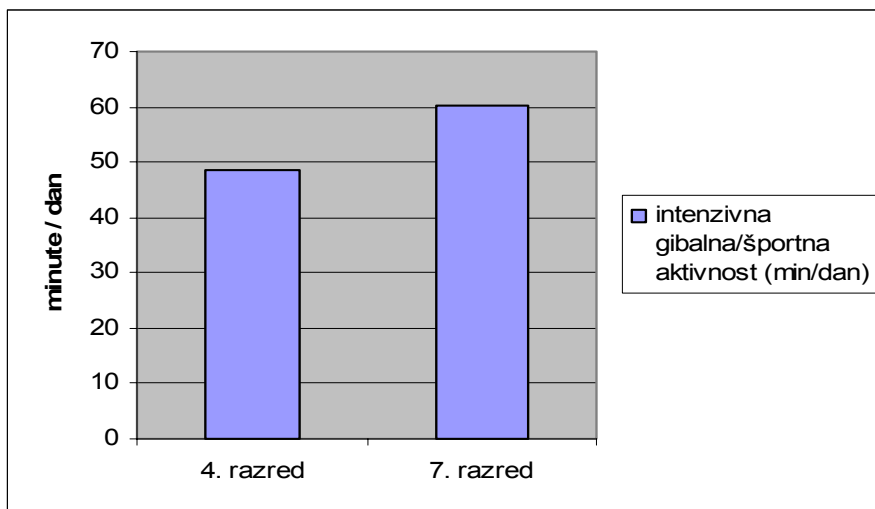
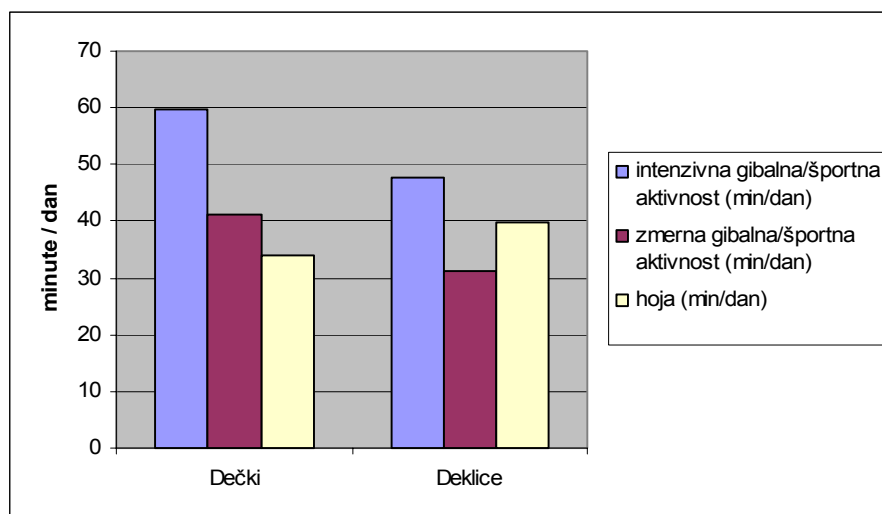


Tabela II.10: Povprečno število minut na dan za intenzivno gibalno/športno aktivnost (glede na razred)

	4. r	7. r	F test	P (dvostransko testiranje)
Intenzivna gibalna/športna aktivnost (min/dan)	48,46 ± 53,04	60,11 ± 57,99	11,49	0,00

Razlike med spoloma so statistično značilne pri največji intenzivnosti ukvarjanja s športom, zmerni intenzivnosti in pri najmanj intenzivni gibalni/športni aktivnosti, tj. hoji (slika II.22) (tabela II.11). Pri največji intenzivnosti ugotovitve kažejo v prid dečkom (59,8 min/dan), in ne deklicam (47,8 min/dan). Pri zmerni aktivnosti ponovno dečki (41,3 min/dan) prekašajo deklice (31,3 min/dan). Hodijo pa več deklice (39,7 min/dan) kot dečki (33,8 min/dan) (slika II.22).

V raziskavi Pišota in sodelavcev (2005a) je ugotovljeno, da se dečki pogosteje ukvarjajo z intenzivnimi športnimi aktivnostmi (3,16 dni/teden), prav tako je več dečkov, ki se več ukvarja s srednje intenzivnimi športi (2,83 dni/teden), toda deklice v povprečju več hodijo in se sprehajajo (3,26 dni/teden).

Slika II.22: Povprečno število minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na spol)**Tabela II.11:** Povprečno število minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na spol)

	Dečki	Deklice	F test	P (dvostransko testiranje)
Intenzivna gibalna/športna aktivnost (min/dan)	59,78 ± 57,66	47,77 ± 52,93	3,63	0,00
Zmerna gibalna/športna aktivnost (min/dan)	41,27 ± 46,44	31,27 ± 41,15	8,59	0,001
Hoja (min/dan)	33,84 ± 41,52	39,72 ± 42,26	0,16	0,043

Ugotovili smo, da ima tudi področje vpliv na največjo intenzivnost ukvarjanja s športom in zmerno intenzivno gibalno/športno aktivnost (slika II.23) ($P = 0,00$) (tabela II.12). Otroci iz primorskega področja se v povprečju največ ukvarjajo z najbolj intenzivnimi aktivnostmi (62,9 min/dan), najmanj pa otroci iz dolenjskega področja (36,8 min/dan), otroci iz štajersko-koroškega področja in Ljubljane se približno enako (v povprečju 59 min/dan), otroci iz gorenjskega področja pa približno 38 min/dan. Zmerno aktivni so najbolj otroci iz Ljubljane (51,8 min/dan), najmanj pa gorenjski otroci (21 min/dan). Zelo malo zmerno aktivni so v povprečju tudi dolenjski otroci (29,6 min/dan). Otroci iz štajersko-koroškega področja in primorski otroci pa so približno enako (37,5 min/dan).

Primerjava gibalnih sposobnosti med leti 1990 in 2000 pri učencih in učenkah do 15. leta starosti med dvanajstimi slovenskimi pokrajinami je pokazala, da imajo v povprečju učenci in učenke skoraj v vseh pokrajinah leta 2000 višjo gibalno zmogljivost od republiškega povprečja leta 1990, razen pri učenkah in učencih Pomurske, Podravske in Savinjske pokrajine, pa tudi pri učencih Zasavske in Notranjsko-kraške pokrajine je

raven gibalnih sposobnosti nižja (Strel in sod., 2003). Sklepamo lahko, da so podobno kot v naši raziskavi primorski otroci na visokem gibalnem nivoju.

Slika II.23: Povprečno število minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na krajevno področje)

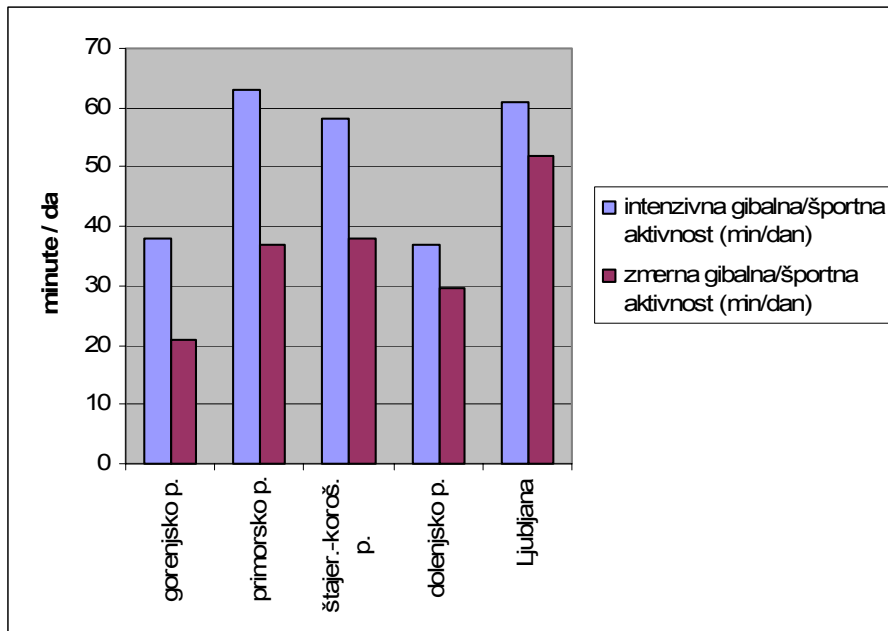


Tabela II.12: Povprečno število minut na dan za gibalno/športno aktivnost (glede na krajevno področje)

	gorenjsko p.	primorsko p.	štajer.-koroš. p.	dolensko p.	Ljubljana	F test	P (dvostransko testiranje)
Intenzivna gibalna/športna aktivnost (min/dan)	37,99 ± 46,69	62,93 ± 57,09	58,24 ± 57,23	36,76 ± 49,58	60,89 ± 56,16	6,50	0,00
Zmerna gibalna/športna aktivnost (min/dan)	20,95 ± 29,75	37,07 ± 44,88	38,02 ± 45,28	29,58 ± 36,54	51,83 ± 52,78	6,54	0,00

Glavne ugotovitve so, da so 7. razredi, dečki in otroci iz primorskega področja v povprečju najbolj intenzivno gibalno/športno aktivni. Deklice se v povprečju raje posvečajo manj intenzivnim aktivnostim, kot na primer hoji. Najmanj časa namenijo bolj intenzivnim aktivnostim otroci iz dolenskega področja. Le-ti so tudi zelo malo zmerno aktivni, saj so takoj za gorenjskimi otroci.

6.2.5 Ugotovitve vprašanja: Koliko ur športne vzgoje imaš tedensko?

Ugotovili smo, da imajo v povprečju otroci 4. razreda več ur športne vzgoje na teden (2,8 ur/teden) kot otroci 7. razreda (2,1 ur/teden). Rezultati anketiranja so predstavljeni

v sliki II.24 in tabeli (P = 0,00) (tabela II.13). Spol in krajevno področje nimata statistično značilnega vpliva.

Slika II.24: Povprečno število ur športne vzgoje na teden (glede na razred)

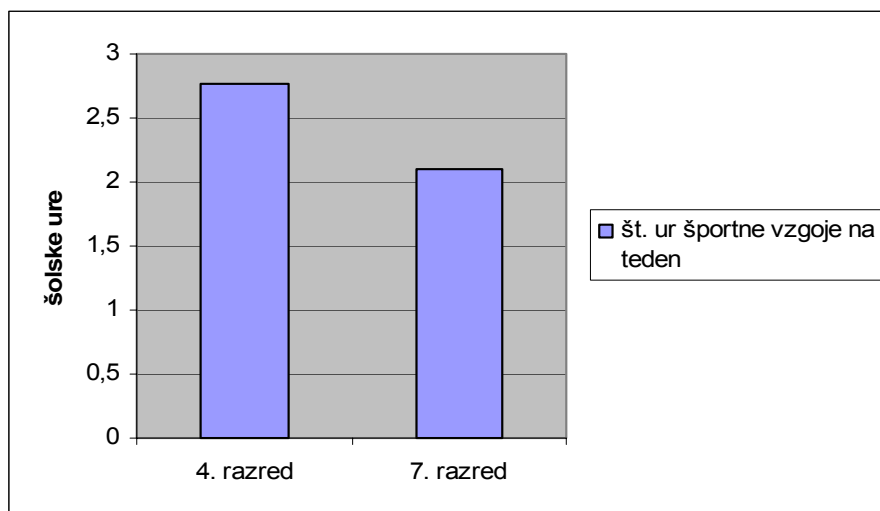


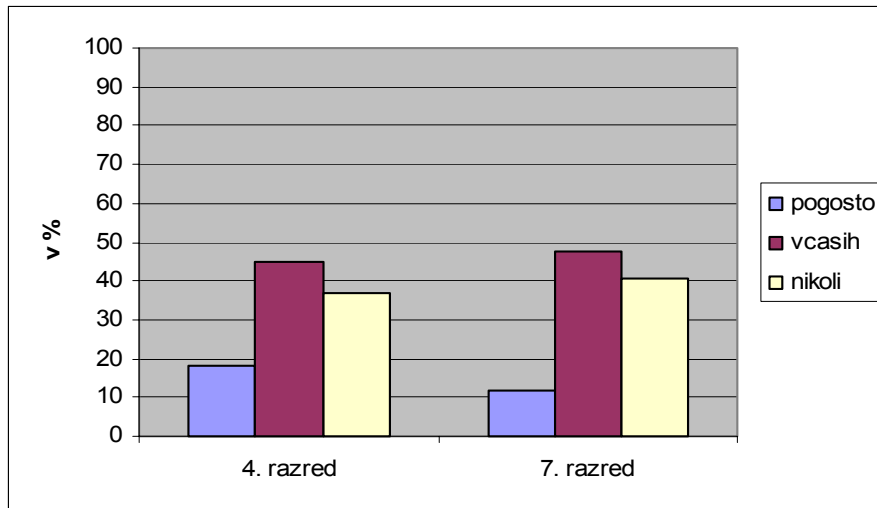
Tabela II.13: Povprečno število ur športne vzgoje na teden (glede na razred)

	4. r	7. r	F test	P (dvostransko testiranje)
Št. ur športne vzgoje na teden	2,77 ± 0,68	2,10 ± 0,33	103,09	0,00

Z uvedbo novega učnega načrta za šole imajo četrti razredi tri ure tedensko športno vzgojo, sedmi pa dve in izbirni predmet, ki je lahko tudi s področja športa. Rezultati kažejo, da imajo četrti razredi manj kot tri ure in sedmi dobri dve uri tedensko športno vzgojo. Zakaj imajo četrti razredi manj kot tri ure športne vzgoje na teden, čeprav so z zakonom določene, je vprašanje, na katerega je težko odgovoriti in bi zahtevalo temeljitejšo preiskavo. Mogoče je predvidevati, da so ob spremembah v šolskem sistemu razredni učitelji dajali več poudarka drugim predmetnim področjem in so mnogi učitelji ure športne vzgoje prepogosto uporabljali za izvajanje drugih vsebin.

6.2.6 Ugotovitve vprašanja: Kje in v kakšnih oblikah si gibalno/športno aktiven?

Ugotovili smo, da razred vpliva na športno udejstvovanje z družino (slika II.25), kjer so otroci 4. razreda večinoma včasih športno aktivni z družino (44,9%), otroci 7. razreda pa večinoma nikoli niso športno aktivni z družino (40,6%) (P = 0,03) (tabela II.14). Razred vpliva tudi na športno udejstvovanje v šoli (slika II.26), kjer so pogosteje športno aktivni 4. razredi (55,9%), 7. razredi pa so v povprečju zgolj včasih športno aktivni v šoli (46%) (P = 0,03) (tabela II.15).

Slika II.25: Gibalna/športna aktivnost z družino (glede na razred)**Tabela II.14:** Gibalna/športna aktivnost z družino (glede na razred)

Gibalna/športna aktivnost z družino	4. r	7. r	Pearsonov hi ² P (dvostransko testiranje)	
Pogosto (%)	18,27	11,68		
Včasih (%)	44,94	47,72	6,87	0,03
Nikoli (%)	36,79	40,61		

Razlog, da so četrtri razredi bolj pogosto aktivni skupaj s starši kot sedmi, je verjetno, da so pri tej starosti otrok starši v otrokovem življenju pomembnejši kot vrstniki, saj lahko še vedno nudijo otrokom nekaj novega in zanimivega ter so pri tem zgled za otroke. Pri starosti 13 let in več pa je vloga staršev vse manj pomembna. Kar se tiče športa, pa starši vsekakor niso več zanimivi za mladostnike. Le-ti si za igro raje poiščejo svoje vrstnike.

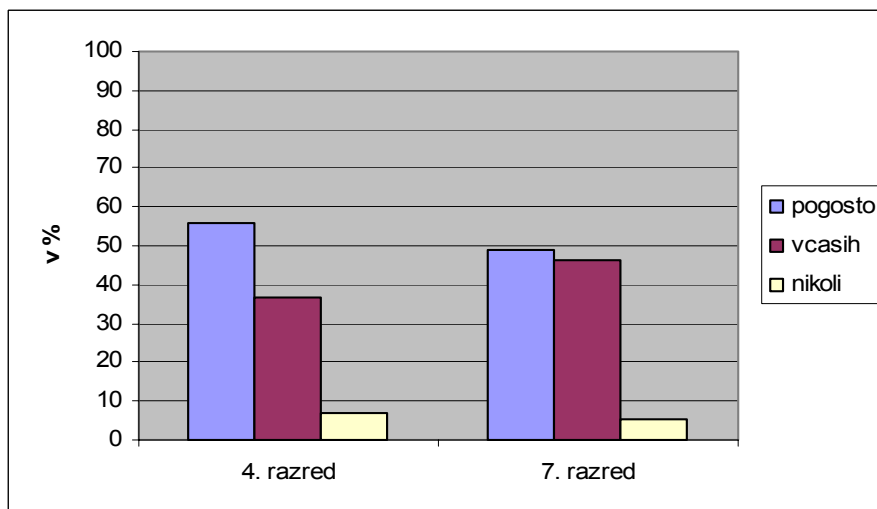
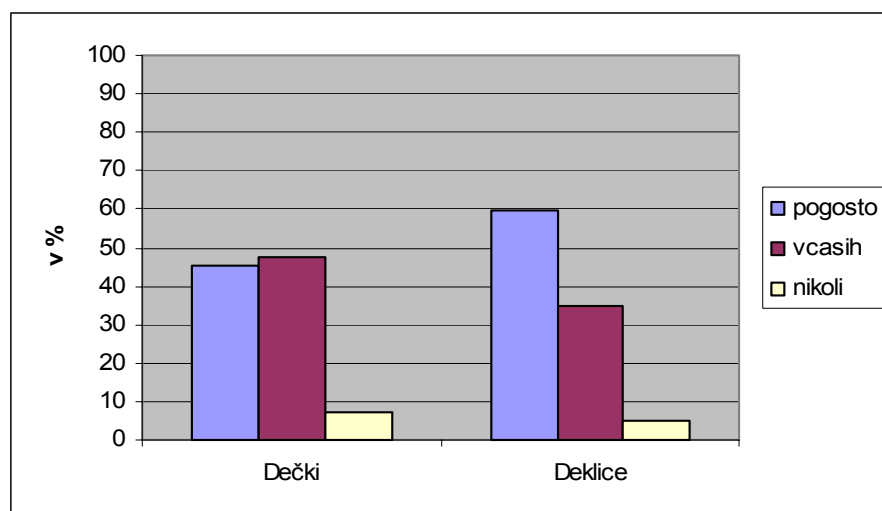
Slika II.26: Gibalna/športna aktivnost v šoli (glede na razred)

Tabela II.15: Gibalna/športna aktivnost v šoli (glede na razred)

Gibalna/športna aktivnost v šoli	4. r	7. r	Pearsonov hi- P (dvostransko kvadrat test testiranje)	
Pogosto (%)	55,91	48,85		
Včasih (%)	36,95	46,04	7,20	0,03
Nikoli (%)	7,14	5,12		

Spol vpliva na športno udejstvovanje v šoli (slika II.27), saj je 59,9% deklic odgovorilo, da so pogosto športno aktivne v šoli, večina dečkov pa včasih (47,5%) ($P = 0,00$) (tabela II.16). Spol vpliva tudi na organizirano športno udejstvovanje (slika II.28), kjer so dečki pogosteje športno aktivni (42,2%), deklice pa večinoma nikoli (57,9%) ($P = 0,00$) (tabela II.17). S starostjo se razlike med organiziranim in neorganiziranim športnim ukvarjanjem glede na spol zmanjšujejo. Raziskava Krojeve (v tisku) je ugotovila, da spol statistično značilno ne vpliva na način športnega udejstvovanja.

Slika II.27: Gibalna/športna aktivnost v šoli (glede na spol)**Tabela II.16:** Gibalna/športna aktivnost v šoli (glede na spol)

Gibalna/športna aktivnost v šoli	Dečki	Deklice	Pearsonov hi- P (dvostransko kvadrat test testiranje)	
Pogosto (%)	45,52	59,90		
Včasih (%)	47,46	34,90	16,49	0,00
Nikoli (%)	7,02	5,21		

Slika II.28: Organizirano gibalno/športno udejstvanje (glede na spol)

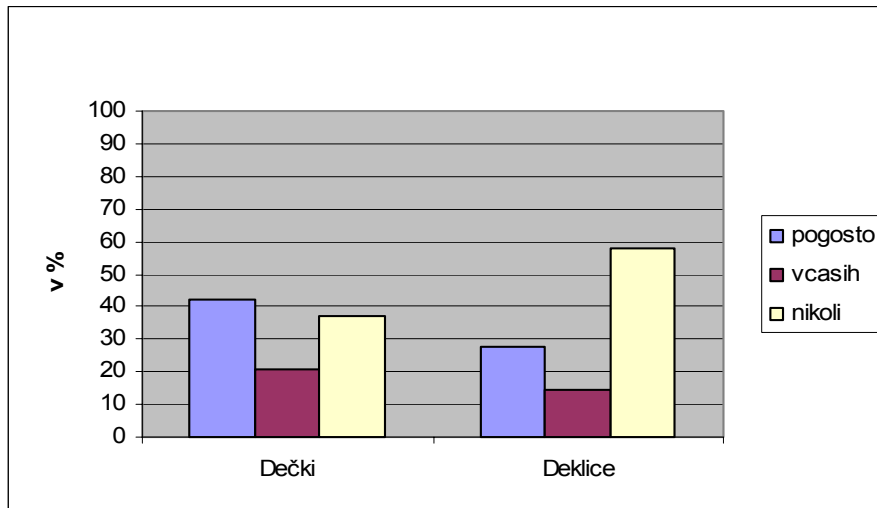


Tabela II.17: Organizirano gibalno/športno udejstvanje (glede na spol)

Organizirana gibalna/športna aktivnost	Dečki	Deklice	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Pogosto (%)	42,20	27,88	34,86	0,00
Včasih (%)	20,98	14,21		
Nikoli (%)	36,83	57,91		

Analiza je pokazala, da področja vplivajo na organizirano športno udejstvanje (slika II.29), kjer so primorski otroci ponovno na vrhu po pogostosti (41,8%), dolenski otroci pa ponovno na dnu, saj je največ takih, ki se nikoli organizirano ne ukvarja s športom (60,7%) ($P = 0,05$) (tabela II.18). Ti rezultati kažejo, da je lahko razlog v pomanjkanju športne infrastrukture na dolenskem, toda menimo, da se razlogi skrivajo drugje, na primer v slabi informiranosti, pomanjkanju družinske osveščenosti, lahko so razlogi ekonomske narave itd.

Slika II.29: Organizirano gibalno/športno udejstvanje (glede na krajevno področje)

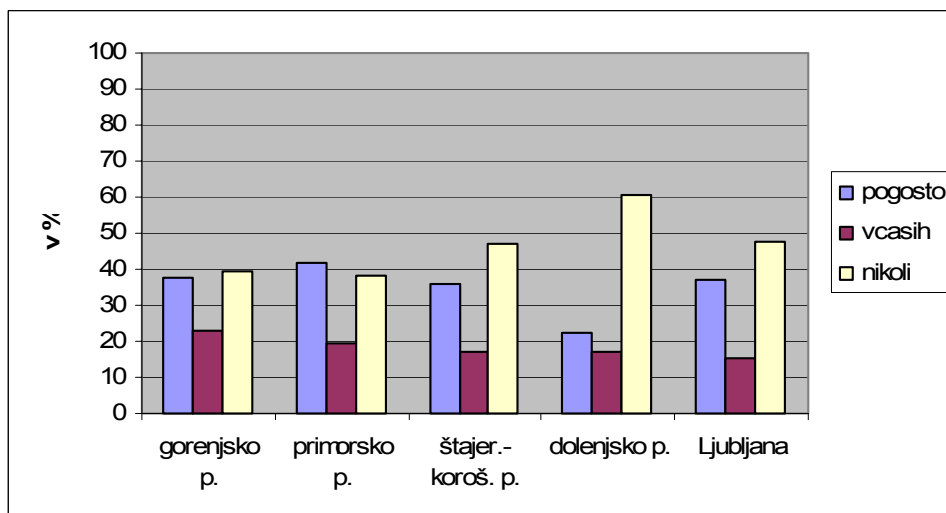


Tabela II.18: Organizirano gibalno/športno udejstvovanje (glede na krajevno področje)

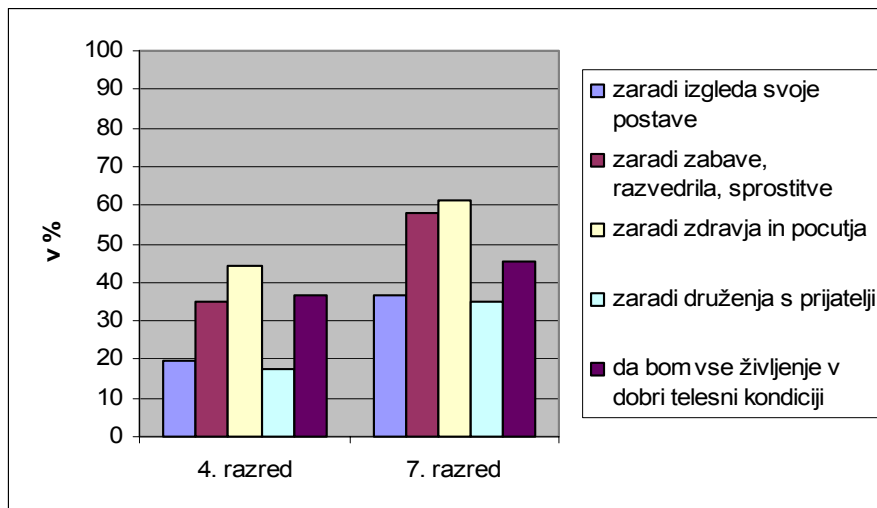
Organizirana gibalna/športna aktivnost	gorenjsko p.	primorsko p.	štajer.-koroš. p.	dolenjsko p.	Ljubljana	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Pogosto (%)	37,84	41,80	36,13	22,43	37,11	15,75	0,05
Včasih (%)	22,97	19,67	17,02	16,82	15,46		
Nikoli (%)	39,19	38,52	46,86	60,75	47,42		

Glavne ugotovitve so, da so otroci 4. razreda včasih športno aktivni z družino, otroci 7. razreda pa večinoma ne več. Deklice so pogosteje aktivne v šoli, dečki pa se več ukvarjajo s športom v organizirani obliki, tj. v športnem klubu. Med primorskimi otroki je največ takih, ki se organizirano ukvarjajo s športom, dolenjski otroci pa se najmanj organizirano ukvarjajo s športom.

6.2.7 Ugotovitve vprašanja: Zakaj sem gibalno/športno aktiven?

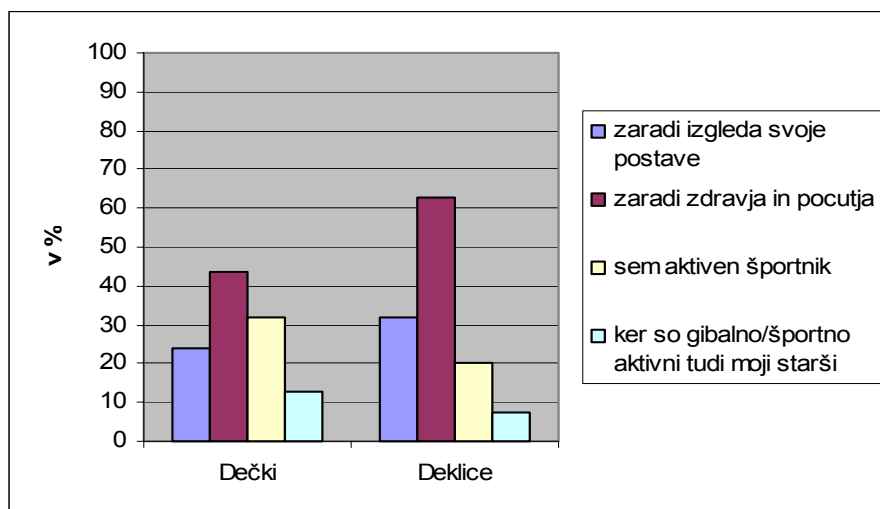
Ugotovili smo (rezultati anketiranja so predstavljeni v slikah II.30 in II.31) (tabela II.19 in tabela II.20), da so zaradi postave gibalno/športno aktivni bolj 7. razredi in deklice (področje ne vpliva). Zaradi zabave so bolj aktivni 7. razredi (spol in krajevno področje ne vplivata). Zaradi zdravja so bolj aktivni ponovno 7. razredi in deklice (krajevno področje ne vpliva). Zaradi druženja s prijatelji so bolj aktivni 7. razredi (spol in krajevno področje ne vplivata). Ker sem aktiven športnik – so bolj aktivni dečki (razred in krajevno področje ne vplivata). Da bom v dobri telesni kondiciji – so bolj aktivni 7. razredi (spol in krajevno področje ne vplivata). Ker so gibalno/športno aktivni tudi moji starši – so bolj aktivni dečki (razred in krajevno področje ne vplivata).

Zanimivi so rezultati, ki kažejo na veliko osveščenost otrok o povezavi gibalne/športne aktivnosti in zdravja. Pri četrtilih razredih je na prvem mestu po pomembnosti zdravje, na drugem kondicija in na tretjem zabava. Pričakovali bi obratni vrstni red. Pri otrocih sedmega razreda pa je na prvem mestu prav tako zdravje, nato zabava, na tretjem pa je kondicija. Zanimivo je, da je druženje s prijatelji pri obeh razredih na zadnjem mestu po pomembnosti.

Slika II.30: Vzroki za gibalno/športno aktivnost (glede na razred)**Tabla II.19:** Vzroki za gibalno/športno aktivnost (glede na razred)

Vzroki za gibalno/športno aktivnost (v %)	4. r	7. r	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Zaradi izgleda svoje postave	19,58	36,72	30,37	0,00
Zaradi zabave, razvedrila, sprostitve	34,97	57,82	43,68	0,00
Zaradi zdravja in pocutja	44,52	61,04	22,74	0,00
Zaradi druženja s prijatelji	17,48	34,99	33,13	0,00
Da bom vse življenje v dobri telesni kondiciji	36,36	45,16	6,67	0,00

Tudi pri odločanju, kaj je razlog za ukvarjanje s športom (glede na spol), je na prvem mestu pri deklicah zdravje, na drugem postava in na tretjem, presenetljivo, ker sem aktivna športnica. Pri dečkih je podobno, le nekoliko je zamenjan vrstni red. Na prvem mestu je zdravje, nato sledi razlog, ker sem aktiven športnik, in na tretjem mestu je postava (slika II.31).

Slika II.31: Vzroki za gibalno/športno aktivnost (glede na spol)**Tabela II.20:** Vzroki za gibalno/športno aktivnost (glede na spol)

Vzroki za gibalno/športno aktivnost (v %)	Dečki	Deklice	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Zaradi izgleda svoje postave	24,15	32,06	6,46	0,01
Zaradi zdravja in počutja	43,51	62,60	30,30	0,00
Sem aktiven športnik	31,89	20,10	14,86	0,00
Ker so gibalno/športno aktivni tudi moji starši	12,53	7,63	5,42	0,013

Med krajevnim področjem in spremenljivkami gibalne/športne aktivnosti nismo ugotovili statistično značilnega vpliva. Pri spremenljivki *Zaradi zdravljenja bolezni, ki so pogojene z gibalno/športno neaktivnostjo* – nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Glavna ugotovitev je, da je glavni vzrok za ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo, tako pri mlajših, kot pri starejših (4. in 7. razredih), zdravje. Pri dečkih in deklicah pa, kot glavni razlog, prav tako izstopa zdravje in počutje.

6.2.8 Ugotovitve vprašanja: Kako pogosto se v prostem času ukvarjaš s športom?

Ugotovitve kažejo, da samo spol vpliva na ukvarjanje s športom v prostem času (rezultati anketiranja so predstavljeni v sliki II.32) ($P = 0,00$) (tabela II.21). Dečki se v

večini pogosto ukvarjajo s športom (63,6%), deklice pa včasih (47%). To ugotovitev potrjujejo številne raziskave (Pišot & Fras, 2005; Berčič, 2002).

Pri analiziranju spremenljivke *ukvarjanje s športom* ter razredom in krajevnimi področji, nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Slika II.32: Ukvarjanje s športom v prostem času (glede na spol)

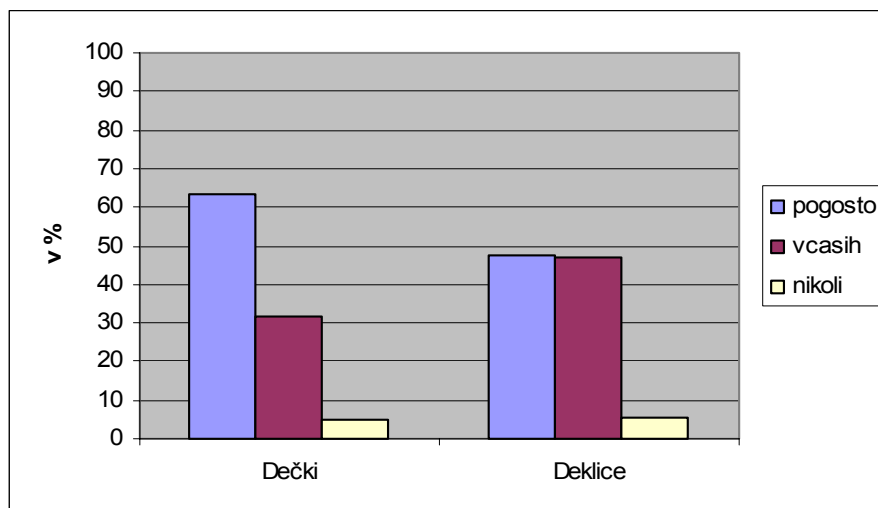


Tabela II.21: Ukvarjanje s športom v prostem času (glede na spol)

Ukvarjam se s športom	Dečki	Deklice	Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
Pogosto (%)	63,62	47,27		
Včasih (%)	31,46	47,01	22,50	0,00
Nikoli (%)	4,93	5,71		

6.3 Analiza stanja prehranjenosti otrok

6.3.1 Stanje prehranjenosti

Stanje prehranjenosti otrok smo analizirali s pomočjo dveh metod. Prva je bila ocena zdravnika, t. i. subjektivna ocena. Druga ocena pa je temeljila na indeksu telesne mase (ITM).

Subjektivna ocena ali ocena zdravnika opredeljuje tri skupine stanja prehranjenosti: asteničnost ali podhranjenost, normalno prehranjenost in prekomerno prehranjenost. Zdravnik na podlagi lastne presoje postavi posameznika v določeno skupino stanja prehranjenosti.

Indeks telesne mase (ITM) je razmerje med telesno težo in dvakratnim produktom telesne višine:

$$ITM = \frac{TT[kg]}{TV^2[m]}.$$

ITM tabela (BMI chart: Cole, Freeman, & Preece, 1995; Preece, Freeman, & Cole, 1996), iz katere smo izhajali, je pripomoček za natančno in objektivno določitev otrokovega stanja prehranjenosti.

Po izračunu ITM-ja za vsakega posameznika smo na podlagi ITM tabele določili, v katero skupino se uvršča posameznik. ITM tabela, ki jo pri svoji oceni uporabljajo tudi zdravniki, je prilagojena letom in spolu otroka. Glede na to, da proučujemo dve starostni skupini, smo oblikovali kriterije, ki ustrezajo otrokom, starim 10 in 13 let. Tabela ITM določa štiri kategorije stanja prehranjenosti: asteničnost ali podhranjenost, normalno prehranjenost, prekomerno prehranjenost in debelost. Ocena temelji na centilnih vrednostih, nad 98 centilov pomeni, da je otrok debel, nad 91 centilov pomeni, da je otrok prekomerno prehranjen, pod dvema centiloma pomeni, da je otrok podhranjen in vrednost med dvema centiloma in 91 pomeni, da je otrok normalno prehranjen.

Na podlagi centilnih vrednosti so bili oblikovani naslednje kriteriji za oceno stanja prehranjenosti otrok (tabela II.22, II.23, II.24, II.25):

Tabela II.22: Kriteriji za oceno stanja prehranjenosti za 10-letnega dečka

10-leten deček	ITM
Podhranjenost	do 13,7
Normalna prehranjenost	od 13,7 do 19,4
Prekomerna prehranjenost	od 19,4 do 21,8
Debelost	od 21,8 dalje

Tabela II.23: Kriteriji za oceno stanja prehranjenosti za 10-letne deklice

10-letna deklica	ITM
Podhranjenost	do 13,6
Normalna prehranjenost	od 13,6 do 20,3
Prekomerna prehranjenost	od 20,3 do 22,9
Debelost	od 22,9 dalje

Tabela II.24: Kriteriji za oceno stanja prehranjenosti za 13-letnega dečka

13-leten deček	ITM
Podhranjenost	do 14,8
Normalna prehranjenost	od 14,8 do 21,6
Prekomerna prehranjenost	od 21,6 do 24,3
Debelost	od 24,3 dalje

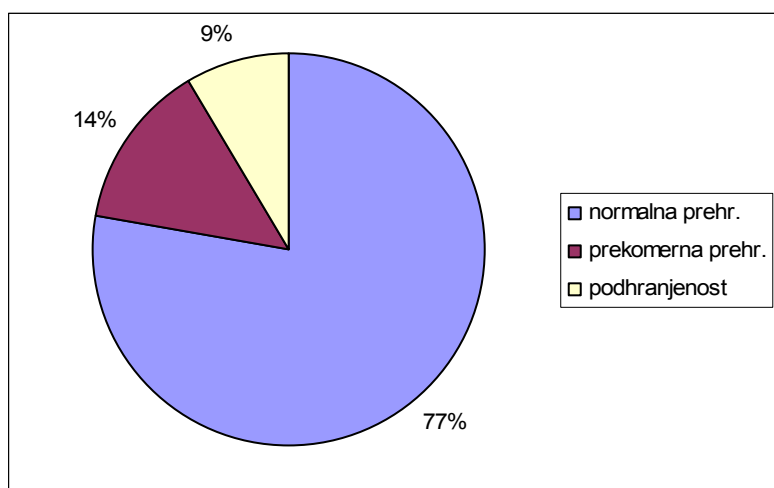
Tabela II.25: Kriteriji za oceno stanja prehranjenosti za 13-letne deklice

13-letna deklica	ITM
Podhranjenost	do 15,0
Normalna prehranjenost	od 15,0 do 22,8
Prekomerna prehranjenost	od 22,8 do 25,6
Debelost	od 25,6 dalje

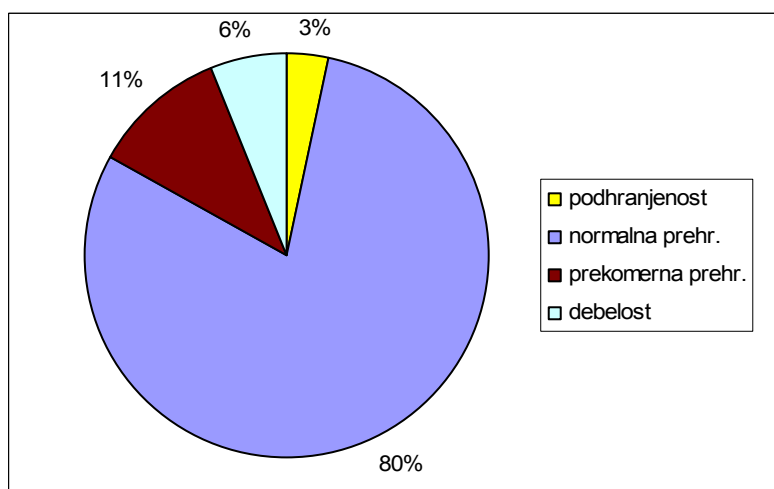
S pomočjo subjektivne in objektivne metode smo določili deleže otrok glede na stanje prehranjenosti.

6.3.1.1 Stanje prehranjenosti otrok glede na subjektivno in objektivno oceno

Slika II.33: Stanje prehranjenosti otrok po subjektivni oceni

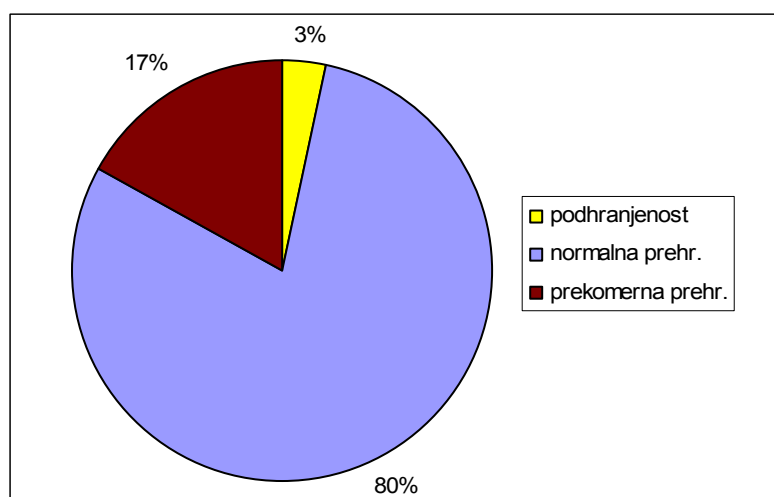


Slika II.34: Stanje prehranjenosti otrok po objektivni oceni



Glede na dejstvo, da je direktna primerjava subjektivne in objektivne ocene nemogoča, če so po prvi metodi klasificirane tri kategorije stanja prehranjenosti in po drugi štiri, smo kategoriji prekomerno prehranjenost in debelost združili v eno t. i. prekomerno prehranjenost in tako dobili tri skupine kot pri subjektivni metodi.

Slika II.35: Stanje prehranjenosti otrok po objektivni oceni (po združitvi skupine prekomerne prehranjenosti in debelosti)



6.3.1.2 Primerjava subjektivne in objektivne metode ocenjevanja stanja prehranjenosti

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti, glede na **subjektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 438
- n (prekomerna prehr.) = 77
- n (podhranjeni) = 48

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti, glede na **objektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 450
- n (prekomerna prehr.) = 95
- n (podhranjeni) = 18

Rezultati rednih sistematičnih pregledov mladine ne kažejo, da bi imela mladina večje težave s prekomerno telesno težo, toda delež slabo hranjenih (tako prekomerno prehranjenih in debelih kot tistih s prenizko telesno težo) se je v obdobju od 1987 do 2002 značilno povečal in je v letu 2002 zajemal 12% mladine (Brcar, 2005). Prav tako se je povečal delež dobro hranjenih učencev (tistih s primerno težo za starost in spol) in je v letu 2002 predstavljal 78% pregledanih. Podatki Zdravstvenega statističnega

letopisa IVZ RS kažejo, da delež slabo hranjenih otrok narašča s starostjo (Gabrijelčič-Blenkuš, 2005). V letu 2002 je bilo pred vstopom v šolo slabo hranjenih 8,4% otrok, 13,6% osnovnošolcev in 13,7% srednješolcev. Po podatkih Strela in sodelavcev (2004) podatki kažejo na velik porast debelih učencev (iz povprečnih 0,6% leta 1983 na 6,3% leta 2003) in učenk (iz povprečnih 1,45% leta 1983 na 7,53% leta 2003) v starostnem obdobju med 7. in 10. letom. Raziskava prikazuje tudi, da se pri učenkah povečuje število tistih z izjemno nizko telesno težo in premalo količino varovalnega podkožnega maščevja.

Primerjava subjektivne ocene in objektivne ocene kaže, da se ocena stanja prehranjenosti po prvi in drugi metodi statistično značilno razlikuje ($P = 0,00$) (tabela II.26).

Tabela II.26: Primerjava subjektivne ocene in objektivne ocene

Subjektivna ocena	Objektivna ocena			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Podhranjenost	Normalna prehr.	Prekomerna prehr.		
Normalna prehr.	38,80%	87,10%	41,05%	263,1	0,00
Prekomerna prehr.	0%	4,70%	58,90%		
Podhranjenost	61,10%	8,20%	0%		
Skupaj	100%	100%	100%		

38,9% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. Le 61,1% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so jih tudi zdravniki uvrstili med podhranjene.

87,1% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 4,7% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so jih zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene. 8,2% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so jih zdravniki uvrstili med podhranjene.

41,1% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 58,95% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so jih tudi zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene.

Ugotovitve kažejo, da je najmanj razlik med ocenama pri normalni prehranjenosti, saj je 87% otrok pravilno uvrščenih. Največja odstopanja so pri podhranjenosti, kjer je pravilno uvrščenih 61% otrok, kar 39% otrok pa so zdravniki uvrstili med normalne, čeprav se po objektivni metodi uvrščajo med podhranjene. Podobna odstopanja so tudi pri prekomerni prehranjenosti, kjer je pravilno uvrščenih 59% otrok, kar 41%, ki so se uvrstili po objektivni metodi med prekomerno prehranjene, so jih zdravniki uvrstili med normalno prehranjene.

Opazna je tendenca, da zdravniki raje uvrščajo otroke med normalno prehranjene. Da bi se izognili možnim napakam pri oceni, v katero skupino stanja prehranjenosti otrok spada, so začeli v Sloveniji postopno uveljavljati nov način vrednotenja podatkov. Do sedaj so zdravniki in medicinske sestre ocenjevali stanje prehranjenosti otrok na sistematičnih pregledih subjektivno in so si le delno pomagali z ITM tabelami. Da bi lažje spremljali sistematske preglede v otroških in šolskih dispanzerjih in da bi z računalnikom lahko obdelali čim več administrativnih in medicinskih podatkov o otroku, so v Sloveniji razvili celovit informacijski sistem za spremljanje sistematičnih pregledov. Računalniški program sam izračuna na podlagi vnesenih vrednosti, v katero skupino stanja prehranjenosti otrok spada. Tak način ocenjevanja nam pove veliko več kot dosedanji, lažje pa so tudi primerjave s prejšnjim stanjem (Sistematični pregledi predšolskih in šolskih otrok, 2005).

Ker so razlike med subjektivno in objektivno oceno tako različne, smo ugotavljali, ali obstajajo razlike tudi po posameznih področjih.

Razlike med subjektivno in objektivno oceno pri **gorenjskem področju** so statistično značilne ($P = 0,00$) (tabela II.27).

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **subjektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 45 (88,24%)
- n (prekomerna prehr.) = 6 (11,76%)

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **objektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 45 (88,24%)
- n (prekomerna prehr.) = 6 (11,76%)

Tabela II.27: Primerjava subjektivne ocene in objektivne ocene na gorenjskem področju

Subjektivna ocena	Objektivna ocena		Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Normalna prehr.	Prekomerna prehr.		
Normalna prehr.	95,00%	33,30%	19,70%	0,00
Prekomerna prehr.	4,40%	66,70%		
Skupaj	100%	100%		

95,6% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 4,4% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene. 33,3% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 66,7% otrok, ki so bili po objektivni

metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene.

Primerjava podkožnega maščevja pri učencih in učenkah do 15. leta starosti med dvanajstimi slovenskimi pokrajinami med leti 1990 in 2000 je pokazala, da imajo v povprečju učenci in učenke skoraj v vseh pokrajinah leta 2000 večjo količino podkožnega maščevja od republiškega povprečja leta 1990, razen učenke notranjsko-kraške in zasavske pokrajine. Ugotovitve raziskave so pokazale, da ima do 15. leta starosti v povprečju najmanjšo količino podkožnega maščevja poleg podravske, savinjske, koroške in pomurske pokrajine ravno gorenjska pokrajina. Najmanj se je povečalo podkožno maščevje v preteklih desetih letih pri učencih in učenkah gorenjske pokrajine, notranjsko-kraške ter zasavske pokrajine (Strel in sod., 2003). V naši raziskavi je delež prekomerno hranjenih otrok najmanjši v gorenjskem področju (poleg primorskega področja), prav tako smo ugotovili, da je delež normalno hranjenih največji v gorenjskem področju (slika II.29).

Razlike med subjektivno in objektivno oceno pri **primorskem področju** so statistično značilne ($P=0,00$) (tabela II.28).

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **subjektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 61 (65,59%)
- n (prekomerna prehr.) = 16 (17,2%)
- n (podhranjeni) = 16 (17,2%)

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **objektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 79 (84,95%)
- n (prekomerna prehr.) = 11 (11,83%)
- n (podhranjeni) = 3 (3,23%)

Tabela II.28: Primerjava subjektivne ocene in objektivne ocene na primorskem področju

Subjektivna ocena	Objektivna ocena			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Podhranjenost	Normalna prehr.	Prekomerna prehr.		
Normalna prehr.	33,30%	70,90%	36,40%	24,3	0,00
Prekomerna prehr.	0%	11,40%	63,60%		
Podhranjenost	66,70%	17,70%	0%		
Skupaj	100%	100%	100%		

33,3% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so jih zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 66,7% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so jih tudi zdravniki uvrstili med podhranjene. 70,9% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so jih tudi zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 11,4% otrok, ki so bili po objektivni metodi

uvrščeni med normalno prehranjene, so jih zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene. 17,7% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med podhranjene. 36,4% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 63,6% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene.

Raziskava Strela in sodelavcev (2003) je pokazala, da imajo do 15. leta starosti v povprečju največjo količino podkožnega maščevja tudi na Obalno-kraškem. Prav tako je na tem območju zaznati največje povečanje podkožnega maščevja v preteklih desetih letih. Ta ugotovitev se ne ujema z našo, kjer smo ugotovili, da ima primorsko področje najnižji delež prekomerno prehranjenih otrok (slika II.29).

Razlike med subjektivno in objektivno oceno pri **štajersko-koroškem področju** so statistično značilne ($P=0,00$) (tabela II.29).

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **subjektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 179 (75,2%)
- n (prekomerna prehr.) = 32 (13,45%)
- n (podhranjeni) = 27 (11,34%)

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **objektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 184 (77,31%)
- n (prekomerna prehr.) = 41 (17,23%)
- n (podhranjeni) = 13 (5,46%)

Tabela II.29: Primerjava subjektivne ocene in objektivne ocene na štajersko-koroškem področju

Subjektivna ocena	Objektivna ocena			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Podhranjenost	Normalna prehr.	Prekomerna prehr.		
Normalna prehr.	38,50%	85,90%	39,00%	129,3	0,00
Prekomerna prehr.	0%	3,80%	61,00%		
Podhranjenost	61,50%	10,30%	0%		
Skupaj	100%	100%	100%		

38,5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 61,5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so tudi zdravniki uvrstili med podhranjene. 85,9% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 3,8% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene. 10,3% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med podhranjene. 39,0% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 61,0% otrok,

ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene.

Kot smo že omenili, je štajerska regija uvrščena med pokrajine, kjer imajo učenci in učenke do 15. leta starosti v povprečju najmanjšo količino podkožnega maščevja (Strel in sod., 2003). Največje povečanje podkožnega maščevja v preteklih desetih letih je v povprečju zaznati tudi pri učencih in učenkah pomurske pokrajine. V naši raziskavi je ugotovljeno nasprotno, saj smo ugotovili, da je štajersko-kraško področje (skupaj z Ljubljano) na drugem mestu po deležu prekomerno hranjenih otrok. Na prvem mestu pa smo ugotovili, da je dolenjsko področje (slika II.29).

Stanje prehranjenosti koroških otrok v dveh opazovalnih obdobjih: 1992/93 in 1997/98 kaže, da je bilo v šolskem letu 1992/93 slabo prehranjenih 16% šolarjev, v Sloveniji 14%, v letu 97/98 pa 13%, v Sloveniji 14%. Na Koroškem je imelo malico 98% šolarjev, kosilo pa le 26% (povprečje v Sloveniji 30%). Zajtrk je imelo 62% šolarjev v tretjem razredu (v primerjavi s 53% tretješolci v Ljubljani). V petem razredu je imelo zajtrk 52% šolarjev, v sedmem le 48%. Tretjina šolarjev je imelo več kot tri dnevne obroke hrane, manj kot tri dnevne obroke pa 7% šolarjev (Horvat, Kadiš, & Sovič, 2002). Uravnoteženo in redno prehranjevanje ima velik vpliv na normalen telesni razvoj in na normalno prehranjenost.

Razlike med subjektivno in objektivno oceno pri **dolenjskem področju** so statistično značilne ($P = 0,00$) (tabela II.30).

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **subjektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 88 (83,02%)
- n (prekomerna prehr.) = 17 (16,04%)
- n (podhranjeni) = 1 (0,94%)

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **objektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 81 (76,42%)
- n (prekomerna prehr.) = 24 (22,64%)
- n (podhranjeni) = 1 (0,94%)

Tabela II.30: Primerjava subjektivne ocene in objektivne ocene na dolenskem področju

Subjektivna ocena	Objektivna ocena			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Podhranjenost	Normalna prehr.	Prekomerna prehr.		
Normalna prehr.	100,00%	96,30%	37,50%	49,8	0,00
Prekomerna prehr.	0%	2,50%	62,50%		
Podhranjenost	0,00%	1,20%	0%		
Skupaj	100%	100%	100%		

Vse otroke (100%), ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 96,3% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 2,5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene. 1,2% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med podhranjene. 37,5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 62,5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene.

Po podatkih športnovzgojnega kartona (Strel in sod., 2003) spada med pokrajine, kjer je prišlo do največjega povečanja podkožnega maščevja v preteklih desetih letih pri učencih in učenkah, tudi jugovzhodna Slovenija. V tem območju Slovenije je količina podkožnega maščevja pri osnovnošolcih največja. Ta ugotovitev se ujema z našo, saj smo ugotovili, da je največ otrok s prekomerno težo na dolenskem področju.

Razlike med subjektivno in objektivno oceno pri **Ljubljani** so statistično značilne ($P = 0,00$) (tabela II.31).

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **subjektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 64 (86,49%)
- n (prekomerna prehr.) = 6 (8,12%)
- n (podhranjeni) = 4 (5,41%)

Število otrok v posamezni kategoriji stanja prehranjenosti glede na **objektivno oceno**:

- n (normalna prehr.) = 60 (81,08%)
- n (prekomerna prehr.) = 13 (17,57%)
- n (podhranjeni) = 1 (1,35%)

Tabela II.31: Primerjava subjektivne ocene in objektivne ocene v Ljubljani.

Subjektivna ocena	Objektivna ocena			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Podhranjenost	Normalna prehr.	Prekomerna prehr.		
Normalna prehr.	0%	93,30%	61,50%	37,3	0,00
Prekomerna prehr.	0%	1,70%	38,50%		
Podhranjenost	100,00%	5,00%	0%		
Skupaj	100%	100%	100%		

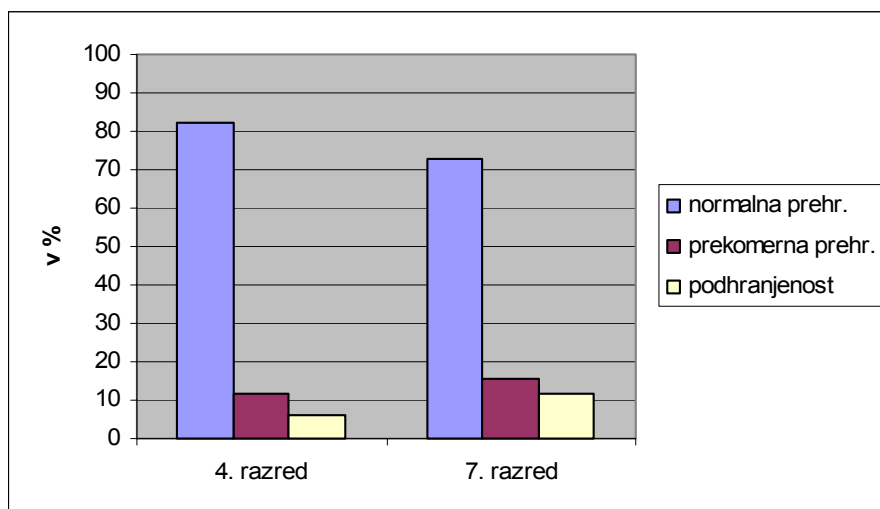
Vse otroke (100%), ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med podhranjene, so tudi zdravniki uvrstili med podhranjene. 93,3% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 1,7% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene. 5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med normalno prehranjene, so zdravniki uvrstili med podhranjene. 61,5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so zdravniki uvrstili med normalno prehranjene. 38,5% otrok, ki so bili po objektivni metodi uvrščeni med prekomerno prehranjene, so tudi zdravniki uvrstili med prekomerno prehranjene.

Glede prehranskih navad med ljubljanskimi osnovnošolci je bilo v raziskavi Medvedove in sodelavcev (1998) ugotovljeno, da 40% učencev redno zajtrkuje, 25% zgolj enkrat ali nikoli v tednu, tri in več obrokov dnevno zaužije 79% anketiranih osnovnošolcev, sadje in zelenjavo vsak dan redno uživa več kot 70% vprašanih. Mladostniki neredno uživajo glavne obroke hrane, saj: med tednom redno zajtrkuje le 40% osnovnošolcev in samo 38% dijakov, vsak dan med tednom poje kosilo 83% osnovnošolcev in 74% dijakov ter redno med tednom večerja le 53% osnovnošolcev ter 49% dijakov (Podkrajšek & Uršič, 2005). Ti podatki niso nič kaj spodbudni, saj kažejo na pretežno nezdravo prehranjevanje slovenskih otrok, kar vodi do naraščanja slabo prehranjenih otrok. Izpostavljanje nezdravi prehrani pa lahko povzročajo številne zdravstvene zaplete, ki se v mladosti najpogosteje kažejo v obliki debelosti. Če dodamo še dejavnik pomanjkanja gibalne/športne aktivnosti, dobimo idealno kombinacijo za pojav srčno-žilnih bolezni že zelo zgodaj v odraslosti.

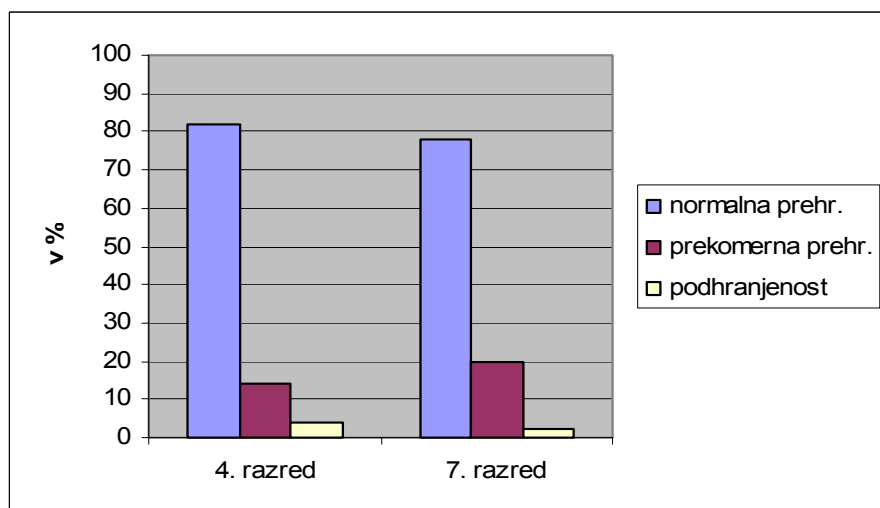
6.3.1.3 Primerjava razlik med obema metodama glede na razred, spol in krajevno področje

Ugotovili smo statistično značilne razlike med subjektivno metodo in razredom ($P = 0,019$) (slika II.36), nismo pa ugotovili razlik med objektivno metodo in razredom (slika II.37). To je ponoven dokaz, da metodi nista usklajeni in da zdravniki ne ocenjujejo stanja prehranjenosti po kriterijih.

Slika II.36: Stanje prehranjenosti po subjektivni oceni (glede na razred)



Slika II.37: Stanje prehranjenosti po objektivni oceni (glede na razred)

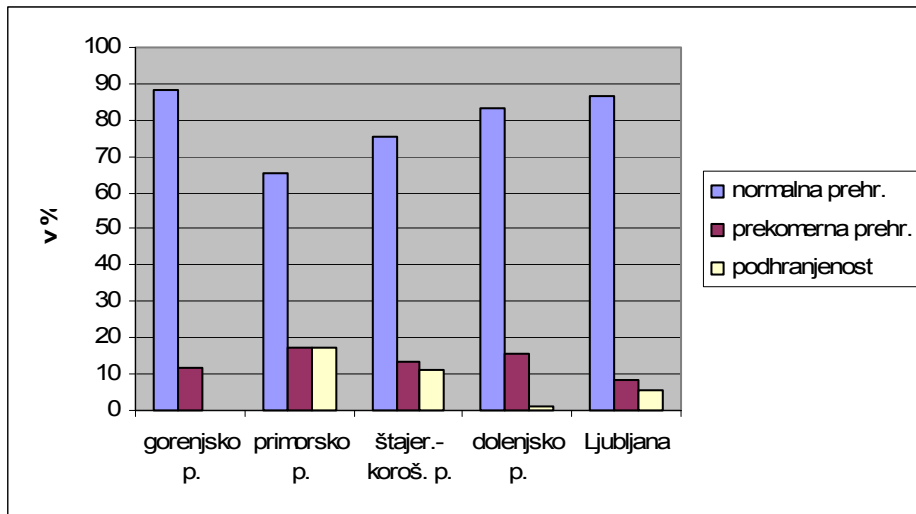


Če primerjamo zgornji sliki (II.36 in II.37), so razvidna večja odstopanja v sedmem razredu kot četrtem. Po oceni zdravnika je približno 70% otrok sedmega razreda normalno hranjenih, po objektivni metodi pa skoraj 80%. Opazna so tudi odstopanja pri prekomerno hranjenih otrocih sedmega razreda, kjer je po oceni zdravnika malo nad 15% otrok prekomerno težkih, po objektivni metodi pa kar 20%. Še bolj očitne so razlike pri podhranjenih otrocih sedmega razreda, kjer je po oceni zdravnika dobrih 10% otrok podhranjenih, medtem ko sta po objektivni metodi podhranjena zgolj okoli 2% otrok.

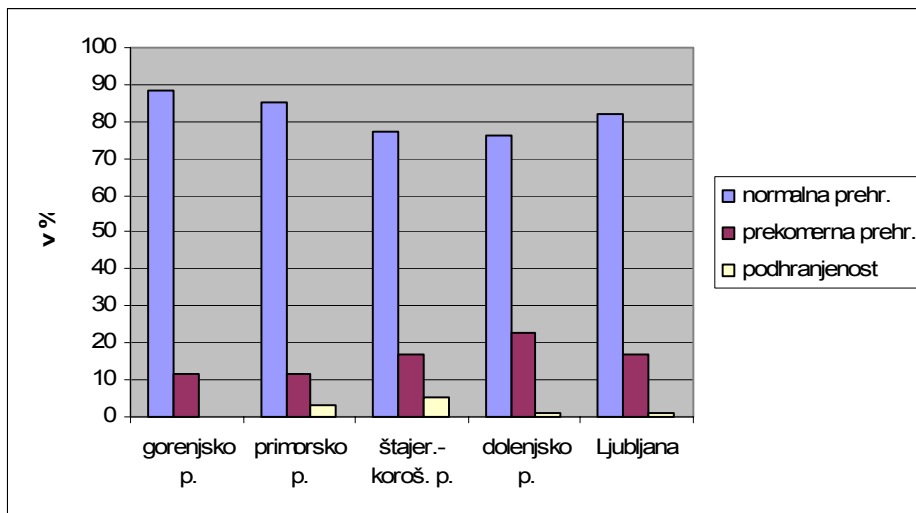
Razvidno je tudi povečevanje telesne teže s starostjo. Otrok 4. razreda, ki so prekomerno težki, je približno 12% (po objektivni oceni), v sedmem razredu je takih že 20%.

Razlike med subjektivno metodo ter področji so statistično značilne ($P = 0,00$) (slika II.38), nismo pa ugotovili razlik med objektivno metodo in področji (slika II.39).

Slika II.38: Stanje prehranjenosti po subjektivni oceni (glede na področje)



Slika II.39: Stanje prehranjenosti po objektivni oceni (glede na področje)



Pri primerjavi zgornjih slik (II.38 in II.39) so najbolj očitne razlike pri primorskem področju, kjer naj bi bilo po oceni zdravnika samo 65% otrok normalno hranjenih. Gledano zgolj iz subjektivnega zornega kota bi to pomenilo, da so primorski otroci v povprečju najslabše hranjeni. Iz objektivnega zornega kota pa je slika popolnoma drugačna. Primorski otroci se uvrščajo, poleg gorenjskega področja, med najbolj zdravo hranjene. Kar 85% primorskih otrok je normalno prehranjenih. Razlike med obema ocenama so očitne tudi pri drugih dveh kategorijah. Po oceni zdravnika je prekomerno hranjenih in podhranjenih 18% primorskih otrok. Po objektivni oceni pa je prekomerno hranjenih dobrih 10% primorskih otrok, podhranjenih pa okoli 3% otrok.

Razlike so očitne tudi pri dolenskem področju. Po objektivni oceni so otroci dolenskega področja najslabše prehranjeni. Izmed vseh krajevnih področij je v dolenskem področju najmanj normalno hranjenih otrok in največ prekomerno hranjenih otrok. 77% dolenskih otrok je normalno hranjenih. Po subjektivni oceni pa je normalno hranjenih 84% otrok, kar uvršča dolensko področje na tretje mesto po najboljši prehranjenosti. Zelo očitne so razlike tudi pri prekomerno hranjenih dolenskih otrocih, kjer po subjektivnem kriteriju pade v to kategorijo 17% otrok, medtem ko po objektivnem kriteriju 22%.

Precej opazne so tudi razlike pri Ljubljani, kjer izstopata predvsem kategorija prehranjenosti in podhranjenosti. Po subjektivnem kriteriju je prekomerno hranjenih okoli 8% otrok, po objektivnem pa kar 18%. Tudi v kategoriji podhranjenih otrok so razlike očitne. Po subjektivnem kriteriju je podhranjenih 5% ljubljanskih otrok, po objektivnem pa samo dober 1%.

Primerjava ocen po štajersko-koroškem področju kaže, da je po subjektivni oceni prekomerno hranjenih otrok 12%, po objektivni pa 18%. Podhranjenih je po subjektivni oceni 11%, po objektivni pa 5%. To kaže na nekonsistentnost med obema kriterijema.

Najmanj razlik med obema kriterijema je pri gorenjskem področju. Po obeh kriterijih se uvrščajo gorenjski otroci med najboljše prehranjene. Po obeh kriterijih je skoraj 90% gorenjskih otrok normalno hranjenih. Po obeh kriterijih je med gorenjskimi otroci prekomerno prehranjenih okoli 10% otrok. To uvršča gorenjske otroke (skupaj s primorskimi) po objektivnem kriteriju na zadnje mesto po prekomerno hranjenih otrocih.

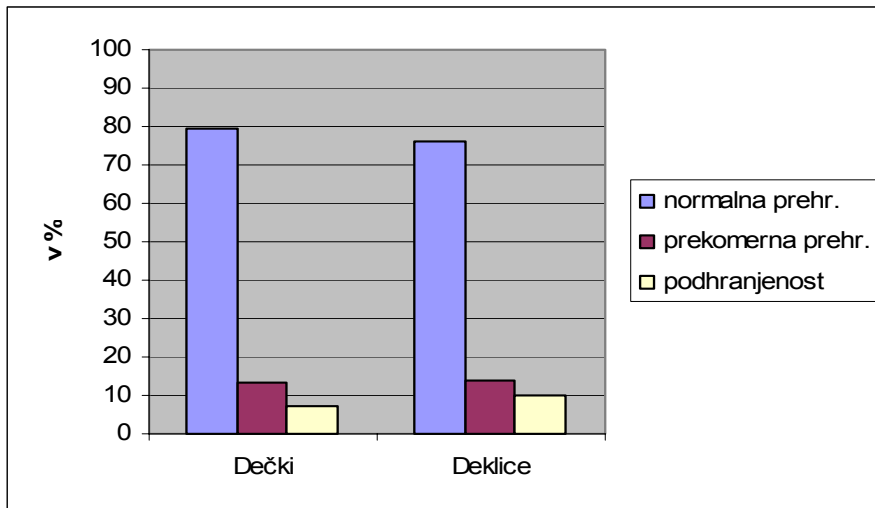
Naša analiza je pokazala veliko slabost subjektivnega kriterija, ker so se pokazale tako očitne razlike po stanju prehranjenosti po posamezni področju. Razlike se ne kažejo v enakem razmerju pri vseh področjih. Tako je subjektivna ocena stanja prehranjenosti gorenjskih otrok skoraj enaka objektivni oceni, če pa pogledamo primorsko in dolensko področje, so razlike očitne. Rezultati objektivnega kriterija so lahko sicer zavajajoči, saj otroci, ki imajo relativno več mišične mase, po objektivnem kriteriju lahko padejo v kategorijo prekomerno prehranjenih, toda zaradi tako očitnih razlik, ki so se pokazale pri zgornjih primerjavah in zgornjih dveh slikah, menimo, da je objektivni kriterij boljši.

Razvidno je (slika II.39), da so najboljše prehranjeni otroci iz gorenjskega in primorskega področja, najslabše pa otroci iz dolenskega področja. Te ugotovitve se deloma ujemajo z raziskavo Strela in sodelavcev (2003), kjer podatki kažejo, da imajo do 15. leta starosti v povprečju najmanjšo količino podkožnega maščevja otroci iz gorenjske pokrajine. Otroci iz primorskega področja pa po podatkih iz športnovzgojnega kartona padejo v povprečju med tiste, kjer je največja količina podkožnega maščevja. Glede dolenskega področja se naše ugotovitve ujemajo z

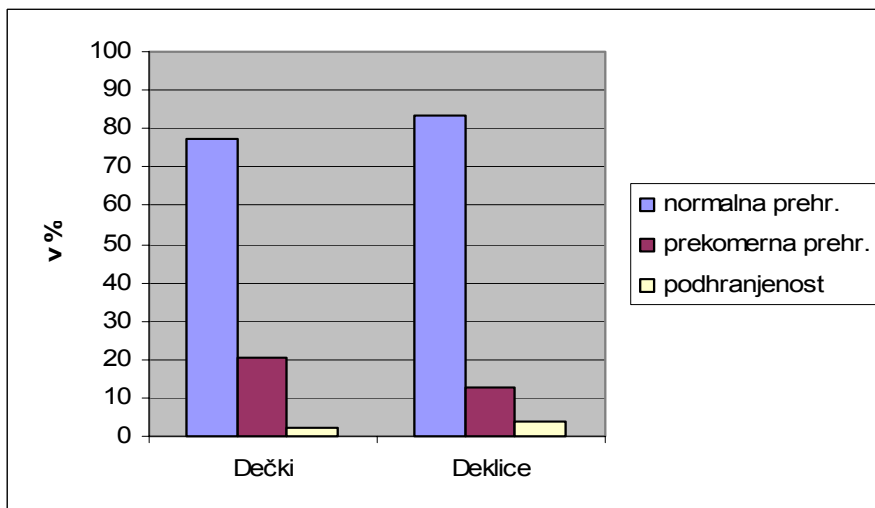
raziskavo Strela in sodelavcev, saj je ugotovil, da spada dolensko področje med tiste, kjer je količina podkožnega maščevja največja in da je prav v tem območju prišlo do največjega povečanja podkožnega maščevja pri otrocih v preteklih desetih letih.

Pri ugotavljanju razlik med subjektivno metodo in spolom nismo ugotovili statistično značilnih razlik (slika II.40). Ugotovili pa smo razlike med objektivno metodo ter spolom ($P = 0,035$) (slika II.41).

Slika II.40: Stanje prehranjenosti po subjektivni oceni (glede na spol)



Slika II.41: Stanje prehranjenosti po objektivni oceni (glede na spol)



Iz zgornjih dveh slik (II.40 in II.41) je razvidna očitna razlika, saj so po subjektivni oceni ali oceni zdravnika deklice slabše prehranjene kot dečki. Delež normalno prehranjenih dečkov je 80%, delež normalno prehranjenih deklic pa 77%. Po objektivnem kriteriju je slika popolnoma drugačna. Tukaj so deklice očitno boljše

prehranjene od dečkov. Delež normalno prehranjenih dečkov je 78%, delež normalno prehranjenih deklic pa 83%.

Prav tako so očitne razlike med dečki in deklicami v kategoriji prekomerno prehranjenih. Po subjektivni oceni (slika II.40) je delež prekomerno težkih deklic enak deležu dečkov. Po objektivni metodi pa je delež prekomerno težkih deklic, primerjalno gledano, med slikama enak (12%), gledano samo iz slike II.41, pa je bistveno manj prekomerno težkih deklic kot dečkov (20%).

Razlike med podhranjenimi dečki in deklicami kažejo, da je več presuhih deklic kot dečkov (II.40 in II.41). Po subjektivni oceni je bistveno več dečkov (8%) in deklic (10%), ki so presuhi, po objektivni oceni pa je delež dečkov (2%) in deklic (3%), ki so podhranjeni, bistveno nižji.

6.4 Stanje prehranjenosti v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

Pri testiranju hipoteze »H₁1: Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, so bolj gibalno/športno aktivni« smo našli sledeče spremenljivke, ki so povezane z odvisno spremenljivko »Stanje prehranjenosti«.

Pri ugotavljanju razlik med subjektivno oceno stanja prehranjenosti in neštevilskimi spremenljivkami gibalne/športne aktivnosti nismo ugotovili statistično značilnih razlik. Toda pri spremenljivki: »Ukvarjanje s športom v prostem času« smo ugotovili stopnjo značilnosti $P = 0,074$ (tabela II. 32), kar je na meji statistične značilnosti (slika II. 42).

Slika II.42: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo (glede na subjektivno oceno stanja prehranjenosti)

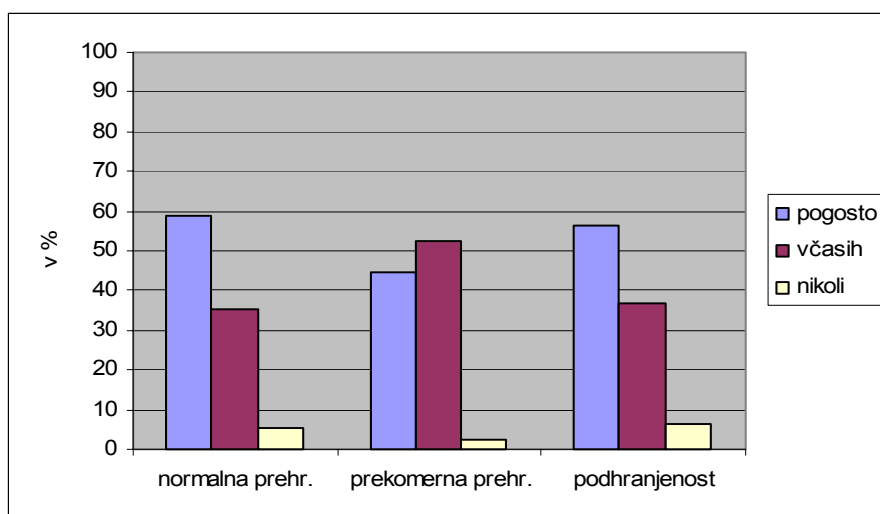


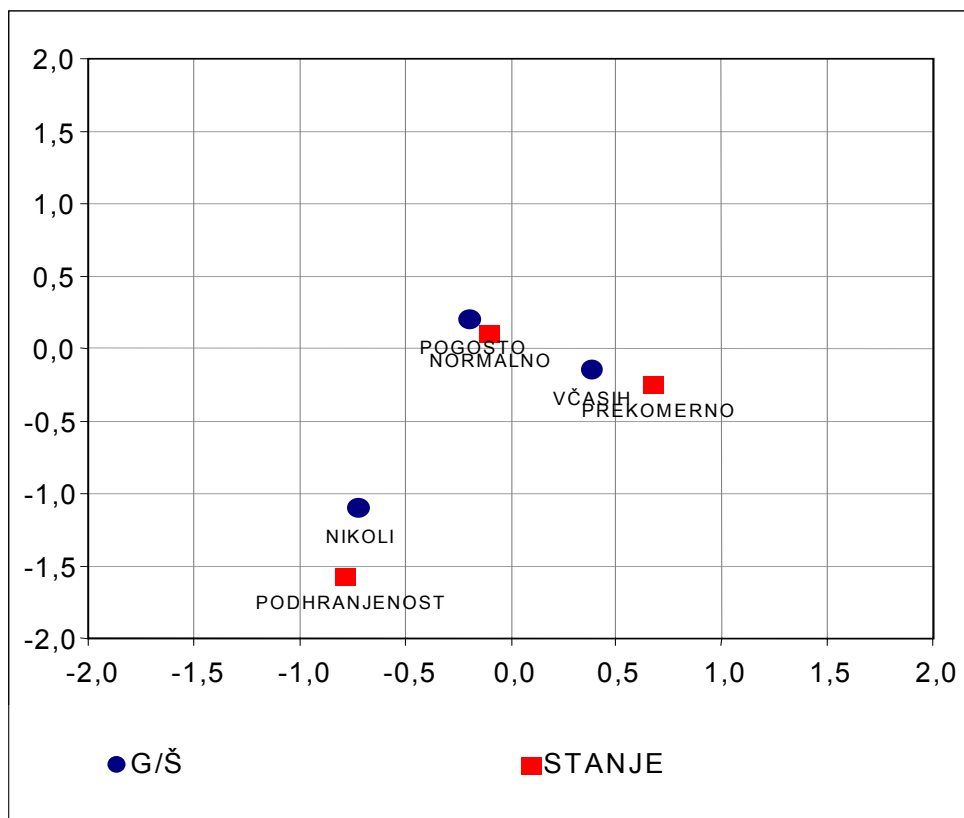
Tabela II.32: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo (glede na subjektivno oceno stanja prehranjenosti)

Subjektivno stanje prehranjenosti	Ukvarjanje s športom v prostem času (N)			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Pogosto	Včasih	Nikoli		
Normalna preh.	254	153	24	8,52	0,074
Prekomerna prehr.	34	40	2		
Podhranjenost	26	17	3		

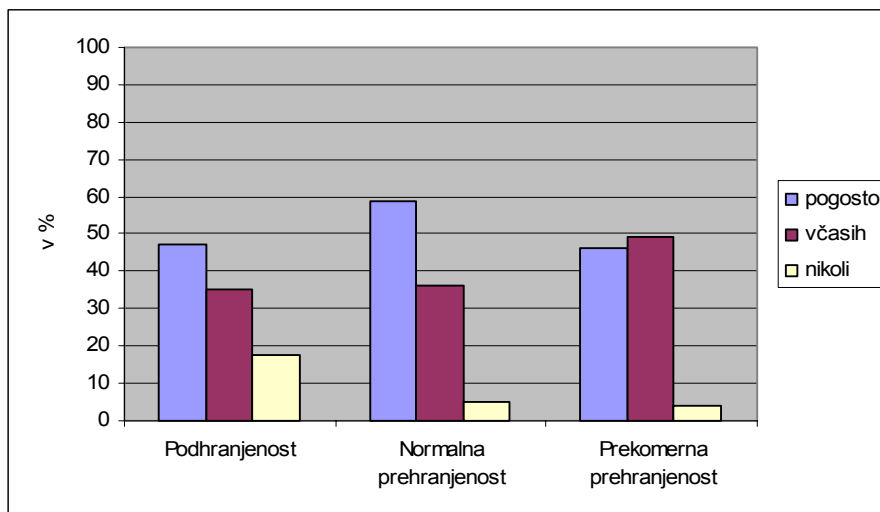
Iz zgornje slike (II.42) je razvidno, da se najpogosteje ukvarjajo s športom otroci, ki so normalno prehranjeni. Med temi je skoraj 60% otrok, ki se pogosto ukvarjajo s športom, približno 35% je takih, ki so včasih športno aktivni in malo manj kot 6% se ne ukvarja s športom. Med otroki, ki so prekomerno prehranjeni, je skoraj 45% otrok, ki se pogosto ukvarjajo s športom, približno 53% je včasih športno aktivnih in malo manj kot 3% otrok se ne ukvarja s športom. Med otroki, ki so podhranjeni, je 56% otrok, ki se pogosto ukvarjajo s športom, 37% je včasih športno aktivnih in malo manj kot 7% je takih, ki se ne ukvarjajo s športom.

Pri ugotavljanju razlik med objektivno oceno stanja prehranjenosti in neštevilskimi spremenljivkami gibalne/športne aktivnosti smo ugotovili statistično značilne razlike pri dveh spremenljivkah: »Ukvarjanje s športom v prostem času« (pogosto, včasih, nikoli) ($P = 0,025$) (tabela II.33) (slika II.43 in slika II.44) in »Gibalna/športna aktivnost v šoli« ($P = 0,018$) (tabela II.34) (slika II.45 in II.46).

Slika II.43: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo (glede na objektivno oceno stanja prehranjenosti)



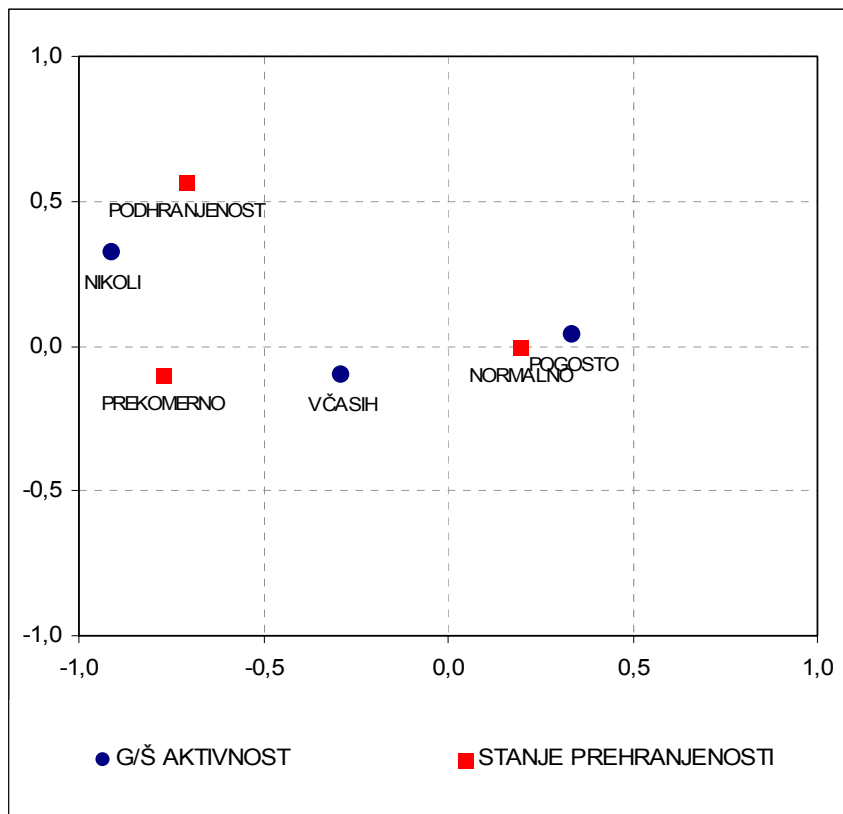
S pomočjo korespondenčne analize (slika II.43) smo ugotovili, da so otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, bolj pogosto gibalno/športno aktivni kot otroci, katerih stanje prehranjenosti odstopa od normalnega. Zgornja slika nakazuje na tri skupine. Prva potrjuje našo prvo hipotezo, da se otroci, ki so normalno prehranjeni, pogosto ukvarjajo s športom. Druga skupina nakazuje, da se otroci, ki so prekomerno prehranjeni, večinoma včasih ukvarjajo s športom in tretja skupina nakazuje, da se otroci, ki so podhranjeni, večinoma nikoli ne ukvarjajo s športom.

Slika II.44: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo (glede na objektivno oceno stanja prehranjenosti)**Tabela II.33:** Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo (glede na objektivno oceno stanja prehranjenosti)

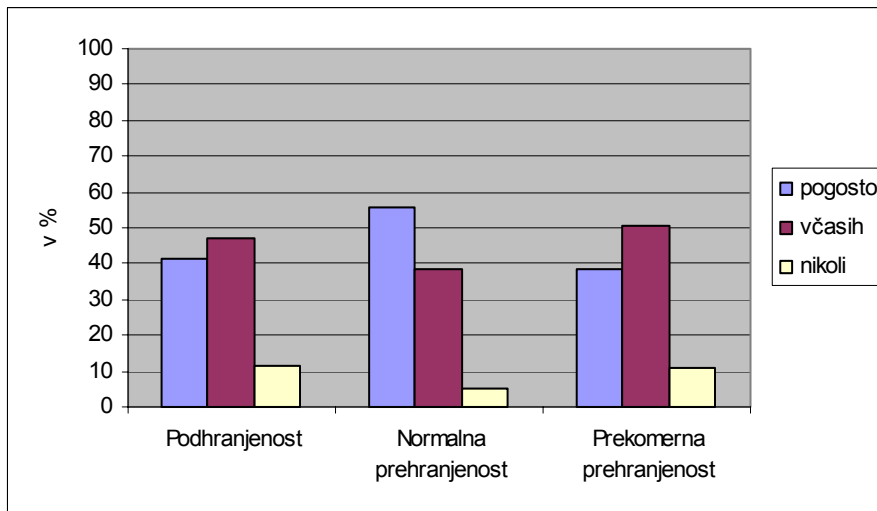
Objektivno stanje prehranjenosti	Ukvarjanje s športom v prostem času (N)			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Pogosto	Včasih	Nikoli		
Normalna preh.	262	161	23	11,15	0,025
Prekomerna prehr.	44	47	4		
Podhranjenost	8	6	3		

S pomočjo slike II.44 (tabela II.33) smo ponovno prikazali, da se otroci, ki so normalno prehranjeni, bolj pogosto ukvarjajo s športom kot otroci, ki so podhranjeni ali prekomerno hranjeni. Med otroki, ki so normalno prehranjeni, je skoraj 59% otrok, ki se pogosto ukvarjajo s športom, približno 36% je včasih športno aktivnih in 5% je takih, ki se ne ukvarjajo s športom. Med otroki, ki so prekomerno prehranjeni, je skoraj 46% otrok, ki se pogosto ukvarjajo s športom, približno 50% je včasih športno aktivnih in 4% je takih, ki se ne ukvarjajo s športom. Med otroki, ki so podhranjeni je 47% otrok, ki se pogosto ukvarjajo s športom, 35% je včasih športno aktivnih in slabih 18% je takih, ki se ne ukvarjajo s športom.

Slika II.45: Gibalna/športna aktivnost v šoli (glede na objektivno oceno stanja prehranjenosti)



S pomočjo korespondenčne analize (slika II.45) smo ugotovili, da so otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, bolj pogosto gibalno/športno aktivni v šoli kot otroci, katerih stanje prehranjenosti odstopa od normalnega. Ostale skupine iz zgornje slike težko določimo. Je pa razvidno, da so otroci, ki so podhranjeni, najbližje kategoriji nikoli nisem aktiven, otroci, ki so prekomerno prehranjeni, pa so najbližje kategoriji nikoli in včasih sem gibalno/športno aktiven.

Slika II.46: Gibalna/športna aktivnost v šoli (glede na objektivno oceno stanja prehranjenosti)**Tabela II.34:** Gibalna/športna aktivnost v šoli (glede na objektivno oceno stanja prehranjenosti)

Objektivno stanje prehranjenosti	Gibalna/športna aktivnost v šoli (N)			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Pogosto	Včasih	Nikoli		
Normalna preh.	243	168	23	11,87	0,018
Prekomerna prehr.	36	47	10		
Podhranjenost	7	8	2		

Iz slike II.46 in tabele II.34 je ponovno razvidno, da se otroci, ki so normalno prehranjeni, bolj pogosto ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo v šoli kot otroci, ki so podhranjeni ali prekomerno hranjeni. Med otroki, ki so normalno prehranjeni, je skoraj 56% otrok, ki so pogosto aktivni v šoli, približno 39% je včasih športno aktivnih in dobrih 5% je takih, ki niso gibalno/športno aktivni v šoli. Med otroki, ki so prekomerno prehranjeni, je skoraj 39% otrok, ki so pogosto aktivni v šoli, približno 50% je včasih športno aktivnih in malo manj kot 11% se ne ukvarja s športom v šoli. Med otroki, ki so podhranjeni, je 41% otrok, ki se pogosto ukvarjajo s športom v šoli, 47% je včasih gibalno/športno aktivnih v šoli in slabih 12% se ne ukvarja s športom v šoli.

Če ugotovitve na kratko povzamemo, ugotovimo, da so otroci, ki so normalno prehranjeni, tudi pogosteje gibalno/športno aktivni (slika II.42, II.43 in II.44). Največ prekomerno hranjenih otrok je aktivnih včasih. Največ podhranjenih otrok je zastopanih v skupini odgovorov, da niso nikoli aktivni. Otroci, ki so normalno prehranjeni, se bolj pogosto ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo v šoli kot otroci, ki so podhranjeni ali prekomerno hranjeni (slika II.45 in II.46).

Analiza je pokazala, da so pretežki otroci manj aktivni. To je logično, saj jim odvečna telesna masa preprečuje izvajanje intenzivnega in dolgotrajnega gibanja. Zakaj so

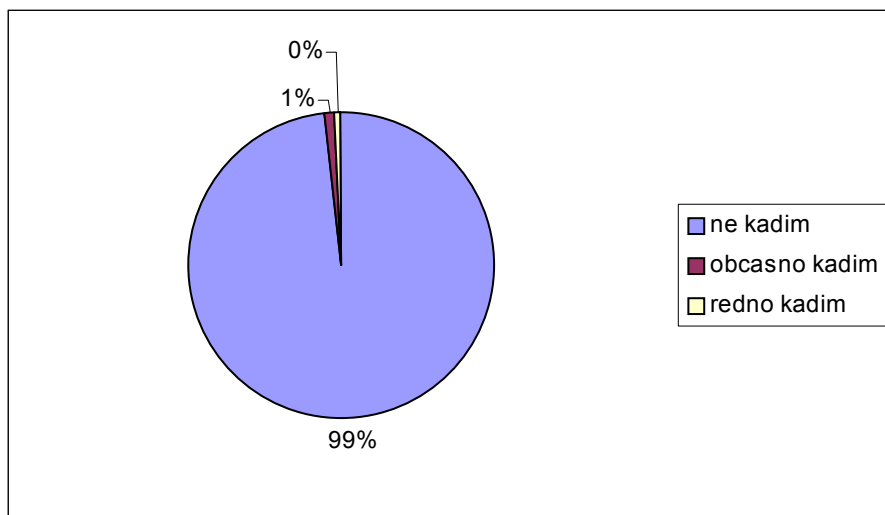
podhranjeni otroci tako malo aktivni, pa je težje odgovoriti v enem stavku, saj menimo, da je problem kompleksnejši. Razlogi so lahko različni, med drugim je lahko razlog slabša telesna pripravljenost, telesna šibkost, lahko je razlog psihološke narave ali pa je razlog okolje, v katerem je gibanje zapostavljeno.

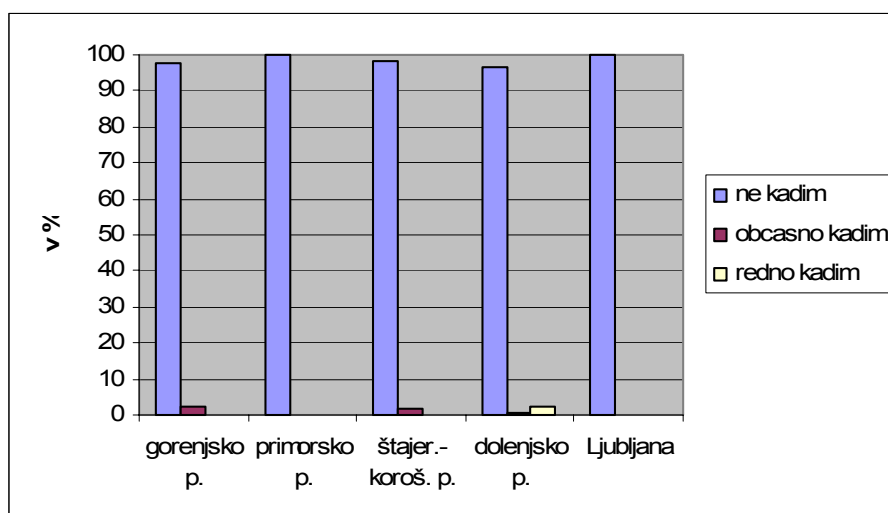
6.5 Droge v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

6.5.1 Kajenje, glede na razred, spol in krajevno področje

Na spodnji sliki (slika II.47) so prikazani deleži otrok glede navad o kajenju. Ko smo ugotavljali porazdelitev po razredih glede navad v kajenju, smo ugotovili, da ni bistvenih razlik med 4. in 7. razredom. Razvidno je, da je le minimalen delež otrok opredelilo lastno občasno (1%) ali redno kajenje (0,1%). 99% otrok je odgovorilo, da ne kadi. Pri ugotavljanju razlik med področji, razredom in spolom smo ugotovili statistično značilne razlike pri področju ($P = 0,03$) (slika II.48). Ločili smo tudi dečke in deklice in 4. in 7. razred ter ugotovili, da so razlike v področjih tudi pri dečkih 7. razreda ($P = 0,032$) (slika II.49). Med deklicami in dečki smo ugotovili, da je statistična značilnost glede kajenja na mejni vrednosti ($P = 0,06$) (slika II.50), pri razredu nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Slika II.47: Deleži otrok, ki redno, občasno ali ne kadijo

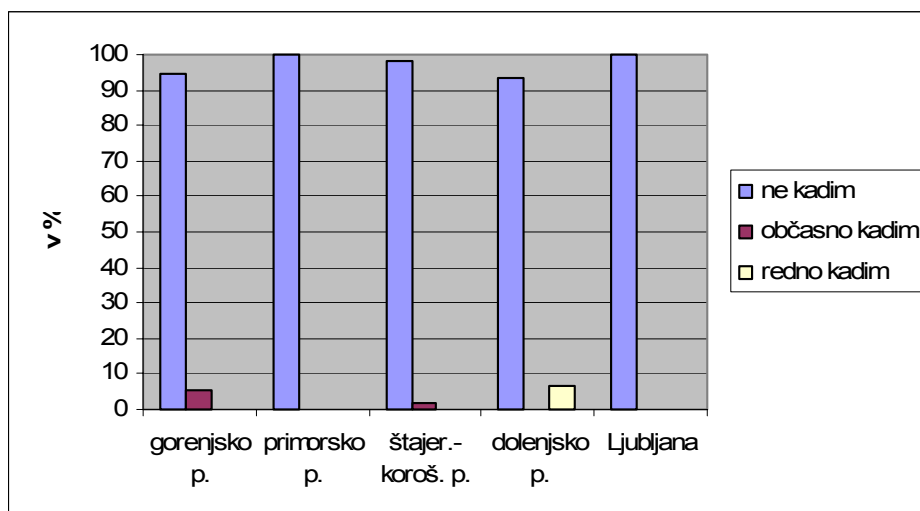


Slika II.48: Kajenje (glede na področje)

Na sliki II.48 se jasno vidijo razlike med področji glede kajenja. Najbolj izstopa dolensko področje, kjer je največ rednih kadilcev (3%). V ostalih področjih ni nobenega rednega kadilca. Izmed vseh otrok, ki občasno kadijo, je 2% otrok iz gorenjskega področja, 1,5% iz štajersko-koroškega področja in 1% iz dolenskega področja. Na primorskem področju in v Ljubljani noben otrok občasno ne kadi, prav tako so se na primorskem področju in v Ljubljani vsi otroci opredelili, da ne kadijo.

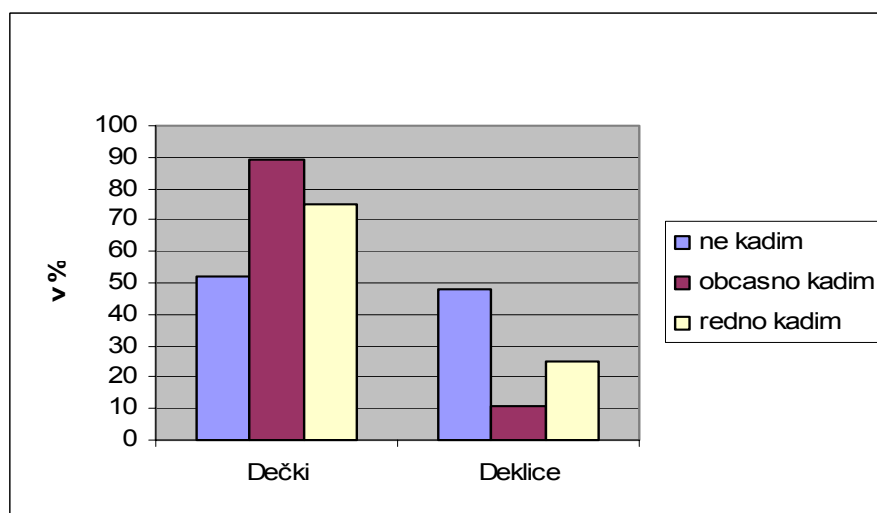
Na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje so opozorili na problem razširjenosti kajenja v celjski regiji, tako med odraslimi kot med mladostniki. Najnovejša raziskava ESPAD, ki jo je Zavod za zdravstveno varstvo Celje izpeljal lani med dijaki prvih letnikov celjskih srednjih šol, kaže, da redno kadi 23% anketiranih dijakov (Novi tednik, 2004).

Slika II.49: Kajenje dečkov 7. razreda (glede na področje)



Iz zgornje slike (II.49) je razvidno, da dečki iz dolenskega področja, stari 13 let, najbolj izstopajo. Med vsemi 13-letnimi dečki, ki redno kadijo, so samo dečki iz dolenskega področja (7%). V vseh ostalih področjih ni nobenega dečka, ki bi redno kadil pri starosti 13 let. Med vsemi 13-letnimi dečki, ki občasno kadijo, je 6% dečkov iz gorenjskega področja in 2% iz štajersko-koroškega področja. Nekadilci so na primorskem področju in v Ljubljani (100%).

Slika II.50: Kajenje (glede na spol)



Iz slike II.50 je razvidno, da je bistveno več občasnih in rednih kadilcev dečkov. Med vsemi otroki, ki redno kadijo, je 75% dečkov in 25% deklic. Med vsemi otroki, ki občasno kadijo, je 89% dečkov in 11% deklic. Med nekadilci je 52% dečkov in 47% deklic.

Raziskava Videmškove in sodelavcev (2002) je podobno kot naša raziskava ugotovila, da je delež dečkov, ki kadijo (14,6%), večji kot delež deklic (11,2%). Dečki začnejo kaditi prej kot deklice, tj. v povprečju pri 12,9 letih, deklice pa pri 13,3 letih. Raziskava ESPAD je ugotovila, da se je bistveno povečal delež mladih, ki začnejo kaditi pri 11-ih letih in prej (Stergar, 2004). Skoraj tretjina tistih, ki so leta 2003 izjavili, da so že kadili, je pokadila prvo cigareto, ko so bili stari 11 let ali manj. Ažmanova (2004) je ugotovila, da se je s cigareto srečalo 70% vprašanih že v času osnovnega šolanja.

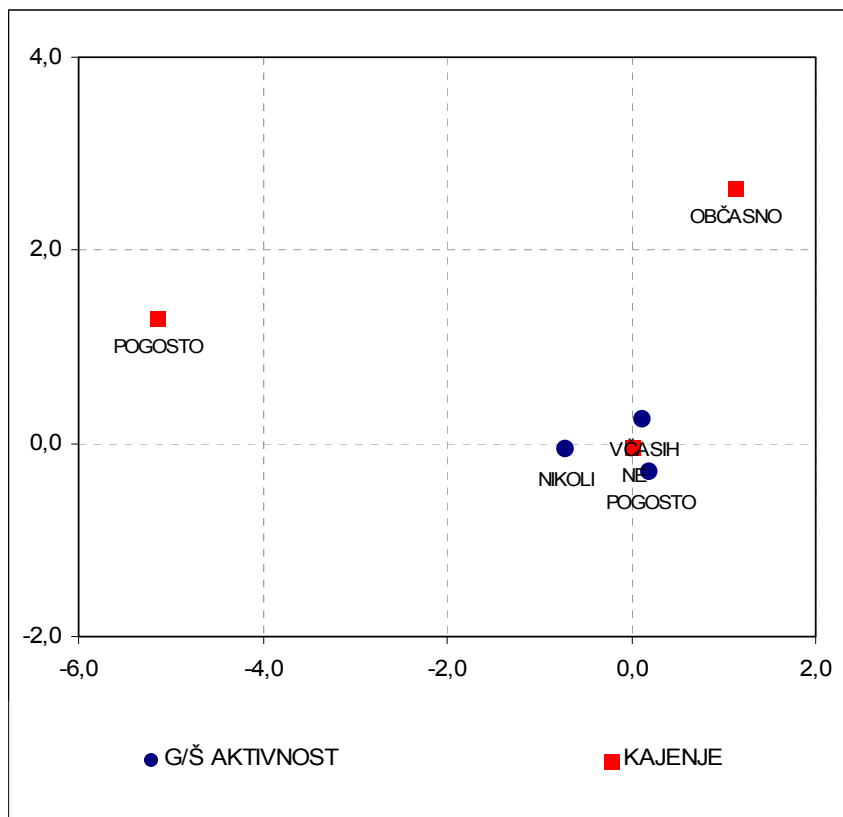
Glavne ugotovitve so, da otroci pri starosti do 13 let večinoma ne kadijo (slika II.47). Najbolj izstopa dolenjsko področje, kjer je največ rednih kadilcev, v Ljubljani in na primorskem področju nobeden od anketiranih otrok ne kadi (slika II.48). Med vsemi 13-letnimi dečki, ki redno kadijo, so samo dečki iz dolenjskega področja (7%). V vseh ostalih področjih ni nobenega dečka, ki bi redno kadil pri starosti 13 let (slika II.49). Med vsemi otroci, ki redno in občasno kadijo, je bistveno več dečkov kot deklic. Med nekadilci je 52% dečkov in 47% deklic (slika II.50).

6.5.2 Kajenje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

Pri testiranju hipoteze »H₁₂: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil« smo našli sledeče spremenljivke, ki so povezane z odvisno spremenljivko »Kajenje«.

Statistično značilne razlike med spremenljivkami, ki se nanašajo na gibalno/športno aktivnost in navadami v kajenju, smo ugotovili pri spremenljivkah: »*Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo*« 4. in 7. razreda (P = 0,00) (tabela II.35), 7. razreda (P = 0,006) in 4. razreda (P = 0,033) (slika II.51 in II.52); »*Gibalna/športna aktivnost s prijatelji*« 7. razreda (P = 0,022) (tabela II.36) (slika II.53 in II.54).

Slika II.51: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi s kajenjem



S korespondenčno analizo (slika II.51) smo ugotovili, da otroci, ne glede na količino gibalne/športne aktivnosti, večinoma ne kadijo.

Slika II.52: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi s kajenjem

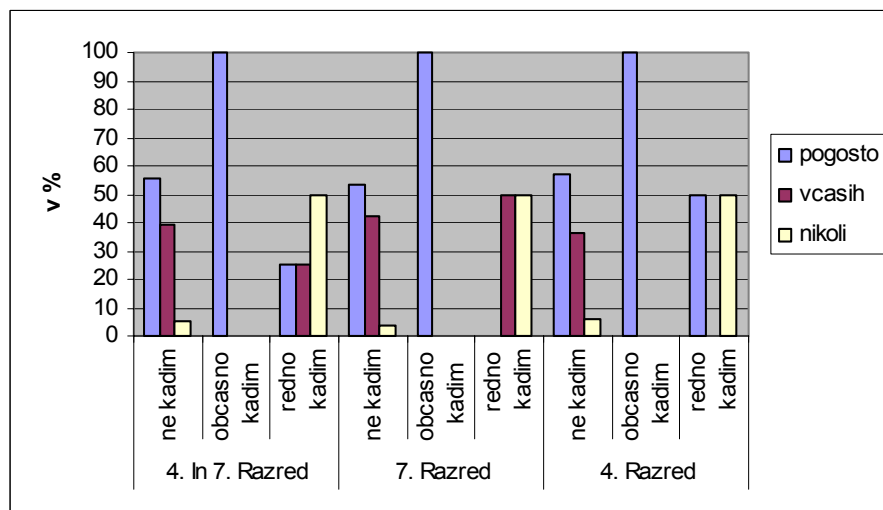


Tabela II.35: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi s kajenjem

Ukvarjanje s športom	Kajenje (N)			Pearsonov hi- P (dvostransko kvadrat test)	P (dvostransko testiranje)
	Ne	Občasno	Redno		
Pogosto	442	9	1	23,17	0,00
Včasih	314	0	1		
Nikoli	41	0	2		

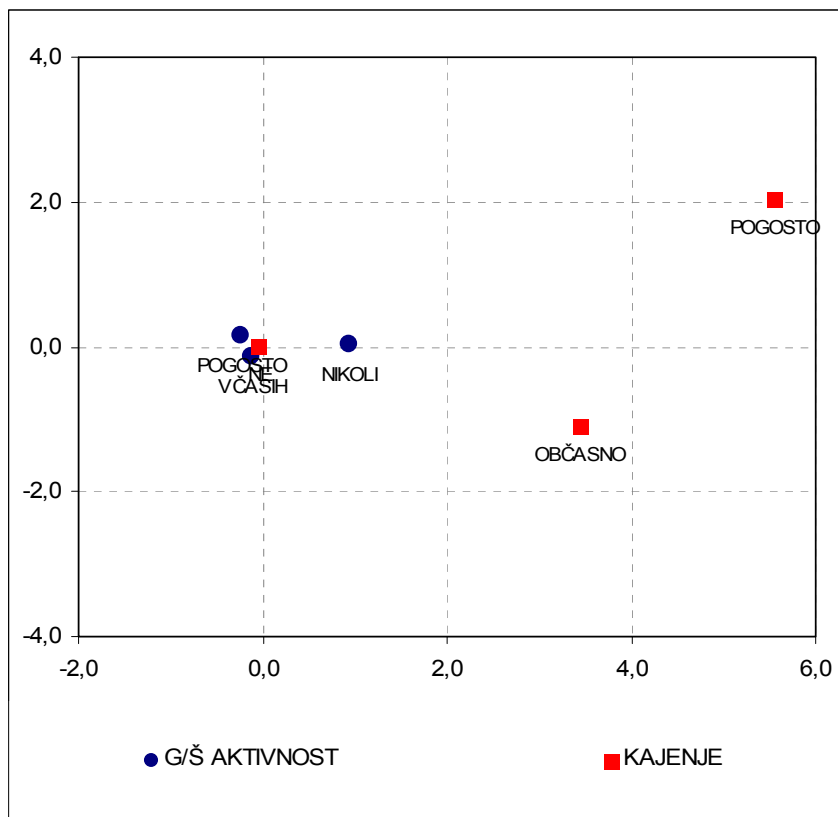
Iz zgornje slike (II.52) je razvidno, da je med otroki 4. in 7. razreda, ki ne kadijo, 55% takih, ki se pogosto ukvarjajo s športom, 40% ki so včasih aktivni in 5%, ki niso nikoli aktivni. Med otroki, ki občasno kadijo, so vsi pogosto aktivni, in med otroki, ki redno kadijo, je 25% takih, ki so pogosto in včasih aktivni, nikoli pa ni aktivnih kar 50% otrok.

Med otroki 7. razreda, ki ne kadijo in občasno kadijo, je stanje podobno, kot pri 4. in 7. razredu skupaj. Opazne pa so razlike med otroki 7. razreda, ki redno kadijo, kjer ni nobenega otroka, ki bi se pogosto ukvarjal s športom, 50% je včasih aktivnih, 50% nikoli aktivnih (slika II52).

Pri 4. razredu je med otroki, ki nikoli ne kadijo, malo več otrok, ki se pogosto ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo (57%), 37% je včasih aktivnih in 6% nikoli aktivnih. Med otroki, ki občasno kadijo, so vsi pogosto aktivni (100%). Razlog je lahko ta, da so ti otroci precej dinamični in težko mirujejo. Gibanje kot tudi nikotin sta stimulant, ki sproščata določene hormone, ki povzročajo ugodje. Mogoče ti otroci neprestano potrebujejo ta občutek ugodja in so ali aktivni ali pa, ko ne morejo biti aktivni, ta občutek dobivajo preko nikotina. Med otroki, ki redno kadijo, pa je 50% pogosto aktivnih, nobenega ni, ki bi bil včasih športno aktiven in 50% jih ni nikoli gibalno/športno aktivnih.

Podobno je ugotovila tudi raziskava Videmškove (2002), kjer so dekleta, ki kadijo zgolj ob posebnih prilikah, bolj gibalno/športno aktivne kot tiste, ki kadijo ves čas. Ugotovitve kažejo, da so učenci, ki prihajajo iz družine, v kateri ne kadijo, navadno bolj gibalno/športno aktivni kot tisti, ki prihajajo iz kadilskih družin. Ažmanova (2004) pa je ugotovila, da se tisti, ki so kadili že večkrat, manj ukvarjajo s športom (67,1%) kot tisti, ki to niso (78,5%).

Slika II.53: Gibalna/športna aktivnost otrok 7. razreda s prijatelji v povezavi s kajenjem



Korespondenčna analiza (slika II.53) je pokazala, da otroci, ki so pogosto in včasih gibalno/športno aktivni s prijatelji, ne kadijo. Otroci, ki občasno kadijo, večinoma niso nikoli gibalno/športno aktivni s prijatelji.

Slika II.54: Gibalna/športna aktivnost otrok 7. razreda s prijatelji v povezavi s kajenjem

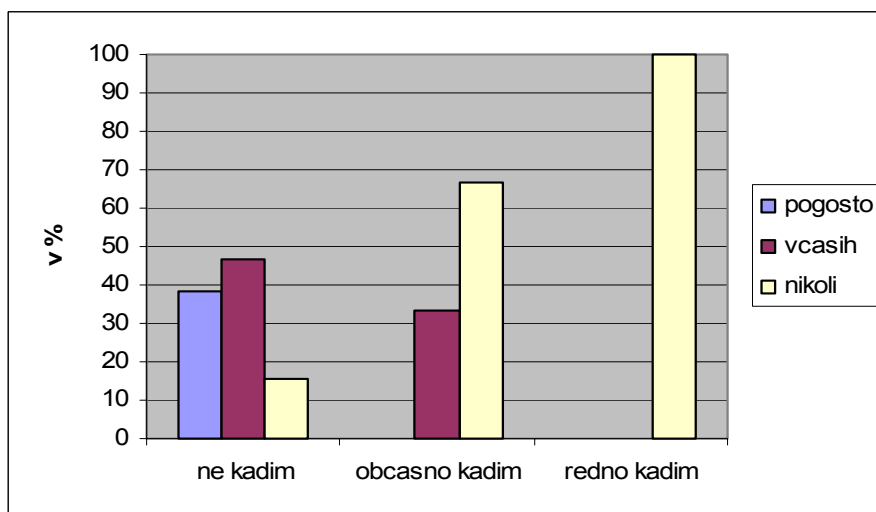


Tabela II.36: Gibalna/športna aktivnost otrok 7. razreda s prijatelji v povezavi s kajenjem

Gibalna/športna aktivnost s prijatelji	Kajenje (N)			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Ne	Občasno	Redno		
Pogosto	149	0	0	11,46	0,022
Včasih	182	1	0		
Nikoli	60	2	1		

Iz slike II.54 je razvidno, da je med otroki sedmega razreda, ki ne kadijo, 38% takih, ki so pogosto gibalno/športno aktivni s prijatelji, 47% je včasih aktivnih in 15% ni nikoli gibalno/športno aktivnih s prijatelji. Med otroki, ki občasno kadijo, ni nobenega, ki bi se pogosto ukvarjal s športom s prijatelji, 33% je včasih gibalno/športno aktivnih in 67% niso nikoli aktivni. Med otroki, ki redno kadijo, ni nobenega, ki bi se pogosto ali včasih ukvarjal z gibalno/športno aktivnostjo s prijatelji. Vseh 100% se je opredelilo, da nikoli niso gibalno/športno aktivni s prijatelji.

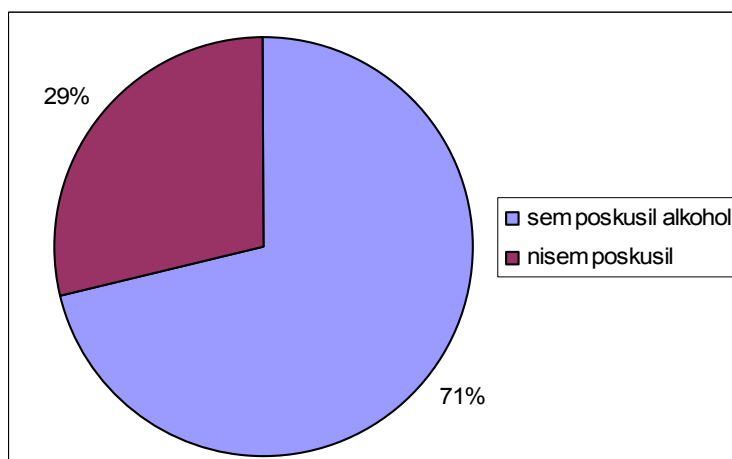
Ugotovitve kažejo, da otroci pri tej starosti zelo malo kadijo (slika II.51). Otroci, ki so pogosto in včasih gibalno/športno aktivni s prijatelji, večinoma ne kadijo (slika II.54). Med otroki, ki ne kadijo, je približno 55% takih, ki se pogosto ukvarjajo s športom (slika II.52) in 15%, ki niso nikoli gibalno/športno aktivni s prijatelji (slika II.54). Ugotovili smo, da je med rednimi kadilci v povprečju 50% takih, ki nikoli niso gibalno/športno aktivni (slika II.52) in noben otrok 7. razreda, ki redno kadi, ni gibalno/športno aktiven s prijatelji (slika II.54). Med otroki, ki občasno kadijo, so vsi pogosto aktivni (slika II.52) in 67% jih ni nikoli aktivnih s prijatelji (slika II.54).

Šolski sistem prepoveduje kajenje v in okoli šole, toda nima nobenega vpliva na dogajanje v času, ko otroka ni v šoli. Po pouku je otrok prepuščen lastni iznajdljivosti, kako in kaj bo počel v prostem času. Zato je naloga vzgojiteljev, tako staršev, kot učiteljev, da otroku pokažejo (na primer med poukom športne vzgoje, organizirani krožki), kakšne aktivnosti lahko izvajajo po pouku in jih motivirajo za to, dajo jim na voljo prostore, kot so urejena igrišča pred šolo, stadion, učilnice itd. Motivirajo jih lahko z različnimi akcijami, ki lahko vključujejo več razredov, ki delujejo skupinsko ali pa tekmovalno (medrazredna tekmovanja v različnih športih ali čem drugem, akcije pobiranja starega papirja itd.). Učitelj mora biti zgled in opora otroku. Žal pa je vedno več primerov, kot učitelj sam krši pravila in to velikokrat na očeh otrok. Raziskava Videmškove in sodelavcev (2002a) je ugotovila, da je v osnovnih šolah več kot 15% učiteljev športne vzgoje, za katere učenci vedo, da kadijo. Ali učitelji ne poznajo učnega načrta in pravil? Dejstva tako kažejo.

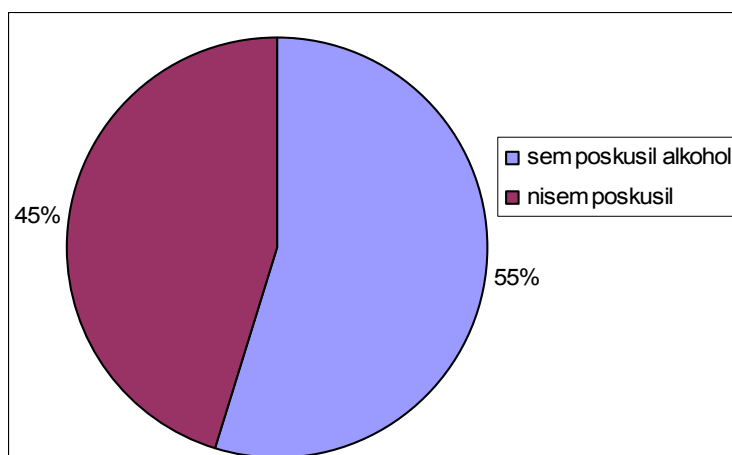
6.5.3 Alkohol, glede na razred, spol in krajevno področje

Na spodnji slikah (slika II.55 in slika II.56) so prikazani deleži otrok 7. in 4. razreda, ki so in ki niso poskusili alkohola. Med obema razredoma smo ugotovili statistično značilne razlike pri spremenljivki »Ali si poskusil alkoholno pijačo?« ($P = 0,00$). Razvidno je, da je večina otrok že poskusila alkoholno pijačo (71% otrok 7. razreda in 55% otrok 4. razreda). Med otroki 7. razreda samo nekaj manj kot 30% otrok še ni poskusilo alkohola. Na sliki II.56 je razvidno, da je med otroki 4. razreda 45% otrok, ki še niso poskusili alkohola, in 55% takih, ki ga je.

Slika II.55: Deleži otrok 7. razreda, ki so in ki niso poskusili alkohola.



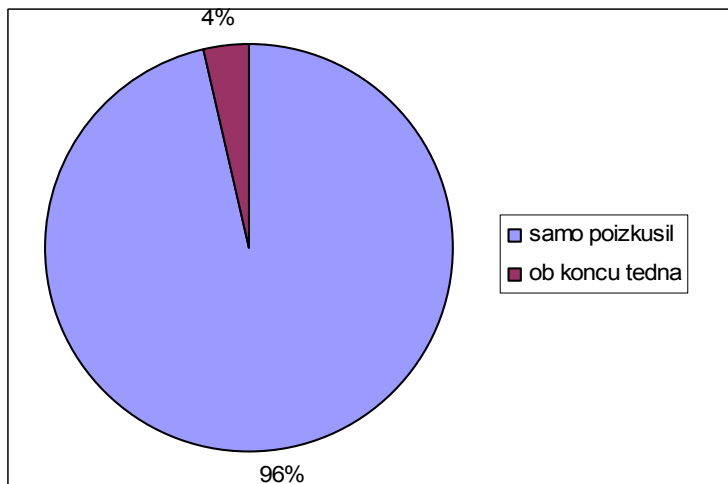
Slika II.56: Deleži otrok 4. razreda, ki so in ki niso poskusili alkohola.



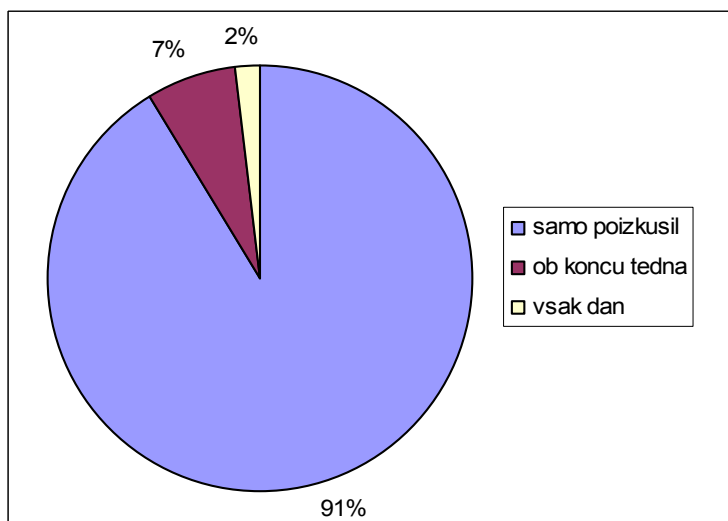
Pri ugotavljanju razlik med 4. in 7. razredom pri spremenljivki »Kako redno uživaš alkohol?« smo ugotovili statistično značilne razlike ($P = 0,006$). Med otroki 7. razreda (slika II.57) ni nobenega, ki bi pil alkohol vsak dan, medtem ko med otroki 4. razreda pijeta alkohol vsak dan 2% otrok (slika II.58). Razlike so tudi pri otrocih, ki so se opredelili, da pijejo samo ob koncu tedna. Med starejšimi otroki je takih samo 4%, med

mlajšimi pa kar 7%. Alkohol je samo poskusilo 96% otrok 7. razreda in 91% otrok 4. razreda.

Slika II.57: Deleži otrok 7. razreda glede navad o pitju alkohola



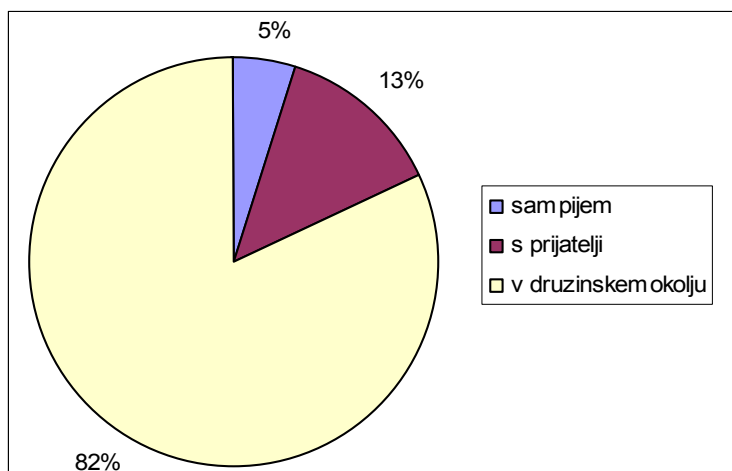
Slika II.58: Deleži otrok 4. razreda glede navad o pitju alkohola



Pri ugotavljanju razlik med 4. in 7. razredom pri spremenljivki »S kom piješ alkoholne pijače?« nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

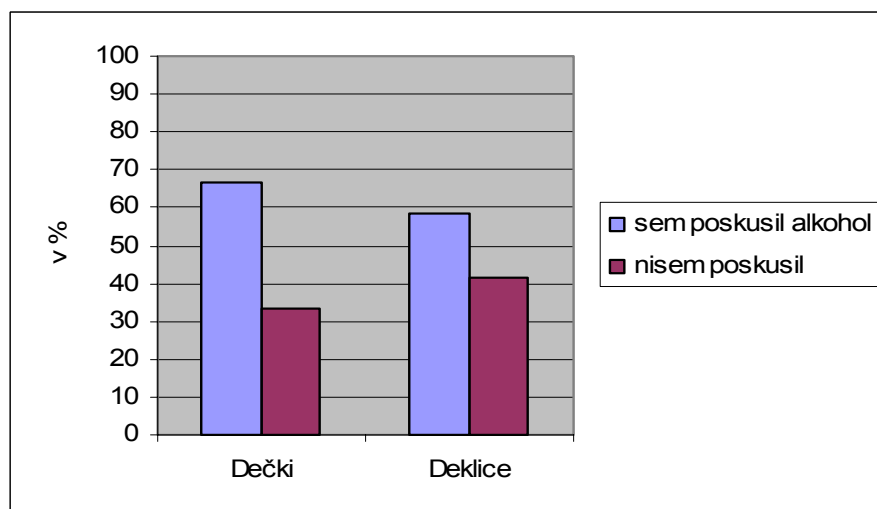
Na sliki II.59 smo prikazali, s kom otroci v povprečju pijejo alkoholne pijače. Iz slike (II.59) je razvidno, da otroci večinoma pijejo alkoholne pijače v družinskem okolju (82%), 13% otrok pije s prijatelji in 5% jih pije samih.

Slika II.59: Deleži otrok glede navad o pitju alkohola



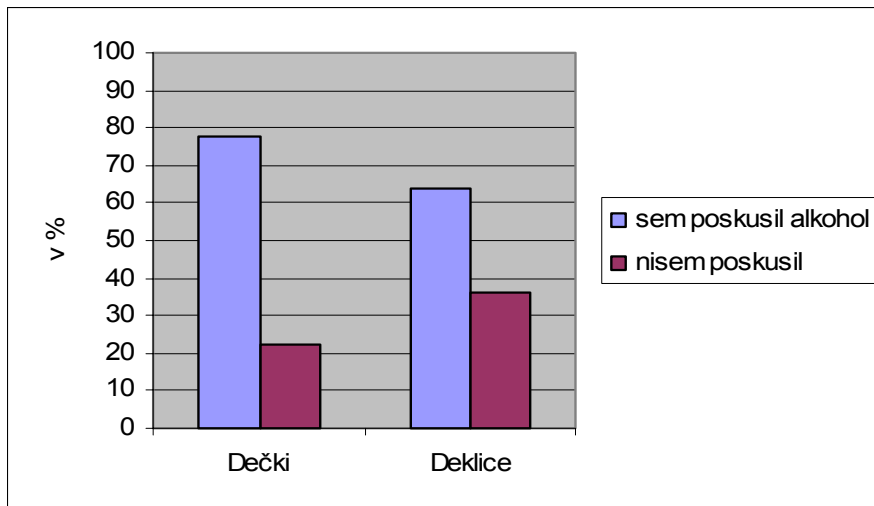
Pri ugotavljanju razlik, glede na spol smo ugotovili statistično značilne razlike samo pri spremenljivki »Ali si že poskusil alkoholno pijačo?« (slika II.60) ($P = 0,014$). Razvidno je, da je več dečkov (67%) kot deklic (58%) že poskusilo alkohol.

Slika II.60: Pitje alkohola (glede na spol)



Ko smo ločili 4. in 7. razred in ugotavljali razlike med spoloma, smo ugotovili razlike samo za 7. razred pri spremenljivki »Ali si poskusil alkoholno pijačo?« ($P = 0,002$) (slika II.61). Razvidno je, da je skoraj 80% dečkov 7. razreda že poskusilo alkohol. Le dobrih 20% dečkov še ni poskusilo alkoholne pijače. Pri deklicah 7. razreda je dobrih 60% deklet že poskusilo alkohol in nekaj manj kot 40% alkoholne pijače še ni poskusilo.

Slika II.61: Pitje alkohola otrok 7. razreda (glede na spol)



Pri ugotavljanju razlik glede pitja alkohola med področji nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Glavne ugotovitve so, da je večina otrok te starosti že poskusila alkoholno pijačo (71% otrok 7. razreda in 55% otrok 4. razreda) (slika II.55 in II.56). Med otroki 7. razreda (slika II.57) ni nobenega, ki bi pil vsak dan, medtem ko med otroki 4. razreda pijeta vsak dan 2% otrok (slika II.58), kar je nepričakovano, glede na dejstvo, da je otrok 4. razreda, ki je že poskusil alkohol, bistveno manj od otrok 7. razreda. Ugotovili smo, da otroci večinoma pijejo alkoholne pijače v družinskem okolju (82%) (slika II.59). Več dečkov (67%) kot deklic (58%) je že poskusilo alkohol (slika II.60). Skoraj 80% dečkov 7. razreda in dobrih 60% deklet 7. razreda je že poskusilo alkohol (slika II.61).

Rezultati, da so otroci pri tej starosti že pili alkoholne pijače, niso presenetljivi, toda bolj nas je zbudilo v oči dejstvo, da alkohol uživajo večinoma v družinskem krogu. Po eni strani si to ugotovitev lahko razlagamo s tem, da verjetno pijejo zgolj ob praznikih, ko starši nazdravijo in dajo poizkusiti tudi otroku. Toda postavlja se nam vprašanje, ali je lahko razlog v tem, da so otroci pretirano izpostavljeni pitju alkohola v družini. Lahko, da so vsakodnevno priče, kako oče ali mati popiva. V tem primeru je alkohol spremljevalec otrokovega odraščanja. Starši se niti ne zavedajo, da so slab zgled otroku, ki pri svojem odraščanju posnema navade staršev. Od tega, kaj starši (in kasneje tudi šola) svojega otroka naučijo, od tega, kakšne osebnosti so, kakšne so njihove sposobnosti, je v največji meri odvisno, kako bodo otroci reševali svoje težave in si utirali svojo pot naprej. Če je v družini rešitev za težave beg v pijanost, bodo lahko tudi otroci postopno začeli reševati težave na ta ali podoben način.

6.5.4 Alkohol v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

Pri testiranju hipoteze »H₁₂: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil« smo našli sledeče spremenljivke, ki so povezane z odvisno spremenljivko »*Alkohol*«.

Statistično značilne razlike med spremenljivko »*Ali si že poskusil alkoholno pijačo?*« in spremenljivkami, ki se nanašajo na gibalno/športno aktivnost, smo ugotovili pri spremenljivkah: »*Hoja (min/dan)*« pri 4. in 7. razredu (P = 0,02) (tabela II.37) in samo pri 4. razredu (P = 0,028) (tabela II.38) (slika II.62); »*Število ur športne vzgoje na teden*« (P = 0,008) (tabela II.39) (slika II.63).

Na spodnji sliki (II.62) je razvidno, da otroci, ki še nikoli niso poskusili alkohola, v povprečju več minut dnevno hodijo (41 min/dan) kot otroci, ki so že poskusili alkohol (34 min/dan). Razlike smo ugotovili tudi pri otrocih 4. razreda, kjer v povprečju tisti otroci, ki niso nikoli poskusili alkohola, dnevno hodijo bistveno več (40 minut), medtem ko tisti, ki so že poskusili alkohol, bistveno manj (31 minut).

Slika II.62: Hoja v povezavi s pitjem alkohola

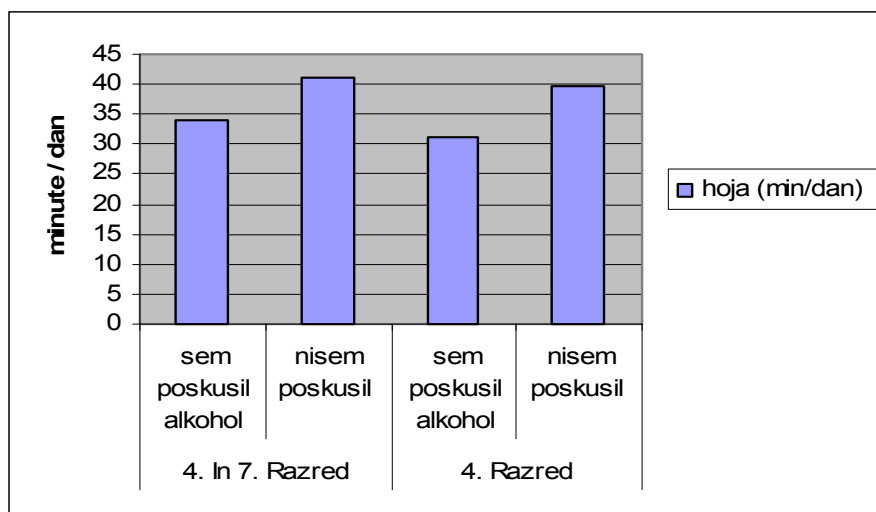


Tabela II.37: Hoja v povezavi s pitjem alkohola

Alkohol	Hoja (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Da	521	34,05	40,18	5,42	0,02
Ne	309	41,05	44,6		

Tabela II.38: Hoja v povezavi s pitjem alkohola pri 4. razredu

Alkohol (4.r)	Hoja (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Da	234	31,04	37,9	4,86	0,028
Ne	193	39,8	44,5		

Iz slike je razvidno, da imajo otroci, ki nikoli niso poskusili alkoholne pijače, v povprečju več ur športne vzgoje na teden (2,52 ur) kot otroci, ki so že poskusili alkohol (2,39 ur) (slika II.63). Razlike smo pričakovali, saj imajo po urniku četrti razredi tri ure športne vzgoje na teden, sedmi pa dve in izbirni predmet. Lahko pa so razlike posledica opravičevanj od pouka športne vzgoje ali pa, kar je zaskrbljujoče, se ure športne vzgoje namenjajo povsem drugim aktivnostim, kar bi bilo v nasprotju z učnim načrtom.

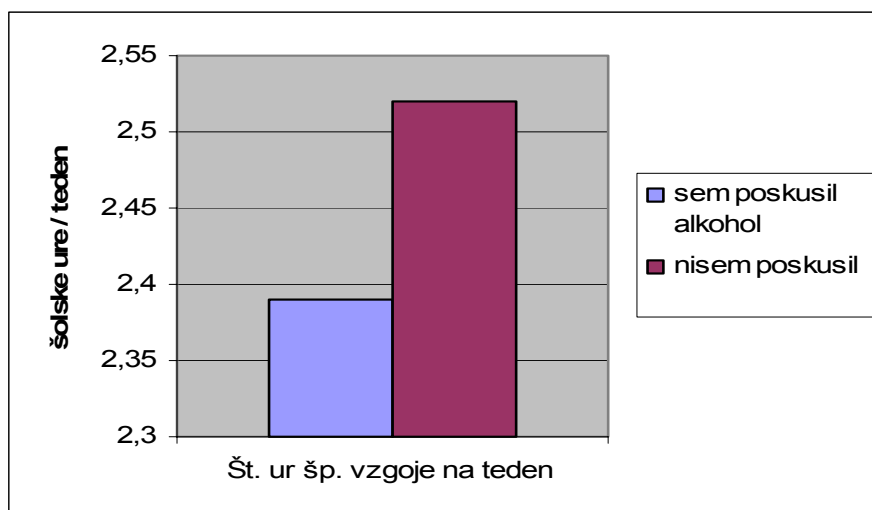
Slika II.63: Število ur športne vzgoje na teden v povezavi s pitjem alkohola

Tabela II.39: Število ur športne vzgoje na teden v povezavi s pitjem alkohola

Alkohol	Št. ur športne vzgoje na teden			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Da	514	2,39	0,63	7,02	0,008
Ne	306	2,52	0,65		

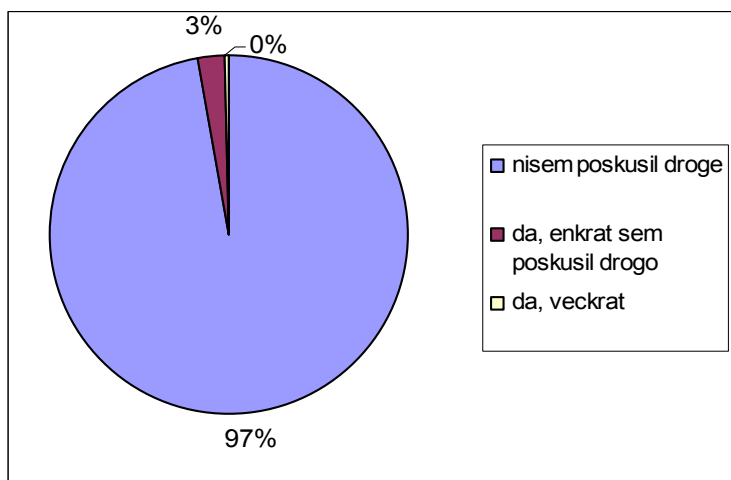
Glavne ugotovitve so, da otroci, ki še nikoli niso poskusili alkohola, v povprečju več minut dnevno hodijo (41 min/dan) kot otroci, ki so že poskusili alkohol (34 min/dan) (slika II.62). Otroci, ki nikoli niso poskusili alkoholne pijače, imajo v povprečju več ur športne vzgoje na teden (2,52 ur) kot otroci, ki so že poskusili alkohol (2,39 ur) (slika II.63).

Rezultati kažejo, da je alkohol ali zgolj občasno pitje alkohola negativno povezano z gibalno/športno aktivnostjo, v našem primeru s hojo. Otroci, ki so že poskusili alkohol, manj časa dnevno hodijo kot tisti, ki ga še niso. Sklepamo lahko, da se tisti, ki so občasno izpostavljeni alkoholu, večinoma poslužujejo motoriziranih prevoznih sredstev, na primer pri hoji v šolo ali v trgovino. Zanimiva je tudi ugotovitev, da imajo učenci, ki so že poskusili alkohol, v povprečju manj ur športne vzgoje na teden kot ostali. Ali so razlog opravičevanja ali pa se športna vzgoja ne izvaja v določeni količini, ne vemo.

6.5.5 Ostale droge glede na razred, spol in krajevno področje

Pri ugotavljanju razlik med spremenljivko »*Ali si že poskusil drogo?*« ter razredom, spolom in področji nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Na spodnji sliki (slika II.64) smo prikazali deleže otrok glede navad, ki jih imajo o jemanju drog. Razvidno je, da je delež otrok, ki je že enkrat poskusil drogo (3%), le minimalen, 0,2% otrok pa je poskusilo drogo večkrat.

Slika II.64: Deleži otrok glede navad o jemanju drog

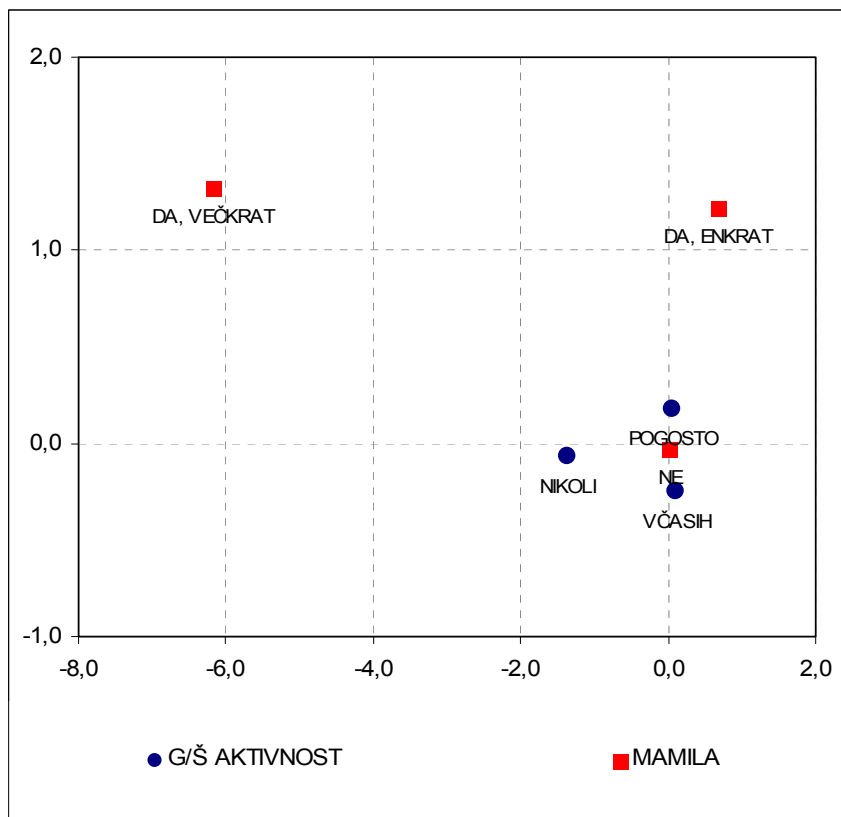
Te rezultate smo pričakovali, saj pri starosti 11 in 13 let jemanje drog, kot je marihuana, extasy itd., ni na prvem mestu. Podatki drugih raziskav kažejo, da je 24% slovenskih dijakov priznalo poskus te droge, polovica je poskusila marihuano do petkrat. Na področju ljubljanske zdravstvene regije je leta 2003 najmanj enkrat v življenju kadilo marihuano 36% učencev, pomirjevala je vzelo 6%, ekstazi 5%, heroin 2,3% učencev (Jeran, 2003).

6.5.6 Ostale droge v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

Pri testiranju hipoteze »H₁₂: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil« smo našli sledeče spremenljivke, ki so povezane z odvisno spremenljivko »Mamila«.

Statistično značilne razlike med spremenljivko »Ali si že poskusil drogo?« in spremenljivkami, ki se nanašajo na gibalno/športno aktivnost, smo ugotovili pri spremenljivkah: »Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo« 4. in 7. razreda (P = 0,033) (tabela II.40) (slika II.65 in II.66), 7. razreda (P = 0,00) (tabela II.41) (slika II.67); »Število ur sedenja izven šole med tednom« (P = 0,027) (tabela II.42) (slika II.68); »Število ur sedenja med vikendom« otrok 4. razreda (P = 0,05) (tabela II.43) (slika II.69); »Tek (min/dan)« 4. in 7. razreda (P = 0,005) (tabela II.44), 7. razreda (P = 0,02) (tabela II.45) (slika II.70); »Hoja najmanj 10 minut (min/dan)« 4. in 7. razreda (P = 0,046) (tabela II.46), 4. razreda (P = 0,008) (tabela II.47) (slika II.71); »Gibalna/športna aktivnost otrok s prijatelji« (P = 0,015) (tabela II. 48) (slika II.72 in II.73).

Slika II.65: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi z jemanjem drog



Korespondenčna analiza (slika II.65) je pokazala, da otroci ne glede na količino ukvarjanja s športom ne jemljejo mamil.

Slika II.66: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi z jemanjem drog

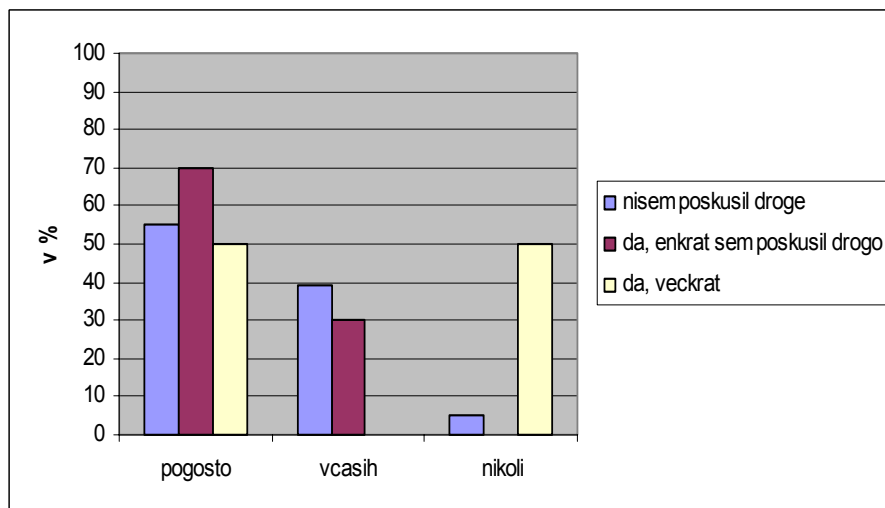


Tabela II.40: Ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi z jemanjem drog

Ukvarjanje s športom	Mamila (N)			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Ne	Da, enkrat	Da, večkrat		
Pogosto	434	14	1	10,5	0,033
Včasih	308	6	0		
Nikoli	42	0	1		

Iz slike II.66 je razvidno, da se med otroki, ki še nikoli niso poskusili droge, pogosto ukvarja s športom 55% otrok, včasih 40% in nikoli 5% otrok. Med otroki, ki so enkrat poskusili drogo, je največ takih, ki se pogosto ukvarja s športom (70%), včasih se jih 30%, nobenega pa ni, ki se ne bi nikoli ukvarjal s športom.

Te ugotovitve so zanimive in nepričakovane. Ali je vzrok za ugotovitev, da so otroci, ki so enkrat poskusili drogo, najpogosteje aktivni, radovednost, želja po nečem novem, eksperimentiranje. Zanimivo bi bilo vedeti, kakšen karakter ali temperament imajo ti otroci, ali gre za določen vedenjski vzorec. Zanimivo je, da otroci, ki so že večkrat poskušali drogo, so ali pogosto aktivni ali pa sploh niso. Ali vpliva droga »adrenalinsko« ali pa »uspavalno«? Verjetno je to tudi odvisno od vrste drog in od posameznikovih lastnosti.

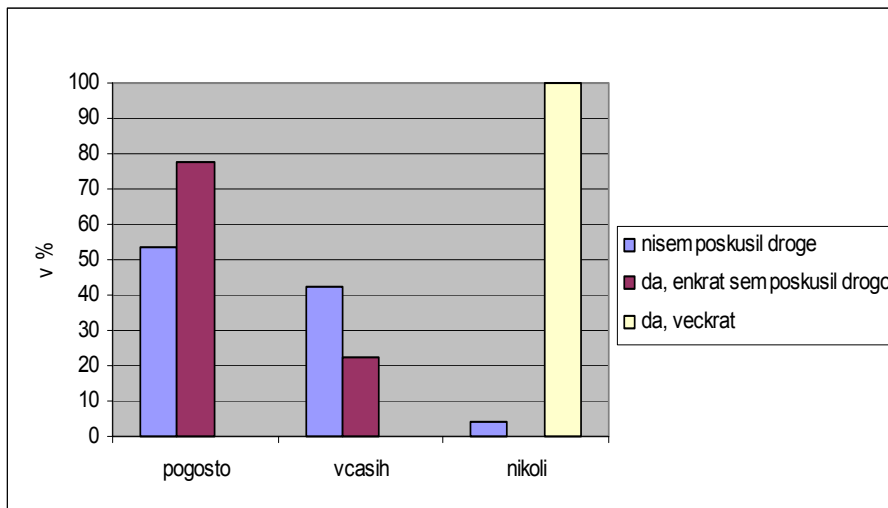
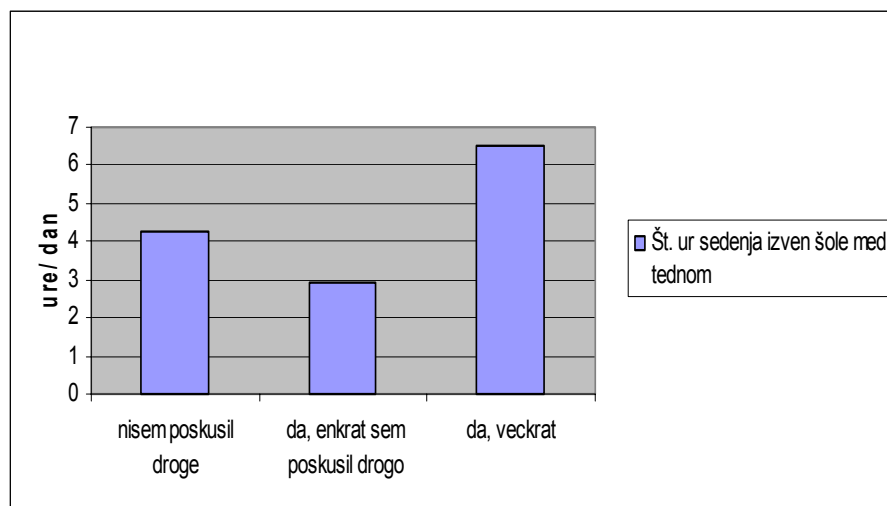
Slika II.67: Ukvarjanje otrok 7. razreda z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi z jemanjem drog

Tabela II.41: Ukvarjanje otrok 7. razreda z gibalno/športno aktivnostjo v povezavi z jemanjem drog

Ukvarjanje s športom (7.r.)	Mamila (N)			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Ne	Da, enkrat	Da, večkrat		
Pogosto	207	7	0	24,58	0,00
Včasih	164	2	0		
Nikoli	16	0	1		

Iz zgornje slike je razvidno (slika II.67), da je med otroki 7. razreda, ki še nikoli niso poskusili droge, pogosto aktivnih 53% otrok, včasih 42% in nikoli 4% otrok. Ponovno izstopajo otroci (7. razreda), ki so enkrat poskusili drogo, saj je med njimi največ takih, ki se pogosto ukvarjajo s športom (78%), včasih se jih 22%, nobenega pa ni, ki se ne bi nikoli ukvarjal s športom.

Slika II.68: Število ur sedenja med tednom v povezavi z jemanjem drog**Tabela II.42:** Število ur sedenja med tednom v povezavi z jemanjem drog

Mamila	Št. ur sedenja izven šole med tednom			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Ne	655	4,29	2,27	3,63	0,027
Da, enkrat	15	2,93	1,49		
Da, večkrat	2	6,5	2,12		

Iz slike II.68 je razvidno, da med tednom izven šole največ sedijo tisti otroci, ki so že večkrat jemali droge (6,5 ur). Zanimivo je, da najmanj sedijo otroci, ki so enkrat poskusili drogo (3 ure). Otroci, ki niso poskusili droge, pa v povprečju sedijo 4,3 ure dnevno.

Postopoma lahko oblikujemo vedenjski vzorec otroka, ki je zgolj poskusil drogo, in otroka, ki je to večkrat počel. Kaže, da je prvi veliko bolj aktiven (tudi od otroka, ki še ni nikoli poskusil droge), mogoče celo nemiren. Zanimivo bi bilo ugotoviti povezavo s šolskim uspehom. Otrok, ki pa je že večkrat poskusil drogo, pa odraža popolnoma nasprotno značilnosti: ni aktiven in logično je, da zato več časa sedi (ali kar tako ali pa dela/igra na računalnik).

Slika II.69: Število ur sedenja otrok 4. razreda med vikendom v povezavi z jemanjem drog

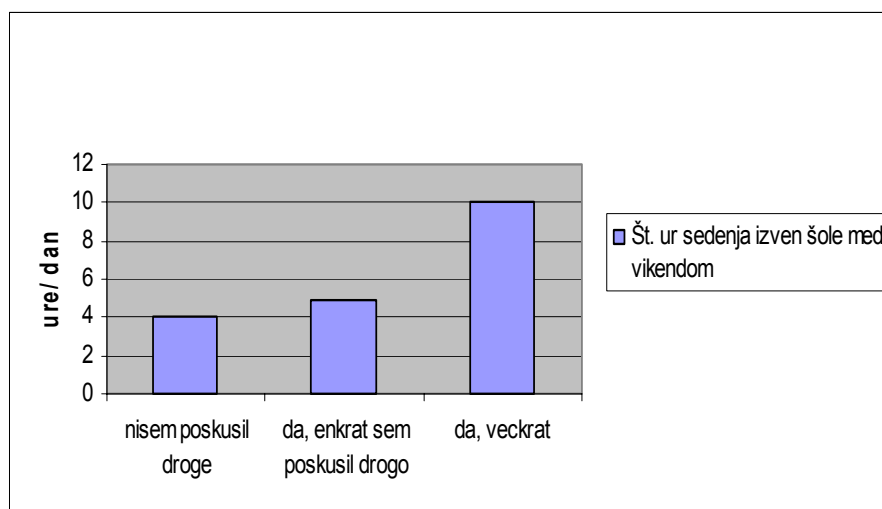
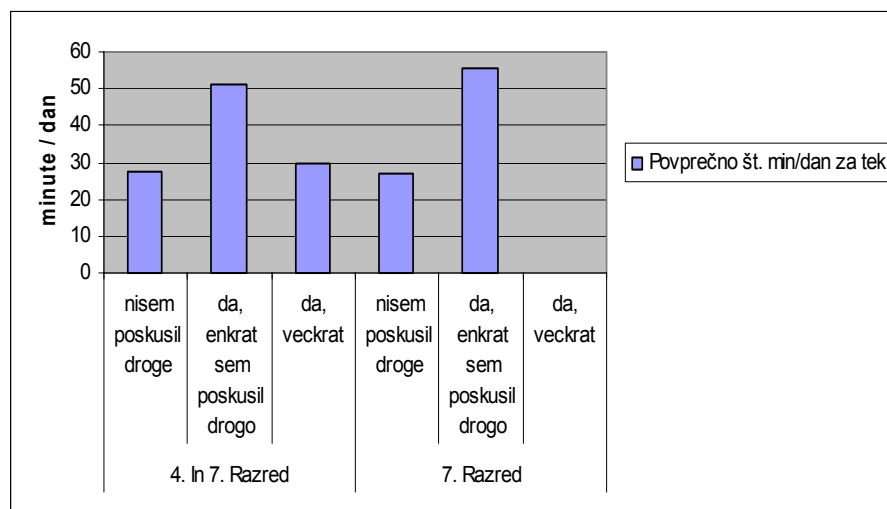


Tabela II.43: Število ur sedenja otrok 4. razreda med vikendom v povezavi z jemanjem drog

Mamila (4.r.)	Št. ur sedenja izven šole med vikendom			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje	Standardni odklon		
Ne	341	4,01	2,67	2,9	0,05
Da, enkrat	9	4,89	3,55		
Da, večkrat	1	10	2,12		

Izstopa otrok 4. razreda, ki je že večkrat jemat droge, ki med vikendom bistveno največ časa presedi (10 ur). Najmanj časa pa sedijo otroci, ki niso poskusili droge (4 ure). Otroci 4. razreda, ki so enkrat poskusili drogo, v povprečju sedijo skoraj 5 ur dnevno (slika II.69).

Slika II.70: Tek v povezavi z jemanjem drog**Tabela II.44 in 45:** Tek v povezavi z jemanjem drog

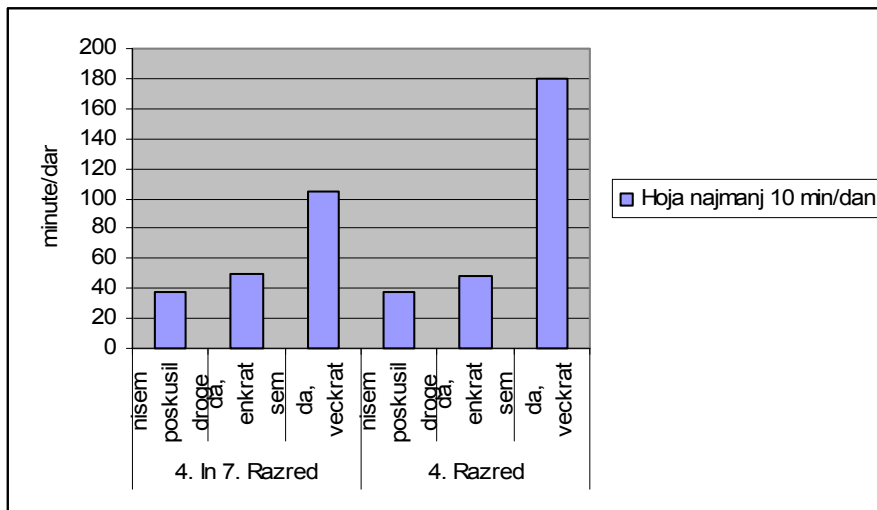
Mamila	Tek (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Ne	802	27,39	33,02	5,43	0,005
Da, enkrat	22	51,14	43,8		
Da, večkrat	2	30	42,4		

Mamila (7.r.)	Tek (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Ne	389	26,7	32,9	3,96	0,02
Da, enkrat	10	55,5	49,6		
Da, večkrat	1	0	0		

S slike II.70 izstopajo otroci, ki so enkrat poskusili drogo, saj v povprečju največ minut dnevno tečejo (51 min). Presenetljivo je, da najmanj tečejo otroci, ki niso poskusili droge (27 min). Otroci, ki so večkrat poskusili drogo, v povprečju tečejo 30 minut dnevno.

Pri otrocih 7. razreda so rezultati nekoliko drugačni (slika II.70). V povprečju ponovno največ tečejo otroci, ki so enkrat poskusili drogo (56 min). Otroci 7. razreda, ki niso poskusili droge, v povprečju tečejo 27 minut dnevno. Med otroki 7. razreda, ki so večkrat poskusili drogo, pa ni nobenega, ki bi tekal.

Ponovno je opazen aktivni vedenjski vzorec otrok, ki so enkrat poizkusili drogo, in pasivni tistih, ki so že večkrat poskušali.

Slika II.71: Hoja v povezavi z jemanjem drog**Tabela II.46 in 47:** Hoja v povezavi z jemanjem drog

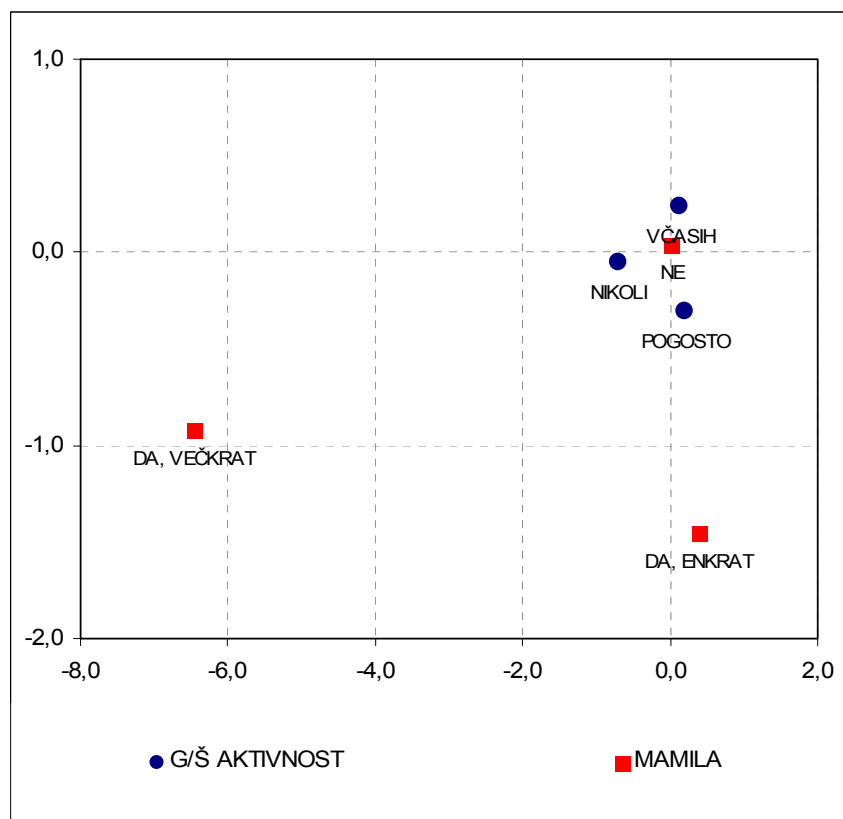
Mamila	Hoja najmanj 10 min (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Ne	802	37,99	43,34	3,09	0,046
Da, enkrat	22	49,95	58,97		
Da, večkrat	2	105	106,06		

Mamila (4.r.)	Hoja najmanj 10 min (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Ne	413	38,2	2,26	4,93	0,008
Da, enkrat	12	48,7	18,34		
Da, večkrat	1	180	0		

Rezultati zgornje slike so nepričakovani (slika II.71). Razvidno je, da največ hodijo na dan otroci, ki so večkrat jemali drogo. Menimo, da rezultati ne prikazujejo realnega stanja, saj je otrok, ki so večkrat jemali drogo, 0,2% (dva otroka).

Hoja v naši raziskavi ne kaže samo na sprehajanje, ampak tudi na hojo z enega mesta na drugo, na primer v šolo, v trgovino itd. Vsekakor za hojo ni značilna visoka intenzivnost gibanja, ampak nizka. Sklepamo, da je verjetno to edina gibalna/športna aktivnost, ki jo otroci, ki so večkrat jemali drogo, počnejo in mogoče je to razlog za dobljeno ugotovitev.

Slika II.72: Gibalna/športna aktivnost otrok s prijatelji v povezavi z jemanjem drog



Korespondenčna analiza (slika II.72) je pokazala, da otroci, ne glede na količino ukvarjanja s športom s prijatelji, ne jemljejo mamil.

Slika II.73: Gibalna/športna aktivnost otrok s prijatelji v povezavi z jemanjem drog

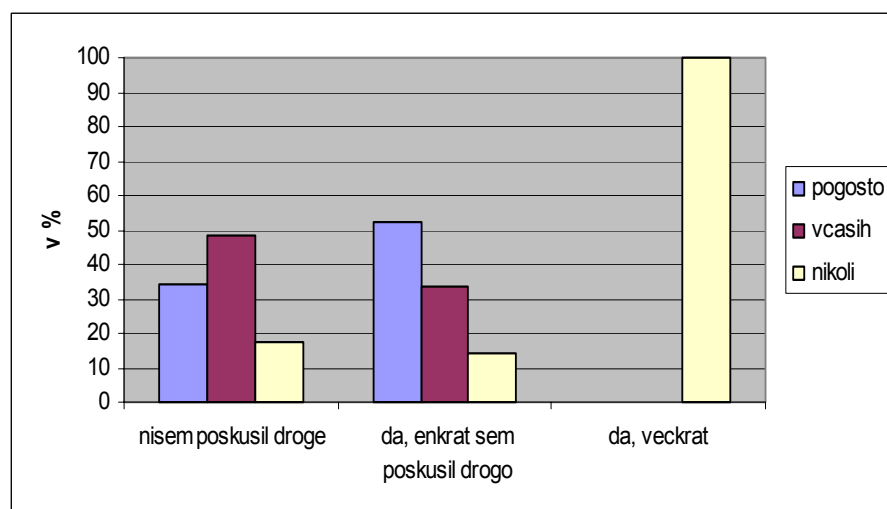


Tabela II.48: Gibalna/športna aktivnost otrok s prijatelji v povezavi z jemanjem drog

Gibalna/športna aktivnost s prijatelji	Mamila (N)			Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Ne	Da, enkrat	Da, večkrat		
Pogosto	263	11	0	12,33	0,015
Včasih	373	7	0		
Nikoli	137	3	2		

Z zgornje slike je razvidno (slika II.73), da je med otroki, ki niso poskusili droge, 34% pogosto aktivnih s prijatelji, 48% jih je včasih in 18% jih ni nikoli aktivnih s prijatelji. Med otroki, ki so enkrat poskusili drogo, je 52% takih, ki so pogosto aktivni s prijatelji, 33% je včasih aktivnih s prijatelji in 14% ni nikoli aktivnih s prijatelji. Med otroki, ki so večkrat poskusili drogo, pa ni noben, ki bi bil aktiven s prijatelji.

Tukaj se je pokazal nek nov vedenjski vzorec otrok, ki so enkrat poskusili drogo, tj. družabno vedenje. Menimo, da je zaradi njihove aktivne narave, intenzivnega ukvarjanja s športom (tek), družabno vedenje logična posledica. Sklepamo, da so kolektivni športi, kot je nogomet, košarka ali drugi športi, kjer je družba pomembna (rolanje, deskanje na snegu itd.), med temi otroki priljubljeni.

Glavne ugotovitve so, da otroci, ne glede na količino ukvarjanja s športom na splošno (slika II.65) ali s prijatelji (II.72), ne jemljejo mamil. Zanimivo je, da je med otroki, ki so enkrat poskusili drogo, 70% pogosto gibalno/športno aktivnih otrok (slika II.66), medtem ko se med otroki, ki še nikoli niso poskusili droge, pogosto ukvarja s športom 55% otrok (slika II.66). Razlike so še očitnejše pri otrocih 7. razreda, kjer je med tistimi, ki so enkrat poskusili drogo, 78% pogosto gibalno/športno aktivnih otrok (slika II.67). Medtem ko se med otroki, ki še nikoli niso poskusili droge, pogosto ukvarja s športom 53% otrok (slika II.67). Športno udejstvovanje s prijatelji kaže podobno ugotovitev (slika II.73), saj je med otroki, ki so enkrat poskusili drogo, 52% takih, ki so pogosto aktivni s prijatelji, med otroki, ki niso poskusili droge, je samo 34% pogosto aktivnih s prijatelji, med otroki, ki so večkrat poskusili drogo, pa ni noben, ki bi bil aktiven s prijatelji. Otroci, ki so enkrat poskusili drogo, v povprečju največ minut dnevno tečejo (51 min) (slika II.70). Presenetljivo je, da najmanj tečejo otroci, ki niso poskusili droge (27 min) (slika II.70). Zanimivo je, da najmanj med tednom sedijo otroci, ki so enkrat poskusili drogo (3 ure) (slika II.68). Največ pa otroci, ki so že večkrat poskusili drogo (6,5 ur) (slika II.68).

Očitno je, da izstopajo otroci, ki so enkrat že poskusili drogo, saj se najbolj pogosto ukvarjajo s športom, največ tečejo in najmanj presedijo med tednom. Prav tako pa lahko sklepamo, da so družabni, ker v največji meri izvajajo športne aktivnosti s prijatelji (glede na otroke, ki še nikoli niso poskusili droge, in tiste, ki so jo že večkrat). Podobno je ugotovila raziskava Čurkovičeve (2002), ki je proučevala, koliko so se odvisniki vključevali v gibalno/športno aktivnost, preden so postali odvisniki (tj. obdobje od 10.

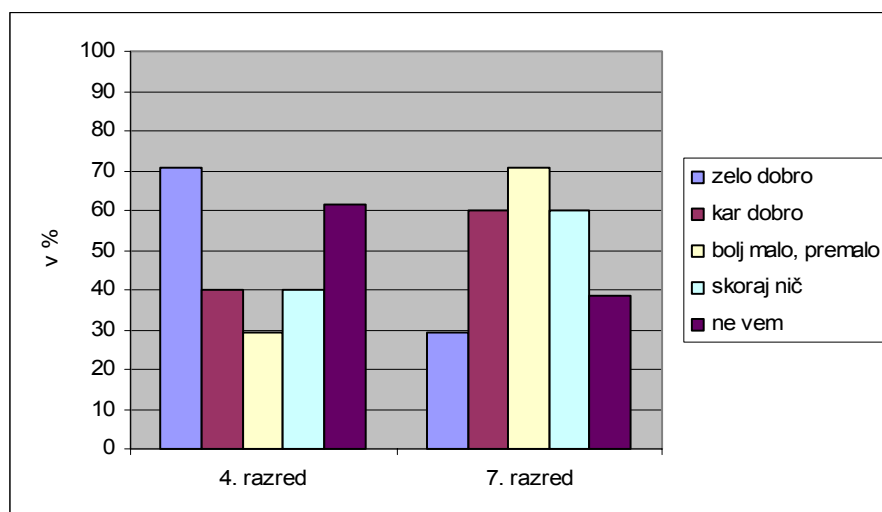
do 17. leta). Na vzorcu 3300 moških, starih med 18 in 25 let, je ugotavljala razliko med odvisniki in neodvisniki. Rezultati so pokazali, da so bili odvisniki v obdobju med 10. in 17. letom več vključeni v organizirane športne oblike kot neodvisniki. V povprečju so odvisniki dnevno in tedensko več časa porabili za športne aktivnosti kot neodvisniki.

6.6 Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

6.6.1 Skrb za zdravje glede na razred, spol in krajevno področje

Pri ugotavljanju razlik med spremenljivko »Ali meniš, da za svoje zdravje skrbiš?« in razredom, spolom in področji smo ugotovili statistično značilne razlike pri razredu ($P = 0,00$) (slika II.74) in področju ($P = 0,004$) (slika II.75).

Slika II.74: Skrb za zdravje (glede na razred)

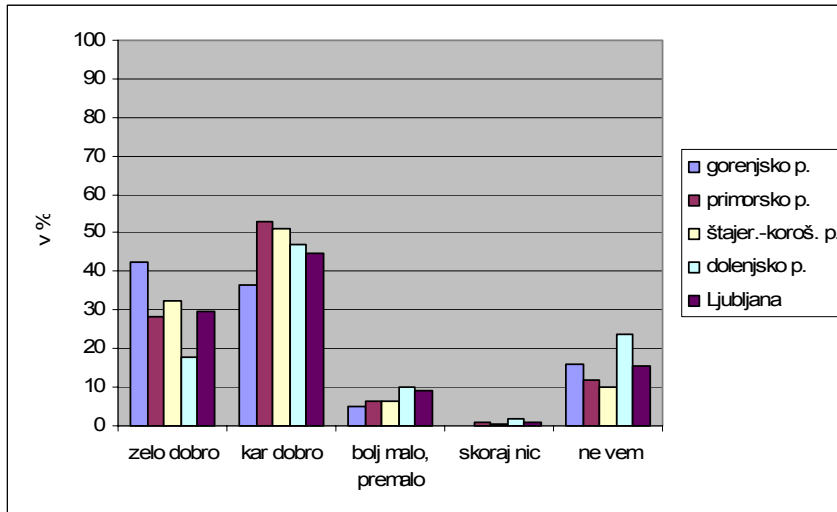


Na sliki II.74 je razvidno, da so otroci 4. razreda bolj pozitivno ocenili lastno skrb za zdravje kot otroci 7. razreda. Med otroki, ki so ocenili, da zelo dobro skrbijo za zdravje, je 70% otrok 4. razreda in 30% otrok 7. razreda. Med otroki, ki so ocenili, da kar dobro skrbijo za zdravje, je rezultat v korist otrok 7. razreda (60% za 7. razred in 40% za 4. razred). Med otroki, ki so ocenili, da bolj malo skrbijo za zdravje, je zaskrbljujoča ugotovitev, da 70% otrok 7. razreda meni, da premalo skrbi za zdravje. Med otroki, ki so ocenili, da skoraj nič ne skrbijo za zdravje, je 60% otrok 7. razreda in 40% otrok 4. razreda, kar je ponovno zaskrbljujoče.

Iz rezultatov je moč razbrati, da so mlajši otroci bistveno manj kritični do sebe kot starejši. Mlajši otroci so veliko bolj preprosti in spontani, ne razmišljajo velikopotezno, zato so si besedo zdravje po vsej verjetnosti predstavljali zgolj kot odsotnost bolezni, mogoče so imeli asociacijo na svoje stare starše, ki imajo težave z zdravjem. To sliko so

lahko prenesli nase in ugotovili, da so sami telesno bolj sposobni, zato ni presenetljiva njihova ocena zdravja kot zelo dobra. Po drugi strani je veliko otrok odgovorilo, da ne vedo, v kakšnem stanju in kako skrbijo za lastno zdravje, kar ni presenetljivo. Pri starejših učencih, ki so že v obdobju mladostništva, pa ima beseda zdravje veliko kompleksnejši pomen. Verjetno vanj vključujejo tudi svoje počutje in ne samo telesno obolenje. Zato so njihove ocene veliko bolj kritične in priznavajo, da bolj malo ali premalo skrbijo za lastno zdravje.

Slika II.75: Skrb za zdravje (glede na področje)



Iz zgornje slike (slika II.75) je razvidno, da otroci vseh področij v povprečju menijo, da zelo dobro ali kar dobro skrbijo za svoje zdravje. Med otroki gorenjskega področja je največ otrok ocenilo, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje (43%). Med dolenjskimi otroki pa je najmanj takih, ki meni, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje (18%). Med otroki dolenjskega področja je največ takih, ki menijo, da skoraj nič ne skrbijo za svoje zdravje (2%). Gorenjska je edino področje, kjer ni nobenega otroka, ki bi ocenil, da skoraj nič ne skrbi za svoje zdravje.

Glavna ugotovitev je, da so otroci 4. razreda ocenili, da bolje skrbijo za lastno zdravje kot otroci 7. razreda. Razlog za tak rezultat je lahko večja samokritičnost in večja ozaveščenost o dejavnikih tveganja za zdravje starejših otrok (slika II.74). Med otroki gorenjskega področja je največ otrok ocenilo, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje (43%). Med dolenjskimi otroki pa je najmanj takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje (18%) (slika II.75).

Drobne in Mohar (2004) poudarjata, da opredelitev kakovosti življenja v svoj koncept vedno vključuje tudi zdravje. Kakovost življenja pomembno vpliva na zdravje posameznika, družbenih skupin in prebivalstva v državi. Subjektivna ocena lastnega zdravja in kakovosti življenja odraža ujemanje naših potreb z možnostmi, ki nam jih nudi družbeno okolje.

Raziskava o odnosu delodajalcev do zdravja in njihovi pripravljenosti za izvajanje programov promocije zdravja je ugotovila, da je 12,5% anketiranih svoje zdravje ocenilo kot odlično, skoraj dve tretjini dobro, dobra petina je odgovorila, da je njihovo zdravje še kar, dva odstotka pa, da je slabo (Stregar & Urdih Lazar, 2005).

6.6.2 Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

Pri testiranju hipoteze »H₁₃: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo pozitiven odnos do lastnega zdravja« smo našli sledeče spremenljivke, ki so povezane z odvisno spremenljivko »Skrb za zdravje«.

Statistično značilne razlike med spremenljivko »Ali meniš, da skrbiš za svoje zdravje?« in spremenljivkami, ki se nanašajo na gibalno/športno aktivnost, smo ugotovili pri spremenljivkah: »Dnevna G/Š aktivnost-očiščena vpliva« (P = 0,00) (tabela II.49) (slika II.76); »Kolesarjenje minimalno 10 min (min/dan)« (P = 0,057) (tabela II.50) (slika II.77); »Intenzivna G/Š aktivnost (min/dan)« (P = 0,019) (tabela II.51) (slika II.78); »Število ur športne vzgoje na teden« (P = 0,00) (tabela II.52) (slika II.79); »Gibalna/športna aktivnost – doma sam« (P = 0,00) (tabela II.53) (slika II.80 in II.81); »Gibalna/športna aktivnost – z družino« (P = 0,00) (tabela II.54) (slika II.82 in II.83); »Gibalna/športna aktivnost – s prijatelji« (P = 0,01) (tabela II.55) (slika II.84 in II.85); »Gibalna/športna aktivnost – organizirano (v klubu)« (P = 0,00) (tabela II.56) (slika II.86 in II.87); »Ukvarjam se s športom« (P = 0,00) (tabela II.57) (slika II.88 II.89).

Slika II.76: Skrb za zdravje v povezavi z »Dnevno gibalno/športno aktivnostjo – očiščeno vpliva področja in spola«

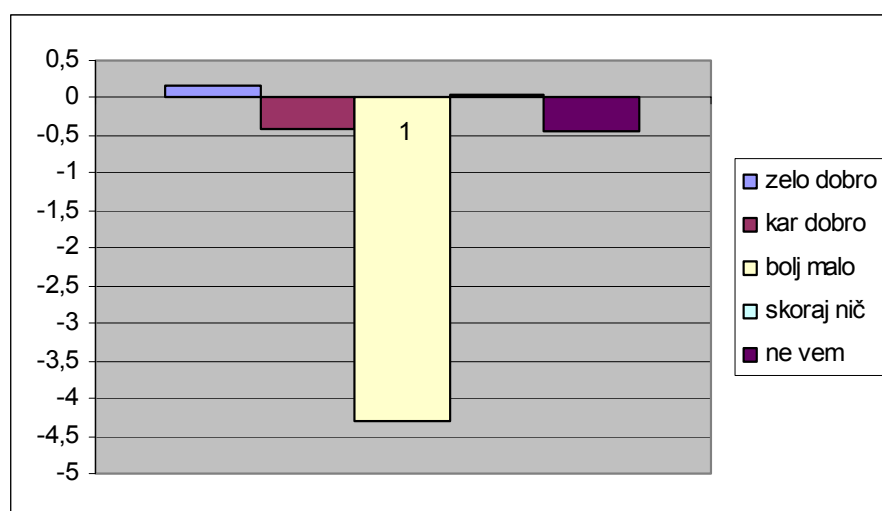
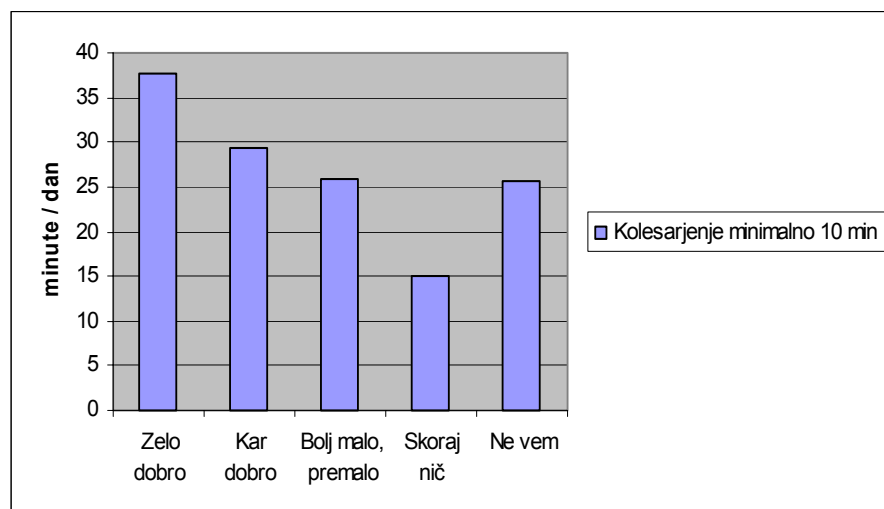


Tabela II.49: Skrb za zdravje v povezavi z »Dnevno gibalno/športno aktivnostjo – očiščeno vpliva področja in spola«

Odnos do lastnega zdravja	Dnevna G/Š aktivnost očiščena vpliva			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje	Standardni odklon		
Zelo dobro	251	0,18	1,14	5,09	0,00
Kar dobro	403	-0,04	0,93		
Bolj malo	58	-0,43	0,69		
Skoraj nič	5	0,03	1,12		
Ne vem	112	-0,04	0,98		

Iz zgornje slike (II.76) je razvidno, da so otroci, ki so ocenili, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje, najbolj gibalno/športno aktivni. Najmanj aktivni pa so otroci, ki so ocenili, da bolj malo skrbijo za svoje zdravje.

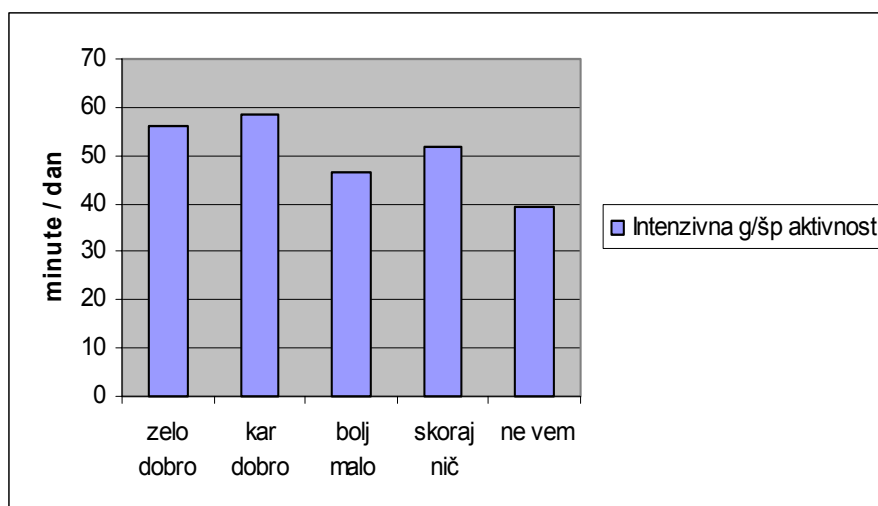
Že stari Grki so dokazali, da primerna gibalna aktivnost dviguje ali ohranja mnoge vitalne lastnosti in sposobnosti ter skrbi za harmonijo telesa in duha. To pa pomeni, da gibanje skrbi za zdravje v najširšem pomenu te besede. Zdravje je izjemno pomembna vrednota pri ljudeh. Če pa dobro razmislimo, zanj naredimo izjemno malo – premalo. Šport pri večini ni vrednota sama po sebi, ampak si mora šele pridobiti svoje mesto v vrednostnem sistemu posameznika. Mnogo mladih se ukvarja s športom ravno zaradi zdravja (Završnik in sodelavci, 2004; Pišot & Kropej, 2005), zato lahko sklepamo, da je na lestvici vrednot zdravje tudi pri mladih pri vrhu. Posledično zdravje brez gibanja ne obstaja, česar se tudi mladi dobro zavedajo. Iz naših rezultatov je razvidna očitna povezava med otroki, ki so športno aktivni, in njihovim odnosom do lastnega zdravja, saj so otroci, ki so ocenili, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje, najbolj gibalno/športno aktivni.

Slika II.77: Skrb za zdravje v povezavi s kolesarjenjem**Tabela II.50:** Skrb za zdravje v povezavi s kolesarjenjem

Odnos do lastnega zdravja	Kolesarjenje najmanj 10 min (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Zelo dobro	251	37,62	52,7	2,29	0,057
Kar dobro	403	29,45	39,8		
Bolj malo	58	25,91	41,8		
Skoraj nič	5	15	25,5		
Ne vem	112	25,59	40,4		

Iz zgornje slike (slika II.77) je razvidno, da največ kolesarijo otroci, ki imajo zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje (37 min/dan), sledijo otroci, ki imajo kar dobro mnenje (29 min/dan), na tretjem mestu so tisti, ki menijo, da bolj malo ali da ne vedo (26 min/dan) in na zadnjem mestu so otroci, ki menijo, da skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje (15 min/dan).

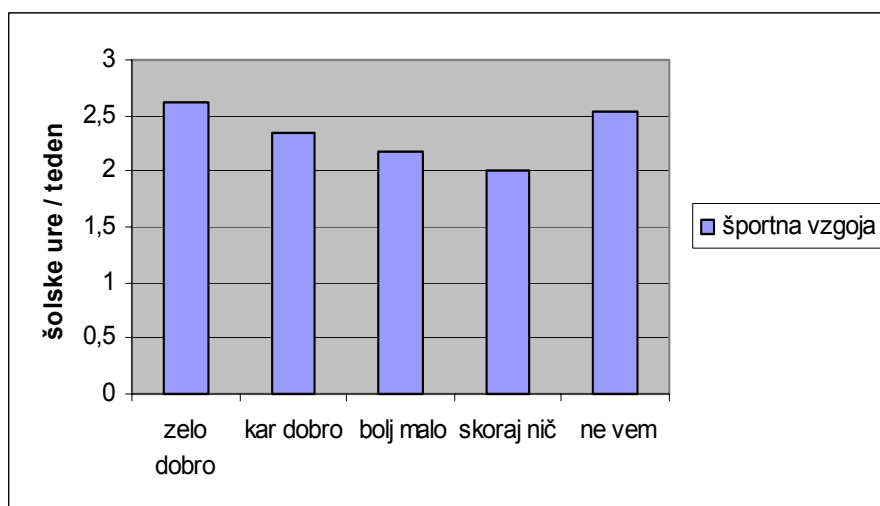
Ponovno je razvidna pozitivna povezava med otroki, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za lastno zdravje, in športno aktivnostjo, tj. kolesarjenjem. Največ kolesarijo tisti, ki so ocenili, da najbolj skrbijo za zdravje, najmanj pa tisti, ki so ocenili, da skoraj nič ne skrbijo za zdravje.

Slika II.78: Skrb za zdravje v povezavi z intenzivno gibalno/športno aktivnostjo**Tabela II.51:** Skrb za zdravje v povezavi z intenzivno gibalno/športno aktivnostjo

Odnos do lastnega zdravja	Intenzivna G/Š aktivnost (min/dan)			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje (min)	Standardni odklon		
Zelo dobro	251	56,09	57,4	2,95	0,019
Kar dobro	403	58,48	57		
Bolj malo	58	46,29	48,1		
Skoraj nič	5	52	75,4		
Ne vem	112	39,4	48,1		

Slika II.78 prikazuje, da se najbolj intenzivno ukvarjajo s športom otroci, ki menijo, da kar dobro skrbijo za lastno zdravje (58 min/dan), sledijo tisti, ki zelo dobro (55 min/dan), na tretjem mestu so tisti, ki skoraj nič (51 min/dan), sledijo tisti, ki bolj malo (46 min/dan), in na zadnjem mestu so tisti, ki ne vedo (40 min/dan), kako skrbijo za lastno zdravje.

Intenzivno ukvarjanje s športom zahteva določeno pripravo, ne samo organizacijsko (kje, kako), ampak tudi telesno pripravljenost. Zato lahko sklepamo, da otroci, ki menijo, da kar dobro in zelo dobro skrbijo za zdravje, vključujejo športno aktivnost v svoj vsakodnevni ritem. Kar pomeni, da jim je šport nekaj vsakdanjega in nujnega v njihovem življenju. Zavedajo se koristi (tudi zdravstvenih), ki jim jih športna aktivnost prinaša.

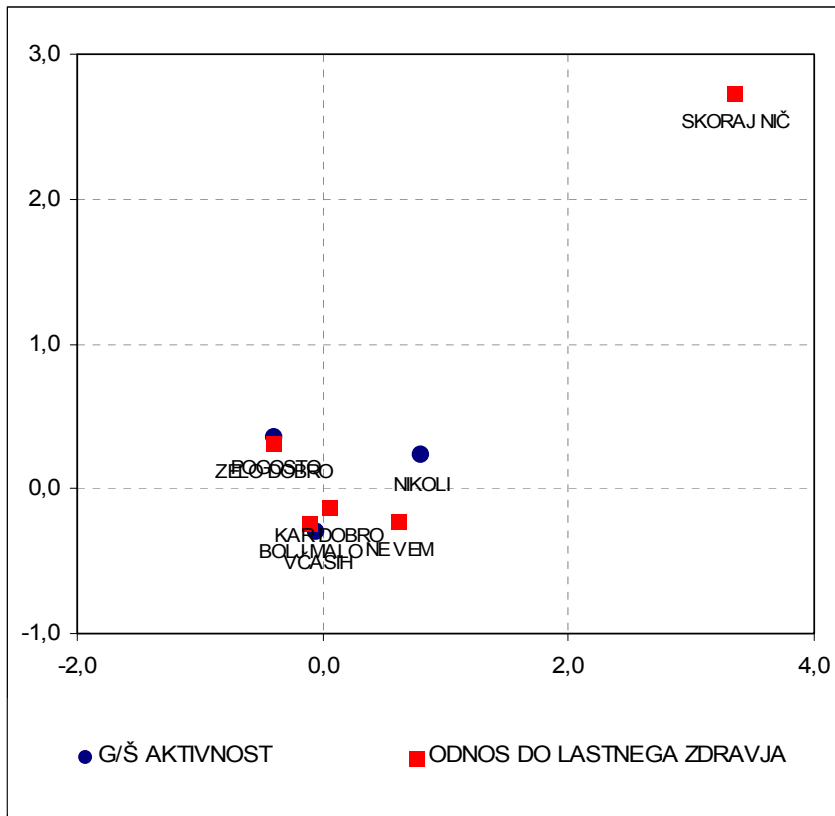
Slika II.79: Skrb za zdravje v povezavi s številom ur športne vzgoje**Tabela II.52:** Skrb za zdravje v povezavi s številom ur športne vzgoje

Odnos do lastnega zdravja	Št. ur športne vzgoje na teden			F-test	P (dvostransko testiranje)
	N	Povprečje	Standardni odklon		
Zelo dobro	249	2,61	0,68	10,97	0,00
Kar dobro	397	2,35	0,6		
Bolj malo	58	2,17	0,5		
Skoraj nič	5	2	0,7		
Ne vem	111	2,54	0,6		

Slika II.79 prikazuje, da imajo največ ur športne vzgoje otroci, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za lastno zdravje (2,61 ur/teden), sledijo tisti, ki ne vedo (2,54 ur/teden), na tretjem mestu so tisti, ki kar dobro (2,35 ur/teden), sledijo tisti, ki bolj malo (2,17 ur/teden), in na zadnjem mestu so tisti, ki menijo, da skoraj nič (2 ur/teden) ne skrbijo za lastno zdravje.

Največ ur športne vzgoje imajo otroci, ki so ocenili, da zelo dobro skrbijo za lastno zdravje, kar je lahko zato, ker imajo ti otroci izbirni predmet s področja športa. Pri ostalih otrocih, ki srednje ali nič ne skrbijo za lastno zdravje, pa je verjetno gibalna/športna aktivnost manj cenjena (ni izbrana med izbirne predmete) in zato imajo tudi manj ur športa na teden. Razviden je vedenjski vzorec otrok: otroci, ki so športno vsakodnevno aktivni, aerobno (kolesarjenje) in intenzivno športno aktivni tako v prostem času, kot med poukom športne vzgoje, so ocenili, da zelo dobro skrbijo za lastno zdravje. Otroci, ki zanemarjajo športno aktivnost tako v prostem času, kot med poukom športne vzgoje, pa so ocenili, da skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje.

Slika II.80: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo doma



S korespondenčno analizo (slika II.80) smo ugotovili, da imajo otroci, ki so pogosto gibalno/športno aktivni doma, večinoma zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje. Pri tistih otrocih, ki so včasih aktivni doma, prevladuje mnenje, da kar dobro in bolj malo skrbijo za zdravje. Ostale skupine so težje določljive, toda pri kategoriji *nikoli nisem aktiven doma* je najpogostejši odgovor *ne vem, kakšno mnenje imam o lastni skrbi za zdravje*.

Slika II.81: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo doma

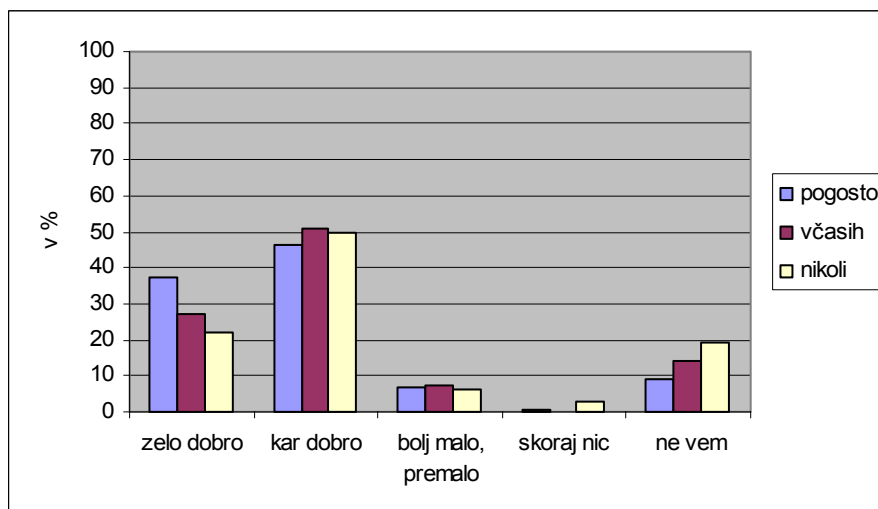
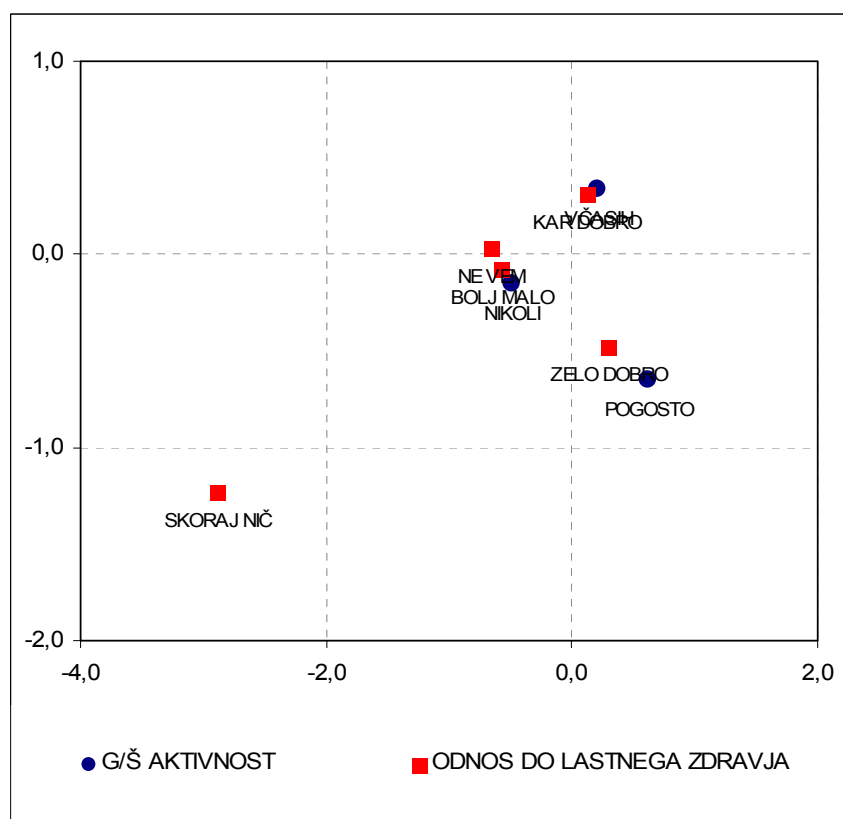


Tabela II.53: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo doma

Gibalna/športna aktivnost doma sam	Odnos do lastnega zdravja (N)					Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Zelo dobro	Kar dobro	Bolj malo	Skoraj nič	Ne vem		
Pogosto	94	116	17	1	23	30,39	0,00
Včasih	112	209	31	0	57		
Nikoli	33	74	9	4	29		

Iz slike II.81 se vidi, da je med otroki, ki so pogosto aktivni doma, 37% takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za zdravje, 46% je takih, ki menijo, da kar dobro, 7% je takih, ki meni, da bolj malo, nobenega ni, ki ne bi skoraj nič skrbel za zdravje, in 9% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki niso nikoli aktivni doma, je 22% takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za zdravje, 50% je takih, ki meni, da kar dobro, 3% je takih, ki skoraj nič ne skrbijo za svoje zdravje.

Biti športno aktiven doma je popolnoma odvisno od posameznika in nam ne pove skoraj nič o dejanskih športnih navadah posameznika. Lahko, da je otrok, ki ima doma velik vrt, večino časa doma športno aktiven, lahko pa kljub velikemu vrtu ni, ker ima raje igrišče, kjer je veliko drugih otrok.

Slika II.82: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo z družino

Korespondenčna analiza nakazuje (slika II.82) na tri skupine. Otroci, ki so pogosto gibalno/športno aktivni z družino, imajo zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje.

Druga skupina so otroci, ki so večasih športno aktivni z družino in imajo kar dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje. Tretja skupina pa so otroci, ki nikoli niso aktivni in bolj malo skrbijo za lastno zdravje ali ne vedo, kako skrbijo za lastno zdravje.

Slika II.83: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo z družino

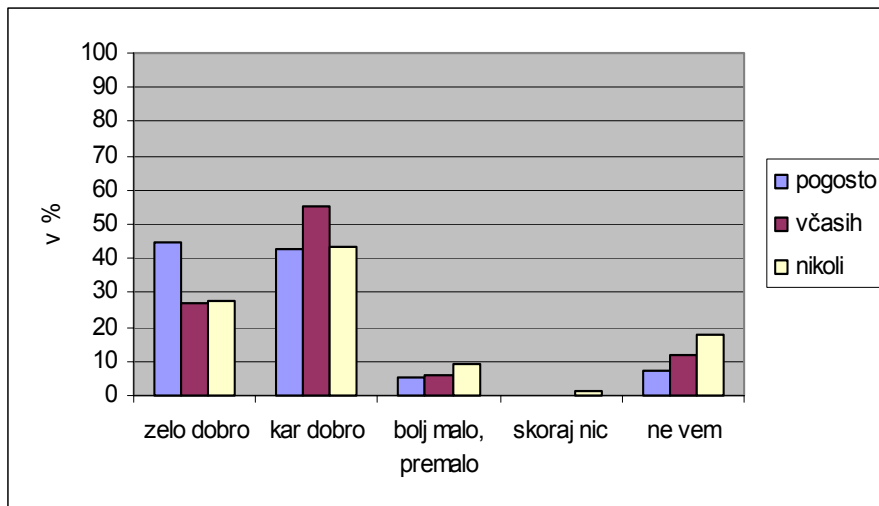


Tabela II.54: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo z družino

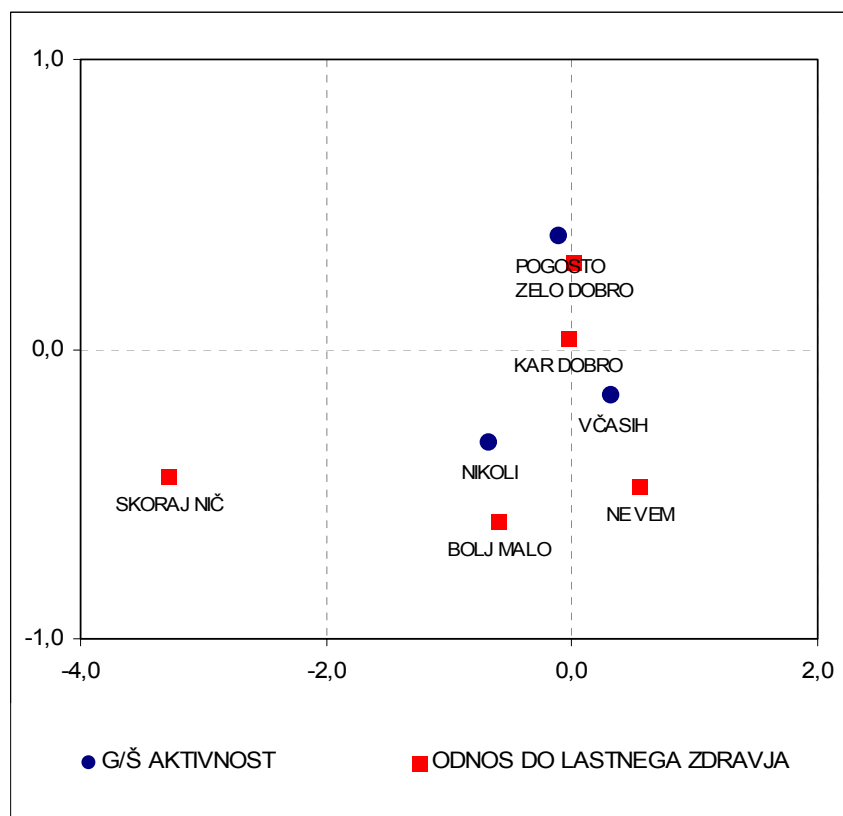
Gibalna/športna aktivnost z družino	Odnos do lastnega zdravja (N)					Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Zelo dobro	Kar dobro	Bolj malo	Skoraj nič	Ne vem		
Pogosto	53	51	6	0	9	34,72	0,00
Včasih	99	204	23	0	43		
Nikoli	86	135	29	5	54		

Na sliki II.83 se vidi, da je med otroki, ki so pogosto aktivni z družino, 45% takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za zdravje, 43% je takih, ki menijo, da kar dobro, 5% je takih, ki menijo, da bolj malo, nobenega ni, ki ne bi skoraj nič skrbel za zdravje, in 8% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki so včasih aktivni z družino, je 27% takih, ki meni, da zelo dobro skrbi za zdravje, 55% je takih, ki meni, da kar dobro, 6% je takih, ki meni, da bolj malo, nobenega ni, ki ne bi skoraj nič skrbel za zdravje, in 12% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki nikoli niso aktivni z družino, je 28% takih, ki meni, da zelo dobro skrbi za zdravje, 44% je takih, ki meni, da kar dobro, 9% je takih, ki meni, da bolj malo, 2% menita, da skoraj nič ne skrbita za zdravje, in 17% je takih, ki ne vedo.

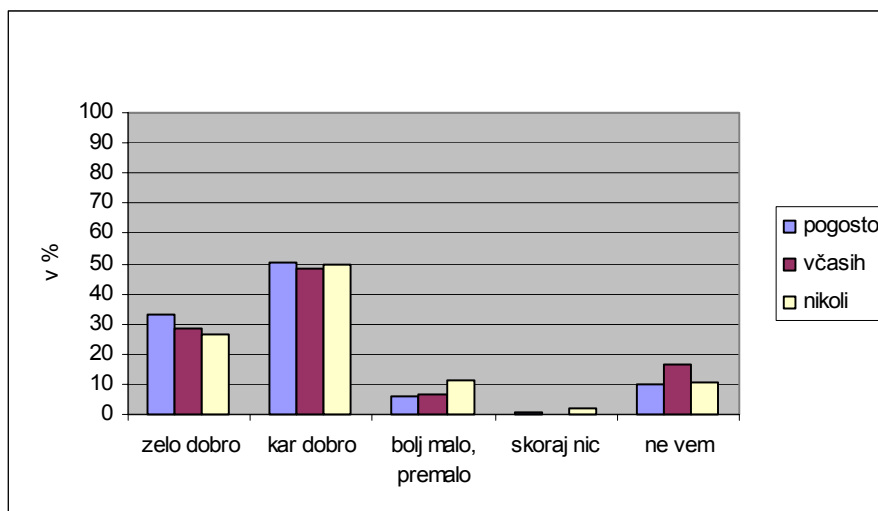
Vedenjski vzorci staršev se prenašajo na otroke. V obdobju otroštva je vpliv staršev na otroka močnejši, zato lahko otroku nudijo v tem obdobju največ navad in izkušenj, ki jih imajo sami. Otrok mora iti na izlet s starši, na smučanje, se igrati na igrišče, toda ali bo želel nadaljevati s temi aktivnostmi tudi, ko bo najstnik ali odrasel, je vprašanje, saj imajo na vedenje in osebnost otroka vpliv tudi drugi akterji v otrokovem življenju, tj. okolje, lastna aktivnost in dedni dejavniki. Lahko, da bo otrok, ki je podedoval

nadarjenost za umetnost, veliko časa »ustvarjal« v samoti, medtem ko bo njegov brat, ki je bolj nagnjen k športu, v prostem času brcal žogo s prijatelji. Zato se ne bodo drugače razvijale samo sposobnosti obeh otrok (npr. v slikarstvu ali pa pri nogometu), temveč bosta otroka imela tudi drugačno socialno življenje. Te razlike se navadno še okrepijo, ko otroci rastejo in se srečujejo s čedalje več izkušnjami zunaj družinskega kroga (Bergman & Plomin, 1989; Bouchard, 1994; Plomin, 1990, 1996; Plomin in sod., 1994; Scarr, 1992; Scarr & McCartney, 1983; povzeto po: Papalia, Olds, & Feldman, 2003).

Slika II.84: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo s prijatelji



S korespondenčno analizo (slika II.84) smo ugotovili, da je opazna samo ena skupina, ki predstavlja pogosto aktivne otroke s prijatelji, ki imajo zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje. Ostale kategorije bi lahko kazale na to, da imajo otroci, ki so včasih aktivni s prijatelji, kar dobro mnenje ali pa ne vedo, kako skrbijo za lastno zdravje, in otroci, ki niso nikoli športno aktivni s prijatelji, menijo, da bolj malo skrbijo za lastno zdravje.

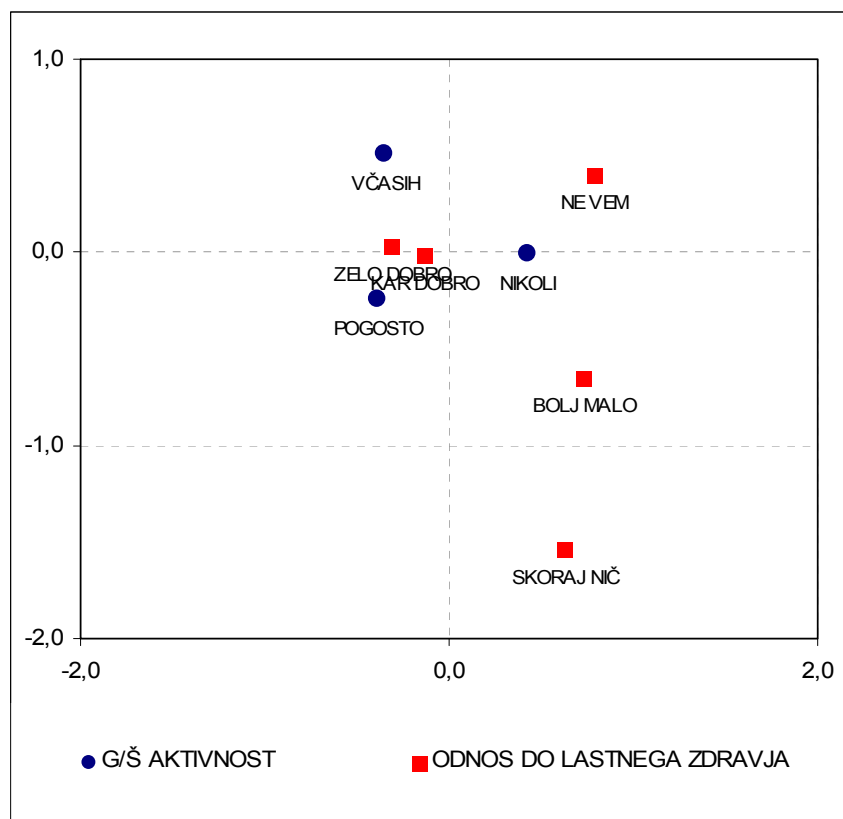
Slika II.85: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo s prijatelji**Tabela II.55:** Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo s prijatelji

Gibalna/športna aktivnost s prijatelji	Odnos do lastnega zdravja (N)					Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Zelo dobro	Kar dobro	Bolj malo	Skoraj nič	Ne vem		
Pogosto	91	138	16	2	28	19,95	0,01
Včasih	108	185	24	0	64		
Nikoli	38	71	16	3	15		

Na sliki II.85 je razvidno, da je med otroki, ki so pogosto aktivni s prijatelji, 33% takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za zdravje, 50% je takih, ki menijo, da kar dobro, 6% je takih, ki menijo, da bolj malo, 1% je takih, ki menijo, da skoraj nič ne skrbijo za zdravje, in 10% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki so včasih aktivni s prijatelji, je 28% takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za zdravje, 49% je takih, ki menijo, da kar dobro, 6% je takih, ki menijo, da bolj malo, nobenega ni, ki bi menil, da skoraj nič ne skrbi za zdravje, in 17% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki niso nikoli aktivni s prijatelji, je 27% takih, ki meni, da zelo dobro skrbi za zdravje, 50% je takih, ki meni, da kar dobro, 11% je takih, ki meni, da bolj malo, 2% je takih, ki meni, da skoraj nič ne skrbi za zdravje, in 10% je takih, ki ne vedo.

Športna aktivnost, ki vključuje skupino otrok, se imenuje kolektivni šport. Značilnosti kolektivnega športa so: prilagajanje drug drugemu, »fair play«, empatija, timsko delo in skupno reševanje problemov, kar vodi v prijateljstvo, ki je velika vrednota mladih. Kolektivni šport je zato velikokrat podlaga za oblikovanje pravih prijateljstev, za oblikovanje skupin, kjer se izvajajo aktivnosti, kot so šport in gibanje oziroma aktivno preživljanje prostega časa. To daje in pomaga posamezniku oblikovati ritem življenja, ki pozitivno vpliva na njegovo telesno kot duševno počutje ter ga usmerja v kvaliteten in zdrav način življenja.

Slika II.86: Skrb za zdravje v povezavi z organizirano gibalno/športno aktivnostjo



Korespondenčna analiza (slika II.86) nakazuje na eno skupino. Otroci, ki so pogosto organizirano športno aktivni, imajo zelo dobro in kar dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje. Tudi otroci, ki so včasih organizirano aktivni, se bolj uvrščajo k tistim, ki imajo zelo dobro in kar dobro mnenje. Otroci, ki pa nikoli niso aktivni v organizirani obliki, se bolj uvrščajo v skupino otrok, ki menijo, da bolj malo skrbijo za lastno zdravje ali ne vedo, kako skrbijo za lastno zdravje.

Slika II.87: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo organizirano

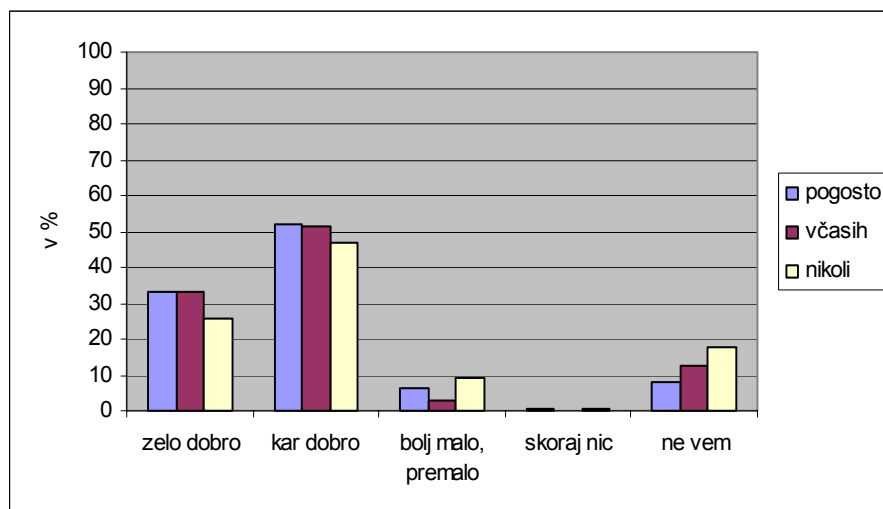


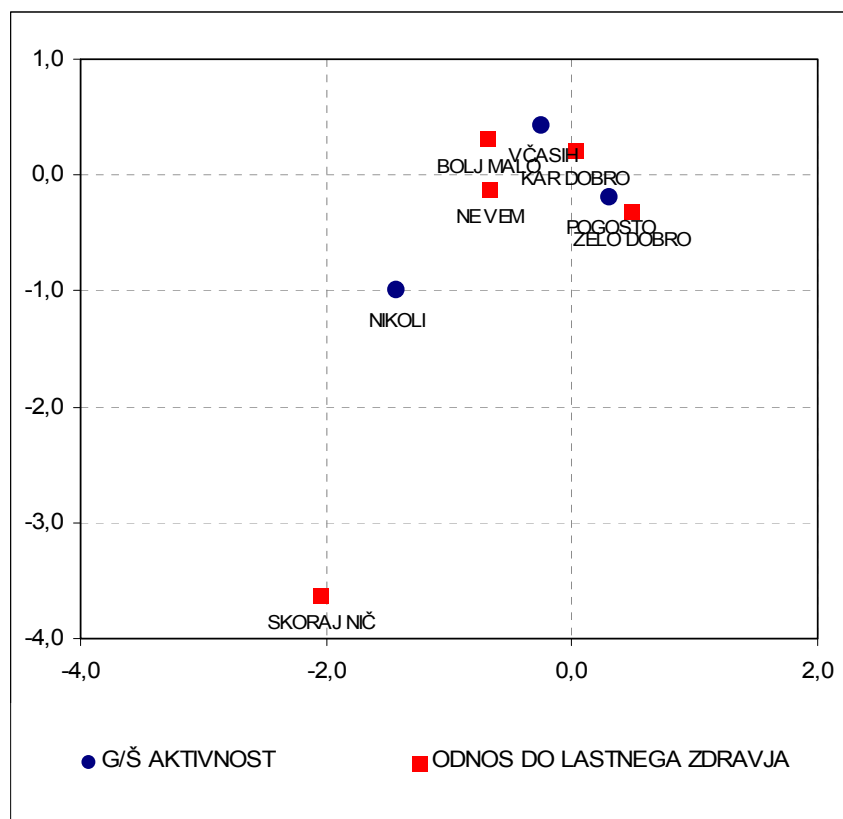
Tabela II.56: Skrb za zdravje v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo organizirano

Gibalna/športna aktivnost organizirano	Odnos do lastnega zdravja (N)					Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Zelo dobro	Kar dobro	Bolj malo	Skoraj nič	Ne vem		
Pogosto	91	144	17	2	22	23,5	0,00
Včasih	46	71	4	0	17		
Nikoli	94	171	34	3	65		

Na zgornji sliki (slika II.87) je razvidno, da je med otroki, ki so pogosto aktivni v klubu, 33% takih, ki meni, da zelo dobro skrbi za zdravje, 52% je takih, ki meni, da kar dobro, 6% je takih, ki meni, da bolj malo, 1% meni, da skoraj nič ne skrbi za zdravje, in 8% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki so včasih aktivni v klubu, je 33% takih, ki meni, da zelo dobro skrbi za zdravje, 51% je takih, ki meni, da kar dobro, 3% je takih, ki meni, da bolj malo, nobenega ni, ki meni, da skoraj nič ne skrbi za zdravje, in 12% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki niso nikoli aktivni v klubu, je 26% takih, ki meni, da zelo dobro skrbi za zdravje, 47% je takih, ki meni, da kar dobro, 9% je takih, ki meni, da bolj malo, 1% je takih, ki menijo, da skoraj nič ne skrbijo za zdravje, in 18% je takih, ki ne vedo.

Zgoraj smo omenili značilnosti kolektivnega športa, ki ima veliko skupnega z organizirano gibalno/športno aktivnostjo. Pri organiziranem športu je mogoče večji poudarek na načrtovanju, točno se ve, kdaj poteka trening ali športna vadba, ter na disciplini, saj je zaželen ali nujna točnost prihoda, ter dosledno upoštevanje trenerjevih navodil. Za otroke je vključevanje v organizirane športne aktivnosti nujnost, saj jim pomaga pri njihovi organizaciji časa, poleg tega pa te aktivnosti vodi strokovnjak trener, ki zna otroka motivirati, tako da navadno otrok komaj čaka, kdaj bo čas za trening. Trener posreduje otroku veliko informacij o vplivu telesne aktivnosti na zdravje in organizem, kar posledično otrok sam tudi opazi in čuti, zato se po našem mnenju veliko bolj zaveda pozitivnih učinkov športne aktivnosti na lastno zdravje.

Slika II.88: Skrb za zdravje v povezavi z ukvarjanjem s športom



Korespondenčna analiza (slika II.88) kaže dve skupini. Prva so otroci, ki se pogosto ukvarjajo s športom in imajo zelo dobro mnenje o skrbi za zdravje. Druga so otroci, ki se včasih ukvarjajo s športom in imajo kar dobro mnenje in mnenje, da bolj malo skrbijo za zdravje. Otroci, ki niso nikoli aktivni, pa ne vedo, kako skrbijo ali pa skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje.

Slika II.89: Skrb za zdravje v povezavi z ukvarjanjem s športom

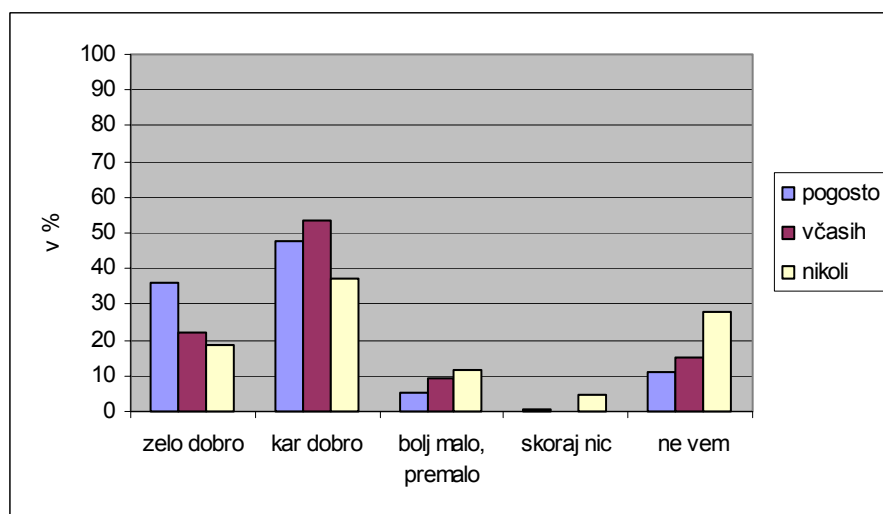


Tabela II.57: Skrb za zdravje v povezavi z ukvarjanjem s športom

Ukvarjam se s športom	Odnos do lastnega zdravja (N)					Pearsonov hi-kvadrat test	P (dvostransko testiranje)
	Zelo dobro	Kar dobro	Bolj malo	Skoraj nič	Ne vem		
Pogosto	162	215	23	3	49	44,92	0,00
Včasih	70	169	29	0	47		
Nikoli	8	16	5	2	12		

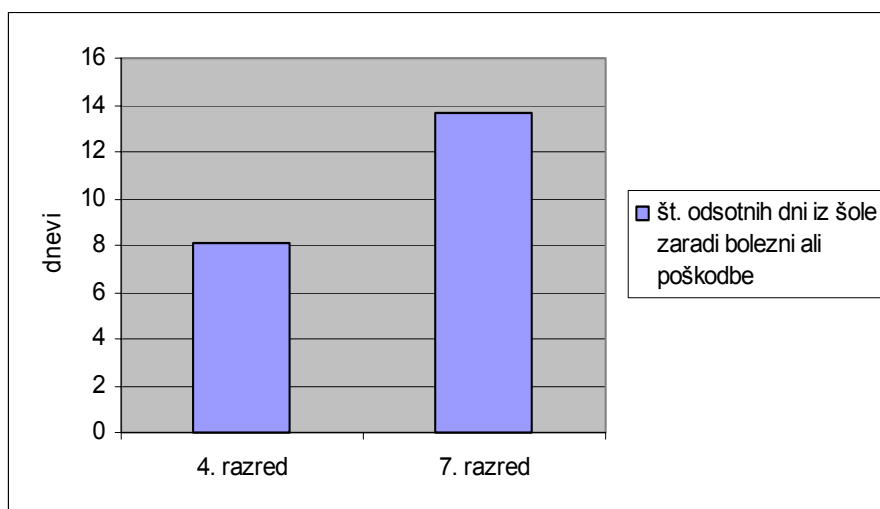
Iz zgornje slike (slika II.89) je razvidno, da je med otroki, ki se pogosto ukvarjajo s športom, 36% takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za zdravje, 48% je takih, ki menijo, da kar dobro, 5% je takih, ki menijo, da bolj malo, 1% je takih, ki menijo, da skoraj nič ne skrbijo za zdravje, in 11% je takih, ki ne vedo, kako skrbeti za lastno zdravje. Med otroki, ki se včasih ukvarjajo s športom, je 22% takih, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za zdravje, 54% je takih, ki menijo, da kar dobro, 9% je takih, ki menijo, da bolj malo, nobenega ni, ki meni, da skoraj nič ne skrbi za zdravje, in 15% je takih, ki ne vedo. Med otroki, ki se nikoli ne ukvarjajo s športom, je 19% takih, ki meni, da zelo dobro skrbi za zdravje, 37% je takih, ki menijo, da kar dobro, 12% je takih, ki menijo, da bolj malo, 5% je takih, ki menijo, da skoraj nič ne skrbijo za zdravje, in kar 29% je takih, ki ne vedo.

Iz analiz smo ugotovili, da so otroci, ki so ocenili, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje, najbolj gibalno/športno aktivni. Največ kolesarijo otroci, ki imajo zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje (37 min/dan) (slika II.77). Najbolj intenzivno se ukvarjajo s športom otroci, ki menijo, da kar dobro skrbijo za lastno zdravje (58 min/dan), sledijo tisti, ki zelo dobro (55 min/dan) (slika II.78). Največ ur športne vzgoje imajo otroci, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za lastno zdravje (2,61 ur/teden) (slika II.79). Ugotovili smo tudi, da pri otrocih, ki so pogosto aktivni doma ali z družino ali s prijatelji ali organizirano, v povprečju prevladujeta odgovora, da zelo dobro in kar dobro skrbijo za zdravje. Zadnja ugotovitev je, da je med otroki, ki se pogosto ukvarjajo s športom, največ takih, ki je odgovorilo, da zelo dobro skrbijo za zdravje.

6.7 Odsotnost od pouka zaradi bolezni v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

6.7.1 Odsotnost od pouka zaradi bolezni glede na razred, spol in krajevno področje

Pri ugotavljanju razlik med spremenljivko »*Koliko dni si bil/a v zadnjem letu zaradi bolezni ali poškodbe odsoten/a iz šole?*« in razredom, spolom in področji, smo ugotovili statistično značilne razlike samo pri razredu ($P = 0,00$) (slika II.90).

Slika II.90: Odsotnost od pouka zaradi bolezni (glede na razred)

Iz zgornje slike (slika II.90) je razvidno, da so otroci 7. razreda več odsotni od pouka kot otroci 4. razreda. Otroci 4. razreda v povprečju manjkajo 8 dni na leto, medtem ko otroci 7. razreda skoraj enkrat več (14 dni na leto).

Rezultat ni presenetljiv, kljub temu pa se je treba vprašati, zakaj je takšna razlika, saj so starejši otroci skoraj še enkrat več dni na leto odsotni od pouka zaradi bolezni kot mlajši. Ali so resnično razlog za odsotnost poškodbe ali bolezen? Stres se pri mladih vedno bolj izraža, saj težko dohajajo in sledijo vsem zahtevam, ki jim jih nalaga šola. Vemo, da je stres lahko vzrok za pojav bolezni. Pri starejših otrocih so obremenitve v šoli večje kot pri mlajših. Zato ni presenetljivo, da so več odsotni, pa naj bo razlog poškodba ali bolezen ali pa stres, ki ga danes lahko imenujemo bolezen sodobnega časa.

6.7.2 Odsotnost od pouka zaradi bolezni v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo otrok

Pri testiranju hipoteze »H₁₄: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, so zaradi bolezni manj odsotni iz šole« nismo našli nobene spremenljivke, ki bi bila povezana z odvisno spremenljivko »Število odsotnih dni iz šole«.

Gibanje vpliva na človekovo zdravstveno stanje tako z vidika notranjega delovanja organizma (srčno-žilni in respiratorni sistem), kot z vidika biomehanskih karakteristik. Ta vpliv je pozitiven, če izvajamo gibanja, ki ne povzročajo na organizem prevelikega stresa, ki je lahko povod za nastanek poškodb. Organizem mladih oziroma razvijajočih oseb je odpornejši in bolj vzdržljiv, saj se celice v organizmu mladega človeka hitreje obnavljajo. Prav tako proces zakostenitve pri otrocih še ni zaključen, zato imajo prožnejše kosti, tudi količina elastana in kolagena je večja, kar vpliva na večjo elastičnost ligamentov. Naštete biomehanske karakteristike dajejo otroku možnost, da

izvaja gibanja in športne aktivnosti, ki so veliko intenzivnejša kot pri odraslih, pri katerih te lastnosti že dosegajo plato, ali pri večini, ki niso dovolj gibalno/športno aktivni, že strmo padajo navzdol oziroma se slabšajo.

Kljub vsem pozitivnim učinkom, ki jih ima gibalna/športna aktivnost na naše telesno in duševno počutje, je težko enostavno zaključiti, da so otroci, ki se ukvarjajo s športom, tudi manj odsotni od pouka. Vsekakor lahko rečemo, da so bolj zdravi ali da živijo zdravo, toda njihova odsotnost od pouka je pogojena tudi z drugimi dejavniki, ki to hipotezo postavljajo v precej bolj zapleteno situacijo. Otroci pri tej starosti (11 in 13 let) nimajo pravice sami odločati, kdaj bodo odsotni od pouka, to pravico imajo starši ali njihovi skrbniki. Velikokrat otrok utrpi lažjo poškodbo, na primer zvin gležnja, in mora naslednji dan v šolo. Veliko staršev pa daje otroku potuho in ga opravičijo od pouka tudi, če je popolnoma zdrav. Zato je veliko izostankov od pouka neutemeljenih (nekateri otroci so resnično bolni ali poškodovani, nekateri so zdravi in imajo druge vzroke za izostanek), kljub temu da so vsi otroci prinesli zdravniško opravičilo.

7 Razprava

7.1 Skupni prikaz povezanosti gibalne/športne aktivnosti otrok z izbranimi dejavniki tveganja in lastnim odnosom do zdravja

Namen tega poglavja je razložiti glavne ugotovitve tega raziskovalnega dela, ki izhajajo iz proučevanih hipotez. Na podlagi spodnjih tabel smo želeli celostno prikazati, katere pojasnjevalne spremenljivke (spremenljivke gibalne/športne aktivnosti) so, v povezavi s posameznim proučevanim dejavnikom (izbran dejavnik tveganja), potrdile proučevano hipotezo. Vpogled v celotno sliko analiz kaže matrika povezanosti pojasnjevalnih spremenljivk s proučevanimi dejavniki (tabela II.58).

Na spodnji tabeli (tabela II.58) so prikazani izbrani dejavniki tveganja, to so proučevani dejavniki, v povezavi s spremenljivkami gibalne/športne aktivnosti, tj. pojasnjevalnimi spremenljivkami. Osenčeni predel pomeni statistično značilno povezavo med izbranim dejavnikom tveganja (proučevanim dejavnikom) in pojasnjevalno spremenljivko. V prvih pet indeksiranih pojasnjevalnih spremenljivkah so vključene vse številске spremenljivke, ostale pojasnjevalne spremenljivke so neštevilске. Barva posamezne indeksirane spremenljivke nakazuje, katere pojasnjevalne spremenljivke vključuje. Tako na primer prva indeksirana spremenljivka »Dnevno sedenje – očiščeno vpliva razreda«, ki je rumene barve, zajema dve številski spremenljivki (tudi rumene barve): »Število ur sedenja izven šole med tednom« in »Število ur sedenja med vikendom«. V zadnjem stolpcu sta metodi, ki smo ju uporabili pri testiranju povezave med posameznim proučevanim dejavnikom in pojasnjevalno spremenljivko. Pri analizi številskih spremenljivk (indeksiranih in originalnih) smo uporabili *analizo variance*, pri analizi neštevilskih spremenljivk pa *korespondenčno analizo*.

Glavne ugotovitve, ki se nanašajo na postavljene hipoteze, lahko strnemo v naslednje točke.

1. Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, so bolj gibalno/športno aktivni.
2. Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil.
3. Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo pozitiven odnos do lastnega zdravja.

Zadnje hipoteze (H_{14} : *Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, so zaradi bolezni manj odsotni iz šole*) nismo potrdili z nobeno pojasnjevalno spremenljivko.

Podrobnejša razlaga posamezne ugotovitve sledi v nadaljevanju.

Tabela II.58: Skupni prikaz povezanosti pojasnjevalnih spremenljivk s proučevanimi dejavniki

Testirana hipoteza	Hipoteza 1	Hipoteza 2		Hipoteza 3	Hipoteza 4	Vrsta spremenljivke	Metoda analize
	Stanje prehranjenosti	Kajenje	Alkohol	Mamila	Odnos do lastnega zdravja		
Proučevani dejavnik							
Pojasnjevalna spremenljivka							
Dnevno sedenje - očiščeno vpliva razreda						Indeksirana-številiska	Analiza variance
Dnevna G/Š aktivnost - očiščeno vpliva krajevnega področja in spola							
Način prihoda v šolo, trening... - očiščeno vpliva krajevnega področja in spola							
G/Š aktivnost v prostem času - očiščeno vpliva razreda, spola in krajevnega področja							
Število ur športne vzgoje na teden - očiščeno vpliva razreda							
Število ur sedenja izven šole med tednom						Originalna - številiska	
Število ur sedenja med vikendom							
Povprečno število min/dan za hojo							
Povprečno število min/dan za kolesarjenje							
Povprečno število min/dan za rolanje							
Povprečno število min/dan za tek							
Povprečno število min/dan za druge G/Š aktivnosti							
Potovanje z motornimi prevoznimi sredstvi (min/dan)							
Kolesarjenje najmanj 10 min (min/dan)							
Hoja najmanj 10 min (min/dan)							
Intenzivna G/Š aktivnost (min/dan)							
Zmerna G/Š aktivnost (min/dan)							
Hoja (min/dan)							
Število ur športne vzgoje na teden							
G/Š aktivnost - doma sam							
G/Š aktivnost - z družino							
G/Š aktivnost - s prijatelji							
G/Š aktivnost - v šoli							
G/Š aktivnost - organizirana v klubu							
Ukvarjam se s športom							

7.2 Analiza hipotez

V tem poglavju so prikazane statistično značilne povezave med pojasnjevalno spremenljivko in proučevanim dejavnikom, ki izhaja iz posamezne hipoteze.

7.2.1 Stanje prehranjenosti

Prvo hipotezo: »Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, so bolj gibalno/športno aktivni« smo potrdili z dvema pojasnjevalnima spremenljivkama: »Gibalna/športna aktivnost v šoli« in »Ukvarjam se s športom« (tabela II.59). Ugotovitve so:

- Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, so pogosto gibalno/športno aktivni v šoli.
- Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, se pogosto ukvarjajo s športom.

Tabela II.59: Povezava med posamezno pojasnjevalno spremenljivko in stanjem prehranjenosti.

Hipoteza 1	Skupina / odgovor	Povprečna vrednost	Vrednost testa*	Statistična značilnost testa	Opomba
Proučevani dejavnik: Stanje prehranjenosti					
Pojasnjevalna spremenljivka: G/Š aktivnost v šoli					
	Podhranjenost	0,00243	11,87	0,018	
	Normalno	0,00438			
	Prekomerno	0,01501			
Pojasnjevalna spremenljivka: Ukvarjam se s športom					
	Podhranjenost	0,00907	11,15	0,025	
	Normalno	0,00200			
	Prekomerno	0,00892			

* Vrednost F-statistike v primeru analize variance in vrednost χ^2 -statistike v primeru korespondenčne analize.

Ugotovitev, da se otroci z normalno telesno težo več gibajo kot tisti s premajhno ali prekomerno, ni presenetljiva. Prenizka telesna teža predstavlja omejitveni dejavnik pri gibanju, saj pomanjkanje mišične mase zmanjšuje možnost igranja in izvajanja visoko-intenzivnih gibanj.

Glede na korespondenčno analizo smo dobili tri skupine: prvo, ki potrjuje našo prvo hipotezo, da se otroci, ki so normalno prehranjeni, pogosto ukvarjajo s športom. Druga skupina nakazuje, da se otroci, ki so prekomerno prehranjeni, večinoma včasih ukvarjajo s športom, in tretja skupina nakazuje, da se otroci, ki so podhranjeni večinoma nikoli ne ukvarjajo s športom. Podobno smo ugotovili pri spremenljivki gibalna/športna aktivnost v šoli, kjer so otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, bolj pogosto gibalno/športno aktivni kot otroci, katerih stanje prehranjenosti odstopa od normalnega.

Ostale skupine s pomočjo korespondenčne analize težko določimo. Je pa razvidno, da so otroci, ki so podhranjeni, najbližje kategoriji *nikoli nisem aktiven*, otroci, ki so prekomerno prehranjeni, pa so najbližje kategoriji *nikoli in včasih sem gibalno/športno aktiven*.

V razvitih državah le redko še srečamo problem podhranjenosti otrok. Gmotne razmere omogočajo, da si družina zagotovi osnovna živila za primeren kalorični vnos. Podhranjenost se največkrat pojavi pri kronično bolnem otroku, ki nima pravega apetita ali porabi veliko energije za vzdrževanje osnovnih funkcij. Takšni so npr. otroci s hudimi srčnimi hibami in kroničnimi pljučnimi, ledvičnimi ali črevesnimi boleznimi (Zavod Med.Over.Net, 2005). Toda menimo, da na delež podhranjenih otrok vplivajo tudi drugi dejavniki in ne samo bolezenski. Veliko vlogo igrajo tudi dejavniki okolja, kot so mediji, ki bombardirajo mlade z idealom telesne teže, ki je v realnosti vse prej kot idealna in je nezdrava za odraščajočega otroka. Nedoseganje »idealne telesne teže« pa ima lahko za posledico razvoj motenj hranjenja, kot je anoreksija, bulimija in kompulzivno prenajedanje. V naši raziskavi so po objektivni metodi podhranjeni 3% otrok. Razlike med podhranjenimi dečki in deklicami kažejo, da je več presutih deklic (3%) kot dečkov (2%). Na podhranjenost ima velik vpliv tudi neredna in neuravnotežena prehrana. Izsledki mednarodne raziskave Svetovne zdravstvene organizacije HBSC (Health behaviour in School-Aged Children) so pokazali, da tretjina mladostnikov (30% fantov in 38% deklet) vsak dan odhaja v šolo brez zajtrka, redno pa zajtrkuje le 42% fantov in 37% deklet (Evropski urad SZO, 2002; Stergar in sod., 2002). Hrani se pogosteje odrekajo dekleta, ki najpogosteje izpuščajo zajtrk in večerjo. En obrok na dan pa je vsekakor premalo za odraščajočega otroka.

Veliko večjo težavo kot podhranjenost pomenita čezmerna prehranjenost in debelost. Hrana je v razvitem svetu dokaj poceni, vedno več je t. i. hitre hrane; razmahnila se je tudi poraba različnih prehransko malovrednih slaščic in prigrizkov. Prekomerna telesna teža omejuje človeka pri telesnih aktivnostih in pri izbiri športa, obenem pa je dejavnik tveganja za nastanek številnih obolenj in bolezenskih stanj. V naši raziskavi smo ugotovili, da v Sloveniji problem prekomerne teže pri otrocih, starih 10 in 13 let, ni izrazit, primerjalno gledano z ostalimi državami po svetu. Kljub temu pa je v Sloveniji več otrok s prekomerno telesno težo kot s premajhno. V naši raziskavi je po objektivni metodi debelih otrok 6%, prekomerno prehranjenih pa 11%. Razvidno je tudi povečevanje telesne teže s starostjo. Otrok 4. razreda, ki so prekomerno težki, je približno 12% (po objektivni oceni), v sedmem razredu je takih že 20%. Po objektivni metodi je bistveno manj prekomerno težkih deklic (12%) kot dečkov (20%).

Zdravniki menijo, da kar 95% debelosti nastane prehransko, preostalih 5% ima medicinski vzrok (npr. kromosomske motnje, hormonske težave). V zadnjih letih precej raziskujejo hormon leptin, ki naj bi bil povezan z debelostjo, vendar dokončnih dognanj še ni (Zavod Med.Over.Net, 2005).

Velik delež odraslih s prekomerno telesno težo prinese debelost iz otroštva. To govori o pomanjkanju preventive v osnovnošolskem obdobju in neosveščenosti staršev, ki ne poskrbijo za primerno prehrano in telesno aktivnost svojega otroka (Kate & Sentočnik, 2005).

Raziskovalni dokazi potrjujejo, da debelost ni le lepota napaka, ampak resno ogroža človeško zdravje. Že pri otrocih s preveliko težo se srečujemo s previsokim krvnim tlakom, povišanimi maščobami in motnjami presnove ogljikovih hidratov. Vse troje uvrščamo med najpomembnejše dejavnike tveganja za zgodnji razvoj arterioskleroze, katere posledici sta med drugim srčni infarkt in možganska kap. Čezmerna teža in še zlasti debelost obremenjujeta sklepe, kar lahko čez leta povzroči obrabo sklepnih hrustancev z vsemi težavami, ki te spremembe spremljajo. Pojavljajo se tudi težave z dihalni in seveda duševna stiska, saj pretežkega otroka vrstniki pogosto osamijo, se iz njega norčujejo in ga neredko pripravijo do tega, da se še bolj zateka k hrani. Američani opisujejo nov pojem, »neomajna požrešnost«: posameznik je do onemoglosti, ne da bi se zavedal, kdaj ima hrane dovolj, občutka sitosti nima več. Popolnoma nasprotni težavi sta bulimija in anoreksija, ki postajata v razvitem svetu pereč problem (Zavod Med.Over.Net, 2005).

Ugotovili smo, da se s starostjo delež prekomerno hranjenih otrok povečuje. V 4. razredu je prekomerno hranjenih otrok 12%, v sedmem pa že 20%. Razlike smo ugotovili tudi med spoloma. Normalno težkih deklic je več (83%) kot dečkov (78%) in več dečkov je prekomerno težkih (20%) v primerjavi z deklicami (12%). Glede na področje smo ugotovili, da največ otrok, ki so pretežki, prihaja iz dolenskega (22%), najmanj pa iz primorskega (11%) in gorenjskega področja (11%).

Menimo, da sta pomembni vzgoja in osveščenost ljudi o pomembnosti primerne telesne teže in telesne vadbe za zdravje. Spodbujanje h gibalni/športni aktivnosti mora biti del preventivne dejavnosti v zdravstvu; to pomeni, da začnemo z vzgojo že v otroštvu. Poskus dejavnega življenja mora preiti v navado in vsakdanji ritem. Vsekakor so zelo pomembni vzorci tako gibanja, kot prehranjevanja, ki jih starši in sorodniki ukoreninijo otrokom v prvih letih življenja. Pridružijo se jim še vplivi prijateljev iz vrta, sošolcev in modnih trendov, ki jih poudarjajo reklame na televiziji in druga javna občila.

Po mnenju Harrisove (1995) ima ključno vlogo individualno okolje, torej okolje, ki ga je deležen otrok sam, in vključuje predvsem otrokove individualne izkušnje; na primer: ker je v družbi vrstnikov, ki igrajo nogomet, bo tudi sam igral nogomet; drugega zanima glasba in bo zato v družbi takih vrstnikov. Vsak ima svoje individualno okolje. To okolje je po mnenju Harrisove ključno pri oblikovanju otrokove osebnosti. Menimo, če bo v tem okolju otrok deležen vpliva gibalne/športne aktivnosti in zdravega načina prehranjevanja, mu bo po vsej verjetnosti ta vpliv ostal tudi, ko bo odrasel ter bo postal njegova navada.

7.2.2 Droge

Drugo hipotezo: »Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil« smo potrdili z več pojasnjevalnimi spremenljivkami, ki so v nadaljevanju prikazane po sklopih: kajenje, alkohol in mamila (tabela II.60).

Tabela II.60: Povezava med posamezno pojasnjevalno spremenljivko in posameznim proučevanim dejavnikom (kajenjem, alkoholom in mamili)

Hipoteza 2	Skupina/odgovor	Povprečna vrednost	Vrednost testa*	Statistična značilnost testa	Opomba
Proučevani dejavnik: Kajenje					
Pojasnjevalna spremenljivka: G/Š aktivnost s prijatelji					
	Ne	0,00028	11,46	0,022	
	Občasno	0,01539			
	Redno	0,01334			
Pojasnjevalna spremenljivka: Ukvarjam se s športom					
	Ne	0,00014	23,17	0,000	
	Občasno	0,00880			
	Redno	0,01966			
Proučevani dejavnik: Alkohol					
Pojasnjevalna spremenljivka: Hoja [min/dan]					
	Da	34,05	5,42	0,020	
	Ne	41,05			
Pojasnjevalna spremenljivka: število ur športne vzgoje na teden					
	Da	2,39	7,02	0,008	
	Ne	2,52			
Proučevani dejavnik: Mamila					
Pojasnjevalna spremenljivka: Število ur sedenja izven šole med tednom					
	Ne	4,29	3,63	0,027	
	Da, enkrat	2,93			
	Da, večkrat	6,50			
Pojasnjevalna spremenljivka: Število ur sedenja med vikendom					
	Ne	4,01	2,90	0,056	Samo 4.r
	Da, enkrat	4,89			
	Da, večkrat	10,00			
Pojasnjevalna spremenljivka: Povprečno število min/dan za tek					
	Ne	27,39	5,43	0,005	
	Da, enkrat	51,14			
	Da, večkrat	30,00			
Pojasnjevalna spremenljivka: Hoja najmanj 10 min na dan					
	Ne	37,99	3,09	0,046	
	Da, enkrat	49,95			
	Da, večkrat	105,00			
Pojasnjevalna spremenljivka: G/Š aktivnost s prijatelji					
	Ne	0,00011	12,32	0,015	
	Da, enkrat	0,00381			
	Da, večkrat	0,01157			
Pojasnjevalna spremenljivka: Ukvarjam se s športom					
	Ne	0,00005	10,52	0,033	
	Da, enkrat	0,00274			
	Da, večkrat	0,01026			

* Vrednost F-statistike v primeru analize variance in vrednost χ^2 -statistike v primeru korespondenčne analize.

7.2.2.1 Kajenje

Proučevan dejavnik *Kajenje* je povezan z naslednjima pojasnjevalnima spremenljivkama: »*Gibalna/športna aktivnost s prijatelji*« in »*Ukvarjam se s športom*« (tabela II.60). Ugotovitve so:

- Otroci, ki ne kadijo, so pogosto gibalno/športno aktivni s prijatelji.
- Otroci, ki ne kadijo, se pogosto ukvarjajo s športom.

Ugotovitev, da se otroci, ki ne kadijo, pogosteje ukvarjajo s športom kot otroci, ki kadijo, je pričakovana. Menimo, da je razlog lahko v tem, da imajo otroci, ki kadijo, popolnoma drugačne navade in interese kot otroci, ki ne kadijo. Šport daje posamezniku občutek zadovoljstva in moči, tako je šport velika protiutež kajenju. Poleg zdravju škodljivih vplivov se problem kajenja pri mladostnikih kaže tudi v družbi, v katero otrok zahaja. Prav družba je po našem mnenju tista, ki določa, ali se bo otrok v prostem času ukvarjal s športom ali eksperimentiral s poživili. Če je družba športno aktivna, se merila postavljajo predvsem na podlagi tega, kako dober je posameznik v posameznem športu. Tisti, ki je najboljši, je glavni in zgled ostalim.

Ugotovili smo, da so očitne razlike med dečki in deklicami glede navad pri kajenju. Deklice bistveno manj kadijo v primerjavi z dečki. Med vsemi otroki, ki redno kadijo, je 75% dečkov in 25% deklic. Med vsemi otroki, ki občasno kadijo, je 89% dečkov in 11% deklic. Med nekadilci je 52% dečkov in 47% deklic. Starostnih razlik glede kajenja nismo ugotovili, smo pa ugotovili, da obstajajo razlike pri področjih. Najbolj izstopa dolensko področje, kjer je največ rednih kadilcev (3%). V ostalih področjih ni nobenega rednega kadilca. Izmed vseh otrok, ki občasno kadijo, je 2% otrok iz gorenjskega področja, 1,5% iz štajersko-koroškega področja in 1% iz dolenskega področja. Na primorskem področju in v Ljubljani noben otrok občasno ne kadi, prav tako so se na primorskem področju in v Ljubljani vsi otroci opredelili, da ne kadijo.

Problem kajenja se pri otrocih kaže v poslabšanju njihovega zdravja. Pri mladostnikih kajenje privede do motene rasti pljuč, zgodnjega upadanja pljučne funkcije in tudi kašlja, oteženega dihanja in astme. Tudi pasivno kajenje je škodljivo za otroke. Pri otrocih pasivno kajenje poveča tveganje za okužbe dihalnega sistema, privede do poslabšanja astme, je tudi dejavnik tveganja za nastanek astme ter je povezano s ponavljajočimi se vnetji srednjega ušesa. Pasivno kajenje je po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije vzrok ene tretjine do polovice sindromov nenadne smrti dojenčka. Poleg tega se posledice kajenja odražajo tudi dolgoročno, saj kadilci najpogosteje umirajo zaradi raka, pljučnih bolezni ter bolezni srca in ožilja (Koprivnikar, 2005a).

Drugi problem kajenja ali jemanja drog se pojavi v družbi ali skupini, v katero otrok zahaja. Pri šolskem otroku je vpliv vrstnikov vedno močnejši, saj posamezniku veliko pomeni, da je v skupini, ki ga sprejme za svojega, in zato se mora ravnati po njihovih načelih. Če ta družba kadi, bo otrok prej ali slej poskusil prvo cigareto. Ker ne bo hotel izpasti neizkušen, bo rekel, da je to že počel in kar naenkrat bo postalo kajenje del njihovega rituala. Vendar se problemi tukaj šele začnejo, saj skupini kmalu ne bo dovolj samo kajenje, ampak se bo skoraj istočasno pojavilo še kaj bolj škodljivega. Poudariti velja, da ni splošno pravilo, da bo vsaka skupina posegala po mamilih, toda splošno pravilo je, da ima vsaka skupina določena pravila ali načela in če se posameznik ne bo podredil ali upošteval teh načel, ga bo skupina sama izločila (Bierman, Smooth & Aumiller, 1993; Coie, 1990). Kriteriji za nastanek ali ločevanje skupin so različni, na primer športni interesi, akademski interesi, rasne značilnosti, družbeni status, drogiranje in prestopništvo (Brown, Mounts, Lamborn, & Steinberg, 1993; Eckert, 1989; Schofield, 1981).

Menimo, da ima skupina, v kateri se ne kadi ali eksperimentira z mamili, popolnoma drugačna načela kot skupina, ki to počne. Športna aktivnost sprošča hormone (adrenalin, kortizol, testosteron, endorfine itd.) v organizmu, ki na otroka vplivajo poživilno, sprostilno in mu dajejo občutek moči in zadovoljstva. Zato je gibalna/športna aktivnost, ki je popolnoma naravna oblika sprostitve, gonilo otrokovega razvoja, ker pa daje tudi občutek sreče in zadovoljstva, preprečuje, da bi otrok posegal po slabih, škodljivih in umetnih poživilih, kot so mamila. Zato menimo, da se kajenje in šport pri otrocih in tudi pri odraslih ne pojavljata istočasno.

7.2.2.2 Alkohol

Proučevan dejavnik »*Alkohol*« je povezan z naslednjima pojasnjevalnima spremenljivkama: »*Hoja*« in »*Število ur športne vzgoje na teden*« (tabela II.60). Ugotovitve so:

- Otroci, ki še niso poskusili alkohola, več minut na dan hodijo kot tisti, ki so že poskusili alkohol.
- Otroci, ki še niso poskusili alkohola, imajo več ur športne vzgoje na teden kot tisti, ki so že poskusili alkohol.

Zgornji dve ugotovitvi nakazujeta, da se otroci, ki nikoli ne pijejo alkohola, več gibajo, tako v prostem času, kot v šoli. Ugotovitev, da več časa hodijo tisti otroci, ki ne pijejo alkohola, ni presenetljiva, verjetno so bolj aktivni tudi na splošno. Menimo, da otroci, ki ne pijejo alkohola, vedo, kaj je zdravje in znajo skrbeti zanj tudi tako, da vzamejo za izbirni predmet šport in imajo tako več ur športne vzgoje na teden.

Analiza podatkov je pokazala tudi druge presenetljive ugotovitve. Najbolj izstopa ta, da so mlajši otroci, tj. 4. razred, bolj izkušeni pri pitju alkoholnih pijač kot starejši, tj. 7. razred. Ugotovitve so pokazale, da med otroki 7. razreda ni nobenega, ki bi pil vsak dan, medtem ko med otroki 4. razreda pije vsak dan 2% otrok. Razlike so tudi pri otrocih, ki so se opredelili, da pijejo samo ob koncu tedna. Med starejšimi otroki je takih samo 4%, med mlajšimi pa kar 7%. Tudi med spoloma smo ugotovili razlike. Te so v prid deklicam, saj je več dečkov (67%) kot deklic (58%) že poskusilo alkohol.

Zakaj je začel otrok piti alkohol? Lahko je kriva družba, ki ga v to sili (to smo omenili že pri kajenju), lahko je krivo okolje, ki mu ne nudi možnosti za igro, šport in zdravo zabavo. Lahko je krivo prav domače okolje. Zaskrbljujoča je namreč ugotovitev, da je pitje alkohola pri otrocih prisotno v večini primerov prav v družinskem krogu. Lahko je to zgolj ob posebnih prilikah, ki so povsem nedolžne, toda lahko je slika prav grozljiva. Otroci, ki so priče alkoholizmu, nosijo posledice na lastnih plečih, če ne dobijo podpore kje drugje.

Po mnenju Karpljuka in sod. (2003) alkoholizem v družini povzroča prepir, otroci so vse prevečkrat priče žaljivkam in fizičnemu obračunavanju med staršema, zato so zmedeni in razdvojeni, saj so čustveno navezani na oba starša. Pogrešajo varnost, ki jo dajeta ljubezen med staršema in urejen dom, zato ne morejo zdravo čustveno zoreti. Razboršek (1988) meni, da pri večini otrok iz družin alkoholikov lahko opazimo vedenjske motnje, kar imenujemo sindrom nediscipline. Gre za neposlušnost, oblike odpora, laganje, izostanke iz šole, bežanje od doma itd. Otrok si ne pridobi najosnovnejših delovnih navad, ne navadi se na urejenost, skrb zbujajoča pa sta njegovo moteče delovanje na okolico in odziv okolja na to. Ko otrok ne prenese več pritiskov socialnega okolja, začne stiske reševati na svoj način. Začne se s preprostim izmikanjem, potepanjem, krajo. Zmanjša se otrokova uspešnost in neprimerno vedenje v šoli. Zaradi posredovanja šole starši še bolj pritiskajo na otroka in tragedija se nadaljuje. Otrok lahko preide iz manjše kraje v večje, prostitucijo, drogo. Rugelj (2000) pravi, da taki mladoletniki rešitev vidijo v alkoholni omami. Ker pa z nobeno omamo nihče ničesar ne reši, temveč se težave samo prelagajo, je prizadeti in na omamo navajeni mladostnik tako rekoč prisiljen svojo stisko ponovno presegati z alkoholom. Pogosto opijanje pa ni več samo pogoj za nastanek alkoholizma, temveč tudi zanesljivo znamenje, da je tak človek že alkoholik, čeprav šele v zgodnjem obdobju.

7.2.2.3 Mamila

Proučevan dejavnik *Mamila* je povezan z naslednjimi pojasnjevalnimi spremenljivkami: »Število ur sedenja izven šole med tednom«, »Število ur sedenja med vikendom«, »Povprečno število min/dan za tek«, »Hoja najmanj 10 min na dan«, »Gibalna/športna aktivnost s prijatelji« in »Ukvarjam se s športom« (tabela II.60). Ugotovitve so:

- Otroci, ki so enkrat poskusili drogo, sedijo med tednom najmanj ur na dan .
- Otroci, ki niso poskusili droge, sedijo med vikendom najmanj časa.
- Otroci, ki so enkrat poskusili drogo, tečejo največ minut na dan.
- Otroci, ki so večkrat poskusili drogo, hodijo največ minut na dan.
- Otroci, ki so enkrat poskusili drogo, so pogosteje aktivni s prijatelji (52%) kot otroci, ki niso poskusili droge (34%).
- Otroci, ki še nikoli niso poskusili droge, se pogosto ukvarjajo s športom (55%).
- Otroci, ki so enkrat poskusili drogo, se pogosteje ukvarjajo s športom (70%).

Če zgornje ugotovitve povzamemo, lahko rečemo, da so otroci, ki so enkrat poskusili drogo (na primer marihuano), bolj gibalno/športno aktivni kot otroci, ki nikoli niso poskusili droge. Razlog za to je lahko, da otroke, ki so bolj aktivni in živahni, v življenju zanima veliko novih reči, med katerimi je lahko tudi droga. Vendar menimo, da ta poskus temelji zgolj na radovednosti in zato ne vodi v odvisnost. Poudariti moramo, da je analiza pokazala le minimalen delež otrok, ki je že enkrat poskusil drogo (3%), 0,2% otrok pa je poskusilo drogo večkrat. Ostali otroci niso imeli izkušenj z drogo.

Menimo, da bo živahen in radoveden otrok prej poskusil drogo, če bo imel priliko, kot manj živahen in radoveden otrok. Ugotovili smo, da so tisti otroci, ki so enkrat poskusili drogo, intenzivneje gibalno/športno aktivni kot ostali otroci. To nakazuje ugotovitev, da taki otroci več tečejo. Tudi sedijo med tednom manj kot ostali otroci. Zato predpostavljamo, da imajo več energije. Ugotovitev, da so otroci, ki so enkrat poskusili drogo, pogosteje aktivni s prijatelji, kaže na njihovo družabnost. Želijo si družbe vrstnikov. Prav nasprotno smo ugotovili, da med otroki, ki so večkrat poskusili drogo (takih je v naši raziskavi 0,2%), ni nobenega, ki bi bil aktiven s prijatelji (glej str. 128). To pomeni, da drogiranje vodi v asocialnost. Obenem pa otroci, ki so večkrat poskusili drogo, največ dnevno hodijo, kar bi lahko utemeljevali s tem, da neko gibanje le morajo imeti pri tej starosti, toda menimo, da se ta hoja nanaša predvsem na premikanje iz kraja v kraj, ne pa na rekreativno hojo. Po našem mnenju zgolj poskus droge (če seveda ni predoziran) kaže na otroško radovednost, ki največkrat nima posledic. To potrjuje tudi raziskava Videmškove in sod. (2000).

Glede na izsledke raziskave (Videmšek in sod., 2006), kjer so proučevali odnos med jemanjem drog (alkohol, kajenje in marihuana) in športno aktivnostjo na 14-letnih otrocih, ni bilo ugotovljene statistično značilne povezave in kljub temu raziskava poudarja, da je omogočanje primernih gibalnih/športnih aktivnosti eden izmed najmočnejši dejavnikov, ki zmanjšujejo jemanje drog.

7.2.3 Odnos do lastnega zdravja

Tretjo hipotezo: »Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo pozitiven odnos do lastnega zdravja« smo potrdili z več pojasnjevalnimi spremenljivkami: »Dnevna gibalna/športna aktivnost – očiščeno vpliva področja in spola«, »Povprečno število min/dan za hojo«, »Povprečno število min/dan za kolesarjenje«, »Povprečno število min/dan za rolanje«, »Povprečno število min/dan za tek«, »Povprečno število min/dan za druge gibalne/športne aktivnosti«, »Kolesarjenje najmanj 10 min [min/dan]«, »Intenzivna gibalna/športna aktivnost [min/dan]«, »Število ur športne vzgoje na teden«, »Gibalna/športna aktivnost – doma sam«, »Gibalna/športna aktivnost – z družino«, »Gibalna/športna aktivnost – s prijatelji«, »Gibalna/športna aktivnost – organizirano v klubu« in »Ukvarjam se s športom« (tabela II.61). Ugotovitve so:

- Otroci, ki so ocenili, da zelo dobro skrbijo za svoje zdravje, so najbolj gibalno/športno aktivni (pri hoji, kolesarjenju, rolanju, teku in drugih aktivnostih).
- Otroci, ki imajo zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje, največ kolesarijo.
- Otroci, ki menijo, da kar dobro in zelo dobro skrbijo za lastno zdravje, se najbolj intenzivno ukvarjajo s športom.
- Otroci, ki menijo, da zelo dobro skrbijo za lastno zdravje, imajo največ ur športne vzgoje na teden.
- Otroci, ki imajo zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje, so pogosto gibalno/športno aktivni doma, z družino in s prijatelji.
- Otroci, ki imajo kar dobro in zelo dobro mnenje o lastni skrbi za zdravje, so pogosto gibalno/športno aktivni organizirano v klubu.

Tabela II.61: Povezava med posamezno pojasnjevalno spremenljivko in odnosom do lastnega zdravja

Hipoteza 3	Skupina/odgovor	Povprečna vrednost	Vrednost testa*	Statistična značilnost testa	Opomba
Proučevani dejavniki: Odnos do lastnega zdravja					
Pojasnjevalna spremenljivka: Dnevna G/Š aktivnost - očiščeno vpliva krajevnega področja in spola					
	Zelo dobro	0,18	5,99	0,000	
	Kar dobro	-0,04			
	Bolj malo, premalo	-0,43			
	Skoraj nič	0,03			
	Ne vem	-0,04			
Pojasnjevalna spremenljivka: Povprečno število min/dan za hojo					
	Zelo dobro	54,44	5,99	0,000	
	Kar dobro	57,48			
	Bolj malo, premalo	44,05			
	Skoraj nič	12,60			
	Ne vem	57,93			
Pojasnjevalna spremenljivka: Povprečno število min/dan za kolesarjenje					
	Zelo dobro	58,43	4,69	0,001	
	Kar dobro	44,76			
	Bolj malo, premalo	33,72			
	Skoraj nič	19,00			
	Ne vem	46,89			
Pojasnjevalna spremenljivka: Povprečno število min/dan za rolanje					
	Zelo dobro	32,92	3,24	0,012	
	Kar dobro	27,56			
	Bolj malo, premalo	21,29			
	Skoraj nič	84,20			
	Ne vem	32,39			
Pojasnjevalna spremenljivka: Povprečno število min/dan za tek					
	Zelo dobro	33,61	3,90	0,004	
	Kar dobro	27,20			
	Bolj malo, premalo	17,07			
	Skoraj nič	31,00			
	Ne vem	23,63			
Pojasnjevalna spremenljivka: Povprečno število min/dan za druge G/Š aktivnosti					
	Zelo dobro	63,16	5,26	0,000	
	Kar dobro	54,11			
	Bolj malo, premalo	35,09			
	Skoraj nič	62,00			
	Ne vem	40,96			
Pojasnjevalna spremenljivka: Kolesarjenje najmanj 10 min [min/dan]					
	Zelo dobro	37,62	2,30	0,057	
	Kar dobro	29,45			
	Bolj malo, premalo	25,91			
	Skoraj nič	15,00			
	Ne vem	25,59			
Pojasnjevalna spremenljivka: Intenzivna G/Š aktivnost [min/dan]					
	Zelo dobro	56,09	2,95	0,019	
	Kar dobro	58,48			
	Bolj malo, premalo	46,29			
	Skoraj nič	52,00			
	Ne vem	39,40			
Pojasnjevalna spremenljivka: Število ur športne vzgoje na teden					
	Zelo dobro	2,61	10,98	0,000	
	Kar dobro	2,35			
	Bolj malo, premalo	2,17			
	Skoraj nič	2,00			
	Ne vem	2,54			

Pojasnjevalna spremenljivka: G/Š aktivnost - doma sam					
	Zelo dobro	0,01077	30,39	0,000	
	Kar dobro	0,00094			
	Bolj malo, premalo	0,00050			
	Skoraj nič	0,01609			
	Ne vem	0,00926			
Pojasnjevalna spremenljivka: G/Š aktivnost - z družino					
	Zelo dobro	0,01273	34,72	0,000	
	Kar dobro	0,00712			
	Bolj malo, premalo	0,00409			
	Skoraj nič	0,00991			
	Ne vem	0,00972			
Pojasnjevalna spremenljivka: G/Š aktivnost - s prijatelji					
	Zelo dobro	0,00222	19,95	0,011	
	Kar dobro	0,00011			
	Bolj malo, premalo	0,00550			
	Skoraj nič	0,00924			
	Ne vem	0,00790			
Pojasnjevalna spremenljivka: G/Š aktivnost - organizirano v klubu					
	Zelo dobro	0,00472	23,50	0,003	
	Kar dobro	0,00145			
	Bolj malo, premalo	0,00799			
	Skoraj nič	0,00140			
	Ne vem	0,01453			
Pojasnjevalna spremenljivka: Ukvarjam se s športom					
	Zelo dobro	0,01664	44,92	0,000	
	Kar dobro	0,00340			
	Bolj malo, premalo	0,00720			
	Skoraj nič	0,01641			
	Ne vem	0,01179			

* Vrednost F-statistike v primeru analize variance in vrednost χ^2 -statistike v primeru korespondenčne analize.

Ugotovitve kažejo, da se otroci, ki imajo pozitivno mnenje o lastni skrbi za zdravje, pogosteje in intenzivneje ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo tako doma kot s prijatelji in v klubu, kot tisti, ki imajo negativno mnenje o lastnem zdravju. Ta ugotovitev ni presenetljiva, saj kaže na pozitiven pogled otrok na življenje. Otroci, ki so vsakodnevno športno aktivni, pozitivno doživljajo šport, zavedajo se koristnosti športa, bolj so sposobni premagovati in prenašati napore in bolj so odporni proti boleznim, če povzamemo: zavedajo se zdravega načina življenja s športom. Šport jim nudi zadovoljstvo, uspeh, razbremenitev in sprostitvev, zato ni čudno, da je pogled na lastno zdravje športno aktivnih otrok pozitiven.

Pri ocenjevanju lastne skrbi za zdravje smo ugotovili, da so mlajši otroci veliko boljše ocenjevali kot starejši. Med otroki, ki so ocenili, da zelo dobro skrbijo za zdravje, je 70% otrok 4. razreda in 30% otrok 7. razreda. Med otroki, ki so ocenili, da skoraj nič ne skrbijo za zdravje, je 60% otrok 7. razreda in 40% otrok 4. razreda. Po vsej verjetnosti si pojem »skrb za zdravje« mlajši otroci bistveno drugače razlagajo kot starejši. Če citiramo Siegerista: »Zdravje ni samo stanje brez bolezni, je nekaj pozitivnega, vesel odnos do življenja in sprejemanje odgovornosti, ki jih življenje terja« (Zaletel, 2006). Za mlajše pomeni zdravje prvi del citata, tj. odsotnost bolezni, za starejše pa še ves preostali del. Pri odraslih pa zdravje najbolj pojasnjuje Spencer: »Zdravje je nepretrgano uspešno prilagajanje okolju« (Zaletel, 2006).

Zaradi tega stališča je treba otroke že od vsega začetka seznanjati z različnimi športnimi aktivnostmi, jih učiti živeti s športom in gibanjem na sploh, ne samo v družini, ampak

tudi v šoli. Znanje in izkušnje, ki jih bodo otroci pridobili v zgodnjih letih otroštva, je podlaga za nadaljnje izobraževanje.

Vsi starši želijo, da bi bil njihov otrok zdrav, da bi se normalno razvijal in razvil v zrelo, srečno ter zdravo odraslo osebo, zato se morajo tako starši kot učitelji zavedati, kako zelo pomembna so znanja o zdravem načinu življenja. Vsak je sam odgovoren za svoje zdravje, vendar so odrasli odgovorni tudi za zdravje otrok in za njihovo znanje o zdravem načinu življenja (Karpljuk in sod., 2003).

Bolj ko bodo otroci informirani o zdravem načinu življenja, bolj se bodo zavedali lastnega zdravja in lastnega načina življenja. Sposobni bodo delati primerjave z drugimi vrstniki in celo iskati napake tako lastnega načina življenja kot ostalih. V šoli bodo bolj pozorni na vsebine, ki jih bodo o tem učile, saj jim bo snov bližja in razumljivejša. Kmalu bodo tudi sami podajali predloge ter rešitve za lepše in bolj zdravo življenje.

7.2.4 Odsotnost od pouka zaradi bolezni

Četrte hipoteze: »*Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, so zaradi bolezni manj odsotni iz šole*« z nobeno podano pojasnjevalno spremenljivko nismo potrdili.

Naše mnenje je, da so osebe (ne glede na otroke ali odrasle), ki se gibajo in živijo aktivno, odpornejše na stres in na razna obolenja, ki jih povzroča prevelika napetost. Zato je njihova delovna uspešnost v šoli ali na delovnem mestu ter tudi pri opravilih doma večja.

Gibanje uspešno vpliva na splošno dobro počutje, umirja depresije, krepi samozavest, manjša obremenitev zaradi stresov, izboljša spanec. Poleg tega krepi odpornost in zmanjšuje obolevnost, zmanjša odsotnost z dela, skrajša zdravljenje in število zapletov. Gibanje prispeva k boljšemu zavedanju o telesu, to pa posledično zmanjša napetosti in bolečine, ki so nastale zaradi nedejavnosti in prisiljenih položajev na delovnem mestu. Gibanje vpliva tudi na zdrav razvoj, pravilno držo telesa, krepi mišice in kosti, povečuje gibljivost sklepov, izboljša funkcijo dihal, srca in ožilja ter pospešuje prebavo. Z gibanjem pospešimo cirkulacijo, zato v telo in možgane pride več kisika. Številni učinki telesne vadbe pozitivno delujejo na telo, vse to pa ima za posledico večjo kvaliteto življenja (Kate & Sentočnik, 2005).

Zgoraj navedenega se vsi zavedamo, toda koliko se tega držimo, pa je povsem druga stvarnost. Dejstvo je, da se otrokom preveč prizanaša in kljub dejstvu, kako je gibanje zdravo, starši večinoma ne puščajo otrok ven ob slabem vremenu oziroma jih spuščajo

ven celo samo, če je sonce in primerno toplo. To pa ima za posledico neprilagojenost, zmanjšano odpornost in večji riziko za nastanek bolezni že pri otrocih.

Ob dejstvu, da živimo v geografskem pasu (gledano za celo Slovenijo), v katerem so letne temperaturne razlike tudi več kot 40° C (-10 ° C ali manj pozimi in 30° C ali več poleti) in ob upoštevanju razvad današnjega časa, ko si skozi celo leto ustvarjamo umetno okolje z 21°C (kurjava, klimatske naprave), postaja gibanje na svežem zraku toliko bolj pomembno. Mehanizmi termoregulacije, ki se razvijajo v otroštvu in s katerimi si telo povečuje odpornost, v takem okolju niso spodbujeni, saj adaptacija na spremenljive pogoje v takem »inkubatorju« ni potrebna. Zato je brez ustrezne adaptacije lahko neprilagojeno otrokovo telo že ob prvem srečanju »s svežim zrakom« v nevarnosti. Na ta način pada splošna odpornost naših otrok. Zato je gibanje ob vsakem vremenu (ne samo v toplem letnem času in na soncu) nujno za otrokov zdrav razvoj. Gibalne navade, ki jih bo otrok spoznal v otroštvu, bodo kasneje prerasle v vrednote in postopno prešle na naslednjo generacijo otrok (Pišot in sod., 2003).

7.3 Zdravo otroštvo, zdrav življenjski slog

Pozno otroštvo, ki zajema obdobje med šestim in enajstim letom starosti (Umek & Svetina, 2004), je obdobje, ko začnejo otroci eksperimentirati s cigaretami. V mladostništvu, ki zajema obdobje med 11. in 24. letom (Zupančič, 2004), pa postaja jemanje drog vedno večja praksa in celo navada. Ugotovljeno je, da veliko mladih začne najprej piti alkoholne pijače in nato preide na ostale droge (Kastelic & Mikulan, 1999). Eden od razlogov za kajenje, pitje alkohola ali jemanje mamil pri mladih je gotovo občutek, da si »cool, in, trendy itd«. Mladi se učijo s posnemanjem in velikokrat so »učitelji« slabi. Učitelji so okolje, v katerem otrok živi in odrašča, in niso zgolj učitelji v šoli in starši, ampak so tudi starejši vrstniki in reklame ter oglasi v medijih in ostalih javnih občilih. V večini razvitih držav je promocija cigaret in alkohola prepovedana ali vsaj zelo omejena. Televizija in filmska platna so še edino, kar je tobačni industriji ostalo za promocijo svojih izdelkov. Modni in filmski svet pa imata vpliv na veliko množico ljudi po celem svetu.

Študije so pokazale, da bodo ameriški najstniki, ki gledajo filme, v katerih velike zvezde kadijo, kar 2,5-krat pogosteje začeli kaditi. Tudi v primeru, če njihovi starši in prijatelji tega ne kadijo (Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, 2005).

Tudi v Sloveniji je prisotnost tobačnih izdelkov in kajenje zvezdnikov iz sveta mode in filma aktualen problem. Televizija in kinodvorane so preplavljene s hollywoodskimi filmi, ki so prepolne vplivnih osebnosti. Te imajo velik vpliv zlasti na najstnike, kot še neizoblikovane osebnosti. To tobačna industrija dobro izkorišča, zato si je izbrala

najbolj razširjen medij, ki ji omogoča prodor do potencialnih kadilcev, to sta svet filma in mode.

Po podatkih raziskave ESPAD je več kot 40-krat v življenju tobak kadilo 23 % dijakov, kar pomeni, da so ga že vgradili v svoj življenjski slog. Stališča dijakov do rednega kajenja so strpna, obsoja ga tretjina, s tveganjem za zdravje pa povezuje polovica dijakov. Cigarete so jim dostopne še lažje kot alkohol (Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, 2005).

Ker se v Sloveniji delež mladih alkoholikov in kadilcev veča, so potrebni na tem področju določeni ukrepi in načrti. Ugotovili smo, da se kajenje, alkohol, mamila ne pojavljajo istočasno v povezavi s športom, vsi pa povzročajo ugodje ali zadovoljstvo. Ker otroci potrebujejo razvedrilo, se v svojem prostem času lotevajo predvsem tistega, kar jim okolje nudi.

Če je okolje stimulatивно, kar pomeni, da imajo otroci prostor za igro, igrala, organizirane tečaje različnih interesnih aktivnosti od športa do kiparjenja itd., potem je manjša verjetnost, da bo otrok posegal po nečem, kar nima pri roki. Toda poleg zunanjega okolja mora biti urejeno tudi družinsko okolje.

Po mnenju NIDA (National institute on drug abuse, 2002) so glavni preventivni dejavniki v družinskem okolju:

- učinkovito starševstvo ali vzgoja,
- močna pozitivna vez med staršem in otrokom,
- nadzor staršev nad aktivnostmi otrok in njihovih vrstnikov,
- jasna pravila znotraj družine,
- vključevanje staršev v življenje lastnih otrok.

Velik vpliv ima tudi otrok sam, predvsem gre tukaj za njegovo obnašanje v družbi. Po mnenju NIDA so rizični dejavniki:

- slaba sposobnost navezovanja stikov in družbenih spretnosti,
- neprimerno ali plašno obnašanje v razredu,
- slab učni uspeh in druženje z vrstniki, ki so nagnjeni k deviantnemu obnašanju.

Kar pomeni, če je otrok trden po značaju in se ne pusti zlahka pregovoriti v nekaj, kar noče, je manjša verjetnost, da bo eksperimentiral z drogami in postal od njih odvisen.

Toda kako dosežemo, da bo naš otrok trdnega značaja in se bo lahko uprl negativnim skušnjavam? Odgovor na to vprašanje ni tako preprost. V ozadju se skriva celotna vzgoja staršev. Takrat, ko je otrok pred skušnjava, je sam, brez staršev, da bi se odločili namesto njega. Zato mora biti do takrat otroku že marsikaj jasno. Vedeti mora, kaj je to, s čimer se sooča, ali gre res za nedolžno igro, kot mu vrstniki pravijo, ali ne. Vedeti

mora, ali je to slabo ali dobro, kaj se lahko zgodi itd. Te informacije pa mu morajo zagotoviti starši. Gre za učenje o življenju in življenjskem slogu. Otrok mora biti aktiven delček v lastnem življenju. Starši morajo vanj zaupati in mu to z odgovornimi nalogami dokazati. Na ta način bo otrok dobil občutek pomembnosti, dober občutek glede samega sebe, zaupal bo v svoje sposobnosti, motiviran bo za nadaljnje delo. Vsi starši si želijo, da bi bili njihovi otroci v življenju uspešni, in upajo, da se bodo razvili v samozavestne, ponosne in motivirane posameznike. Ljudje, ki dosegajo nadpovprečne rezultate na različnih področjih – od športa, znanosti, gospodarstva do umetnosti, imajo te lastnosti. Takšni posamezniki imajo pozitiven občutek lastne vrednosti.

Po mnenju Reasonerja (1999) pri otroku razvijemo občutek lastne vrednosti tako, da postavimo in vzdržujemo pravila, otroku pomagamo vzpostavljati dobre medosebne odnose, ga učimo postavljati cilje ter nadzorovati in podpirati njegov napredek. Ob ponavljanju tega procesa bo otrok dozoreval in prevzemal vse večjo odgovornost. Kasneje lahko otrokove dejavnosti manj usmerjamo in jih le nadzorujemo.

Otrokov občutek o samem sebi lahko izboljšamo tako, da razvijamo vsakega od petih dejavnikov, ki podpirajo občutek osebne vrednosti. Občutek lastne vrednosti je občutek samospoštovanja, ki vključuje pet dejavnikov (Reasoner, 1999):

- občutek varnosti,
- občutek identitete,
- občutek pripadnosti,
- občutek smisla/ciljne naravnosti in
- občutek sposobnosti.

Občutek varnosti otrok pridobi z natančno določenimi pravili, kaj sme in česa ne sme. Raziskave kažejo (Reasoner, 1999), da se otroci počutijo bolj varno v primeru, ko so pravila vedenja določena in se dosledno upoštevajo, kot v primeru, ko so starši bodisi popustljivi bodisi prestrogi. Tovrstna pravila lahko določajo, kam je otroku dovoljeno iti, katerih stvari se mora izogibati in kako naj ravna v primeru spora z drugimi. Pravila zajemajo tudi naloge, ki jih mora otrok opraviti. Otrok mora dobiti povratno informacijo o opravljeni nalogi. To je lahko pohvala, žepnina za opravljeno gospodinjsko delo. Nagrado lahko dobi tudi za lepo vedenje. Če starši z otrokom ravnajo dosledno in predvidljivo, dobi otrok zaupanje v vedenje staršev. Dajanje obljub, izpolnjevanje dogovorov in ohranjanje skrivnosti, ki jih otrok zaupa staršem, še dodatno okrepi zaupanje. Občutek varnosti pridobi otrok tudi s tem, da mu starši nudijo pravico do zasebnega prostora, pravico do nedotakljivosti zasebnih stvari in pravico do zaščite pred fizično zlorabo. V primeru ločitve staršev imajo otroci pogosto občutek, da bodo zapuščeni in da jih starši nimajo več radi. Zato je treba v primeru kakršnih koli sprememb v družinskem okolju, v življenjskem prostoru, pri zaposlitvi ali pri šolski obveznosti otroku razložiti, kaj se bo zgodilo in kaj starši načrtujejo.

Občutek identitete pomeni občutek samopodobe, ki predstavlja sliko otroka o samem sebi. Ta občutek otrok razvije tako, da se počuti pomembnega. Starši se morajo do otroka obnašati spoštljivo, resno morajo prisluhniti njegovim zamislim. Otroci, ki so obravnavani kot nepomembni, drugorazredni državljani, navadno nimajo pozitivne predstave o sebi. Pri razvoju pozitivne samopodobe so zelo pomembna pozitivna čustva. Zato morajo starši otroku omogočiti, da se bo čutil pomembnega in sprejetega kljub svojim napakam. Ponavadi imajo otroci negativno samopodobo, ker se bolj zavedajo svojih slabosti kot svojih vrlin. Čustva, ki jih starši izkažejo ob otrokovih dosežkih, določajo stopnjo ponosa, ki ga bo otrok sposoben občutiti. Od tega, kako si razlaga odzive staršev, je odvisno, ali se bo počutil lepega ali nepriljubljivega, samozavestnega ali sramežljivega.

Občutek pripadnosti otroci najprej pridobijo v družini. Če čutijo, da jih je družina sprejela, so bolj sproščeni in se lažje vključijo v druge socialne skupine. Otrokov občutek pripadnosti se utrdi, kadar čutijo, da tudi oni prispevajo svoj delež družini. To starši dosežejo s skupnim načrtovanjem družinskih dejavnosti, kot so: počitnice, pikniki, igra, pomoč pri šolskem delu, skupne družinske zadolžitve itd. ter z nadaljevanjem družinske tradicije. Otrok naj spozna družinsko zgodovino. Pomembno je, da se otrok nauči podrejanja pravilom, ki veljajo v skupini. To zajema sposobnost izmenjave mnenj, obzirnosti do drugih, prilagajanja in usklajevanja želja z željami ostalih in pomoči drugim. Otrok se mora zavedati, da je del skupnosti. Do tega lahko pride tudi z učenjem zunaj doma, kot so: športni klubi, skavti, krožki itd. Občutil bo ponos, ker bo enakovreden član skupine, starši pa bodo dober vzor, če bodo tam sodelovali tudi sami.

Občutek smisla ali ciljne naravnosti pomaga krepiti občutek lastne vrednosti, ker otroci, ki imajo občutek smisla, vedo, kaj želijo doseči, zakaj nekaj delajo in kako to sovпада z njihovimi dolgoročnimi cilji. Otroci brez občutka smisla so brez prave usmeritve pri svojih dejavnostih. Ne vidijo razloga, zaradi katerega bi se splačalo potruditi. Večinoma se dolgočasijo in upirajo, kadar jih starši silijo, naj dokončajo neko nalogo. Starši morajo imeti realna pričakovanja, kajti če so cilji postavljeni nad otrokove sposobnosti, bo otroku to vzelo pogum, ne bo več motiviran in doživel bo neuspeh. Pri pridobivanju ciljne naravnosti igra veliko vlogo tudi širjenje otrokovega zanimanja in spodbujanja nadarjenosti. Otroci so zelo motivirani, kadar doživijo nekaj novega. Koncert bo navdušil otroka, da bo začel igrati inštrument, ogled nogometne tekme ga bo spodbudil, da bo začel igrati nogomet. S širjenjem interesov ali hobijev se povečujejo otrokove spretnosti in otroci odkrivajo nove poti.

Občutek sposobnosti je občutek lastne moči, ki temelji na otrokovih preteklih uspehih. Vsak otrok se mora naučiti samostojno reševati probleme. Kajti otroci, ki so odvisni od staršev, ne znajo reševati težav ali vplivati na okoliščine svojega življenja. Starši jih ščitijo in iščejo izgovore zanje, otrok pa to razume, kot da tega ne more storiti sam brez staršev. Posledično se taki otroci še naprej vedejo neodgovorno, se upirajo avtoriteti in

se počutijo manj vredne. Da bo otrok lahko učinkovito reševal probleme, mora najprej prepoznati težavo in oblikovati načrt. To sproži naslednjo verigo dogodkov: krepí se otrokov občutek lastne vrednosti, otrok je motiviran za določanje novih ciljev in soočanje z novimi težavami, odrasli mu postanejo vir informacij in podpore, postaja vse spretnější pri reševanju problemov in njegov občutek sposobnosti raste ter je tako motiviran za nove in nove cilje. Otrok bo postal bolj odprt za nove izkušnje, večala se bo njegova sposobnost neodvisnega delovanja in pozitivnega samovrednotenja.

Zgoraj opisani dejavniki, ki pomagajo staršem pri vzgoji, da pridobi njihov otrok pozitiven občutek lastne vrednosti, so baza piramide, ki omogoča, da otrok postane odgovorna, odrasla oseba z lastnimi cilji in lastnim življenjskim slogom. Vse se najprej začne v skupnosti družine in nadaljuje v zunanjem okolju, na katerega pa mora biti otrok deloma že pripravljen. Harrisova (1995) meni, da ima otrok več okolij, v katerih hkrati živi, in vsakemu se mora prilagoditi in naučiti v njem obnašati tako, kot od njega pričakujejo. Zato bo doma počel to, kar starši od njega pričakujejo in bo za to lahko nagrajen. Naučil se bo, da v zunanjem okolju enako obnašanje ne prinese nagrade, ker je neopaženo, saj je tako vedenje pričakovano. Naučil se bo, da mu neprimerno obnašanje v zunanjem okolju prinaša posmeh in kritiko. V vsakem primeru bodo otrokovo zunanje okolje, ki mu bo po miselnosti blizu, sprva njegovi vrstniki. Toda baza, ki si jo bo pridobil v otroštvu, bo ključna pri izbiri njemu primerne družbe. Ali ga bo skupina podpirala ali ne? Ali ga bo silila v dobro ali slabo? Zgolj kvalitetna baza otroku in kasneje odraslemu pomaga, da bo v življenju sposoben sprejemati odločitve, ki so v skladu z njegovim življenjskim slogom. Tekom življenja se bo posameznik naučil, da se mora vedno znova prilagajati novim življenjskim situacijam. Toda baza mu bo ostala, kajti po mnenju Fulghuma (1992) smo se vse, kar moramo vedeti, naučili v vrtcu. Mogoče je to nekoliko pretirano rečeno, toda misliti nam da.

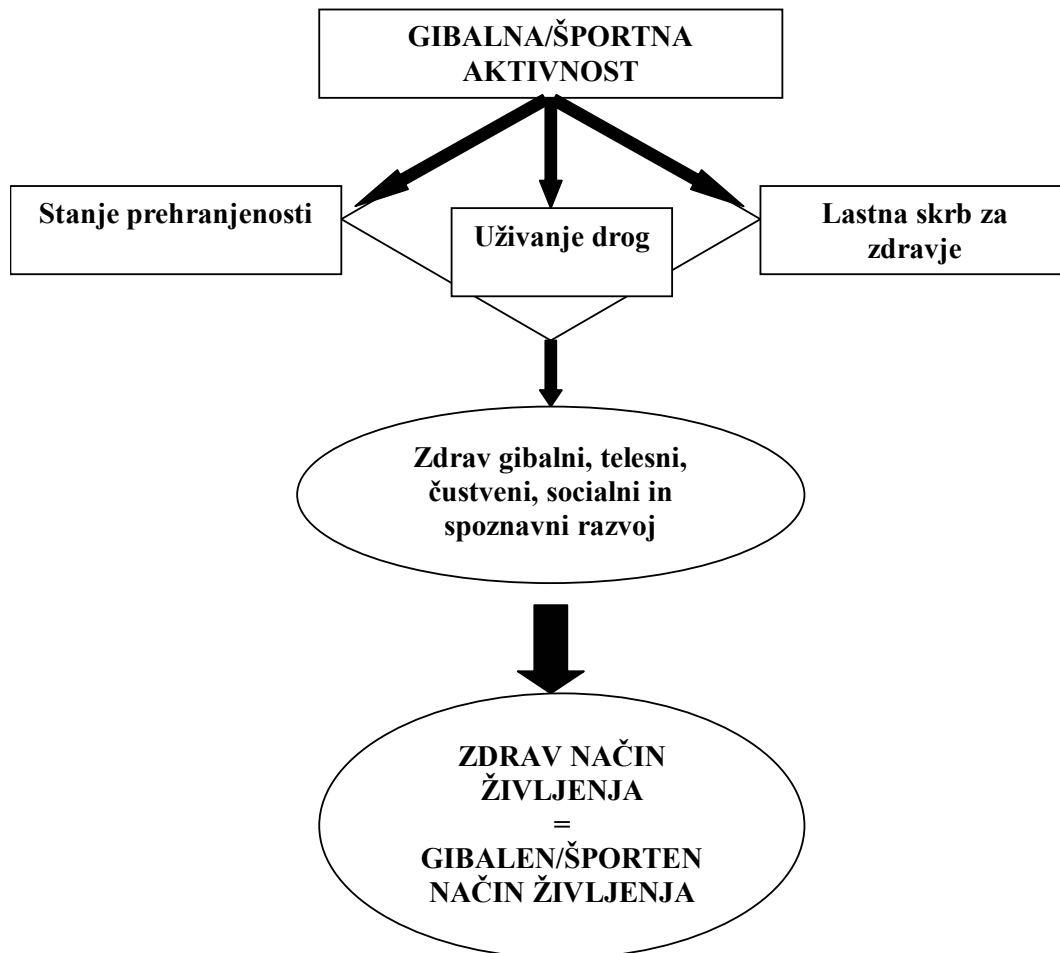
7.4 Skupni prikaz dejavnikov zdravega načina življenja

Na podlagi celotne raziskave smo oblikovali in izluščili sliko (slika II.91), ki ponazarja delovanje gibalne/športne aktivnosti na otrokovo zdravje oziroma zdrav življenjski slog.

Slika je nastala na osnovi postavljenih hipotez v naši raziskavi. V raziskavi smo potrdili tri hipoteze od štirih. Vse so izhajale iz gibalne/športne aktivnosti kot najpomembnejšega dejavnika za zdravje oz. zdrav življenjski slog. Prva hipoteza, ki smo jo sprejeli, je potrjevala, da imajo otroci, ki so bolj gibalno/športno aktivni, bolj normalno stanje prehranjenosti. Kar postavlja gibanje in šport v ospredje. Druga hipoteza, ki smo jo sprejeli oz. dokazali, se je nanašala na droge (alkohol, kajenje in mamila, kot je na primer marihuana). Ugotovili smo, da so bili otroci, ki so manj ali sploh niso uživali katere od navedenih drog, bolj gibalno/športno aktivni. Pri tretji

hipotezi smo dokazali, da so otroci, ki so bolj gibalno/športno aktivni, ocenili, da bolj skrbijo za lastno zdravje, kot tisti, ki se manj gibajo. Tretja hipoteza je po našem mnenju dokaz, da gibanje in šport vplivata na zdravje in posledično na zdrav življenjski slog, kar smo predvidevali in predstavili tudi v teoretičnih izhodiščih raziskave.

Slika II.91: Povezanost gibalne/športne aktivnosti z izbranimi dejavniki zdravega načina življenja



Na podlagi vsega lahko predpostavimo, da gibalna/športna aktivnost pozitivno vpliva na naše stanje prehranjenosti. Gibanje pomaga, da smo telesno normalno prehranjeni oz. da se nam telesna teža ne povečuje, prav tako pa z gibanjem uravnavamo apetit, kar posledično vodi v manjše zaužitje kalorij. Gibalna/športna aktivnost ima pozitiven vpliv tudi na uživanje ali jemanje drog. Na jemanje drog učinkuje kot preventiven oziroma preprečevalen dejavnik, saj gibanje in šport dajeta posamezniku občutek zadovoljstva (sproščajo se številni hormoni, kot so endorfini, adrenalin, noradrenalin), moči, spretnosti; poleg tega pa spodbujata družjenje, kar vodi v prijateljstva, ki imajo neko skupno izhodišče, tj. šport. Otroci, ki se ukvarjajo s športom, ne čutijo potrebe po tovrstnih poživilih, saj jim gibalna/športna aktivnost nudi izziv, daje energijo in svobodo. Ko otrok začuti, da mu šport v življenju predstavlja pomemben dejavnik, se posledično zaveda njegovih pozitivnih učinkov. Zato je gibalna/športna aktivnost pomemben dejavnik, s katerim skrbimo za lastno zdravje. Tega se zavedajo tisti, ki so gibalno/športno aktivni. Zato lahko trdimo, da redna gibalna/športna aktivnost pomaga pri razvoju in ohranjanju zdravega gibalnega, telesnega, čustvenega, spoznavnega in socialnega razvoja, kar vodi v zdrav življenjski slog.

Otroci, ki so redno gibalno/športno aktivni, živijo zdravo in kvalitetno. Toda če ne bodo imeli spodbude iz okolja, v katerem odraščajo, bodo kot odrasli verjetno bistveno manj športno aktivni in to se bo poznalo na njihovi kvaliteti življenja. Gibanje ni samo potreba otrok kot dejavnik, ki vpliva na normalen razvoj, ampak je tudi nuja odraslega človeka, saj daje nek ritem v življenju, okoli katerega se vrstijo ostali dejavniki, ki vplivajo na zdrav način življenja, to so: prehrana, tobak, alkohol, mamila itd. Zato lahko rečemo, da zdrav način življenja je enako: športni način življenja!

Hipoteze, ki smo jih potrdili v doktorski disertaciji, so potrdile naša splošna prepričanja o pomembni vlogi, ki jo ima gibanje oziroma športna aktivnost na posameznika. Toda te ugotovitve so zgolj dodaten dokaz za teoretično podlago ali razlago vpliva gibalne/športne aktivnosti na celosten razvoj posameznika. Predvsem je pomembno, kako se teorijo prenese v prakso, kajti le tako raziskave, kot je na primer ta, koristijo in izboljšajo kakovost življenja posameznika. V naši raziskavi je zajemal proučevan vzorec otroke, zato bomo praktično uporabnost raziskave prenesli na to starostno skupino.

7.5 Prenos teorije v prakso

Pri prenosu teorije v prakso se bomo osredotočili predvsem na tiste otroke, ki kažejo na možnost problematike, torej tiste ki so v t. i. rizični skupini ali pa obstaja možnost, da pridejo v to skupino.

Menimo, da je doktorska disertacija pomemben doprinos:

- k boljšemu pregledu sedanjega stanja na področju gibalne/športne aktivnosti, drog, stanja prehranjenosti in skrbi za zdravje med osnovnošolci v Sloveniji,
- podlaga za oblikovanje konkretnih rešitev na področju gibalne/športne aktivnosti, drog, stanja prehranjenosti in skrbi za zdravje med osnovnošolci za obravnavano krajevno področje v Sloveniji.

7.5.1 Droge in gibalna/športna aktivnost

Ugotovili smo, da otroci, ki so gibalno/športno aktivni, manj uživajo alkohol in mamila in manj kadijo. Pri kajenju smo ugotovili, da je glede na starostno skupino otrok, povsem pričakovano, da je delež otrok pri starosti 10 in 13 let, ki redno kadi, majhen (0,1%). Toda po nadaljnji analizi smo ugotovili, da redno kadi največ dečkov 7. razreda iz dolenjskega področja. Polovica otrok, ki redno kadi, se nikoli ne ukvarja s športom in vsi, ki redno kadijo, niso nikoli gibalno/športno aktivni s prijatelji. Občasno kadi 1 % otrok, med katerimi je največ starejših dečkov iz gorenjskega področja in tudi iz štajersko-koroškega področja. Zanimivo je, da se med otroki, ki občasno kadijo, vsi pogosto ukvarjajo s športom, toda pri ukvarjanju s športom skupaj s prijatelji je več kot 65% takih, ki se nikoli in približno 35% takih, ki se samo včasih ukvarjajo s športom skupaj s prijatelji.

Pri pitju alkohola smo ugotovili, da imajo otroci s to drogo veliko več izkušenj, saj so večinoma že vsi poskusili alkohol. Zato se bomo osredotočili predvsem na tiste, ki pijejo ob koncu tedna in na tiste, ki pijejo vsak dan. Presenetljivo je, da pri obeh kategorijah prednjačijo mlajši otroci, tj. 10-letni. Kar 7% jih pije ob koncu tedna in 2% vsak dan. Pri starejših, tj. 13-letnih, je 4% takih, ki pijejo ob koncu tedna, in nobenega, ki bi pil vsak dan. V povprečju je poskusilo alkoholne pijače več dečkov, kot deklic. Pijejo predvsem v družinskem krogu (82%), s prijatelji jih pije 13% in kar 5% jih pije samih. Otroci, ki niso poskusili alkohola, v povprečju več hodijo na dan kot tisti, ki so poskusili alkohol. Ugotovili smo tudi, da imajo več ur športne vzgoje na teden otroci, ki niso poskusili alkohola. Vendar je to težko enostavno razložiti, saj imajo starejši otroci eno uro manj športne vzgoje na teden zaradi izbirnih vsebin. Po drugi strani pa je lahko razlog v tem, da se več opravičujejo od pouka športne vzgoje.

Glede uživanja mamil, kot so marihuana, je večina otrok ni užila, enkrat jo je poskusilo 3% otrok, večkrat pa 0,2% otrok. Polovica otrok, ki je večkrat poskusila drogo, se pogosto ukvarja s športom, druga polovica pa nikoli. Tisti otroci, ki so enkrat poskusili drogo, se večinoma pogosto (70%), 30% pa včasih ukvarjajo s športom. Pri skupini starejših otrok smo ugotovili, da se vsi otroci, ki so večkrat poskusili drogo, nikoli ne ukvarjajo s športom. Tisti, ki so enkrat poskusili drogo, se večinoma pogosto (80%), 20% pa včasih ukvarja s športom. Otroci, ki so večkrat poskusili drogo, med tednom veliko več ur na dan presedijo (6,5 ur) kot otroci, ki so enkrat poskusili drogo (3 ure). Podobno smo ugotovili tudi pri sedenju med vikendom, kjer otroci, ki so večkrat poskusili drogo, v povprečju presedijo kar 10 ur dnevno. Tisti, ki so enkrat poskusili drogo, pa 5 ur dnevno. Otroci, ki so večkrat poskusili drogo, tečejo približno 30 minut dnevno. Otroci, ki so enkrat poskusili drogo, pa okoli 50 minut dnevno. Pri hoji pa prevladujejo otroci, ki so večkrat poskusili drogo (105 minut dnevno hodijo), medtem ko otroci, ki so enkrat poskusili drogo, 50 minut dnevno hodijo. Otroci, ki so večkrat poskusili drogo, nikoli niso gibalno/športno aktivni skupaj s prijatelji. Tisti, ki so enkrat poskusili drogo, pa so večinoma pogosto (50%) gibalno/športno aktivni skupaj s prijatelji.

Zgornje ugotovitve so teoretična izhodišča za oblikovanje načrta ali strategije, kako tem otrokom pomagati in kako jih spraviti na prava pota, da ne bodo še bolj zabredli v težave ali da bodo prenehali s tovrstnim tveganim obnašanjem.

Veliko zdravstvenih delavcev, vzgojno-izobraževalnih centrov itd., se strokovno sooča s tovrstno problematiko odvisnosti od jemanja drog. Toda večinoma so te organizacije usmerjene v tiste posameznike, ki so že globoko v odvisnosti in jim nudijo pomoč v obliki zdravil ali t. i. centrov za pomoč pri odvisništvu. Prav tako se te organizacije ukvarjajo s starejšimi osebami in ne osnovnošolci. Menimo, da otroci pri starosti 10 in 13 let, pa čeprav redno ali večkrat kadijo ali jemljejo mamila, to počnejo še v večini primerov iz radovednosti in iz občutka pomembnosti ali odraslosti in ne zato, ker so telesno že odvisni od teh substanc.

Pri reševanju te problematike moramo izhajati iz trikotnika, ki smo ga že omenili pri teoretičnem delu te raziskave. To je otrok sam, okolje in lastna aktivnost. Vsi pridemo na svet z določenimi preddispozicijami, na katere ne moremo vplivati, ker so nam po naravi dane. Znanstveniki vedno bolj poudarjajo, kako pomembno vlogo imajo geni pri določanju tveganja, da posameznik postane redni kadilec, alkoholik itd. (Madden, Bucholz, Martin, & Heath, 2000; Bierut, Schuckit, Hesselbrock, & Reich, 2000). Dokler pa ne bodo odkrili in locirali točnih genov, ki povzročajo odvisnost od drog, se bomo posvečali drugačnim oblikam rešitve pri otrocih predvsem v obliki preventive.

Naloga tistih, ki so v stiku s to starostno skupino otrok (to so osnovnošolci), je, da se zavedajo prisotnosti drog pri tako mladih in se lotijo tega problema od vsega začetka

(tudi pri najmlajših) v obliki preventive oziroma, če je problem že prisoten, v obliki rešitev, kot je stimulatивно in izkušensko bogato okolje. Otroci, ki smo jih zajeli v vzorec, prihajajo iz različnih krajevnih področij, toda otroci posameznega krajevnega področja imajo skupno točko, tj. šola, v katero hodijo. Ker je to njihov skupni imenovalec, menimo, da je treba usmeriti preventivo ali reševanje problema v to okolje. Šola, ki ima težave s prisotnostjo drog, in tista, ki jih nima, mora osveščati mlade o kruti realnosti, ki jo povzročijo droge v življenju posameznika, ki se drogira, in tistega, ki je ožji član oziroma družinski član tega. Učitelji morajo uporabljati dvosmerno komunikacijo in ne zgolj enosmerno, ker ta ni konstruktivna in med mladimi povzroča nelagodje, manjvrednostni položaj in upornost. Zgolj prepovedi ali celo varnostni ukrepi mogoče zgolj na videz popravijo škodo, toda mladi bodo že zaradi upornišva še raje posegali po poživilih. Zato je treba iskati rešitve na način, ki je mladim blizu. Gibalna/športna aktivnost v obliki šolskih klubov in športnih krožkov, razni krožki, organizacija zabav, na katerih se mladi učijo zabavati se brez drog, so načini ali sredstva, ki otroka okupirajo tako telesno kot miselno, da se ne osredotoči in začne misliti na to, kako naj premaga dolgčas. Šole lahko povabijo na t. i. okroglo mizo ali pa na zabavo, ki jo organizirajo učenci sami v šoli, znane osebnosti, kot so pevci, športniki, voditelji itd., ki so otrokom lahko za zgled, kako biti »in« brez drog.

Ne smemo pozabiti na občine in posamezne krajevne skupnosti, v katerih živijo otroci. Okolje, v katerem otrok odrašča, mora biti stimulatивно, tako mora nuditi otroku pestrost in dogajanje, kot je na primer: možnost obiskovanja tečajev, igranja na prostem (igrišča, stadion) in v pokritem prostoru, možnost zabave, da se otroci in mladostniki sprostijo. Veliko vlogo igrajo tudi mediji, kot so pogovorne oddaje za mlade in z mladimi, ki posredno vplivajo na obnašanje in navade mladih. Za mlade je značilno, da se učijo s posnemanjem, ker si še oblikujejo lasten »imidž« in karakter, zato je pomembno, da so te oddaje pod kontrolo in primerne za mlade. Tudi drugi mediji, kot so revije in druga literatura, reklame itd., imajo vpliv na mlade. Mediji zato nosijo zelo veliko odgovornost, saj imajo močan vpliv na mlade. Primarno okolje, tj. družina pa je od vsega začetka na prvem mestu. Ker smo o vlogi staršev že razpravljali, bi poudarili samo to, da mora biti družina otroku vedno v oporo in varnost, kajti le tako se bo otrok rad vračal domov in zaupanje med člani družine bo na prvem mestu. Družina je tudi tisti dejavnik, ki vpliva na samopodobo otroka. Zelo pomembno je, da je ta pozitivna, saj bo otrok tako lažje oblikoval lasten odnos in mnenje do stvari, ki ga obdajajo. Tako bo lažje kos težkim preizkušnjam in skušnjavam ter bo v dani situaciji, kot je na primer: vzeti drogo ali ne, sprejemal pravilne odločitve.

7.5.2 Stanje prehranjenosti in gibalna/športna aktivnost

Glede na analizo stanja prehranjenosti po objektivni metodi smo ugotovili, da je 17% otrok prekomerno prehranjenih (natančneje: 11% je prekomerno prehranjenih in 6% debelih) in 3% otrok je podhranjenih. Prekomerno prehranjenih je več starejših otrok (20%), med podhranjenimi pa je več mlajših otrok (4%). Razlike so tudi med spoloma, kjer je prekomerno prehranjenih več dečkov (20,3%) kot deklic (12,8%). Med podhranjenimi otroki pa je več podhranjenih deklic (4%) kot dečkov (2,4%). Ugotovili smo, da obstajajo razlike glede prehranjenosti tudi med krajevnimi področji. Največ prekomerno prehranjenih je na dolenskem področju (22,64%), podhranjenih pa je največ na štajersko-koroškem področju (5,4%). Z gibalno/športno aktivnostjo se prekomerno prehranjeni otroci ukvarjajo večinoma včasih (50%), podhranjeni pa pogosto (47%). V šoli se prekomerno prehranjeni otroci (50%) in podhranjeni otroci (47%) ukvarjajo s športom večinoma včasih.

Kot smo že omenili, je skupni imenovalec otrok posameznega krajevnega področja šola, ki jo otroci obiskujejo, zato je treba rešitve na področju prehrane urejati predvsem na tem mestu. Ob dejstvu, da so otroci vedno več časa v šoli (6–9 ur pouka, krožki in druge dejavnosti po pouku), jim je treba v šoli zagotoviti zdravo in uravnoteženo prehrano, da se bodo čim manjkrat zatekali v kupovanje hitre in nezdrave hrane. Ustrezno urejena jedilnica ter zdrava malica in kosilo, ki sta cenovno ugodna, bosta dobrodošla tako za otroke kot za starše, ki ne bodo imeli skrbi, kaj in kje otrok obeduje. Prav tako je treba v šoli poskrbeti, da bodo otroci izobraženi in ozaveščeni o pomenu zdrave hrane na organizem in počutje. Učitelji ali povabljeni strokovnjaki s tega področja lahko organizirajo na šoli t. i. delavnice zdrave prehrane, kjer lahko učenci praktično ustvarjajo in preizkušajo jedi, delajo jedilnike za vsak dan, se učijo o vitaminih, mineralih, beljakovinah, ogljikovih hidratih in maščobah, se učijo, kaj se dogaja s hrano v telesu, funkcija posamezne vrste hrane npr. beljakovin za razvoj in rast mišične mase, se učijo o pomenu in načinu uživanja hrane, saj je prehranjevanje t. i. ritual, zavedati se je treba okusa, vonja in videza hrane, učenja bontona pri mizi itd. Tak način predstavitve je veliko bolj dinamičen in učinkovit, kot zgolj suhoparno poslušanje predavanj.

Zanimivo bi bilo organizirati t. i. predavanja s praktičnimi vsebinami o preživetju v naravi, kjer bi učenci spoznavali naravo, vrste rastlin in drugih užitnih stvari v naravi, učili bi se prepoznavati in ločevati strupene od užitnih in okusnih rastlin, plodov itd. Poleg tega pa bi se učili in pridobili občutek stika z naravo in njenimi danostmi, ki jih v mestu niso deležni. Po drugi strani pa bi bila dobrodošla in koristna tudi predavanja oziroma izobraževanja o problematiki podhranjenosti, kar lahko hitro vodi v motnje hranjenja, kamor sodijo anoreksija, bulimija in kompulzivno prenajedanje.

Kombinacija predmetov, kot so biologija, športna vzgoja, geografija in še kateri predmet, bi lahko bili osnova za projekt s tematiko *Bivanje in gibanje z naravo*, ki bi trajal dlje časa, npr. eno šolsko leto, in v katerem bi učenci pripravljali seminarje, praktične vsebine, tj. v naravi in ob koncu projekta bi lahko šli na večdnevno taborjenje ali ekskurzijo tudi v tujino.

Menimo, da so učenci lahko zelo stimulirani za takšne in podobne programe, delavnice in projekte, če vedo, da so sami odgovorni za njih in če se lahko z lastnimi idejami vključijo v njih.

7.5.3 Odnos do lastnega zdravja in gibalna/športna aktivnost

Pri proučevanju odnosa do lastnega zdravja smo ugotovili, da je med otroki četrtega razreda v povprečju 40% takih, ki so ocenili, da skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje. Med otroki sedmega razreda pa je takih 60%. Pri proučevanju razlik med krajevnimi področji, smo ugotovili, da v povprečju skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje otroci iz dolenskega področja (2%), bolj malo pa skrbijo za lastno zdravje prav tako otroci iz dolenskega področja (10%), na drugem mestu so ljubljanski otroci (9%). Ugotovili smo, da se v povprečju najmanj ukvarjajo s športom otroci, ki so ocenili, da bolj malo skrbijo za lastno zdravje. Otroci, ki skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje, najmanj kolesarijo (15 minut dnevno). Najmanj intenzivno se z gibalno/športno aktivnostjo ukvarjajo otroci, ki so ocenili, da ne vedo, kako skrbijo za lastno zdravje (40 minut dnevno). Najmanj ur športne vzgoje imajo otroci, ki so ocenili, da skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje (2 uri tedensko). Med otroki, ki so ocenili, da skoraj nič ne skrbijo za lastno zdravje, je največ takih, ki se nikoli ne ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo doma (3%), največ takih, ki z družino v povprečju nikoli niso gibalno/športno aktivni (2%), največ takih, ki s prijatelji skoraj nikoli niso gibalno/športno aktivni (2%), največ takih, ki se organizirano skoraj nikoli ne ukvarjajo s športom (1%), največ takih, ki se na splošno v povprečju nikoli ne ukvarjajo s športom (5%).

Ocena lastne skrbi za zdravje je subjektivna in anonimna. Glede na našo raziskavo učitelji ne morejo vedeti, kateri učenci menijo, da slabo skrbijo za zdravje in kateri dobro. Zato je treba v vsakem primeru otroke jemati kot celoto in poskrbeti za to, da bodo vsi vedeli, kaj pomeni skrb za zdravje in kako skrbeti za zdravje. Skrb za lastno zdravje je zelo široko področje in nima ene same definicije, ker vključuje vse zgoraj naštetje in analizirane dejavnike. Vendar pa obstajajo projekti, ki to problematiko že rešujejo.

Eden od teh projektov oziroma promocij zdravja je Evropska mreža zdravih šol (European Network of Health Promoting Schools, 2006), ki je nastala kot strateški projekt pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (Urad za Evropo), Sveta

Evrope in Komisije evropskih skupnosti. V njem sodeluje 38 držav s približno 500 šolami, s tisoči učiteljev in 400.000 učencev. V mnogih državah delujejo nacionalne oziroma regijske mreže, v katerih je povezanih nadaljnjih 5 000 šol. Slovenija se je z 12 pilotskimi šolami priključila Evropski mreži leta 1993. Od leta 1997 dalje se je temu projektu priključilo že 112 slovenskih šol. Sedaj v mreži sodeluje 130 šol iz vse Slovenije. Zdrava šola skuša vplivati na zdrav način življenja vseh, ki hodijo v šolo. To lahko doseže tako, da razvija različne možnosti za zdravo življenje. Vsem omogoča in jih spodbuja, da vplivajo na svoje (telesno, duševno, socialno in okoljsko) zdravje. Prvi cilj Zdrave šole je aktivno podpiranje pozitivne samopodobe vseh učencev s tem, da bodo pokazali, da lahko prav vsak prispeva k življenju v šoli. Skupaj s šolami tudi izberejo vsebinsko »rdečo nit«, ki jo poglobljeno obravnavajo eno šolsko leto. V zadnjih letih so imeli naslednje »rdeče niti«: alkohol in mladi, duševno zdravje v šoli, gibanje in prehrana ter šola in starši – iskanje novih poti v sodelovanju. Leta 2003 je potekal posvet o nacionalni strategiji za promocijo zdravja v šolskem okolju, ki si je za izhodišče postavil (dobre) izkušnje v desetletnem delovanju projekta Zdravih šol. Eden od zastavljenih ciljev na posvetu je bil pripraviti smernice oz. načrt, kako vsebine zdravja vključiti v obvezni in skriti učni načrt, ki ga bodo deležni vsi slovenski šolarji.

Ta strategija je hvale vredna, zato menimo, da je skrajni čas, da se vsebine zdravja in kvalitete življenja vključijo v redni učni načrt.

8 Sklep

Z raziskavo **Povezanost gibalne/športne aktivnosti otrok z izbranimi dejavniki zdravega načina življenja** smo želeli potrditi postavljene hipoteze in tako dokazati, kako pomembna je gibalna/športna aktivnost za zdrav način življenja. Prav tako smo želeli predstaviti pomen dejavnikov tveganja za zdravje, kot so: nikotin, alkohol, mamila, nezdravo prehranjevanje, pomanjkanje gibanja. Ugotavljali smo povezave med gibalno/športno aktivnostjo otrok, starih 10 in 13 let, z določenim dejavnikom tveganja. Analizirali smo tudi otrokovo lastno skrb za zdravje in odsotnost od pouka zaradi bolezni ter pri obeh proučevanih dejavnikih iskali povezave z gibalno/športno aktivnostjo. Tri hipoteze od štirih smo potrdili. To so:

1. Otroci, katerih stanje prehranjenosti je normalno, so bolj gibalno/športno aktivni.
2. Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo negativen odnos do alkohola, kajenja in mamil.
3. Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, imajo pozitiven odnos do lastnega zdravja.

Četrte hipoteze: Otroci, ki se več ukvarjajo z gibalno/športno aktivnostjo, so zaradi bolezni manj odsotni iz šole, z nobeno pojasnjevalno spremenljivko nismo potrdili.

Raziskavo opredeljujeta dva dela. V prvem delu ali teoretičnem izhodišču raziskave smo celostno predstavili glavne dejavnike, ki vplivajo na otrokov razvoj. To so dejavniki dednosti, okolja in otrokove lastne aktivnosti. Delovanje vseh treh dejavnikov hkrati pogojuje posameznikove sposobnosti, lastnosti in značilnosti. Vse dejavnike smo poglobljeno opredelili, toda kasneje smo se osredotočili na dejavnik okolja, ker nanj lahko vplivamo. Toda skozi celotno raziskavo smo vse tri dejavnike med seboj prepletli.

Posameznik z lastnimi karakteristikami vpliva na okolje in skupaj z dednimi lastnostmi opredeljuje lastno življenje, ki je lahko zdravo ali pa ni. Nezdrava prehrana, premalo telesnega gibanja in kajenje so najpomembnejši vzroki srčno-žilnih bolezni. Škodljive življenjske navade se vedno bolj pogosto pojavljajo pri otrocih in mladini, saj jih srečujemo v vedno večjem številu. V prvem poglavju smo podali osnovne informacije o izbranih dejavnikih tveganja. Predstavili smo značilnosti dejavnikov tveganj, vzroke za jemanje ali tovrstno obnašanje, stanje v Sloveniji in po svetu, posledice jemanja ali takšnega življenja in preventivo. Na koncu tega poglavja smo pogledali tudi v prihodnost, ki naj bi nas doletela, če sami ne bomo dovolj zreli, da bi poskrbeli za lastno zdravje in vsaj poskušali kaj ukreniti tudi za druge, predvsem za bodočnost naših otrok.

V drugem delu raziskave ali empirični analizi smo predstavili rezultate analiz. Predstavitev rezultatov se začne s predstavitvijo okolja, v katerem otroci živijo. Okolje zajema osnovne demografske značilnosti, kot so: spol, starost, število otrok v družini, ali živi otrok skupaj ali z enim od staršev, ali živi v hiši, ali prihaja iz mestnega,

primestnega ali vaškega okolja. Vse analize smo primerjali po spolu, starosti in krajevnem področju.

Nato smo podrobno predstavili gibalno/športno aktivnost otrok, ki smo jo primerjali po spolu, starosti in področju. Sledi analiza hipotez, kjer smo vsak dejavnik tveganja najprej predstavili v povezavi s spolom, starostjo in krajevnimi področji in nato vsak dejavnik tveganja analizirali v povezavi z gibalno/športno aktivnostjo. Na koncu tega poglavja smo v razpravi prikazali glavne ugotovitve te raziskave in jih celostno obravnavali.

Posebno pozornost smo namenili tudi poglavju: zdravo otroštvo, zdrav življenjski slog, v katerem smo predstavili načine obvarovanja pred nevarnostmi nezdravega življenja. Poudarek smo dali predvsem na oblikovanje otrokove pozitivne samopodobe, ki po našem mnenju pomaga, da postane otrok odgovorna, odrasla oseba z lastnimi cilji in življenjskim slogom.

Eden od namenov te raziskave je tudi, da poudarimo in vplivamo na starše, da se ne bodo samo zavedali, kako je gibanje in športna aktivnost zdrava za organizem, ampak da bodo to aktivnost izvajali v praksi, kljub delavnim obveznostim in kljub pomanjkanju časa. Starši so ključni v prvih letih otrokovega razvoja. Ko se družina poveča za enega člana ali več, je naloga staršev, da svojo vlogo opravljajo dobro in s čim manj napakami. Starši, ki so učitelji in vzgojitelji v enem, morajo biti najprej zgled otrokom. To pomeni, da morajo »počistiti pred svojim pragom« in dokazati samim sebi, da resnično zdravo živijo.

Zaradi zdravega življenjskega sloga staršev, bodo pravi učitelji in vzgojitelji, saj bodo svojim otrokom lažje za zgled, kako živeti, ker bodo to počeli spontano, brez literature in svetovalnic.

Tudi z odraščanjem bodo mladostniku ostale smernice za zdravo in polno življenje, če bo imel pozitiven vpliv staršev. Vendar bo kljub temu celo življenje na najrazličnejših preizkušnjah. Za mlade je ključnega pomena, da se uprejo negativnim vplivom družbe, da so dovolj samozavestni, da vedo, da so alkohol, nikotin ter druge droge škodljive in jih zato ne uživajo. Kajti mladostnik z močno voljo bo ravnal po pameti, prednost bo dal stvarem, ki mu nudijo zadovoljstvo. Mladi, ki prezirajo droge, imajo zdravo življenje, ker imajo čas za stvari, ki jih sami želijo početi. Zato v svoje življenje vključujejo šport, gibanje in aktivnosti v naravi. Za otroke je zelo pomembno, da od začetka vedo, kaj je narava, kaj jim daje in da po možnosti do teh spoznanj pridejo sami skozi igro. Starši so tisti, ki jim dajo in pomagajo razviti občutek lastne vrednosti, kar je baza za zdrav življenjski slog.

Veliko več naredijo starši, vzgojitelji, učitelji, če otroku pokažejo novo okolje, kot na primer travnik, gozd, potoček, planine, morje, živali, podeželje itd. in se otrok sam zapodi po travniku in odkriva njegove lepote, kot da o tem posluša pravljice in gleda slike. Čustva, ki jih bo doživel in razvil, ko bo sam tekel po gozdu, se škropil v potoku, so polna, vsa čutila so aktivirana, če pa bo samo gledal in poslušal, kako je morje lepo in veliko in koliko rib notri plava, ne bo zares cenil in vedel, kaj je pravzaprav narava in ne bo imel želje, da bi se na tisto mesto vračal, ker ne bo imel izkušenj iz narave. Zato je nujno, da se otroku daje možnost, da spozna čim več okolja, ki ga obdaja, tudi slabo, kot je revščina, klošarstvo, alkoholizem itd., kajti ponovno bo sam odkrival, da je s tem nekaj narobe, da tako življenje ni prijetno. Ta čustva, ki jih bo kot majhen takrat doživel, bo ohranil tudi, ko bo starejši in mu bodo v pomoč ali kot varovalka, ko bo pred preizkušnjo. Če bo imel pred očmi negativno podobo kajenja, drogiranja in nezdravega prehranjevanja, se bo temu uprl in zmagovalec bo sam.

Kot skupni prikaz razprave oz. raziskave smo oblikovali sliko (slika II.91), ki predstavlja ugotovitve naše raziskave ter celostno ponazarja povezanost gibalne/športne aktivnosti z izbranimi dejavniki zdravega načina življenja.

Ker smo s to raziskavo dokazali, da je gibalna/športna aktivnost povezana z glavnimi dejavniki tveganja za zdravje, lahko zatrdimo: če se bomo gibali in aktivnost kontinuirano izvajali skozi celo življenje, bomo naredili za naše zdravje več, kot če bi si izbrali zgolj en dejavnik tveganja in ga črtali iz seznama "škodljivo zdravju". To pomeni, če smo kadilci in želimo prenehati s kajenjem, je ena izmed rešitev močna volja, da prenehamo kaditi, in šport. Če se lotimo katerekoli športne aktivnosti, ki nam je v veselje in jo redno izvajamo, bomo z močno voljo kmalu opustili kajenje, potreba po nikotinu bo izginila, saj bomo dobivali dozo endorfinov oziroma hormonov sreče z aktivnostjo. Telo bo zahtevalo vitamine za delo, ki ga opravlja, in posledično bomo prehranske navade spremenili na boljše. Počutili se bomo kot prerrojene, saj gibanje daje energijo, napetost bo izginila in začutili bomo, kaj pomeni zdrav način življenja.

Gibalna/športna aktivnost prispeva k zdravju in kakovosti življenja, še več, vsakodnevna aktivnost morda zmanjšuje smrtnost oziroma podaljšuje življenje. Raziskave kažejo, da je stalna telesna aktivnost povezana tudi z boljšim psihičnim zdravjem. Poleg psihične in socialne komponente (druženje ljudi) je zelo pomembna tudi telesna, saj prispeva k preprečevanju najrazličnejših kroničnih bolezni (debelost, sladkorna bolezen, osteoporoza, težave s kostnomišičnim in kardiovaskularnim sistemom), dviguje pa tudi splošno telesno odpornost. Z rekreacijo ne krepimo samo mišic, srca in duše, marveč tudi obrambne in imunske mehanizme (Nadižar-Cerar, 2004).

V zadnjem poglavju v razpravi pa smo analizirali in proučevali, kakšno vlogo ima raziskava pri prenosu teorije v prakso. Pri tem smo se osredotočili predvsem na tiste

otroke, ki kažejo na možnost problematike, torej tiste otroke, ki so v t. i. rizični skupini ali pa obstaja možnost, da pridejo v to skupino. Z doktorsko disertacijo želimo doseči pomemben doprinos:

- k boljšemu pregledu nad sedanjim stanjem na področju gibalne/športne aktivnosti, drog, stanjem prehranjenosti in skrbjo za zdravje med osnovnošolci v Sloveniji,
- podlaga za oblikovanje konkretnih rešitev na področju gibalne/športne aktivnosti, drog, stanja prehranjenosti in skrbi za zdravje med osnovnošolci za obravnavano krajevno področje v Sloveniji.

Naloga tistih, ki so v stiku s šolsko mladino, je, da se zavedajo prisotnosti drog, problematike prekomerne teže in pomanjkanja skrbi za zdravje pri tako mladih in se lotijo tega problema od vsega začetka (tudi pri najmlajših) v obliki preventive oziroma, če je problem že prisoten, v obliki rešitev, kot je stimulatивно in izkušensko bogato okolje. Otroci, ki smo jih zajeli v vzorec, prihajajo iz različnih krajevnih področij, toda otroci posameznega krajevnega področja imajo skupno točko, tj. šola, v katero hodijo. Ker je to njihov skupni imenovalec, menimo, da je treba usmeriti preventivo ali reševanje problema v to okolje.

9 Literatura

1. *Access Excellence @ the National Health Museum.* (2005). Pridobljeno 24. 3.2005 s svetovnega spleta: <http://www.accessexcellence.org/RC/AB/BC/1977-Present.html>.
2. Adler, P. A., Kless, S. J., & Adler, P. (1992). Socialization to gender roles: Popularity among elementary school boys and girls. *Sociology of Education*, 65, 169–187.
3. American Heart Association. (2005). *Exercise (Physical Activity) and Children.* Pridobljeno 27. 12. 2005 s svetovnega spleta: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4596>.
4. Amon, T. (2004). *Genetika.* Zavod RS za šolstvo. Pridobljeno 13. 1. 2005 s svetovnega spleta: <http://www.eduanim.com/genetika>.
5. Anthony, J. C., & Echeagaray-Wagner, F. (2000). Epidemiologic Analysis of Alcohol and Tobacco Use. Patterns of Co-Occurring Consumption and Dependence in the United States. *Alcohol Research & Health*, 24 (4), 201–208.
6. Ažman, D. (2004). Kajenje in šport v prostem času pri osnovnošolcih in srednješolcih. V R. Pišot, V. Štemberger, J. Zorc & Obid, A. (Eds.), *Otrok v gibanju : zbornik izvlečkov in prispevkov : 3. mednarodni simpozij : abstracts and proceedings : 3rd international symposium, Kranjska gora, Slovenija [Elektronska izd.]* (str. 44–45). Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče.
7. Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 81–95.
8. Bell, R. Q., & Chapman, M. (1986). Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. *Developmental Psychology*, 22, 595–603.
9. Berčič, H. (2004). V gibanju se skriva vir zdravja. *Vita: Strokovna zdravstveno vzgojna revija*, 38. Pridobljeno 17. 8. 2005 s svetovnega spleta: http://www.revija-vita.com/Vita_38/V_gibanju_se_skriva_vir_zdravj/v_gibanju_se_skriva_vir_zdravj.html.
10. Berčič, H. (2002). Analysis of recreational sports activity of Slovenes. V D. Milanović & F. Prot, (Ur.), *3rd International scientific conference Kinesiology new perspectives* (str. 394–397). Zagreb: University of Zagreb, Faculty of kinesiology.
11. Bierman, K. L., Smoot, D. L., & Aumiller, K. (1993). Characteristics of aggressive-rejected, aggressive (nonrejected), and rejected (non-aggressive) boys. *Child Development*, 64, 139–151.
12. Bierut, L. J., Schuckit, M. A., Hesselbrock, V., & Reich, T. (2000). Co-Occurring Risk Factors for Alcohol Dependence and Habitual Smoking. Results From the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 24 (4), 233–241.

13. *Biotechnology Industry Organization*. (2005). Pridobljeno 24. 3. 2005 s svetovnega spleta: <http://www.biospace.com/articles/timeline.cfm>.
14. *Biotechnology: Timeline 2004*. (2005). Pridobljeno 24. 3. 2005 s svetovnega spleta: <http://www.biology.iupui.edu/biocourses/Biol540/2background2k4.html>.
15. Block, N. (1996). How Heritability Misleads about Race. *The Boston Review*, XX, 6, 30–35. Pridobljeno 3. 2. 2005 s svetovnega spleta: <http://www.nyu.edu/gsas/dept/philo/faculty/block/papers/Heritability.html>.
16. Bergmann, C. S., & Plomin, R. (1989). Genotype-environment interaction. V M. Bornstein & J. Bruner (Eds.), *Interaction in human development* (str. 157–171). Hilldale, NJ: Erlbaum.
17. Bouchard, T. J. Jr. (1994). Genes, environment, and personality. *Science*, 264, 1700–1701.
18. Bouchard, T. J. Jr., Lykken, D. T., McGue, M., Segal, N. L., & Tellegen, A. (1990). Sources of human psychological differences: The Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Science*, 250, 223–228.
19. Bouchard, C., Depres, J. P., & Tremblay, A. (1993). Exercise and obesity. *Obesity Research*, 1, 133–147.
20. Brcar, P. (2005). Zdravje mladostnic in mladostnikov. V S. Kostanjevec & G. Torkar (Eds.), *Zdrav življenski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje* (str. 8–16). Inštitut za varovanje zdravja RS.
21. Brcar, Š. P., Polič, M., & Stergar, E. (1995). Odnos mladih do zdravja in dejavniki, ki ga določajo. *Psihološka obzorja*, 4, 1–2; 9–23.
22. Brody, G., & Stoneman, Z. (1994). Sibling relationships and their association with parental differential treatment. V E. M. Hetherington, D. Reiss & R. Plomin (Ur.), *Separate social worlds of siblings: The impact of nonshared environment on development* (str. 129–142). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
23. Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D., & Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467–482.
24. Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness. *Public Health Report*, 100, 125–131.
25. Coie, J. D. (1990). Toward a theory of peer rejection. V S. R. Asher & J. D. Coie (Ur.), *Peer rejection in childhood* (str. 365–401). Cambridge, England: Cambridge University Press.
26. Cole, T. J., Freeman, J. V., & Preece, M. A. (1995). Body Mass Index reference curves for the UK. 1990. *Archives of Disease in Childhood*, 73, 25–29.
27. Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research in parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55, 218–232.
28. Conway, T. L., & Cronan, T. A. (1992). Smoking, exercise, and physical fitness. *Preventive Medicine*, 21(6), 723–34.

29. Cox, K. L, Puddey, I. B, Morton, A. R, Beilin, L. J, Vandongen, R., & Masarei, J. R. (1993). The combined effects of aerobic exercise and alcohol restriction on blood pressure and serum lipids: a two-way factorial study in sedentary men. *Journal of Hypertension*, 11(2), 191–201.
30. Crick, F. (1981). *Life Itself: Its Origin and Nature*. New York: Simon and Schuster.
31. Čebašek-Travnik, Z. (2004). Kajenje kot bolezen odvisnosti. *Vita. Strokovna zdravstveno vzgojna revija*. Psihiatrična klinika Ljubljana. Pridobljeno 4. 5. 2005 s svetovnega spleta: http://www.revija-vita.com/Vita_43/Kajenje_kot_bolezen_odvisnosti/kajenje_kot_bolezen_odvisnosti.html .
32. Čibej-Žagar, B. (2004). Psihosomatski in psihodinamski vidik motenj hranjenja. *Vita. Strokovna zdravstveno vzgojna revija*. Društvo project Človek. Pridobljeno 24. 2. 2005 s svetovnega spleta: http://www.revija-vita.com/Vita_40/Psihosomatski_in_psihodinamski/psihosomatski_in_psihodinamski.html .
33. Day, J. D., Borkowski, J. G., Dietmeyer, D. L., Howsepian, B. A., & Saenz, D. S. (1992). Possible selves and academic achievement. V L. T. Winegar & J. Valsiner (Eds.), *Children's development within social context: Vol. 2. Research and methodology* (str. 181–201). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
34. Deaux, K., & Major, B. (1987). Putting gender into context: An interactive model of gender-related behavior. *Psychological Review*, 94, 369–389.
35. deMarrais, K. B., Nelson, P. A., & Baker, J. H. (1994). Meaning in mud: Yup'ik Eskimo girls at play. V J. L. Roopnarine, J. E. Johnson & F. H. Hooper (Eds.), *Children's play in diverse cultures* (str. 179–209). Albany: State University of New York Press.
36. Dencik, L. (1989). Growing up in the post-modern age: On the child's situation in the modern family, and on the position of the family in the modern welfare state. *Acta Sociologica*, 32, 155–180.
37. Dishman, R. K., & Sallis, J. F. (1994). Determinants and interventions for physical activity and exercise. V C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.), *Physical Activity, Fitness, and Health* (str. 214–238). Champaign, Ill: Human Kinetics Publishers.
38. Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. F., & Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244–1257.
39. Downes, S. M. (2004). "Heredity and Heritability". *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Edward N. Zalta (Ur.), <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2004/entries/heredity/>>. Pridobljeno 29. 12. 2004 s svetovnega spleta: <http://plato.stanford.edu/entries/heredity/> .
40. Dunn, J. (1992). Siblings and development. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 6–9.

41. Dunn, J., & McGuire, S. (1994). Young children's nonshared experiences: A summary of studies in Cambridge and Colorado. V E. M. Hetherington, D. Reiss, & R. Plomin (Eds.), *Separate social worlds of siblings: The impact of nonshared environment on development* (str. 111–128). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
42. Dunn, J., & Plomin, R. (1990). *Separate lives: Why siblings are so different*. New York: Basic Books.
43. Eckert, P. (1989). *Jocks and burnouts: Social categories and identity in the high school*. New York: Teachers College Press.
44. Edwards, C. P. (1992). Cross-cultural perspectives on family-peer relations. V R. D. Parke, & G. W. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (str. 285-316). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
45. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H. D., Lemmens, P., Makela, K., Midanik, L. T., Norstrom, T., Osterberg, E., Romelsjo, A., Room, R., Simpura, J., & Skog, O. J. (1994). *Alcohol Policy and the public Good*. New York, NY: Oxford University Press.
46. Evropski urad SZO (2002). *Health behaviour in School-Aged Children survey 2002*. WHO.
47. European Network of Health Promoting Schools. (2006). Pridobljeno 2. 4. 2006 s svetovnega spleta: http://www.ivz.si/ivz/novica.php?ivz_id=127
48. Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245–261. Pridobljeno 29. 12. 2004 s svetovnega spleta: <http://www.personalityresearch.org/bg.html>.
49. Fine, G. A. (1981). Friends, impression management, and preadolescent behavior. V S. R. Asher & J. M. Gottman (Eds.), *The development of children's friendships* (str. 29–52). Cambridge, England: Cambridge University Press.
50. Fras, Z., Zaletel Kragelj, L., & Maučec Zakotnik, J. (2005). Razširjenost dejavnikov tveganja za aterosklerozo v Sloveniji. Predstavitev nekaterih ključnih rezultatov raziskave CINDI Slovenija 2002/03. V Z. Fras (Ur.), *Forum za preventivo bolezni srca in žilja 2005* (str. 3–10). Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije.
51. Fras, Z. (2002). Aktivni življenjski slog otroka – dolgoročna naložba v zdravje. V R. Pišot, V. Štemberger, F. Krpač, & T. Filipčič (Eds.), *Otrok v gibanju. 2. mednarodni znanstveni in strokovni posvet*, Kranjska gora, oktober 2002. Zbornik prispevkov (str. 20–8). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
52. Fras, Z. (2002a). Predpisovanje telesne aktivnosti za preprečevanje bolezni srca in ožilja. *Zdravstveno Varstvo*, 41, 27–34.
53. Fulghum, R. (1992). *Vse, kar moram vedeti, sem se naučil v vrtcu*. [All I really need to know I learned in kindergarten.]. Založba Mladinska knjiga. Ljubljana.

54. Gabrijelčič-Blenkuš, M. (2005). Prehrana mladostnika. V S. Kostanjevec, & G. Torkar (Eds.), *Zdrav življenski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje* (str. 25–33). Inštitut za varovanje zdravja RS.
55. Genesee, F. (1989). Early bilingual development: One language or two? *Journal of Child Language*, 16, 161–179.
56. Glassman, A. H., Helzer, J. E., Covey, L. S., Cottler, L. B., Stetner, F., Tip, J. E., & Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1546–1549.
57. Hafner, A. (2005). Motnje hranjenja. V S. Kostanjevec, & G. Torkar (Eds.), *Zdrav življenski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje* (str. 40–46). Inštitut za varovanje zdravja RS.
58. Hanson, G. R. (2002). New Vistas in Drug Abuse Prevention. *NIDAnotes*, 16(6).
59. Harford, T. C., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (1991). Effect of average daily consumption and frequency of intoxication on the occurrence of dependence symptoms and alcohol-related problems. V W. B. Clark, & M. E. Hilton (Eds.), *Alcohol in America: Drinking Practices and Problems*, (str. 212–237). Albany, NY: State University of New York Press.
60. Harris, J. R. (1995). Where Is the Child's Environment? A Group Socialization Theory of Development. *Psychological Review*, 102(3), 458–489.
61. Harris, J. R., & Liebert, R. M. (1991). *The child: A contemporary view of development (3rd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
62. Harris-Warrick, R. (2001). This is your brain on drugs. *Agriculture and Life Science News, Cornell University*, 4.
63. *Heritability: Introduction*. (2005). Pridobljeno 24. 3. 2005 s svetovnega spleta: <http://psych.colorado.edu/hgss/hgssapplets/heritability/heritability.intro.html> .
64. Hoffman, L. W. (1991). The influence of the family environment on personality: Accounting for sibling differences. *Psychological Bulletin*, 110, 187–203.
65. Horvat, M., Kadiš, N., & Sovič I. (2002). Prehrana šolarjev na Koroškem. V B. Belović (Ur.), *Vzgoja za zdravje*, (str. 54–57). Zavod Za Zdravstveno Varstvo Murska Sobota.
66. Hovnik Keršmanc, M., Kastelic, A., & Zorec Karlovšek, M. (2006). Alkohol. *Zavod. Med.Over.Net*. Pridobljeno 4. 1. 2006 s svetovnega spleta: <http://med.over.net/zasvojenost/alkoholizem.htm> .
67. Inštitut za varovanje zdravja RS. (2004). *Gibanje za zdravje in šport*. Pridobljeno 29. 12. 2005 s svetovnega spleta: http://www.ivz.si/ivz/novica.php?ivz_id=117 .
68. Istvan, J., & Matarazzo, J. D. (1984). Tobacco, alcohol and caffeine use: A review of their interrelationships. *Psychological Bulletin* 95, 301–326.
69. Jelovčan, G., Pišot, R. & Žerjal, I. (2002). Ukvarjanje s prostočasno gibalno/športno aktivnostjo otrok v zgodnjem šolskem obdobju. V R. Pišot, V. Štemberger, F. Krpač & T. Filipčič (Eds.), *Otrok v gibanju [A child in motion]: zbornik prispevkov 2. mednarodnega znanstvenega posveta*, (str. 580-585). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

70. James, W. (1890). *The principles of psychology (Vol. 1)*. New York: Henry Holt.
71. Jankauskiene, R., & Kardelis, K. (2005). Body image and weight reduction attempts among adolescent girls involved in physical activity. *Medicina (Kaunas)*, 41(9), 796–801.
72. Jerman, T. (2003). *Razširjenost tobaka, alkohola in drugih drog med ljubljanskimi srednješolci v letu 2003*. Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana.
73. Kagan, J. (1984). *The nature of the child*. New York: Basic Books.
74. Karpljuk, D., Videmšek, M., & Zajc, M. (2003). *Možnost povezovanja športnih in zdravstvenih vsebin v osnovni šoli*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
75. Kastelic, A., & Mikulan, M. (1999). *Mladostnik in droga: Priročnik za starše in učitelje*. Ljubljana: Domus.
76. Kate, M., & Sentočnik, T. (2005). *Telesna aktivnost pri debelosti*. Pridobljeno 10. 8. 2005 s svetovnega spleta: http://ares.spic.tv:1180/files/rekreacija/alistevedeli/kete_telesakt.htm.
77. Kindermann, T. A. (1993). Natural peer groups as contexts for individual development: The case of children's motivation in school. *Developmental Psychology*, 29, 970–977.
78. Koch, V. (1997). *Prehrambne navade odraslih prebivalcev Slovenije z vidika varovanja zdravja*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehnična fakulteta.
79. Kohl, H. W. III. (2001). Physical activity and cardiovascular disease; evidence for a dose response. *Med Sci Sports Ex*; 33 (Suppl): S472–S483.
80. Koprivnikar, H. (2005). Telesna dejavnost pri mladih v Sloveniji in svetu. V S. Kostanjevec, & G. Torkar (Eds.), *Zdrav življenski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje* (str. 54-64). Inštitut za varovanje zdravja RS.
81. Koprivnikar, H. (2005a). *Posledice kajenja in ukrepi za zmanjševanje kajenja*. Pridobljeno 10. 8. 2005 s svetovnega spleta: http://www.ivz.si/ivz/aktualno/novica.php?ivz_id=249.
82. Kostanjevec, S. (2000). *Prehransko stanje in prehranske navade gorenjskih srednješolcev*. Magistrska naloga, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehnična fakulteta.
83. Kostanjevec, S. (Ur.) & Torkar G. (Ur.) (2005). *Zdrav življenski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje*. Inštitut za varovanje zdravja RS.
84. Kropej, V.L. (2006). Povezovanje socialno-demografskih značilnosti s športnim udejstvovanjem. (v tisku).
85. Kropej, V. L. Videmšek, M. (2003). Športno udejstvovanje štiri- do šestletnih otrok v ljubljanskem okrožju. *Šport (Ljublj.)*; 51(1), 60–62.
86. Kropej, V. L. Videmšek, M. (2002). Parents and sport activity of their preschool children = Starši in športna aktivnost njihovih predšolskih otrok. *Kinesiologica Slovenica*; 8(1), 19–24.

87. Krojej, V. L. (2001). *Vpliv okolja na športno aktivnost predšolskih otrok* [The influence of environment on the sports activity of preschool children]. Diplomsko delo, Ljubljana: Fakulteta za šport.
88. Kubota, K. (2002). *Brain may also pump up from workout*. Society for Neuroscience Annual Meeting. Brainwork Neuroscience Newsletter 12. 1.
89. Lampe, A. (2004). *Vpliv staršev na kajenje in športno udejstvovanje petnajstletnih dijakov in dijakinj*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
90. Lanza, E. (1992). Can bilingual two-year-olds code-switch? *Journal of Child Language*, 19, 633–658.
91. Lasater, C., & Johnson, J. E. (1994). Culture, play, and early childhood education. V J. L. Roopnarine, J. E. Johnson, & F. H. Hooper (Eds.), *Children's play in diverse cultures* (str. 210–228). Albany: State University of New York Press.
92. Little, H. J. (2000). Behavioral Mechanisms Underlying the link Between Smoking and Drinking. *Alcohol Research & Health*, 24 (4), 215–224.
93. Loehlin, J. C. (1992). *Genes and environment in personality development*. Newbury Park, CA: Sage.
94. Loehlin, J. C., & Nichols, R. C. (1976). *Heredity, environment, and personality*. Austin: University of Texas Press.
95. Logstrup, S. (2001). Children and young people – the importance of physical activity. V S., Logstrup (Ur.), *A paper published in the context of European Heart Health Initiative*, (1–20). Brussels: European Heart Network.
96. Lorenčič, M. (2004, 15. december). »Kebrov« zakon ni prav učinkovit: alkohola je vse več. *Dnevnik*, 343.
97. Lorenčič, M. (2004, 27. september). V Evropi predebela petina otrok. *Dnevnik*, 343.
98. Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, 26, 683–697.
99. Maccoby, E. E. (1990). Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist*, 45, 513–520.
100. Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. V P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (str. 1–101). New York: Wiley.
101. Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
102. Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Martin, N. G., & Heath, A. C. (2000). Smoking and the Genetic Contribution to Alcohol-Dependence Risk. *Alcohol Research & Health*, 24 (4), 209–214.
103. Mahan, L. K., & Escot-Stump, S. (2004). *Krause's Food Nutrition and Diet Therapy, 11th edition*. Usa, Saunders.

104. Makuc, B. (1998). *Športnorekreativna dejavnost učenk in učencev četrtilih razredov koprskih osnovnih šol*. Diplomsko delo, Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
105. Mandič, S. (1996). Stanovanjski parametri kakovosti življenja in spremembe v zadnjem desetletju. V M. Nastran Ule (Ur.), *Mladina v devedesetih. Analiza stanja v Sloveniji*, (str. 213–232). Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
106. Marcus, B. (1999). *Vigorous exercise helps women quit smoking and stay smoke free*. Pridobljeno 28. 12. 2005 s svetovnega spleta: http://www.brown.edu/Administration/News_Bureau/1998-99/98-145.html.
107. Marjanovič Umek, L., Zupančič, M., Fekonja, U., Kavčič, T., Svetina, M., Tomazo Ravnik, T., & Bratanič, B. (2004). *Razvojna psihologija*. Založba Rokus. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut filozofske fakultete.
108. Maučec Zakotnik, J. (2005). Resolucija o nacionalnem programu prehranske politike 2005–2010. V *Uradni list RS*, št. 39/2005. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
109. McClearn, G. E., Johansson, B., Berg, S., Pedersen, N. L., Ahern, F., Petrill, S. A., & Plomin, R. (1997). Substantial genetic influence on cognitive abilities in twins 80 or more years old. *Science*, 276, 1560–1563.
110. McGue, M., Bouchard, T. J. Jr., Iacono, W. G., & Lykken, D. T. (1993). Behavioral genetics of cognitive ability: A life-span perspective. V R. Plomin, & G. E. McClearn (Eds.), *Nature, nurture, and psychology* (str. 59-76). Washington, DC: American Psychological Association.
111. Medved, M., Kelšin, N., Milošević, N., Ulčakar, T., & Kus, P. (1998). Prehranske navade ljubljanskih osnovnošolcev. *Zdravstveno varstvo*, 37, 211-217.
112. Merc, H. (1996). *Podobnosti in posebnosti slovenskih dijakov – aktivnih športnikov in nešportnikov – v osebnostnih potezah, strukturi in načinih spoprijemanja v stresni situaciji*. Magistrsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani.
113. *Mikrobna biotehnologija 71027 stud. leto 2003/2004*. (2004). Pridobljeno 7. 12. 2004 s svetovnega spleta: http://www.bfro.uni-lj.si/zoo/studij/dodipl/mikro/mibt/zgodovina_bt.htm.
114. Mlačak, B. (2003). Zdravje gre skozi želodec. Se naši šolarji prehranjujejo zdravo? *Zdrava prehrana*. Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije. Pridobljeno 30. 3. 2005 s svetovnega spleta: http://med.over.net/zdrava_prehrana/clanki/clanki_september03/solarji.php.
115. Mourao, I., Padez, C., Moreira, P., Fernandes, T., & Rosado, V. (2005). Lifestyle among obese children: a comparative study. V *10th Annual Congress [of the] European College of Sport Science*, July 13–16 (str.123). Belgrade, Serbia. Book of abstracts.
116. Musek, J., & Pečjak, V. (1997). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.
117. Musek, J. (2002). *Zgodovina psihologije*. Ljubljana, Filozofska fakulteta UL. Pridobljeno 3. 4. 2005 s svetovnega spleta:

- http://www.educy.com/jmusek/Kurikuli/Psihologija_osebnosti/Os24razvoj1dejavniki.htm
118. Mutrie, N. (2005). Applied Exercise Psychology - Promoting Activity and Evaluating Outcomes, V T.Morris, (Ur.), *Promoting Health & Performance for Life*. Sydney: International Society of Sport Psychology.
119. Nacionalni Program Prehranske Politike 2005 – 2010. Pridobljeno 2. 1. 2006 s svetovnega spleta: http://www2.gov.si/zak/Akt_vel.nsf/zakposop/2005-01-1392?OpenDocument .
120. Nadižar-Cerar, M. (2005). *Športnik in sistematični pregled pri zdravniku*. Zdravstveni dom Ljubljana-Bežigrad. Pridobljeno 16. 8. 2005 s svetovnega spleta: http://www.revija-vita.com/Vita_38/Sportnik_in_sistematični_pregled/sportnik_in_sistematični_pregled.html .
121. Nađ, M. (2005). *Vpliv družine na odnos do športnih dejavnosti in kajenja trinajstletnih učencev in učenk*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
122. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000a). Why do some people drink too much? The role of Genetic and Psychosocial Influences. Highlights From the Tenth Special Report to Congress. *Alcohol Research & Health*, 24 (1), 17–26.
123. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000b). Alcohol, the Brain, and Behavior. Mechanisms of Addiction. *Alcohol Research & Health* 24 (1), 12–16.
124. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000c). Health Risks and Benefits of Alcohol Consumption. *Alcohol Research & Health* 24 (1), 5–11.
125. National institute on drug abuse (2002). Risk and Protective Factors in Drug Abuse Prevention. *NIDA notes*, 16 (6).
126. Nikolič, V., Poredoš, T., & Sadar J. (2004). *Bolezni srca in ožilja*. Seminarska naloga pri predmetu Dietetika s patofiziologijo. Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta, Živilska tehnologija. Pridobljeno 30. 3. 2005 s svetovnega spleta: http://drustvozivilci.si/filemgmt_data/files/srcno_zilne_bolezni.doc .
127. Novi Tednik (2004). *Danes Svetovni dan brez tobaka*. Pridobljeno 4. 1. 2006 s svetovnega spleta: <http://www.novitednik.com/novica.php?id=336&m=05&l=2004> .
128. Otis, C. L., & Goldingay, R. (2005). Under the Influence. Do you know how alcohol affects exercise? Pridobljeno 28. 12. 2005 s svetovnega spleta: <http://www.sportsdoctor.com/articles/alcohol3.html> .
129. Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2003). *Otrokov svet: Otrokov razvoj od spočetja do konca mladostništva*. [prevod Barbara Kelbl, Katja Temnik, Neža Božič et al.]. Educy: Ljubljana. <http://plato.stanford.edu/entries/heredity/> .

130. Pate, R.R., Pratt, M., & Blair, S.N. (1995). Physical Activity and Public Health -- A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, 273, 402–40.
131. Pedersen, N. L., Plomin, R., Nesselroade, J. R., & McClearn, G. E. (1992). A quantitative genetic analysis of cognitive abilities during the second half of the life span. *Psychological Science*, 3, 346–353.
132. Perry, D. G., & Bussey, K. (1984). *Social development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
133. Petkovšek, M. (1980). *Motiviranost slovenskih visokošolcev za športno dejavnost*. Ljubljana: Inštitut za kineziologijo.
134. Petkovšek, M. (1981). *Dinamika interesov slovenskih visokošolcev za športno dejavnost*. Ljubljana: Inštitut za kineziologijo.
135. Petkovšek, M. (1984). *Odnos učencev četrtilih razredov do telesnovzgojnih dejavnosti v celodnevni osnovni šoli in njihova motiviranost za ukvarjanje s športom*. Ljubljana: Inštitut za kineziologijo.
136. Pišot, R., Kroje, V. L., & Volmut, T. (2006). Povezava med kakovostjo življenja in prehranskimi navadami ter gibalno/športno aktivnostjo otrok. V Pišot, R., Kroje, V. L., Zorc, J., Volmut, T., Obid, A. (Eds.), *Otrok v gibanju. 4. mednarodni znanstveni in strokovni posvet*, Portorož, oktober 2006. Zbornik prispevkov. (str. 149). Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.
137. Pišot, R., Kroje, V. L., & Završnik, J. (2006). Correlation between perception of life quality and healthy environment (physical/sports activity) in youth. In Cumbre Latinoamericana y Caribena de Educación Física : La Habana, Cuba.
138. Pišot, R., & Planinšec, J. (2005). *Struktura motorike v zgodnjem otroštvu: motorične sposobnosti v zgodnjem otroštvu v interakciji z ostalimi dimenzijami psihosomatičnega statusa otroka*. Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.
139. Pišot, R., & Šimunič, B. (2006). *Vloga biomehanskih lastnosti skeletnih mišic v gibalnem razvoju otrok*, (v tisku). Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.
140. Pišot, R., Fras, Z., & Zaletel-Kragelj, L. (2005). Gibalna/športna aktivnost za zdravje pri prebivalcih Slovenije: predstavitev nekaterih izbranih ključnih rezultatov ciljnega raziskovalnega projekta. V Z. Fras (Ur.), *Slovenski forum za preventivo bolezni srca in žilja 2005* (str. 11–20). Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije.
141. Pišot, R. (2004). Vloga in pomen gibalne/športne dejavnosti v šolskem obdobju. *Zdrava šola*, 1, 24–27.
142. Pišot, R., Završnik, J., & Kroje, V. L. (2005). Opredelitev problema. V J. Završnik, & R., Pišot, (Eds.), *Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov* (str. 13–29). Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.

143. Pišot, R., Kropej, V. L., Završnik, J., Zurc, J., & Strel, J. (2005). Child's spare time in the context of gender and environment. V T. Morris, (Ur.). *Promoting Health & Performance for Life* (str. 1–4). Sydney: International Society of Sport Psychology.
144. Pišot, R., Kropej, V. L., Zurc, J., Volmut, T., Završnik, J., & Strel, J. (2005a). Child's physical and sport activity in the context of gender, environment and level of obesity. V 10th Annual Congress of the European College of Sport Science (str. 204), July 13–16, 2005, Belgrade.
145. Pišot, R., & Fras, Z. (2005). Some characteristics of the health enhancing motor/sports activity behaviors in the slovene population. V D. Milanović, & F. Prot (Eds.), *4th International Scientific Conference on Kinesiology, Opatija, Croatia, September 7-11, 2005*. Science and Profession - Challenge for the future : Proceedings book. [Elektronska izd.]. Zagreb: Faculty of Kinesiology, University of Zagreb.
146. Pišot, R., & Kropej, V. L. (2005). Relations between physical activity, life style and life quality indices of children and youth. V J. Novotný (Ur.), *Sport a kvalita života: sborník článků a abstrakt mezinárodní konference konané 10.–11.11.2005 v Brně*: proceedings of articles and abstracts of International conference 10–11 November 2005 in Brno (str. 1-16). Brno: Masarykova univerzita.
147. Pišot, R., Jelovčan, G., Černuta, U., Stankovič, D., Črtanec, A., & Žerjal, I. (2003). Predstavitev raziskovalnega projekta »Krepimo zdravje z gibanjem na prostem«. *Vzgojiteljica*, 5(4), 22–25.
148. Pišot R., Juriševič M, & Završnik J. (2002). Gibalno/športna aktivnost za zdravje ter samopodoba otrok in mladine ter njihov vpliv na spremembo vedenjskega sloga. V H. Berčič (Ur.), *Zbornik Slovenskega kongresa športne rekreacije: prispevki in povzetki poročil, strokovnih predavanj in predstavitev 3. slovenskega kongresa športne rekreacije, z mednarodno udeležbo* (str. 48–53). Športna unija Slovenije.
149. Pišot, R., & Završnik, J. (2001). Gibalno/športna aktivnost v otroštvu - osnova za oblikovanje zdravega življenjskega sloga. V H. Berčič (Ur.), *Zbornik Slovenskega kongresa športne rekreacije: prispevki in povzetki poročil, strokovnih predavanj in predstavitev 2. slovenskega kongresa športne rekreacije, z mednarodno udeležbo* (str. 21–24). Ljubljana: Športna unija Slovenije.
150. Planinšec, J., Fošnarič, S., & Pišot, R. (2004). Physical self-concept and physical exercise in children. *Stud. psychol.*, 46(2), 89–95.
151. Plomin, R. (1996). Nature and nurture. V M. R. Merrens, & G. G. Brannigan (Eds.), *The developmental psychologist: Research adventures across the life span* (str. 3-19). New York: McGraw-Hill.
152. Plomin, R. (1990). *Nature and nurture: An introduction to human behavioral genetics*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

153. Plomin, R., & DeFries, J. C. (1999). The genetics of cognitive abilities and disabilities. V S.J. Ceci, & W. M. Williams (Eds.), *The nature nurture debate: The essential readings* (str. 178–195). Malden, MA: Blackwell.
154. Plomin, R., Owen, M. J., & McGuffin, P. (1994). The genetic basis of complex human behaviors. *Science*, *264*, 1733–1739.
155. Plomin, R., Chipuer, H. M., & Neiderhiser, J. M. (1994). Behavioral genetic evidence for the importance of nonshared environment. V E. M. Hetherington, D. Reiss, & R. Plomin (Eds.), *Separate social worlds of siblings: The impact of nonshared environment on development* (str. 1-31). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
156. Plomin, R., & Daniels, D. (1987). Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences*, *10*, 1–60.
157. Podkrajšek, D., & Uršič, S. (2005). *Prehranske navade najstnikov*. Pridobljeno 2. 1. 2006 s svetovnega spleta: <http://www.tosemjaz.net/clanki/index.php?TE=3&CL=4&ST=0&PO=3>.
158. Pogelšek, V. (2006). *Prehranske navade in športna aktivnost predšolskih otrok*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
159. Preece, M. A., Freeman, J. V., & Cole, T. J. (1996). Sex differences in weight in infancy. *BMJ*, *313*, 1486.
160. Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (1999). Genetic and environmental influences on alcohol and tobacco dependence among women. V J. B. Fertig, & J. P. Allen (Eds.), *Alcohol and tobacco: From Basic Science to Clinical Practice*. NIAAA Research monograph No.30. NIH Publication No. 9-3931. (str. 59–87). Bethesda, MD: the Institute, 1995.
161. Quittner, A. L., & Oipari, L. C. (1994). Differential treatment of siblings: Interview and diary analyses comparing two family contexts. *Child Development*, *65*, 800–814.
162. Razboršek, V., & Krištof, M. (1988). *Kaj vem o alkoholizmu in drugih zasvojenostih*. Ljubljana: Delavska enotnost.
163. Reasoner, R. W. (1999). *Kako krepiti osebnost svojega otroka*. Ljubljana: Inštitut za razvijanje osebne kakovosti.
164. Reich, P. A. (1986). *Language development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
165. Reiss, D. (1997). Mechanisms linking genetic and social influences in adolescent development: Beginning a collaborative search. *Current Directions in Psychological Science*, *6*, 100–105.
166. Renner, T., & Švab, A. (1996). Družinski status. V M. Nastran Ule (Ur.), *Mladina v devedesetih. Analiza stanja v Sloveniji*, (str. 41-67). Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
167. Roberts, A. J., McDonald, J. S., Heyser, C. J., Kieffer, B. L., Matthes, H. W. D., Koob, G. F., & Gold, L. H. (2000). μ - Opioid receptor knockout mice do not self-administer alcohol. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* *293*(3), 1002–1008.

168. Rogoff, B., Mistry, J., Göncü, A., & Mosier, C. (1993). Guided participation in cultural activity by toddlers and caregivers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58 (8, št. 236).
169. Rowe, D. C. (1994). *The limits of family influence: Genes, experience, and behavior*. New York: Guilford Press.
170. Rowe, D. C., Chassin, L., Presson, C. C., Edwards, D., & Sherman, S. J. (1992). An "epidemic" model of adolescent cigarette smoking. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 261–285.
171. Rowland, T. W. (1990). *Exercise and Children*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
172. Rugelj, J. (2000). *Pot samouresničevanja*. Ljubljana: samozaložba Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski.
173. Sansone, C., & Berg, C. A. (1993). Adapting to the environment across the life span: Different processes or different inputs? *International Journal of Behavioral Development*, 16, 215–241.
174. Scarr, S. (1992). Developmental theories for the 1990s: Development and individual differences. *Child Development*, 63, 1–19.
175. Scarr, S., & McCartney, K. (1983). How people make their own environments: A theory of genotype-environment effects. *Child Development*, 54, 424–435.
176. Schlegel, A., & Barry, H. III. (1991). *Adolescence: An anthropological inquiry*. New York: Free Press.
177. Schofield, J. W. (1981). Complementary and conflicting identities: Images and interaction in an interracial school. V S. R. Asher, & J. M. Gottman (Eds.), *The development of children's friendships* (str. 53–90). Cambridge, England: Cambridge University Press.
178. Shippenberg, T. S., Chefer, V. I., Zapata, A., & Heidbreder, C. A. (2001). Modulation of the behavioral and neurochemical effects of psychostimulants by (Kappa)-Opioid receptor systems. *Annals of the New York Academy of Sciences. The Biological Basis of Cocaine Addiction*, 937, 50–73.
179. Shonkoff, J. (Ur.), & Phillips, D. (Ur.) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
180. Shore, R. (1997). *Rethinking the Brain – New Insights into Early Development*. Families and Work Institute, New York.
181. *Sistematični pregledi predšolskih in šolskih otrok* (2005). Pridobljeno 2. 1. 2006 s svetovnega spleta: <http://www.list.si/spec4.htm> .
182. Sentočnik, J. T. (2004). Telesne spremembe pri motnjah hranjenja. *Vita. Strokovna zdravstveno vzgojna revija*. Medico Sentočnik d.o.o., Ljubljana. Pridobljeno 30. 4. 2005 s svetovnega spleta: http://www.revija-vita.com/Vita_40/Telesne_spremembe_pri_motnjah_/telesne_spremembe_pri_motnjah_.html .

183. Starman, A. (2006). *Vpliv športne dejavnosti in prehranskih navad v otroštvu na prekomerno telesno težo in način življenja v odraslem obdobju*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
184. Stergar, E. (2003). *Povzetek ugotovitev ESPAD 2003*. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.
185. Stergar, E. (2004). (Ne)kajenje med mladimi je velik problem. *Vita. Strokovna zdravstveno vzgojna revija*. Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno 30. 4. 2005 s svetovnega spleta: http://www.revija-vita.com/Vita_43/Ne_kajenje_med_mladimi_je_vel/ne_kajenje_med_mladimi_je_vel.html.
186. Stergar, E. (2002). *Obnašanje v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju, HBSC Slovenija*. Raziskovalni podatki, Inštitut za varovanje zdravja RS.
187. Stergar, E., & Urdih Lazar, T. (2005). Pripravljenost delodajalcev na izvajanje programov promocije zdravja in njihov odnos do zdravja. *Sanitas et labor*; 4(1):135–167.
188. Steinberg, L., Dornbusch, S. M., & Brown, B. B. (1992). Ethnic differences in adolescent achievement: An ecological perspective. *American Psychologist*, 47, 723–729.
189. Sternad, D.M. (2005). *Kaj je alkoholizem!?* Pridobljeno 30. 4. 2005 s svetovnega spleta: http://24ur.com/bin/experts.php?esection_id=51&expert=dragicas&q_id=18874.
190. Straus, M. A., & Paschal, M. J. (1999). *Corporal punishment by mothers and children's cognitive development: A longitudinal study of two age cohorts*. University of New Hampshire, Durham, NH.
191. Sterl, J., Završnik, J., Pišot, R., Zurc, J. & Kropej, V. L. (2005). Ocena gibalne/športne aktivnosti ter zdravja otrok in mladostnikov. V J. Završnik, & R. Pišot (Eds.), *Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov*, (str. 31–89). Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.
192. Strel, J., Kovač, M., Jurak, G., Starc, G., Bučar, M., Emberšič, D. et al. (2004). *Analiza razvojnih trendov motoričnih sposobnosti in morfoloških značilnosti ter povezav obeh z drugimi bio-psiho-socialnimi razsežnostmi slovenskih otrok in mladine med 6. - 18. letom v obdobju 1970 - 1983 - 1993 - 2003*. Delno raziskovalno poročilo. V tisku.
193. Strel, J., Kovač, M., Rogelj, A., Leskošek, B., Jurak, G., Starc, G., Majerič, M., Kolenc, M., Kovač, M. (Ur.), & Starc, G. (Ur.). (2003). *Ovrednotenje spremljave gibalnega in telesnega razvoja otrok in mladine v šolskem letu 2001 - 2002 in primerjava nekaterih parametrov športnovzgojnega kartona s šolskim letom 2000 – 2001 ter z obdobjem 1990 – 2000*. Zavod za šport Slovenije.
194. Šturm, J., & Strel, J. (1985). *Primerjava nekaterih motoričnih in morfoloških parametrov v osnovnih šolah SR Slovenije v obdobju 1970/71–83*. Zaključno poročilo. Ljubljana: FTK, Inštitut za kineziologijo.

195. Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
196. Tomori, M. (2005). Psihološki dejavniki prehranjevanja v mladostniškem obdobju. V S. Kostanjevec, & G. Torkar (Eds.), *Zdrav življenski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje* (str. 18–24). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
197. Trost, S. G., Kerr, L. M., Ward, D. S., & Pate, R. R. (2001). Physical Activity and Determinants of Physical Activity in Obese and Non-Obese Children. *International Journal of Obesity*, 25, 822–829.
198. Tušak, M., & Faganel, M. (2004). *Jaz-Športnik. Samopodoba in identiteta športnikov*. Ljubljana: Fakulteta za šport.
199. Umek, L. M., & Svetina, M. (2004). Spoznavni in govorni razvoj v srednjem in poznem otroštvu. V L. M. Umek, & M. Zupančič (Eds.), *Razvojna psihologija* (str. 408). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
200. US Dept of Health and Human Services. (1991). *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington, D.C.: US Dept of Health and Human Services;. DHHS publication PHS 91–50212.
201. Valenzuela, C. F. (1997). Alcohol and neurotransmitter interactions. *Alcohol Health & Research World* 21 (1).
202. Videmšek, M., Karpljuk, D., & Debeljak, D. (2000). Sport activities and the smoking habits of 14 year old male and female. *International journal of physical education*, 1st quarter, 37 (1), 29–34.
203. Videmšek, M., Rešetar, V., Karpljuk, D., Štihec, J., Kondrič, M., & Furjan-Mandić, G. (2002). Smoking habits and sport. V D. Milanović, & F. Prot (Eds.). 3rd International scientific conference Kinesiology new perspectives, Opatija, Croatia, september 25-29, proceedings book. Kinesiology: new perspectives: proceedings book (str. 175–178). Zagreb: Faculty of kinesiology, University of Zagreb.
204. Videmšek, M., Štihec, J., Karpljuk, D., & Debeljak, D. (2003). Sport activities and smoking habits among the youth in Slovenia. *Acta Univ. Palacki. Olomuc., Gymnica*, 33 (2), 23–28.
205. Videmšek, M., Videmšek, P., Štihec, J., & Karpljuk, D. (2004). Sports activity and eating habits of 14 year-old male and female pupils = Športna dejavnost in prehranske navade štirinajstletnih deklic in dečkov. *Kinesiologia Slovenica*, 10(2), 65–77.
206. Videmšek, M., Skubic, M., Karpljuk, D., & Štihec, J. (2006). Correlation Between Sport Activity And Drug -Taking Among 14 Year-Old Primary School Male And Female Pupils In Slovenia. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 36(1), 7-14.
207. Videmšek, M., Pogelšek, V., Štihec, J., & Karpljuk, D. (2006). Športna dejavnost in prehranske navade pri predšolskih otrocih in njihovih starših. V: R. Pišot, V. L. Kroje, J. Zurc, T. Volmut, & A. Obid (Eds.). 4th International Symposium Child

- in Motion, Portorož, Slovenia, proceedings book (str. 203). Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.
208. Watson, J. (1980). *The Double Helix: A Personal Account of the Discovery of the Structure of DNA*. New York: Atheneum.
209. Wilson, D. B., Smith, B. N., Speizer, I. S., Bean, M. K., Mitchell, K. S., Uguay, L. S., & Fries, E. A. (2005). Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Preventive Medicine, 40*(6), 872–879.
210. Zaletel, M. (2006). *Zdravje in bolezni*. Pridobljeno 27. 1. 2006 s svetovnega spleta: <http://www.vsz.uni-lj.si/~zn/zal-zdravje.htm>.
211. Zavod Med.Over.Net. (2005). *Prehrana- vir zdravja*. Pridobljeno 10. 8. 2005 s svetovnega spleta: http://med.over.net/literatura/knjiga_prehrana_vir_zdravja/stran_63_118.htm.
212. Zavod za zdravstveno varstvo Kranj. (2005). *31. maj 2003: svetovni dan brez tobaka*. Pridobljeno 11. 8. 2005 s svetovnega spleta: http://www.gov.si/zzvkr/dejavnosti_zdravstvena_vzgoja_zdr_aktivnosti.htm#brez_tobaka.
213. Završnik, J., & Pišot, R. (2005). *Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov*. Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave.
214. Zukow, P. G. (1989). Siblings as effective socializing agents: Evidence from Central Mexico. V P. G. Zukow (Ur.), *Sibling interaction across cultures: Theoretical and methodological issues* (str. 79–104). New York: Springer-Verlag.
215. Zupančič, M. (2004). Opredelitev razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu. V L. M. Umek, & M. Zupančič (Eds.), *Razvojna psihologija* (str. 511). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
216. Zupančič, M. (2004a). Čustveni in osebnostni razvoj v mladostništvu. V L. M. Umek, & M. Zupančič (Eds.), *Razvojna psihologija* (str. 546). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
217. Zupančič, M., & Svetina, M. (2004). Spoznavni razvoj v mladostništvu. V L. M. Umek, & M. Zupančič (Eds.), *Razvojna psihologija* (str. 525). Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
218. Zupančič, M., & Justin, J. (1998). The Slovene model of sports classes in grammar schools: Psychological and educational point of view. *Educational Research and Evaluation, 4*(1), 42–56.
219. Zorc, J., Pišot, R., & Žerjal I. (2006). Prostočasna gibalna/športna aktivnost otrok in njihovih staršev. V Pišot, R., Šimunič, B. (Eds.), *Vloga biomehanskih lastnosti skeletnih mišic v gibalnem razvoju otrok*. Koper: Založba Annales, Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave (v tisku).

220. Zirc, J. (2001). *Relacije med izvenšolskim ukvarjanjem s športom in učnim uspehom učencev in učenk osnovnih šol v gorenjski regiji*: Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, Oddelek za razredni pouk.
221. Z zdravjem povezan življenjski slog. (2004). Ljubljana: Cindi Slovenija. Pridobljeno 4. 1. 2006 s svetovnega spleta: <http://www.cindi-slovenija.net/raziskave>.

10 Viri

1. Geodetska uprava Republike Slovenije, 2006. Podatki naselij.
2. Statistični urad RS, 2004. Statistični letopis Republike Slovenije.
3. World health organization (2002). The world health report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life.

GIBALNA/ŠPORTNA AKTIVNOST ZA ZDRAVJE

I. SPLOŠNI DEL (izpolnjuje anketar)

ID OPAZOVANCA

SPLOŠNI PODATKI

1. ID koda
2. **Spol**
 1. moški
 2. ženski
3. **Leto rojstva**
— — — —

4. **Živim s starši**
 1. da
 2. ne

V kolikor si na zgornje vprašanje odgovoril/a pritrdilno, naslednji dve vprašanji izpusti.

5. **Živim z očetom (obkroži)**
6. **Živim z mamo (obkroži)**
7. **Število otrok v družini**
 1. sem sam
 2. sva dva
 3. smo trije
 4. smo štirje
 5. smo več kot štirje
8. **V kakšni krajevni skupnosti živiš?**
 1. mestni
 2. primestni
 3. vaški
9. **Ali imate lastno hišo ?**
 1. da
 2. ne

KAJENJE V OTROKOVEM OKOLJU

10. **Ali kadiš?**
 1. ne kadim
 2. občasno
 3. redno
11. **Ali doma kdo kadi?**
 1. da
 2. ne

ALKOHOL

12. **Ali si že poizkusil katero od alkoholnih pijač (pivo, vino ali žgane pijače)?**
1. da
2. ne

V kolikor si na zgornje vprašanje odgovoril negativno, naslednji dve vprašanji izpusti!

13. **Ako da, kako redno uživaš alkoholne pijače?**
1. sem samo poizkusil
2. ob koncu tedna
3. vsak dan
14. **Ako da, pijem alkoholne pijače**
1. pijem sam
2. s prijatelji
3. v družinskem okolju

MAMILA

15. **Ali si že kdaj poskusil katero od drog (marihuana, hašiš, kokain, extazy...)**
1. ne
2. da, enkrat
3. da, večkrat

GIBALNA/ŠPORTNA AKTIVNOST

16. **Koliko ur dnevno preživiš v šoli?**

Število ur _____

17. **Koliko ur dnevno presediš izven šole (pri učenju, gledanju televizije, pred računalnikom, na tečajih ipd.)?**

- A. med tednom (od ponedeljka do petka): _____ ur
B. med vikendom (v soboto in nedeljo): _____ ur

18. **Povprečno koliko minut dnevno porabiš za:**

Gibalne/športne aktivnosti	minut skupaj na dan
hoja	
kolesarjenje	
rolanje, rolkanje	
tek	
druge gibalne/športne aktivnosti	

19. Gibalna/športna aktivnost in sedenje pri premikanju iz kraja v kraj v zadnjem tednu

Ta skupina vprašanj se nanaša na gibalno/športno aktivnost, povezano s premikanjem iz kraja v kraj, vključno s potjo v šolo, trgovino, v kino, na trening in podobno...

Koliko si:	dni v zadnjem tednu (obkroži)	minut skupaj na enega izmed dni (če si obkrožil 0 dni, izpusti ta odgovor)
potoval z motornimi prevoznimi sredstvi (kot na primer z vlakom, avtobusom, osebnim vozilom, motorjem in podobno)	0 1 2 3 4 5 6 7	_____minut
kolesaril najmanj 10 minut naenkrat (upoštevaj le kolesarjenje za pot v šolo in iz nje, ali za premikanje iz enega mesta na drugo)	0 1 2 3 4 5 6 7	_____minut
hodil najmanj 10 minut naenkrat (upoštevaj le hojo za pot v šolo in iz nje, ali za premikanje iz enega mesta na drugo)	0 1 2 3 4 5 6 7	_____minut

20. Gibalna/športna aktivnost v prostem času v zadnjem tednu

Ta skupina vprašanj se nanaša izključno na gibalno/športno aktivnost v prostem času - rekreacijo, športno udejstvovanje, treniranje.

Koliko si: (misli samo na tisto dejavnost, ki si jo izvajal najmanj 10 minut skupaj)	dni v zadnjem tednu (obkroži)	minut skupaj na enega izmed dni (če si obkrožil 0 dni, izpusti ta odgovor)
bil intenzivno gibalno/športno aktiven* (kot na primer: pri treningu, teku, hitrem kolesarjenju, hitrem plavanju, aerobiki ipd.)	0 1 2 3 4 5 6 7	_____minut
bil zmerno gibalno/športno aktiven** (kot na primer pri zmerno hitrem kolesarjenju, plavanju ipd.)	0 1 2 3 4 5 6 7	_____minut
hodil (na primer sprehod v prostem času)	0 1 2 3 4 5 6 7	_____minut

* **Intenzivna gibalna/športna aktivnost** pomeni hud telesni napor, ki te prisili, da dihaš precej težje kot normalno (si precej bolj zadihan)

** **Zmerna gibalna/športna aktivnost** pomeni zmerni telesni napor, ki te prisili, da dihaš nekoliko težje kot normalno (si nekoliko bolj zadihan)

21. Koliko ur šolske športne vzgoje imaš tedensko?

Število ur: _____

22. Prosimo, če nam poveš, kje in v kakšnih oblikah si gibalno/športno aktiven? (obkroži številko v vsaki vrsti):

	pogosto	včasih	nikoli
doma – vadim sam	1	2	3
z družino	1	2	3
s prijatelji	1	2	3
v šoli	1	2	3
organizirano v klubu, društvu	1	2	3

23. Gibalno/športno aktiven sem (možnih je več odgovorov):

1. zaradi izgleda svoje postave
2. zaradi zabave, razvedrila in sprostitve
3. zaradi zdravja in počutja
4. zaradi zdravljenja bolezni, ki so pogojene z gibalno/športno neaktivnostjo
5. zaradi druženja s prijatelji
6. sem aktiven športnik
7. da bom vse življenje v dobri telesni kondiciji
8. ker so gibalno/športno aktivni tudi moji starši

24. Kaj počneš v prostem času in kako pogosto? (obkroži številko v vsaki vrsti):

Ta sklop vprašanj se nanaša na čas, ki ti ostane po šoli in po opravljenih šolskih obveznostih.

AKTIVNOST	pogosto	včasih	nikoli
ukvarjam se s športom	1	2	3

SKRB ZA ZDRAVJE

25. Ali meniš, da za svoje zdravje skrbiš:

1. zelo dobro
2. kar dobro
3. bolj malo, premalo
4. skoraj nič
5. ne vem, kaj bi rekel

KORIŠČENJE ZDRAVSTVENIH STORITEV, SVETOVANJA, INFORMIRANOST

26. Koliko dni si bil/a v zadnjem letu (12-ih mesecih) zaradi bolezni ali poškodbe odsoten/a iz šole?

(Če se ne spomniš točno, prosimo napiši približno število dni.)

— — — dni

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA ŠPORT

VERONIKA L. KROPEJ

**POVEZANOST GIBALNE/ŠPORTNE AKTIVNOSTI OTROK Z
IZBRANIMI DEJAVNIKI ZDRAVEGA NAČINA ŽIVLJENJA
DOKTORSKA DISERTACIJA**

Mentorica: izr. prof. dr. Mateja Videmšek

Somentor: izr. prof. dr. Rado Pišot

Lektorica:

Saša Babič

Prevod povzetka v angleški jezik:

Nives Sulič Dular

Statistična obdelava podatkov:

Veronika L. Kropelj

Računalniško urejanje, grafična ureditev, izpis:

Veronika L. Kropelj

Doktorska disertacija je nastala v okviru širšega raziskovalnega projekta z naslovom Gibalna/športna aktivnost za zdravje, pod vodstvom mag. Jerneja Završnika, dr. med., sofinanciranega s strani Ministrstva za zdravje in Ministrstva za šolstvo.

Vsem vključenim,
otrokom in njihovim staršem, učiteljem in ravnateljem,
merilcem in raziskovalcem se za sodelovanje
iskreno zahvaljujem.