

Z D R A V S T V E N O

VARSTVO

ZDRAV VAR 2002 • LETNIK 41 • ŠTEVILKA 1–2

SVETOVNI DAN ZDRAVJA
GIBANJE ZA ZDRAVJE



IVZ RS

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

Glavna urednica/Editor-in-Chief:

Tanja Urdih Lazar

Odgovorna urednica/Editor in Chief:

Metka Macarol-Hiti

Uredniški svet/Editorial Council:

Dunja Piškur-Kosmač (predsednica), Ivan Eržen, Dominik Komadina, Milan Krek, Nina Mazi, Dražigost Pokorn, Marjan Premik, Janez Strajnar, Jože Šamu, Majda Šlajmer-Japelj

Uredniški odbor/Editorial Board:

Alenka Kraigher (predsednica), Maruša Adamič, Tit Albreht, Nataša Klun, Mladen Markota, Igor Švab

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:

Jože Faganel

Lektor za angleščino/Reader for English:

Dalja Sever-Jurca

UDK gesla in deskriptorji/UDC and Descriptors:

Tatjana Berger

Tajnica uredništva/Secretary of the Editorial Office:

Marija Bahun

Naslov uredništva/Adress of the Editorial Office:

Zdravstveno varstvo, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, p. p. 260, tel. 01/244 14 35

Tekoči račun/Current Account: 50100-603-41773(ZdravVar)

Zdravstveno varstvo izhaja praviloma šestkrat letno v nakladi 1000 izvodov. Naročnino zaračunavamo z računom za predplačilo v začetku leta. Za delovne organizacije znaša letna naročnina 8500 SIT. V ceno je vključen davek na dodano vrednost. Letna naročnina za tujino je 48 EUR. Upoštevamo le pisne odpovedi do 1. decembra za naslednje leto. Vsako spremembo naslova sporočite uredništvu pravočasno.

Gradivo navaja predvsem poglede avtorjev, za katere ni nujno, da se ujemajo z načelnimi stališči stroke oziroma uredniškega odbora.

Likovna oprema ovitka: Jurij Kocbek

Stavek in tisk: Littera picta d. o. o., Ljubljana

UVODNIK

Jožica Maučec Zakotnik
Telesna dejavnost v funkciji zdravja (1)

ČLANKI

Herman Berčič
Gibalna/športna dejavnost v funkciji zdravja in kakovosti življenja prebivalcev Slovenije (3)

Rado Pišot, Jernej Završnik
Z gibanjem do zdravja - od otroka do starostnika (12)

Iztok Retar, Marko Kolenc
Razgibajmo življenje in ohranimo zdravje (16)

Zlatko Fras
Telesna dejavnost - varovalni dejavnik za zdravje srca in ožilja (20)

Zlatko Fras
Predpisovanje telesne aktivnosti za preprečevanje bolezni srca in ožilja (27)

Radko Komadina, Mateja Rok Simon
Desetletje gibal 2000-2010 (35)

Metka Teržan
Bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva v povezavi z obremenitvami v posameznih gospodarskih dejavnostih (38)

Martina Horvat, Viktor Zrim
Analiza rezultatov preizkusa hoje na dva kilometra zaposlenih v Zdravstvenem domu Murska Sobota (44)

Đurđa Sima, Divna Eržen
Gibalne dejavnosti medicinskih sester v Sloveniji (49)

PISMO UREDNIŠTVU (55)

IZKUŠNJE IN POBUDE (64)

OBVESTILA (69)

ABECEDNO KAZALO PO AVTORJIH - Zdravstveno varstvo 2001 (71)

PRILOGA: ZDRAVSTVENA KULTURA št. 39 (77)
 Svetovni dan zdravja - 7. april 2002



500203031

V tej številki revije članki zaradi časovne stiske izjemoma niso recenzirani.

Zdrav Var 2002; 41; 1-2

uvodnik

TELESNA DEJAVNOST V FUNKCIJI ZDRAVJA

Jožica Maučec Zakotnik

Telesna dejavnost, ki krepi zdravje (TDKZ, Health-enhancing physical activity – HEPA), je koncept, ki so ga razvili nedavno tega ob novih spoznanjih o učinkih telesne dejavnosti na zdravje. V devetdesetih letih je spoznanje, da telesna dejavnost pomembno vpliva na izboljšanje zdravja, postalo tako prepričljivo, da je dandanes v mnogih državah telesna dejavnost splošno sprejet dejavnik, ki krepi zdravje.

Svetovna zdravstvena organizacija je za temo letošnjega svetovnega dneva zdravja izbrala prav slogan **“gibanje za zdravje”**.

Z izbiro teme Svetovna zdravstvena organizacija poudarja vlogo in pomen preventivnih dejavnosti ter izbire zdravega življenjskega sloga za zdravstveno stanje in počutje ljudi na vseh celinah.

Kronične nenalezljive bolezni so postale najpomembnejši vzrok obolevnosti in umrljivosti v razvitem svetu, v nerazvitem svetu pa so se v pomembnem odstotku pridružile znanim boleznim revščine in pomanjkanja. Poleg kajenja in nezdrave prehrane je telesna nedejavnost najpomembnejši preprečljivi dejavnik tveganja za prezgodnjo obolevnost in smrtnost zaradi teh bolezni.

Naj navedem nekaj dejstev. Redna telesna dejavnost:

- zmanjšuje tveganje za smrtnost zaradi bolezni srca in ožilja,
- zmanjšuje tveganje za pojav srčno-žilnih bolezni, diabetesa tipa 2 in raka debelega črevesa,
- zmanjšuje tveganje oziroma preprečuje pojav zvišanega krvnega tlaka,
- pomaga pri vzdrževanju telesne teže in zmanjšuje pojav osteoporoze,
- zmanjšuje stres, anksioznost in simptome depresivnosti,
- zvišuje funkcionalno kapaciteto posameznikov in jim pomaga živeti neodvisno samostojno življenje tudi v starosti,
- ob redni telesni dejavnosti ljudje krepijo socialne stike in so bolj vključeni v družbo in okolje, kjer živijo.

Redna telesna dejavnost je eden od najlažjih in najprijetnejših načinov varovanja in krepitve lastnega zdravja. Redna telesna dejavnost koristi vsem generacijam. Potrebujejo jo otroci in mladostniki za zdrav razvoj, pomaga starostnikom, da bi dlje ostali samostojni in gibljivi. Redna telesna aktivnost je priporočljiva za ljudi s posebnimi potrebami in motnjami v razvoju.

30 minut zmerne telesne dejavnosti vsak dan pomembno zmanjša tveganje za številne kronične bolezni ter pripomore k boljšemu zdravju in počutju. To pomeni za (pre)zaposlene tudi sprehod v razdalji dveh postajališč mestnega prometa ali uporaba kolesa kot prevoznega sredstva do delovnega mesta ali uporaba stopnic namesto dvigala.

Redna telesna dejavnost ima tudi številne druge bolj posredne učinke na zdravje. Lahko vpliva na nižjo stopnjo nasilja med mladimi, pripomore k izbiri življenjskega sloga brez tobaka in pomaga zmanjševati nekatera druga tvegana obnašanja, kot je na primer uporaba ilegalnih drog. Zmanjšuje občutja izoliranosti in osamljenosti pri starejših ter izboljša njihovo telesno in duševno gibčnost.

Sedeči življenjski slog je postal prevladujoč v številnih deželah, tudi v srednje razvitih in nerazvitih. Breme kroničnih nenalezljivih bolezni je prav tam največje. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da gre 2 milijona smrti na leto pripisati dejstvu, da so ljudje premalo telesno aktivni. Breme obolevnosti in prezgodnje umrljivosti pa pomeni tudi pomembno ekonomsko breme za vse družbe. Čeprav so preventivne dejavnosti dokazano učinkovite na dolgi rok, pa večina držav še vedno le v simboličnih zneskih vlaga v preventivo, v osveščanje prebivalstva o koristih, ki jih imajo zaradi zdravega življenjskega sloga in redne telesne dejavnosti.

Eden od ciljev svetovnega dneva zdravja je, da bi dvignili zavest o pomenu vlaganja v preventivne dejavnosti in njihovih dolgoročnih učinkih na zdravje ljudi. Preventivne dejavnosti največkrat niso prioriteta pri tistih, ki odločajo.

Poleg obveščenosti in osveščenosti pa ljudje potrebujejo tudi razmere, ki jim redno telesno dejavnost kar čim bolj približajo. To pomeni zagotavljanje čistega okolja, dovolj zelenih in rekreativnih površin v mestih, varnih kolesarskih poti in zagotavljanje splošnega občutja varnosti. Vse to mora biti dostopno in prilagojeno vsem starostnim skupinam prebivalstva, vključno z ljudmi s posebnimi potrebami.

Sredi leta 2001 smo na Ministrstvu za zdravje ustanovili projektno skupino za izdelavo nacionalne strategije za promocijo TDKZ. Projektna skupina se v strategiji dotika promocije zdravja s telesno dejavnostjo v različnih starostnih skupinah in različnih bivalnih, delovnih in socialnih okoljih.

V strategiji ugotavljamo, da je večina slovenskega prebivalstva telesno premalo aktivna. S povečanjem telesne dejavnosti bi pomembno izboljšali zdravje in dobro počutje prebivalcev kakor tudi preprečili pojav in pogostost kroničnih bolezni. Strategija poudarja ugoden učinek telesne dejavnosti v vseh življenjskih fazah in cilja na neaktivni del prebivalstva s promocijskimi dejavnostmi. Da bi dosegli čimveč prebivalcev, se ne omejuje le na šport in rekreacijo, ampak poudarja enostavno telesno dejavnost kot del vsakodnevnega življenja v službi in doma, med transportom in v prostem času.

Strategija pokriva različne ciljne skupine in področja, javne in prostovoljne akcije kakor tudi raziskave in financiranje. V strategiji je poudarjeno, da je posebej pomembno zagotoviti aktivnosti TDKZ za otroke in starejše prebivalstvo. Potrebno je razviti možnosti za skupno aktivnost družin. Pri prostorskem planiranju, načrtovanju prometa in javnega transporta ter usmeritvah za gradnjo je potrebno zagotoviti varne, priročne in privlačne poti za hojo in vožnjo s kolesom. Pri gradnji športnih objektov je

potrebno dati prednost manjšim objektom za igranje, igro in proste aktivnosti v bližini naselij, kjer ljudje živijo.

Občine in krajevne skupnosti imajo ključno vlogo za zagotavljanje možnosti za TDKZ. V strategiji predlagamo, da naj bo TDKZ integrirana v celotno zdravstveno strategijo vsake občine. Zdravstvene in športne oblasti so ključni dejavniki za zagon in uresničevanje takih strategij, vendar morajo pri promociji TDKZ sodelovati tudi predstavniki mladih, javnega in zasebnega sektorja, transportnih podjetij in okolja. Predlagamo tesno sodelovanje med nevladnimi organizacijami s področja športa, javnega zdravstva in drugih za oblikovanje učinkovitih lokalnih mrež za TDKZ.

Usmerjanje in spremljanje strateških usmeritev na področju promocije TDKZ bo zagotovila raziskovalna skupina iz naslova ciljnih raziskovalnih projektov (CRP-ov). Projektna skupina za oblikovanje Nacionalne strategije promocije zdravja s TDKZ pri Ministrstvu za zdravje bo na osnovi izsledkov CRP-a in spremljanja promocijskih aktivnosti na različnih področjih koordinirala dela različnih teles, podajala iniciative in predloge za nacionalni razvoj TDKZ, stimulirala, podpirala in iskala finančne vire za razvojne projekte in programe. Nacionalna strategija promocije zdravja s TDKZ bo predstavljena vladi in državnemu zboru.

Minister za zdravje prof. dr. Dušan Keber pravi: »Naše prebivalstvo se stara in lahko pričakujemo nadaljnje višanje stroškov za zdravstveno varstvo. Redna telesna dejavnost pripomore k boljšemu zdravstvenemu stanju ljudi in je ena od poti za ohranjanje funkcionalnih sposobnosti ljudi tudi v pozni starosti. Naložbe v promocijo TDKZ so skromne v luči pričakanega prihranka«.

GIBALNA/ŠPORTNA DEJAVNOST V FUNKCIJI ZDRAVJA IN KAKOVOSTI ŽIVLJENJA PREBIVALCEV SLOVENIJE

Herman Berčič

UDK/UDC: 379.83(497.4):614

DESKRIPTORJI: gibalna aktivnost; promocija zdravja; kakovost življenja; Slovenija

IZVLEČEK - Zaradi številnih pozitivnih in ugodnih učinkov danes vse bolj cenimo redno telesno dejavnost oz. gibalno/športno udejstvovanje prebivalstva, zlasti kot protiutež nesmiselno prehiteljavemu utripu življenja in mnogim stranpotem, ki jih izbirajo ljudje. Sistematično in zmerno telesno udejstvovanje krepi zdravje in pomaga ljudem ohraniti celovito biopsihosocialno ravnanje. Telesno gibanje oz. športnorekreativno udejstvovanje vse bolj postaja tudi pomembna sestavina kakovosti življenja sodobnega človeka. Telesno udejstvovanje je hkrati sproščujoče, doživljajsko bogati in človeku pomaga ustvarjati notranjo harmonijo in harmonijo z njegovim ožji in širši zunanjim okoljem. Prve gibalne in mnoge druge izkušnje mora dobiti otrok v procesu zorenja v družini, jih razširiti in obogatiti v šoli ter z njimi oditi v življenje. Danes smo v določeni meri lahko zadovoljni s kakovostjo gibalno-športnega udejstvovanja prebivalcev Slovenije, ne pa tudi s številom ljudi, ki so redno telesno dejavni oz. se ukvarjajo z rekreativnim športom. Zato bo treba dvigniti ozaveščenost prebivalstva na tem področju na višjo raven.

1. Uvod

V sodobnem načinu življenja vse bolj poudarjamo pomen in vlogo rednega gibalnega/športnega udejstvovanja za zdravje ljudi in tudi to, koliko redno in sistematično športnorekreativno udejstvovanje lahko prispeva h kakovosti življenja prebivalcev Slovenije. Ljudem priporočamo zmerno telesno dejavnost in izbiro primerne gibalno-športne dejavnosti. Ob tovrstnem udejstvovanju naj se ne spogledujejo s tistimi, ki v okviru posameznih športov trenirajo za doseganje kar najboljših športnih dosežkov. V ospredju naj bo torej gibalna/športna dejavnost za zdravje in dobro počutje oz. rekreativni šport ali šport za vse kot strokovno opredeljujemo to področje človekovega udejstvovanja. Ta izsek udejstvovanja naj spremlja človeka vse od zgodnjega obdobja do pozne starosti. Gibalna/športna dejavnost (rekreativni vidik športa) oziroma njegov delež je v posameznih obdobjih človekovega življenja različen in skladen s posebnostmi in značilnostmi razvoja v otroštvu, adolescenci, mladeništvu, zrelosti, starosti in v pozni starosti. Dejstvo je, da se s športnorekreativnimi dejavnostmi lahko ukvarja vsak (od tod tudi pomenska različica "šport za vse") ne glede na starost, spol, poklic, socialni status, psihofizične sposobnosti in druge dejavnike. Pri tem je posebej pomembna tista komponenta gibalne/športne dejavnosti oz. športne rekreacije, ki naj bi bogatila kulturo in kakovost človekovega življenja. Kultura športne rekreacije pa sicer zahte-

SPORTS ACTIVITIES AS A FUNCTION OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN SLOVENE POPULATION

DESCRIPTORS: physical activities; health promotin; quality of life; Slovenia

ABSTRACT - Regular physical activity resp. participation in sports are more and more appreciated due to their numerous positive and favourable effects and especially as a counter-effect to the irrationally fast way of life and many devious paths people are choosing. Systematic and moderate physical activity strengthens the health and helps people maintain their integral biopsychosocial equilibrium. Physical activity resp. sports are also becoming an important component of the quality of life of the contemporary man. Physical activity is at the same time relaxing, full of positive experiences and helps the man create inner harmony and harmony with his closer and broader outer environment. Child must get his first experiences in physical activities and many others during the maturation process within the family, enrich them at school and then start his own life. We can be satisfied to a certain degree with the quality of physical activities of Slovene population, but not with the number of people that are physically active or participate in sports in a regular way. Therefore the awareness of the population in this domain should be raised on a higher level.

va ustrezno pripravo človeka in pridobitev gibalnih znanj in izkušenj v najbolj zgodnjem obdobju otroštva ter v obdobju šolanja, kar lahko dosežemo v družinskem okolju in s športno vzgojo v t. i. splošni športni šoli, ki se odvija v okviru športno-pedagoškega procesa. Pri ljudeh naj bi čimbolj spodbujali aktiven življenjski slog s številnimi gibalno-športnimi oziroma športnorekreativnimi dejavnostmi (pešačenje, kolesarjenje in druge telesne dejavnosti). Skladno s tem pa naj bi snovali in izgrajevali pripadajočo infrastrukturo (razpoložljive in varne peš poti, trimske steze, kolesarske steze in druge športne objekte).

2. Kakšen je in kakšen naj bi bil življenjski slog prebivalcev Slovenije

Način, kako danes ljudje in posamezniki živijo (tudi v Sloveniji), in poti, ki jih izbirajo v svojem življenju, kažejo na številna protislovja in neskladja. Ta neskladja se kažejo predvsem v odnosu do samih sebe, v odnosu do drugih in do življenjskega okolja, v katerem prebivajo.

Poudarimo naj, da današnji način življenja omogoča hitrejšo in učinkovitejšo povezovanje in komuniciranje, hkrati pa omejuje in ograjuje človeka ter ga veže v spono, tako da je vedno dlje od sožitja in povezanosti z naravo, vedno dlje od soljudi (čeprav jim je hkrati tako blizu) in tudi vedno dlje od udejstvo-

vanja v naravi in naravnega telesnega gibanja ter športnega udejstvovanja. To velja tudi za prebivalce Slovenije. Namesto tega današnji čas označuje nesmiselno prehitevanje utrip življenja in mnoge stranpoti. Kot pravi Topler (1), nam ne pomaga veliko, če nenehno hitimo (ali celo galopiramo), če ne gremo v pravo smer. Večkrat se izgovarjamo na izkušnje posameznika (in tudi zgodovinske izkušnje naroda), a kaj nam pomagajo izkušnje, če tako za posameznika (in večkrat tudi za narod) pridejo čisto prepozno. Kako si lahko drugače razlagamo dejstvo, da skoraj polovica prebivalcev Slovenije živi nezdravo, da se jih skoraj toliko ne ukvarja z nobenim športom in da je telesno nedejavnih preveč ljudi. In dalje, kako si lahko razlagamo drugače dejstvo, da v Sloveniji redno pije 48% odraslih oseb in da je s pitjem alkoholnih pijač ogroženih 35% odraslih moških in 11% žensk (2). Poleg navedenega je zaradi alkohola posredno ogroženih veliko slovenskih družin. Zdravniki in drugi strokovnjaki opozarjajo na zdravstveno ogroženost slovenskega prebivalstva, pri tem pa so nekateri še posebej kritični. V zvezi z vizijo razvoja slovenskega naroda in posameznika Rugelj opozarja, da "alkoholizem, narkomanija, požrešnost z debelostjo, zakajenost in zaležanost utegnejo usodno vplivati na obstoj našega naroda. Če k temu dodamo še vsesplošno odtujenost med ljudmi, s posledičnim pomanjkanjem vere v sočloveka, lahko vsaj zaslutimo progresivno poglobljanje temeljne tesnobe pri človeku, ki se odraža kot bivanjska praznosta, naveličanost in brezperspektivnost" (3).

To so pravzaprav temeljna vprašanja narodovega razvoja in tudi razvoja posameznika, ki bi se moral za hip ustaviti in se zazreti vase. Eno teh sprašuje po bistvu in smislu življenja sodobnega človeka, ki v nenehni tekmi s časom in razmahom potrošništva ter hlepenjem po materialnih dobrinah pozablja nase, na svoje duševno, telesno, čustveno, socialno in duhovno zdravje in ravnesje. To pa je med drugim moč pridobiti in ohranjati tudi z gibalno/športno dejavnostjo oz. s športno-rekreativnim udejstvovanjem.

Veliko avtorjev govori o zahtevah sodobnega časa in o vedno težjem prilagajanju posameznikov in skupin dnevnemu življenjskemu ritmu, kar velja tudi za prebivalstvo Slovenije. To prilagajanje pri mnogih spremljajo različne težave in konflikti, ki povzročajo številna negativna izkustva in travme.

Mnogo ljudi je v stanju večje ali manjše napetosti, tako telesne kot tudi čustvene in duševne (4). Tako stanje vodi v izgubo ravnesja, kar je prav nasprotno od tega, k čemur človek teži. S tem pa seveda pada tudi kakovost življenja. Nekateri so verjeli, da se bo kakovost našega življenja dvigala z rastjo porabniških dobrin in materialne blaginje. Vendar se to ni zgodilo. Materialna blaginja in blagostanje sta lahko osnova za kakovost življenja (kamor spada tudi telesna aktivnost oz. športnorekreativno udejstvovanje), ne moreta pa biti kakovost sama po sebi. Kakovost bivanja sodobnega človeka je namreč marsikaj drugega kot tisto, kar ponujajo sodobni industrialci in načrtovalci prostega časa. Še vedno je namreč premajhno število tistih, ki za prostoročasno dejavnostjo ponujajo bogatejše vsebine, med katere spadajo tudi gibalno-športne dejavnosti.

Izhod iz takega neugodnega stanja so številne dejavnosti, tako tiste, ki bogatijo telo in duha, kot tudi tiste, ki izboljšujejo našo doživljajsko izkušnjo in komunikacijsko sposobnost. Različne športne površine in objekti, naravne danosti z vso raznolikostjo omogočajo ljudem, da del svojega dinamičnega

ga ravnesja poiščejo tudi v rekreativnem športu. To pa je hkrati sestavina kakovosti življenja in prispevek k "razklenitvi" spon sodobnega sveta, v katere so vpeti današnji "homo faber", "homo economicus" in "homo computerus".

3. Zakaj naj bi se prebivalci Slovenije v vseh obdobjih življenja ukvarjali z gibalno-športnimi aktivnostmi?

Gotovo je to vprašanje, ki si ga v strokovnih krogih zastavljamo, vedno znova aktualno. Z vidika kakovosti življenja pa je pomembno tudi za življenje ljudi in za vse sloje prebivalstva Slovenije. Nekateri ljudje v rekreativnem športu namreč ne vidijo posebne vrednosti in ne najdejo posebnega smisla. Mnogi tudi niso motivirani za to in živijo povsem zunaj športnorekreativskih tokov. Zato poskušajmo odgovoriti na vprašanje, zakaj naj bi se ljudje v vseh obdobjih svojega življenja (tudi v Sloveniji), ukvarjali z gibalno-športnimi dejavnostmi oz. z rekreativnim športom.

Dejstvo je, da je gibanje, ki je v jedru vsake telesne oz. športnorekreativne dejavnosti, pomembna sopotnica človekovega življenja. Lahko bi rekli, da je gibanje sestavni del kakovosti življenja sodobnega človeka. Ta jasno izražena povezanost je bila doslej velikokrat teoretično in strokovno podprta. Gibanje oz. ukvarjanje z rekreativnim športom je namreč pomembno sredstvo, ki vpliva na celovito ravnesje človeka in ustvarja harmonijo med njegovo večrazsežnostno naravo in vsakdanjimi naporji ter delovnimi obveznostmi. Pri gibanju oz. rekreativnem športu gre tudi za sproščujoče doživljajske izkušnje, ki jih ponuja in daje igrivost pri tovrstnem udejstvovanju.

Ko iščemo odgovore na vprašanje zakaj naj bi se ukvarjali z rekreativnim športom, najprej povežimo to dejavnost z zdravjem in odgovorimo na vprašanje, kako in zakaj si z gibalnimi/športnimi dejavnostmi krepimo zdravje? V zvezi s tem govorimo o rekreativnem športu kot o preventivnem dejavniku, ki naj pomaga preprečevati, da ne bi prišlo do bolezni in da bi čim dlje ostali zdravi. Dejstvo, da redno sistematično in pravilno ukvarjanje z rekreativnim športom krepi zdravje, je posledica ugodnih učinkov telesne vadbe in gibanja na organizem človeka. To se zrcali tako na njegovem dobrem telesnem kot tudi na dobrem psihičnem počutju, na človekovi duševnosti in na njegovem duhovnem ustroju.

Na osnovi številnih in kakovostno izvedenih raziskav (5) lahko ugotovimo, da si s pomočjo rekreativnega športa oz. ukvarjanja z njim krepimo imunski sistem. Ob tem pa je treba dodati, da to le, če gre za zmerno športnorekreativno dejavnost, torej za zmerno telesne napore. Poudarek je torej na zmerni rekreativni telesni vadbi, saj le taka ugodno vpliva na odpornost proti različnim boleznim. Nasprotno pa prevelike obremenitve in naprezanja, zlasti če trajajo dlje, privedejo do oslavitve imunskega oz. obrambnega sistema. Zato pri rekreativnem športnem udejstvovanju poudarjamo zmernost in optimalno oz. primerno obremenjevanje slehernega rekreativnega športnika.

Ohranjanje in razvijanje motoričnih sposobnosti je tudi eden izmed ciljev športnorekreativnega udejstvovanja sodob-

nega človeka. Tu je tudi del odgovora, zakaj naj bi se prebivalci Slovenije ukvarjali z rekreativnim športom. Predvsem naj bi si sleherni posameznik z rednim gibalno-športnim udejstvovanjem krepil in ohranjal t. i. motorične oz. gibalne sposobnosti.

Kako pomembne so optimalno razvite in ohranjene motorične sposobnosti, se človek zave šele takrat, ko ne more več opravljati potrebnih vsakdanjih opravil oz. je njihovo izvajanje otežkočeno. Če pa rekreativni športnik opusti vsakodnevno izvajanje vaj za ohranjanje posameznih motoričnih sposobnosti (moči, koordinacije, gibljivosti, ravnotežja in drugih), se to negativno zrcali na celotnem psihosomatičnem statusu posameznika. Predvsem ni mogoče dovolj učinkovito, sproščeno in igrivo izvajanje posameznih športnorekreativnih dejavnosti, ki bi posameznika celostno izpolnjevale.

Če še naprej poskušamo odgovoriti na vprašanje, zakaj naj bi se ljudje ukvarjali z rekreativnim športom, potem ne moremo mimo gibalnega/športnega udejstvovanja kot dejavnika oblikovanja skladno razvitega in vzdrževanega telesa z optimalno telesno težo. Harmonično in skladno razvito telo je hkrati lepo in funkcionalno in v veliki meri prispeva k visoki samopodobi in samospoštovanju posameznika. To pa posledično vpliva tudi na večjo uspešnost v poklicnem in zasebnem življenju.

Prevelika telesna teža, ki je posledica prevelike oz. pretirane debelosti, ta pa neustreznega prehranjevanja s premalo gibanja, marsikomu greni življenje in pesti dobršni del prebivalstva Slovenije, saj je kar 40% prekomerno prehranjenih in 21% predebelih (6). V bistvu z rednim športnorekreativnim udejstvovanjem skrbimo za lepo in skladno razvito telo ter lepo postavo, hkrati pa se s tem (med drugim) borimo tudi proti debelosti.

Debelost je v bistvu psihosomatična in hkrati sodobna civilizacijska bolezen, kar je "pridobitev" današnjega načina življenja, ki ga mnogi preživljajo tako, da preveč jedo, se premalo gibljejo in živijo nezdravo. Debelost je mogoče opredeliti z različnih zornih kotov in gledišč, vendar pa so si danes zlasti medicinski strokovnjaki edini, "da je debelost kompleksna, večvzročna kronična bolezen" (6). Vzrokov za nastanek debelosti je v različnih obdobjih človekovega življenja več, kar velja tudi za ljudi v zrelih letih, prav tako pa je več tudi neugodnih posledic. Ob navedenem je zagotovo dovolj razlogov, da poskrbimo za normalno telesno težo in se izognemo debelosti. Na ta način pa se bomo izognili tudi številnim boleznim, ki spremljajo debelost.

Ko govorimo o širših smotrih gibalnega/športnega oz. športnorekreativnega udejstvovanja celotnega prebivalstva in o ožjih ciljeh, ne moremo mimo ugodnih vplivov na srčno-žilni in dihalni sistem ljudi. Pravzaprav je ohranjanje in izboljšanje srčno-žilne in dihalne funkcije eden od pomembnejših ciljev ukvarjanja z rekreativnim športom. Človek naj bi se v mladosti razvijal in si razvil najpomembnejše funkcije, med njimi tudi srčno-žilno in dihalno, v dobi zrelosti in v starosti pa naj bi te funkcije ohranjal na ustrezni ravni.

Športnorekreativno udejstvovanje je lahko tudi pomemben dejavnik pri ohranjanju in vzpostavljanju duševnega ravnovesja. To še zlasti velja, ko je bilo razkrito dejstvo o tesni medsebojni povezanosti in soodvisnosti človekovih telesnih in duševnih dejavnosti. Izsledki številnih raziskav so v zadnjih de-

setletjih opozorile na ugodne učinke telesnega gibanja oz. ukvarjanja z rekreativnim športom na človekovo duševnost.

V vsakodnevnem življenju se pri opravljanju številnih nalog in opravil ter še zlasti pri obvladovanju in premagovanju stresov telesne in duševne zmogljivosti posameznika povezujejo. "Boljše duševno stanje je pogojeno z dobrim telesnim zdravjem in zadostno telesno prilagodljivostjo ter obratno" (7).

Ko je človek prešel mladostno obdobje in se mora kot zrela oseba znajti v sodobnem svetu in reševati številne, tudi zapletene življenjske probleme, je redno telesno udejstvovanje in naprežanje, ki ga spremlja ustrezen napor, dejavnik, ki lahko bistveno prispeva k duševnemu ravnovesju. Ker gre pri rekreativnem športnem udejstvovanju v večini primerov za igrivo in sproščujoče gibanje, se hkrati človek sprošča tako telesno kot duševno. Telesna sprostitvev je tako pogoj duševni sprostitvi in obratno. Prav sproščanje in razbremenjevanje duševnih napetosti s pomočjo telesnega oz. športnorekreativnega udejstvovanja je tudi eden od namenov tovrstnih dejavnosti.

Eden izmed razlogov za ukvarjanje z rekreativnim športom je tudi upočasnitev biološkega staranja, kar posebej velja za človekovo obdobje v zrelosti. Kolikor je to mogoče, naj bi človek s svojo celovito naravo poskrbel, da bi se staral počasi. Čeprav je staranje neizogiben biološki proces, ki je za slehernega posameznika določen v njegovem genetskem zapisu, je vendarle upadanje (pešanje) fizioloških funkcij mogoče upočasniti. Čeprav procesi upadanja potekajo nenehno, neustavljivo in progresivno (8) in so za posamezne organske funkcije različni, je v določeni meri mogoče vzpostaviti nadzor nad starostnimi pojavi. Športno udejstvovanje ima pri tem pomembno zadrževalno in kompenzacijsko vlogo.

Posebej neugodno za ljudi v zrelem obdobju je sprejeti "pasivni" način življenja s takimi dejanji, navadami in vedenjskimi vzorci, ki izključujejo dejaven odnos do življenja ter redno telesno gibanje oz. športnorekreativno udejstvovanje. To se kaže v spremembah delovanja različnih organskih sistemov in podsistemov oz. v slabitvi različnih fizioloških funkcij, hkrati pa se tak "nedejavni" slog življenja zrcali tudi na psihosocialni ravni. Dnevna opravila in naloge, ki postajajo stereotipi in v življenju posameznika ne zahtevajo ne dodatnega telesnega ne intelektualnega napora in ne duševnih ter psihosocialnih aktivnosti na višji ravni, vodijo v "stereotipne" rituale in ponavljajoče se oblike življenja brez osvežitev in spodbudnih novih vsebin (9). Vse to seveda vodi v zmanjševanje gibalnih sposobnosti in v nižje oblike motoričnih dejavnosti. Zmanjšuje pa se tudi raven delovanja duševnih funkcij, hkrati pa se siromašijo tudi socialni stiki (10). Prav gibalna/športna dejavnost tu lahko veliko pomaga.

Posledica rednega športnorekreativnega udejstvovanja in različnih gibalnih dejavnosti ljudi v zrelem obdobju je dobra telesna pripravljenost, ki se jo prav v zadnjem obdobju (zadnjih 10 let) tesno povezuje z zdravjem (**health related fitness**). S tem pa je povezana tudi dobra telesna kondicija in splošna psihofizična sposobnost posameznika. Angleška sopomenka za tako stanje je "**functional fitness**". Ta spoznanja moramo bolj kot doslej prav tako uveljaviti med prebivalstvom Slovenije.

Ukvarjanje z rekreativnim športom torej lahko povezujemo z izboljšanjem in ohranjanjem motoričnih, funkcionalnih in drugih sposobnosti ter z ohranjanjem in izboljšanjem člove-

kovega gibalnega podsistema nasploh. O tem so bile v preteklem, polpreteklem in tudi v sedanjem obdobju opravljene številne raziskave, zato so navedene trditve tudi znanstveno podprte (11, 12, 13). Rezultati omenjenih raziskav so pomembni tako za ravnanje posameznikov v vsakdanjem življenju kot tudi pri opravljanju različnih poklicnih dejavnosti. Številni strokovnjaki opozarjajo, da imajo ljudje tudi v zrelih letih (ne le v višji starosti) lahko precejšnje težave, če "zanemarijo" svoj gibalni sistem in ne poskrbijo za njegovo optimalno delovanje. Gibalne težave, ki se pri tem pojavljajo, lahko posamezniku povzročijo očitne težave in hkrati izzovejo tudi procese biološkega pešanja in prezgodnjega staranja. Zato je treba poskrbeti za redno športnorekreativno udejstvovanje in izvajati ne le enostavno, marveč tudi bolj sestavljeno gibanje.

Redno športnorekreativno udejstvovanje pa ugodno učinkuje še na številne psihosocialne dejavnike, bogati prijetelske vezi ter udeležencem vadbe, poleg sprostitve, prinaša tudi užitke, radost, srečo in zadovoljstvo.

4. Družina naj bo izvor osnovnih gibalnih/športnih navad in izkušenj

Družina predstavlja začetek otrokovega zorenja in zavedanja, zato je njegov razvoj v veliki meri odvisen od dogajanj v tej najmanjši družbeni celici. Kot je znano, je prav začetek otrokove poti zelo pomemben. Zato moramo s prvimi gibalnimi izkušnjami poseči v najbolj zgodnje obdobje otrokovega razvoja in v njemu najbolj prijaznem okolju. To je v družini. Še vedno velja spoznanje, da dobi otrok prve izkušnje o telesnem, gibalnem, čustvenem, duševnem, socialnem, duhovnem in osebnostnem razvoju prav v družini.

Družina naj bo torej spodbujevalka otrokovega razvoja in gibanja. Z gibanjem moramo zapolniti velik del otrokove biti, tako telesne kot tudi duhovne in čustvene, ter velik del otrokovega notranjega sveta. Odnos do gibanja in športnih dejavnosti se najbolje in najhitreje oblikuje prav v družini. Kot je znano, v tej osnovni življenjski celici koreninijo mnoge osebnostne značilnosti, sposobnosti in lastnosti otroka, pa tudi mnoge gibalne izkušnje in navade. Družina lahko v začetnem obdobju najbolj oblikuje otroka in mu pomaga pri pridobivanju potrebnih gibalnih izkušenj. Če rast in razvoj otroka v družini potekata normalno in če je vsak otrokov dan zapolnjen z veliko raznovrstnega gibanja, potem z veliko verjetnostjo lahko trdimo, da bo otrok take izkušnje sprejel kot način življenja. Verjamemo, da si bo na ta način lažje izoblikoval pozitiven odnos do gibanja in rekreativnega športa in ga postopno dvignil na raven vrednote (14).

Naj s tem v zvezi poudarimo naslednje misli Tomoričeve (14): "S kateregakoli izhodišča poskušamo razumeti različne dejavnosti otrok in mladine (učenja, igre, pridobivanja različnih navad, vedenjskih in miselnih vzorcev, oblikovanja sistema vrednot itd.), povsod se srečujemo s pomenom in vlogo družine, ki lahko zmanjšuje ali povečuje možnosti za zdrav slog življenja svojih otrok in mladostnikov."

V življenje sodobne družine bi moralo biti vključeno zavedanje o pomembnosti gibalnega/športnega udejstvovanja kot dejavnika ravnovesja in kakovosti njenega življenja.

Vse več družin postopno spoznava, da materialne dobrine ali kolikost nimajo več neomejene vrednosti in da "imeti več, ne pomeni tudi živeti bolje". Vendar ostaja dejstvo, da se več kot 50% družin - kot celota njenih članov - (torej skupaj) pri nas s športnorekreativno dejavnostjo sploh ne ukvarja (15). "Energijski motorični potenciali odraslih občanov so v Sloveniji na nizki ravni. Primerjalne analize kažejo, da otroci praviloma pri sedmih letih starosti presežejo energijske zmožnosti svojih staršev. S tem se pojavi eden izmed prvih mejnikov odtujevanja otrok od družine. Do starosti 12 let se starši z otroki lahko praviloma enakovredno gibalno/športno udeležujejo le v izbranih rekreativnih športnih dejavnostih, kjer prevladuje informacijska komponenta gibanja. Nižja raven motoričnih (gibalnih) sposobnosti staršev in skromna športna znanja celo mladim družinam onemogočajo (otežkočajo) skupno športno dejavnost družine."

Dejstvo je, da sta oče in mati v začetku nosilca vsega dogajanja v družini, vsak od njiju pa naj bi prispeval svoj delež tudi h gibalnemu razvoju svojega otroka. Kaj in koliko bo otrok sprejel, je seveda odvisno od tega, kakšno "gibalno mavrico" sta mu starša nudila in kaj sta od njega zahtevala. Ob tem je pač treba povedati, da se starši glede tega med seboj bistveno razlikujejo. To potrjuje življenje in številni primeri, kar se kasneje tako ali drugače kaže v otrokovem življenju, še posebej, ko dozori in odraste.

Res je torej pomembno vprašanje, koliko so starši pripravljeni, sposobni in zmožni s svojimi lastnimi zgledi (tudi z zdravim slogom življenja) voditi svojega otroka in mladostnika. Kot dejavnik vzgoje v družini ima gibanje z rekreativnimi športnimi vsebinami zelo pomembno vlogo. To se posebej kaže pri oblikovanju vedenjskega vzorca otrok in mladine, v jedru katerega naj bo tudi telesno gibanje oz. rekreativni šport. Znano je, da je prav v zgodnjem otrokovem obdobju mogoče najučinkoviteje vplivati na njegov celostni razvoj. Pri tem so na voljo različna sredstva, med katerimi imata telesno gibanje oz. rekreativni šport pomembno mesto. Še več, del otrokove osebnosti oz. njegovih sposobnosti, lastnosti in značilnosti je mogoče oblikovati in razviti le s sredstvi, ki so v naravi raznovrstnih gibalnih dejavnosti.

Posebej moramo poudariti, kako pomembne so za doraščajočega otroka skrbno izbrane in otroku prilagojene gibalne dejavnosti. Odsotnost tovrstnih dejavnosti je kasneje v razvoju adolescenta ali mladostnika zelo težko nadomestiti, nekateri strokovnjaki pa celo menijo, da to skoraj ni več mogoče. Raziskave kažejo, da je mogoče z različnimi gibalnimi nalogami in s primernimi "rekreativno športnimi" vsebinami posebej izdatno vplivati na otrokov razvoj od rojstva do tretjega leta starosti. Med tretjim in šestim letom starosti je ta vpliv še zelo učinkovit, nato pa so njegovi učinki vse manjši in se postopno izgubljajo.

Zaradi navedenih razlogov naj bi bilo doma v družini čim več različnih in predvsem uporabnih športnih rekvizitov za pridobivanje različnih gibalnih izkušenj. Tako naj bi otroci spoznali čim več gibalnih in športnorekreativnih dejavnosti. Prav je, da vemo, da morajo otroci sprejemati prva gibalna/športna znanja na igriv in sproščujoč način. Vsaka drugačna pot je manj, če ne celo povsem neprimerna. V družini je torej dana možnost, da v otrokov čustveni svet, v njegovo telesno zavedanje, v porajajoči se duh, v njegovo druženje z drugimi družinskimi člani vključimo gibalne dejavnosti in

športnorekreativne vsebine, ki se bodo vanj neizbrisno vtisnile in v njem tudi ostale. Znano je, da je mogoče z gibalnimi dejavnostmi in z rekreativnim športom učinkovati tudi na vedenjske vzorce otrok, hkrati pa je mogoče s temi dejavnostmi spodbujati pozitivna čustva oz. vplivati na otrokova čustvovanja ter postopno izgrajevati njegov sistem vrednot.

Redno gibanje oz. rekreativno športno udejstvovanje v družini tako pomembno prispeva tudi k postopnemu oblikovanju otrokovega vedenja in k dejanjem, ki so povezana z zdravim življenjskim slogom. To pa vodi k oblikovanju trajnih ter koristnih navad za naravno in z rekreativnim športom obogateno življenje.

Ker gre za zelo pomembno področje udejstvovanja družin, naj posebej poudarimo še naslednje (14): "Športnorekreativno udejstvovanje v družini lahko z različnimi oblikami spodbuja večsmerne komunikacije in kolikor bolj so vsi družinski člani vključeni v gibalno/športno udejstvovanje, toliko večji je vpliv rekreativnega športa na kohezivnost družine, na medsebojne odnose, izkaže pa se tudi kot pomemben dejavnik homogenizacije družine. Otroci imajo praviloma (rekreativni) šport radi. Tudi v družini. Zato je mogoče s pomočjo razvedrilnega športa že v najbolj zgodnjem obdobju otroka oblikovati in postaviti temelje za kasnejše športnorekreativno udejstvovanje mladostnika in odraslega človeka. To je tudi temelj, na katerem je treba graditi in v okviru športa za vse pripravljati družini koristne, prijazne in razvedrilne športne programe tako, da jih bo čimveč družin tudi sprejelo in osvojilo."

5. Šola naj bo pomemben dejavnik pri pridobivanju gibalnih znanj in izkušenj ter pri oblikovanju vrednot

Pri oblikovanju miselnih in vedenjskih vzorcev otrok in mladine, ki so kasneje povezani z rednim športnorekreativnim udejstvovanjem odraslih oziroma ljudi v zrelem obdobju, ne moremo spregledati pomena in vloge šole pri pridobivanju osnovnih motoričnih znanj in gibalnih navad ter ustrezne motivacije za rekreativni šport.

Šola je v današnjem času odgovorna za celostno vzgojo in izobraževanje otrok in mladine oziroma mlade generacije, ki vstopa v življenje. V tem celostnem vzgojno-izobraževalnem procesu pa ima telesno gibanje oz. rekreativni šport z vsemi svojimi pojavnimi oblikami še posebno mesto. Številne raziskave pri nas in v svetu so pokazale, da je pravilno usmerjena in redna športna vzgoja za otroke in mladino ena najbolj uspešnih, če ne sploh najuspešnejša oblika preprečevanja in tudi zdravljenja (če je pravočasna) raznovrstnih oblik socialno neprilagojenega vedenja mladih (16), hkrati pa je to pomembna naložba za življenje (op. avtorja). Vendar celotnega procesa športne vzgoje otrok in mladine v vseh njegovih razsežnostih ne moremo obravnavati ločeno, torej brez povezave z okoljem, kjer otroci rastejo in doživljajo procese primarne socializacije (v družini) in njihovega najbližjega socialnega okolja. Zato imata v tem primeru družina in šola povezovalno vlogo. Šola in družina si morata torej v skrbi za oblikovanje zdravega življenjskega sloga mladih skupaj prizadevati in skupaj vzgajati. Nasploh lahko ugotovimo, da je

rekreativni šport mladih preveč pomemben za kasnejše športnorekreativno udejstvovanje v zrelih letih in starosti, da bi ga lahko prepustili naključnemu razvoju. Vendar pa je treba pri oblikovanju otrokovih gibalnih/športnih znanj in izkušenj izbrati pravilno usmerjen rekreativni šport, ne pa kakršen koli šport (16). Pomemben je tak in tisti šport, kjer niso v ospredju le dosežki in športni rezultati za vsako ceno, pač pa igriv šport, ki ga imajo otroci in mladina praviloma radi in ki postane najprej življenjski slog družine, kasneje pa pomembna sestavina življenja zrelih ljudi.

Ko govorimo o pomenu rekreativnega športa v šoli in ko imamo pred seboj vrednost športa za življenje, je treba povedati, da mora šola otrokom in mladini posredovati in utrditi splošna športna znanja, ki vključujejo teoretična znanja o športu, tehnična znanja in splošna motorična znanja. Dalje mora razvijati ustrezen sistem vrednot na področju športa in do športa (tudi šport sam mora postati vrednota) kot sestavine celostne kulture v najširšem pomenu besede. Hkrati s tem mora dvigovati kakovostno raven psihomotoričnih zmožnosti in sposobnosti, ki so predpogoj uspešnosti vsakršne gibalne aktivnosti v športu in tudi pri športnorekreativnem udejstvovanju v življenju nasploh.

Številni strokovnjaki si tako na področju gibalnih/športnih dejavnosti v šoli kot tudi na področju športne rekreacije zunaj šolskih ustanov prizadevajo, da bi se učenci in učenke, dijaki in dijakinje ter študenti in študentke v kar največji meri vključili v sistematično in redno športnorekreativno udejstvovanje, potem ko so zapustili šolske in dijaške klopi ter fakultetne predavalnice. Koliko so pri tem uspešni, je gotovo eno najpomembnejših vprašanj, ki si ga moramo zastaviti.

Specialisti, ki se posebej ukvarjajo s tovrstnimi problemi, pravijo, da je naša šola zelo dobra, da je športna vzgoja v šolah na primerni (celo visoki) ravni in da športni pedagogi delajo zelo dobro. V zvezi s tem navedimo in citirajmo naslednje misli: "Za celotno področje športa otrok in mladine lahko glede na primerjave s svetom trdimo, da so kakovost, odprtost in raznovrstnost šolskih športnih programov, povezovanje z društvi in klubi, skrb za nadarjene za šport ter znanje naših pedagogov na visoki ravni. Nova zasnova šole ponuja učencem in dijakom večjo možnost izbire. Ponudba vsebin glede na okolje in učencem lastno različnost v zmožnostih in interesih zahteva veliko bolj individualen pristop do vsakega posameznika, hkrati pa postavlja šolo in učitelja pred nove naloge, saj bo morala biti izbira vsebin premišljena, aktualna in zanimiva za učence. Ne smemo pozabiti na razvojne spremembe mladih in na njihovo spremenjeno motivacijsko strukturo, pa tudi na to, da ustrezni pogoji dela odločujoče pripomorejo k izpeljavi kakovostnih športnih programov" (17).

V ta okvir istih avtorjev sodi še naslednji citat: "Šolska športna vzgoja naj bi danes ne predstavljala le razvijanja gibalnih sposobnosti in telesnih značilnosti ter posredovanja športnih znanj; bila naj bi proces motivacije za šport in proces (sekundarne) socializacije, ki vključuje razvijanje družbenih vrednot, norm, etičnih načel in vzorcev vedenja" (17).

Vse navedeno govori o prid kakovosti pedagoškega procesa v okviru športne vzgoje, pa vendar praksa kaže, da se mnogo mladih, zlasti deklet, po končanem šolanju ne ukvarja z rekreativnim športom. Kot da v omenjenem procesu v času šolanja nekaj manjka, nekaj, kar bi visoko motiviralo in

dokončno vključilo večino mladih v svet razvedrilnega športa. S tem v zvezi že navedena avtorja ugotavljata, da mora nova šola ponuditi večjo možnost izbire, hkrati pa naj ponudi primerne gibalne/športne vsebine glede na okolje ter glede na različne interese učencev oz. dijakov (17). To pa seveda zahteva mnogo več individualnega dela, hkrati pa premišljeno izbiro različnih vsebin, ki morajo biti aktualne in zanimive za učence. Morda je to pot, ki vodi h končnemu cilju, to je k večjemu številu mladih, ki se na osnovi pridobljenega športnega znanja, motoričnih izkušenj in športnih navad po zaključenem šolanju vključijo v različne rekreacijske skupine ali pa se rekreirajo sami.

Del gornjih navedb je mogoče potrditi tudi z izsledki raziskave, ki je bila opravljena na skupini učencev osmih razredov ljubljanskih osnovnih šol. Preučili so razlike v nekaterih mnenjih, interesih in motivih med učenkami in učenci. Avtor ugotavlja, da so bili osnovnošolci v svojem prostem času zelo gibalno/športno dejavni. Pri tem so bili fantje mnogo bolj dejavni kot dekleta. Skoraj 80% fantov je bilo namreč gibalno/športno dejavnih vsaj dvakrat na teden, več kot polovica pa 4-krat na teden in več. Takih deklet, ki so bile dvakrat tedensko dejavne in več, je bilo 65%. V športnih klubih ali društvih zunaj šolskega okolja je bilo prav tako dejavnih več fantov, v okviru dejavnosti v šolskih športnih društvih pa ni bilo večjih razlik. Avtor je ugotavljal tudi strukturo motivov za gibalno/športno udejstvovanje in ugotovil, da je bil tako za fante kot tudi dekleta najpomembnejši motiv užitek pri športni vadbi. Za oba spola so zelo pomembni tudi motivi druženja s prijatelji in zdravje, sicer pa fantje nekoliko bolj poudarjajo telesno kondicijo ter lepoto telesa (mišičasto telo), dekleta pa lepo postavo in hujšanje (18).

Dobljeni izsledki in ugotovitve skupaj z navedenimi mislimi, ki se nanašajo na športno vzgojo oziroma rekreativni vidik športa v šoli, vodijo k sklepni ugotovitvi, ki od šole terja še dodatni organizacijski, vsebinski, motivacijski in vesplošni pedagoški napor za doseganje temeljnega smotra, ki

novi različnih meril. Eden od teh je tudi število različno dejavnih rekreativnih športnic in športnikov ter pogostost njihovega udejstvovanja. Dejavnosti na področju rekreativnega športa so lahko zelo raznolike. Ljudje in posamezniki se ukvarjajo z rekreativnim športom na različne načine, pa tudi oblike tovrstnega udejstvovanja lahko izbirajo.

Prav načini in oblike, poleg pogostosti športnorekreativnega udejstvovanja odraslih prebivalcev v Sloveniji, v določeni meri odsevajo njihovo raven ozaveščenosti. Gledano razvojno in v povezavi z ugotavljanjem trendov v razvoju rekreativnega športa v Sloveniji je to gotovo pomembno. Prav je, da vemo, koliko državljanov Slovenije daje športnorekreativnemu udejstvovanju oz. slogu življenja, obogatene s športom, določen pomen. In koliko je takih, ki dajejo rekreativnemu športu prednost pred drugačnim udejstvovanjem ali pa športnorekreativno udejstvovanje vsaj enačijo z drugimi dejavnostmi.

O tem, na kakšen način se nekdo ukvarja z rekreativnim športom, bolj ali manj redno, neredno ali pa sploh ne, je mogoče razpravljati z različnih vidikov. Vsekakor so med posameznimi oblikami in načini športnega udejstvovanja bistvene razlike glede vplivov oz. učinkov na človekov celostno in večrazsežnostno organiziran sistem. Gotovo ni vseeno, ali je posameznik organizirano gibalno/športno dejaven, torej v določenem športnem društvu, klubu oz. v studiu za fitnes, ali pa se je odločil, da bo sam neodvisno od drugih udeležal željo po gibalnem/športnem oz. športnorekreativnem udejstvovanju.

Kaj govorijo o tem dobljeni rezultati v letu 2000 in v primerjavi s posameznimi obdobji, kaže tabela 1, kjer so zbrani podatki o posameznih oblikah in načinih rekreativnega športnega udejstvovanja prebivalcev Slovenije.

Na področju športne rekreacije oz. rekreativnega športa strokovnjaki najbolj cenijo redno in organizirano udejstvovanje, ker gre pri taki dejavnosti za strokovno vodenje, varno

Tabela 1. Primerjava oblik in načinov udejstvovanja 1986-2000 (v odstotkih)

	1986	1989	1992	1997	1998	2000
1. organizirano tekmovalno	5,1	2,9	3,6	3,4	2,1	3,6
2. org. rekreacija redno	7,7	6,2	6,5	12,4	17,7	12,4
3. neorg. rekreacija redno	8,4	9,2	10,8	13,7	19,1	11,5
4. org. rekreacija neredno	8,2	3,1	4,5	4,9	11,1	3,8
5. neorg. rekreacija neredno	27,0	34,9	32,4	15,8	32,2	13,3
6. ne	43,6	43,7	42,3	49,8	46,4	55,4

pravi, da naj bi se čimveč otrok in mladine po zaključenem šolanju ukvarjalo z rekreativnim športom.

6. Kje smo in kaj smo dosegli na področju gibalne/športne dejavnosti v Sloveniji

Doseženo stopnjo razvoja na področju gibalnih/športnih dejavnosti oz. športne rekreacije je mogoče ocenjevati na os-

vadbo in primerjalno, glede na učinke, za ceneno dejavnost. Ker je vadba načrtovana in vodena, njene učinke pa je mogoče v vsakem delu rekreativnega vadbene procesa ugotavljati, analizirati in vrednotiti, je tudi z vidika ohranjanja in pridobivanja zdravja cenjena.

Kot je zapisano v študiji, se je v dvajsetih letih (1978-1998) število redno organizirano športnorekreativno dejavnih skoraj podvojilo, število vseh redno aktivnih, torej tudi tistih, ki se s športnorekreativno dejavnostjo ukvarjajo neorganizirano, pa je bil potrojen. Takrat je bilo to ocenjeno kot pomem-

ben premik v ozaveščenosti o potrebnosti redne in organizirane športnorekreativne dejavnosti in posledično seveda tudi premik v razvoju športne rekreacije v Sloveniji. Kot kažejo rezultati, pa je bil leta 1998 v organizirani športnorekreativni dejavnosti med prebivalci v Sloveniji napravljen še večji napredek. Namreč visok odstotek (17,7%), ki se približuje 20%, govori sam zase in nas je v preučevanem letu že uvrstil med športno razvite narode in države, še posebej, če upoštevamo tudi neorganizirano redno športnorekreativno dejavnost, kjer je bil v dosedanjem preučevanju prav tako ugotovljen najvišji rezultat (19,1%). Seštevek obeh (36,8%) potrjuje navedbo (16).

Primerjava dobljenih podatkov med letoma 1998 in 2000 kaže na velike razlike tako pri rednem kot tudi pri občasnem športnorekreativnem udejstvovanju prebivalstva. Morda v tej navedbi lahko iščemo del razlage, zakaj so bili rezultati v letu 2000 bistveno slabši. Pri redno organizirani športnorekreativni dejavnosti se je število tako dejavnih prebivalcev zmanjšalo za 5,3%, pri redni neorganizirani športnorekreativni dejavnosti pa za 7,6%. Tako smo se glede števila udeležencev pri redno organizirani športnorekreativni dejavnosti v bistvu vrnili v leto 1997, pri neorganizirani redni vadbi pa celo v leto 1992.

Najbrž pa navedeni razlog o subjektivnem izrekanju ni edini, ki je povzročil vidne razlike pri redno organiziranem in neorganiziranem športnorekreativnem udejstvovanju. Pričakovali smo, da bo rast ravni ozaveščenosti državljanov Slovenije na področju rekreativnega športa postopno in neprekinjeno rasla, brez prevelikih nihanj in da bo vse več tistih, ki bodo v svoj slog življenja vključili tudi redno športnorekreativno dejavnost. Očitno bomo morali dopustiti možnost vračanja v že doseženo in preseženo.

Med posameznimi razlogi za manj ugodne rezultate v letu 2000 najbrž lahko navedemo tudi stagniranje na področju organiziranosti športa in športnih organizacij v okvirih civilne družbe, prav tako pa tudi stagniranje pri širjenju ali večanju števila zasebnih podjetnikov na področju rekreativnega športa. Morda se tudi tukaj, tako kot v gospodarstvu, že kažejo težji pogoji poslovanja in delovanja, hkrati pa se pojavlja tudi konkurenca in boj za "preživetje" malih športnih podjetij.

Gledano širše pa najbrž ne moremo mimo trendov v gospodarskem in ekonomskem življenju nasploh, ki nas postopno približujejo in vodijo v Evropo. To se gotovo v določeni meri zrcali tudi na področju rekreativnega športa in zdravja. Očitno je cena za zdrav življenjski slog, ki med drugim vključuje tudi rekreativno športno udejstvovanje in vodi k ohranjanju in izboljševanju zdravja, vse višja. Vračanje nazaj v leto 1997 oz. 1992 sicer ne moremo oceniti kot hudo nazadovanje, vendar pa nas dobljeni rezultati, kar je bilo že večkrat ugotovljeno, opozarjajo na soodvisnost socialnih in družbeno-ekonomskih razvojnih tokov.

V posameznih raziskovalnih obdobjih in letih so tako kot pri redno in neredno dejavnih vidna nihanja v deležih športno neaktivnega prebivalstva v Sloveniji. V študiji je bilo ugotovljeno, da je število športno neaktivnih v dvajsetletnem obdobju (1978-1998) nihalo za okoli 10% in se je ustalilo pod 50%. Tudi iz prikazane preglednice so vidna ta nihanja. Vendar pa še več kot to. Izstopa namreč podatek, ki kaže, da se je odstotek gibalno/športno neaktivnih v letu 2000 dvignil nad

50 (55,4%). Tako stanje pa gotovo ni spodbudno in lahko v določeni meri zaskrbljuje. Dejstvo je, da se je že v letu 1997, po dolgoletnem upadanju gibalno/športno neaktivnega prebivalstva, znova pojavil podatek, ki je nakazoval znatno povečanje gibalno/športno neaktivnih, kar je bilo ocenjeno kot vračanje v stanje iz leta 1983 (16).

Kljub temu, da lahko dobljene rezultate delno pripišemo manjšim razlikam med vzorci posameznih študij in drugim dejavnikom, ki spremljajo gospodarski in družbeni razvoj v Sloveniji, vendarle porasta števila neaktivnih (za 9%), v tako kratkem času in v sedanjem obdobju, ko že govorimo o višji stopnji ozaveščenosti slovenskega prebivalstva na področju rekreativnega športa, nismo pričakovali in tega ne moremo spregledati.

Za gibalno/športno neaktivnost prebivalstva je gotovo več razlogov. Pri razvrščanju le-teh lahko uporabimo tudi več meril. Na splošno so razvrščeni v dve veliki skupini, tako da govorimo o objektivnih in subjektivnih razlogih, ki vsak zase ali pa v soodvisnosti vplivajo na gibalno/športno nedejavnost prebivalstva. Raznolikost razlogov za neukvarjanje z rekreativnim športom je razumljivo velika, prav tako, kot se razlikujejo ljudje med seboj. Že dolgo vrsto let v posameznih študijah ugotavljamo, da kot glavni razlog gibalno/športne nedejavnosti tako moški kot tudi ženske navajajo pomanjkanje prostega časa. Hkrati pa ugotavljamo, da oba spola razpolagata z določeno količino prostega časa, vendar ga žal namenjata drugim dejavnostim. To neskladje ima svoj izvor v zavesti ljudi, v njihovih miselnih in vedenjskih vzorcih, ki komaj kaj ali pa sploh ne vključujejo razvedrilnih športnih vsebin. To se posledično v določeni meri zrcali tudi v sistemu njihovih vrednot. Zanimivo je, da je zavestna nepripravljenost in neodločenost za izvajanje kakršne koli športnorekreativne dejavnosti prav tako v ospredju navedenih razlogov. Skoraj na enaki ravni govorimo o pomanjkanju denarja kot o razlogu za neukvarjanje z rekreativnim športom. Pri tem razlogu gre za skupino ljudi, ki so na robu socialne varnosti. Kot vzrok za neukvarjanje z rekreativnim športom je po njihovi navedbi nizek osebni ali družinski standard. To je seveda povezano s padcem življenjskega standarda določenih slojev prebivalstva, kar posledično vpliva tudi na športnorekreativno dejavnost ljudi. Med posameznimi razlogi za nedejavnost smo v preteklem obdobju v posameznih študijah razkrili še neustrezno športno ponudbo, slabo organiziranost, premalo prodorno propagandno in oglaševalsko dejavnost, slabo zdravstveno stanje določenega dela prebivalstva, pomanjkanje ustreznih športnih objektov, pomanjkanje znanja in gibalnih izkušenj v posameznih športih in še nekatere druge razloge. Pri razlogu, katerega srž je pomanjkanje motoričnih znanj in izkušenj, ni nobenega dvoma, da mnogi v družini, kjer naj korenini igriva športna dejavnost, niso dobili ustreznih športnih navad in znanj, pa tudi šola jim ni dala zadostne osnove za kasnejše ukvarjanje z rekreativnim športom.

Kaj je od navedenih razlogov vplivalo na dobljene rezultate o gibalno/športno nedejavnih odraslih prebivalcev Slovenije v letu 2000, je brez podrobne preučitve težko reči. Pa vendar je naše razmišljanje usmerjeno v vse bolj zaostrene gospodarske in ekonomske razmere, vsaj za nekatere sloje prebivalstva. Kaže, da prispodoba o socialnih škjarjah, ki se vedno bolj razpirajo, še bolj pridobiva na svoji vrednosti. To pa gotovo ni edini razlog. V življenju gibalno/športno neak-

tivnih ljudi gre najverjetneje za sovpliv in kombinacijo več razlogov, ki so pri posameznikih bolj ali manj izraženi in bolj ali manj hierarhično razvrščeni.

7. Še nekaj odprtih problemov na področju gibalnega/športnega udejstvovanja

Ob celostni obravnavi rekreativnega športa prebivalstva sledimo biološki krivulji razvoja, zato se najprej zaustavimo pri igrivem gibalno-športnem udejstvovanju predšolskih otrok. Pri tem poudarjamo pomen raznovrstnih gibalnih dejavnosti, ki so za skladen in celosten razvoj otroka praktično nenadomestljiva. Kot kaže praksa, bo v Sloveniji treba še bolj obogatiti gibalne/športne vsebine in omogočiti slehernemu predšolskemu otroku ustrezno gibalno/športno in razvedrilno dejavnost.

Problemi rekreativnega športa v obdobju zrelosti so aktualni toliko, kolikor je aktualno vprašanje kakovosti življenja ljudi v tem obdobju. Vsekakor bo treba napraviti še kar nekaj korakov in uresničiti še kar nekaj izvedbenih projektov, da bomo povečali število redno dejavnih rekreativnih športnic in športnikov v zrelem obdobju življenja. V pričujočem sestavku nismo posebej obravnavali posebnosti športnorekreativnega udejstvovanja žensk. S tem pa seveda ni rečeno, da problemov ni in da ne bi mogli še kaj dodati k številu in kakovosti gibalnega/športnega udejstvovanja deklet in žensk.

Zaradi podaljševanja povprečne življenjske dobe in povečanja števila starejših ljudi bodo problemi starostnikov vedno bolj v ospredju, s tem pa tudi vprašanja kakovosti njihovega življenja. Potrjena spoznanja o upočasnitvi biološkega staranja in ohranjanju temeljnih organskih funkcij ter vitalnosti s pomočjo gibalnega/športnega udejstvovanja oz. športnorekreativne vadbe je treba v mnogo večji meri kot doslej uresničiti v praksi. Čeprav je bilo o tem že veliko govora, še vedno ostajajo odprta vprašanja vključevanja starejših ljudi v primerne oblike telesnega gibanja in v izbrane športno-rekreativne programe v domovih za ostarele občane.

Obravnava športnorekreativnega udejstvovanja oseb s posebnimi potrebami oz. invalidov prav tako še ni zaključena. Zaradi raznovrstnih potreb posameznih skupin invalidov in še zlasti glede na njihovo različno stopnjo in vrsto invalidnosti bi morali v življenju in v vsakdanji praksi napraviti več kot doslej. Vidnejši premik bi morali napraviti pri vsebinski športno-rekreativni ponudbi. Ta bi morala biti bogatejša, potreba pa se kaže tudi po boljši organiziranosti in kadrovski obogatitvi na področju rekreativnega športa invalidov.

8. Zaključek

Pri obravnavi teoretičnih modelov na področju gibalno-športnih dejavnosti oz. športne rekreacije in praktično-izvedbenih programov v Sloveniji, načrtno in sistematično sledimo biološki krivulji razvoja, kar pomeni, da so posamezna razvoja in življenjska obdobja posameznika in ljudi vselej obravnavana v povezavi z rekreativnim vidikom športa. V strokovnih krogih se zato v celoti spoštujejo posebnosti in značilnosti raz-

voja v otroštvu, adolescenci, mladeništvu in posebnosti v zrelosti, starosti ter v pozni starosti, kar se seveda zrcali pri usmerjanju gibalnih/športnih dejavnosti in vodenju pedagoško-andragoškega procesa na področju športne rekreacije v praksi. Pri tem naj bi utrdili povezanost med medicinsko stroko in znanostjo ter športno stroko in znanostjo ter med ostalimi strokovnimi in znanstvenimi torišči. Pri večjem delu prebivalstva Slovenije bo treba še naprej načrtno in sistematično spreminjati miselne in vedenjske vzorce ter slog življenja, zato da bi povečali število dejavnih rekreativnih športnic in športnikov v vseh skupinah in v vseh slojih prebivalstva. Izvor vsega mora biti v družini, šola pa naj poskrbi za pridobitev osnovnih gibalno-športnih znanj in izkušenj, jih dvigne na raven vrednote, kar bo mladim ob vstopu v življenje zadostno jamstvo za dejaven slog življenja. Poskrbeti moramo, da bo ljudem jasno, zakaj naj bi se redno ukvarjali z gibalnimi/športnimi dejavnostmi oz. s športno rekreacijo, vsa prizadevanja pa moramo usmeriti v dvig kulture gibalnega/športnega udejstvovanja in kakovosti življenja prebivalcev Slovenije.

Literatura

1. Topler V. Civilizacijske bolezni spremljajo naš razvoj. V: A. Lah (ur.) Zdravje in okolje, Kakovost okolja in življenja konec 20. stoletja. Ljubljana: Svet za varstvo okolja Republike Slovenije, 2000: 44-45.
2. Noliml D. Raba alkohola, tobaka in drugih drog v Sloveniji. V: A. Lah (ur.) Zdravje in okolje, Kakovost okolja in življenja konec 20. stoletja Ljubljana: Svet za varstvo okolja Republike Slovenije, 2000: 48-52.
3. Rugelj J. Pot samouresničevanja. Ljubljana: Samozaložba. Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski, 2000.
4. Rauter Kosič B. Notranji boj brez pomirjeval. Ljubljana: Samozaložba, 1997.
5. Ihan A. Šport in imunski sistem. V: J. Turk (ur.) Lepota gibanja tudi za zdravje Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2000: 57-59.
6. Maučec Zakotnik J. Telesna dejavnost, prehrana in regulacija telesne teže. V: J. Turk (ur.) Lepota gibanja tudi za zdravje. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2000: 40-55.
7. Tomori M. Duševne koristi telesne dejavnosti. V: J. Turk (ur.) Lepota gibanja tudi za zdravje. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2000.
8. Lunaček M. Psychological Dimensions of Aging. V: R. Šugman (ed.) Zbornik Mednarodno znanstveno srečanje ob 100-letnici olimpijona Leona Štuklja "Šport - zdravje - starost". Ljubljana: Fakulteta za šport, 1998: 145-146.
9. Israel S. Sport mit Senioren. Heidelberg, Leipzig: Huthing in J. A. Barth Verlag, 1995.
10. Bilban M. Varnost starostnika v cestnem prometu. V: M. Bilban (ed.) Strokovni posvet o medicini prometa. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za medicino dela, 1995: 67-80.
11. Berčič H, Tušak M. Analysis of effects of a sport-recreational transformational process in the early stages of rehabilitation on the personality traits in paraplegics. V: 11th International symposium for adapted physical activity. Quebec, 1997.
12. Spirduso WW. Physical Dimensions of Aging. Champaign: Human Kinetics, 1995.
13. Burger H, Marinček Č. Vpliv telesne dejavnosti na funkcionalne sposobnosti starejših. Zdravstveni vestnik 1999; 68: 731-735.
14. Berčič H. Vizija razvoja športa za vse v Sloveniji s strokovnega vidika. V: I. Retar (ur.) 1. Slovenski kongres športne rekreacije, Zbornik. Portorož: Športna agencija Polo, 2000: 14-18.

15. Doupona Topič M. Družina in šport. V: J. Turk (ur.) Lepota gibanja tudi za zdravje. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2000: 209-211.
16. Petrovič K, Ambrožič F, Sila B, Doupona Topič M. Športno-rekreativna dejavnost v Sloveniji 1997. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo, 1998.
17. Strel J, Kovač M. Poskus objektivnejšega vrednotenja izvajalcev športne dejavnosti. Šport 1997; 45(4): 5-9.
18. Petrovič K, Ambrožič F, Bednarik J, Berčič H, Sila B, Doupona Topič M. Športnorekreativna dejavnost v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo, 2000.

Z GIBANJEM DO ZDRAVJA - OD OTROKA DO STAROSTNIKA

Rado Pišot, Jernej Završnik

UDK/UDC: 379.83: 614

DESKRIPTORJI: gibalna aktivnost; promocija zdravja

IZVLEČEK - Številne raziskave so pokazale, da sta aktivni življenjski slog in gibanje pomembna varovalna dejavnika zdravja. Telesna dejavnost štiti pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni - ateroskleroza, zvišanim krvnim tlakom, možgansko kapjo, od insulina neodvisno sladkorno boleznijo, osteoporozo... Epidemiološki podatki kažejo, da pomeni telesna neaktivnost najmanj dvakrat večjo ogroženost za nastanek in napredovanje koronarne bolezni, podobno kot drugi poglaviti znani dejavniki tveganja za ateroskleroza (zvišan holesterol, kajenje in hipertenzija). Telesna vadba zmanjšuje obolevnost in umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni tako preko neposrednih (delovanje na srčno-žilni sistem) kot posrednih mehanizmov (delovanje na znane dejavnike tveganja). K pomembnemu izboljšanju našega zdravja in daljšemu življenju prispevajo vse oblike gibanja, ki jih vzdržujemo daljše obdobje. Še zdravim ljudem, pa tudi bolnikom, zato svetujemo tiste zvrsti gibanja, ki so jim najljubše, ki jih najlažje vključijo v svoj vsakdan in ki ustrezajo njihovim telesnim zmogljivostim, starosti in zdravstvenemu stanju. Izkazalo se je, da redna telesna dejavnost varuje zdravje ljudi v vseh starostnih skupinah. Še posebej pa moramo biti pozorni ob koncu odrasčanja, saj prav v tem času največ ljudi preneha s telesno dejavnostjo in vzame sedeči življenjski slog.

Uvod

Zdravniki in drugi vpeti v zdravljenje iz dneva v dan bolj spoznavamo, da sami ne bomo mogli več obvladovati vseh problemov, ki jih prinašajo bolezni. Spoznavamo namreč, da je zdravje posamezniku moč ohraniti, okrepiti le takrat, ko ta pri tem tudi sam dejavno sodeluje. Nekoč smo dejali, da je premalo, če ljudi zdravstveno prosvetlimo, moramo jih tudi zdravstveno vzgojiti. Primer: vsi vemo, da je kajenje zelo škodljivo - smo torej zdravstveno prosvetljeni, kljub temu pa še vedno dosti ljudi kadi, to pa pomeni, da ljudje, kljub prosvetljenosti, še niso vzgojeni.

Želja vsake odgovorne in gospodarne države je prav gotovo vzgajati in vzgojiti zdravega, normalno razvitega in primerno izobraženega otroka, mladostnika in nenehno odraslega človeka. Vemo, da je danes samo takšen otrok, mladostnik in človek kos izzivom sodobnega časa. Takšno ravnanje - evtrofija - ne samo z vidika kilogramov nam namreč omogoča dober imunski sistem in zdravo psiho. Danes je gibanja veliko manj kot nekoč. Telesnega dela skorajda ne poznamo. Ves razvoj od elektrifikacije, avtomatizacije vodi sicer v neko novo obdobje in udobje, je pa tudi glavni razlog za vse manj gibanja. Naše prehrabene navade pa so ostale enake kot nekoč, ko so bile telesne obremenitve neprimerno

BEING WELL BEING PHYSICALLY ACTIVE - FROM CHILDHOOD TO THE OLD AGE

DESCRIPTORS: physical activities; health promotion

ABSTRACT - Many research findings prove that active lifestyle and physical exercise are important factors in health protection. Physical activity prevents from developing the majority of chronic non-contagious diseases such as atherosclerosis, hypertension, stroke, insulin independent diabetes, osteoporosis etc. Epidemiological data show that physical inactivity presents at least twice as risk factors for the development of coronary diseases, similarly as other main known risk factors for atherosclerosis (high cholesterol level, smoking and hypertension). Physical activity brings into action direct mechanisms (affecting the cardiovascular system) and indirect mechanisms (affecting the known risk factors) and thus decreases the morbidity and mortality from cardiovascular diseases. An important improvement of our health, as well as a longer life expectancy, result from all forms of movement and physical exercise performed over a longer period of time. Therefore, we advise healthy people, as well as sick ones, such kind of exercise that they prefer the most, that can be included easily into their daily routine and that suits their physical fitness, age and health condition. It has been proven that regular physical activity protects health of all age groups. However, particular attention must be devoted to the beginning of the adult age, when most people give up physical activity and begin living a sedentary lifestyle.

večje. Danes ne uspemo porabiti vseh kalorij, ki jih vnesemo s prehrano. Spremenilo se je torej ravnanje in naša naloga je, da poiščemo, predstavimo in poizkušamo vplivati na tiste dejavnike, ki bodo to ravnanje zopet vzpostavili.

Gibanje je torej nesporno izrednega pomena za ohranjanje in krepitev telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega zdravja kot tudi izboljšanje že okvarjenega zdravja. Zaradi sodobnega načina življenja postaja sedeči življenjski slog velika skrb mednarodnih zdravstvenih organizacij (SZO) kot tudi ekonomskopolitičnih združenj (EU) in nasploh svetovne javnosti. S pasivnim načinom življenja so povezani mnogi zdravstveni kot tudi socialni in ekonomski problemi.

Na žalost se danes strokovnjaki vse več ukvarjajo z definicijami telesne nedejavnosti kot pa z definicijami gibalnošportnih dejavnosti. B. Marti iz Švice pravi, da je telesno nedejaven, kdor ni aktiven vsaj 30 minut na dan. V državah EU je več kot 60% populacije premalo telesno dejavne. Všechna je ponazoritev problema negibanja mladih generacij z mislijo "med tem, ko starši surfajo na vodi, njihovi otroci surfajo po internetu".

Svetovna strokovna kot tudi politično-ekonomska javnost vidi nujno v oblikovanju in podpiranju strategij in aktivnosti za učinkovito spodbujanje gibanja. Aktivni življenjski slog omogoča in zagotavlja vključitev in vzdrževanje ustrezne



Slika 1. Tudi otroci se danes vse manj gibljejo

telesne dejavnosti širokih množic, zato so dejavnosti za spodbujanje le tega, vključno s spodbujanjem zdravju prijazne športne rekreacije za vse starostne skupine, glavna vsebina mednarodnih projektov in nacionalnih strategij.

Vsekakor lahko predvidevamo, da zdravi ljudje pomenijo za državo in organizacije, v katerih delajo, gospodarsko "benefit": boljše delovno storilnost, manj bolniških izostankov in manjše stroške zdravstvenega zavarovanja zaposlenih in starejših. V tem je tudi razlog, da mnoge države in podjetja precej vlagajo v preventivne programe za boljše zdravje in po pravilu je v take programe vključena gibalna in športna dejavnost.

Stanje v Sloveniji

Prevalenca do danes znanih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, med katerimi predstavljajo največji delež prav srčno-žilne bolezni (SZB), je tudi med Slovenci zelo visoka. Po podatkih raziskave v okviru programa CINDI Slovenija, ki je potekala v letih 1991-96 v populaciji odraslih Ljubljancov, se je stanje na tem področju v devetdesetih letih celo nekoliko poslabšalo. Zmanjšala se je tudi stopnja telesne dejavnosti med odraslo populacijo. Tako naj bi bila primerno telesno dejavnih za zaščito pred SZ boleznimi le tretjina odraslih, delež mejno dejavnih se je zmanjšal s 50% na 40%, najbolj zaskrbljujoč pa je vsekakor podatek, da se je zelo povečal delež telesno povsem nedejavnih, s 15% na 25%. Podatki so primerljivi s poročili iz drugih evropskih držav, na primer iz Velike Britanije (*Dunbar National Fitness Survey* in *Heartbeat Wales Study*). Gibalna dejavnost za zdravje in zdravje samo tako nista več samo interes posameznika, ampak dajeta pozitivne učinke za družbo v celoti. S tem pa iz zasebne dobrine preideta v javno in opravičujeta vlaganje javnih financ in spodbujevalnih akcij za povečevanje športno-gibalne dejavnosti in izboljševanja zdravega načina življenja.

To se mora začeti z ozaveščanjem ljudi in nadgrajevati s konkretnimi akcijami in programi. Vzgajamo lahko posredno in neposredno, z vzorom. Na vzgojo otrok moramo delovati torej tako, da vplivamo na vzgojno-izobraževalni proces na eni strani, na drugi strani pa skušamo spremeniti tudi miselne

in vedenjske vzorce odraslih. Delovati moramo torej hkrati. Gotovo je potrebno navajati otroka zdravega načina življenja, dosti gibanja, zdravega športa in zdrave prehrane že v vrtcu. A tudi odraslim je treba pomagati. V tem procesu pa moramo na državni ravni pristopati globalno ob hkratnem upoštevanju posebnosti posameznih regij.

Ena najpomembnejših nalog telesno-gibalne aktivnosti otrok in mladostnikov je ne samo razvijanje psihomotoričnih sposobnosti in spretnosti, temveč tudi doseči ustrezen vpliv na kognitivni razvoj (senzorični razvoj, razvoj mišljenja, pridobivanje teoretičnih pojmov in znanj) in čustvenosocialni razvoj (pozitivna podoba o samem sebi in socializacija). Seveda vse te naloge ne moremo uresničevati s kakršno koli obliko telesno-gibalne dejavnosti ampak s skrbno načrtovanimi programi telesne vzgoje za posamezno starostno obdobje.

Raziskovanja telesno-gibalne aktivnosti evropskih in severnoameriških otrok in mladine so pokazala, da se aktivnost šolskih otrok večja do zgodnje adolescence, ko se prične le-ta nevarno zniževati. To zniževanje v pozni adolescentni fazi je izrazitejše pri dečkih kot pri deklicah. Sicer pa so dečki telesno-gibalno aktivnejši od deklic (1).

Telesno-gibalne dejavnosti so pomemben uravnavalec telesne mase. Rezultati raziskav o vplivu telesno-gibalnih dejavnosti na telesno maso so sicer variabilni, vsem pa so skupni izsledki, da je redna telesno-gibalna dejavnost pri obeh spolih povezana z manjšim odstotkom maščob v skupni sestavi telesa. Razlike v količini maščob v telesu med gibalno dejavnimi in gibalno nedejavnimi so večje pri deklicah kot pri dečkih (1).

Intenzivnejši telesno-gibalni procesi vplivajo na spremembe v nemaščobnem delu telesa. Pri tem velja poudariti specifičnost vpliva različnih vrst intenzivnejših telesno-gibalnih dejavnosti. Tako je mišična hipertrofija primarno povezana s treniranjem moči. Mišična hipertrofija se dogaja v obstoječih mišičnih vlaknih, kjer se število mišičnih vlaken ne večja. Specifičnost hipertrofije mišičnih vlaken pa je odvisna od vrste treniranja, pa od zvečanega števila t. i. hitrih ali počasnih vlaken (tip I, tip II). Danes še ne vemo, kako hormoni (rasti hormon, testosteron) in drugi faktorji rasti, ki se intenzivneje izločajo ob intenzivnejših telesno-gibalnih aktivnostih, vplivajo na hipertrofično rast. Hipertrofična rast se linearno spreminja z zvišanjem mehaničnih obremenitev v okvirju nižjih intenzitet, a se zmanjša, kadar obremenitve prekoračijo meje možne biološke adaptacije (2).

Mehanične obremenitve vplivajo na modeliranje kosti. Dobro je znano dejstvo, da telesno-gibalna dejavnost zvišuje gostoto kosti. Gostota kosti, ki jo dosežemo v času rasti v mladosti, je determinanta gostote kosti v odrasli dobi. Na drugi strani pa prekomerna vadba, stres in neprimerna prehrana privedejo pri mladih športnicah do motenj menstruacijskega ciklusa, izgube rezerv maščob in zmanjšanja gostote kosti, v nekaterih primerih celo do pojavnosti "stresnih zlomov". Kolikšen pa je vpliv posameznih vzrokov v etiologiji izgube gostote kosti pri športnicah, danes še ne vemo.

Normalna telesno-gibalna dejavnost ne vpliva na rast in razvoj. Na drugi strani pa opazujemo, da se redno telesno-gibalno dejavni otroci (vključeni v neko obliko športnih treningov) odlikujejo z boljšo aerobno vzdržljivostjo in višjo ravniyo funkcionalno-motoričnih sposobnosti (posebno

mišične vzdržljivosti in hitrosti teka) (3, 4). Še vedno pa nismo prepričani, ali so odlike boljših funkcionalno-motoričnih sposobnosti pri teh otrocih povezane s postopkom selekcije ali pa se v športne dejavnosti dejansko vključujejo otroci z boljšimi aerobnimi vzdržljivostmi in višjo ravnijsko funkcionalno-motoričnih sposobnosti.

Otroci so v času pubertetnega razvoja najbolj občutljivejši na vpliv telesno-gibalnih dejavnosti - treningov - v smislu izboljšanja funkcionalnih sposobnosti, v prvi vrsti mišične moči in aerobne vzdržljivosti. Danes smo na žalost priče zgodnjih usmeritev v različne športne panoge. Takšnim zgodnjim, enostranskim usmeritvam odločno in odkrito nasprotujemo. Prekomerne in razvojnemu obdobju otroka neprimerne vaje lahko nepopravljivo poškodujejo mlado telo, še posebej pri deklicah, pri katerih neprimerne vaje poškodujejo rastoče kosti in vplivajo na delovanje endokrinega sistema (5).



Slika 2. Pravilna telesno-gibalna dejavnost je pomembna za zdrav razvoj

Motorične sposobnosti se z odraščanjem povečujejo. Pri deklicah dosežemo plato motorične sposobnosti okoli 14. leta, pri dečkih kakšno leto kasneje. Biološko zrelejši dečki so bolj občutljivi na vpliv treninga, kar pa za deklice ne velja (1).

Za razliko od pubertetnikov pa otroci, mlajši od 10 let, neodvisno od spola, zelo malo izboljšajo svojo aerobno sposobnost pod vplivom rednih telesnogibalnih dejavnosti (6, 7). Kljub temu, da otroci v pred pubertetenem obdobju v času telesno-gibalne dejavnosti pridobijo sorazmerno več na moči kot otroci v puberteti, vaje moči v predpubertetnem obdobju odsvetujemo: pridobljena moč v predpubertetnem obdobju je minimalna, obstaja pa velika nevarnost za poškodbe (8).

Šele če poznamo vpliv telesno-gibalne dejavnosti na regulacijo telesne teže in funkcionalno-motorično sposobnost otrok, ob dejstvu, da ostanejo v odraslem obdobju dejavnejši tisti z višjimi funkcionalnimi sposobnostmi v času odraščanja in adolescence, se zavemo pomembnosti telesno-gibalnih dejavnosti otrok in mladostnikov, prvenstveno za razvoj pozitivnega odnosa in navad rednih telesno-gibalnih dejavnosti, kakor tudi za razvoj motoričnih in funkcionalnih sposobnosti!

Debelost, zvišane vrednosti maščob v krvi, zvišan krvni tlak, nizka občutljivost na inzulin in nezadostna telesno-

gibalna dejavnost (hipokinezija) so dejavniki tveganja za razvoj prenekaterih kroničnih metabolnih bolezni kakor tudi bolezni srčno-žilnega sistema. Na tem mestu se moramo vprašati, ali zgodaj pričeta in redna telesna gibalna dejavnost lahko prepreči pojav navedenih dejavnikov tveganja.

Pri vrednotenju učinkov telesno-gibalnih dejavnosti na dejavnike tveganja velja poudariti, da se pomen posameznih dejavnikov tveganja za časa rasti in razvoja spreminja. Tako pri deklicah v času pubertete spremljamo povečanje količine in odstotka maščobnega tkiva, pri dečkih zmanjšanje lipoproteinov visoke gostote, pri obeh spolih pa povečanje krvnega tlaka in zmanjšanje občutljivosti na inzulin.

V šolskem obdobju pogostnost debelosti raste in je v neposredni povezavi s stopnjo telesno-gibalne dejavnosti. Ameriške študije so potrdile pomembno povezanost med urami, prebitimi pred TV sprejemniki, ter debelostjo (9).

Za razliko od otrok z normalno telesno težo so otroci s preveliko telesno težo telesno-gibalno manj dejavni oz. se redkeje vključujejo v zunajšolske in druge športne dejavnosti. Pri otrocih z boljšimi funkcionalnimi sposobnostmi kažejo transversalne študije nižje vrednosti krvnega tlaka že pri starosti 5 let (10). Debeli otroci imajo v osnovi višje vrednosti krvnega tlaka. Pri teh otrocih so tudi za časa intenzivnih telesno-gibalnih dejavnosti vrednosti krvnega tlaka višje kot pri otrocih z normalno telesno težo. Otrokom z blago do zmerno hipertenzijo, ne glede na to, ali so normalne ali čezmerne teže, aerobno dejavnost priporočamo. Boreham s sodelavci je dokazal ugoden vpliv telesno-gibalne dejavnosti na sistolični krvni tlak, maščobe v krvi in kardiorespiratorno sposobnost 15-letnih dečkov ter ugoden vpliv na kardiorespiratorno sposobnost in delež telesne maščobe pri deklicah (11). Tudi druge raziskave kažejo na to, da imajo dejavnejši otroci nižje vrednosti trigliceridov in višje koncentracije HDL maščob HDL v krvi.

Zaključek

Navedena dela potrjujejo ugodne učinke telesno-gibalne dejavnosti gotovo na vse dejavnike tveganja pri adolescentih, enako velja tudi za odrasle. Velja pa poudariti, da ima telesno-gibalna dejavnost svoj zdravstveno-preventivni pomen samo tedaj, kadar se izvaja redno in to vse življenje.



Slika 3. Telesno-gibalna dejavnost je treba redno izvajati vse življenje

Literatura

1. Malina RM, Bouchard C. Growth, Maturation, and Physical activity. Human Kinetics 1991.
2. Borer KT. The Effects of Exercise on Growth. Sports Med 20, 1995; 6: 375-97.
3. Beunen G, Malina R, Renon R, Simons J, Ostyn M, Lefevre J. Physical activity and growth, maturation and performance: a longitudinal study. Medicine and science in sports and exercise 1992; 24: 576-585.
4. Mirwald RL, Bailey DA, Cameron N, Rasmussen RL. Longitudinal comparison of aerobic power in active and inactive boys 7.0 to 17.0 years. Ann Hum Biol 1981; 8: 405-414.
5. Bale P. The functional performance of Children in Relation to Growth, Maturation and Exercise. Sports Medicine 13, 1992; 3: 151-9.
6. Pišot R, Završnik J. Gibalno/športna aktivnost v otroštvu - osnova za oblikovanje zdravega življenjskega sloga, Uvodno predavanje - kongres Športne rekreacije, Rogla, 2002.
7. Pate RR, Ward DS. Endurance exercise trainability in children and youth. Adv Sports Med Fitness 1990; 3: 37-55.
8. Rowland TW. Aerobic response to endurance training in prepubescent children: A critical analysis. Med Sci Sports Exerc 1985; 17: 493-7.
9. Pfeiffer RD, Francis RS. Effects of strength training on muscle development in prepubescent, pubescent, and postpubescent males. Phys Sportsmed 1986; 14: 134-143.
10. Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the TV set? Obesity and television viewing in children and adolescents. Pediatrics 1985; 75:807-12.
11. Hofman A, Walter HJ, Connelly PA, Vaughan RD. Blood pressure and physical fitness in children. Hypertension 1987; 9: 188-191.
12. Boreham CA, Twisk J, Savage MJ, Cran GW, Strain JJ. Physical activity, sports participation, and risk factors in adolescents, Medicine and science in sport and exercise 1996; 29: 788-793.

RAZGIBAJMO ŽIVLJENJE IN OHRANIMO ZDRAVJE

Iztok Retar, Marko Kolenc

UDK/UDC: 379.83: 614

DESKRIPTORJI: gibalna aktivnost; promocija zdravja

IZVLEČEK - Mnoge znanstvene raziskave dokazujejo, da vsakodnevno zmerno ukvarjanje s športnimi dejavnostmi ohranja in krepi zdravje, ki je neprecenljiva vrednota. Vendar vedenje o tem dejstvu žal še ne zadošča, da bi si dan organizirali tako, da bi našli čas in energijo tudi za športno rekreacijo. Gre namreč za življenjski slog in za množico stališč, ki ga oblikujejo. Spreminjanje stališč pa je dolgotrajen, zahteven in zapleten proces. Da bi omenjeni proces spodbudili in pospešili, smo na Ministrstvu za šolstvo, znanost in šport s številnimi partnerji zasnovali nacionalno akcijo "Razgibajmo življenje". Akcija sloni na treh stebrih, ki omogočajo uresničitev temeljnega poslanstva, to je: povečati število gibalno/športno dejavnih prebivalcev Slovenije za dva odstotka letno. Prvi stebel predstavlja informatizacija na področju športa, drugega celoletna oglaševalna kampanja, ki je sestavljena iz korporativnega in produktnega oglaševanja, tretji stebel pa je celovit sistem strokovnega usposabljanja na področju športne rekreacije.

Informatizacija na področju športa za vse

Informatizacija na področju športa za vse ni cilj, je samo pot do cilja. Uporaba informacijske tehnologije v športu sama po sebi najbrž ne bo povečala števila športno dejavnih. Zanesljivo pa bodo športne organizacije z uporabo informacijske tehnologije povečale svojo konkurenčno prednost in svojim uporabnikom ponudile bolj kakovostne storitve.

Strateški načrt informatizacije na področju športa (1) opredeljuje pospeševanje elektronskega povezovanja predvsem s spodbujanjem in samim vlaganjem v informacijsko tehnologijo z uporabo elektronskega poslovanja na področju športa ter z vzpostavljanjem informacijskega partnerstva ter dvigovanjem ravni splošne informacijske kulture na področju športa.

Informatizacija na področju športa bo s pospeševanjem elektronskega povezovanja korenito posegla tudi v sam razvoj športne družbe. Kot posledico lahko dolgoročno pričakujemo predvsem povečanje števila dejavnih udeležencev v športu, večje število zaposlenih v športu, večje prihodke v športnih organizacijah ter boljše kakovost športnih produktov in hitrejši razvoj vseh pojavnih oblik športa.

Informatizacija poslovnih procesov je nova priložnost za športne organizacije na področju športa za vse

Uporabljati sodobno informacijsko tehnologijo pomeni misliti drugače. Ne predstavljamo si, da bi v športnih organi-

"MOVE FOR HEALTH" AND MAINTAIN OUR HEALTH

DESCRIPTORS: physical activities; health promotion

ABSTRACT - Many scientific researches prove that daily moderate sporting activities maintain and strengthen health, our invaluable worth. But mere recognition of this fact does not help us organize the day so that it will include also the time and energy for sporting recreation. It is a matter of lifestyle, including a multitude of related attitudes. And the changing of attitudes is a longlasting, demanding and complicated process. To stimulate and enhance this process, the national action "Move for Health" has been launched by the Ministry of Education, Science and Sports, together with numerous partners. The action is supported by three pillars that enable the realization of its basic mission, i. e. to increase the number of physically/sporting active population of Slovenia by two percent yearly. The first pillar is the informatization on the domain of sporting, the second an advertising campaign all year around, consisting of corporative and product advertising, and the third an integral system for professional qualification on the domain of sports recreation.

zacijah delali na enak način kot pred desetletjem, pri tem pa bi uporabljali sodobno informacijsko tehnologijo. Vodilni v športnih organizacijah bodo postopno spreminjali način mišljenja in s tem tudi delovanja.

Reorganizacija poslovnih procesov in s tem racionalizacija stroškov je za delovanje športnih organizacij priložnost, ki je ne smejo zamuditi. Uporaba elektronskega poslovanja danes pomeni za športne organizacije prihodnost. Spletna tehnologija in na njej zasnovane aplikacije so temelj učinkovitega in preglednega poslovanja športnih organizacij.

Pri vsem tem ne gre samo za navajanje na uporabo osebnega računalnika na delovnem mestu; gre tudi za prilagajanje poslovnemu procesu, ki se zaradi uporabe informacijske tehnologije povsem spremeni (2).

Informatizacija na področju športa ni dogodek, ki se zgodi čez noč, temveč proces, ki traja nekaj let. Pogoj za uspeh projekta je uresničevanje sprejetega strateškega načrta iz leta 2000 ter vzpostavitev informacijskega partnerstva med športnimi organizacijami in športnim informacijskim centrom.

Informacijska infrastruktura na področju športa za vse kot javna dobrina

Informacijska infrastruktura na področju športa za vse, ki jo razvija ŠPiC, deluje v medomrežnem okolju, vsem športnim organizacijam je na uporabo 24 ur dnevno, 7 dni v tednu in 365 dni v letu. Športne organizacije lahko informacijsko infrastrukturo uporabljajo brezplačno kadar koli in kjer koli, za

uporabo pa potrebujejo dostop do interneta in spletni brskalnik.

Arhitektura informacijskega sistema temelji na treh ravneh. Prvo raven predstavlja podatkovno skladišče, drugo raven uporabniške aplikacije, tretjo raven pa uporabniki. Storitve ŠPiC lahko uporabniki brezplačno uporabljajo v okviru tehnološkega in aplikacijskega servisa. Aplikacijski servis predstavlja drugo raven v arhitekturi informacijskega sistema. Je vmesnik med uporabniki in podatkovnim skladiščem.

Aplikacijski servis predstavljajo trije podsistemi. V podsistemu za elektronsko poslovanje spletne aplikacije podpirajo zajem, obdelavo in izmenjavo podatkov. V podsistemu za podporo odločanju aplikacije podpirajo obdelavo podatkov, shranjenih v podatkovnem skladišču, in pripravo informacij za podporo odločanja. V podsistemu za obveščanje spletni portali publicirajo podatke in informacije do strokovnih ter drugih javnosti. Na področju športne rekreacije smo razvili spletni portal www.razgibajmozivljenje.net, kjer brezplačno zbiramo in objavljamo ponudbo in programe športne rekreacije.

Športne organizacije lahko v okviru tehnološkega servisa uporabljajo tudi prostor na spletnem in poštnem strežniku.

Informacijsko partnerstvo

S sodobno informacijsko tehnologijo organizacije lahko elektronsko ne le izmenjujejo podatke, ampak jih v bazah podatkov souporabljajo. To vodi v t. i. informacijsko partnerstvo (3). Ne glede na lastnino podatkov lahko delujejo kot razširjena organizacija ali sistem večjih organizacij. Takšno partnerstvo organizacij zahteva izredno velike naložbe v skupne informacijske sisteme. Sistemi so dragi, zahtevni, zapleteni ter zahtevajo veliko časa za njihovo vzpostavitev. Pogosto je takšen informacijski sistem tako obsežen, da si ga ena sama organizacija ne more privoščiti. Koristi skupnega razvijanja takšnega sistema so večstranske. Udeleženci si razdelijo stroške razvoja in vzdrževanja sistema ter stroške izobraževanja, ki so pri tovrstnih sistemih zelo veliki.

Oblike informacijskega partnerstva lahko razdelimo na partnerstvo skupnega trženja, panožno partnerstvo, partnerstvo med kupcem in dobaviteljem ter partnerstvo z dobaviteljem informacijske tehnologije (2).

Partnerstvo skupnega trženja omogoča, da lahko dve ali več sicer konkurenčnih športnih organizacij prodajajo del svojih storitev prek skupnega informacijskega sistema, del pa vsaka sama. Primer takšnega trženja je, ko več športnih društev oglašuje športnorekreativne programe na področju Ljubljane prek skupnega informacijskega sistema oziroma prek spletnega portala športne zveze Ljubljana.

Spletna aplikacija **Koledar** omogoča bolj kakovostno in racionalno zajemanje in publiciranje podatkov ter informacij na spletnih portalih. Uporabniki storitev bodo bolje obveščeni, zato se bodo tudi lažje in hitreje odločali za vključevanje v programe. Pričakujemo pa lahko tudi večjo konkurenčnost med ponudniki storitev ter s tem posledično bolj kakovostne programe na področju športa za vse.

Panožno partnerstvo lahko opredelimo s partnerstvom športnih zvez v informacijskem sistemu, ki se povezujejo med seboj ne glede na to, da so konkurenti, zaradi povečanja

števila udeležencev v programih. Več aktivnih udeležencev v programih pomeni za športne zveze posledično tudi več finančnih sredstev.

ŠPiC je za športne organizacije in organizacije, povezane s športom, razvil vrsto spletnih aplikacij, ki omogočajo vzpostavljane panožnega partnerstva.

Aplikacija **Koledar** je namenjena vsem organizatorjem oz. izvajalcem vadbe in športnih prireditev. Omogoča pripravo koledarja vadbe in prireditev ter avtomatizirano publiciranje na spletni portal **ŠPiC** oziroma športne organizacije, ki uporablja aplikacijo. Podatke o prireditvah in vadbi lahko souporabljajo vsi elektronski in tiskani mediji pri oblikovanju novic s področja športa za vse.

Pri vodenju strokovnih usposabljanj in licenciranj v posamezni športni panogi lahko vsi nosilci, izvajalci in udeleženci uporabljajo aplikacijo **ŠPaK**. Podpira vodenje procesa strokovnega usposabljanja na področju športa za vse, za programe, ki jih je potrdil Strokovni svet za šport Vlade Republike Slovenije. Podatke o usposobljenih kadrih s področja športa za vse se lahko kasneje uporabi za pomoč pri zaposlovanju ter načrtovanju kadrovske politike.

ŠPiC je za športne organizacije, ki se financirajo tudi iz javnih financ, razvil spletno aplikacijo **Razpisi**. Aplikacija podpira enostavnejšo in cenejšo pripravo kandidatur na javne razpise Ministrstva za šolstvo, znanost in šport ter Fundacije za šport. Aplikacija športnim organizacijam prihrani čas predvsem pri večkratnem vnašanju istih podatkov na različne obrazce. Ministrstvu in fundaciji pa omogoča vodenje celotnega postopka; vse do priprave odločitvenih obrazcev, na podlagi katerih se razdelijo sredstva.

Dober informacijski sistem je pogoj za proučevanje in izvajanje politike ter za razvoj temeljnih dejavnikov na področju športa za vse na lokalni in nacionalni ravni. V razvitejših gospodarskih panogah se na tem področju uporablja direktorski informacijski sistem - **DIS**, ki omogoča izdelavo kakovostnih analiz, na podlagi katerih temeljijo odločitve za načrtovanje in izvajanje produkcije. Na področju športa za vse je ŠPiC pripravil vrsto odločitvenih orodij, ki temeljijo na podatkovnem skladišču in z objektivnimi podatki dajejo kakovostne podlage za odločanje. Predstavniki v športnih organizacijah lahko na **ŠPiC Portalu** že sedaj dostopajo do nekaterih podatkov. S tem so postavljeni temelji za bolj kakovostno oblikovanje politike, na nekaterih področjih športa za vse, kot so organiziranost, finance, kadri, investicije ter izvajanje storitev športa za vse.

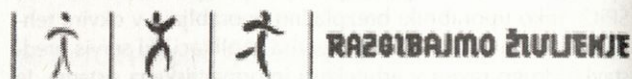
Na področju športa za vse v povezavi z zdravjem lahko učinkovita izraba informacijskega sistema odpre nove možnosti. Kot primer lahko navedemo možno partnerstvo med informacijskim sistemom ŠPiC in kartico zdravstvenega zavarovanja **ZZZS**. Pametna kartica zdravstvenega zavarovanja bi lahko dobila novo funkcijo v skrbni za zdravje. Povezava med zdravstvom in športom bi prinesla kakovostne premike pri oblikovanju in uresničevanju recepta za zdravo življenje. Lahko bi se vzpostavil sistem za spodbujanje in spremljanje zdravega načina življenja v programih športa za vse. Programi bi bili lahko pripravljani do take ravni, da bi uporabnike teh programov nagrajevali z ustreznimi bonitetami pri zdravstvenem zavarovanju. Mogoče bi bilo pričakovati tudi pozitivne ekonomske učinke v zdravstveni in športni blagajni.

Partnerstvo z dobaviteljem informacijske tehnologije je v Sloveniji še zlasti na področju športa za vse posebnega pomena. Športne organizacije nimajo dovolj niti finančnih sredstev niti kadrov, da bi lahko vzpostavile svoj informacijski sistem. Zato ŠPiC kot nosilec projekta informatizacije na področju športa v Sloveniji omogoča športnim organizacijam uporabo spletnega strežnika, uporabo spletnih aplikacij ter varovanje medsebojnih pravic v informacijskem sistemu. Poleg tega športnim organizacijam nudi usposabljanje in svetovanje pri uporabi informacijskih rešitev ŠPiC ter posredno reinženiririnskega poslovanja.

Oglaševanje je pravica vedeti in izbrati

Zasnovali smo celostno grafično podobo, in sicer na tak način, da smo povsem prenovili v osemdesetih letih uspešno predstavljeno oglaševalsko akcijo "Razgibajmo življenje". V obliki pismenk smo izrazili enostavna in bolj zapletena gibanja, ki predstavljajo zaščitni znak akcije. Kreativno in izvirno smo zasnovali tipografijo pozicijskega slogana akcije Razgibajmo življenje in tako sestavili prepoznaven, jasen

in lahko zapomnljiv logotip, ki ga bodo uporabljali vsi nacionalni partnerji pri promociji. S tovrstnim pristopom bomo lahko dosegli večje sinergijske učinke in racionalizirali oglaševanje.



Slika 1. Pozicijski logotip akcije "Razgibajmo življenje"

Korporativno oglaševanje

S tem oglaševanjem želimo ljudi ozavešiti, kako potrebna je vsakodnevna telesna dejavnost, saj je gibanje vendarle elementarni vir zadovoljstva, zdravja ter kakovostnega življenja. Cilj korporativnega oglaševanja je sistemsko predstavljati in spodbujati dejaven ter razgiban življenjski slog in zdrav način življenja, ki ga odlikujejo sobivanje z naravo, zdravju prijazna prehrana, izogibanje poživilom in mamilom, druženje ter pozitiven, optimističen pogled na svet. Rdeča nit oglaševanja

Slika 2. Spletni portal Razgibajmo življenje

je predstavljanje spletnega naslova, kjer je mogoče brezplačno pridobiti konkretne podatke o športnorekreativni ponudbi: dogodkih, programih, prireditvah, tekmovanjih, nasvetih...

Produktno oglaševanje

Produktno oglaševanje je v kombinaciji s korporativnim ali pa posamezno namenjeno oglaševanju konkretnih kakovostnih izdelkov na področju športne rekreacije. S tovrstnim oglaševanjem želimo predstaviti tako programe kot njihove izvajalce, pospeševati vključevanje vanje in nasploh spodbuditi zanimanje zanje.

Znanje je moč

Usposabljanje strokovnih delavcev

S pomočjo strokovnega usposabljanja želimo prirediteljem, organizatorjem in izvajalcem zagotoviti optimalno količino znanja, izkušenj in spretnosti, ki so pomembne za kakovostno načrtovanje, prirejanje in izvajanje športnorekreativnih programov. Naši partnerji, večje nacionalne športne organizacije na področju športne rekreacije, so zasnovali programe usposabljanj, ki jih izvajajo s sodelovanjem Fakultete za šport - Inštituta za šport.

Usposabljanje prostovoljcev

Prostovoljno delo na področju športa je neprecenljive vrednosti, zato ga tudi na nacionalni ravni organizacijsko in finančno podpiramo, še zlasti zato, ker je v času tranzicije to

delo izgubilo na veljavi in je upadal tudi delež prostovoljnega dela v športnih organizacijah.

Usposabljanje uporabnikov športnorekreativnih programov

Človekova gibalna dejavnost je lahko zelo preprosta ali pa nadvse zapletena. Zato govorimo o gibalni/športni dejavnosti, kjer gre pri gibanju za povsem preprosta in običajna gibalna opravila, kot sta hoja in tek, in za enostavnejša gibalna opravila, ki prav tako krepijo zdravje - na primer sprehajanje ali delo na vrtu. Za tovrstne dejavnosti ne potrebujemo posebnega učenja. Za bolj zapletena gibalna opravila, ki nam omogočajo zahtevnejše gibanje, kot so denimo plavanje, smučanje, igre z žogo itd., pa potrebujemo določeno gibalno predznanje in skrben ter natančen postopek učenja. Uporabniki prav tako potrebujejo svetovanje, katere športne dejavnosti so zanje najprimernejše, kolikokrat in v kakšnem obsegu ter s kakšno obremenitvijo naj se z njimi ukvarjajo, da ne bo prišlo do poškodb in morebitnih negativnih posledic zaradi preobremenitve. Zato načrtujemo sistem in mrežo strokovnih svetovanj.

Literatura

1. Kolenc M. Strateški načrt informatizacije na področju športa v Sloveniji. Ljubljana: Zavod za šport Slovenije, 2000.
2. Gričar J. Vplivi uporabe informacijske tehnologije na reorganiziranje procesov. Univerza v Mariboru: Fakulteta za organizacijske vede, 1999.
3. Kinsky Benn R, McFarlan FW. Information partnership - shared data, shared scale. Harvard Business Review 1990; september-oktober: 114-120.
4. Hamer M, Champy J. Reengineering the corporation - a manifesto for business revolution. New York: HarperBusiness, 1993.
5. Ministrska deklaracija, Uporabna informatika 1997; letnik 5, št. 3.
6. Retar I. Trženje športa za vse, Ljubljana: Športna unija Slovenije, 1996.

TELESNA DEJAVNOST - VAROVALNI DEJAVNIK ZA ZDRAVJE SRCA IN OŽILJA

Zlatko Fras

UDK/UDC: 616.132.2

DESKRIPTORJI: kardiovaskularne bolezni; telesna aktivnost

IZVLEČEK - Aktivni življenjski slog in gibanje sta pomembna varovalna dejavnika zdravja, vse pogostejše pa ju uporabljamo tudi pri zdravljenju bolezni. Telesna dejavnost ščiti pred večino kroničnih nenalezljivih bolezni, aterosklerozo (še posebej na koronarnih arterijah), hipertenzijo, možgansko kapjo, od insulina neodvisno sladkorno boleznijo, osteoporozo in rakom širokega črevesa. Epidemiološki podatki kažejo, da pomeni telesna nedejavnost najmanj dvakrat večjo ogroženost za nastanek in napredovanje koronarne bolezni, podobno kot drugi poglavitni neodvisni dejavniki tveganja za aterosklerozo (zvišan holesterol, kajenje in hipertenzija). Telesna vadba zmanjšuje obolevnost in umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni tako prek neposrednih (delovanje na srčno-žilni sistem) kot posrednih mehanizmov (modifikacija prisotnosti in intenzivnosti delovanja znanih dejavnikov tveganja). K izboljšanju našega zdravja in daljšemu življenju prispevajo vse oblike gibanja in telesne vadbe, ki jih vzdržujemo daljše obdobje.

Uvod

Na podlagi številnih raziskav na živalih in ljudeh, ki so bile opravljene v zadnjih štirih desetletjih, imamo danes na voljo prepričljive dokaze, da pomeni telesna nedejavnost enega od neodvisnih dejavnikov tveganja za aterosklerozo, ki predstavlja osnovo največjemu deležu pojavnih oblik bolezni srca in ožilja. Po epidemioloških podatkih je mogoče telesni nedejavnosti pripisati približno 12% vseh in 20% smrti zaradi srčno-žilnih bolezni (SŽB) (1, 2). Z metaanalizo 27 kohortnih študij so ugotovili, da je relativno tveganje za smrt v sedečih skupinah 1,9-krat (1,6- do 2,2-krat) tolikšno kot v skupini redno telesno dejavnih preiskovancev (3). V skupini 45-50 let starih moških, ki opravljajo lahko fizično delo, so v primerjavi s fizičnimi delavci ugotovili celo 4,0- do 5,0-krat večjo ogroženost s SŽB (4). Za odrasle srednjih let in starejše ljudi je znana obratnosorazmerna povezanost med količino tedenske telesne dejavnosti v razponu 700-2000 kilokalorij energetske porabe in umrljivostjo zaradi vseh in SŽ vzrokov (5, 6). Redna aerobna telesna vadba izboljša telesno zmogljivost in ima pomembno vlogo tako v primarni kot sekundarni preventivi SŽB ter podaljšuje življenje (7-10).

V nekaterih manjših raziskavah so dokazali tudi, da je telesna nedejavnost povezana s pogostejšim pojavljanjem raka prostate, pljuč in dojke ter depresije. Po drugi strani tudi ni več sporno, da primerna telesna dejavnost pomaga pri rehabilitaciji bolnikov s SŽ in drugimi kroničnimi boleznimi (11).

PHYSICAL ACTIVITY PROTECTS AGAINST CARDIOVASCULAR DISEASES

DESCRIPTORS: cardiovascular diseases; physical activities

ABSTRACT - Active lifestyle and motion are important health protective factors, and nowadays more and more frequently used also as a therapeutic measures in various disease states. Physical activity protects against most of the chronic noncommunicable disorders, atherosclerosis (especially on coronary arteries), hypertension, stroke, non-insulin dependent diabetes mellitus, osteoporosis and colorectal carcinoma. Epidemiologic data clearly show that physical inactivity represents at least 2-times greater relative risk for development and complications of coronary artery disease, similar to other most important and well known independent risk factors for atherosclerosis (high cholesterol, smoking and hypertension). Regular physical activity reduces morbidity and mortality due to cardiovascular diseases both through direct (influence on cardiovascular system) and indirect mechanisms (modification of presence and intensity of action of known risk factors). Continuous, life-long motion and physical activity of all kinds help in improvement of our health and prolongation of human lifespan.

Za prepričljive pozitivne učinke na zdravje ni potrebna zelo intenzivna telesna dejavnost, ampak zadostuje že zmerno gibanje. Primer zadovoljive in vsem starostnim skupinam v populaciji dostopne oblike gibanja je redna hitra hoja. Hoja je oblika gibanja, ki jo posameznik lahko verjetno najenostavneje vgradi v svoj življenjski slog in dnevno rutino. Primer take rutine je na primer pešačenje do službe in nazaj 2-4 ali več kilometrov dnevno. Po najnovejših izsledkih hoja zmanjša zbolevnost za SŽB pri starejših moških (12). Redna dnevna hoja 11-20 minut zmanjša tveganje za hipertenzijo za 12%, 21 minut in več pa za 24%. Če dodamo redni hoji še dodatno rekreacijo 1-krat tedensko, se tveganje za hipertenzijo zmanjša za kar 38%. Zaradi pozitivnih učinkov t. i. zmerne telesne dejavnosti na zdravje (HEPA; Health Enhancing Physical Activity) je zato za zdravje nacije in posameznika pomembno, da se čim več ljudi redno oziroma čim pogostejše zmerno giblje (13).

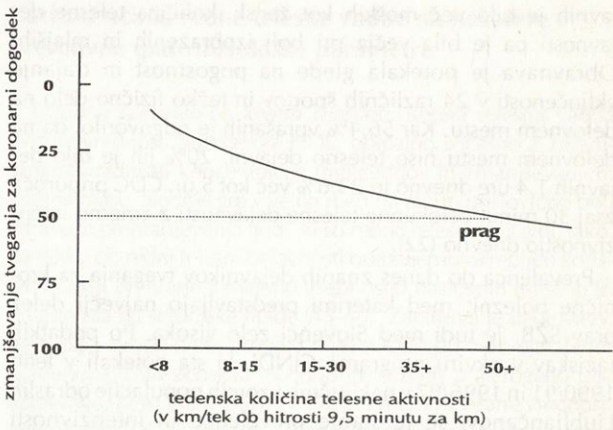
Še zdravim ljudem, pa tudi bolnikom, zato priporočamo tiste vrste gibanja, ki so jim najljubše, ki jih najlažje vključijo v svoj vsakdanjik in ustrezajo njihovim telesnim zmogljivostim, starosti in zdravstvenemu stanju. Na ta način se trudimo, da bo postalo več gibanja priljubljen in nepogrešljiv del življenja kar najširšega kroga ljudi. Dandanes dostopni podatki narekujejo potrebo po oblikovanju tako individualiziranih programov telesne vadbe za zelo ogrožene kot tudi populacijsko usmerjene programe spodbujanja telesne dejavnosti, da bi aktivni življenjski slog kar najbolj razširili na celotno življenjsko obdobje.

Epidemiološke populacijske raziskave

Rezultati več kot 50 objavljenih raziskav dokazujejo, da deluje gibanje zaščitno na srce in ožilje, predvsem na ogroženost s koronarno boleznijo. V zgodnjih raziskavah s tega področja so spremljali SŽ dogodke pri ljudeh različnih poklicev. Primerjali so zaposlene na pošti z manj aktivnimi javnimi uslužbenci, avtobusne sprevodnike s šoferji, železniške vzdrževalce in kretničarje s prodajalci vozovnic, kmetovalce z nekmetovalci, pismonoše s poštnimi uradniki itn. (14-18). V vseh omenjenih primerjavah so ugotavljali od 2- do 5-krat manjšo umrljivost v skupinah telesno dejavnejših.

V raziskavah populacije študentov s Harvarda (Harvard alumni) in britanskih javnih uslužbencev (UK Civil Service Study) je bilo merjenje količine in intenzivnosti dnevne telesne dejavnosti dokaj natančno. Prav ti raziskavi sta med epidemiološkimi pokazali doslej najbolj prepričljiv zaščitni učinek telesne dejavnosti. Študija britanskih javnih uslužbencev je pokazala, da pomeni intenzivna telesna vadba v prostem času kar za 30% manj SŽB (19). V raziskavi s Harvarda so dokazali, da redna, trenutna in stalna (kontinuirana) telesna dejavnost pomembno zmanjša celokupno in SŽ umrljivost, z večletnim spremljanjem skupine stalno nedejavnih so namreč ugotovili za 23% večje tveganje za smrt iz katerega koli vzroka in za 41% več smrti zaradi SŽB (20) (slika 1).

Ena od pomembnejših ugotovitev te raziskave je, da je pomembno stalno ukvarjanje s telesno dejavnostjo, saj skupina odraslih, ki so bili telesno dejavni med študijem, kasneje pa ne več, ni bila nič manj ogrožena od skupine stalno nedejavnih posameznikov. Isti avtorji so poročali tudi o relativnem in splošno pripisljivem tveganju za SŽ umrljivost pri telesno nedejavnih ljudeh. Čeprav je na primer telesna nedejavnost kot posamičen neodvisni dejavnik tveganja za aterosklerozo manj pomembna od kajenja, zvišanih vrednosti holesterola ali hipertenzije, ji je mogoče prav zaradi velike prevalence pripisati bistveno pomembnejšo vlogo ali družbeno pripisljivo tveganje. Če gledamo na telesno nedejavnost s tega vidika, jo je mogoče po pomenu uvrstiti kar na drugo mesto med glavnimi dejavniki tveganja, takoj za kajenjem (tabela 1).



Slika 1. Zmanjšanje incidence koronarnih dogodkov v populaciji študentov s Harvarda glede na njihove navade v zvezi s telesno dejavnostjo. V okviru različnih dejavnosti porabljena energija je prikazana v obliki tedensko prehojene/pretečene razdalje (prirejeno po (20))

nih ugotovili kar za 40% manjšo celokupno umrljivost od skupine najmanj dejavnih. Koristen učinek je bil močnejši pri moških. Pomemben zaključek te študije je tudi že poprej nakazano dejstvo, da je za zmanjšanje celokupne umrljivosti bistveno bolj pomembna trenutna, redna in stalna, ne pa poprejšnja telesna vadba in da nikoli ni prepozno za začetek redne dejavnosti (21). Tudi Blair in sod. so poročali o manjši ogroženosti ljudi, ki so postali redno dejavni šele v odrasli dobi (za 44% manjše relativno tveganje za smrt iz vseh vzrokov in 52% manjša SŽ umrljivost) (6).

Raziskave med odraslimi prebivalci ZDA so pokazale, da jih je v prostem času telesno nedejavnih kar 2/3 ali več. V eni od starejših raziskav so ugotovili, da je bilo kar 25% Američanov, starejših od 18 let, telesno popolnoma nedejavnih, 55% jih je bilo zmerno dejavnih, a nezadostno, 20% pa je bilo glede na splošna priporočila strokovnih združenj dejavnih v zadostni meri za zaščito srca in ožilja. Kar pri 40% starejših od 55 let so ugotovili sedeči življenjski slog (23). V nedavno objavljeni študiji, ki je potekala pod okriljem CDCP

Tabela 1. Prirejeno relativno in predvidljivo tveganje za smrt (zaradi vseh vzrokov) v populaciji študentov s Harvarda, 1962-1978; n=16,936 (prirejeno po (20))

Skupinska značilnost	Prevalenca (človek - leta v %)	Relativno tveganje za smrt (95% CI)	Klinično pripisljivo tveganje (%)	Družbeno pripisljivo tveganje (%)
Sedeči življenjski slog (<2000 kcal/teden)	62,0	1,31 (1,15-1,49)	23,6	16,1
Hipertenzija (zdravnikova diagnoza)	9,4	1,73 (1,48-1,94)	42,1	6,4
Kajenje cigaret	38,2	1,76 (1,56-1,99)	43,2	22,5
Majhna ↑ telesne teže (<3 enote BMI po koncu koledža)	35,1	1,33 (1,17-1,51)	24,6	10,3
Zgodnja smrt staršev (<65 let)	33,1	1,15 (1,02-1,30)	13,1	4,8

Tudi na osnovi 16-letnega spremljanja Framinghamske populacije so pri 2.372 vključenih preiskovancih, ki ob drugem pregledu (1969-1973) niso imeli očitne SŽB, pri posameznikih iz zgornje tretjine po telesni dejavnosti razvršče-

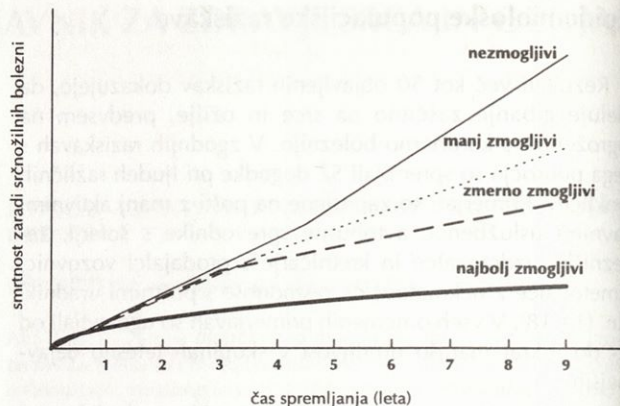
(Centers for Disease Control and Prevention), v njej so obravnavali podatke o telesni dejavnosti 20.766 zaposlenih odraslih Američanov, so ugotovili, da jih je bilo 31,5% zmerno telesno dejavnih in le 4,6% zelo telesno dejavnih. De-

javnih je bilo več moških kot žensk, količina telesne dejavnosti pa je bila večja pri bolj izobraženih in mlajših. Obravnava je potekala glede na pogostnost in trajanje vključenosti v 24 različnih športov in težko fizično delo na delovnem mestu. Kar 56,4% vprašanih je odgovorilo, da na delovnem mestu niso telesno dejavni, 20% jih je bilo dejavnih 1,4 ure dnevno in 23,6% več kot 5 ur. CDC priporoča vsaj 30 minut celokupne telesne dejavnosti z zmerno intenzivnostjo dnevno (22).

Prevalenca do danes znanih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, med katerimi predstavljajo največji delež prav SŽB, je tudi med Slovenci zelo visoka. Po podatkih raziskav v okviru programa CINDI, ki sta potekali v letih 1990/91 in 1996/97 v naključnih vzorcih populacije odraslih Ljubljancanov, se je stanje prevalence in intenzivnosti glavnih neodvisnih dejavnikov tveganja za aterosklerozo in druge kronične nenalezljive bolezni med obema pregledoma celo nekoliko poslabšalo. Zmanjšala se je tudi stopnja telesne dejavnosti; tako naj bi bilo primerno telesno dejavnih za zaščito pred SŽ boleznimi le tretjina odraslih, delež mejno dejavnih se je zmanjšal s 50% na 40%, najbolj zaskrbljujoč pa je vsekakor podatek, da se je zelo povečal delež telesno povsem nedejavnih, s 15% na 25% (33). Podatki so primerljivi s poročili iz drugih evropskih držav, na primer Velike Britanije (*Dunbar National Fitness Survey in Heartbeat Wales Study*).

V veliki kohorti norveških moških, ki so jo spremljali 16 let, so v skupini, ki je predstavljala zgornjo kvartil telesne zmogljivosti, ugotovili kar za 46% manjšo umrljivost zaradi katerega koli vzroka, tveganje za smrt pa je bilo manjše predvsem na račun manj umrlih zaradi SŽ vzrokov, tudi potem, ko so podatke prilagodili glede na prisotnost drugih znanih SŽ dejavnikov tveganja (24). V nadaljnjem 7-letnem spremljanju so v najbolj telesno zmogljivi kvartili beležili sorazmerno tveganje za smrt iz vseh vzrokov 0,45 (-55%) in 0,47 (-53%) zaradi SŽ vzrokov (25). V prvi vrsti je seveda mogoče takšen rezultat razložiti z zaščitnim delovanjem večje telesne zmogljivosti na srce in ožilje, je pa enakovredna tudi razlaga, da so bolj zmogljivi preiskovanci živeli dlje iz preprostega razloga, ker so bili že ob vstopu v raziskavo bolj zdravi. Znano je namreč, da maksimalna aerobna kapaciteta ni odvisna zgolj od količine in intenzivnosti prostovoljne, redne telesne dejavnosti in nekaterih drugih dejavnikov (ki pomenijo do okoli 60% vpliva), ampak tudi od določenih genetskih dejavnikov (40% vpliva na telesno zmogljivost) (26). Podobno velja tudi za starejše moške, na osnovi analize podatkov 15-letnega spremljanja skupine skoraj 8.000 moških - ob koncu spremljanja so bili v povprečju stari 63 let (v okviru raziskave British Regional Heart Study) (27). Pri telesno najbolj dejavni skupini je bilo relativno tveganje za smrt iz katerega koli vzroka 0,48, za srčno-žilno smrt pa 0,66; v skupini zmerno telesno dejavnih pa 0,50.

V treh ameriških kohortnih raziskavah so merili SŽ telesno zmogljivost (v vseh primerih z obremenitvenim testiranjem na tekoči preprogi) in ne količine opravljene telesne dejavnosti (Dallas Study (28), Lipid Research Clinics Mortality Follow-up Study (29), US Railroad Study (30)). V vseh so ugotavljali od drugih dejavnikov tveganja neodvisno koristnost čimvečje SŽ za zdravje (slika 2).



Slika 2. Umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni glede na raven telesne zmogljivosti. V obdobju večletnega opazovanja je bila umrljivost zaradi srčnih infarktov in možganskih kapi največja pri skupini najmanj zmogljivih in najmanjša pri najbolj zmogljivih (prirejeno po (29))

Z epidemiološkimi raziskavami so torej dokazali obratnosorazmerno povezanost med količino telesne vadbe in ogroženostjo s SŽB, kar pomeni, da zdravju koristi kakršno koli, tudi sorazmerno majhno povečanje redne telesne dejavnosti.

Intervencijske raziskave

O ugodnih učinkih telesne aktivnosti na SŽ zdravje lahko sklepamo tudi na podlagi nekaterih randomiziranih in dokaj dobro nadzorovanih raziskav, v katerih pa so običajno uporabljali intervencijo z več nefarmakološkimi ukrepi hkrati (npr. redna telesna dejavnost, dieta, prenehanje kajenja itd.). Telesna vadba je bila tako vključena le kot del celovitega, kompleksnejšega programa preprečevanja SŽB (bodisi primarne ali sekundarne) (31-35). V večini citiranih raziskav so ugotavljali zelo pozitivne učinke sprememb življenjskega sloga na napredovanje in zaplete ateroskleroze, ki so jih v veliki meri pripisali tudi intenzivni telesni vadbi. Dejansko pa je treba objektivno priznati, da je skoraj nemogoče jasno opredeliti neodvisne učinke telesne vadbe na posamezne dejavnike tveganja, predvsem pa ne njihovega morebitnega medsebojnega delovanja. Do danes tudi še ni znane raziskave, v kateri bi uporabili telesno vadbo kot edini intervencijski ukrep. Poleg tega je pri zelo ogroženih bolnikih velikokrat skoraj nerešljiv problem zagotoviti ustrezno sodelovanje in upoštevanje navodil s strani preiskovancev. Ugotovili so namreč, da je v povprečju po vključitvi v tovrstne intervencijske programe po 6 mesecih telesno dejavnih le še okoli 50% vključenih posameznikov (36).

Nekatere pomembne definicije

Telesno zmogljivost določamo s celotno porabo kisika oziroma aerobno kapaciteto (VO_{2max}), ki predstavlja količino

porabljenega kisika med telesno obremenitvijo (izražamo jo v količini porabljenega kisika na kilogram telesne teže na minuto). VO_{2max} lahko z namenom lažje predstavljivosti za širšo populacijo izrazimo tudi v obliki t. i. metaboličnih ekvivalentov ali krajše **MET** (1 MET pomeni natančneje 3,5 ml porabljenega O_2 /kg telesne teže/minuto).

Telesno vadbo lahko opredelimo kot vzdrževanje redne navade biti telesno dejaven na ravni (intenzivnosti), ki je večja od tiste, na kateri smo aktivni običajno. Mogoče je oblikovati programe za povečanje dinamične, SŽ telesne zmogljivosti, mišične vzdržljivosti ali mišične moči.

Telesni trening je oblika načrtovane, ponavljajoče se dejavnosti, s katero dosežemo izboljšanje splošne telesne zmogljivosti.

Ugodni srčno-žilni učinki redne aerobne telesne dejavnosti

Redna aerobna telesna vadba prispeva k zvečanju SŽ zmogljivosti, saj povzroči **zmanjšanje obremenitve srca** med submaksimalno obremenitvijo, poleg tega pa **ugodno spremeni celokupni profil koronarne ogroženosti** (37). Dobro je znana obratnosorazmerna povezanost med telesno zmogljivostjo in frekvenco srčnega utripanja v mirovanju ter vrednostmi sistoličnega krvnega tlaka.

Med dokazane ugodne SŽ učinke telesnega treninga spadajo **zmanjšanje frekvence srčnega utripa v mirovanju** in frekvenčnega odziva med submaksimalnim obremenitvenim testiranjem, **povečanje srčnega utripnega volumna** v mirovanju in med obremenitvijo, **povečanje največjega srčnega minutnega volumna**, **povečanje maksimalne aerobne kapacitete** (VO_{2max}), **povečanje arteriovenske razlike pO_2** , **učinkovitejšo vazodilatacijo arteriol med telesno dejavnostjo** pa tudi **povečanje števila oziroma gostote kapilar v skeletnih mišicah** (38). Na kateri koli ravni submaksimalnega napa se pri telesno zmogljivejših ljudeh frekvenca srčnega utripa, krvni tlak in aktivnost simpatičnega živčnega sistema povečajo v manjši meri (39-41). Vse opisano prištevamo v okvir izboljšanja srčnožilne (telesne) zmogljivosti. Med presnovne prilagoditve človeškega telesa na redno telesno vadbo spadajo **povečanje oksidativne kapacitete skeletnega mišičja** (povečanje števila in velikosti mitohondrijev), povečanje koncentracije mioglobina v skeletnih mišicah, večja sposobnost za oksidacijo maščobnih kislin za energijo in povečanje količine vskladiščenega glikogena (42).

Nedavno so pri populaciji mladih moških dokazali, da je mogoče že po 10-tedenski redni telesni vadbi (kombinacija aerobne in rezistenčne aktivnosti) izmeriti značilno **povečanje od endotelija odvisne vazodilatacije** brahialne arterije (s pretokom posredovana dilatacija), kar je neposredni kazalec delovanja endotelija (43). Endotelijska disfunkcija, ki je pomembna tako v najzgodnejših obdobjih aterogeneze kot najverjetneje tudi za akutne zaplete ateroskleroze, je posledica pomanjkanja endotelijskega NO (dušikovega oksida), ene od ključnih antiaterogenih molekul, ki poleg delovanja na žilni tonus zavira adhezijo in agregacijo trombocitov, adhezijo monocitov, žilno prepustnost in proliferacijo gladkomišičnih celic (44).

Koristni učinki redne telesne vadbe na nekatere presnovne (pato)fiziološke parametre

Ugodne spremembe krvnih maščob. Redna telesna vadba zvišuje vrednosti holesterola HDL, običajno sočasno z zmanjšanjem vrednosti koncentracije trigliceridov in zmanjševanjem telesne mase. Slednje gre v veliki meri na račun prislovično bolj zdravega prehranjevanja ljudi, ki so redno telesno dejavni, tako, da lahko ob redni telesni dejavnosti opazujemo okrepljen koristen učinek prehrane z majhno vsebnostjo nasičenih maščob in holesterola na serumske lipide (45-48). Zanimiva je ugotovitev, da zgolj s strogo dieto (stopnje II po NCEP) pri zelo ogroženih pomenopavznih ženskah in odraslih moških z aterogeno dislipidemijo, ki so imeli znižan HDL in zmerno zvišane vrednosti holesterola LDL (v območju, kjer še ni indicirano zdravljenje z zdravili), niso uspeli značilno znižati vrednosti LDL; bila pa je uspešna dieta v kombinaciji z redno aerobno telesno vadbo (49). Ti rezultati govorijo v prid priporočilu, da je potrebno pri koronarno zelo ogroženih v obravnavi dislipidemij dieti nujno dodati redno telesno dejavnost. Redna dejavnost vpliva **ugodno na presnovo ogljikovih hidratov** in predstavlja tako preventivo kot eno od oblik zdravljenja insulinske rezistence, motene tolerance za glukozo in sladkorne bolezni (50-52). V populaciji telesno dejavnih je manj debelosti (kombinacija z dieto!), predvsem pa redna vadba ugodno učinkuje v smislu manj škodljive **razporeditve adipoznega tkiva** (53-55). Aktivni ljudje imajo **bolje uravnan zvišan krvni tlak** (56-59), **boljše psihično delujejo** (nadzor oziroma obvladovanje stresnih stanj!), pri njih je manj depresije, so bolj samozavestni in imajo več samozaupanja, manj burno se odzivajo na mentalni stres s spremembami v srčno-žilnem sistemu in nevrohumoralno, imajo manj nekaterih vedenjskih vzorcev tipa A (60-65). Z intenzivnim vzdržljivostnim treningom starejših moških so ugotovili tudi pomembno **zmanjšanje koncentracij fibrinogena** (66) in, nenazadnje, imamo že tudi dokaze o koristnem učinkovanju redne telesne aktivnosti na preprečevanje nekaterih drugih kroničnih nenalezljivih bolezni, na primer osteoporoze in raka (67).

Koristi telesne dejavnosti za mišično moč (rezistenčna vadba) in prožnost

Rezistenčna telesna vadba je koristna za vzdrževanje mišične moči in mišične mase, kostne mineralne gostote, funkcionalne kapacitete/telesne zmogljivosti, pri preprečevanju in/ali rehabilitaciji kostno-mišičnih težav (npr. bolečine v hrbtu/križu). Pri starejših pa dokazano privede do izboljšanja telesne prožnosti in na splošno prispeva k zvečani kakovosti življenja. V primerjavi z aerobno dejavnostjo ima rezistenčna telesna vadba le blage učinke na SŽ dejavnike tveganja (68-71).

Koristi pravilno predpisane vadbe za izbrane SŽ bolnike - telesna dejavnost v sekundarni preventivi SŽ bolezni

Programirana redna telesna vadba se je izkazala za učinkovit ukrep v smislu preprečevanja ponovnih zapletov atero-

sklerotične žilne bolezni (predvsem na koronarnem žilju) pri bolnikih, ki so že utrpeli srčni infarkt. Za telesno dejavne bolnike, vključene v programe srčne rehabilitacije, so z metaanalizo 7 raziskav, v katerih je prevladovalo ukrepanje s telesno dejavnostjo (rehabilitacija s telesnim urjenjem), vključenih pa je bilo več kot 2.000 bolnikov, ugotovili 22% manjše sorazmerno tveganje za SŽ smrt, tveganje za ponovni, neusodni srčni infarkt pa je bilo za 6% večje (72).

Druga metaanaliza randomiziranih raziskav učinkov rehabilitacije po srčnem infarktu, ki je zajela več kot 4.700 bolnikov, je pokazala zmanjšanje celotne in umrljivosti zaradi zapletov SŽB za 20-25%, število nenadnih smrti pa je bilo manjše celo za 37%. V več raziskavah so pri bolnikih po prebolelem srčnem infarktu, ki so bili redno telesno dejavni, dokazali pomembno izboljšanje prekrvitve srčne mišice (kar za 25-54%). Ugodni učinki redne telesne dejavnosti pri znanih bolnikih z aterosklerozo (predvsem v sekundarni preventivi koronarne bolezni) gredo najverjetneje na račun ugodnih sprememb ravni dejavnikov tveganja za aterosklerozo (ugodne spremembe profila koncentracij krvnih maščob in njihove sestave, zmanjšanje neugodnega delovanja kateholaminov na srčno mišico, zmanjšanje krvnega tlaka, prekomerne telesne teže in drugo) (73).

Za bolnike z znano srčno boleznijo sta predpis in izvajanje redne telesne dejavnosti pomembna že med bolnišničnim zdravljenjem, še bolj pa v obdobju po odpustu v domače okolje. Ne gre le za že opisane ugodne učinke telesne dejavnosti na različne SŽ (hemodinamske) in presnovne patofiziološke parametre, pač pa gre ugodne učinke tega dela rehabilitacije pripisati v veliki meri tudi pomoči v premagovanju slabih psiholoških in fizioloških učinkov počitka v postelji. Nadzorovan program telesne vadbe zagotavlja možnost dodatnega medicinskega spremljanja bolnikov, identifikacijo posameznikov s pomembnimi SŽ zapleti ter telesnimi ali kognitivnimi motnjami, ki lahko vplivajo na varnost telesne dejavnosti in, ne nazadnje, omogočanje hitrejši vrnitvi k normalnim dnevnim dejavnostim znotraj meja, opredeljenih z boleznijo. Služi tudi pripravi bolnika in njegovega domačega okolja za optimalno rehabilitacijo po odpustu.

Zaključek

Gibanje je nesporno izrednega pomena za ohranjanje in krepitev vseh vrst zdravja (tudi somatskega in v ožjem pomenu najbolj prav srčno-žilnega) in elementov za opredelitev kakovostnega življenja. S pasivnim načinom življenja so povezani mnogi zdravstveni, posledično pa tudi socialni in ekonomski problemi. Privzemanje načel dejavnega življenjskega sloga omogoča in zagotavlja vključevanje in vzdrževanje ustrezne, redne zmerne telesne dejavnosti na ravni populacije. Še posebej pomembne so znanstvene potrditve pomena in zadostnosti zgolj zmerne, a redne dnevne telesne vadbe v devetdesetih letih 20. stoletja (74). Tovrstna intenzivnost in zvrsti telesne dejavnosti so namreč široko dostopne in sprejemljive za večinski del populacije.

Sestavni del državno organizirane skrbi za zdravje je tudi nacionalni program, politika in strategija povečevanja (krepitev, promocije) zdravja s promocijo gibanja. Za tovrstni

program smo se v Sloveniji odločili v okviru tako imenovanega "projekta HEPA" (od Health Enhancing Physical Activity), ali "telesna dejavnost, ki krepi zdravje". HEPA Network predstavlja eno od sedmih evropskih mrež, ki delujejo na področju krepitev zdravja. Njeno temeljno poslanstvo je razvoj in uresničevanje nacionalnih strategij HEPA. Financira jo Svet Evrope, vanjo pa so poleg 15 članic EU vključene še Estonija, Islandija, Izrael, Norveška, Švica in Slovenija. Glede na dejstva, ki odsklikavajo sedanje stanje pri nas ter na izkušnje modelov Finske (Fit For Life), Severne Irske (Be Active - Be Healthy), Anglije (Active for Life), Nizozemske (Nizozemska v gibanju) in Švice (Allez Hop), pa delovna skupina za pripravo nacionalne strategije HEPA pri Ministrstvu za zdravje od julija 2001 pripravlja nacionalne smernice, ki predstavljajo temeljna priporočila in vsebujejo vse poglavitne prvine in dejavnosti, ki so potrebne za izdelavo nacionalne strategije za povečevanja zdravja s vsakodnevno telesno dejavnostjo (13).

Literatura

1. Powell KE, Thompson PO, Caspersen CJ et al. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Rev Publ Health*, 1987; 8: 253-87.
2. Chandrashekar Y, Anand LS. Exercise as a coronary protective factor. *Am Heart J* 1991; 122: 1723-39.
3. Berlin JA, Colditz GA. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 612-28.
4. Siegel PZ, Brackbill RM, Frazier EL. Behavioral risk factor surveillance, 1986-1990. *MMWR* 1991; 40 (No. 55-4): 1-23.
5. Lee IM, Hsieh CC, Paffenbarger RS Jr. Exercise intensity and longevity in men: the Harvard Alumni Health Study. *JAMA* 1995; 273: 1179-84.
6. Blair SN, Kohl HW III, Barlow CE, Paffenbarger RS Jr, Gibbons LW, Macera CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995; 273: 1093-8.
7. Morris CK, Froelicher VF. Cardiovascular benefits of physical activity. *Herz* 1991; 16: 222-36.
8. Chandrashekar Y, Anand LS. Exercise as a coronary protective factor. *Am Heart J* 1991; 122: 1723-39.
9. Smith SC, jr, Blair SN, Criqui MH, et al, and the Secondary Prevention Panel. Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation* 1995; 92: 2-4.
10. Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, et al. Cardiac rehabilitation as secondary prevention. Clinical practice guideline No. 17. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung, and Blood Institute; October 1995. ACHCPR Publication No. 96-0672.
11. Exercise for health. WHO/FIMS Committee on Physical Activity for Health. *Bull WHO* 1995; 73(2): 135-6.
12. Hayashi T. Osaka Health Study Report. *Ann Intern Med* 1999; 130: 21-6.
13. Vuori I, Paronen O, Oja P. How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Pat Educ Couns* 1998; 33 (Suppl 1): S111-S120.
14. Morris JN, Kagan A, Pattison DC, Gardner MJ. Incidence and prediction of ischaemic heart disease in London busmen. *Lancet* 1966; ii: 553-9.
15. Taylor HL, Kelpetar E, Keys A, Parlin W, Blackburn H, Puchner T. Death rates among physically active and sedentary employees of the railroad industry. *Am J Publ Health* 1962; 52: 1697-707.

16. Taylor HL, Blackburn H, Keys A, Parlin RW, Vasquez C, Puchner T. Coronary heart disease in seven countries. IV. Five-year follow-up of employees of selected US railroad companies. *Circulation* 1970; 41(suppl): 120-139.
17. Zukel WJ, Lewis RH, Enterline PE, et al. A short-term community study of the epidemiology of coronary heart disease. *Am J Publ Health* 1959; 49: 1630-9.
18. Kahn HA. The relationship of reported coronary heart disease mortality to physical activity of work. *Am J Publ Health* 1963; 53: 1058-67.
19. Morris JN, Clayton DG, Everitt MG, Semmence AM, Burgess EH. Exercise in leisure time: coronary attack and death rates. *Br Heart J* 1990; 63: 325-34.
20. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, Hsieh CC. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med* 1986; 314: 605-13.
21. Sherman SE, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB. Exercise: better later than never. *Am Heart J* 1999; 138: 900-7.
22. Anon. Prevalence of Leisure-Time and Occupational Physical Activity Among Employed Adults - United States, 1990. *MMWR* 2000; 49: 420-4.
23. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402-407.
24. Sandvik L, Erikssen J, Thaulow E, Erikssen G, Mundal R, Rodahl K. Physical fitness as a predictor of mortality among healthy, middle-aged Norwegian men. *N Engl J Med* 1993; 328: 533-7.
25. Erikssen G, Liestol K, Bjornholt J, Thaulow E, Sandvik L, Erikssen J. Changes in physical fitness and changes in mortality. *Lancet* 1998; 352: 759-62.
26. Bouchard C, Lesage R, Lortie G, et al. Aerobic performance in brothers: dizygotic and monozygotic twins. *Med Sci Sports Exerc* 1986; 18: 639-46.
27. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Changes in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet* 1998; 351: 1603-08.
28. Blair SN, Kohl HW III, Paffenbarger RS Jr, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women. *JAMA* 1989; 262: 2395-401.
29. Ekelund LG, Haskell WL, Johnson JL, Whaley FS, Criqui MH, Sheps DS. Physical fitness as a predictor of cardiovascular mortality in asymptomatic north American men: The Lipid Research Clinic's mortality follow up study. *N Engl J Med* 1988; 319: 1379-84.
30. Slattery ML, Jacobs DR Jr, Nichaman MZ. Leisure time physical activity and coronary heart disease death: the US Railroad Study. *Circulation* 1989; 79: 304-11.
31. Gould KL, Ornish D, Kirkeeide R, Brown S, Stuart Y, Buchi M, Billings J, Armstrong W, Ports T, Scherwitz L, et al. Improved stenosis geometry by quantitative coronary arteriography after vigorous risk factor modification. *Am J Cardiol*. 1992; 69: 845-53.
32. Maučec-Zakotnik J, Fras Z. Ogroženost odraslih Slovencev s koronarno boleznijo. *ISIS* 2000; 8:
33. Schuler G, Hambrecht R, Schlierf G, Niebauer J, Hauer K, Neumann J, Hoberg E, Drinkmann A, Bacher F, Grunze M, Kubler W. Regular physical exercise and low-fat diet: effects on progression of coronary artery disease. *Circulation* 1992; 86: 1-11.
34. Haskell WL, Alderman EL, Fair JM, Maron DJ, Mackey SF, Superko HR, Williams PT, Johnstone IM, Champagne MA, Krauss RM, Farquhar JW. Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease: the Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation* 1994; 89: 975-90.
35. Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, McLanahan SM, Kirkeeide RL, Brand RJ, Gould KL. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet* 1990; 336: 129-33.
36. Curfman GD. The health benefits of exercise - a critical reappraisal. *N Engl J Med* 1993; 328: 574-6.
37. Trap-Jensen J, Clausen JP. Effect of training on the relation of heart rate and blood pressure to the onset of pain in effort angina pectoris. In: Larsen OA, Malmberg RO, eds. *Coronary Heart Disease and Physical Fitness: Symposium on Physical Fitness and Coronary Heart Disease*. Baltimore, Md: University Park Press; 1971: 111-4.
38. Oberman A, Fletcher GF, Lee J, Nanda N, Fletcher BJ, Jensen B, Caldwell ES. Efficacy of high-intensity exercise training on left ventricular ejection fraction in men with coronary artery disease (the Training Level Comparison Study). *Am J Cardiol* 1995; 76: 643-7.
39. Clausen JP. Effect of physical training on cardiovascular adjustments to exercise in man. *Physiol Rev* 1977; 57: 779-815.
40. Peronnet F, Cleroux J, Perrault H, Cousineau D, de Champlain J, Nadeau R. Plasma norepinephrine response to exercise before and after training in humans. *J Appl Physiol* 1981; 51: 812-5.
41. Palatini P. Blood pressure behaviour during physical activity. *Sports Med* 1988; 5: 353-74.
42. Blomqvist CG, Saltin B. Cardiovascular adaptations to physical training. *Annu Rev Physiol* 1983; 45: 169-89.
43. Clarkson P, Montgomery HE, Mullen MJ, et al. Exercise training enhances endothelial function in young men. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 1379-85.
44. Cook JP, Tsao PS. Is NO an anti-atherogenic molecule? *Arterioscler Thromb* 1994; 14: 653-5.
45. Tran ZV, Weltman A. Differential effects of exercise on serum lipid and lipoprotein levels seen with changes in body weight: a meta-analysis. *JAMA*. 1985; 254: 919-24.
46. King AC, Haskell WL, Young DR, Oka RK, Stefanick ML. Long-term effects of varying intensities and formats of physical activity on participation rates, fitness, and lipoproteins in men and women aged 50 to 65 years. *Circulation* 1995; 91: 2596-604.
47. Williams PT. High-density lipoprotein cholesterol and other risk factors for coronary heart disease in female runners. *N Engl J Med* 1996; 334: 1298-303.
48. Wood PD, Stefanick ML, Williams PT, Haskell WL. The effects on plasma lipoproteins of a prudent weight-reducing diet, with or without exercise, in overweight men and women. *N Engl J Med* 1991; 325: 461-6.
49. Stefanick ML, Mackey S, Sheehan M, Ellsworth N, Haskell WL, Wood PD. Effects of diet and exercise in men and postmenopausal women with low levels of HDL cholesterol and high levels of LDL cholesterol. *N Engl J Med* 1998; 339: 12-20.
50. King DS, Dalsky GP, Clutter WE, Young DA, Staten MA, Cryer PE, Holloszy JO. Effects of exercise and lack of exercise on insulin sensitivity and responsiveness. *J Appl Physiol* 1988; 64: 1942-46.
51. Rosenthal M, Haskell WL, Solomon R, Widstrom A, Reaven GM. Demonstration of a relationship between level of physical training and insulin-stimulated glucose utilization in normal humans. *Diabetes* 1983; 32: 408-11.
52. Kohrt WM, Holloszy JO. Loss of skeletal muscle mass with aging: effect on glucose tolerance. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995; 50: 68-72.
53. Schwartz RS, Shuman WP, Larson V, Cain KC, Fellingham GW, Beard JC, Kahn SE, Stratton JR, Cerqueira MD, Abrass IB. The effect of intensive endurance exercise training on body fat distribution in young and older men. *Metabolism* 1991; 40: 545-51.
54. Despres JP, Moorjani S, Lupien PJ, Tremblay A, Nadeau A, Bouchard C. Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis* 1990; 10: 497-511.
55. Larsson B, Svardsudd K, Welin L, Wilhelmsen L, Bjorntorp P, Tibblin G. Abdominal adipose tissue distribution, obesity, and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288: 1401-1404.

56. Hagberg JM, Montain SJ, Martin WH III, Ehsani AA. Effect of exercise training in 60- to 69-year-old persons with essential hypertension. *Am J Cardiol* 1989; 64: 348-53.
57. Jennings GL, Deakin G, Dewar E, Laufer E, Nelson L. Exercise, cardiovascular disease and blood pressure. *Clin Exp Hypertens* 1989; 11: 1035-52.
58. Hagberg JM. Exercise, fitness and hypertension. In: Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T, Sutton JR, McPherson B, eds. *Exercise, Fitness and Health*. Champaign, Ill: Human Kinetics Publishers; 1990: 455-65.
59. Braith RW, Pollock ML, Lowenthal DT, Graves JE, Limacher MC. Moderate- and high-intensity exercise lowers blood pressure in normotensive subjects 60 to 79 years of age. *Am J Cardiol* 1994; 73: 1124-8.
60. Eysenck HJ, Nias DKB, Cox DN. Sport and personality. *Adv Behav Res Ther.* 1982;4:1-56. Spirduso WW. Physical fitness, aging, and psychomotor speed: a review. *J Gerontol* 1980; 35: 850-65.
61. Crews DJ, Landers DM. A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Med Sci Sports Exerc.* 1987; 19: S114-S120.
62. Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 220-31.
63. Blumenthal JA, Fredrikson M, Kuhn CM, Ulmer RL, Walsh-Riddle M, Appelbaum M. Aerobic exercise reduces levels of cardiovascular and sympathoadrenal responses to mental stress in subjects without prior evidence of myocardial ischemia. *Am J Cardiol* 1990; 65: 93-8.
64. Blumenthal JA, Emery CF, Walsh MA, Cox DR, Kuhn CM, Williams RB, Williams RS. Exercise training in healthy type A middle-aged men: effects on behavioral and cardiovascular responses. *Psychosom Med* 1988; 50: 418-33.
65. Dishman RK. Compliance/adherence in health related exercise. *Health Psychol* 1982; 1: 237-67.
66. Stratton JR, Chandler WL, Schwartz RS, Cerqueira MD, Levy WC, Kahn SE, Larson VG, Cain KC, Beard JC, Abrass IB. Effects of physical conditioning on fibrinolytic variables and fibrinogen in young and old healthy adults. *Circulation* 1991; 83: 1692-7.
67. ACSM position stand on osteoporosis and exercise: American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc* 1995; 27: 1-7.
68. Lee IM. Physical activity, fitness, and cancer. In: Bouchard C, Shepard RJ, Stephens T, eds. *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign, Ill: Human Kinetics Publishers; 1994: 814-31.
69. Stewart KJ, Mason M, Kelemen MH. Three-year participation in circuit weight training improves muscular strength and self-efficacy in cardiac patients. *J Cardiopulmonary Rehabil* 1988;8:292-6.
70. Sparling PB, Cantwell JD, Dolan CM, Niederman RK. Strength training in a cardiac rehabilitation program: a six-month follow-up. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71: 148-52.
71. Ghilarducci LEC, Holly RG, Amsterdam EA. Effects of high resistance training in coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1989;64:866-70.
72. Oldridge N, Guyatt G, Fiske M, et al. Cardiac rehabilitation after myocardial infarction - combined experiences of randomized trials. *JAMA* 1988; 260: 945-50.
73. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 1989; 80: 234-44.
74. Anon. Daily moderate-intensity physical activity recommended for health. *Drugs & Ther Perspect* 1997; 9(1): 9-11.

PREDPISOVANJE TELESNE AKTIVNOSTI ZA PREPREČEVANJE BOLEZNI SRCA IN OŽILJA

Zlatko Fras

UDK/UDC: 616.132.2

DESKRIPTORJI: kardiovaskularne bolezni; telesna aktivnost

IZVLEČEK - Redno gibanje predstavlja pomemben varovalni dejavnik zdravja, vse pogostejše pa ga uporabljamo tudi pri zdravljenju bolezni. Prispevek podaja priporočila za predpisovanje telesne vadbe. Za prepričljive pozitivne učinke redne telesne dejavnosti na zdravje zadostuje že zmerno gibanje. Še zdravim ljudem, pa tudi bolnikom, zato svetujemo tiste zvrsti gibanja, ki so jim najljubše, ki jih najlažje vključijo v svoj vsakdanjik in ustrezajo njihovim telesnim zmogljivostim, starosti in zdravstvenemu stanju. Pred predpisom telesne dejavnosti ocenimo posameznikov zdravstveni status. Za predpisovanje primerne telesne vadbe v primarni preventivi naj velja splošno priporočilo, da je najprimernejša raznolika, redna, zmerna telesna dejavnost. Upoštevamo načelo predpisovanja uravnotežene vadbe, ki naj vsebuje okoli 50% aerobnih dejavnosti ter po 25% vaj za moč oziroma vaj za gibljivost. Vsak predpis telesne vadbe naj za vsako vrsto dejavnosti vključuje določitev pogostosti in intenzitete, posamezniku pa svetujemo tudi glede načina in hitrosti napredovanja v programu redne vadbe. Za pozitiven vpliv na privzemanje dejavnega življenjskega sloga so najprimernejši populacijsko zastavljeni programi ukrepanja, ki vključujejo vplivanje na več dejavnikov tveganja hkrati. Izkazalo se je, da redna telesna dejavnost varuje zdravje ljudi v vseh starostnih skupinah. Še posebej moramo biti pozorni ob koncu odrasčanja, saj prav v tem času največ ljudi preneha s telesno dejavnostjo in prevzame sedeči življenjski slog.

Uvod

Dandanes praktično nihče več ne dvomi, da sodi redno gibanje med temeljne elemente življenjskega sloga, usmerjenega v varovanje zdravja. Mnoge raziskave so dokazale koristnost redne telesne dejavnosti za preprečevanje nastanka, napredovanja in zapletov najrazličnejših vrst kroničnih nealezljivih bolezni, še posebej prizadetosti srčno-žilnega sistema. Pomembno se je zavedati, da aktivni življenjski slog ne pomeni le za približno 50% manjše možnosti za zboleznost in umrljivost za srčno-žilnimi boleznimi (SŽB), pač pa pomembno prispeva k splošni kakovosti življenja. Aktivni ljudje, tudi tisti, ki privzemajo aktivni življenjski slog v odrasli dobi (in ga potem tudi nenehoma vzdržujejo), poleg bistveno ustrežnejšega profila klasičnih dejavnikov tveganja za SŽB bolj psihično delujejo (s sposobnostjo nadzora oziroma obvladovanja stresnih stanj!), pri njih je manj depresije, so bolj samozavestni in imajo več samozaupanja, manj burno se odzivajo na mentalni stres s spremembami v srčno-žilnem sistemu in nevrohumoralno, imajo manj nekaterih vedenjskih vzorcev tipa A (1-6).

PHYSICAL ACTIVITY PRESCRIBED FOR PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES

DESCRIPTORS: cardiovascular diseases; physical activities

ABSTRACT - Regular motion represents and is understood as an important health protective factor and we are using it as an integral part of treatment in many disease states. Few basic recommendations for physical activity prescription are presented. It is moderate physical activity which is enough for important positive effects on people's health. Both patients and also healthy individuals should be prescribed with those types of motion they like most, those most easily incorporated into everyday life and appropriate regarding individual's physical capacity, age and health profile. Before the prescription individual's health profile should be assessed. For the proper physical activity prescription in primary prevention there is a general recommendation, that the most appropriate is regular, moderate activity. The principle of balanced prescription of various types of activity should be followed, with 50% of aerobic activity and 25% of both resistant and flexibility exercises. Every exercise prescription for each type of activity should consist of frequency, intensity and also rate of progression in regular activity programme. The most appropriate positive influence on adoption of active lifestyle represent population oriented intervention programmes incorporating influences on more than one risk factors at the same time. It was also proved that physical activity protects health in all age groups. Special attention must be paid to the end of adolescence, because it is clear that most of the people stop physical activity at this point and acquire sedentary lifestyle.

Do nedavnega smo bili neupravičeno prepričani, da je za vplivanje v smeri privzema aktivnega življenjskega sloga z veliko vsakodnevnega gibanja dovolj in edino, kar je mogoče storiti, posamezniku priporočiti več športnorekreativne dejavnosti. Dandanes pa že vemo, da je tudi za svetovanje v zvezi z gibalno-športno dejavnostjo potrebnega nekoliko več znanja in upoštevanje nekaterih temeljnih elementov, ki jih mora tovrstni predpis vsebovati. Le tako bo telesna vadba koristna, nenevarna in v dolgoročno zadovoljstvo vadečemu posamezniku oziroma populaciji.

Namen predpisovanja redne telesne vadbe

Temeljni namen je izboljšanje telesne zmogljivosti oziroma funkcionalne sposobnosti SŽ sistema. Skrben predpis primerne količine, vrste in intenzivnosti dejavnosti ima pomembno vlogo tudi širše, v okviru promocije zdravja z zmanjševanjem jakosti ali odstranitvijo znanih dejavnikov tveganja za kronične bolezni, pa tudi za zagotavljanje varnosti med telesno vadbo. Pomembno je upoštevati, da je eno os-

novnih vodil predpisovanja posameznih parametrov telesne vadbe upoštevanje specifičnih ciljev za določeno osebo oziroma oblikovanje individualnega programa. "Umetnost" predpisovanja telesne vadbe je v sposobnosti integracije znanstvenih dognanj in poznavanja tehnik obnašanja oziroma vedenja. Poleg doseganja individualnih ciljev vključene-ga posameznika je prvenstveno zaželeni končni rezultat zagotoviti dolgoročno vztrajanje v programu telesne vadbe.

Nekatere nevarnosti telesne vadbe za zdravje

Nenadna smrt (NS) med telesno vadbo je redka in običajno posledica že prisotne SŽB, kar 80-85% NS med vadbo je po doslej znanih podatkih posledica koronarne bolezni. V raziskavah, ki so bile opravljene predvsem v ZDA, so ugotavljali v povprečju 1 NS na 396.000 ur "jogginga" (7) oziroma 1 NS na 565.000 ur aktivnosti v splošnem. V okviru programov SŽ rehabilitacije so zabeležili 0,13-0,61 NS/10⁵ oseb-h (8), kar pomeni 1 NS na 150-800.000 ur aktivnosti oziroma približno enako incidenco kot za telesno aktivnost v splošnem. Splošno velja, da je lahko intenzivna telesna dejavnost sprožilni dejavnik za razvoj akutnega koronarnega sindroma, tveganje med zelo intenzivno dejavnostjo in do 1 uro po njej je od 2- do 6-krat večje kot med zmernejšo dejavnostjo ali v mirovanju. Patofiziološka osnova naj bi bila večja možnost raztrganja aterosklerotične lehe ob povečanju strižnih sil ob nenadnih silovitih povečanjih krvnega tlaka in srčne frekvence. Tveganje se značilno poveča pri dejavnostih, katerih intenzivnost presega 6 MET (9, 10). Tveganje za NS je odvisno od telesne zmogljivosti, velja, da obstaja pri popolnoma neaktivni, t. i. sedeči odrasli osebi tudi do 100-krat večja možnost, da umre med intenzivno telesno dejavnostjo v primerjavi s 5-krat večjim tveganjem pri redno dejavnih. Na osnovi rezultatov omenjenih raziskav lahko še dodatno sklepamo tudi o zaščitem delovanju redne telesne dejavnosti pred akutnimi koronarnimi dogodki, saj pri opazovani skupini redno telesno dejavnih niso beležili povečanega tveganja za srčni infarkt. Zaključimo lahko, da so torej nevarnosti občasne intenzivne vadbe oziroma nenadne intenzivne telesne dejavnosti pri sedečih posameznikih bistveno večje od koristi. Ni odveč ponoviti, da moramo biti še posebej pozorni ob začetku izvajanja programa redne telesne vadbe! Predvsem za posameznike z znano, očitno obliko ateroskleroze velja, da naj bo previdnost pred in med telesno aktivnostjo vedno pred zanesenim navdušenjem nad ugodnimi učinki telesne vadbe, še posebej, kar se tiče intenzivnosti.

Obravnava (ocena) posameznika pred predpisom telesne vadbe

Pred pričetkom redne, najboljše programirane telesne vadbe je potrebno tako pri zdravih posameznikih (primarna preventiva) kot bolnikih z znano, očitno obliko ateroskleroze **oceniti posameznikov zdravstveni status**. Izdelati moramo profil ogroženosti, opredeliti značilnosti bolnikovega obnašanja (vedenja), upoštevati morebitno jemanje zdravil in nenazadnje tudi osebne cilje in želje glede vrste in količine telesne vadbe, kot

jih posameznik izrazi v pogovoru. Pri tem si v prvi vrsti pomagamo z določenimi vnaprej izdelanimi enostavnimi pripomočki za oceno naštetih parametrov, med katerimi so zelo uporabni t. i. **presejalni vprašalniki za oceno zdravja**. Eden najpogostejše uporabljenih in s strani uglednih mednarodnih strokovnih organizacij priporočen vprašalnik je t. i. "Vprašalnik o pripravljenosti za telesno aktivnost" (angl. Physical Activity Readiness Questionnaire ali skrajšano, PAR-Q) (11). Uporabljamo ga za prepoznavanje oseb, pri katerih bi bila pred pričetkom programa telesne vadbe potrebna nadaljnja evalvacija oziroma diagnostična obravnava (specifičnost testa je okoli 80%, občutljivost pa 100%; PAR-Q je namreč načrtovan tako, da oceni oziroma opredeli število "ogroženih" nekoliko pretirano (za okoli 20%) (tabela 1). Na osnovi rezultatov se odločimo za morebitne dodatne diagnostične preiskave. Po obravnavi s pomočjo presejalnega vprašalnika pristopimo k **objektivni oceni posameznika s kliničnim pregledom in oceni njegovega odziva na telesno dejavnost**. Izmerimo mu srčno frekvenco v mirovanju, krvni tlak, posnamemo EKG. V primeru, ko presodimo za potrebno, opravimo **obremenitveno testiranje**. Najbolj objektivno sicer izmerimo posameznikovo telesno zmogljivost z obremenitvenim testiranjem, ki vključuje merjenje izmenjave dihalnih plinov. Oprema za tovrstno testiranje je draga in ni povsod dostopna, zato ni primerna za uporabo na velikem številu testirancev. Na voljo je tudi več prilagojenih, poenostavljenih testov za oceno "indeksa telesne zmogljivosti". Predvsem v okviru primarne preventive uporabljamo npr. Cooperjev test, 6-minutni test hoje, test UKK 2 km. Predvsem slednji se je v zadnjih letih izkazal za zelo primerne za uporabo v populacijskih promocijskih preventivnih programih. V Sloveniji smo v letu 1999 s sodelovanjem projekta CINDI Slovenija in Športne unije Slovenije pričeli izvajati nacionalni projekt "Z GIBANJEM DO ZDRAVJA", v okviru katerega na ta način testiramo posameznike pred pričetkom redne telesne vadbe (12).

Obremenitveno testiranje izvedemo pred pričetkom programa redne telesne dejavnosti **pri srčnih bolnikih, odraslih sedečih posameznikih** (pri moških, starejših od 40, in ženskah, starejših od 50 let, pred pričetkom programa zahtevne telesne vadbe).

Tabela 1. Prilagojeni "Vprašalnik o pripravljenosti za telesno dejavnost" (PAR-Q, Physical Activity Readiness Questionnaire) (prilagojeno po (11)). Če bolnik oziroma "zdrav posameznik", ki namerava pričeti z redno telesno vadbo na 1 vprašanje odgovori z "DA" ali "NE VEM", je potrebna pred pričetkom vadbe natančnejša ocena pripravljenosti na telesno vadbo oziroma zdravniški pregled

1. Ali vam je zdravnik kdaj rekel, da imate bolno srce ali sladkorno bolezen?
2. Ali so vam kdaj izmerili zvišan krvni tlak?
3. Ali redno jemljete kakšna zdravila (na primer za zniževanje krvnega tlaka, za srce)?
4. Vas kdaj med telesno dejavnostjo ali v mirovanju boli v prsih?
5. Ali imate kdaj vrtoglavico, omotico, omedlevico, ali ste že izgubili zavest?
6. Ali ste bili v zadnjem letu resneje bolni ali hospitalizirani?
7. Imate težave s sklepi ali kostmi, ki jih telesna dejavnost poslabša?

8. Ali imate sedaj oziroma ste imeli pred kratkim virusno bolezen ali prehlad?
9. Imate astmo, bronhitis, težko sapo pri hoji po ravnem?
10. Ali menite, da obstaja kakšen razlog, da ste za telesno dejavnost manj sposobni (na primer zaradi bolečin v hrbtu, nosečnosti ali poporodnega stanja) ali potrebujete ob telesni dejavnosti zdravniški nadzor?

Razvrstitev glede na tveganje - po medicinski obravnavi pred pričetkom vadbe

Pregledane osebe lahko razvrstimo v 4 glavne skupine (razrede):

- za **razred A** opredelimo posameznike **brez očitnih znakov bolezni** in naprej v podrazrede: razred A-1 - očitno zdravi, mlajši posamezniki, razred A-2 - očitno zdravi, ne glede na starost, razred A-3 - osebe z zvečanim tveganjem;
- za **razred B** opredelimo bolnike **s stabilnimi oblikami srčno-žilnih bolezni (SŽB)**, sem spadajo primeri z znano, stabilno SŽB z majhnim tveganjem ob intenzivni telesni vadbi, ki pa je vseeno večje kot pri očitno zdravih;
- za **razred C** opredelimo bolnike **s SŽB ob zmernem do velikem tveganju**; to so bolniki z zmernim do velikim tveganjem za srčne zaplete med telesno vadbo in/ali nesposobnostjo za samouravnavanje dejavnosti oziroma razumevanje priporočene ravni dejavnosti;
- v **razred D** uvrstimo bolnike **z nestabilnimi oblikami SŽB**, pri katerih je potrebna omejitev telesne dejavnosti.

Sistematično in individualizirano predpisovanje telesne vadbe – formula FIT(TP)

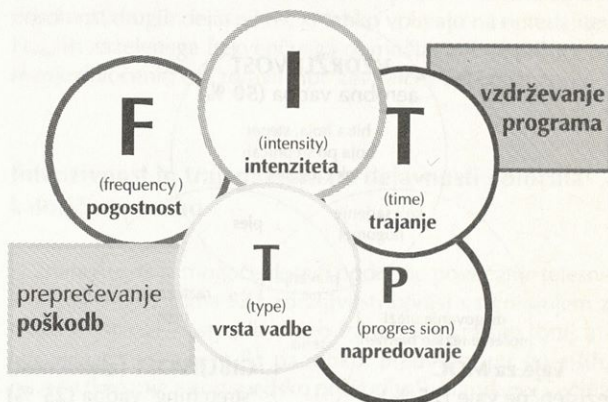
- F = frequency - **pogostnost** (koliko dni tedensko)
 I = intensity - **intenziteta** (npr. lahka, zmerna, huda)
 T = time - **trajanje** (količina za posamezen trening / dan)
 T = type - **vrsta vadbe** (npr. aerobna, za moč, gibljivost)
 P = rate of progression in the programme - **napredovanje** (postopno)

Povečanje srčno-žilne vzdržljivosti oziroma telesne zmogljivosti se kaže v povečanju maksimalne aerobne kapacitete (VO_{2max}), ki je neposredno povezana s FIT; z redno telesno vadbo je mogoče doseči povečanje VO_{2max} za 5-30 %.

Predpis tipa (vrste) telesne vadbe

Največje povečanje maksimalne porabe kisika (VO_{2max}) dosežemo z aerobno vadbo, to je telesno dejavnostjo, ki vključuje predvsem velike mišične skupine in je dolgotrajna, ritmična, aerobna (primeri: sprehod, pohodništvo, tek, stepper, plavanje, kolesarjenje, veslanje, kombinirana ergometrija za roke in noge, ples, drsanje, rolanje, tek na smučeh, plezanje po vrvi ali vzdržljivostne igre). Ob predpisovanju programa in posameznih elementov, ki popisujejo dejavnost,

Slika 1. Shematski prikaz enostavne formule za upoštevanje vseh potrebnih prvin pri predpisovanju telesne vadbe



moramo upoštevati individualno variabilnost v večini in zadovoljstvu. Oboje ima velik vpliv na vztrajanje v programu telesne vadbe in končne rezultate. Predvsem na račun večjega oziroma manjšega vpliva večine za določeno vrsto dejavnosti so le-te razvrščene v nekaj skupin:

- **skupina 1** - dejavnosti, ki jih je mogoče brez večjih težav izvajati s konstantno intenzivnostjo - interindividualna variabilnost v porabi energije je sorazmerno majhna; primerne za natančnejši nadzor intenzivnosti vadbe, kot npr. v zgodnjih obdobjih programa rehabilitacije: hoja, kolesarjenje, ergometrija na tekoči preprogi / kolesu;
- **skupina 2** - dejavnosti, pri katerih je poraba energije zelo odvisna od večine, vendar pa lahko predstavlja za določenega posameznika konstantno intenzivnost; tudi primerne v zgodnjih obdobjih pridobivanja zmogljivosti, vendar pa je potrebno upoštevati vpliv večine (izurjenosti) - primeri: plavanje, tek na smučeh;
- **skupina 3** - dejavnosti, pri katerih tako večina kot intenzivnost lahko zelo variirata; primerne za zagotavljanje skupinskih interakcij in raznolikosti vadbe - pozorno je treba proučiti njihovo primernost za zelo ogrožene posameznike z majhno zmogljivostjo oziroma tiste s simptomi SŽB; upoštevamo in kolikor je mogoče zmanjšamo kompetitivne dejavnike - primeri: športi, ki jih igramo z loparji, in košarka. Za predpisovanje primerne telesne vadbe v **primarni preventivi** naj velja splošno priporočilo, da je najprimernejša **raznolika, redna in zmerna** telesna dejavnost. Upoštevamo načelo predpisovanja **uravnotežene vadbe**, ki naj vsebuje okoli 50% aerobnih dejavnosti (vaje za pridobivanje in vzdrževanje telesne zmogljivosti) ter po 25% vaj za moč (rezistenčna telesna vadba) oziroma vaj za gibljivost, elastičnost, fleksibilnost (slika 2-na naslednji strani).

Vadba za povečanje (vzdrževanje) mišične moči (zmogljivost) - rezistenčna vadba

Pomembna sestavina programov telesne vadbe so vaje, ki služijo predvsem pridobivanju mišične moči. To vrsto aktiv-

Slika 2. Shematski prikaz načela predpisovanja uravnotežene telesne vadbe



nosti imenujemo rezistenčna vadba in jo v klasični obliki izvajamo s prostimi ali fiksnimi utežmi v posebnih orodjih. V okviru promocije telesne dejavnosti za ohranjanje in krepitev zdravja priporočamo krožno vadbo z utežmi oz. orodji, z 10-15 ponovitvami in po 15-30 sekund počitka med posameznimi postajami. Glede izboljševanja telesne zmogljivosti je rezistenčna vadba bistveno manj učinkovita od aerobne, povprečno povečanje VO_{2max} je v območju le okoli 5%. Ima pa ta zvrst telesne vadbe nekatere ugodne presnovne učinke, zmanjša se količina telesnega maščevja, zmerno tudi vrednosti krvnega tlaka, izboljša se toleranca za glukozo.

Povečanje mišične vzdržljivosti je značilno za aktivno vključene mišice. Rezistenčne vaje zmerne intenzivnosti naj bodo integralni del programov za povečevanje (vzdrževanje) mišične moči in telesne zmogljivost in programov rehabilitacije različnih bolezni SŽ sistema. Mišično moč in maso ter vzdržljivost pridobivamo po načelu preobremenitve (po načelu "overload"). Rezistenčna vadba je koristna tudi za povečevanje kostne mase in moči vezivnega tkiva.

Mišično-skeletna elastičnost (fleksibilnost) - pomen ohranjanja gibljivosti

Tretjo zvrst telesne dejavnosti, ki jo predpisujemo v okviru uravnotežene telesne vadbe, so vaje za pridobivanje oziroma vzdrževanje elastičnosti kostno-mišičnega aparata, predvsem v spodnjem delu hrbta in zadajšnjem delu mišičja stegna. Še posebej pomembne so te vaje za populacijo starejših, pri katerih obstaja večja nevarnost oziroma tveganje za pojav bolečine v križu. Poznamo tri glavne skupine vaj za izboljševanje gibljivosti (tipe razteznostnih tehnik):

- **vaje statičnega raztezanja**, kjer gre za počasno raztezanje mišice do točke blagega nelagodja in potem vzdrževanje položaja za daljše obdobje (običajno 10-30 sekund);

- **vaje balističnega raztezanja**, uporabljamo moment, ki se ustvari s ponavljanimi gibi za mišični razteg in
- **razteznostne vaje tipa PNF** (proprioceptivna živčno-mišična facilitacija), pri katerih s kombinacijo spreminjajočih se gibov kontrakcije in sproščanja tako agonističnih kot antagonističnih mišic povzročimo verjetno največje izboljšanje gibljivosti.

Predpisovanje intenzivnosti telesne vadbe

Individualni dejavniki, ki jih je potrebno upoštevati pred določitvijo intenzivnosti vadbe:

- cilji programa telesne vadbe,
- telesna zmogljivost,
- morebitno jemanje zdravil, ki lahko vplivajo na frekvenco srčnega utripa,
- tveganje za SŽ in/ali ortopedsko poškodbo,
- posameznikove želje glede aktivnosti.

Pri predpisovanju intenzivnosti telesne vadbe skušamo, kar je najbolj mogoče, integrirati najpomembnejša potrebna objektivna dejstva, vključno s kar se da zanesljivo opredelitvijo odzivov na telesni napor: hemodinamičnih, presnovnih in percepcijskih in upoštevanjem morebitnih dodatnih podatkov, kot na primer vrednosti ventilacijskega oziroma laktatnega praga. Dokončna analiza naj nam narekuje predpis telesne vadbe, ki bo varna, z intenzivnostjo, ki jo bodo posamezniki tolerirali, in ciljem za doseganje želene kalorične porabe.

Kalorični adaptacijski prag kot osnova za predpisovanje programa telesne vadbe

Načrt vadbe temelji na določitvi kaloričnega praga. Kalorično porabo med telesno dejavnostjo je potrebno razumeti kot posledico interakcij med intenzivnostjo, trajanjem in pogostnostjo vadbe. Nanjo vplivajo interindividualne razlike v večini, koordinaciji in ekonomiki vadbe. Glede na namen izvajanja programa telesne dejavnosti je lahko opredelitev tega praga dokaj različna, pač glede na to, ali želimo izboljšati telesno zmogljivost - povečati VO_{2max} , shujšati ali, preprosto, v splošnem zmanjšati tveganje za prezgodnji razvoj kronične bolezni. Glede na smernice ACSM naj bi bil **minimalni prag 200 kcal/dan** (če predpišemo vadbo 4-krat/teden) in 300 kcal (3-krat/teden), kar pomeni približno **1000 kcal/teden**; za doseganje **optimalne ravni telesne dejavnosti** pa naj bo cilj bližje **2000 kcal/teden**, če to dopuščata splošno zdravstveno stanje in zmogljivost.

Kalorično porabo med vadbo lahko približno ocenimo s formulo, ki pomaga posamezniku razumeti posamezne sestavine predpisa telesne vadbe in obseg vadbe, ki je potreben za doseganje določenih kaloričnih ciljev:

$$METi \times 3,5 \times \text{telesna masa v kg} / 200 = \text{kcal/min}$$

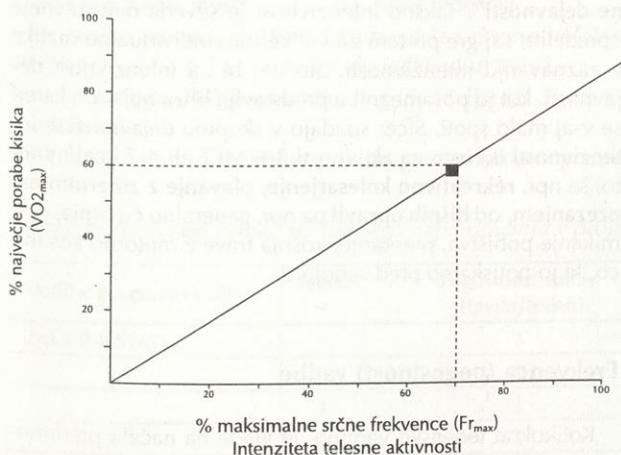
Tabela 2. Nekateri primeri zvrsti telesnih dejavnosti z označeno intenzivnostjo v obliki metaboličnih ekvivalentov - MET (1 MET (metabolični ekvivalent) = 3,5 mL O₂/kg/min)

ležanje	1 MET
hranjenje, oblačenje	2 MET
zmerna hoja (4,8 km/h), biljard, ribolov	3 MET
hoja (5,6 km/h)	4 MET
tenis (dvojice), hoja po stopnicah, kriket	5 MET
tenis (singles)	6 MET
košarka	7 MET
tek (8 km/h)	8 MET
aerobika, planinarjenje	8 MET

Ocena porabe z MET za intenzivnost dejavnosti je dovolj zanesljiva za dejavnosti iz skupine 1, znana pa je znatna variabilnost v dejanski porabi MET za dejavnosti iz skupin 2 in 3. Predpisovanje telesne dejavnosti v obliki MET-ov je še posebej elegantno uporabno za očitno zdrave in posameznike z visoko VO_{2max}.

Metode, ki temeljijo na frekvenci srčnega utripanja

Pri predpisovanju telesne dejavnosti se lahko s pridom poslužimo znane linearne povezanosti med Fr_{max} in VO_{2max} (slika 3). Velja upoštevati nekatere omejitve, kot npr. nekoliko spremenjen odnos med tema parametroma v starejšem življenjskem obdobju ter možnosti interindividualnih razlik. Osnova za določitev frekvenčnega območja predpisane dejavnosti naj bi bilo merjenje srčne frekvence med (sub)maksimalnim stopenjskim obremenitvenim testiranjem, kar pa v



Slika 3. Povezanost med srčno frekvenco in porabo kisika. Srčna frekvenca in poraba kisika naraščata sočasno linearno, če smo vse bolj dejavni. Ker dosežemo največjo srčno frekvenco nekoliko prej kot največjo porabo kisika, sta relativna odstotka nekoliko različna. Vidimo, da 60% VO_{2max} pomeni približno 70% Fr_{max}.

praksi seveda ni vedno izvedljivo. Poslužimo se lahko standardnih nomogramov. Vedno prepišemo priporočeni razpon srčnih frekvenc, ob čemer ne smemo pozabiti na morebitno prisotnost drugih dejavnikov, ki lahko vplivajo na opredelitev Fr_{max} in zaželenega frekvenčnega območja, kot na primer jemanje določenih vrst zdravil (npr. zaviralcev beta receptorjev).

Intenzivnost in trajanje telesne dejavnosti določata kalorično porabo

Znano je, da je mogoče doseči podobno povečanje telesne zmogljivosti oziroma SŽ vzdržljivosti bodisi s treniranjem z majhno intenzivnostjo, ki dolgo traja, ali s krajšim, bolj intenzivnim treniranjem (ki pa lahko, predvsem pri starejših, poveča tveganje za ortopedsko poškodbo!). Dandanes večina programov poudarja treninge z majhno do zmerno intenzivnostjo, ki trajajo dlje - tak pristop naj bi bil primeren za večino posameznikov. Glede intenzivnosti velja splošno priporočilo strokovnih združenj, naj bodo odrasli aktivni na intenzivnosti 60-90% Fr_{max} (kar predstavlja 50-85% VO_{2max} ali rezerve Fr) oziroma pri 40-50% VO_{2max} ob zelo nizki začetni telesni zmogljivosti.

Predpis intenzivnosti aerobne vadbe po metodah določitve območja srčne frekvence

Ciljni srčni utrip je 60-90% Fr_{max}, kar ustreza 50-85% VO_{2max}. Maksimalni srčni utrip (Fr_{max}) določimo najbolj objektivno z obremenitvenim testiranjem, za širšo uporabo (populacijsko), predvsem v primarni preventivi, pa določimo Fr_{max} s formulo:

$$Fr_{max} = 220 \text{ utripov/min} - \text{leta starosti}$$

Določanje območja priporočljivih frekvenc srčnega utripanja med telesno dejavnostjo **po metodi rezerve srčne frekvence** (Karvonenova formula):

$$\text{rezerva Fr} = Fr_{max} - Fr_{mirov}$$

Primer izračuna 50-85% rezerve Fr:

$$\text{tarčno območje Fr} = ((Fr_{max} - Fr_{mirov}) \times 0,50 \text{ in } 0,85) + Fr_{mirov}$$

Predpis intenzivnosti telesne vadbe na osnovi ocene subjektivne zaznave stopnje napora

Pri tem uporabljamo modificirano Borgovo lestvico zaznanega napora (RPE - Rate of Perceived Exertion) (13) (tabela 3). Poslužujemo se je predvsem v primerih, ko predpisujemo intenzivnost telesne vadbe posameznikom, ki imajo težave s palpacijo srčnega utripanja ali v primerih, ko smo soočeni s spremenjenim odzivom frekvenca srčnega utripanja na telesni napor (na primer ob jemanju določenih zdravil). Izvirna Borgova lestvica se razteza številsko v območju 6-20 (napor (RPE): zelo, zelo lahek pomeni vrednost 6-7, zelo lahek 9-10 (kar ustreza približno vrednosti 40% Fr_{max}), kot zmerno težek napor 13 (okoli 75% Fr_{max}), zelo, zelo težek napor pa kot vrednosti 19-20 (100% Fr_{max}). **Območje RPE**, povezano s fiziološko pri-

lagoditvijo na telesno vadbo po tej lestvici je 12-16. Prilagojena lestvica, ki jo skušamo uveljaviti tudi pri nas, ima razpon točkovanja od 1-10 in jo prikazujemo v tabeli 3. Tu ustreza intenzivnosti dejavnosti, ki je primerna za vzdrževanje SŽ zdravja za **območje 4-5** (40-50% Fr_{max}), vrednosti **6-7** (60-85% Fr_{max}) pa predpišemo v programih vadbe za povečevanje SŽ zmogljivosti.

Druga preprosta metoda, ki jo lahko priporočimo kar najširši populaciji "navidezno zdravih" (v primarni preventivi), pa tudi bolnikom z očitnimi oblikami SŽB (sekundarna preventiva), je prilagajanje intenzivnosti vadbe možnosti pogovorjanja med dejavnostjo. Preprosto imenujemo to metodo "**pogovorni test**" in temelji na priporočilu, naj bo posameznik toliko dejaven, da se lahko še brez težav pogovarja s partnerjem med samo dejavnostjo. Ob uporabi tega, za bolnike zelo razumljivega priporočila, bo večina dejavnih pri vsaj 60% Fr_{max} .

Če posameznik akutno zboli (npr. z influenco ali drugo vrsto npr. okužbe dihal), naj z vadbo preneha oziroma zmanjša njeno količino vse dotlej, dokler si ne opomore. Če traja zdravljenje več kot 2-3 tedne, je potrebno telesno vadbo pričeti na nižji ravni, da bi na nek način nadomestili blago izgubo telesne zmogljivosti.

Tabela 3. *Subjektivni odziv na telesno dejavnost - prilagojena lestvica za oceno zaznanega napora (ratings of perceived exertion - RPE), prilagojeno po (13)*

zelo, zelo lahka aktivnost / brez težav	1	
zelo lahka / z lahkoto	2	
precej lahka / še lahko	3	
zmerna / začetna zadihanost	4	40-50% Fr_{max}
precej težka / malo zadihani	5	(za vzdrževanje SŽ zdravja)
težka / zadihani	6	60 - 85% Fr_{max}
zelo težka / utrudljivo	7	(za zvečanje SŽ vzdržljivosti)
zelo, zelo težka / zelo utrudljivo	8	
izmučenost / brez sape	9	
maksimalna / izmučenost	10	

Priporočila za predpisovanje aerobne vadbe

Študije so pokazale, da je za namen zmanjšanja umrljivosti zaradi SŽB najprimernejša vadba z zmerno intenzivnostjo (na ravni 40-60% VO_{2max} ali 4-7 kcal/minuto) (14, 15)) in vključuje dejavnosti, kot so hitra hoja, čiščenje stanovanjskih prostorov, delo na vrtu. Znano je tudi, da so koristi telesne dejavnosti za zdravje povezane tako s količino kot intenzivnostjo dejavnosti. Še posebej pomembno je spoznanje, da največ pridobijo prav posamezniki, ki življenjski slog spremenijo iz sedečega v območje zmerne vsakodnevne telesne dejavnosti.

Z raziskavami v zadnjih letih so dokazali, da je v zmanjševanju ogroženosti za koronarno bolezen hitra hoja praktično enako učinkovita kot intenzivna telesna dejavnost tako

v populacijah žensk (Nurses' Health Study) (16) kot tudi pri starejših moških (17).

Ugledna svetovna strokovna združenja so še pred objavo nazadnje omenjenih rezultatov pomembno spremenila temeljne paradigme priporočenih modelov zvrsti in intenzivnosti telesne dejavnosti, ki so bili osnova za svetovanje glede telesne vadbe v 70. in 80. letih. Dolgo je namreč veljalo konvencionalno prepričanje, da je za zdravje koristna samo intenzivna vadba, ki je bila osnovni element t. i. **modela telesnega treninga za telesno zmogljivost**. Zadnja skupna priporočila ameriških strokovnjakov, vsebovana v skupnih smernicah CDC in ACSM (Center for Disease Control and Prevention in American College of Sports Medicine), pa privzemajo t. i. **model telesne dejavnosti za zdravje**, katerega osnovna značilnost je zasok k spodbujanju zmerne telesne dejavnosti. Ta model edinstveno združuje dve podmeni, in sicer zmerno intenzivnost in uveljavitev možnosti izvajanja intermitentne dejavnosti. Slednje pomeni koncept, ki predpostavlja enake koristne učinke za zdravje, bodisi da dnevno vadimo v eni neprekinjeni epizodi ali v več delih. Takim priporočilom so v veliki meri botrovali epidemiološke ugotovitve koristnih učinkov za zdravje ob aktivnostih, kot je npr. vrtnarjenje ali druga hišna opravila. Ameriškim podobna so britanska priporočila pa tudi skupna priporočila 3 evropskih strokovnih združenj za preprečevanje koronarne bolezni v klinični praksi. Vsa omenjena priporočila pomenijo v prvi vrsti bistveno bolj stvarne cilje za sedečo odraslo populacijo, ki želi zaživeti aktivneje. Ni utemeljenega razloga, da bi jih ne sprejeli in skušali kar najširše udejaniti tudi v Sloveniji.

Glede telesne dejavnosti velja tako splošno priporočilo za odraslo populacijo (skupno priporočilo CDC in ACSM iz leta 1995) (18), pa tudi skupna evropska priporočila več strokovnih združenj s področja srčno-žilne medicine (iz leta 1998) (19): **"večino dni v tednu naj bo odrasla oseba skupno aktivna na zmerni ravni 30 minut ali več."**

Ob citiranih priporočilih je seveda nujno razjasniti nekatere dileme. Prva v vrsti je nedvomno **opredelitev "zmerne dejavnosti"**. Takšno intenzivnost je seveda najtežavneje opredeliti, saj gre pri tem za velike interindividualne razlike v zaznavanju intenzivnosti. Šlo naj bi za intenzivnost dejavnosti, kot jo posamezniku predstavlja **hitra hoja**, ob kateri se vsaj malo spoti. Sicer spadajo v skupino dejavnosti te intenzivnosti (ki ustreza aktivnosti 3-6 MET ali 4-7 kcal/minuto) še npr. **rekreativno kolesarjenje, plavanje z zmernim naporom, od hišnih opravil** pa npr. generalno čiščenje, premikanje pohištva, pleskanje, košnja trave z motorno kosilnico, ki jo potiskamo pred seboj itd.

Frekvenca (pogostnost) vadbe

Kolikokrat tedensko vadimo, je glede na načela predpisovanja vadbe z določitvijo tedenskega kaloričnega praga odvisno od že izpeljane povezanosti z intenzivnostjo in trajanjem telesne vadbe. Ključnega pomena je izhodiščna oziroma trenutna telesna zmogljivost. Če je manjša od 3 MET, predpišemo več kratkih epizod telesne dejavnosti dnevno, v območju 3-5 MET 1-2 epizodi dnevno, ob zmogljivosti nad 5 MET pa 3-5 epizod tedensko. Število opravljenih treningov na

teden seveda ni nujno enako, spreminja se glede na kalorične cilje, želje udeleženca v programu vadbe in omejitve zaradi drugih značilnosti življenjskega sloga (omejitve glede časa, družbe oz. partnerstva med dejavnostjo in podobno).

Trajanje vadbe

Na predpis trajanja velikokrat vplivajo časovne omejitve vključenih "zdravih" posameznikov oziroma bolnikov, ki vplivajo tudi na pogostnost vadbe. Če teh omejitev ni, upoštevamo, kolikor je mogoče, znana razmerja med tveganjem in koristnostjo vadbe oziroma med predpisom raje dolgotrajnejše vadbe z majhno do zmerno intenzivnostjo proti kratkotrajnejši dejavnosti velike intenzivnosti. Povprečne priporočljive energetske (kalorične) cilje je mogoče še najbolje doseči v epizodah dejavnosti, ki trajajo 20-30 minut (v okviru česar sta izključeni obdobje ogrevanja in ohlajanja). **Priporočilo ACSM** (American College of Sports Medicine) (18) glede trajanja je, da naj bi dnevno izvajali 20-60 minut kontinuirane aerobne dejavnosti, ob čemer v začetku programa aerobne vadbe priporočajo epizode trajanja 20-30 minut. Za zelo slabo zmogljive priporočajo dnevno več kratkih epizod po 10 minut. **Skupna evropska priporočila** strokovnih združenj s področja SŽ medicine za preprečevanje koronarne bolezni v klinični praksi (19) si zastavljajo kot splošen cilj glede redne, dinamične aerobne telesne dejavnosti oziroma priporočilo za zdravo populacijo 3-4 dni v tednu intenzivno dejavnost (50-80% $F_{r_{max}}$), ki traja 30 minut, ali vsaj 30-minutno dejavnost zmerno intenzivnosti večino/vse dni (6-krat/teden).

Intenzivnost in količina vadbe za izboljševanje mišične moči (rezistenčna vadba)

Za očitno zdrave odrasle priporočamo:

Frekvenca (pogostnost): vsaj 2- do 3-krat tedensko

Intenzivnost: minim. 8-10 različnih vaj (za glavne mišične skupine), 1 set = 8-12 ponovitev do točke utrujenosti

Time (trajanje): 10-30 sekund/razteg (ponavljanja: 3- do 5-krat/razteg)

Tip (vrsta): vaje z uporabo uteži in druge standardne opreme

Vsaka vaja naj se izvede prek celotnega razpona giba, ob čemer je potrebno nadzorovati tako fazo dviga (koncentrično) kot spusta (ekcentrično fazo) rezistenčnih vaj. Ob tem velja opozoriti na pomen vzdrževanja normalnega vzorca dihanja in priporočilo, da izvajamo tovrstno vadbo, če je le mogoče, s partnerjem (feedback, asistenca, motivacija).

Splošne smernice za predpisovanje dejavnosti za doseganje in vzdrževanje gibljivosti

Frekvenca (pogostnost): vsaj 3 dni/teden

Intenzivnost: do položaja blagega nelagodja

Time (trajanje): 10-30 sekund/razteg (ponavljanja: 3- do 5-krat/razteg)

Tip (vrsta): statično, z poudarkom na področju spodnjega dela hrbtna in stegna

Priporočljivo je, da vaje za raztezanje vključimo v obdobja ogrevanja in ohlajanja programov aerobnega pridobivanja zmogljivosti.

Napredovanje v programu telesne vadbe

Je odvisno predvsem od funkcionalne zmogljivosti, zdravstvenega stanja, starosti in individualnih želja in ciljev v zvezi s telesno dejavnostjo. Za očitno "zdrave odrasle osebe" velja, da lahko v načelu ločimo 3 obdobja, in sicer začetni stadij redne dejavnosti, stadij postopnega napredovanja intenzivnosti in trajanja in stadij vzdrževanja dosežene zmogljivosti. Pregledno so stadiji in njihove značilnosti prikazani v tabeli 4. Podroben opis vsakega od posameznih stadijev pretega okvira tega prispevka.

Namesto zaključka - razkorak med priporočili in vsakdanjo prakso

Če povzamemo, naj izvajanje strategije za povečevanje telesne dejavnosti na ravni osnovnega zdravstva, tako v primarni kot sekundarni preventivi, upošteva pomen odmerka

Tabela 4. Pregleden prikaz postopnega napredovanja v programu telesne vadbe za "zdrave odrasle"

Stadij v programu vadbe	Teden	Pogostnost vadbe (število/teden)	Intenzivnost vadbe (% VO_{2max} ali rezerva Fr)	Trajanje vadbe (minute)
ZAČETNI STADIJ	1	3	40-50	12
	2	3	50	14
	3	3	60	16
	4	3	60-70	18
	5	3	60-70	20
STADIJ NAPREDOVANJA	6-9	3-4	70-80	21
	10-16	3-4	70-80	24
	17-19	4-5	70-80	28
	20-27	4-5	70-80	30
STADIJ VZDRŽEVANJA	28+	5-6	70-85	30-45

ali porabe določene količine energije v časovni enoti, običajno v 1 tednu. Predstavljena priporočila v idealnih razmerah predvidevajo tedensko 5-6 ur različnih vrst telesne dejavnosti. Program naj bo individualiziran in mora vključevati tako aerobno kot rezistenčno vadbo. Koristne učinke redne telesne dejavnosti je mogoče odlično dopolniti predvsem z doslednim vztrajanjem v programih in dodatnimi primernimi spremembami življenjskega sloga.

Kljub široko sprejetim priporočilom naj bi zdravstveno osebe na vseh ravneh, predvsem pa v osnovni zdravstveni dejavnosti, vsej opredeljeni populaciji svetovalo glede koristnosti in primernih načinov redne telesne dejavnosti, zdravniki pa v praksi dejansko svetujejo le manjšini. Tako stanje nam potrjujejo tudi že raziskave; ena izmed njih je pokazala, da sicer zdravniki nekoliko pogosteje priporočajo redno telesno dejavnost v okviru sekundarne preventive ateroskleroze, v bistveno manjši meri pa posameznikom z zvečano telesno težo oziroma debelim. Dejstvo, da v vsakdanji praksi zdravniki ne svetujejo glede telesne dejavnosti mlajšim, še zdravim odraslim, in predvsem tistim iz nižjih socialno-ekonomskih slojev, predstavlja eno od pomembnih izgubljenih priložnosti za koristno delo v okviru primarne preventive (20).

Literatura

1. Eysenck HJ, Nias DKB, Cox DN. Sport and personality. *Adv Behav Res Ther.* 1982;4:1-56. Spirduso WW. Physical fitness, aging, and psychomotor speed: a review. *J Gerontol* 1980; 35: 850-65.
2. Crews DJ, Landers DM. A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Med Sci Sports Exerc.* 1987; 19: S114-S120.
3. Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 220-31.
4. Blumenthal JA, Fredrikson M, Kuhn CM, Ulmer RL, Walsh-Riddle M, Appelbaum M. Aerobic exercise reduces levels of cardiovascular and sympathoadrenal responses to mental stress in subjects without prior evidence of myocardial ischemia. *Am J Cardiol* 1990; 65: 93-8.
5. Blumenthal JA, Emery CF, Walsh MA, Cox DR, Kuhn CM, Williams RB, Williams RS. Exercise training in healthy type A middle-aged men: effects on behavioral and cardiovascular responses. *Psychosom Med* 1988; 50: 418-33.
6. Dishman RK. Compliance/adherence in health related exercise. *Health Psychol* 1982; 1: 237-67.
7. Thompson PD, Funk EJ, Carleton RA, Sturmer WQ. Incidence of death during jogging in Rhode Island from 1975 through 1980. *JAMA* 1982; 247: 2535-8.
8. Thompson PD. Benefits and risks of exercise training in patients with coronary artery disease. *JAMA* 1988; 259: 1537-40.
9. Mittleman MA, Maclure M, Tofler GH, Sherwood JB, Goldberg RJ, Muller JE. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion -- protection against triggering by regular exertion. *N Engl J Med* 1993; 329: 1677-83.
10. Willich SN, Lewis M, Lowel H, Arntz H-R, Schubert F, Schröder R. Physical exertion as a trigger of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993; 329: 1684-90.
11. Anon. Guidelines to the evaluation of permanent impairment. Chicago: American Medical Association, 1990.
12. Laukkanen R, Hynninen E. Priročnik za preizkus hoje na dva kilometra. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana in CINDI Slovenija, 1999: 1-46.
13. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982; 14: 377-81.
14. Fletcher GF, Balady G, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, et al. Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* 1996; 94: 857-862.
15. Blair SN, Kohl HW III, Barlow CE, Paffenbarger RS Jr, Gibbons LW, Macera CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995; 273: 1093-8.
16. Manson JAE, Hu FB, Rich Edwards JW, et al. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1999; 341: 650-8.
17. Hayashi T. Osaka Health Study Report. *Ann Intern Med* 1999; 130: 21-6.
18. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC, et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273: 402-407.
19. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K, for the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical Practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Atherosclerosis* 1998; 140: 2: 199-270.
20. Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Physician counselling about exercise. *JAMA* 1999; 282: 1583-8.

DESETLETJE GIBAL 2000-2010

Radko Komadina, Mateja Rok Simon

UDK/UDC: 616.7

DESKRIPTORJI: bolezní gibal; Svetovna zdravstvena organizacija

IZVLEČEK - Bolezni, poškodbe in okvare mišično-skeletnega sistema predstavljajo najpogostejši vzrok dolgotrajnih bolečin, zmanjšanje delovne sposobnosti in kakovosti človekovega življenja. Prizadenejo stotine milijonov ljudi po vsej zemeljski obli. Zaradi daljšanja življenjske dobe in vse hitrejšega življenjskega tempa bolezni in poškodbe gibal v naraščajočem obsegu povzročajo zaskrbljenost pri načrtovanju zdravstvene politike. Namen obstoječega projekta Svetovne zdravstvene organizacije je najti učinkoviti način za zmanjšanje tovrstne problematike.

Uvod

Na pobudo Kofija Anana je Svetovna zdravstvena organizacija proglasila začetek novega tisočletja za desetletje gibal 2000-2010 (Bone and Joint Decade, BJD). Predsednik mednarodnega komiteja za ta projekt je prof. Lars Lidgren. Marca 2001 je bilo pridruženih članic 46 z več kot 750 strokovnimi združenji in združenji bolnikov, ki trpijo zaradi posledic bolezni in poškodb gibal. Projekt BJD je mednarodna, neodvisna, neprofitna organizacija, ki deluje v sodelovanju z Organizacijo združenih narodov, Svetovno zdravstveno organizacijo in Svetovno banko. V svoji strategiji je zapisala, da želi osvestiti javnost o rastočem družbeno-ekonomskem bremenu bolezni in okvar gibal, spodbuditi bolnikovo lastno skrb za uspešno zdravljenje bolezni in okvar gibal, spodbuditi stroškovno učinkovito preventivo in zdravljenje bolezni in okvar gibal, kar pa zahteva nadaljnje raziskovalno delo za večje razumevanje mišično-skeletnih bolezni in okvar. 16. marca 2001 je bila ustanovljena slovenska skupina izvedencev NAN Slovenije (National Action Network Slovenia). Zaradi zaskrbljujočega naraščanja deleža starejših ljudi med prebivalstvom razvitih držav, globalnega naraščanja števila poškodb, vnetnih in degenerativnih bolezni sklepov ter bolezni in poškodb hrbtenice so NAN Slovenije pridruženi strokovnjaki s področja ortopedije, fizioterapije, revmatologije, travmatologije, endokrinologije, ginekologije, socialne medicine, medicine dela, družinske medicine in sorodnih področij. Na glavnih področjih: bolezni in okvare hrbtenice, vnetne in degenerativne bolezni sklepov (artritis-artroza), revmatična obolenja, osteoporoza in poškodbe gibal je bilo potrebno ugotoviti posnetek stanja in izdelati področne strategije. Pri tem je nepogrešljivo delovanje društev bolnikov in bolnic za posamezne bolezni (Patient Oriented Societies). Na področju osteoporoze in revmatičnih bolezni takšna društva že zgledno delujejo, nujno pa je ustanoviti takšna društva še za področje življenja z bolečino v križu in za skupino bolnikov s sklepnimi vsadki.

BONE AND JOINT DECADE 2000-2010

DESCRIPTORS: musculoskeletal diseases; World health organization

ABSTRACT - Musculo-skeletal conditions are crippling diseases that are the most common causes of severe long-term pain and physical disability, affecting hundreds of millions of people across the world. The extent of human suffering is expected to worsen as people live longer and the number of accidents increases. Resulting health problems will cause significant economic burden, escalating the amount of money that governments will need to spend and potentially denying patients the right to necessary treatments and rehabilitation.

Članice BJD imajo svoj logotip (slika 1), uporabljajo ga na vseh publikacijah in strokovnih srečanjih. Kot podporni člani so dobrodošli proizvajalci ortoz in kostno-kirurških vsadkov, zdravil in vsi drugi, ki želijo tvorno sodelovati s projektom. BJD se ne sme zlorabiti v komercialne namene.



Slovenia
National Action Network

Slika 1. Logotip NAN Slovenije

V razvitem svetu že nekaj desetletij močno narašča delež starejših ljudi med prebivalstvom (1), hkrati s tem pa prihaja tudi do globalnega naraščanja števila poškodb udov, vnetnih in degenerativnih bolezni sklepov ter bolezni in poškodb hrbtenice (2). Prvi korak k preprečevanju bolezni in poškodb gibal je dober sistem zbiranja in spremljanja podatkov o boleznih in poškodbah ter njihovih posledicah, na podlagi katerih se identificirajo največji zdravstveni problemi in najbolj ogrožene skupine prebivalcev (3, 4). Na prednostnih področjih smo ugotovili vzroke za nastanek bolezni in poškodb, opredelili dostopnost in občutljivost problema za preprečevanje ter razpoložljive ukrepe (5, 6).

Materiali in metode

V uvodni analizi so bili obdelani podatki o umrljivosti, hospitalizacijah, ugotovljenih stanjih v specialističnih ambulantah, začasnih odsotnosti z dela in rehabilitaciji zaradi bolezni in poškodb mišičnoskeletnega sistema (MKB-10, poglavje XI-

II - M00-M99 in poglavje XIX - S00-T98) iz nacionalnih zbirk podatkov zdravstvene statistike za leto 1999.

Vir podatkov o umrlih je Baza podatkov o umrlih. Vir podatkov o hospitalizacijah sta Evidenca poškodb, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, in Evidenca zastрупitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici. Podatki o ugotovljenih stanjih v specialističnih ambulantah izvirajo iz Zbirke podatkov zunajbolnišnične statistike (specialistične ambulate) (ZUB-STAT), vir podatkov o začasnih odsotnosti z dela je Evidenca začasne in trajne odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodb, nege, spremstva in drugih vzrokov. Podatke o ambulantnem in bolnišničnem zdravljenju na rehabilitaciji smo dobili iz Evidence o ambulantni in bolnišnični fizikalni medicini in rehabilitaciji bolnikov. Upravitelj vseh zbirk podatkov je Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Vir podatkov o stalnih prebivalcih Slovenije je Centralni register prebivalstva Republike Slovenije.

Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS na operacijskem sistemu UNIX. Izračunane so bile starostno in po spolu specifične stopnje umrljivosti ter obolevnosti s pomočjo podatkov o številu prebivalcev v letu 1999.

Umrlijvost

V Sloveniji je v obdobju 1995-1999 vsako leto umrlo povprečno 1.721 ljudi zaradi poškodb in zastрупitev (7). Poškodbe in zastрупitve so glavni vzrok umrljivosti otrok, starih 1-14 let, mladostnikov in mlajših odraslih v starosti 20-44 let, umrljivost moških zaradi poškodb pa je dvakrat večja kot pri ženskah (7). Kot osnovni vzrok smrti so se najpogostejše pojavljale poškodbe glave (23,3%), poškodbe, ki zajemajo več telesnih področij (12,2%), poškodbe kolka in stegna (11,8%) in toksični učinki snovi, predvsem nemedicinskega izvora (6,9%).

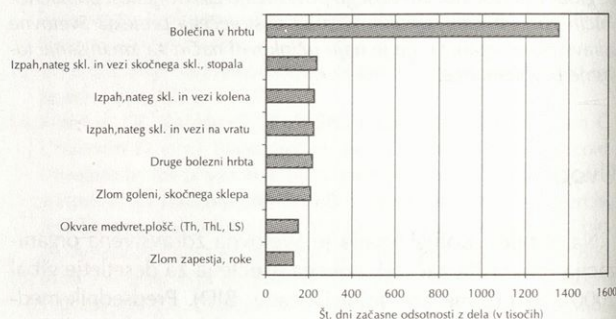
Zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema je v letu 1999 umrlo 37, zaradi poškodb pa 322 ljudi. Kot osnovni vzrok smrti je bil največkrat zabeležen zlom stegenice (171), poškodbe gibal, ki zajemajo več telesnih področij (71), zlom vratu (26) in zlom reber, prsnice, prsne hrbtenice (17). Med zlomi stegenice prevladujejo "zlomi vratu stegenice" (39,2%) in "pertrohanterni zlomi" (35,7%). Neopredeljenih zlomov je bilo 20,5%.

Hospitalizacija

V Sloveniji je vsako leto hospitaliziranih zaradi bolezni mišičnoskeletnega sistema 18.578, zaradi poškodb pa 16.859 ljudi. Med vzroki za hospitalizacijo se najpogostejše pojavlja bolečina v hrbtu (3.167), zlom goleni, skočnega sklepa (2.805), zlom stegenice (2.759) in artroza kolka (2.695). Zaradi artroze kolka je bilo zabeleženih tudi največje število oskrbnih dni (40.534) v slovenskih bolnišnicah, sledijo pa bolečine v hrbtu (35.236). Med najpogostejšimi vzroki je hospitalizacija trajala povprečno najdalj pri artrozi kolka (15,0 dni), seropozitivnem revmatoidnem artritisu (12,1 dni) in artrozi kolena (11,3 dni).

Začasna odsotnost z dela zaradi bolezni in poškodb

Podatki o začasnih odsotnosti z dela zaradi bolezni in poškodb mišičnoskeletnega sistema odsevajo obolevnost, ki je bila zabeležena že v podatkih o hospitalizacijah in ugotovljenih stanjih v specialističnih ambulantah. Daleč na prvem mestu po pogostosti vzrokov za začasno odsotnost z dela je bolečina v hrbtu (49.829), sledijo pa izpah, izvin, nateg skle-pov in vezi skočnega sklepa, stopala (9.824) in druge bolezni hrbta (8.310). Bolečine v hrbtu so zahtevale tudi največ dni začasne odsotnosti z dela (1.352.067 dni) (slika 2). Najdaljše povprečne odsotnosti z dela so bile zabeležene pri zlomu goleni, skočnega sklepa (110,5 dni) in okvarah medvretenčne ploščice (Th, ThL, LS) (70,9 dni).



Vir: Zbirka podatkov začasne in trajne odsotnosti z dela, IVZ RS

Slika 2. Število dni začasne odsotnosti z dela zaradi bolezni in poškodb mišično-skeletnega sistema, Slovenija, 1999

Rehabilitacija

Med vzroki za obravnavo na bolnišnični rehabilitaciji prevladujejo bolečina v hrbtu (4.797), druge bolezni hrbta (1.903) in artroza kolka (1.530), zaradi katerih je bilo zabeleženih tudi največ oskrbnih dni. Povprečno najdaljše zdravljenje na bolnišnični rehabilitaciji so zahtevali zlom stegenice (17,2 dni), zlom goleni, skočnega sklepa (14,9 dni) in seropozitivni revmatoidni artritis (14,1 dni).

Na osnovi analize razpoložljivih podatkov zdravstvene statistike, dostopnosti in občutljivosti problemov za preprečevanje ter razpoložljivosti učinkovitih ukrepov so bila določena naslednja prednostna področja delovanja NAN Slovenije:

1. poškodbe gibal;
2. bolezni, okvare in poškodbe hrbtenice;
3. vnetne in degenerativne spremembe na sklepih (artritis, artroza);
4. osteoporoza in zlomi zaradi krhkosti kosti;
5. revmatična obolenja gibal.

Strategije NAN Slovenije v zvezi s poškodbami gibal

- Izboljšati zdravstveno vzgojo ogroženih skupin prebivalstva o nevarnostih in preprečevanju poškodb.

- Spremeniti bivalno in delovno okolje v smislu izboljšanja varnosti in odprave arhitektonskih ovir.
- Podpreti nastanek preventivnih programov na lokalni ravni.
- Vgraditi kulturo varnosti v izobraževalne programe na vseh stopnjah.
- Izboljšati kakovost zdravljenja (vzpostavitev Nacionalnega registra travme, organizacija centrov za poškodbe).
- Spremeniti zakonodajo, predpise in standarde za doseganje večje varnosti ljudi v bivalnem in delovnem okolju.

Strategije NAN Slovenije s področja bolezni, okvar in poškodb hrbtenice

- Doseči zdravstveno vzgojo prebivalstva in izobraževanje pedagoškega kadra in delodajalcev o preprečevanju okvar hrbtenice.
- Delovanje društev bolnikov in bolnic za posamezne bolezni (Patient oriented societies).
- Zdravstvena vzgoja bolnikov z bolečinami v križu za spodbujanje spremembe življenjskih navad (Šola telesne dejavnosti).
- Odprava arhitektonskih ovir za ovirane.
- Izboljšati diagnosticiranje in zdravljenje v osnovni zdravstveni dejavnosti (splošne ambulate, patronažna služba).
- V bolnišnicah izboljšati diagnosticiranje in beleženje diagnoz, ki so vzrok za bolečine v hrbtu.
- Izboljšati dostopnost do specialistične ortopedske dejavnosti v vseh delih Slovenije.

Strategije NAN Slovenije s področja vnetnih in degenerativnih bolezni sklepov (artritis artroza)

- Vzpostaviti zdravstveno vzgojo za zdrav način življenja in preprečevanje padcev.
- Osveščati možne bolnice o nadomestnem hormonskem zdravljenju.
- Zgodnje odkrivanje bolnic in zdravljenje (izboljšati dostopnost merjenja mineralne kostne gostote).
- Oblikovati merila za podeljevanje koncesij za merjenje mineralne gostote kosti in poenotiti kalibriranje naprav.
- Omogočiti izvajanje nadzora zdravljenja pri bolnicah z nadomestnim hormonskim zdravljenjem (UZ merjenje debeline endometrija, mamografija).
- Izobraževanje splošnih zdravnikov in kirurgov o pravilnem ravnanju pri sumu na osteoporozo pri potencialno ogroženi populaciji.
- Izboljšati dostopnost do rehabilitacije v zdravilišču.

Strategije NAN Slovenije s področja revmatskih obolenj

- Izboljšati dostopnost rehabilitacije v zdravilišču.
- Osveščanje javnosti o naraščajočem družbenoekonomskem bremenu degenerativnih in vnetnih revmatskih bolezni.
- Zdravstvena vzgoja prebivalstva za zmanjšanje dejavnikov, ki pospešujejo sklepne okvare.
- Izobraževanje in zdravstvena vzgoja revmatskih bolnikov o načinih zdravljenja z zdravili in o pomenu fizikalnega zdravljenja.
- Doseči dosegljivost novejših, učinkovitih in varnejših protirevmatskih zdravil za slovenske bolnike.
- Povečati dostopnost zdraviliškega zdravljenja za revmatske bolnike.
- Izboljšati sodelovanje družinskih zdravnikov pri obravnavi in vodenju revmatskih bolnikov.
- Spremeniti zakonodajo, predpise in standarde za boljšo prilagoditev urbanega okolja invalidnim osebam.

Zaključek

Ekspertna skupina NAN Slovenija je v prvem letu svojega delovanja prepoznala probleme s področja poškodb, bolezni in okvar gibal, jih razvrstila in določila subjekte, potrebne za njihovo reševanje. V naslednjih korakih je potrebno poiskati skupne interese z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Do sedaj smo delovali uspešno tudi zaradi velike podpore Ministrstva za zdravje in Urada WHO pri tem ministrstvu. Naslednji koraki bodo povezani z iskanjem finančnih rešitev, za kar bo interes ministrstva še toliko pomembnejši.

Literatura

1. Malačič J. Staranje prebivalstva. Zdrav Var, 1988; 27: 75-82.
2. Lidgren L, et al. Declaration of intent BJD. Acta Orthop Scand, 1998; suppl. 218: 81.
3. Melbourne Declaration on Injury Prevention and Control. 3rd International Conference on Injury Prevention and Control. Melbourne: Commonwealth Department of Health and Family Services and The World Health Organization, 1996.
4. Ruzicka LT, Lopez DA. The use of cause of death statistics for health situation assessment: national and international experiences. Wld Hlth Statist Quart, 1990; 43: 249-58.
5. Melbourne Declaration on Injury Prevention and Control. 3rd International Conference on Injury Prevention and Control. Melbourne: Commonwealth Department of Health and Family Services and The World Health Organization, 1996.
6. Roberts I. Research priorities for injury prevention. Injury Prevention, 2001; 7: 2-3.
7. Rok Simon M. Poškodbe - javnozdravstveni problem v Sloveniji. V: Poškodbe - njihovo preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacija. 7. Krkini rehabilitacijski dnevi. Otočec: krka zdravilišča, 2001: 7-15.

BOLEZNI KOSTI, MIŠIČ IN VEZIVNEGA TKIVA V POVEZAVI Z OBREMENITVAMI V POSAMEZNIH GOSPODARSKIH DEJAVNOSTIH

Metka Teržan

UDK/UDC: 616.7

DESKRIPTORJI: boleznj gibal, bolniški stalež

IZVLEČEK - V prispevku je prikazano zdravstveno stanje delavcev s pomočjo proučevanja zbirke podatkov o bolniškem staležu. Izpostavljene so boleznj kosti, mišič in vezivnega tkiva kot najpomembnejši razlog začasne nezmožnosti za delo pri nas in v svetu. Za analizo smo uporabili zbirko podatkov o bolniškem staležu, katere nosilec je Inštitut za varovanje zdravja RS in ki nastaja na podlagi Potrdil o zdravstveno upravičeni zadržanosti od dela. Podatki kažejo večjo ogroženost delavk, predvsem med 40. in 50. letom starosti. Izpostavljajo težave z ledveno hrbtenico, vodilno težavo v tej skupini, ki je enako zastopana pri obeh spolih, in težave z vratno hrbtenico, ki pesti predvsem ženski del populacije. Medtem ko pri moških s težavami v križu prevladujejo odsotnosti z dela v dejavnostih, kot so rudarstvo in gozdarstvo, pa so pri ženskah v ospredju proizvodne dejavnosti z drugimi specifičnimi obremenitvami in škodljivostmi. Pri začasni odsotnosti z dela zaradi težav z vratno hrbtenico je iz ranga gospodarskih dejavnosti razvidno, da je pri obeh spolih v ospredju proizvodna dejavnost - torej podobne obremenitve in škodljivosti na delovnem mestu. Zaradi velikih razlik v vrsti ogroženosti in značilnostih populacije, s katero imamo opravka, se je potrebno priprave preventivnih programov za boleznj kosti, mišič in vezivnega tkiva lotiti kompleksno in predvsem z različnih zornih kotov ob podpori strokovnjakov različnih strok.

Uvod

Analize bolniškega staleža kažejo, da so med vodilnimi razlogi za odsotnost z dela v vseh državah v Evropi, pa tudi v Združenih državah Amerike, boleznj kosti, mišič in vezivnega tkiva (1, 2, 3, 4, 5). Medtem ko je bilo v preteklosti težišče raziskav na tistih boleznih, ki povzročajo največjo umrljivost - to so srčnožilne boleznj in novotvorbe (6, 7), pa se je interes danes že preusmeril tudi na boleznj, ki povzročajo največ odsotnosti z dela (1).

Boleznj kosti, mišič in vezivnega tkiva povzročajo z različni vzročni dejavniki (8, 9) in njihovo proučevanje in priprava programov za preprečevanje so izredno zapleteni. Iskanje določenih zakonitosti: populacije z večjim tveganjem, delovnega okolja s tveganjem in drugih dejavnikov tveganja je lahko v pomoč pri poskusu zmanjševanja bremena, ki ga te boleznj prinašajo posamezniku, delodajalcu in celotni družbi.

V našem prispevku smo na podlagi obstoječih podatkov o priznanem bolniškem staležu, ki jih vodi Inštitut za varovanje zdravja RS, poskušali opredeliti nekatere značilnosti odsotnosti z dela zaradi boleznj kosti, mišič in vezivnega tkiva.

DISEASES OF MUSCULOSKELETAL SYSTEM AND CONNECTIVE TISSUE IN CONNECTION WITH BURDENING IN INDIVIDUAL ECONOMIC ACTIVITIES

DESCRIPTORS: musculoskeletal diseases, sick leave

ABSTRACT - Health status of workers is presented based on data collection concerning sick-leave. Musculoskeletal disorders as the most important cause for temporary absence from work with us and globally, have been pointed out.

Database concerning sick-leave, the holder of which is the Institute of Public Health of the Republic of Slovenia and which is gathered on the basis of Certificate of medically justified absence from work, were used for analysis.

Data show a greater risk for workwomen, especially between 40 and 50 years of age. They expose lumbar spine disorders as a leading trouble in this group which is equally represented in both sexes and cervical spine disorders which are more frequent in female population. While in men with backache, the absence from work prevails in mining industry and in forestry, in women production activities with other specific burdenings and hazards are in the foreground.

Temporary absence from work owing to cervical spine disorders in production activities shows, that economic activity is in the foreground in both sexes - which indicates similar burdenings and hazards at the workplace.

Due to big differences in risks and characteristics of population, it is necessary to tackle the preventive programmes for the diseases of musculoskeletal system and connective tissue in a complex way, especially considering different aspects with the help of experts from different professions.

Iskali smo najbolj ogrožene skupine delavcev, najpogostejše težave in povezavo teh težav z gospodarsko dejavnostjo, v kateri so delavci zaposleni.

Materiali in metode

V Sloveniji podatke o bolniškem staležu zbirajo na nacionalni ravni na Inštitutu za varovanje zdravja RS za vse delavce, zaposlene v vseh gospodarskih dejavnostih. Zbirka podatkov nastaja na podlagi Potrdil o zdravstveno upravičeni odsotnosti od dela pri posameznih izbranih zdravniških splošne prakse, ki imajo po pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) pravico, da odobravajo bolniški stalež. Ob vsakem izdanem Potrdilu o upravičeni zadržanosti od dela se na magnetni medij zapiše nabor podatkov, ki je enoten za potrebe ZZZS in nacionalne statistike. Na območnih Zavodih za zdravstveno varstvo (ZZV) podatke pregledajo in jih agregirajo v posebni obliki za finančno-zavarovalniške analize in za socialnomedicinske analize.

Za prikaz stanja bolniškega staleža zaradi bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva je bil pripravljen del podatkov s posebnim programom Tabele-BS, del podatkov s programom SPSS 8.0 for Windows, del podatkov pa je povzet po objavljenih analizah.

V analizi podatkov za leto 2000 je izračunan indeks po spolu in starostnih skupinah za XIII. poglavje Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (10).

Podatki so prikazani posebej po sklopih, ločeno za hrbtenico in sklepe, in sicer:

1. M00-M25 - artropatije
2. M30-M36 - sistemske vezivnotkivne bolezni
3. M40-M43 - dorzopatije
4. M45-M49 - spondilopatije
5. M50, M53.0, M53.1, M54.0, M54.2 - dorzopatije vratne hrbtenice,
6. M51, M53.2, M53.3, M54.3, M54.4, M54.5 - dorzopatije ledvene hrbtenice,
7. M54.1 - radikulopatije
8. M53.8, M53.9, M54.6, M54.8, M54.9 - druge dorzopatije
9. M60-M79 - motnje mehkega tkiva
10. M80-M94 - osteopatije in hondropatije
11. M95-M99 - drugo

Ti sklopi so analizirani po spolu, skupaj in za vsako starostno skupino posebej ter po gospodarskih dejavnostih.

Podatke o bolniškem staležu izražamo v odstotkih ali indeksi:

Odstotek bolniškega staleža (% BS) je odstotek izgubljenih koledarskih dni (ali delovnih dni ali efektivnih ur) na enega zaposlenega delavca.

Indeks frekvence (IF) je število primerov bolniškega staleža na 100 zaposlenih delavcev.

Povprečno trajanje ene odsotnosti z dela - **resnost (R)** je število izgubljenih dni na eno bolezensko odsotnost z dela. Resnost se običajno izrazi v koledarskih dneh, lahko pa je tudi v delovnih dneh.

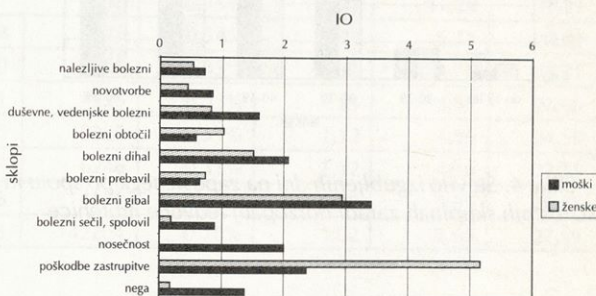
Indeks onesposabljanja (IO) je število izgubljenih dni na enega zaposlenega delavca. Tudi v tem indeksu so lahko izgubljeni dnevi samo delovni dnevi, vendar je to treba poudariti v razlagi.

Rezultati

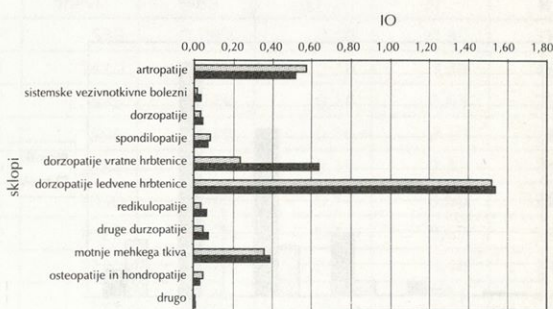
Na sliki 1 vidimo, da so pri delavcih - moških prvi razlog odsotnosti z dela poškodbe (na delu in izven dela), na drugem mestu pa so bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva, medtem ko so pri ženskah že v vseh zadnjih 11 letih, kar imamo možnost spremljanja bolniškega staleža po skupinah bolezni, na prvem mestu bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva, medtem ko so poškodbe na drugem mestu. Vsi ostali razlogi povzročajo bistveno manj odsotnosti z dela.

V skupini bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva so vštete različne bolezni, ki smo jih razdelili v posamezne sklope (glej: Materiali in metode). Iz slike 2 vidimo, da daleč največ

bolniškega staleža zaradi teh bolezni povzročajo bolezni, ki bi jih lahko združili v podskupino dorzopatije ledvene hrbtenice, ki so pri obeh spolih skoraj enako zastopane. Sledijo artropatije, spet s podobno zastopanostjo med spoloma, in dorzopatije vratne hrbtenice, kjer prevladuje prizadetost ženske delovne populacije.

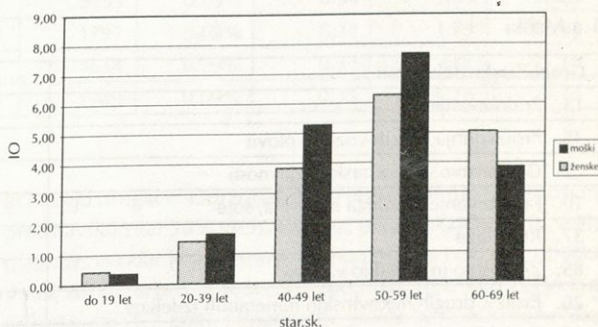


Slika 1. Število izgubljenih dni na zaposlenega delavca po izbranih poglavjih MKB-10 po spolu, Slovenija, 2000

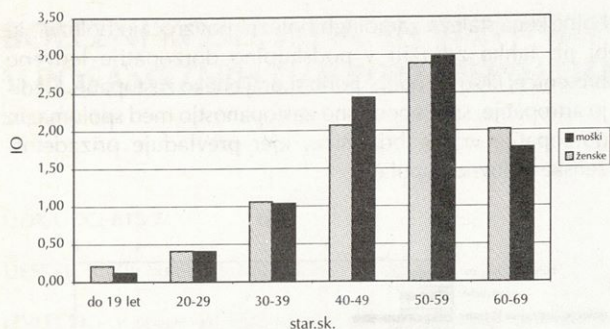


Slika 2. Število izgubljenih dni na zaposlenega po sklopih bolezni gibal in po spolu, Slovenija, 2000

Velika razlika v višini bolniškega staleža je tudi po starostnih skupinah. Vendar pa so tudi tu razlike med spoloma v različnem življenjskem obdobju različne. Delavke so izrazito večkrat začasno nezmožne za delo zaradi bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva predvsem med 40. in 59. letom, prej in kasneje pa te razlike niso tako izrazite (slika 3).

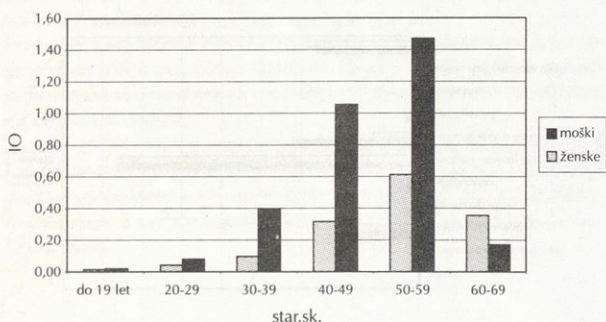


Slika 3. Število izgubljenih dni na delavca zaradi bolezni gibal po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2000



Slika 4. Število izgubljenih dni na zaposlenega po spolu in starostnih skupinah zaradi dorzopatij ledvene hrbtenice

Ta razlika med spoloma je še manj izrazita pri dorzopatijah ledvene hrbtenice, čeprav bi iz različnih dejavnikov tveganja celo pričakovali, da bo ta odsotnost z dela v večji meri prisotna pri moških v vseh starostnih obdobjih (slika 4).



Slika 5. Število izgubljenih dni na zaposlenega po spolu in starostnih skupinah zaradi dorzopatij vratne hrbtenice

Povsem drugačna je situacija pri težavah z vratno hrbtenico, kjer prevladuje odsotnost žensk v vseh starostnih skupinah (slika 5).

Ker težave s hrbtenico v veliki meri povezujemo s specifičnimi lastnostmi delovnega mesta (T), smo v nadaljnjih tabelah prikazali pogostnost posameznih težav po gospodarskih dejavnostih. V prvem delu prikazujemo tabele v zvezi z diagnozo bolečina v križu (oznaka v MKB-10 je M54.5) ločeno po spolu in po rangu odsotnosti z dela v posameznih gospodarskih dejavnostih.

Iz rangov v obeh tabelah vidimo, da so razlike med obremenitvami na delovnih mestih pri moških in ženskah še vedno pomembne. Medtem ko pri moških prevladujejo odsotnosti z dela v dejavnostih, kot so rudarstvo in gozdarstvo, pa so pri ženskah v ospredju razne proizvodne dejavnosti z drugimi specifičnimi obremenitvami in škodljivostmi.

V tabeli 2 prikazujemo prisotnost težav z vratno hrbtenico v posameznih gospodarskih dejavnostih po rangu in po spolu.

Pri začasni odsotnosti z dela zaradi težav z vratno hrbtenico je iz ranga gospodarskih dejavnosti razvidno, da je pri obeh spolih v ospredju proizvodna dejavnost - torej podobne obremenitve in škodljivosti na delovnem mestu. V tej tabeli bi bilo potrebno pri moških opozoriti na visok rang dejavnosti Zdravstvo in socialno varstvo (5. mesto), ki pri ženskah sploh ni med prvimi desetimi dejavnostmi, in Rekreatijske, kulturne in športne dejavnosti, ki se nahajajo na 10. mestu in izstopajo z izredno dolgo povprečno odsotnostjo z dela - skoraj 2 meseca.

Ob primerjavi obeh tabel ugotavljamo, da so gospodarske dejavnosti, v katerih se te bolezni pojavljajo, v glavnem različne.

Razprava

Bolniški stalež kot kazalec zdravstvenega stanja je uporaben v smislu opozarjanja na zdravstvene probleme v aktivni populaciji. Posebej pri opazovanju skupin diagnoz je veljavnost diagnoz, ki jo je pokazala Švedska študija, okrog 88-odstotna (16).

Bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva so še vedno problem številka ena pri delavkah, pa tudi pri delavcih so na drugem mestu po pogostosti izdajanja Potrdil za zdravstveno upra-

Tabela 1. Primeri, dnevi in izračuni odsotnosti z dela zaradi bolečine v križu po gospodarski dejavnosti po rangu in po spolu, Slovenija, 2000

1.a Moški

Gospodarske dejavnosti	primeri	dnevi	%BS	IO	IF	R
13. Pridobivanje rud	7	219	1,36%	4,98	15,91	31,29
35. Proizvodnja drugih vozil in plovil	238	4701	0,56%	2,03	10,29	19,75
2. Gozdarstvo in gozdarske dejavnosti	119	3797	0,51%	1,86	5,83	31,91
10. Pridobivanje premoga in lignita, šote	338	7337	0,49%	1,78	8,19	21,71
37. Reciklaža	25	945	0,43%	1,58	4,17	37,80
85. Zdravstvo in socialno varstvo	768	19859	0,37%	1,34	5,20	25,86
26. Proizv. drugih nekovinskih mineralnih izdelkov	464	9563	0,35%	1,28	6,19	20,61
15. Pridobivanje hrane, pijač in krmil	551	15276	0,34%	1,25	4,52	27,72
24. Proizv. kemikalij, kemičnih izdelkov, umetnih vlaken	400	8684	0,31%	1,14	5,26	21,71
14. Pridobivanje drugih rudnin in kamnin	31	963	0,31%	1,13	3,64	31,06

1.b ženske

21. Proizvodnja vlaknin, papirja in kartona	201	4367	0,61%	2,22	10,22	21,73
29. Proizvodnja strojev in naprav	478	12069	0,46%	1,68	6,65	25,25
25. Proizvodnja izdelkov iz gume in plastičnih mas	216	5237	0,39%	1,41	5,80	24,25
36. Proizvodnja pohištva	272	7112	0,36%	1,33	5,09	26,15
61. Vodni promet	7	79	0,35%	1,27	11,29	11,29
28. Proizvodnja kovinskih izdelkov	338	8141	0,34%	1,24	5,14	24,09
18. Proizvodnja oblačil; strojenje in dodelava krzna	690	17809	0,33%	1,21	4,70	25,81
20. Obdelava in predelava lesa	191	4125	0,33%	1,21	5,58	21,60
15. Pridobivanje hrane, pijač in krmil	420	10327	0,31%	1,12	4,56	24,59
24. Proizv. kemikalij, kemičnih izdelkov, umetnih vlaken	277	6246	0,31%	1,12	4,96	22,55
32. Proizv. radijskih, televizijskih in komunik. aparatov	206	4171	0,30%	1,08	5,35	20,25
85. Zdravstvo in socialno varstvo	1508	42204	0,28%	1,02	3,65	27,99

Tabela 2. Primeri, dnevi in izračuni odsotnosti z dela zaradi bolečine v vratni hrbtenici po gospodarski dejavnosti po rangi in po spolu, Slovenija, 2000

2.a Moški

Gospodarska dejavnost	primeri	dnevi	%BS	IO	IF	R
90. Storitve javne higiene	17	539	0,08%	0,30	0,95	31,71
31. Proizvodnja električnih strojev in aparatov	31	1410	0,05%	0,18	0,39	45,48
10. Pridobivanje premoga in lignita, šote	27	676	0,04%	0,16	0,65	25,04
33. Proizv. med., finomeh. in opt. inštrumentov ter ur	11	596	0,04%	0,16	0,30	54,18
85. Zdravstvo in socialno varstvo	119	2284	0,04%	0,15	0,81	19,19
27. Proizvodnja kovin	45	1030	0,04%	0,14	0,60	22,89
26. Proizvodnja drugih nekovinskih mineralnih izdelkov	50	1027	0,04%	0,14	0,67	20,54
20. Obdelava in predelava lesa	42	1231	0,04%	0,13	0,46	29,31
36. Proizvodnja pohištva	31	1182	0,03%	0,12	0,31	38,13
92. Rekreatijske, kulturne in športne dejavnosti	16	920	0,03%	0,11	0,20	57,50

2.b ženske

29. Proizvodnja strojev in naprav	182	6449	0,25%	0,90	2,53	35,43
26. Proizv. drugih nekovinskih mineralnih izdelkov	51	1722	0,17%	0,61	1,82	33,76
22. Založništvo, tiskarstvo	24	1888	0,12%	0,45	0,57	78,67
15. Pridobivanje hrane, pijač in krmil	116	3831	0,11%	0,42	1,26	33,03
24. Proizv. kemikalij, kemičnih izdelkov, umetnih vlaken	63	2147	0,11%	0,38	1,13	34,08
20. Obdelava in predelava lesa	63	1282	0,10%	0,37	1,84	20,35
34. Proizvodnja motornih vozil in prikolic	45	588	0,10%	0,36	2,72	13,07
28. Proizvodnja kovinskih izdelkov	102	2253	0,09%	0,34	1,55	22,09
19. Proizvodnja usnja, obutve in usnjenih izdelkov	95	1797	0,09%	0,34	1,79	18,92
18. Proizvodnja oblačil; strojenje in dodelava krzna	230	4854	0,09%	0,33	1,57	21,10
31. Proizvodnja električnih strojev in aparatov	68	1749	0,09%	0,33	1,28	25,72

vičeno odsotnost z dela. Razlike med spoloma so sorazmerno majhne v tej skupini bolezni, verjetnost, da bodo šle delavke v bolniški stalež pogostejše kot moški, znaša 1,25. Enako razmerje med spoloma za to skupino bolezni je opisano tudi v tuji literaturi (12).

Iz obremenitev na delovnih mestih bi pričakovali, da bodo moški bistveno bolj ogroženi zaradi težav z ledveno hrbtenico, ženske pa zaradi težav z vratno hrbtenico, vendar podat-

ki kažejo drugače. Dorzopatije ledvene hrbtenice pri moških predstavljajo kar 50% vseh diagnoz, pri ženskah pa 42% vseh diagnoz, vendar je verjetnost, da bo delavka odšla v bolniški stalež zaradi težave z ledveno hrbtenico, nekoliko večja kot pri delavcih (1,2-krat). Dorzopatije vratne hrbtenice so veliko večji problem pri delavkah kot pri delavcih. Verjetnost, da bo delavka morala v bolniški stalež, je kar 2,7-krat večja v primerjavi z moškimi.

Te razlike med delavkami in delavci se neposredno vežejo tudi na posamezne starostne skupine. Pri najmlajših delavcih (starih do 19 let) razlik med spoloma praktično še ni, šele kasneje se razlika veča v škodo delavk, medtem ko je v zadnji starostni skupini (nad 60 let) več bolnih moških.

Pri dorzopatijah ledvene hrbtenice se izrazita razlika v škodo žensk pojavi šele po 40. letu starosti, v naslednji starostni skupini (nad 50 let) pa je že manjša. Obstaja precejšnja verjetnost, da se te težave pri ženskah povezujejo s hormonskimi spremembami v menopavzi.

Dorzopatije vratne hrbtenice se pri obeh spolih pojavijo kot znaten problem šele po 30. letu starosti, razlika v škodo žensk pa se z leti samo veča. Zadnja skupina delavcev ima obrnjeno razmerje med spoloma, kar je po svoje pričakovano, saj je v tem starostnem obdobju zaposlenih le še malo žensk, ki opravljajo verjetno fizično lažja dela, opazujemo pa tudi učinek "zdravega delavca" - le najbolj zdrave ženske ostanejo še aktivne.

V številnih prispevkih v svetovni literaturi, ki obravnavajo odsotnost z dela, se poudarja vpliv delovnih razmer, posebej na odsotnost z dela zaradi težav s kostmi, mišicami in vezivnim tkivom. Poznavanje povezave med delovnim mestom in zdravstvenimi težavami delavcev je velikokrat zanemarjeno. Vendar je delovno mesto lahko vzrok težav, obenem pa je idealno področje za izvajanje preventivnih dejavnosti. V eno od raziskav so delavci kar v 93,2% poročali o povezavi med fizičnimi obremenitvami na delovnem mestu in težavami s kostmi, mišicami in vezivnim tkivom (8).

V naši analizi smo v ta namen proučevali odsotnost z dela zaradi dveh diagnoz (bolečina v križu in bolečina v vratni hrbtenici) v posameznih gospodarskih dejavnostih. Pokazalo se je, da so gospodarske dejavnosti, v katerih najpogosteje prihaja do bolečine v križu pri delavcih, različne kot pri delavkah. Delavci, ki najpogosteje odhajajo v bolniški stalež zaradi bolečine v križu, delajo v gospodarski dejavnosti Pridobivanje rud, proizvodnja drugih vozil in plovil ter Gozdarstvo in gozdarske dejavnosti - to so dejavnosti, v katerih običajno ženske niso zaposlene ali jih je zelo malo. Delavke, ki imajo težave s križem, delajo v proizvodnji vlaknin, papirja in kartona, proizvodnji strojev in naprav in proizvodnji izdelkov iz gume in plastičnih mas. Moški, ki delajo v najbolj rizični dejavnosti, bodo verjetno odšli v bolniški stalež bistveno prej kot delavci iz drugih dejavnosti (RR=4,4), pri ženskah je verjetnost 3-krat večja v teh dejavnostih s tveganjem.

Bolečina v vratni hrbtenici je povezana z drugačnimi obremenitvami na delovnem mestu. Zato so tudi dejavnosti, v katerih prihaja do teh težav, druge. Pri moških te težave prevladujejo v dejavnosti Storitve javne higiene in Proizvodnja električnih strojev in naprav, pri ženskah pa v dejavnosti Proizvodnja strojev in naprav in Proizvodnja drugih nekovinskih mineralnih izdelkov. Pri delavcih je na visokem 5. mestu dejavnost Zdravstvo in socialno varstvo, med prvimi deseti dejavnostmi pa je tudi Rekreativna, kulturne in športne dejavnosti z izstopajoče dolgim bolniškim staležem.

Z natančnejšim opredeljevanjem skupin delavcev s tveganjem, izstopajočih težav in najbolj kritičnimi gospodarskimi dejavnostmi, smo želeli izpostaviti tisto skupino delavcev, ki jim moramo nameniti posebno pozornost.

O spolu in starosti delavcev smo že večkrat pisali. Posebna ogroženost delavk, posebej v obdobju med 40. in 50. le-

tom, je opisana tudi v prispevkih tujih avtorjev (11, 5, 9), pojasnjujejo pa jo s statičnimi obremenitvami mišic vratu pri sklonjeni drži glave (v montaži, embalaranju) pri pretežno sedečem ali stalnem stoječem delu in s podobnimi obremenitvami hrbtenice pri gospodinjstvih opravilih in negi družinskih članov.

Posebno pozornost smo v predstavitvi namenili delu, ki ga delavci opravljajo in ki je tesno povezano s težavami, ki jih delavci imajo (8, 14, 15). V proizvodnih dejavnostih imamo ponavadi opravka z manj izobraženimi delavci, vemo pa, da so ti delavci s stališča rehabilitacije - ponovnega vračanja na delo, prilagajanja spremenjenim delovnim pogojem, veliko bolj problematični. Vedno pogostejše so ugotovitve, da je odsotnost z dela zaradi težav s kostmi, mišicami in vezivnim tkivom tesno povezana z zmogljivostjo posameznika, da se spopade s svojimi težavami in posledično pozitivnim ali negativnim zaznavanjem zdravstvenega stanja (13). Na tem področju so delavci z nižjo izobrazbo in slabšimi delovnimi pogoji vedno slabše opremljeni.

Zaključek

Zato je seveda ukrep, s katerim bomo najprej poskušali preprečiti pojav težav, nato pa pomagati delavcem, ki zbolijo, da se čim prej vrnejo na delo, zelo specifičen. V različnih člankih se priporočajo različni pristopi k preprečevanju bolniškega staleža zaradi bolezni kosti, mišic in vezivnega tkiva: od vedenjske kognitivne terapije do stalnega izvajanja zmernih vaj za hrbtenico. Na vsak način je v dejavnostih, v katerih se morajo delavci veliko gibati že na delovnih mestih, delavce izredno težko spodbujati k dodatnim dejavnostim v prostem času, in to predvsem k tistim, ki jim zvečujejo zmogljivost in sposobnosti. Na žalost še vedno velika večina slovenskih delavcev svoj prosti čas preživlja nedejavno ali pa z delom, bodisi doma bodisi v pridobitne namene za izboljševanje svojega gmotnega stanja. Ob takem "popoldanskem" delu se še pogosteje pozablja na varovanje zdravja, saj si ljudje postavljajo nerazumljivo kratke roke za izvajanje teh del.

Pristop k reševanju tega problema mora biti kompleksen, premišljen in dobro načrtovan. Prilagojen mora biti potrebam delavcev in dela, ki ga opravljajo. Biti mora ljudem prijazen in v skladu z njihovimi običajnimi navadami. Le na tak način bo tudi uspešen.

Literatura

1. Tellnes G. Sickness Certification in General Practice: A Review. Sickness Certification-an Epidemiological Study Related to Community Medicine and General Practice. Family Practice, Oxford University Press, 1989; 6: 58-64.
2. Teržan M, Jeren B. Analiza bolniškega staleža za leto 1996. Zdravstveno varstvo 1998; 37, 1,2: 33-40.
3. Borg K, Hensing G, Alexanderson K. Predictive factors for disability pension - an 11-year follow up of young persons on sick leave due to neck, shoulder and back diagnosis. Scand J Public Health 2001; 29(2): 104-12.
4. Seferlis T, Nementh G, Carlsson AM, Gillstrom P. Acute low-back pain patients exhibit a fourfold increase in sick-leave for other dis-

- orders: case-control study. *Journal of Spinal Disorders* 1999; 12(4): 280-6.
5. Szubert Z, Zveinska Z. Analysis of work absenteeism due to illness in the provinces. *Medycyna Pracy* 1996; 47 (2): 117-23.
6. The World Health Report 2001: Mental Health: new understanding, new hope (Rangswamy Sirinnavasa Murthy, chief-editor). Geneva: World Health Organisation, 2001.
7. Zdravje v Sloveniji (urednik Mladen Markota), Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1999.
8. Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational Factors in Sickness Certification. *Scand J Public Health* 1990; 8: 37-44.
9. Feeney A, North F, Head J. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from Whitehall II Study. *Occupational & Environmental Medicine* 1998; 55(2): 91-8.
10. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10 (urednica Daša Moravec Berger) - 10. revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
11. Grundemann RWM, van Vuuren CV. Preventing Absenteeism at the Workplace. European Research Report. European Foundation of Living and Working Conditions. Dublin, Ireland, 1997: 52.
12. Sandanger I, Nygard JF, Brage S. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences. *Scand J Pub Health* 2000; 28: 244-52.
13. Grossi G, Soares JJ, Angeseva J. Psychosocial correlates of long-term sick-leave among patients with musculoskeletal pain. *Pain* 1999; 80 (3): 607-19.
14. Valat JP, Goupille P, Vedere V. Low back pain: risk factors for chronicity. *Rev Rheum Engl Ed* 1997; 64 (3): 189-94.
15. Vahtera J, Virtanen P, Kivimäki M. Workplace as an origin of Health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 399-407.
16. Tellnes G, Svendsen K B, Bruusgaard D. Incidence of Sickness Certification. *Scand J prim Health Care* 1989; 7: 11-7.

ANALIZA REZULTATOV PREIZKUSA HOJE NA DVA KILOMETRA ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENEM DOMU MURSKA SOBOTA

Martina Horvat, Viktor Zrim

UDK/UDC: 379.83:614

DESKRIPTORJI: gibalna aktivnost; promocija zdravja

IZVLEČEK - Z rezultati preizkusa hoje smo ugotavljali povezavo med indeksom telesne mase in indeksom telesne zmogljivosti zaposlenih v Zdravstvenem domu Murska Sobota. Udeležence smo razdelili glede na spol, starost in poklicno skupino. V preizkusu hoje na dva kilometra je sodelovalo 118 udeležencev.

Ugotovili smo, da imajo moški višji indeks telesne mase, da ta s starostjo narašča in da imajo najvišji indeks telesne mase zdravniki. Glede indeksa telesne zmogljivosti smo ugotovili, da se s starostjo ne spreminja.

Najpomembnejša ugotovitev je, da imajo udeleženci s sprejemljivo telesno težo (idealnim indeksom telesne mase) najvišjo aerobno zmogljivost, se pravi indeks telesne zmogljivosti.

Uvod

Gibanje in aktiven življenjski slog sta pomembna varovalna dejavnika zdravja. Vse pogostejše jih uporabljamo tudi v zdravljenju bolezni. Koristi za zdravje, ki jih prinaša redna zmerna telesna dejavnost pri populaciji srednjega in poznega življenjskega obdobja, so pomembne tako za zmanjševanje koronarne srčne bolezni, kot tudi drugih kroničnih bolezni, preprečevanje nesreč in ohranjanje duševnega zdravja (3).

V Sloveniji že od leta 2000 poteka projekt Slovenija v gibanju – z gibanjem do zdravja, ki ga izvaja CINDI Slovenija skupaj s Športno unijo Slovenije in zdravstvenimi sodelavci. V ta projekt se že od vsega začetka vključuje tudi Zdravstveni dom Murska Sobota. Eden od načinov, ki ga uporabljamo pri projektu za spodbujanje k redni telesni dejavnosti, je v Evropi že dobro uveljavljen preizkus hoje na 2 km, ki predstavlja terenski test za ocenjevanje telesne zmogljivosti (2). V Zdravstvenem domu Murska Sobota ga tako izvajamo že tretje leto. Začeli smo jeseni 2000, nadaljevali v letu 2001, letos imamo načrtovane tri teste hoje za širšo javnost in šest testov hoje, namenjenih udeležencem skupin za zniževanje telesne teže, ki potekajo v okviru Nacionalnega programa preprečevanja srčno-žilnih bolezni.

Preizkus hoje na 2 km služi strokovnjakom kot dober, enostaven, široko dostopen, z laboratorijskimi testi primerljiv pripomoček za ocenjevanje telesne zmogljivosti in hkrati kot ustrezno motivacijsko sredstvo za večanje in vzdrževanje telesne dejavnosti, ker lahko s ponovnim preizkusom, čez 3-6 mesecev, spremljamo pozitivne učinke telesne vadbe. Preizkus so razvili v Inštitutu UKK iz Tampere na Finskem (1).

ANALYSIS OF RESULTS OF A 2 KM WALK EXPERIMENT OF THE EMPLOYED IN MURSKA SOBOTA HEALTH CENTRE

DESCRIPTORS: physical activities; health promotion

ABSTRACT - Connection between body mass index and physical fitness index of the employed in Murska Sobota health centre has been established by the help of a 2 km walk experiment. Participants were divided into groups regarding their gender, age and profession. Altogether, 118 participants were included in this experiment.

It has been established that men have higher body mass index, which increases with age. The highest body mass index is among physicians. Regarding the physical fitness index, it has been established that it does not change with age. The most important finding is, that participants with acceptable body weight (ideal body mass index) have the highest aerobic capacity, i. e. physical fitness index.

Spodbujanje k telesni dejavnosti, predvsem v prostem času in manj pri delu, je del preventivne dejavnosti tima v osnovnem zdravstvu. Prav tako mora svetovanje o telesni dejavnosti vključiti v svoje redno delo (3). Za takšen pristop je nujno potrebno široko znanje in izkušnje. Manjša skupina zdravnikov in medicinskih sester se je za tako delo izobraževala junija 2000 na poletni šoli CINDI za Pomurje, ostali pa so se udeležili dvodnevni delavnic jeseni 2001. Prav v okviru slednjih je potekal tudi preizkus hoje, katerega rezultate bomo predstavili v članku.

Preiskovanci in metoda dela

V Zdravstvenem domu Murska Sobota imamo ustrezno izobraženo in usposobljeno ekipo dvanajstih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, treh fizioterapevtov in dveh zdravnic, ki izvaja preizkuse hoje na 2 km. Razmerja med posameznimi poklicnimi skupinami se ujemajo z ugotovitvami Žalarjeve in Pucljeve (4), da so medicinske sestre najpogostejše izvajalke zdravstvenovzgojne dejavnosti, kamor preizkus hoje nedvomno sodi.

Preizkus hoje je primeren za zdrave moške in ženske v starosti od 20 do 65 let, uporaben je tudi pri pretežkih posameznikih, ni pa uporaben za telesno zelo dejavne posameznike (1).

Za vzorec populacije zdravstvenih delavcev smo oktobra 2001 izbrali 118 udeležencev preizkusa hoje na 2 km. Med 118 udeleženci je bilo 18 moških in 100 žensk. Glede na poklicne skupine se je preizkusa udeležilo 21 zdravnikov, 84 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter 13 zaposlenih v Zdravstvenem domu Murska Sobota, ki smo jih razvrstili v

kategorijo ostali (šoferji, čistilke, inženirji radiologije, administratorji, pripravniki...). Povprečna starost udeležencev je bila 39 let, standardna deviacija (sd) pa 9,3.

Pri statistični analizi podatkov smo uporabili preizkušanje domneve o razliki med povprečjem vzorca in populacije s testom z.

Udeležence smo že ob povabilu na testiranje obvestili, da;

- dve do tri ure pred pričetkom ne uživajo obilnejših obrokov hrane in ne kadijo;
- se na dan preizkusa in dan pred njim izogibajo težjim telesnim naporom;
- na dan preizkusa in dan poprej ne pijejo alkohola in ne uživajo poživil;
- se za preizkus oblečejo in obujejo udobno in športno (1).

Udeležencem smo izmerili telesno težo, telesno višino in krvni tlak. Izračunali smo jim indeks telesne mase (ITM) tako, da smo telesno težo (kg) delili s kvadratom telesne višine (m). ITM izražamo v kg/m². V članku smo uporabili razdelitev na območja telesne teže, kot so navedena v navodilih za preizkus hoje na 2 km (1). Območja so:

- pod 20 premajhna telesna teža,
- 20-25 sprejemljiva telesna teža,
- 26-27 malo pretežki,
- 28-30 zmerno pretežki,
- nad 30 veliko pretežki.

Pred izvedbo preizkusa smo ugotavljali tudi zdravstveno stanje udeležencev s tem, da je vsak odgovoril na sedem vprašanj v zvezi z njegovim zdravstvenim stanjem:

- Ali imate kakšno prirojeno srčno napako ali bolezen?
- Ali imate boleče, otekle ali vnete sklepe?
- Ali kdaj med hojo čutite pekočo bolečino, tiščanje ali pritisk v prsih?
- Ali ste kdaj med hojo omotični ali vrtoglavji?
- Ali ste izjemno utrujeni?
- Imate vročino?
- Jemljete kakšna zdravila, katera?

Če je udeleženec na katero koli od teh vprašanj odgovoril z da, preizkusa ni smel opravljati, razen če je kljub ugotovljeni boleznim in bolezenskim znakom preizkus odredil zdravnik (1).

Sledilo je ogrevanje z natančnimi navodili o poteku. Po koncu preizkusa smo izmerili čas hoje in srčni utrip.

Indeks telesne zmogljivosti (ITZ) smo izračunavali s pomočjo računalniškega programa. V program smo vnesli podatke o času hoje, srčni frekvenci na cilju, starosti, spolu, telesni teži in telesni višini. Glede na vrednosti indeksa telesne zmogljivosti smo udeležence razvrstili v naslednje kategorije:

- <70 - veliko pod povprečjem,
- 70-89 - malo pod povprečjem,
- 90-110 - povprečna,
- 111-130 - malo nad povprečjem,
- >130 - veliko nad povprečjem (1).

ITZ izražamo največjo aerobno zmogljivost. Vrednost ITZ je udeležencem pokazala raven njihove telesne zmogljivosti.

Računalniški izpis je vseboval tudi navodila in priporočila za nadaljnjo vadbo.

Rezultati

Indeks telesne mase

Povprečni indeks telesne mase (ITM) udeležencev preizkusa je bil 24,8 (sd 3,9), žensk 25 (sd 3,9) in moških 26 (sd 3,2).

Preučili smo tudi ITM za posamezne poklicne skupine. Ugotovili smo da je ITM zdravnikov 26,4 (sd 4,5), medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov 24,8 (sd 3,7) in ostalih 22,8 (sd 3).

Pri rangiranju smo ugotovili, da noben zdravnik nima premajhne telesne teže, sprejemljivo telesno težo jih ima 47,7%, kar 52,3% zdravnikov pa ima ITM nad 25, se pravi, da so pretežki. Med medicinskimi sestrami in zdravstvenimi tehnikami jih je 4,8% s premajhno telesno težo, sprejemljivo telesno težo ima 57,4% udeležencev, 37,8% medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pa je pretežkih. V skupini ostalih udeležencev jih ima 13,4% premajhno telesno težo, 67% sprejemljivo telesno težo in 19,6% preveliko telesno težo.

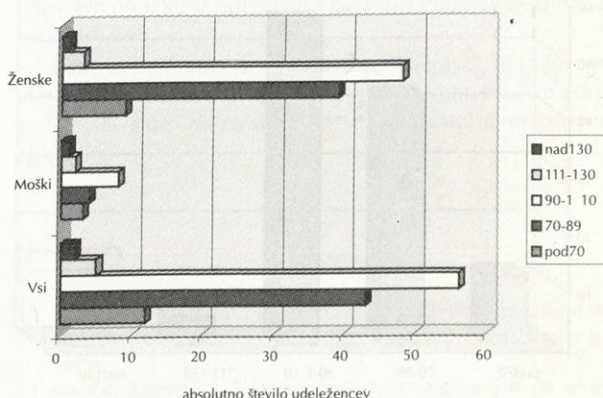
Pri analizi podatkov o ITM glede na starostne skupine smo ugotovili, da ITM s starostjo narašča:

- do 31 let - ITM 22,8 (sd 4,2),
- 31-40 let - ITM 24,6 (sd 3,2),
- 41-50 let - ITM 25,7 (sd 3,8),
- 51-60 let - ITM 26,5 (sd 1,5).

Čas hoje

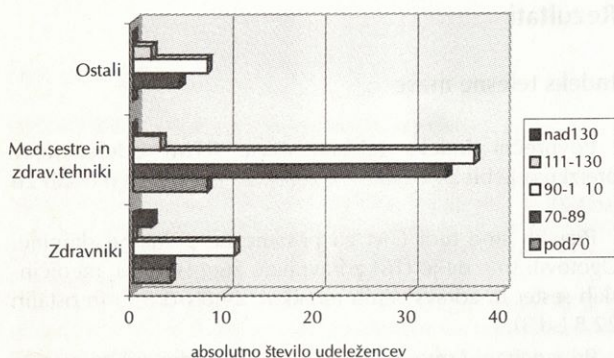
Moški so v povprečju hodili 16,3 minute (sd 2,4), ženske pa 18,1 minute (sd 1,6). Povprečje vseh udeležencev je bilo 17,8 minute (sd 1,9).

Indeks telesne zmogljivosti



Slika 1. Indeks telesne zmogljivosti vseh udeležencev in spolu

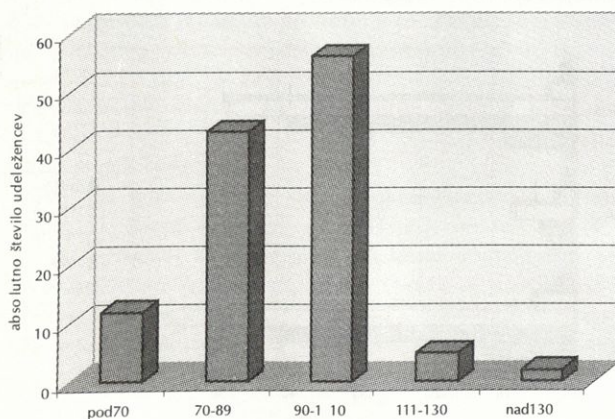
Povprečni indeks telesne zmogljivosti (ITZ) vseh udeležencev je bil 90,2 (sd 16,9), žensk 89,9 (sd 14,2) in moških 91,4 (sd 28).



Slika 2. Povprečni indeks telesne zmogljivosti po poklicnih skupinah

Glede na poklicne skupine smo ugotovili najboljši ITZ v skupini ostalih udeležencev, in sicer 98,2 (sd 11,8), sledijo zdravniki z ITZ 89,6 (sd 26,3) in medicinske sestre ter zdravstveni tehniki z ITZ 88,9 (sd 14).

Pri rangiranju ITZ glede na določene kategorije smo pri zdravnikih ugotovili naslednje. Izrazito podpovprečen ITZ so imeli 4 zdravniki (19%), malo pod povprečjem so bili prav tako 4 zdravniki (19%), povprečno zmogljivih je bilo 11 zdravnikov (52,4%), nobeden ni bil malo nad povprečjem, izrazito nad povprečjem pa sta bila 2 zdravnika (9,6%). V poklicni skupini medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov jih je 8 (9,6%) veliko pod povprečjem, 34 (41,6%) jih je malo pod povprečjem, 37 (45,2%) jih ima povprečno zmogljivost, 3 (3,6%) so malo nad povprečjem, nihče pa ni izrazito nad povprečjem. V skupini ostalih smo ugotovili, da nobeden ni veliko pod povprečjem, prav tako nobeden izrazito nad povprečjem, 5 (33,4%) jih je malo pod povprečjem, 8 (53,3%) jih je povprečno zmogljivih in 2 (13,3%) sta malo nad povprečjem.



Slika 3. Indeks telesne zmogljivosti po rangih

Pri rangiranju vseh udeležencev smo ugotovili, da jih je 12 (10,2%) veliko pod povprečjem, 43 (36,4%) jih je malo pod povprečjem, 56 (47,5%) jih je povprečno zmogljivih, 5 (4,2%) jih je malo nad povprečjem in samo 2 (1,7%) udeleženci sta izrazito nadpovprečno zmogljiva.

Pri analizi vseh udeležencev smo ugotovili, da se ITZ s starostjo signifikantno ne spreminja, udeleženci po starostnih skupinah imajo te vrednosti:

- do 30 let 89 (sd 17),
- 31-40 let 93,8 (sd 18,4),
- 41-50 let 89,2 (sd 14),
- 51-60 let 84,1 (sd 21,4).

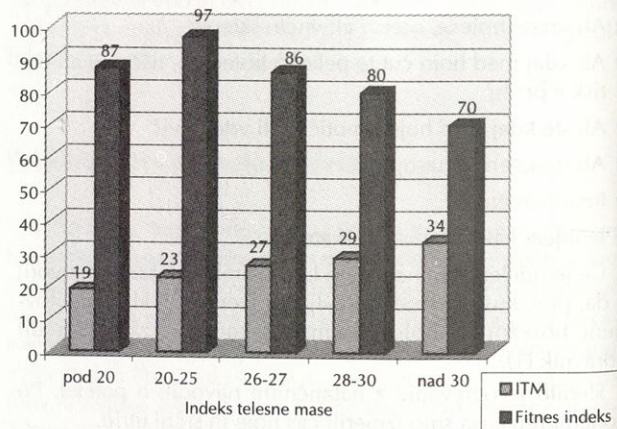
Pri moških udeležencih pa smo ugotovili, da ITZ s starostjo značilno pada, vrednosti po starostnih skupinah so:

- do 30 let 107 (sd 20,6),
- 31-40 let 93 (sd 32,5),
- 41-50 let 83,7 (sd 20,1),
- 51-60 let 69,3 (sd 28,7).

ITZ pri ženskah se s starostjo značilno ne spreminja:

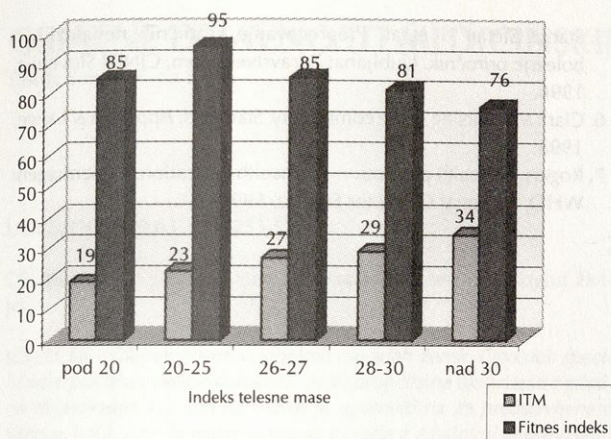
- do 30 let 84 (sd 12,7),
- 31-40 let 94 (sd 14,5),
- 41-50 let 89,6 (sd 13,7),
- 51-60 let 89,6 (sd 17).

Razprava



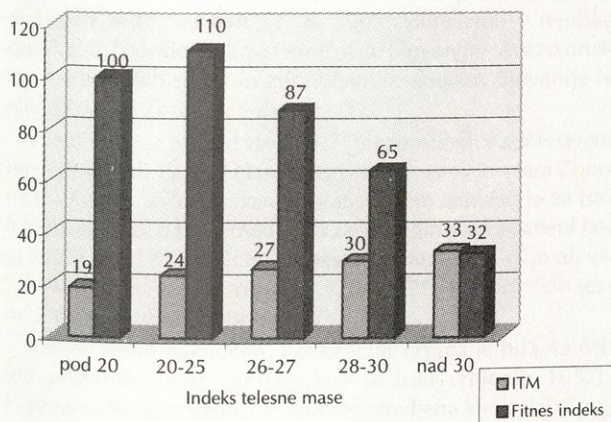
Slika 4. Povprečne vrednosti indeksa telesne mase v primerjavi s povprečnim indeksom telesne zmogljivosti vseh udeležencev

Iz slike 4 je razvidno, da imajo udeleženci s sprejemljivo telesno težo največjo aerobno zmogljivost ($p < 0,01$), udeleženci, ki so veliko ($p < 0,01$) in zmerno ($p < 0,05$) pretežki, imajo signifikantno nižjo aerobno zmogljivost. Prav tako nižjo, vendar ne signifikantno aerobno zmogljivost pa imajo udeleženci s premajhno telesno težo in malo pretežki udeleženci.



Slika 5. Povprečne vrednosti indeksa telesne mase v primerjavi s povprečnim indeksom telesne zmogljivosti pri ženskah

Primerjava ITZ z ITM pri ženskah nam pokaže, da imajo ženske s sprejemljivo telesno težo najboljšo aerobno zmogljivost glede na vse udeležence. Nižjo aerobno zmogljivost, ki pa ne odstopa signifikantno od povprečja vseh udeleženk, imajo ženske s prenizko telesno težo in malo pretežke. Signifikantno nižjo aerobno zmogljivost ($p < 0,05$) pa imajo zmerno in veliko pretežke ženske.

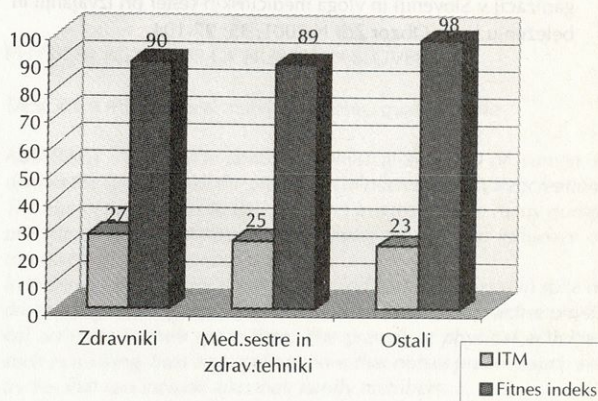


Slika 6. Povprečne vrednosti indeksa telesne mase v primerjavi s povprečnim indeksom telesne zmogljivosti pri moških

Pri moških smo ugotovili, da skupine s premajhno, sprejemljivo in malo preveliko telesno težo ne odstopajo bistveno od aerobne zmogljivosti vseh moških. Skupine zmerno in veliko pretežkih pa imajo signifikantno slabšo ($p < 0,05$) aerobno zmogljivost. Najvišjo aerobno zmogljivost imajo tudi pri moških udeleženci tisti s sprejemljivo telesno težo, vendar pa ta ni signifikantno višja.

Najvišji ITZ imajo udeleženci v skupini ostali, in sicer 98,2, sledijo jim zdravniki z 88,9 in medicinske sestre in zdravstveni tehniki z 88,9. Pri ITM imajo najboljše vrednost prav tako v

skupini ostalih z 22,8. Zdravniki, ki so po ITZ na drugem mestu, imajo najslabši ITM 26,4. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki imajo najslabši ITZ, pa imajo drugi najboljši ITM 24,8.



Slika 7. Povprečne vrednosti indeksa telesne mase s povprečnim indeksom telesne zmogljivosti za posebne poklicne skupine

Zaključek

Pri analizi ITM smo ugotovili, da imajo moški višji ITM kot ženske. Med poklicnimi skupinami imajo najvišji ITM zdravniki. Pri analizi ITM glede na starost smo za vse skupine ugotovili, da ITM s starostjo narašča. Ugotovili smo, da imajo največjo aerobno zmogljivost udeleženci iz skupine ostali. Najvišji ITZ več kot 130 pa sta dosegla dva zdravnika. ITZ se s starostjo ne spreminja. Ugotovili smo tudi, da imajo udeleženci s sprejemljivo telesno težo največjo aerobno zmogljivost.

Vsi udeleženci so ob koncu preizkusa prejeli navodila za izvajanje redne telesne dejavnosti. Seznanili smo jih tudi s potencialnimi koristmi redne telesne dejavnosti (5) in številnimi pozitivnimi učinki redne telesne dejavnosti ali vadbe na človeški organizem. Osnovni nasvet je bil pri večini pridobiti sprejemljivo telesno težo in z redno telesno vadbo višati aerobno zmogljivost, ki jo bomo ponovno preverjali na spomladanskem preizkusu hoje. Naša dolžnost je, da poskrbimo za svoje zdravje.

Menimo, da moramo vsi zdravstveni delavci, ki se pri svojem delu srečujemo z varovanci in jim svetujemo za zdrav življenjski slog, delovati predvsem z lastnim pozitivnim zgledom.

Literatura

1. Laukkanen R, Hynninen E. Preizkus hoje na dva kilometra: priročnik. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1999.
2. Maučec Zakotnik J. Slovenija v gibanju - z gibanjem do zdravja. V: Potočnik MM (ur.). Respiracijska in kardiovaskularna fizioterapija: gradivo 19. strokovnega seminarja. Ljubljana, ju-

- nij 2000. Ljubljana: Sekcija za respiratorno in kardiovaskularno fizioterapijo pri Društvu fizioterapevtov Slovenije, 2000.
3. Accetto R et al. Preventiva v osnovnem zdravstvu: priporočila za prakso. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1998.
4. Žalar A, Pucelj V. Zdravstvenovzgojna dejavnost zdravstvenih organizacij v Sloveniji in vloga medicinskih sester pri izvajanju in beleženju le-te. Obzor Zdr N 2001; 35: 97-104.
5. Stanič Stefan N et al. Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni: priročnik. Ljubljana: Zdravstveni dom, CINDI Slovenija, 1996.
6. Clark MJ. Nursing in the community. Stamford: Appleton & Lange, 1996.
7. Rogers R. Health promotion and health education. Copenhagen: WHO; Regional Office for Europe, 1995.

GIBALNE DEJAVNOSTI MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI *

Đurđa Sima, Divna Eržen

UDK/UDC: 379.83; 614.253.5

DESKRIPTORJI: gibalna aktivnost; medicinske sestre; kakovost življenja

IZVLEČEK - Članek govori o gibalnih navadah žensk. Opredeli specifičnosti poklica medicinskih sester in jih projicira na ukvarjanje z gibalno dejavnostjo. Namen raziskave je ugotoviti na že predstavljenem vzorcu, koliko medicinskih sester se ukvarja z gibalnimi dejavnostmi, in predstaviti, kako to vpliva na kakovost njihovega življenja.

V empiričnem delu so rezultati, ki kažejo, da se medicinske sestre kljub zahtevnemu delovnemu času, družini in otrokom v prostem času ukvarjajo z gibalno dejavnostjo. Prevladujoče gibalne aktivnosti, kot so hoja, izleti, sprehodi, kolesarjenje, kažejo, da se medicinske sestre ukvarjajo s takimi gibalnimi aktivnostmi, v katere lahko vključijo svojo družino.

1. Uvod

Raziskava "Medicinske sestre v Sloveniji" je potekala v letu 2001. Raziskavo je organiziralo in vodilo Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Ciljna populacija so bile vse medicinske sestre in zdravstveni tehniki v Sloveniji. Dosegljivo populacijo je predstavljalo 12.248 medicinskih sester na dan 13. 8. 2001, vključenih v regijska društva in Zbornico zdravstvene nege Slovenije - Zvezo društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (v nadaljevanju Zbornica - Zveza) (1).

V letu 1999 je bilo od vseh 13.779 zaposlenih v zdravstveni negi 87,4% ali 12.039 članov regijskih društev in s tem Zbornice - Zveze. V Zdravstvenem statističnem letopisu je za isto leto navedeno, da je izmed vseh zaposlenih v zdravstveni negi 3.209 (23,3%) medicinskih sester s fakultetno, višjo ali visoko strokovno izobrazbo in 10.570 (76,7%) medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo (2).

Vzorec je bil naključen. Realizacija vzorca je bila 43,6% (od poslanih 2450 vprašalnikov je bilo vrnjenih 1057). Reprezentativnost vzorca je bila zagotovljena kljub slabši zastopanosti medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo in mlajših od 35 let.

Po opisu značilnosti vzorca je uporabljena beseda medicinska sestra, ki velja za vse profile oseb, ki delajo na področju zdravstvene nege v Sloveniji za oba spola (1). Kdo smo medicinske sestre v Sloveniji? Preprosto vprašanje, na katero je zelo težko odgovoriti. Vendar smo z medsebojnim sodelovanjem v raziskovalni skupini raziskali našo poklicno skupino in skušali odgovoriti na to vprašanje. Kaj delamo, kako živimo, kakšne so naše vrednote, kako se izobražujemo, kakšna je kakovost našega življenja, kako izkoriščamo prosti čas in koliko smo gibalno aktivne?

PHYSICAL ACTIVITIES OF NURSES IN SLOVENIA

DESCRIPTORS: physical activities, nurses, quality of life

ABSTRACT - The article deals with physical activities of women. It defines the specificities of the profession of nurses and their recreation. The aim of the study is to determine on a sample, how many nurses practise physical activities and to present the positive influence of those activities on the quality of life.

In the empirical part the shown results indicate that nurses in spite of demanding working time, their families and children practise physical activities in their spare time. The prevailing physical activities such as walking, trips and cycling show, that nurses practise such activities that can include also their family members.

Po pregledu literature smo ugotovile, da gibalne aktivnosti medicinskih sester in splošni dejavniki zadovoljstva do sedaj niso bili predmet raziskovanja. Na gibalno aktivnost medicinskih sester v veliki meri vplivata vloga v službi zdravstvene nege in vloga žene oziroma matere. Medicinska sestra je strokovno usposobljena profesionalka za področje zdravstvene nege, njena formalna skrb in pomoč vsebujeta tudi ideale "materinske skrbi". Taka ženska morala pri medicinskih sestrah kaže moč v odnosih, kjer deluje kot strokovnjakinja v zdravstveni negi. Vendar v vlogi "pomočnice" ne zadovoljuje v zadostni meri lastnih potreb ali pa se tem potrebam preprosto odpove.

Čeprav imajo ženske danes možnost, da izbirajo med vsemi možnimi poklici, ostajajo poklici socialne delavke, medicinske sestre, negovalke in vzgojiteljice še vedno ženski poklici (3).

Konec 19. in v začetku 20. stoletja, je prišlo do ostrega ločevanja na "ženske" in "moške" poklice. Prvi so dobili značilnost altruizma in humanosti, drugi pa racionalnosti in učinkovitega tekmovanja (3).

Biološke razlage so najbolj prepričljiv argument za razlikovanje med moškimi in ženskimi poklici. Osnovni viri enakosti so v delitvi dela in vrednotenju le-tega. Biološka razlaga utemeljuje spolno delitev dela z vlogami moškega in ženske v reprodukciji človeka. Te vloge dajejo nekakšno "naravno predispozicijo", ki je lahko kulturno modificirana, kljub temu pa predstavlja osnovno komponento obnašanja. Razlike med spoloma v delitvi dela gre torej uskladiti v bioevolucijskem procesu, primernem za ohranitev vrste, in različnem hormonskem delovanju. Vloga ženske v reprodukcijskem procesu je pozitivno opredeljena z nego in vzgojo otrok ter s skrbjo za odrasle. Medtem ko je vloga moškega kot preskrbovalca družine, skupaj z njegovo dominacijo na ekonomskem, političnem in vojaškem področju, opredeljena pozitivno, njegova vloga v reprodukcijskem procesu pa je minimalna (4).

* Članek je bil že objavljen v Zborniku predavanj - medicinske sestre v Sloveniji, vendar se je uredništvo Zdravstvenega varstva zaradi aktualnosti teme izjemoma odločilo za objavo v tematski številki.

Izraba prostega časa med moškimi in ženskami vsebuje očitne razlike. Vzroki za to so različne oblike socializacije žensk v zgodovini. V prostem času moški bistveno več časa kot ženske posvetijo počitku, dodatnemu izobraževanju, dopolnilnemu delu, športnim aktivnostim in sodelovanju v družbenopolitičnih organizacijah. Edina kategorija, kjer ženske porabijo več časa kot moški, je gospodinjstvo. Analiza aktivnosti neporočenih moških in žensk kaže iste razlike, kot so se pojavile pri drugih kategorijah zakonskega stanu. Ta podatek potrjuje tezo, da razlike med spoloma ne nastopijo zaradi situacije, v kateri je zaposlena žena (4).

Govoriti o rekreaciji oziroma gibalni dejavnosti medicinskih sester v prostem času pomeni tudi raziskovati kakovost življenja medicinskih sester. Pregled kakovosti življenja na nacionalni ravni nas usmerja v posamezne koncepte raziskovanja življenjske ravni v svetu. Raziskovanje načina življenja in sloga življenja je povezovanje elementov vsakodnevnega življenja z življenjsko ravno ter povezovanje življenjskih vzorcev s kulturnimi in drugimi dejavniki (5).

2. Gibalna dejavnost - šport

Šport postaja za mnoge ne le zgolj način življenja, pač pa pomembna sestavina kakovosti tega življenja. Mnogi vidijo danes v športu več pomembnih vsebinskih vrednot za sodobnega človeka, za današnjo družbo in njeno prihodnost; za revitalizacijo družine, nov način izrabljanja prostega časa, za ohranjanje in izboljševanje zdravja, kineziterapijo, upočasnitev procesov staranja, za razvoj osebnosti, za nove vzorce kulture gibalnega izražanja, za produktivnost in obrambno sposobnost, za alternativo anonimnosti, odtujenosti, kompenzacijo različnih napetosti in ne nazadnje za srečnejše in duhovno bogatejše življenje (6).

Plan zdravstvenega varstva Slovenije iz leta 1993 narekuje krepitev zdravih vzorcev življenja. Poudarjena je večja zavest o zdravju in ekologiji, razvoju in povečanju sposobnosti obvladovanja problemov, o uravnoteženi prehrani, spodbujanju zdrave telesne dejavnosti in drugih dejavnosti v prostem času.

Sodobnim ljudem je vse bolj potrebna redna in zadostna športno-rekreativna vadba. Posebej zato, ker zahteva vsak fizični in umski napor določeno psiho-fizično kondicijo. Zaradi pozitivnih učinkov vadbe bi morala le-ta postati uresničljiva pravica vseh ljudi (7). Predolgo je večina ljudi (tudi Američanov) mislila, da je redna vadba in treniranje le za pouk telesne vzgoje in za resne športnike. Toda navade so se spremenile in dozele; sedaj spoznavamo, da je redna vadba prav za vsakogar (8).

Gibalna vadba naj bo zdrava, varna in učinkovita. Resnično učinkovita je, če se izvaja v treh enakih presledkih v tednu. Odmori naj ne bodo daljši od dveh dni, da ne nastanejo škodljivi vplivi preobremenjevanja. Če so odmori daljši, pogosto pretiravamo, saj želimo nadomestiti zamujeno. Vadba za zdravje, gibalno sposobnost, za krepitev srca in ožilja, naj traja najmanj 30 minut. Po postopnem 10-minutnem ogrevanju vadimo največ 20 minut s 85-odstotno maksimalno obremenitvijo (7).

Z merjenjem in uravnavanjem hitrosti bitja srca oz. srčnega utripa spremljamo stopnjo obremenitve (9). Najvišjo dovoljeno

obremenitev določimo tako, da od številke 226 odštejemo leta starosti za ženske in od 220 odštejemo leta starosti za moške. Dobljeno številko pomnožimo s 85% in dobimo najvišjo mejo srčnega utripa. Z merilnikom srčnega utripa spremljamo utrip. Da bo aktivnost pravilna, določimo tudi spodnjo mejo srčnega utripa tako, da množimo dobljeno številko s 65%. Najbolj primerna oblika gibalne aktivnosti je živahna hoja, kolesarjenje (na cestnem in sobnem kolesu) in plavanje (10).

Harrisova (11) je mnenja, da udeležba v gibalnih aktivnostih ne predstavlja samo problema vadbe, temveč tudi ustvarjanje osebnega in socialnega ravnotežja. Skozi gibalno vadbo se ukvarjamo s prilagajanjem samemu sebi, s svojim jazom, lastno podobo (percepcijo in konceptom), kar vse skupaj ustvarja temelj lastne podobe.

2. 1. Gibalne dejavnosti v zgodovini in razlike med spoloma

Šport v najširšem pomenu je biotična in socialna potreba, ki jo vsaka doba zaznamuje po svoje. Športna kultura je torej od človekovega nastanka do danes vsebina njegovega bivanja. Ravnovesje duha in telesa, skladnost lepega z dobrim, plemenitim, je bila že pri Grkih sinonim za zgled telesne in duševne popolnosti. To ravnovesje ni grška posebnost. Danes jo zgodovinarji odkrivajo povsod. Negativni spremljevalni učinki sodobne civilizacije to ravnovesje v veliki meri porušijo (6).

Zgodovinski pregledi kažejo, da so se v preteklosti z gibalno aktivnostjo ukvarjali predvsem pripadniki moškega spola. Šele ob koncu 19. stoletja je bila telovadba pri nas omogočena tudi ženskam. Gimnastika in proste vaje so bile dolgo časa temelj športne vzgoje, ki so poudarjale žensko elegantnost in zadostile takratnim merilom lepega vedenja.

Doupona in Petrovič (6) ugotavljata, da je po drugi svetovni vojni gibalna dejavnost v učnem programu dijakov in študentov pomenila družbenopolitično, idejno, vsebinsko in metodično opredelitev. Predvsem je zagotavljala množičnost v vrstah mladine. Ugotovila sta tudi, da razlik med gibalno izobrazbo deklic in dečkov uradno ni, vendar je osrednji cilj pri dekliški gibalni vzgoji doseči vedno telesno in duševno zdrav ženski spol, sposoben za opravljanje svojih življenjskih nalog. Po drugi svetovni vojni so se ženske začele ukvarjati z različnimi oblikami gibalne vadbe v okviru različnih združenj. Največkrat je to bilo telovadno društvo Partizan. V delovnih organizacijah so začeli delovati t. i. organizatorji rekreacije. Vodili so rekreacijo v prostem času, izlete in pohode, med delovnim časom pa so organizirali in vodili trenutke za prekinitev in sprostitve "minutke za rekreacijo".

Od konca 19. stoletja do danes ugotavljamo skrajševanje delovnega časa in povečanje števila dni, namenjenih počitku in rekreaciji. Z ugotavljanjem novih tehnologij, večjim znanjem ljudi in spremenjenim vrednotenjem posameznih področij življenja je prišlo do kakovostnih sprememb, ki so dale možnost individualiziranja načina življenja in porabe. Tako so postale meje prostega časa relativne in v mnogih primerih subjektivno določljive (4).

Ženske se individualnih oblik gibalne vadbe več udeležujejo v zadnjih desetletjih, saj upada število organiziranih oblik vadbe po podjetjih. V zgodovini so pričakovali od žensk, da

je bil vsakdo deležen njihove pomoči in nege. Družine in skupnosti so se vedno nagibale k temu, da so ženske sposobne obvladovati dogodke, biti vedno prisotne in sposobne kljubovati škodljivim vplivom stresne situacije. Le redkokdaj so smele sploh biti bolne ali utrujene. S prevzemanjem dejavne vloge v skrbi za svoje zdravje pa so ženske naredile revolucionaren korak (12).

2. 2. Ženske in gibalna dejavnost

Lutter, Jaffe, Lee at al. (12) so v raziskavo v Melphomenu vključili 400 žensk. Pomembnost gibalnih aktivnosti je bila razvrščena v 5 kategorij:

1. doseči kardiovaskularno sposobnost,
2. izboljšati tonus mišic,
3. utrditi telo,
4. uravnavati telesno težo,
5. izboljšati lastno podobo.

Anketiranke so s pritrdilnim odgovorom odgovorile, zakaj se ukvarjajo z gibalno aktivnostjo:

- doseganje kardiovaskularne sposobnosti - 82%,
- izboljšanje tonusa mišic - 82%,
- utrjevanje telesa - 82%,
- uravnavanje telesne teže - 78%,
- izboljšanje lastne podobe - 70%.

Določene psihične pridobitve so težko merljive, zato se v raziskavah ne pojavljajo pogosto. V omenjeni raziskavi je ugotovljeno, da so ženske, ki so bile vključene v raziskavo, doživele spremembe v življenju, v osebnih odnosih in samospoštovanju. Očitno ženske, ki so dejavne, nimajo samo zdravega telesa, temveč se tudi dobro počutijo.

Lutter, Jaffe, Lee at al. (12) predlagajo razmislek o naslednjih vprašanjih za sleherno žensko pred odločitvijo, ali se bo začela ukvarjati s vadbo:

1. Koliko ur na dan delate?
2. Koliko ur na dan ste v službi?
3. Koliko stopnic povprečno prehodite na teden?
4. Koliko ur na dan porabite za hišna opravila?
5. Koliko ur ali minut na dan imate samo zase?
6. Koliko je vabljliva za vas gibalna dejavnost?
7. Kaj bo vaše bistveno merilo na začetku programa gibalne dejavnosti?
8. Premislite o vašem trenutnem urniku. Kakšne možnosti imate, da vsak dan posvetite vadbi pol ure ali eno uro?
9. Ali raje telovadite sami, skupaj s prijatelji ali množično?
10. Kakšni so vaši stvarni cilji, ki se nanašajo na gibalno vadbo v naslednjih treh tednih?

2. 3. Gibalna dejavnost v Sloveniji

Občasne raziskave gibalnih aktivnosti v Sloveniji, ki jih izvajajo strokovnjaki s Fakultete za šport Univerze v Ljubljani,

še vedno kažejo na premajhno vključevanje Slovencev v rekreativne dejavnosti glede na razpoložljive možnosti. Družina kot institucija v sociološkem pomenu omogoča spremljanje veliko družbenih pojavov.

Ena izmed raziskav (6) je pokazala, da se več kot 50% družin pri nas z gibalno dejavnostjo sploh ne ukvarja. Pri tem je odločilni dejavnik izobrazba staršev, ki hkrati vsebuje osveščenost o pomenu športne vzgoje v družini in za to potrebna materialna sredstva. Energijski motorični potenciali odraslih občanov v Sloveniji so tako zaostali, da so celo 21-letni očetje in matere pod motorično stopnjo 9- do 12-letnih dečkov in deklic. Podatki so izbrani iz longitudinalne študije Športnorekreativna dejavnost Slovencev v letu 1998 (6). Neustrezna gibalna naravnost družine se kaže v padcu motoričnih sposobnosti njenih otrok.

Predvsem matere se zavzemajo za športno dejavnost v okviru družine, medtem ko se očetje raje ukvarjajo s športno rekreacijo s prijatelji in znanci (6). Nobena dejavnost ni zgolj individualni izraz, ampak se odvija v socialnem kontekstu (4). Proučevanje socialnoekonomskih dejavnikov na nacionalni ravni omogoča tolmačenje gibalne dejavnosti Slovencev v prostem času. Prosti čas je izredno pomemben del časa v človekovem vsakdanjiku, če ni namenjen zgolj delovnim in družinskim obveznostim, ampak predvsem dejavnostim, ki pomenijo sprostitve in zadovoljstvo ter ljudi usmerjajo v samouresničevanje. V ta sklop sodi tudi dejavnost vzdrževanja telesne in duševne kondicije (4).

Na izkoriščanje prostega časa oziroma vključevanje v različne gibalne dejavnosti vpliva več dejavnikov. Izsledki različnih socioloških raziskav kažejo, da na zdravstveno stanje vpliva socioekonomski položaj, iz česar sledi, da večje razpolaganje z materialnimi oziroma nematerialnimi viri pozitivno vpliva na večjo osveščenost o zdravju, škodljivih navadah. Od dejavnikov tveganja se je telesna nedejavnost pokazala za najbolj kritično področje v Sloveniji. Biti telesno pasiven po napornem delavniku je v primerjavi s kajenjem in pitjem alkohola družbeno še najbolj sprejemljivo in razumljivo, predvsem pri ženskah, ki so obremenjene z delom in družino. Sklepne ugotovitve raziskave so pokazale, da 87% žensk in 85% moških ne skrbi za svoje zdravje, saj ima vsaj eno zdravju škodljivo navado. Med temi navadami je najpogostejše telesna nedejavnost oziroma neredna telesna vadba, sledita ji pitje alkohola in kajenje (4).

3. Empirični del

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, koliko so medicinske sestre v Sloveniji gibalno dejavne. V ta namen smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako pogosto se medicinske sestre ukvarjajo z gibalno oziroma rekreativno dejavnostjo?
2. Koliko časa traja športna vadba?
3. S kakšno gibalno (športno) dejavnostjo se ukvarjajo medicinske sestre?
4. Kako opravljajo svoje delo (stoje, sede, prisilna drža...)?
5. Kakšen je pomen gibalne dejavnosti v življenju medicinskih sester?

6. Kako oziroma koliko gibalna dejavnost izboljša duševno kondicijo medicinskih sester?

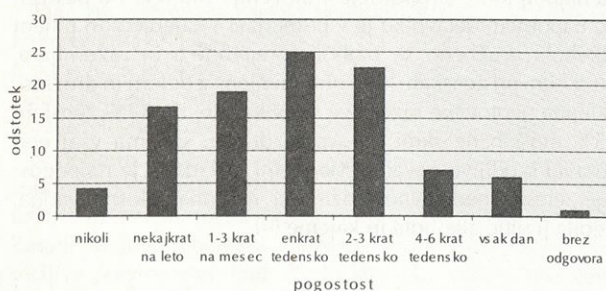
Namen in cilj raziskave je, da na osnovi ugotovljenega stanja interpretiramo in javnosti predstavimo gibalno dejavnost ali nedejavnost medicinskih sester v Sloveniji, načrtujemo in predlagamo določene ukrepe za boljšo kakovost življenja medicinskih sester. Šport je namreč dejavnost, ki izboljšuje zdravje in telesno sposobnost ljudi.

3. 1. Material in metode

Raziskava je bila narejena novembra 2001. Študija zajema 2450 medicinskih sester iz vse Slovenije. Naključni vzorec je bil pridobljen s seznama članstva Zbornice zdravstvene nege Slovenije - Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije s soglasjem njenega Upravnega odbora. Podatke smo dobili s pomočjo pisne ankete. Razposlanih je bilo 2450 pisnih vprašalnikov članom regijskih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov po Sloveniji. Vsaka medicinska sestra je z vprašalnikom prejela pisemsko ovojnico z znamko, da je lahko anonimno odposlala izpolnjen vprašalnik. Anketni vprašalnik je bil anonimen, sestavljen iz 104 vprašanj.

3. 2. Rezultati

Zbrani podatki so bili obdelani s pomočjo statističnega računalniškega programa SPSS. Od 2450 razposlanih anketnih vprašalnikov smo jih dobili nazaj 1057. Med njimi sta bili 1002 ženski in 55 moških.

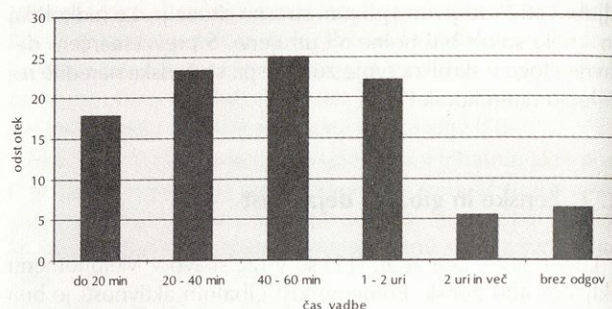


Slika 1. Pogostost ukvarjanja z gibalno-rekreativno dejavnostjo

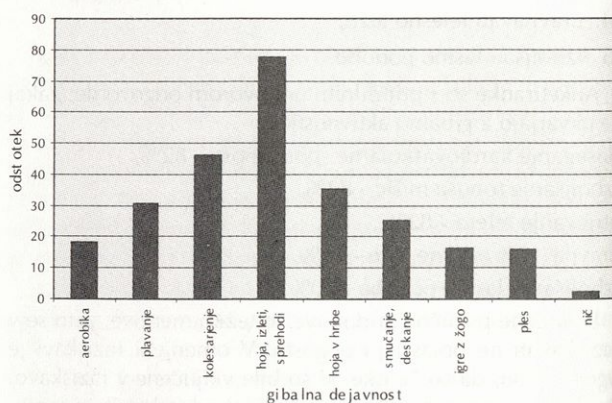
Na anketno vprašanje, kako pogosto se medicinske sestre ukvarjajo z gibalno-rekreativno dejavnostjo, je 24,8% anketirancev odgovorilo enkrat tedensko, 22% dva- do trikrat tedensko, 18% enkrat do trikrat na mesec, 4% vseh anketiranih je odgovorilo nikoli, 0,7% na vprašanje ni odgovorilo.

Slika 2 prikazuje, koliko časa traja vadba medicinskih sester. Največ jih je odgovorilo, da njihova vadba traja 40-60 minut, in sicer 24,9%, 23,3% medicinskih sester telovadi 20-40 minut, 22,1% pa eno do dve uri. 6,4% anketiranih ni odgovorilo.

rilo na zastavljeno vprašanje, kar je logično glede na predhodno vprašanje (nikoli ne vadijo oziroma niso odgovorili).



Slika 2. Trajanje vadbe



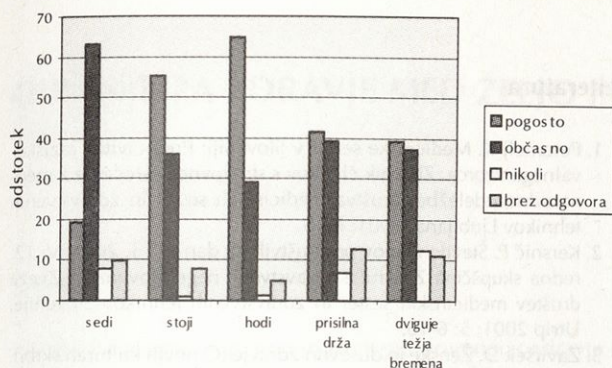
Slika 3. Vrste gibalnih dejavnosti

Iz slike 3 je razvidno, da največ, kar 77,7% medicinskih sester hodi na sprehode in izlete, 46% medicinskih sester je odgovorilo, da kolesarijo, 35,2% medicinskih sester pa hodi v hribe. Druge gibalne dejavnosti, s katerimi se ukvarjajo medicinske sestre, so: plavanje, smučanje, deskanje na snegu, aerobika, igre z žogo, ples, tek v naravi.

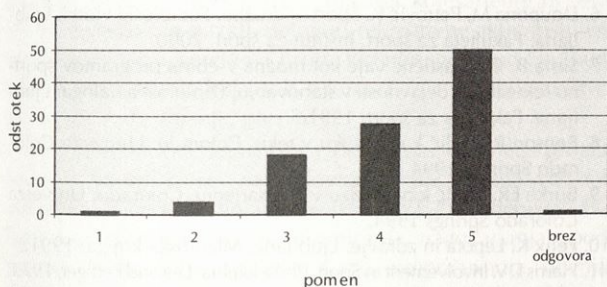
Slika 4 prikazuje, kako medicinske sestre opravljajo svoje delo, in sicer: 63% medicinskih sester pri svojem delu občasno sedi, 55% pogosto opravlja svoje delo stoje, 64,8% pogosto hodi, 41,5% medicinskih sester ima pri svojem delu pogosto prisilno držo, 39,3% pa dviguje pogosto težja bremena.

Kakšen je pomen gibalnih dejavnosti v življenju medicinskih sester, je razvidno iz slike 5. Vprašanje je bilo postavljeno po lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni, da gibalna dejavnost ni pomembna, 5 pa, da je zelo pomembna. 49,9% medicinskih sester je odgovorilo, da je gibalna dejavnost zelo pomembna v njihovem življenju.

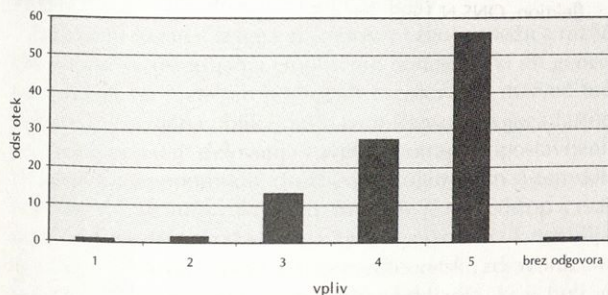
Kako vpliva gibalna dejavnost na duševno kondicijo medicinskih sester, je razvidno iz slike 6. Vprašanje je bilo postavljeno po lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni majhen vpliv, 5 pa velik. 55,8% medicinskih sester meni, da gibalna dejavnost zelo ugodno vpliva na njihovo duševno kondicijo, 0,9% pa



Slika 4. Telesna obremenitev pri delu



Slika 5. Pomen gibalne dejavnosti



Slika 6. Vpliv gibalne dejavnosti na duševno kondicijo

meni, da malo vpliva na duševno kondicijo. 1,0% anketirancev ni odgovorilo na vprašanje.

4. Razprava

Ob začetku raziskovanja in iskanja primernih raziskovalnih vprašanj in postavljanje hipoteze nas je prevzemala misel, da se medicinske sestre glede na svoja teoretična znanja, pridobljena v procesu izobraževanja, ne ukvarjajo veliko s športno-rekreativno vadbo. Vendar so se po obdelanem vprašalniku pokazale značilnosti povprečne slovenske ženske.

Tako ugotavljamo, da se medicinske sestre ukvarjajo z gibalno vadbo več, kot se ukvarjajo Slovenci po javnomnenjski raziskavi. Po SJM (13) je 49,1% anketiranih odgovorilo, da se z gibalno dejavnostjo nikoli ne ukvarja. V raziskavi gibalnih

dejavnosti medicinskih sester je samo 4,0% anketiranih odgovorilo, da se z gibalno dejavnostjo nikoli ne ukvarja.

Doupona in Petrovič (6) ugotavljata, da se razmerje med športno dejavnimi moškimi in ženskami spreminja od 1:3 na 4:3. S križanjem različnih vprašanj smo dobili zanimive informacije. Anketiranci moškega spola se ukvarjajo z vadbo, ki je bolj pogosta, in sicer od štirikrat do šestkrat tedensko. Tako je odgovorilo 14,3% vprašanih. Ravno tako se z vadbo, ki traja od ene do dveh ur, ukvarja 42,9% anketirancev, za razliko od anketirank, ki se lahko udeležijo take vadbe le v 22,4%. Velik pomen gibalne vadbe v življenju pripisuje 58,9% anketirancev, anketirank pa 49,6%. Mnenja smo, da so medicinske sestre odgovorile na določena vprašanja o gibalni vadbi pritrdilno, ker bi se želele več ukvarjati z gibalno vadbo, saj velikokrat v svojih vrstah slišimo: "saj bi se ukvarjala več z gibalno dejavnostjo, vendar...". Dejstvo je, da kakovostna gibalna dejavnost zahteva kontinuiteto in rednost. Če dosežemo ustrezno "natreniranost", jo pravilno vzdržujemo le v pravih presledkih. Veliko nalog v delovnem procesu medicinske sestre lahko zmoti to rednost, na primer: zamenjava turnusa, nenačrtovano ali načrtovano dežurstvo, dodatni turnus, razne oblike dejavnosti znotraj družine ali obveznosti izven delovnega časa, ki so povezane z zdravstveno nego (šolanje, obiskovanje strokovnih seminarjev).

Če analiziramo starostno strukturo in trajanje gibalne vadbe, lahko ugotovimo, da je dolžina vadbe podobna pri vseh starostnih skupinah; medicinske sestre po 55. letu starosti pa se očitno več ukvarjajo z daljšo vadbo (od 40-60 minut). Z vadbo dvakrat do trikrat na teden, po analizi izobrazbene strukture, se medicinske sestre ukvarjajo takole: 28,6% fakultetno izobražene, 34,1% visoko izobražene, 24,6% višje medicinske sestre in 20,3% medicinske sestre s srednjo izobrazbo. Predvidevamo, da zato, ker imajo medicinske sestre s fakultetno in visoko strokovno izobrazbo dokaj stalen vzorec opravljanja delovnih obveznosti - službo v dopoldanskem času. Medicinske sestre z višjo in s srednjo izobrazbo svoje delovne aktivnosti izvajajo v urniku, ki je lahko dopoldanski, popoldanski ali nočni.

Prosti čas je izredno pomemben za vzpostavljanje psihofizičnega ravnotežja, za odmik od vsakdanjih problemov, kar daje možnost pozitivnim spremembam. V obdobjih korenitih sprememb pri plačnem delu ali družinskem življenju je svet prostega časa lahko edini vir stalnosti. V primeru, ko ta del življenjskega prostora potisnemo na obrobje, si zmanjšamo možnost za obvladovanje sprememb in za nove življenjske naložbe (4).

Pomanjkljivost vprašalnika lahko zasledimo pri vprašanju, kolikokrat ste gibalno dejavni, v postavki dvakrat do trikrat tedensko. Pozitivno so odgovorili vsi vprašani, ki se ukvarjajo z gibalno vadbo tudi samo ob sobotah in nedeljah. Vadba brez enakih odmorov ni pravilna vadba.

Ugotovili smo, da medicinske sestre svoje delo **pogosto** opravljajo stoje, veliko hodijo, **pogosto** imajo prisilno držo in **pogosto** dvigujejo težja bremena. Raziskave SJM ugotavljajo, kakšen položaj imajo Slovenci pri opravljanju svojega dela. Za razliko od medicinskih sester jih 20,3% povprečno sedi, 12,2% stoji in 16,0% hodi.

Ne preseneča nas visok odstotek odgovorov o tem, da je gibalna dejavnost zelo pomembna v življenju medicinskih

sester in jim izboljšuje duševno kondicijo, preseneča nas pa to, da nekateri anketiranci niso tega mnenja. Kljub visokim odstotkom gibalno dejavnih medicinskih sester čutimo še vedno vzorec obnašanja, ki ga nalaga stroka zdravstvene nege.

5. Sklep

Z raziskovanjem gibalne dejavnosti medicinskih sester smo obenem dobili podatek, kako medicinske sestre izkoriščamo svoj prosti čas z namenom, da gojimo in ohranimo zdrave življenjske navade.

Ugotovili smo, da se največ ukvarjamo z gibalnimi dejavnostmi, v katere lahko vključujemo svoje družinske člane. Medicinske sestre imamo možnost, glede na številčnost in pomen poklicne skupine, vplivati na druge s svojim vzorcem vedenja v delovnem in življenjskem okolju. Dejavnosti, ki jih organizira stanovski sindikat, so dobro obiskane in vsako leto znova se kaže zanimanje zanje. Vendar je potrebno pri različnih stanovskih združenjih okrepiti dejavnosti, ki bi omogočile izrabo večje količine organizirane in strokovno vodene vadbe.

S kakovostno vadbo preprečujemo simptome stresa, ki jih Van Gepenova (14) navaja v obliki bolezni srca, reproduktivnih težavah, imunskem primanjkljaju in tumorjih. Mnenja je, da smo poskrbeli enako dobro za bolnike, če poskrbimo dobro zase.

Literatura

1. Peternej K. Medicinske sestre v Sloveniji: Predstavitev raziskovalnega vzorca. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001: 61-5.
2. Kersnič P. Število članov po društvih na dan 31. 3. 2001. V: 12. redna skupščina Zbornice zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Utrip 2001; 5: 6-16.
3. Zaviršek D. Ženske in duševno zdravje (O novih kulturah skrbi). Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1994.
4. Černigoj-Sadar N. Moški in ženske v prostem času. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1991.
5. Kakovost življenja v Sloveniji. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 1996.
6. Doupona M, Petrovič K. Šport in družba. Sociološki vidiki. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport, 2000.
7. Sima B. Gimnastične vaje kot možna vsebina programov športno rekreativne dejavnosti v stanovanju. Diplomski naloga. Ljubljana: Fakulteta za šport, 1991.
8. Benson R. Vodič k napredku v teku. Colorado: Univerza Colorado Springs, 1994.
9. Burke ER. Vodič k napredku v kolesarjenju. Colorado: Univerza Colorado Springs 1994.
10. Felix K. Lepota in zdravje. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1991.
11. Harris DV. Involvement in Sport. Philadelphia: Lea and Febiger, 1973.
12. Lutter J, Jaffe L, Lee V, et al. The Bodywise Woman. Human Kinetes Publishers, 1993.
13. Toš N. Vrednote v prehodu II (Slovensko javno mnenje 1990-1998) Dokumenti SJM Ljubljana, 1999.
14. Van Gerpen R. Nurses Need Time for Recreation, Rest and Reflection. ONS N 1999, 14: 4-5.

GIBANJE ZA ZDRAVJE MED ŽELJO IN POTREBAMI

Ciril Klajnsček

Uvod

V nacionalnem programu in strategiji promocije zdravja s telesno dejavnostjo (HEPA) imamo opravka z aktivnostmi, ki so redne, zmerne in razbremenjujoče; ki so - za razliko od dela in tekmovalnega športa - manj strukturirane, bolj ohlapno organizirane in kot take pozitivno vplivajo na zdravje ljudi. To so transportne oblike gibanja (npr. kolesarjenje ali peščenje v službo in nazaj), delovno-rekreativne aktivnosti (vrtarjenje, košnja, sprehod s psom, kidanje snega ipd.) in športna rekreacija (hitra hoja, tek, tek na smučeh, hribolazništvo, plavanje, kolesarjenje, ples itd.).

Prevladujoči del dejavnosti v okviru nacionalnega programa in strategije, ki meri na konkretne učinke, se nanaša na dolgoročno ciljno spreminjanje neaktivnega, "zasedenega" življenjskega sloga, na način informiranja, nagovarjanja, spodbujanja ljudi, njihovega osveščanja, prepričevanja, učenja, vzgajanja in usposabljanja za pričakovane, zdravju naklonjene oblike vedenja. Učinkovitost in uspešnost teh dejavnosti je v veliki meri odvisna od teoretičnega (idejnega, konceptualnega) in praktičnega (programsko implementiranega) razumevanja motivacijske strukture ciljne publike.

Izhajamo namreč iz tega, da teorija ni zgolj množica različnih poskusov osmišljanja empiričnih podatkov, ki jih generirajo avtorji na različnih področjih raziskovanj, marveč tudi kulturno specifična oblika naših osmišljanj svojega lastnega, "tukaj in sedaj" delovanja v svetu, znotraj predpostavljenih življenjskih (ekonomskih, družbenih, kulturnih in sistemskih) pogojev, t. j. oziroma okoliščin. Brez nje je naš pristop k realnosti, dejstvom vsakodnevnega življenja oziroma k osmišljanju našega delovanja neteoretski, predteoretski, zdravorazumski, spontano ideološki. Je nekakšna brkljarija, ki ji bolj ali manj daje konsistenco zgolj uveljavljanje naših lastnih idej, potreb, in želja v kontekstu siceršnjega podrejanja tem ali onim ideološkim mehanizmom, ki nas definirajo, selekcionirajo, kompatibilizirajo, nadzirajo oz. regulirajo.

V nadaljevanju bomo poskušali, izhajajoč iz različne naračane posameznih oblik gibalnih dejavnosti in vključujoč pri tem različna starostna obdobja ljudi, diferencirano prikazati motivacijsko strukturo različnih zdravju prijaznih gibalnih dejavnosti ter pokazati implikacije teh spoznanj na naš projekt in nagovor različnih ciljnih skupin.

Še preden pa se bomo tega lotili, bomo naše, z željo in potrebami opredeljeno delovanje postavili v kontekst mnogodimenzionalnosti in pluralnosti konceptov zdravja, v kontekst razumevanja motivacije kot take in v kontekst reprodukcije vsakodnevnega življenja, znotraj katerega se kot predpostavljeno svobodna bitja (samoiniciativni odgovorni avtorji lastnih dejanj) nenehno podreujemo (subjektiviramo) pravilom vsakodnevnih praks, ritualov in konvencij ter se medsebojno oziro-

ma vzajemno nadziramo, selekcioniramo, kompatibiliziramo in reguliramo. To počnemo kot konstitutivno nezavedna, hoteča, želeča in h ugodju ter uživanju težeča bitja znotraj različnih institucionaliziranih oz. ideoloških ravnanj.

Zdravje

Ker nas v kontekstu projekta HEPA zdravje zanima kot cilj, motiv in razlog ukvarjanja z neko zdravju koristno telesno dejavnostjo, se ga bomo lotevali iz različnih zornih kotov in na različne načine. Zategadelj ga moramo poznati v vsej njegovi enigmatičnosti, mnogodimenzionalnosti in pluralnosti razumevanj, konceptov in pristopov.

Zdravje v današnji bodicentrični družbi ni več zgolj odsotnost bolezni, torej negativno zdravje (ill - health), marveč tudi pozitiven koncept, ki vključuje fizično, psihično in socialno blagostanje (well-being) in dobro formo, čilost (fitness). Kot tako pomeni vrednoto, zmožnost razvijanja lastnih potencialov, uživanje življenja v sproščenosti in izgledu lastne samopodobe, sredstvo in cilj vsakodnevnega življenja, temeljni razvojni resurs in pomembno individualno in družbeno investicijo.

Z njim se na tak ali drugačen način ukvarjamo že praktično vsi. Vsakdo pač iz svojega zornega kota, v skladu s svojimi potrebami, položajem, interesi, znanjem, zmožnostmi in sposobnostmi: individualno, skupinsko, spontano, organizirano, volonterko, osebno, javno, profesionalno, utilitaristično, altruistično, disciplinarno, inter- in multi-disciplinarno, sektorsko, medsektorsko, programsko, projektno, sistemsko, sistematično, centralno, lokalno, instrumentalno racionalno, programsko, projektno, strateško-razvojno.

Pri tem se poslužujemo različnih **paradigem** (tradicionalna, humanistična, funkcionalistična, strukturalistična...), **pristopov** (od zgoraj navzdol, od spodaj navzgor, v posameznika, skupine oz. skupnost usmerjenih...), **modelov** (deficitarni, deprivacijski, model nudenja možnosti, emancipacijski...), **metod** (svetovanje, vzgoja, skupinsko delo, vedenjske spreembe, medijske kampanje, politične akcije, razvoj skupnosti), **tehnike** (zdravstveno-prepričevalnih, zakonodajno-pravnih, svetovalno-terapevtskih, skupnostno-razvojnih...), **političnih filozofij** (konzervativna, reformistična, liberalna, pluralistična...), **strategij** (zdravstveno-prepričevalnih, zakonodajno-pravnih, osebno-svetovalnih, razvoj skupnosti...), in **diskurzov** (profesionalnih, političnih, institucionalnih, običajno-vsakdanjih) itd.

Zaradi neizogibne heterogenosti njegovih pomenov pa je toliko bolj pomembno, da ne izgubimo izpred oči dejstva, da se vse njegove kognitivne (miselne) predstavitve posredujejo, jezikovno, simbolno oziroma pomensko. Kakor hitro pa ga

sprejememo na način desubstancializirane, simbolno posredovane danosti, pa kaj hitro ugotovimo, da je s stališča označevalne prakse zdravje v bistvu **označevalec brez označenega**.

Zdravje, običajno medikalistično umeščeno v telo kot nekakšno podstat duše in zdrave družbe, je dejansko nekakšno prazno mesto, ki služi kot transferno polje, kamor sodobni, poznomoderni, bodicentrični, primatu podobe nad besedo zavezan človek družbe tveganja in civilizacije spektakla, transferira in investira svoje potrebe, energijo voljo, želje, hotenja, interese, ideje, iluzije nelagodje in strahove. Kot tako je imaginarno mesto, okrog katerega se lahko strukturira, zjedri, osredišči, določena heltistična ideologija.

Investiranje ljudi v neko (konstitutivno vedno ideološko) prakso oziroma početje, pa je tista dinamična komponenta vedenja ljudi, ki ji pravimo motivacija. Pri tem mislimo na **način spodbujanja** neke (v našem primeru telesne) dejavnosti za zdravje in za njeno **usmerjanje**.

Motivacija

Če je **motiv** vzrok, razlog, gonilo, gibalo oz. usmerjevalec, potem je **motivacija** proces, ki ga določa hotenjska sestavna organizacija in dinamika subjekta nekega delovanja, hkrati pa je ta proces tudi situacijsko pogojen.

Kot taka je motivacija dejavnik našega ravnanja, s katerim smo vsakodnevno zaposleni vsi, ki v prizadevanju za izboljšanje zdravja prebivalstva delamo za ljudmi ali "za ljudi": starši, učitelji, vzgojitelji, pedagogi, vaditelji, učitelji, trenerji, proizvajalci, upravljalci, svetovalci, propagandisti, politiki itd. Vsi ti si namreč pri svojem vsakodnevnem delu zastavljamo vprašanja: Kako ljudi motivirati (za zdravju koristne oblike vedenja)? Kako ljudi spodbuditi k določenemu, pričakovanemu, želenemu, hotenemu (zdravju koristnemu) ravnanju? Kako njihovo ravnanje usmeriti ali preusmeriti v neki povsem določeni smeri (zdravega načina življenja)? Kako določeno (zdravju naklonjeno) ravnanje okrepiti? itd.

Zanjo uporabljamo celo vrsto pojmov: motivi, cilji, želje, potrebe, goni, instinkti, interesi, hotenja, stremljenja, intencije ipd., ki običajno niti niso dovolj jasno opredeljeni in razmejeni.

Tradicionalno se v okviru ego-psihologije govori o zavestni (volja, težnje, hotenja) in biološki (potrebe, instinkti, goni) motivaciji. Sodobne teorije motivacije pa so uvedle izraze, kot so motiv, pobuda, dražljaj, cilj, zadovoljitev itd., ter pokazale, da so različnim motivacijskim situacijam in procesom skupne naslednje komponente:

1. **Energetska podlaga**, osnova, oziroma naboj.
2. **Potreba** kot fiziološki ali psihološki primanjkljaj, ki ga je treba izpolniti, izravnati, nadomestiti, zadovoljiti (kjer je pomanjkanje, je neko neravnovesje, ki se kaže v obliki napetosti, nezadovoljenosti, težnje po delovanju, ki naj to napetost ali nezadovoljenost odpravi).
3. **Pobudnik** kot sprožilni dejavnik.
4. **Motivacijski cilj**, ki je vsaka stvar, predmet, dejanje, dogodek, h kateremu je dejavnost usmerjena. Dosega motivacijskega cilja naj bi pomenila zadovoljitev potrebe, vnovično vzpostavljeno ravnotežje.

Tako lahko govorimo energetskega modelu, energetskega naboju, energetski investiciji, energetsko investiranih predstavah, energetskega potencialu, ki se nakopiči in prazni itd.

Skratka, **različne teorije motivacije** (kognitivistične, instinktivistične, humanistične psihoanalitične itd.) so le različni pogledi na vlogo človeka v motivacijski situaciji (aktiven - pasiven), na vrsto motivov (prirojeni - pridobljeni oz. naučeni; zavedni - nezavedni; reaktivni - proaktivni, homeostatični - razvojni) na pomen polja, vlogo kognicij (misli), pomen osebnih izkušenj ter pomen intrinzične in ekstrinzične motivacije.

V tem kontekstu bomo mi za razliko od modernih egopsihologov, ki pravijo, da ima motivacija osnovo v zavesti, njeno osnovo poiskali v hotenjski sestavni organizaciji in dinamiki **subjekta**, v kateri ima osrednje mesto nezavedna želja in mehанизem ugodja oziroma uživanja. Stakšno libidizacijo motivacije ljudi za gibanje in zdravje se po eni strani izogibamo medicinski in kineziološki kolonizaciji zdravega razuma, po drugi pa se postavljamo v bran pred redukcijo nacionalnega projekta na raven tehnično-tehnološke logike oziroma pristopa.

Med željo in potrebami

Motivacijska struktura ljudi, ki se ukvarjamo z zdravjem spodbujajočimi telesnimi dejavnostmi, se nahaja na kontinuumu med **nezavedno željo**, ki je osrčje naše človeške eksistence in je po svoji naravi večna, neobjektna, z ugodjem in uživanjem povezana relacija, ki zategadelj ne more nikdar biti zadovoljena, in **zavestno potrebo**, ki je s spoznanim nujnostjo povezana objektna relacija, in je vedno lahko smotrno, instrumentalno-racionalno zadovoljena. Prva je nezavedna, latentna in primarna, druga pa zavedna, manifestna in sekundarna.

Željo lahko najširše opredelimo kot čustvo, ki stremi k polastitvi objekta, od katerega pričakuje ugodje ali zadovoljitev, hrepenenje, hotenje.

Po Freudu je želja stvar manjkanja, nekaj, kar se poraja iz potrebe, ki je bila nekoč zadovoljena. Pojavi se ob ločitvi od matere in identifikaciji z očetom. Je želja imeti mater in biti »falus«. Po Deleuzeju in Guattariju je želja tok energije, ki (v smislu Nietzschejeve volje do moči) išče in vzpostavlja vezi in "proste sinteze" ter nenehno frustrira "racionalno družbo", katere namen je, da bi jo zaposledla. Lacan jo sledeč Spinozi postavlja v osrčje človekove eksistence in jo tako kot Freud locira v nezavedno. Želja je torej nezavedna želja. Pri tem poudarja, da je treba ločiti željo od potrebe. Medtem ko je potreba po Lacanu čisti biološki instinkt in je objektna relacija želja stranski produkt artikulacije potrebe v zahtevi. Oblikovati se začne ob vstopu subjekta v simbolni red (govoreče bitje), ko postane zmožen artikulirati potrebo v obliki zahteve. Po svojem bistvu je to želja biti objekt želje Drugega (Mater). Nezavedna želja je vedno seksualna in kot taka socialno-simbolno (pomensko, jezikovno) strukturirana, oziroma je družbeni produkt. Glavni namen psihoanalize je v skladu s tem pripeljati subjekta želje do spoznanja o resnici lastne želje, o nikoli dosegljivem »objektu« želje, o mestu, iz katerega subjekt želi.

Za razliko od potrebe, ki jo je mogoče zadovoljiti in je subjekt zadovoljen, dokler se ne pojavi druga potreba, želja ne more biti nikdar zadovoljena, in je zatorej v svojem pritisku

konstantna oz. večna. Njen objekt je manjkajoči, izgubljeni in večno iščočí objekt/razlog želje. Zato želja po svoji naravi ni objektna relacija, marveč relacija manjka.

Za razliko od atemporalne, večno prisotne in brezobjektne želje, so **potrebe** vedno temporalne in imajo opredeljen objekt. Po svoji naravi so določeno obdobje trajajoči biološki ali fiziološki primanjkljaj, ki ga spremlja napetost, nezadovoljenost in težnja po delovanju. Ko so enkrat zadovoljene, se pojavijo nove potrebe, ki zahtevajo novo zadovoljitev (redukcijo tenzije). Določene potrebe torej lahko zadovoljujejo le z določenimi cilji. Lahko pa jih tudi sublimiramo, zadovoljimo z nadomestnimi cilji in sredstvi.

Potrebe običajno delimo na **prirojene, instinktivne ali primarne** (lakota, žeja, po kisiku, po izogibanju bolečini, po spanju, po spolni dejavnosti) in **pridobljene, privzgojene, priučene ali sekundarne** (po ljubezni, po odnosih in komunikaciji, po delu, po rekreaciji, po druženju, po ugledu, po izgledu, po ugajanju, po določenih produktih in storitvah itd.)

V zvezi s potrebami govorimo o motivacijskih ciljih in ovirah za njihovo doseganje. Pozitivni motivacijski cilj je **nagrada**, negativen pa **kazen**. Oba delujeta kot spodbuda. **Ovire** so pojavi, ki blokirajo zadovoljitev potreb oziroma dosegovanje ciljev. Kot take nas postavljajo pred **izbiro oziroma odločanje** in tudi same delujejo kot pobudniki za določeno (drugačno, nadomestno, spremenjeno) ravnanje.

Če vse to povzamemo, potem lahko ugotovimo, da tako v primeru želje kot potreb govorimo o neki **psihični energiji**, s tem pa se že vračamo h konceptom energetskega modela, energetskega naboja, energetske (psihične) investicije, energetske investiranih predstav, energetskega potenciala, ki se nakopiči in prazni - skratka k pojmom, ki spadajo v arzenal konceptov **libidinalne ekonomije** in nam omogočajo razumevanje mehanizmov in dinamizmov delovanja oziroma uživanja v različnih početjih in situacijah.

Libidinalnih oziroma nezavednih motivacijskih mehanizmov pa preprosto ni moč razumeti brez poznavanja mehanizmov zgoščevanja, premeščanja, nadomeščanja, zaposedanja, zavzetja, okupiranja, razporejanja, premikanja, kroženja, usmerjanja, preusmerjanja, naložbe, vložka, investiranja itd., "psihične energije" oz. **oenergetenih predstav**, idej, misli in podob. Kar pomeni, da se tisto, kar nas usmerja, vodi oziroma žene (bodisi zavedno ali nezavedno) v neko ravnanje, vedno nahaja v obliki bolj ali manj oenergetenih predstav oziroma predstav in afekta, ki sta na določen način povezana. Določeno predstav (idejo, pomen, podobo) spremlja določen afekt z določeno intenzivnostjo oziroma nabojem (katekso) ali obratno, določen afekt spremlja določena predstava (ideja, misel, podoba). Selekcijo tega našega usmerjanja v določeni smeri pa določajo struktura naše osebnosti, naša (simbolna in imaginarna) identiteta, naša želja, potrebe in interesi, situacija, v kateri se nahajamo, naša vloga in položaj ter način naše vključenosti v aktualna z jezikom, pomenom, govorom, komunikacijo posredovana razmerja.

Gibalne dejavnosti, delo in prosti čas

Eden izmed mehanizmov reprodukcije našega vsakodnevnega življenja je v načinu, na katerega si kot subjekti žel-

je, znotraj danih pogojev, organiziramo naše prostočasno ugodju oziroma uživanju, razbremenitvi in sprostitvi zavazano delovanje: v danem primeru delovno ali športnorekreativno dejavnost ter transportne oblike gibanja.

Vsem trem je skupna neka gibalna dejavnost, ki pa je ni mogoče skržiti zgolj na neke telesne gibe, marveč gre za dejavnosti, ki so kontekstualne, vključene v neko bolj ali manj ustaljeno, institucionalizirano ali institucionalizirajočo se in s sistemskimi zahtevami kompatibilizirajočo delovanje, ki ga tako kot vse drugo urejajo določeni rituali oziroma ideološki postopki selekcije, kompatibiliziranja in sistematiziranja. Ti postopki delujejo znotraj institucij, organizacij, društev, ustanov, civilno-družbenih skupin, v medijih, na cesti itd., skratka povsod tam, kjer ljudje bivamo, delamo in se zabavamo.

Navedene tri, zdravju koristne oblike gibanja pa imajo tudi neke lastne strukturne značilnosti z ozirom na katere jih lahko umestimo med delo na eni in šport na drugi strani.

Delo (kot fizična dejavnost) je tista smotrna dejavnost, ki je motivirana s potrebo po pridobivanju sredstev za preživljanje (služenje denarja). Vanj prištevamo vse oblike gibalnih dejavnosti znotraj procesa dela, ki so bolj ali manj redne, visoko strukturirane in organizirane ter (psihofizično) obremenjujoče in ki kot take zahtevajo razbremenitev in razvedrilo.

Tekmovalni šport lahko prav tako nastopa kot delo in predstavlja gibalno dejavnost, motivirano s potrebo po služenju denarja oziroma po pridobitvi sredstev za preživljanje. Toda v svoji naravi je športnik primarno motiviran z željo po premagovanju nasprotnikov (pretendentov na isti cilj - zmago), po dokazovanju boljšosti, po bahanju, ekshibiciji, družbenem ugledu, slavi, statusu in privilegijih (ki jih imajo vrhunski športniki, šampioni, oziroma zvezdniki). Kot tak tekmovalni šport vključuje vse oblike športnih tekmovalnih in smotrne športnotekmovalne vadbene dejavnosti, ki so podobno kot siceršnje delo bolj ali manj redne, visoko strukturirane in organizirane ter obremenjujoče in ki kot take zahtevajo razbremenitev in razvedrilo.

Sicer pa je **šport** veliko širši in večpomenski pojav, ki ima na manifestni ravni poleg tekmovalne (s konvencijami oz. pravili opredeljene) dejavnosti in rezultatom namenjenega treninga še podobo telovadbe, športne vzgoje in športnorekreativne dejavnosti. V kontekstu našega vsakodnevnega (historično, družbeno in kulturno pogojenega) življenja pa ima podobo kulture spektakla, družbene institucije, predstavlja obliko in način občestvene organizacije užitka ter obliko in način reguliranja (usmerjanja) vedenja ljudi. Torej ima, tako kot tudi sama promocija zdravja poleg svoje manifestne tudi svojo latentno, družbeno regulativno in ideološko dimenzijo in funkcijo.

Športna rekreacija je prostovoljna in prostočasovna pojavna oblika športne dejavnosti, ki je motivirana z željo po sprostitvi, razbremenitvi in razvedrilo, po negovanju svoje (idealne, idealizirane, medijsko konstruirane) telesne podobe oziroma izgleda oziroma s potrebo po ohranjanju in krepitvi lastne psihofizične kondicije (moči, gibljivosti, vzdržljivosti in spretnosti) oziroma zdravja. Za razliko od tekmovalnega športa je športna rekreacija manj strukturirana in bolj ohlapno organizirana, manj redna in bolj zmerna ter razbremenjujoča in ima kot taka obenem tudi pozitivne učinke na zdravje ljudi, ki se z njo ukvarjajo.

Delovna rekreacija predstavlja kombinacijo delovno-storilne dejavnosti in razvedrila. Motivirana je s potrebo po delovni storilnosti (npr. urejen vrt, pomita okna ali avto, pokošena trava, skidanj snega) in po sprostitvi, razbremenitvi oz. razvedrilo. Lahko pa je motivirana tudi z zavestno potrebo po okreelitvi svojega zdravja oziroma psihofizične kondicije, kar pomeni, da se je lotimo kot nadomestila za čilost, t. i. fitness. Tudi ta oblika rekreacije je manj strukturirana kot delo ali tekmovalni šport in je redna, bolj zmerna in razbremenjujoča ter ima pozitivne učinke na zdravje ljudi, ki se z njo ukvarjajo.

Transportne oblike gibanja (peš ali s kolesom v službo, po nakupih, na obiske itd.) so motivirane s potrebo po transportu znotraj vsakodnevnih življenjskih dejavnosti s pomočjo lastnega telesa in s potrebo po koristni okreelitvi svojega zdravja na način izboljšanja psihofizične kondicije. Lahko pa je motivirana tudi z željo in uživanjem v tej obliki gibanja in je podobno kot športna in delovna rekreacija manj strukturirana, bolj ohlapno organizirana in razbremenjujoča.

Znotraj vsakodnevne življenja

V današnji poznomoderni oziroma postmoderni, tehnološko in informacijsko visoko razviti kompleksni, notranje vse bolj diferencirani, specializirani družbi tveganja se naše vsakodnevno družbeno (skupnostno) življenje in delovanje reproducira in je regulirano po našem prepoznavanju in pripoznavanju oziroma podrejanju (subjektiviziranju) določenim vrednotam, potrebam, interesom, na način naše vključenosti v različne institucionalizirane, specializirane in ritualizirane postopke »**ideoloških aparatov**«: proizvodnih (načrtovanje in proizvodnja potreb in izdelkov za njihovo zadovoljevanje), tržnih (ekonomska propaganda in marketing), pravnih, političnih (politični sistem, partije), sindikalnih, društvenih, družinskih, verskih, informacijskih (tisk, radio, televizija, internet) in kulturnih (umetnosti, šport).

Ti »ideološki aparati« oziroma prakse so nekakšno nevidno institucionalno/ideološko tkivo, ki nas definira, osmišlja, povezuje, koordinira, selekcioniira, normalizira, kompatibilizira, disciplinira, kontrolira, usmerja, nadzira in reproducira s tem, ko se v njih prepoznamo in v njih delujemo v skladu z njim lastnimi pravili, režimi oz. postopki. Kar pomeni, da kot akterji teh praks vsakodnevno prepoznavamo in priznavamo neke predpostavljene, nam nadrejene norme, vrednote, ukaze, zakone, tradicije, konvencije in zahteve, se z njimi identificiramo oziroma jih s konkretnim delovanjem internaliziramo, sprejememo za naše lastne.

Skozi našo interpoliranost v te prakse oz. postopke se vzajemno pripodabljam, kompatibiliziramo, sistemiziramo, integriramo, normaliziramo in nadziramo, ne da bi se tega posebej zavedali - torej nezavedno, samodejno, na način, kot da je to običajno, normalno in pravilno in drugače tudi ne more biti. Kot subjekti nezavednega (ki je strukturirano kot govorica, svet pomenov) se subjektiviziramo v subjekte predpostavljenega družbenega reda oziroma sistema. Ali z drugimi besedami, kapitalu lastna dinamika samooplajajoče produktivnosti se na ravni nas individuov odvija na nezaveden način naše interpoliranosti v ideološke subjekte na vseh področjih vsakdanjega življenja. Kot »svobodni« individui smo

namreč subjekti povezujočih in poenotujočih idej oziroma ideologij na ravni najbolj vsakodnevnega življenja, povsod tam, kjer jemo, pijemo, se oblačimo, stanujemo, delamo, kupujemo, trošimo, se ljubimo in preživljamo svoj prosti čas.

Na ta način se z našo vsakodnevno, običajno, normalno so-udeležbo odvija mikrofizika oblasti stvarnih razmerij nad nami kot predpostavljeno »avtonomni« individui. Pri tem nas vedno povezuje, poenotuje in zamrzuje (dela relativno trajne, vzajemno kompatibilne in usklajene z imperativi sistema) neka ideologija.

Med teorijo in ideologijo

Zato v okviru sodobnih (post)strukturalističnih in postmodernih pristopov k našim vsakodnevnim praksam (npr. k promociji zdravja ali pa športu in rekreaciji) ne govorimo več iz predpostavljene vrednotno in politično nevtralnih, tehnično-tehnoloških oziroma metodoloških vidikov uresničevanja nekih idej oziroma hotenj, marveč so same te »prakse dela z ljudmi in za ljudi« dandanes teoretsko vsestransko prepoznane in reflektirane tudi kot oblike in načini družbene regulacije oziroma usmerjanja vedenja ljudi v skladu z imperativi (zahtevami) predpostavljenega globalnega družbenega sistema.

Neposredna implikacija teh spoznanj je ta, da se načrtovalci, implementatorji in izvajalci projekta HEPA - kolikor nečemo nekritično pristati v kolesju ideološke interpelacije in mehanizmi avtoritarne ali pastoralne (za ljudi skrbne in »njihove lastne« potrebe in želje uresničujoče) oblasti našega narcističnega oblastniškega velikega Jaza, enodimenzionalnih profesionalnih ideologij, institucij oziroma sistema - moramo nenehno samoanalizirati in samoreflektirati v svojem družbenem položaju, vlogi in vsakodnevnem početju in si avtonomno-aktivno prizadevati za inter- in multidisciplinarno ter multidimenzionalno oblikovanje polja lastnega delovanja in prav takšno lastno subjektivacijo, simbolno identifikacijo in družbeno vključenost (v akcije, interakcije, procese, strukture, institucije in sisteme).

Kot po eni strani nujni (konceptivni) ideologi konkretne projektne prakse se namreč poslužujemo (te ali one) teorije, kot teoretiki pa bežimo od ideološkega primeža in lastne samozamrznitve v nekritični brkljariji »samodejnih« institucionalnih praks.

Gre za to, da je naše praktično početje že po svoji konkretni interesni naravi (npr. več gibanja, bolj zdrav življenjski slog, več gibajočih se ljudi) opredeljeno z ideologijo, ki nas kot individue povezuje v občestvo, oziroma nas subjektivira v to ali ono vlogo, funkcijo, položaj in temu prikladen način delovanja, oziroma nas simbolno vpenja v obstoječa razmerja in naredi za uporabne/koristne člene delitve dela, organizacije, akcij, interakcije, institucij, oziroma družbene strukture, reda ali sistema.

To se dogaja tako, da določen skupek idej z interpelacijo, identifikacijo in verovanjem povezuje naše predstave o nas samih s predpostavljenimi eksistenčnimi pogoji oziroma razmerji ter nam hkrati narekuje, kakšno ravnanje je pravo, pravilno in konsistentno (z zahtevami sistema).

Iz tega izhaja, da se lastni ideološki interpelaciji, institucionalizaciji (beri samozamrznitvi) in nekritičnemu funkcionir-

ranju lahko upiramo le kot teoretski samorefleksivni subjekti. S tem ko se skozi nenehno teoretsko samorefleksijo upiramo lastnemu samozamrzovanju, ritualiziranju in reguliranju našega početja (in projekta) pa obenem vzdržujemo našo osebnostno in projektno vitalnost, inovativnost, živost, živahnost, propulzivnost, stimulativnost, privlačnost.

Res je, da teorije teoretske intervencije v polje te, konkretno šele izgrajujejo se prakse in projekta nimamo, imamo pa zato na voljo številne koncepte in teorije (ideologije, institucij, delovanja, sistema), ki nam nenehno samorefleksivno prakso omogočajo.

Izbor, odločitev oz. opredelitev za tak način ravnanja pa je seveda na nas samih. Zato bodimo iskreni in kar naravnost povejmo, da je na ravni vsebine razmerje med teorijo in ideologijo enako razmerju med **resničnim** in **pravilnim**, na ravni **hotenja**, pa med **“voljo do vednosti”** in **“voljo do moči/oblasti”**. Vse skupaj pa zabelimo še s spoznanjem:

- da so realni eksistenčni pogoji in razmerja, s katerimi nas vedno povezuje ideologija, v njej vedno predstavljeni oziroma se nam kažejo v “imaginarno deformirani” obliki: kot realna in trdna dejstva, utemeljena v nečem, kar je izven njih - v lepi ali pravilni ideji, vrednoti, morali, religiji, političnem prepričanju in
- da nas ideologija subjektivira, poenotuje in dela nekritične in vrednostno nevtralne (beri amoralne) ravno kot želeča, nezavedno misleča in hoteča bitja.

Oziroma: muhe se kot naravna bitja lovijo na med zaradi svoje naravne (instinktivne) potrebe, ljudje pa na “ideološke limanice” (vabljuje, vedno neko ugodje/uživanje obljubljaajoče ideje oz. podobe) zaradi svoje drugotne, socialno-simbolne (družbeno in kulturno posredovane) narave, kot nezavedno misleča in hoteča bitja - želje oziroma kot “ideološke živali”.

Da je temu tako, nam vedo povedati vsi specialisti za ekonomsko, politično, versko in socialno propagando oziroma marketing in njegovega uresničevanja. S tem moramo računati tudi mi v okviru našega projekta. Saj nas v fazi čakajo številni neposredni in posredni (medijski) “zdravstvenovzgojni” pozivi oziroma nagovori različnih segmentov javnosti, različnih ciljnih oziroma prebivalstvenih skupin, z različno (med željo in potrebo razpeto) strukturo/sestavo in dinamiko hotenja. Učinkovitost tega apeliranja oziroma nagovarjanja pa ne bo odvisna le od naše dobre volje, vsebine naših “osveščevalnih sporočil” in pa “človeškega materiala”, ki ga želimo obdelati, ampak tudi od tega:

- kako domišljeno bomo po eni strani izbrali, med seboj uravnotežili in usmerili svoja “sporočila” v **zavedno**, racionalno oziroma umno, in koliko v **nezavedno**, neracionalno, emocionalno plat človeške narave ciljne publike, ki jo bomo s svojimi sporočili nagovorili, ter
- koliko in kako bomo med seboj uskladili delovanje na **simbolni ravni** (besed ali teksta), in koliko na **imaginarni ravni** (podob ali izgleda).

Rekapitulacija

Vidimo torej, da je **uživanje** oziroma zadovoljstvo v vseh oblikah prostočasne dejavnosti osrednje. Je nekakšen čustveni

odgovor na prostočasno dejavnost v obliki veselja, zabave, sreče, lepote ipd. Brez uživanja prostočasne dejavnosti ni, saj je le-ta po definiciji oblika oziroma način, kako si ljudje organiziramo svoj užitek. Ko preneha uživanje, preneha tudi zanimanje, motiv oziroma razlog za neko prostočasno dejavnost.

Želja (po užitku) je kot večna, neobjektna relacija, ki nikdar ne more biti zadovoljena, notranji motor, gonilo, pogoj za vzdrževanje motivacije. Je nekakšna energetska podlaga uživanja, ki ga podpira ta ali oni fantazmatski scenarij. Kot taka lahko z mehanizmi zgoščevanj in premeščanjem energizira določene predstave, interese ali cilje našega delovanja.

Obujamo in spodbujamo jo lahko s konkretno ponudbo organiziranja užitka oziroma z načrtno izpeljanimi mehanizmi ideološke interpelacije. Ljudi je kot subjekte želje treba pri tem le nagovoriti tako, da se sami prepoznajo v (ideološkem) nagovoru oziroma sporočilu in se subjektivizirajo skozi identifikacijo s ponujenim in zaznavo možnosti organizacije lastnega užitka. Ko so enkrat interpelirani (beri vpeti oz. vključeni od znotraj), začnejo delovati na določen način sami.

Zdravje kot pobudnik, motiv ali razlog je vedno sekundarno in ne more biti zadostna energetska podlaga za trajno delovanje. Četudi se v obliki potrebe oziroma spoznane nujnosti pojavi kot pobudnik oziroma razlog, ki nas pripelje v športno rekreacijo, peš pot v službo ali nazaj in v različne oblike delovne rekreacije, je za vzdrževanje teh aktivnosti še vedno primarno ugodje oz. uživanje.

Potrebo po njem obujamo z obveščanjem in “osveščanjem” ali pa s ponudbo zdrave oz. zdravju naklonjene organizacije užitka (gibanja). Adresanti so v tem primeru uživaajoči subjekti (subjekti želje), toda ob apelu na zdravje kot razlogu za neko telesno dejavnost imamo opravka bolj ali manj s kognitivnim spodbujanjem potrebe po gibanju za zdravje, skratka z informiranjem, prepričevanjem. S tem ne moremo vplivati na vzdrževanje uživanja, oziroma ohranjanje ljudi v neki dejavnosti. Lahko pa, obratno, z organizacijo užitka vplivamo na to, da bodo ljudje s trajnim vzdrževanjem neke dejavnosti krepili svoje zdravje.

Seveda pa ne smemo pozabiti, da je pomen zdravja kot vzroka, razloga, pobudnika oziroma motivatorja premosorazmeren **starosti** subjekta, na katerega se nanaša. Kar pomeni, da je pri otrocih in mladostnikih manj pomemben motivator kot pri v svet dela vključenih odraslih ali pri upokojenih starostnikih.

S stališča **otrok**, ki uživajo v igri, je zdravje povsem terciarnega značaja in ni na “spisku” njihovih motivov, razlogov za ukvarjanje s športom oz. rekreacijo. Pri njih je z vidika nosilcev projekta pomemben zdrav in optimalen razvoj psihomotoričnih sposobnosti oz. zdrava telesna konstitucija ter njihovo vzgajanje oziroma discipliniranje (podrejanje kategoričnemu imperativu) s telovadbo, športno vzgojo in udeležbo v “igrivih” in “razburljivih” športnih dejavnostih.

Zdravja tudi ne najdemo na “spisku” motivov pri libidinalno (z goni in nezavedno željo) nabitih in k nenehnemu (tekmovalnemu) samodokazovanju usmerjenih (nezavedno težočih) **mladostnikih**. Z vidika zdravstveno- in športnovzgojnih ciljev projekta moramo pri njihovem nagovoru upoštevati premosorazmernost libidinalnega (gonskega) naboja z intenziteto njihove ideološke interpeliranosti oziroma obvladovanosti z ideološkimi mehanizmi (rituali, režimi, sporočili) kulture spektakla. Ker pri množični kulturi oz. kulturi

spektakla gre za primat podob (in glasu) pred besedo, bomo morali iz tega izpeljati ustrezne konsekvence.

Pri **odraslih**, ki ob napornem delu rabimo psihofizično razbremenitev in sprostitev, se en velik del naše gonske energije že sublimira, instrumentalizira, nadzira, regulira in "prazni" (beri troši) z delom, oziroma režimi in postopki institucionalnih ideoloških aparatov. V dela (beri službe) prostem času, ki naj bi ga (kolikor ga pač imamo), v skladu s cilji projekta preživeli na zase koristen, razgiban in hkrati zdrav način (torej zavestno in po načelu realnosti), pa namesto zdravju prijazne ponudbe bolj ali manj prežijo na nas pretehtano pripravljene podobe, večje kodirana medijska in propagandna sporočila ter organizirane, institucionalizirane in tipizirane ponudbe organizacij užitka na bolj ali manj pasivno konzumirajoč način. Mi pa se kot želeča bitja ali "ideološke živali" v njih zlahka "prepoznamo" in se po načelu ugodja (brez znojenja in zadihanja) vanje "vključujemo", nenehno želeč "biti na nivoju" oziroma "in".

Pri načrtovanju projektnih dejavnosti je po načelu stvarnosti to treba enostavno vzeti zares in s tem računati. Ob tem pa moramo nenehno imeti pred očmi dejstvo, da smo promotorji zdravja pri "lovljenju duš" objektivno (tukaj in sedaj, vedno in povsod) nahajamo v tekmujočem odnosu z izkustveno daleč bolj prekaljenimi "starimi mački" industrijskega, tržnega, medijskega in informativno-tehnološkega kreiranja stvarnosti naše kulture spektakla, ki po profitabilni logiki oblikujejo, spodbujajo in zadovoljuje naše želje ter ustvarjajo in uravnavajo naše potrebe in načine njihovega zadovoljevanja.

Pri **ostarelih** oz. upokojencih, ki imajo svojo delovno dobo že za sabo, gre za upadanje njihovih psihomotoričnih sposobnosti in vzporedno s tem tudi libidinalne energije oziroma notranjega energetskega naboja. Zato se zdravje kot spoznana nujnost oziroma ozaveščena potreba po vzdrževanju bazične kondicije in čim večje kakovosti življenja pri njih nahaja na vrhu "spiska" motivov ter predstavlja tudi osrednjo življenjsko vrednoto oziroma pglavitno sestavino kvalitete življenja. Zategadelj se bomo nanje naslavliali veliko bolj na ravni informiranja, soočanja z dejstvi. Da bodo besede imele pri tem prednost pred podobami, pa je tako ali tako samo po sebi umevno.

Zaključki

Akterji projekta HEPA hočemo, da bi neaktivni ali premalo aktivni, oziroma "zasedenega" ljudje postali telesno bolj dejavni in da bi pri teh dejavnostih vztrajali, skratka, da bi bili redno dejavni. V prvem primeru jih želimo spodbujati k odločanju za gibanje za zdravje (in z zdravjem), v drugem pa krepiti njihovo zavezanost dejavnostim, ostajanje oz. vztrajanje pri tem.

Pri tem, ko se usmerjamo v iskanje spodbujevalnih postopkov in metod iz arzenala vzgoje, propagande in marketinga, nam je lahko v veliko oporo motivacijska struktura različnih oblik telesnih dejavnosti. Soočenje z njimi nam omogočajo koncepti, mehanizmi in dinamizmi, ki ljudi spodbujajo, gonijo, ženejo,

vodijo in usmerjajo v smeri določene telesne dejavnosti.

Resnično razumevanje teh procesov, mehanizmov in dinamike nam omogoča umestitev/vrnitev transcendentalnega, samoidentičnega subjekta gotovosti (beri Ega) v njegovo označevalno odvisnost, v simbolni (pomenski, jezikovni) red. Zgodovinsko je to botrovalo nastanku psihoanalize in njemu odkritju delovanja nezavednega (ki je strukturirano kot govorica), v okviru družboslovja in humanističnih ved pa do novih konceptov in teorij ideologije, institucij, konstrukcije realnosti, načinov delovanja, povezovanja ljudi, načrtovanja, reguliranja, vse tja do paradigmatičnih obratov in poskusov rekonstrukcije sveta iz različnih zornih kotov, disciplin in prakse.

Iz tega arzenala nad vse uporabnih konceptov in teorij smo si mi v okviru projekta kot nadvse koristno orodje izposodili razločevanje želje in potrebe. Le-to nam omogoča:

- diferenciran pristop k različnim oblikam zdravju prijaznega gibanja,
- diferenciran nagovor različnih ciljnih skupin prebivalstva,
- razumevanje lastne samoumeščenosti in delovanja v kontekstu vsakodnevnih ideološko perforiranih/interpeliranih praks delovanja,
- nenehno samoanalizo in samorefleksijo lastnega delovanja in
- s tem tudi našo notranjo vitalnost, živost, prodornost in stimulativnost.

Skratka, če s konceptom nezavednega in želje operiramo zares, potem se nam enostavno ne more zgoditi, da bi naše delo zamrznilo, se institucionaliziralo in ritualiziralo v formo nekritične tehnično-tehnološke brkljarije, dnevnega sanjarjenja in cenenežnega uživanja.

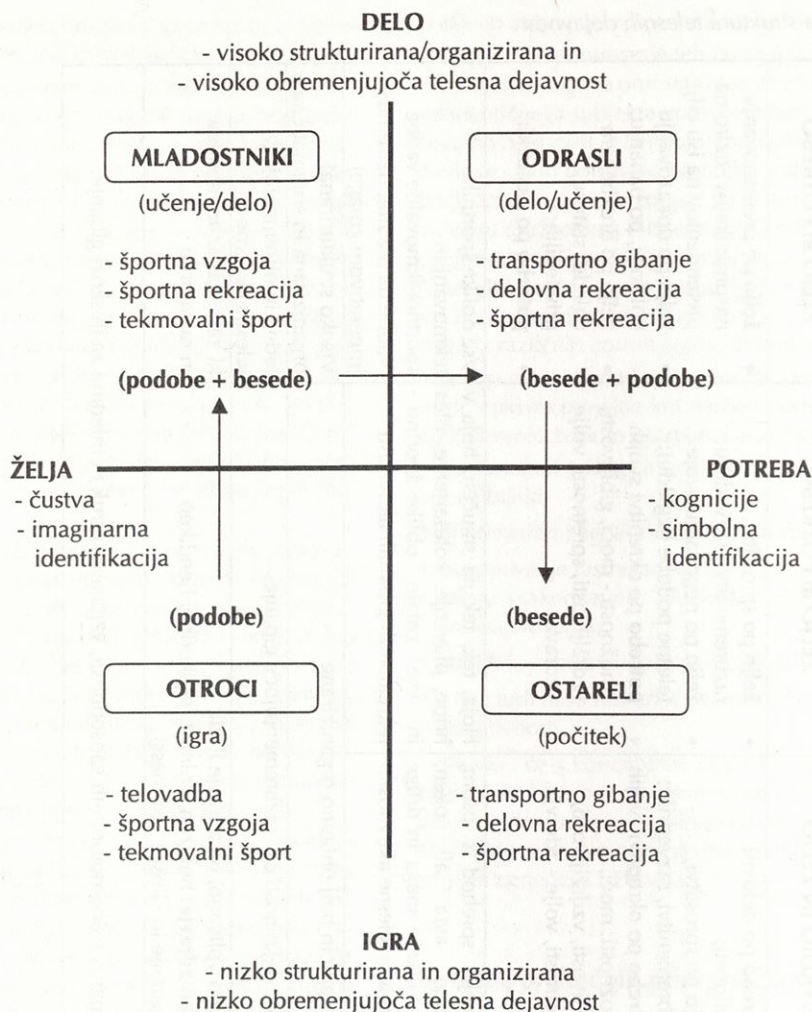
Še nekaj praktičnih pripomočkov za nadaljnje delo

Tabela 1. Med željo in potrebo

ŽELJA	POTREBA
manjkajoči fantazmatski objekt	realni objekt
nezavedno	zavedno
načelo ugodja	načelo stvarnosti
čustva	kognicije
uživanje	zadovoljevanje
fantazmatski scenarij	strateško-taktični scenarij
ideološka interpelacija	teoretska interpelacija
imaginarna identifikacija	simbolna identifikacija
podobe	besede
Libidinalna ekonomija: zgoščevanje, premeščanje, investiranje, okupiranje, razporejanje, usmerjanje, preusmerjanje, energetsko polnjenje in praznjenje naboja, napetosti, intenziteteoenergetenih idej, misli, predstav in podob, ki nas vodijo	

Tabela 2. Motivacijska struktura telesnih dejavnosti

GIBALNE DEJAVNOSTI, KI SODIJO V NACIONALNI HEPA PROGRAM IN STRATEGIJO				
DELO	TRANSPORTNO GIBANJE	DELOVNO-REKREAT. AKTIVNOSTI	ŠPORTNA REKREACIJA	TEKMOVALNI ŠPORT
Gibalna dejavnost, ki je motivirana s POTREBO	Gibalna dejavnost, ki je motivirana s POTREBO in/ali ŽELJO	Gibalna dejavnost, ki je motivirana kombinirano s POTREBO in ŽELJO	Gibalna dejavnost, ki je motivirana z ŽELJO in POTREBO	Gibalna dejavnost, ki je motivirana z ŽELJO in POTREBO
potrebo po pridobivanju sredstev za preživljanje - po služenju denarja.	potrebo in/ali željo po transportu znotraj vsakodnevnega življenja s pomočjo lastnega telesa (še zlasti pot v službo); potrebo po okrepitvi svojih zmogljivosti, vzdržljivosti, spretnosti, volje - zdravja.	potrebo po delovni storilnosti; željo po sprostitvi, razbremenitvi, razvedrilo; potrebo po okrepitvi svojih zmogljivosti: moči, gibljivosti, vzdržljivosti, spretnosti, volje - zdravja.	željo po sprostitvi, razbremenitvi, razvedrilo; željo po negovanju svoje telesne podobe (izgledu); potrebo po okrepitvi svojih zmogljivosti - moči, gibljivosti, vzdržljivosti, spretnosti, volje - zdrava.	željo po premagovanju nasprotnika(ov) oziroma pretendentov na isti cilj; željo po dokazovanju boljšosti, po bahanju; željo po družbenem ugledu, statusu, privilegijih; potrebo po zaslužku.
Vse oblike gibalno-delovne dejavnosti.	Peš, s kolesom, z rokami...	Vrtnarjenje, sprehod s psom, pomivanje avta ali oken, košnja, kidanje snega in druge kombinirane telesne aktivnosti.	Hoja, tek, tek na smučeh, hoja v hribe, plavanje, kolesarjenje, ples in vse ostale oblike športno - rekreativnih gibalnih aktivnosti	Vse oblike športnih tekmovanj in športnotekmovne vadbe (vadbe na rezultat oziroma z imperativom zmage)
Visoko strukturirana in organizirana	Manj strukturirane in bolj ohlapno organizirane			Visoko strukturirana, organizirana in sistematična
redna in obremenjujoča telesna dejavnost;	redne in zmerne telesne dejavnosti oz. razbremenjujoče gibanje,			redna in obremenjujoča telesna dejavnost,
ki zahteva razbremenitev in razvedrilo	a) zmanjšuje(jo)/preprečuje(jo) na zdravje ljudi: b) povečuje(jo) pozitivno zdravje: blagostanje in čilost t. i. (fitness).			ki zahteva razbremenitev in razvedrilo
TELOVADBA, TELESNA/ŠPORTNA VZGOJA je dejavnost razvijanja psihomotoričnih sposobnosti, vzgajanje otrok in mladine za in skozi gibanje.				



Slika 1. Nagovor ljudi s podobami in/ali besedami

Literatura

- Airhihenbuwa C.O. (1995) Health and Culture, Beyond the Western Paradigm; Sage, London
- Althusser, Balibar (1980) Ideologija in estetski učinek, CZ Ljubljana
- Atkinson P. (1995), Medical Talk and Medical Work, Sage Publications, London
- Beck u., Giddens A, Lasch S. (1994), Reflexive modernization, Polity Press
- Bunton R., Macdonald G. (1992), Health promotion - Discipline and Diversity, Routledge, London
- Cashmore E. (1990), Making sense of sport, Routledge, London
- Cavell M. (1993) The Psychoanalytic Mind, Harvard University Press
- Eliot A. (1992), Social Theory and Psychoanalysis in Transition, Blackwell, Oxford
- Elliot A. (1996) , Subject to Ourselves, Polity Press, Cambridge
- Elshtain J.B., Cloyd J.T. (1995), Politics and the Human Body, Vanderbilt University Press, Nashville
- Freud S. (1987), K psihopatologiji vsakdanjega življenja, DZS, Ljubljana
- Freud S. (1975), Metapsihološki spisi, ŠKUC FF, Ljubljana
- Freund P.E.S., Mc Guire M.B (1991), Health, Illness and the Social Body, Prentice Hall, New Jersey
- Fox N.J. (1993), Postmodernism, Sociology and the health, Open University Press, Philadelphia
- Fuey P. (1995), Theories of Desire, Melbourne University Press
- Gadamer H.G. (1996), The enigma of Health, Polity press, Cambridge
- Jacoby R. (1983), Potiskivanje psihoanalize, Radionica SIC, Beograd
- Klajnšček (1991) Deregulacija kot pogoj družbenega projekta Health promotion, FDV, Ljubljana
- Klajnšček C. (1996), Zdravju prijazni kapitalizem, predavanje na ISH, Ljubljana
- Klajnšček C. (2002), Uzakonjanje obstoječega ali izenačevanje možnosti, rokopis Ljubljana
- Lacan J. (1983), Spisi, Prosveta, Beograd
- Lacan J. (1980), Štirje temeljni koncepti psihoanalize, CZ Ljubljana
- Lacan J. (1988), Etika Psihoanalize, Delavska enotnost Ljubljana
- Lasch C. (1986), Narcistična kultura, Naprijed Zagreb
- Lupton D. (1995), The Imperative of Health, Sage, London
- Lupton D. (1994), Medicine and Culture, Sage Publications, London

27. Mayal B. (1996), *Children, Health and the Social Order*, Open University Press, Philadelphia
28. Musek, J. (1988), *Teorije osebnosti*. FF, Ljubljana
29. Navaro V. (1993), *Dangerous to Your Health*, Monthly Review Press, New York
30. Naidoo J., Wills J. (1994), *Health Promotion - foundation for Practice*, Bailliere Tindall London
31. Offe C. (1985), *Družbena moč in politična oblast*, Delavska enotnost, Ljubljana
32. Petrovič K. in Doupona M. (1996), *Sociologija športa*, Fakulteta za šport, Ljubljana
33. Rutar D. (1995), *Telo in oblast*, Dan, Ljubljana
34. Sacambler G. (1987), *Sociological Theory & Medical Sociology*, Tavistock Publication London
35. Schilling ThC. (1993), *The Body and Social Theory*, Sage Publications London
36. Serup M. (1996), *Identity, Culture and the Postmodern World*, Edinburg University press
37. Subedy J., Gallager (1996), *Society, Health and Disease*, Prentice Hall, New Jersey
38. Šugman R. (1991), *Šport, njegov kratek zgodovinski oris v svetu in pri nas*, FF Ljubljana
39. Rogers W.S. (1991), *Explaining Health and illness*, Harvester, New York
40. Therborn G. (1987), *Ideologija moči in moč ideologije*, CZ Ljubljana
41. Todes S. (2001), *Body and the World*, The MIT Press, Cambridge
42. Tušak M. (1999), *Motivacija in šport*. FF Ljubljana
43. Tušak M in TušakM, (1992), *Psihologija športa*, Inštitut za šport, Ljubljana
44. Turner B.S. (1992), *Regulating Bodies - Essays in Medical Sociology*, Routledge, London
45. Turner B.S. (1995) *Medical Power and Social Knowledge*, Sage publications, London
46. VodebR. (2000), *Ideološke paradigme v športu*. FIT Trbovlje
47. Vodeb R. (2001), *Šport skozi psihoanalizo*, FIT Trbovlje
48. Warner r., Szubka (1994), *The Mind - Body Problem*, Vlackwell, London
49. Žižek S. (1983), *Gospodstvo, Vzgoja, Analiza - Zbornik*, DDU Univerzum, Ljubljana
50. Žižek S. (1984), *Birokratija i uživanje*, Radionica SIC, Beograd

PROJEKT PROMOCIJE ZDRAVJA IN PREPREČEVANJA SRČNO-ŽILNIH IN DRUGIH KRONIČNIH BOLEZNI

Andrea Backović Juričan, Nedeljka Luznar

Dejavniki tveganja za kronične bolezni

Za bolezni srca in ožilja (BSO) in druge kronične bolezni je značilno, da imajo skupne dejavnike tveganja (zvišan skupni in holesterol LDL, znižan holesterol HDL, zvišan krvni tlak in krvni sladkor, nepravilna prehrana, **telesna nedejavnost**, kajenje, čezmerno pitje alkohola, debelost in stres), ki pospešujejo njihov nastanek in razvoj in se jih da z zdravim načinom življenja in zdravo prehrano uspešno preprečevati ali vsaj odložiti njihov nastanek v kasnejše življenjsko obdobje.

Pregled reprezentativnega vzorca Ljubljancev, ki ga je izvedel CINDI Slovenija (CINDI Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention programme Projekt promocije zdravja in preprečevanja kroničnih bolezni) leta 1990/91 in 1996/97, je pokazal, da so Ljubljanci zelo ogroženi z dejavniki tveganja za kronične bolezni in da se v 6 letih ogroženost ni bistveno spremenila oziroma se je celo povečala za nekatere dejavnike tveganja.

CINDI Slovenija, ki je del mednarodnega projekta CINDI WHO (poteka v 26 državah Evrope, v Severni Ameriki in Kanadi), je oblikoval Projekt promocije zdravja in preprečevanje srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni v Sloveniji in ga skupaj s Centrom za preventivo in rehabilitacijo kardiovaskularnih bolezni Kliničnega centra predstavil na Zdravstvenem svetu Ministrstva za zdravstvo, ki je projekt podprl in predlagal, da se projekt finančno podpre in začne izvajati.

Projekt promocije zdravja in preprečevanja srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni je projekt, ki ima zastavljene merljive cilje, nacionalno načrtovane dejavnosti, ki se vpletajo ne le na področje zdravstvene službe, ampak tudi v politiko oblikovanja zdravih pogojev življenjskih (zdrava prehranska politika, **nacionalna strategija promocije gibanja**, zdravje na delovnem mestu, protikadilska in protialkoholna politika), v zagotavljanje podpornega okolja za spreminjanje življenjskega sloga, v medijske dejavnosti in v interventne programe v lokalni skupnosti.

Cilji projekta

1. Glavni cilj: zmanjšanje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti zaradi srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni v Sloveniji za 15-20% v 5 letih
2. Vmesni cilji: znižanje dejavnikov tveganja za kronične bolezni (v 5 letih):
 - znižati holesterol za 10% in krvni tlak za 10 mm Hg,
 - zmanjšati število kadilcev za 20%,

- zmanjšati količino popitega alkohola za 20%,
- zmanjšati število predebelih a in povečati število ljudi z normalno telesno težo za 15%,
- **povečati število telesno dejavnih za 20%**,
- zvečati število ljudi, ki se zdravo prehranjujejo za 30%.

Aktivnosti za doseganje ciljev

Projekti, ki se že izvajajo ali se načrtujejo:

- oblikovanje nacionalne prehranske politike in priporočil za zdravo prehrano,
- spodbujanje proizvodnje in potrošnje zdrave hrane,
- **spodbujanje večje telesne dejavnosti (projekt Slovenija v gibanju: CINDI/Športna unija),**
- **zmanjšanje telesne teže (šole za hujšanje v zdravstvenih domovih in lokalnih skupnostih),**
- zmanjšanje kajenja (šole za odvajanje od kajenja v zdravstvenih domovih in lokalnih skupnostih),
- zmanjšanje pitja alkohola,
- zmanjšanje holesterola in krvnega tlaka (CINDI/lekarniški program: sodelovanje lekarniških farmacevtov pri vodenju hipertenzije).

Partnerji

Za doseganje zastavljenih ciljev je potrebno sodelovanje številnih partnerjev: ministrstev, lokalnih političnih oblasti, Medicinske fakultete s katedrami, sodelovanje drugo fakultet, strokovnih združenj, Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije in regionalnih Zavodov za zdravstveno varstvo, bolnišnic in zdravstvenih domov, zdravilišč, športnih, invalidskih in humanitarnih društev, živilske industrije, objektov javne prehrane, šol, vrtcev...

Intervencije promocije zdravja in preventive je potrebno stalno spremljati, ocenjevati in na osnovi evalvacije ustrezno ukrepati. Samo spremljanje in ocenjevanje pa nam ne more dati ustreznih rezultatov v zmanjšanju dejavnikov tveganja in kroničnih bolezni, če ne bomo ustrezno ukrepali. V svetu imamo pozitivne zgleds uspešnih preventivnih programov (Finska, Wales), kjer so uspeli z usklajeno akcijo države, preventivne stroke in ljudi, ki so spremenili življenjski slog, pomembno zmanjšati kronične bolezni.

Ukrep za doseganje zastavljenih ciljev je **Nacionalni program: Preprečevanje srčno-žilnih bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti**, v okviru katerega so bila izdana

navodila o spremembah in dopolnilnih navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Povzetek navodil je naslednji: **Preventivno zdravstveno varstvo odraslih na področju bolezni srca in ožilja na primarni ravni** (v nadaljnjem besedilu: preventivno zdravstveno varstvo).

Namen preventivnih zdravstvenih pregledov je aktivni nadzor nad zdravjem ljudi, zgodnje odkrivanje visoko ogroženih za razvoj bolezni srca in ožilja in ustrezno ukrepanje, vključno s svetovanjem glede dejavnikov tveganja in spremembe življenjskega sloga.

Glavni cilj programa je zmanjšanje ogroženosti za bolezni srca in žilja v srednjem življenjskem obdobju in zmanjšanje zgodnje obolevnosti, umrljivosti in invalidnosti zaradi bolezni srca in ožilja. Z zmanjšanjem bioloških dejavnikov tveganja in dejavnikov tveganja nezdravega življenjskega sloga pa hkrati vplivamo tudi na druge kronične bolezni.

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva uveljavlja ciljna populacija odraslih v ambulantah splošne/družinske medicine v zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih. Ciljna populacija odraslih zajema moške v starosti od 35 do vključno 65 let in ženske v starosti od 45 do vključno 70 let.

Preventivno zdravstveno varstvo obsega:

- preventivne preglede,
- programirano zdravstvenovzgojno delo,
- koordiniranje.

Preventivni pregledi

Zdravnik opravlja preventivne preglede za srčno-žilne in druge kronične bolezni pri najbolj ogroženi zanj opredeljeni populaciji. To so moški v starostnem obdobju od 35 do 65 let in ženske od 45 do 70 let. Tiste zanj opredeljene posameznike, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in ožilja - z družinsko hiperholesterolemijo oziroma dislipidemijo in bolnike s sladkorno boleznijo - pa preventivno pregleda že pred to starostjo in to v čim zgodnejšem starostnem obdobju in nato ponovno vsakih pet let, po potrebi pa pogostejše. V petih letih izbrani zdravnik preventivno pregleda svojo za preventivni pregled ciljno populacijo in preventivne preglede ponavlja vsakih pet let. Postopek za preventivni pregled obsega več faz.

Izpolnjevanje vprašalnika

Zdravnik pošlje zanj opredeljenim posameznikom iz ciljne populacije vsakih 5 let na dom presejalni vprašalnik za določanje srčno-žilne ogroženosti, ki je določen v prilogi 1 in prilogi 2, ki sta sestavni del navodila ("Toronto Working Group"). Vprašalniku priloži ovojnico in znamko.

Če vprašalnika posameznik ne vrne, mu ga zdravnik pošlje ponovno. Če posameznik vprašalnika spet ne vrne, lahko, kjer je to mogoče, posameznika obišče patronažna medicinska sestra, ki izpolni vprašalnik in ga posreduje zdravniku. Presejalni vprašalnik lahko posameznik izpolni tudi ob obisku pri zdravniku.

Napotitev na pregled

Po pregledu vrnjenih presejalnih vprašalnikov zdravnik prioriteto povabi na preventivni pregled tiste, ki imajo 3 točke ali več po oceni ogroženosti s presejalnim vprašalnikom. S povabilom jim pošlje tudi laboratorijski listek za laboratorijsko določitev skupnega holesterola in krvnega sladkorja, ki ju opravi na tešče. Celotni lipidogram se v laboratoriju določa le tistim, ki imajo 10-letno srčno-žilno tveganje 20% ali več in se zanj zdravnik odloči v naslednjem koraku po opravljenem preventivnem pregledu. Ko zdravnik pregleda najbolj ogrožene (tiste, ki imajo 3 ali več točk po presejalnem vprašalniku), začne vabiti manj ogrožene (tiste, ki imajo 2 točki ali manj po presejalnem vprašalniku).

Preventivni pregled

Preventivni pregled odraslega za zgodnje odkrivanje in preprečevanje bolezni srca in ožilja zajema:

a) Anamnezo

Družinska anamneza:

- pojavljanje družinske hiper/dislipidemije in srčno-žilnih bolezni v družini pri moških pred 55. letom in ženskah pred 65. letom starosti in pojavljanje drugih kroničnih nenalezljivih bolezni v družini).

Osebna anamneza:

- življenjski slog oziroma zdrave in nezdrave življenjske navade (orientacijska anamneza življenjskega sloga za vse vključene v preventivni pregled, za ogrožene 20% ali več pa poglobljena anamneza življenjskega sloga s pomočjo priloženega vprašalnika - priloga 3 v navodilu),
- zdravstvene težave,
- morebitne kronične bolezni,
- boleznih odvisnosti.

b) Klinični pregled z obveznim:

- določanjem indeksa telesne mase,
- merjenjem obsega pasu v višini popka,
- merjenjem krvnega tlaka,
- tipanjem perifernih pulzov,
- avskultiranjem srca.

c) Zaključek in obravnava

- Ovrednotenje morebitnih odstopanj tako pri anamnezi kot kliničnem pregledu in laboratorijskih presejalnih testih (skupni holesterol, krvni sladkor) vodi v zaključek preventivnega pregleda odraslega, ki vključuje:
- že prisotne **kronične nenalezljive bolezni**,
- ugotavljanje prisotnosti **dejavnikov tveganja** za razvoj bolezni srca in ožilja;
- izračun **srčno-žilnega tveganja** (v %);
- **ukrepanje**: svetovanje, zdravstvena vzgoja (nemedikamentnimi ukrepi) oziroma ustrezno zdravljenje z zdravili (medikamentnimi ukrepi);

- naročanje na **kontrolne** preglede pri tistih, pri katerih je to potrebno;
- **beleženje in poročanje.**

Poročanje

Zdravnik enkrat letno pošlje poročilo o številu opravljenih preventivnih pregledov na območni Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS). Pristojnemu območnemu Zavodu za zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: ZZV) pa enkrat letno pošlje poročilo o opravljenih preventivnih pregledih na obrazcu "Zbirnik rezultatov preventivnih pregledov na področju bolezni srca in ožilja", ki je določen v prilogi 5 v navodilu. ZZV posredujejo podatke in izdelane analize enkrat letno Inštitutu za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: IVZ), ta pa poročilo z analizami o preventivnih pregledih v Republiki Sloveniji, dejavnih tveganja in koronarni ogroženosti Ministrstvu za zdravje.

Programirano zdravstvenovzgojno delo

Namen zdravstvene vzgoje je spodbuditi posameznike (individualni pristop) ali skupine prebivalcev (skupinski pristop), da bi začeli aktivno skrbeti za svoje zdravje. Zdravstvenovzgojni programi naj pomagajo posamezniku oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomagajo spreminjati življenjski slog. V dejavnosti splošne/ družinske medicine so ciljna prednostna skupina za zdravstvenovzgojno delo tisti odrasli, ki imajo 10-letno srčno-žilno tveganje več kot 20%. Za to ciljno skupino se izvaja, z ozirom na potrebo, ki jo ugotovi zdravnik ob preventivnem pregledu, zdravstvena vzgoja za vse dejavnike tveganja nezdruškega življenjskega sloga in spremljajoče biološke dejavnike tveganja. Za ostale odrasle, starejše od 19 let, in pri družinskih zdravnikih z mešano populacijo tudi za mlajše pa se zdravstvena vzgoja izvaja za vse kadilce, debele (ITM več kot 30), osebe z zvišanim krvnim tlakom, sladkorne bolnike in tveganje pивce.

Izvajalci

Programirano zdravstvenovzgojno delo se izvaja v zdravstvenih domovih, ki jih določi minister za zdravje (v nadaljnjem besedilu: zdravstvenovzgojni centri). V te zdravstvenovzgojne centre bodo pošiljali bolnike tako zdravniki iz drugih zdravstvenih domov kot tudi zasebni zdravniki.

Programirano zdravstvenovzgojno delo izvajajo za zdravstveno vzgojo posebej usposobljeni strokovnjaki (zdravnik splošne/družinske medicine, profesorji zdravstvene vzgoje, medicinske sestre, patronažne medicinske sestre, fizioterapevti, psihologi, psihiatri) po vsebinah in metodologiji verificiranih programov (CINDI Slovenija, drugi programi).

Zdravstvenovzgojni programi:

A. Skupinska obravnava

1. Šola promocija zdravja in dejavniki tveganja

- sklop: promocija zdravja
- sklop: telesna zmogljivost
- sklop: dejavniki tveganja

2. Delavnica zdravo hujšanje

3. Delavnica zdrave prehrane

4. Delavnica za telesno dejavnost

5. Delavnica: da, opuščam kajenje

B. Individualna obravnava

1. Individualno svetovanje za posameznike, ki želijo opustiti kajenje

2. Individualno svetovanje za posameznike za zmanjšanje tveganega pitja alkohola

Poročanje

Izvedene zdravstvenovzgojne programe je zdravstvenovzgojni center dolžan beležiti tako po vsebini kot po številu v program vključenih oseb. Beležiti je dolžan tudi število oseb, ki jih posamezni zdravnik pošlje v zdravstvenovzgojne programe. Dvakrat letno je zdravstveni center dolžan poročati območnim enotam ZZZS in enkrat letno ZZV o opravljenih zdravstvenovzgojnih dejavnostih. ZZV poroča o tem IVZ, ta pa je dolžan poročati o opravljenih zdravstvenovzgojnih aktivnostih Ministrstvu za zdravje in Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Koordiniranje

Preventivno zdravstveno varstvo v regijah koordinirajo ZZV ob sodelovanju z regijskimi koordinatorji, ki jih določi minister za zdravje.

Zdravstveni dom oziroma zdravnik zasebnik v svojem okolju koordinira izvajanje preventivnih pregledov in vključevanje ogroženih v zdravstvenovzgojne programe in pri tem sodeluje z regijskim koordinatorjem in ZZV.

Geslo letošnjega svetovnega dneva zdravja je "Gibanje za zdravje". V okviru navedenih zdravstvenovzgojnih programov podrobneje predstavljamo metodo ocenjevanja telesne zmogljivosti v obliki "Testa hoje na 2 km" in vsebino "Učna delavnica za telesno dejavnost", ki se izvajajo v primarnem zdravstvenem varstvu.

Test hoje na 2 kilometra

Finski test hoje na 2 kilometra služi kot odlično sredstvo za ocenjevanje telesne zmogljivosti in spodbujanje ljudi k rednemu gibanju. Pri nas se na nacionalni ravni testi hoje izvajajo v okviru dveh različnih projektov, in sicer pri projektu **Slovenija v gibanju - z gibanjem do zdravja** in programu

Preprečevanja srčno-žilnih bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti. Zato moramo biti pri dokumentiranju in evalviranju podatkov previdni. Ne smemo beležiti rezultatov testiranja obeh programov skupaj. V primeru, da organiziramo obe testiranji istega dne na isti lokaciji, jih izvedemo vsaj ob različnih urah, da ne bi prihajalo do napak pri zbiranju podatkov.

Projekt **Slovenija v gibanju - z gibanjem do zdravja** je nacionalni projekt spodbujanja gibanja za zdravje, ki poteka že četrto leto. Skupaj ga izvajata CINDI Slovenija in Športna unija Slovenije, kar pomeni, da se s projektom s skupnim ciljem združujejo športni in zdravstveni delavci. Slednji so ponavadi člani LPPS oziroma lokalno promocijsko preventivnih skupin posameznih slovenskih regij. Na test hoje lahko pride kdorkoli, zato gre za vsesplošna testiranja. Zajeti poskušamo predvsem telesno neaktivne ali premalo telesno aktivne posameznike in jih spodbuditi za redno, vsaj zmerno vadbo. V okviru projekta na začetku vsakega leta izide posebna zloženka z datumi, urami, lokacijami vsesplošnih testiranj ter telefonskimi številkami kontaktnih oseb. Poleg tega pa je zloženka opremljena tudi s priporočili za varno vadbo. Dobite jo v zdravstvenih domovih ali lokalnih športnih društvih. Lahko pa jo naročite pri CINDI Slovenija.

V okviru nacionalnega programa **Preprečevanje srčno-žilnih bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti** je test potrebno izvajati pri treh programih ZV: "Šola promocije zdravja in o dejavnih tveganja", "Delavnica za telesno dejavnost" in "Delavnica zdravo hujšanje". Udeleženci se lahko testirajo 2-krat pri posameznem programu, in sicer ob začetku in šest mesecev po zaključku posamezne delavnice. Indeks telesne zmogljivosti (ITZ), ki ga dobimo s pomočjo testiranja, predstavlja pomemben podatek za vrednotenje in dokumentiranje.

Test hoje se običajno izvaja v naravi, je enostaven in varen. Obenem je zanesljiv, laboratorijsko primerljiv in ponovljiv. Temelji na sistematičnih in mednarodno objavljenih raziskavah. Z njim lahko naenkrat testiramo skupino ljudi. Izvajajo ga zdravstveni delavci. Najbolj je primeren za odrasle od 20. do 65. leta starosti, ki so telesno nedejavni ali premalo dejavni, in tudi za tiste, ki so čezmerno teži. Ne daje pa veljavnih rezultatov pri mlajših od 20 let in starejših od 65 let ter pri izjemno telesno treniranih posameznikih. S pomočjo parametrov, kot so spol, starost, telesna teža, telesna višina, čas hoje in srčni utrip izmerimo telesno zmogljivost posameznika.

Pred izvedbo testa vsak udeleženec obvezno izpolni kartonček telesne zmogljivosti, ki vsebuje tudi vprašalnik o zdravstvenem stanju. V testni kartonček posameznika se zapiše ime, ura začetka in konca hoje do sekunde natančno ter pulz, ki ga izmerimo z merilcem srčnega utripa takoj po zaključku testa. Skratka, po prestopu cilja, udeležencu na golo kožo, pod prsmi pritismo posebno ročko, na kateri se nahaja kožna elektroda. Pri testiranju skupine ljudi začnejo hoditi udeleženci v 30 ali 60 sekundnih presledkih, da se ne bi ovirali. Testni kartonček nosi udeleženec med testom s seboj. Proga je brez ovir, izmerjena na 10 metrov natančno. Tla so trdna, ravna in po potrebi dobro označena z mestom obračališča. Štartni in ciljni prostor postavimo na vidno mesto in po možnosti rahlo narazen. Udeleženca naučimo ogrevanja in ohlajanja, ki ga ponavadi izvaja v obliki nekajminutne počasnejše hoje. Pokažemo mu vaje za raztezanje mišic, da ne bi prišlo do bolečin in poškodb mišično-kostnega sistema. Razložimo mu, da mora ves čas testa hoditi v enakomernem rit-

mu in kolikor hitro zmore, ne da bi pri tem ogrožal svoje zdravje. Stil hoje naj bo običajen, zato ne sme začeti teči. Na koncu naj ne pospešuje. Takoj po prestopu cilja mu izmerimo srčni utrip. Na njegov testni kartonček zapišemo končni čas hoje in utrip. Šele nato se gre ohlajat in raztezat.

Raziskave kažejo, da je za optimalno izvedbo testa potrebna maksimalna ali vsaj submaksimalna intenzivnost oziroma hitrost hoje, kar ustreza 70% maksimalnega pulza. Najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na izid testa, je čas hoje, zato ga merimo na 5 sekund natančno. Minuta razlike pomeni skoraj 10 točk razlike v ITZ. Vrednost srčne frekvence pa na ITZ vpliva sorazmerno malo, saj se šele pri napaki 20 do 25 utripov na minuto indeks lažno spremeni za 10 točk. Obstaja 5 kategorij telesne zmogljivosti glede na ITZ (izrazito podpovprečna, podpovprečna, povprečna, nadpovprečna in izrazito nadpovprečna). Vrednost indeksa telesne zmogljivosti 100 spada v povprečno kategorijo telesne zmogljivosti.

Obstaja več načinov za izračun rezultatov testa hoje. Z uporabo posebnih tabel dobimo manj natančen, a še vedno dokaj zanesljiv rezultat. Zbrane podatke lahko vstavimo tudi v posebej prirejeno matematično formulo, ki je podana na kartončku telesne zmogljivosti. Z žepnim kalkulatorjem izračunamo ITZ. Najbolje pa je, če dobljene podatke po koncu testiranja vstavimo v poseben računalniški program. Tako dobimo računalniški izpis z rezultati testa (ITZ, kategorijo telesne zmogljivosti, stanje prehranjenosti, referenčno vrednost maksimalne aerobne zmogljivosti (ml/min/kg) glede na ITZ). Izpis nam poda tudi individualna priporočila za varno in učinkovito vadbo.

Na podlagi rezultata in želja udeleženca mu po testiranju svetujemo zanj najbolj primerno in zdravju prijazno športno vadbo. Čez šest mesecev je priporočljivo, da test ponovi in ugotovi, koliko se mu je izboljšala telesna zmogljivost. Test hoje tako predstavlja tudi čudovito motivacijsko sredstvo za spodbujanje zdravega načina življenja. Poleg tega pa je hoja najbolj naravna oblika telesne dejavnosti, primerna skoraj za vsakogar. Če hodimo hitro vsak dan po pol ure v zmernem tempu, zmanjšamo možnost za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in s tem bistveno koristimo svojemu zdravju.

Delavnica za telesno dejavnost

Telesna neaktivnost predstavlja visok dejavnik tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni sodobnega človeka. Raziskave CINDI Slovenije so pokazale, da je samo tretjina Slovencev zadosti telesno dejavna. Za spodbujanje telesno nedejavnih, premalo telesno dejavnih državljanov in tistih, ki so več kot 20-odstotno ogroženi, da zbolijo za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, smo v okviru **Nacionalnega programa preprečevanja srčno-žilnih bolezni v osnovnem zdravstvenem varstvu pripravili t. i. Delavnice za telesno dejavnost**. Namen in cilj tovrstne učne delavnice je, da udeležence seznanimo s koristnostjo gibanja za zdravje, pomenom uravnotežene telesne vadbe in jih motiviramo za vključevanje telesne dejavnosti v vsakdanje življenje. S testom hoje na 2 kilometra ocenimo na začetku programa njihovo telesno zmogljivost in čez pol leta s ponovnim testiranjem ocenimo napredek.

Program se izvaja po metodologiji CINDI v za to določenih in opredeljenih zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC), ki so ali še bodo organizirani v okviru zdravstvenega varstva na primarni ravni. Izvajalci so zdravstveni delavci z višjo in visoko izobrazbo, ki so opravili šolo "CINDI: Šola za promocijo zdravja in preprečevanja kroničnih bolezni" in po možnosti še dodatno izobraževanje v obliki "Učnih delavnic za izvajanje zdravstvenovzgojnega programa telesne dejavnosti v praksi" pri CINDI Slovenija. Člani delovne skupine so zdravnik - specialist splošne medicine, profesor zdravstvene vzgoje ali diplomirana medicinska sestra in diplomirani fizioterapevt. Ponavadi jim pri izvajanju testa hoje pomaga še en ustrezen izobraženi zdravstveni delavec. Izvajalci so dolžni izvedeni program evidentirati in evalvirati na treh ravneh (za plačnika - ZZZS, za statistično obdelavo podatkov - IVZ in za ugotavljanje uspešnosti dela).

Delavnica poteka v obliki predavanj in skupinskega dela, naenkrat se je lahko udeleži okrog 15 oseb. Vsak udeleženec prejme tudi potrebno gradivo CINDI, vezano na telesno dejavnost. Srečanja potekajo v predavalnici, testiranja pa v naravi. Prvo ali uvodno srečanje izvaja profesor zdravstvene vzgoje ali diplomirana medicinska sestra. Namenjeno je spoznavanju udeležencev med sabo. Seznanimo jih z namenom, cilji delavnice in načinom dela. Podamo jim znanja o koristnosti gibanja za zdravje, katere oblike in koliko telesne dejavnosti je primerno. Poučimo jih o kontraindikacijah in navodilih za varno vadbo. Predstavimo jim projekt **Slovenija v gibanju**, razložimo pomen in izvedbo testa hoje. Izpolnimo potrebne vprašalnike za nadaljnje delo. Podamo jim natančna navodila za izvajanje testa hoje in se dogovorimo za datum testiranja. Nato jih napotimo na zdravniški pregled. Zdravnik pregleda vso dosedanje varovančev dokumentacijo izbrane ga zdravnika in vprašalnike, izpolnjene na uvodnem srečanju

ju delavnice. Opredeli ravni tveganja za telesno dejavnost in določi način testiranja telesne zmogljivosti. Določi cilje in način dela glede telesne dejavnosti za posameznika. Sledi izvedba testa hoje na 2 km z interpretacijo rezultatov.

Splošno ali bolj podrobno predavanje o telesni dejavnosti vodi diplomirani fizioterapevt. Poudarek je na uravnoteženi vadbi glede na trajanje, pogostost, intenzivnost in vrsto vadbe. Udeleženca naučimo ocenjevati primerno, zdravju prijazno intenzivnost telesne dejavnosti. Predstavimo mu znake pretirane in nevarne vadbe. Podrobneje razložimo uporabo telesne dejavnosti kot oblike zdravljenja pri posameznih bolezenskih stanjih. Naučimo jih izvajati nekaj enostavnih vaj stoje in sede. Sledi izpolnjevanje preostalih vprašalnikov, vezanih na posameznikovo telesno dejavnost. Ob koncu srečanja razdelimo skupino na 2 mali (7 ali 8 oseb).

Tretje, zadnje srečanje, ravno tako izvaja diplomirani fizioterapevt. Udeležencem razloži proces spreminjanja vedenja. Na podlagi izpolnjenih vprašalnikov, želja, možnosti in rezultatov testa hoje poskušamo vsakega posameznika motivirati za redno gibanje. Pomagamo mu pri načrtovanju, oblikovanju individualnega programa zdravju prijazne telesne dejavnosti in športne vadbe. Svetujemo mu, kako vključiti čimveč gibanja v svoj vsakdanjik in razložimo pomen dnevnika telesne dejavnosti. Na koncu udeležencem pokažemo še nekaj rekreativnih vaj in se dogovorimo za datum ponovnega testiranja. Čez pol leta sledi ponoven test hoje celotne skupine, ko merimo napredek telesne zmogljivosti posameznega udeleženca.

Splošno predavanje o telesni dejavnosti, ki ga izvaja diplomirani fizioterapevt, vsebujeta tudi ZV programa "Šola promocije zdravja in o dejavnostih tveganja" in "Delavnica zdravo hujšanje". Poleg tega fizioterapevt pri procesu hujšanja vodi štiri mesece enkrat tedensko telovadbo v najeti telovadnici.

MEDNARODNA KONFERENCA KREPIMO ZDRAVJE Z GIBANJEM IN ZDRAVO PREHRANO

Radenci, 18. -21. april 2002

CINDI Slovenija bo v sodelovanju s slovenskimi institucijami in organizacijami za promocijo zdravja, gibalno-športne aktivnosti in zdravo prehrano organiziral mednarodno konferenco "KREPIMO ZDRAVJE Z GIBANJEM IN ZDRAVO PREHRANO". Konferenca bo potekala od 18. do 21. aprila 2002 v Radencih. Namen konference je preučiti izzive in vplive krepitve zdravja z gibanjem in prehrano za javno zdravje na evropski in nacionalni ravni, s posebnim poudarkom na razmerah v Sloveniji ter južni in vzhodni Evropi. V ta namen smo povabili k sodelovanju v obliki vabljenih predavanj več kot 20 uglednih mednarodnih strokovnjakov iz Slovenije, Evrope in sveta.

K udeležbi smo povabili snovalce usmeritev, nosilce odločitev, upravne delavce, načrtovalce, vodje programov in predstavnike skupnosti, ki se ukvarjajo s krepitvijo zdravja v naši državi, pa tudi raziskovalce ter strokovnjake s področja zdravstva, športa, izobraževanja, okolja, prehrane, nacionalnega in lokalnega razvoja, tako iz javnih kot prostovoljnih sektorjev. Dodatne informacije dobite na: CINDI Slovenija, Ulica Stare pravde 2, 1000 Ljubljana oziroma po telefonu: 01 438 34 80, na e-naslov: cindi@zd-lj.si ali www.cindi-slovenija.net.

Dominika Novak Mlakar, dr. med., organizacijska sekretarka konference

MEDNARODNI STROKOVNI SEMINAR ELEKTROMAGNETNA SEVANJA - NOVE TEHNOLOGIJE, ZDRAVJE IN OKOLJE 31. maja 2002 ob 9. uri v dvorani ZZZS na Miklošičevi 24 v Ljubljani

PROGRAM

Petek, 31. maj 2002

9.00-9.30	Pozdravni nagovori - Otvoritev seminarja (MZ, MOP, WHO, IVZ-RS)
9.30-10.15	dr. Repacholi (WHO): Pregled raziskav vplivov novih tehnologij na zdravje - vloga WHO
10.15-11.00	dr. Vecchia (ICNIRP): Nove tehnologije in varovanje zdravja v EU - vloga ICNIRP
11.00-11.45	Neubauer (CENELEC): Evropski standardi za področje mobilne telefonije - vloga CENELEC
11.45-12.15	dr. Gajšek (IVZ-RS): Mobilna telefonija in dozimetrija - stanje v Sloveniji
12.15-13.30	Odmor
13.30-14.00	dr. Polič (FF-UNI-LJ): Zaznavanje tveganja v javnosti
14.00-14.30	mag. Simoneti (LUZ): EMS in posegi v prostor - od predpisov do dobre prakse
14.30-15.00	dr. Repacholi (WHO): Uvajanje preventivnih vidikov
15.00-16.00	Splošna diskusija

ORGANIZACIJA

Inštitut za varovanje zdravja RS v sodelovanju s

- Svetovno zdravstveno organizacijo (WHO),
- Mednarodno komisijo za varstvo pred neionizirnimi sevanji (ICNIRP),
- Avstrijskim raziskovalnim centrom Seibersdorf,
- Fakulteto za elektrotehniko, Univerza v Ljubljani,
- Zbornico varnosti in zdravja pri delu,
- Ministrstvom za okolje in prostor RS,
- Ministrstvom za zdravje RS

INFORMACIJE

Za dodatne informacije se obrnite na (dr. Peter Gajšek, Veronika Šmid):

tel: (01) 224 1493, (04) 5780 356

faks: (04) 5780 355

e-pošta: peter.gajsek@ivz-rs.si
veronika@albatros-bled-sp.si

Internet: <http://www.gov.si/ivz>
<http://www.albatros-bled.com>

ABECEDNO KAZALO PO AVTORJIH - Zdravstveno varstvo 2001

AHEC Lidija:

1. Vloga medicinske sestre pri obravnavi hospitaliziranega bolnika s kroničnim srčnim popuščanjem
2001;40 (3-6): 165-8 (Č)

BEČAN Franci:

1. Zdravljenje akutnih okužb dihal v družinski medicini
2001;40 (11-12): 340-3 (Č)

BELOVIĆ Branislava:

1. VERBAN Zdenka, - : Vključevanje lokalnega medija v izvedbo zdravstvenovzgojne akcije s področja preprečevanja aidsa
2001;40 (9.-10): 321-23 (Č)

BEOVIĆ Bojana:

1. KOPČAVAR GUČEK Nena, - : Rezultati raziskave: Cepljenje proti gripi v ambulantni družinske medicine
2001;40 (11-12): 350-54 (Č)
2. Creutzfeldt-Jacobsova bolezen
2001;40 (11-12): 380-3 (Č)

BERGER Tatjana:

1. Virtualna knjižnica inštituta za varovanje zdravja RS (IVZ RS)
2001;40 (1-2): 324-6 (O)

BERTALANIČ Blanka:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, - : Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra
2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

BEVC STANKOVIČ Mojca:

1. STERGAR Eva, - : Promocija duševnega zdravja v šolah
2001;40 (1-2): 14 -20 (Č)

BILBAN Marjan:

1. Mesto in vloga pooblaščenega zdravnika pri izdelavi analize tveganja
2001;40 (9-10): 291-301 (Č)

BIZJAK Simona:

- 1.- , KERSNIK Janko: Pogostost akutnih okužb dihal v družinski medicini
2001;40 (11-12): 335-9 (Č)
2. KERSNIK Janko, - : Izvajanje cepljenja proti tetanusu v družinski medicini
2001;40 (11-12): 344- (Č)

BOWIS John:

1. Duševno zdravje v Evropi – (Mental health in Europe)
2001;40 (1-2): 3-4 (U)

CAR Josip:

1. - , KERSNIK Janko, ŠVAB Igor: Obravnava depresije v splošni medicini
2001;40 (1-2): 32-6 (Č)
2. Zdravljenje akutne okužbe spodnjih sečil pri ženskah v družinski medicini v Sloveniji
2001;40 (11-12): 355-61 (Č)

ČAKŠ Tomaž:

1. Pasivno kajenje v bivalnem in delovnem okolju
2001;40 (7-8): 271-6 (Č)

ČEBAŠEK-TRAVNIK Zdenka:

1. Mladi in alkohol
2001;40 (1-2): 51-4 (Č)

DERMOTA Urška:

1. - , GRMEK-KOŠNIK Irena: Mikrobiološke preiskave urina: Sanford in uritest
2001;40 (11-12): 365-9 (Č)
2. GRMEK-KOŠNIK Irena, - , ŠVENT-KUČINA Nataša: Rezultati testiranja občutljivosti bakterij, osamljenih iz urina v laboratoriju za medicinsko mikrobiologijo Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj
2001;40 (11-12): 370-2 (Č)

DERNOVŠEK Z. Mojca:

1. Nekaj misli o psihiatriji v skupnosti
2001;40 (1-2): 65-8 (Č)
2. JORDANOVA Vesna, - : Novejši stabilizatorji razpoloženja
2001;40 (1-2): 77-80 (Č)

DEŽMAN Bojana:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, - , ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra
2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

DOBNIKAR Brane:

1. ŽIVČEC-KALAN Gordana, VATOVEC-PROGRAR Irena, - : Ali je uvedba licence za samostojno delo vplivala na porast izobraževanja zdravnikov
2001;40 (7-8): 266-8 (Č)

DROBNIČ Matej:

1. RADOSAVLJEVIČ Damjan, - , KORITNIK Branko, GORENŠEK Miro, MALIČEV Elvira, JERAS Matjaž, KNEŽEVIČ Miomir: Novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov: mozaična plastika in avtologna transplantacija hondrocitov
2001;40 (7-8): 216-8 (Č)

FÜRST Jurij:

1. Posebnosti predpisovanja antibiotikov v Sloveniji v primerjavi z nekaterimi drugimi državami
2001;40 (11-12): 373-5 (Č)

FISCHINGER Janez:

1. Otekline na vratu
2001;40 (7-8): 248-53 (Č)

FLAKER Vito:

1. Kaj je duševno zdravje v skupnosti?
2001;40 (1-2): 69-73 (Č)

FLEŽAR Matjaž:

1. Dihalni šumi
2001;40 (3-6): 186-9 (Č)

GORENŠEK Miro:

1. RADOSAVLJEVIČ Damjan, DROBNIČ Matej, KORITNIK Branko, - , MALIČEV Elvira, JERAS Matjaž, KNEŽEVIČ Miomir: Novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov: mozaična plastika in avtologna transplantacija hondrocitov
2001;40 (7-8): 216-8 (Č)

GRM Marjana:

1. - , KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra
2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

GRMEK-KOŠNIK Irena:

1. DERMOTA Urška, - : Mikrobiološke preiskave urina: Sanford in uritest
2001;40 (11-12): 365-9 (Č)

2. - , DERMOTA Urška, ŠVENT-KUČINA Nataša: Rezultati testiranja občutljivosti bakterij, osamljenih iz urina v laboratoriju za medicinsko mikrobiologijo Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj
2001;40 (11-12): 370-2 (Č)

3. Odpornost bakterij proti antibiotikom
2001;40 (11-12): 388-90 (Č)

GROBOVŠEK OPARA Sonja:

1. MARUŠIČ Andrej, - , ROTAR PAVLIČ Danica: Epidemiologija duševnega zdravja in javnozdravstveni problem v Sloveniji
2001;40 (1-2): 11-3 (Č)

GUŽIČ-SALOBIR Barbara:

1. KEBER Irena, - : Telesna vadba pri bolnikih s kroničnim popuščanjem
2001;40 (3-6): 175-9 (Č)

HLASTAN RIBIČ Cirila:

1. POKORN Dražigost, - : Vpliv načina življenja na dolgo življenje preiskovancev, starih nad 60 let, v Ljubljani
2001;40 (9-10): 306-313 (Č)

HOČEVAR-BOLTEŽAR Irena:

1. Funkcionalna disfonija
2001;40 (7-8): 254-7 (Č)

IVAŠKOVIČ Dragoslav:

1. Bolnik s srčnim popuščanjem v zdravilišču
2001;40 (3-6): 180-3 (Č)(Č)

JAKELIČ Željko:

1. 2. spominsko srečanje dr. Janija Kokalja
2001;40 (1-2): 327 (O)

JENKO-BURGAR Marija:

1. Obravnava nujnega stanja pri bolnikih s srčnim popuščanjem
2001;40 (3-6): 133-8 (Č)

JERAS Matjaž:

1. RADOSAVLJEVIČ Damjan, DROBNIČ Matej, KORITNIK Branko, GORENŠEK Miro, MALIČEV Elvira, - , KNEŽEVIČ Miomir: Novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov: mozaična plastika in avtologna transplantacija hondrocitov
2001;40 (7-8): 216-8 (Č)

JEREB Tomaž:

1. Kratka ocena stanja zdravstvenega varstva oseb z duševno prizadetostjo z vidika sožitja - zveze društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije
2001;40 (1-2): 87-8 (O)

JORDANOVA Vesna:

1. - , DERNOVŠEK Z. Mojca: Novejši stabilizatorji razpoloženja
2001;40 (1-2): 77-80 (Č)

KADIVEC Saša:

1. Zdravstvena vzgoja bolnikov s srčnim popuščanjem in njihovih svojcev
2001;40 (3-6): 171-4 (Č)

KALAN Mojca:

1. Vloga patronažne sestre pri oskrbi bolnika s srčnim popuščanjem na domu
2001;40 (3-6): 169-70 (Č)

KANDARE Franc:

1. Diferencialna diagnoza dispneje
2001;40 (3-6): 190-3 (Č)

KEBER Irena:

1. - , GUŽIČ-SALOBIR Barbara: Telesna vadba pri bolnikih s kroničnim popuščanjem
2001;40 (3-6): 175-9 (Č)

KERSNIK Janko:

1. CAR Josip, - , ŠVAB Igor: Obravnava depresije v splošni medicini
2001;40 (1-2): 32-6 (Č)

2. Družinska medicina in združenje zdravnikov družinske medicine jutri

2001;40 (3-6): 111-3 (U)

3. GRM Marjana, -, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra 2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

4. Zagotavljanje kakovosti obravnave bolnikov s srčnim popuščanjem

2001;40 (3-6): 184-5 (Č)

5. Vpliv strokovnega nadzora s svetovanjem na zagotavljanje kakovosti

2001;40 (7-8): 262-5 (Č)

6. BIZJAK Simona, -: Pogostost akutnih okužb dihal v družinski medicini

2001;40 (11-12): 335-9 (Č)

7. -, BIZJAK Simona: Izvajanje cepljenja proti tetanusu v družinski medicini

2001;40 (11-12): 344-6 (Č)

KIKEL Alice:

1. Epidemiološko spremljanje srčnega popuščanja s prikazom spremljanja na Gorenjskem

2001;40 (3-6): 125-8 (Č)

KNEŽEVIČ Miomir:

1. RADOSAVLJEVIČ Damjan, DROBNIČ Matej, KORITNIK Branko, GORENŠEK Miro, MALIČEV Elvira, JERAS Matjaž, -: Novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov: mozaična plastika in avtologna transplantacija hondrocitov

2001;40 (7-8): 216-8 (Č)

KOCIJANČIČ Igor:

1. -, KOCIJANČIČ Ksenija: Rentgenogram prsnih organov pri srčnem popuščanju

2001;40 (3-6): 194-5 (Č)

KOCIJANČIČ Ksenija:

1. KOCIJANČIČ Igor, -: Rentgenogram prsnih organov pri srčnem popuščanju

2001;40 (3-6): 194-5 (Č)

KOPČAVAR GUČEK Nena:

-, BEOVIČ Bojana: Rezultati raziskave: Cepljenje proti gripi v ambulantni družinske medicine

2001;40 (11-12): 350-54 (Č)

KORITNIK Branko:

1. RADOSAVLJEVIČ Damjan, DROBNIČ Matej, -, GORENŠEK Miro, MALIČEV Elvira, JERAS Matjaž, KNEŽEVIČ Miomir, -: Novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov: mozaična plastika in avtologna transplantacija hondrocitov

2001;40 (7-8): 216-8 (Č)

KOS Mitja:

PRIMOŽIČ Stanislav, -, PEČAR-ČAD Silva, LIPOVEC Katja: Farmakoepidemiološka analiza porabe antidepresivov v Sloveniji

2001;40 (1-2): 81-6 (Č)

KOŠIR Tone:

1. Od splošne do družinske medicine

2001;40 (3-6): 114-15 (U)

KRALJ-ODAR Alenka:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, -, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra 2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

KRIVEC-SKRT Lilijana:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, -, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra 2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

KRŽAN Mojca:

-, SALOBIR Barbara: Neželeni učinki farmakoterapije srčnega popuščanja

2001;40 (3-6): 155-9 (Č)

2. Interakcije med antibiotiki in drugimi zdravili

2001;40 (11-12): 384-7 (Č)

KURENT Zoran:

1. Kronični hiperplastični rinitis - razvrstitev in zdravljenje

2001;40 (7-8): 258-61 (Č)

LESKOŠEK Franc:

1. Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji

2001;40 (1-2): 41-50 (Č)

LINDIČ Jelka:

1. Nezapletene okužbe sečil

2001;40 (11-12): 362-4 (Č)

IPAVEC Katja:

PRIMOŽIČ Stanislav, KOS Mitja, PEČAR-ČAD Silva, -: Farmakoepidemiološka analiza porabe antidepresivov v Sloveniji

2001;40 (1-2): 81-6 (Č)

LOGAR Dušan:

1. Zunajsklepni revmatizem

2001;40 (7-8): 211-5 (Č)

MALIČEV Elvira:

1. RADOSAVLJEVIČ Damjan, DROBNIČ Matej, KORITNIK Branko, GORENŠEK Miro, -, JERAS Matjaž, KNEŽEVIČ Miomir: Novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov: mozaična plastika in avtologna transplantacija hondrocitov 2001;40 (7-8): 216-8 (Č)

MARUŠIČ Andrej:

1. Kako svetla je lahko prihodnost na področju duševnega zdravlja?

2001;40 (1-2): 5-7 (U)

2. -, GROBOVŠEK OPARA Sonja, ROTAR PAVLIČ Danica: Epidemiologija duševnega zdravja in javnozdravstveni problem v Sloveniji

2001;40 (1-2): 11-3 (Č)

3. MARUŠIČ Dorjan, - : Psihokardiologija: sočasna preventiva in obravnava koronarne bolezni duševnih motenj

2001;40 (1-2): 50-60 (Č)

MARUŠIČ Dorjan:

1. -, MARUŠIČ Andrej: Psihokardiologija: sočasna preventiva in obravnava koronarne bolezni ter duševnih motenj

2001;40 (1-2): 50-60 (Č)

MATOIC Branka:

1. Fizioterapija pri bolnikih z zunaj sklepnim revmatizmom

2001;40 (7-8): 219-224 (Č)

MEDEN-VRTOVEC Helena:

1. Hormonsko nadomestno zdravljenje na sekundarni ravni

2001;40 (7-8): 231-5 (Č)

MERŠE Martina:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, -, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra

2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

MIKUŠ KOS Anica:

1. Duševno zdravje otrok v Sloveniji

2001;40 (1-2): 8-10 (U)

MILOHNOJA Maja:

1. Bolezni dojk - pristop družinskega zdravnika

2001;40 (7-8): 228-30 (Č)

MOŽINA Hugon:

1. Patofiziološka dogajanja pri srčnem popuščanju

2001;40 (3-6): 129-32 (Č)

MUBI Smiljan:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, -, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra

2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

MUELLNER Sandra:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, -, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra

2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

MULEJ Marija:

1. Pomen obremenitvenih testov pri srčnem popuščanju

2001;40 (3-6): 140-50 (Č)

PEČAR-ČAD Silva:

1. PRIMOŽIČ Stanislav, KOS Mitja, -, LIPOVEC Katja: Farmakoepidemiološka analiza porabe antidepressivov v Sloveniji

2001;40 (1-2): 81-6 (Č)

PETERNELJ Andreja:

1. Ukrepi medicinske sestre pri nujnem stanju pri bolniku s srčnim popuščanjem

2001;40 (3-6): 144-7 (Č)

PIRIH Damjana:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, -, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra

2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

POGAČNIK Damijana:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, ROPRET Marta, KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, -, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra

2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

POGAČNIK PETERNEL Damijana:

1. Načela obravnave bolnika s srčnim popuščanjem v družinski medicini

2001;40 (3-6): 196-201 (Č)

POKORN Dražigost:

1. -, HLASTAN RIBIČ Cirila: Vpliv načina življenja na dolgo življenje preiskovancev, starih nad 60 let, v Ljubljani

2001;40 (9-10): 306-13 (Č)

2. Pomen alkohola pri kontroli telesne teže

2001;40 (9-10): 319-20 (Č)

PREŠEREN Nada:

1. Pregled in bolezni ušesa, nosu in grla v ambulantni družinske medicine

2001;40 (7-8): 239-47 (Č)

PRIMOŽIČ Stanislav:

1. -, KOS Mitja, PEČAR-ČAD Silva, LIPOVEC Katja: Farmakoepidemiološka analiza porabe antidepressivov v Sloveniji

2001;40 (1-2): 81-6 (Č)

PUCELJ Vesna:

1. Program spodbujanja nekajenja v osnovnih šolah

2001;40 (7-8): 277-81 (Č)

RADEŠČEK Darja:

1. ŠELB Jožica, -: Vzroki smrti zaradi alkohola na Dolenjskem v primerjavi z ostalo Slovenijo

2001;40 (9-10): 314-318 (Č)

RADOSAVLJEVIČ Damjan:

1. - , DROBNIČ Matej, KORITNIK Branko, GORENŠEK Miro, MALIČEV Elvira, JERAS Matjaž, KNEŽEVIČ Miomir: Novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov: mozaična plastika in avtologna transplantacija hondrocitov
2001;40 (7-8): 216-8 (Č)

RAVNIK M. Igor:

1. Celostno obravnavanje otrok in mladostnikov z epilepsijo v Sloveniji
2001;40 (1-2): 27-31 (Č)

ROPRET Marta:

1. GRM Marjana, KERSNIK Janko, MUELLNER Sandra, DEŽMAN Bojana, - , KRALJ-ODAR Alenka, KRIVEC-SKRT Lilijana, PIRIH Damjana, MUBI Smiljan, POGAČNIK Damijana, MERŠE Martina, BERTALANIČ Blanka: Bolnik s srčnim popuščanjem v družinski medicini - izsledki projekta Matra
2001;40 (3-6): 118-121 (Č)

ROTAR PAVLIČ Danica:

1. MARUŠIČ Andrej, GROBOVŠEK OPARA Sonja, - : Epidemiologija duševnega zdravja in javnozdravstveni problem v Sloveniji
2001;40 (1-2): 11-3 (Č)

RUŽIČ-MEDVEŠČEK Nadja:

1. Indikacije za hospitalizacijo bolnika s kroničnim srčnim popuščanjem
2001;40 (3-6): 160-4 (Č)

SALOBIR Barbara:

1. KRŽAN Mojca, - : Neželeni učinki farmakoterapije srčnega popuščanja
2001;40 (3-6): 155-9 (Č)

SHAWE-TAYLOR Meta:

1. Kognitivno-vedenjska terapija v javnem zdravstvu
2001;40 (1-2): 74-6 (Č)
2. Razvoj in temeljne osnove kognitivno-vedenjske terapije
2001;40 (9-10): 302-5 (Č)

SNOJ Marko:

1. Zatrldline v dojkah
2001;40 (7-8): 225-7 (Č)

SOČAN Maja:

1. Cepljenje proti pnevmokoku in gripi
2001;40 (11-12): 347-9 (Č)

STERGAR Eva:

1. - , BEVC STANKOVIČ Mojca: Promocija duševnega zdravja v šolah
2001;40 (1-2): 14 -20 (Č)

ŠABOVIČ Mišo:

1. Načela farmakološkega zdravljenja srčnega popuščanja
2001;40 (3-6): 151-4 (Č)

ŠELB Jožica:

1. RADEŠČEK Darja, - : Vzroki smrti zaradi alkohola na Dolenjskem v primerjavi z ostalo Slovenijo
2001;40 (9-10): 314-318 (Č)

ŠTAJER Dušan:

1. Prepoznava nujnega stanja pri bolniku s srčnim popuščanjem
2001;40 (3-6): 139-43 (Č)

ŠVAB Igor:

1. CAR Josip, KERSNIK Janko, - : Obravnava depresije v splošni medicini
2001;40 (1-2): 32-6 (Č)
2. Katedra za družinsko medicino
2001;40 (3-6): 116-17 (U)
3. Izzivi sodobnemu družinskemu zdravniku
2001;40 (7-8): 207-210 (U)

ŠVAB Vesna:

1. Skupnostna skrb za osebe s hudimi duševnimi motnjami
2001;40 (1-2): 61-4 (Č)

ŠVENT-KUČINA Nataša:

1. GRMEK-KOŠNIK Irena, DERMOTA Urška, - : Rezultati testiranja občutljivosti bakterij, osamljenih iz urina v laboratoriju za medicinsko mikrobiologijo Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj
2001;40 (11-12): 370-2 (Č)

TEKAVČIČ GRAD Onja:

1. Prepoznavanje suicidnega otroka ali mladostnika v šoli
2001;40 (1-2): 24 -6 (Č)

TOMORI Martina:

1. Duševno zdravje v šoli
2001;40 (1-2): 21-3 (Č)

TOPLAS SUSIČ Tonka:

1. Nefarmakološki pristop k zdravljenju menopavznih (klimakteričnih) težav v ambulantni zdravniški medicini
2001;40 (7-8): 236-8 (Č)

TRAMPUŽ Andrej:

1. Kakšno nevarnost predstavljajo odporne bakterije pri ambulantnih bolnikih
2001;40 (11-12): 391-6 (Č)

TURK Josip:

1. Obravnava bolnika s srčnim popuščanjem – pogled kardiologa
2001;40 (3-6): 122-4 (Č)

URBANČIČ Vilma:

1. Infekcije diabetične noge
2001;40 (11-12): 376-9 (Č)

VATOVEC-PROGRAR Irena:

1. ŽIVČEC-KALAN Gordana, -, DOBNIKAR Brane: Ali je uvedba licence za samostojno delo vplivala na porast izobraževanja zdravnikov
2001;40 (7-8): 266-8 (Č)

VERBAN Zdenka:

1. -, BELOVIĆ Branislava: Vključevanje lokalnega medija v izvedbo zdravstvenovzgojne akcije s področja preprečevanja aidsa
2001;40 (9.-10): 321-23 (Č)

ŽALAR Aleksandra:

1. Zdravstvena vzgoja za opuščanje kajenja in zmanjševanje pasivnega kajenja
2001;40 (7-8): 282-3 (Č)

ŽIVČEC-KALAN Gordana:

1. -, VATOVEC-PROGRAR Irena, DOBNIKAR Brane: Ali je uvedba licence za samostojno delo vplivala na porast izobraževanja zdravnikov
2001;40 (7-8): 266-8 (Č)

ŽMITEK Andrej:

1. Depresija kot problem javnega zdravstva
2001;40 (1-2): 37-40 (Č)

Opomba: Črke v oklepaju za številkami pomenijo eno od naslednjih rubrik:

Uvodnik, Uvodni članki	(U)
Članki	(Č)
Izkušnje in pobude	(IP)
Strokovna navodila	(SN)
Strokovna poročila	(SP)
Zdravstvena kultura	(ZK)
Zdravstvena vzgoja	(ZV)
Ostalo	(O)

Gradivo je zbrala in uredila Marija Bahun

Z D R A V S T V E N A

KULTURA

SAMOSTOJNA ZDRAVSTVENOVZGOJNA PRILOGA REVİJE ZDRAVSTVENO VARSTVO

SVETOVNI DAN ZDRAVJA

7. april 2002



AGITA MUNDO – GIBANJE ZA ZDRAVJE

Objavljamo prevod gradiva, ki ga je izdala Svetovna zdravstvena organizacija.

ZDRAVSTVENA KULTURA - SAMOSTOJNA ZDRAVSTVENOVZGOJNA PRILOGA REVİJE ZDRAVSTVENO VARSTVO,
ŠT. 39/2002

Izdal in založil: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Ljubljana

Prevod: Maja Stergar

Lektor: Jože Faganel

Naslovnica: Jurij Kocbek

Stavek in tisk: Littera Picta d. o. o.

Prvi natis

Naklada: 850 izvodov

Ljubljana, marec 2002

AGITA MUNDO - GIBANJE ZA ZDRAVJE

»Za Svetovni dan zdravja 2002 predlagam temo gibanje za zdravje, ki nam bo dala vpogled v načine, na katere lahko posamezniki in skupnost vplivamo na svoje zdravje in blaginjo.«

Dr. Gro Harlem Brundtland

54. skupščina SZO

12. maj 2001

Svetovna zdravstvena organizacija skuša s Svetovnim dnevom zdravja spodbuditi globalno razpravo o epidemiološkem premiku bremena bolezni in dejavnikih, ki so gonilna sila tega procesa sprememb. V večini delov sveta so nenalezljive bolezni postale glavna epidemija. Delen vzrok za to so hiter prehod načina življenja k manjši telesni dejavnosti, sprememba prehrane in povečana uporaba tobaka. Ta trend je prisoten v vseh družbah, revnih in bogatih, razvitih in v razvoju.

Revščina, nasilje, hitre socialne in ekonomske spremembe, pomanjkanje izobrazbe, nezadostno ali sploh odsotno zdravstveno varstvo, pomanjkanje jasnih političnih smernic prispevajo prav toliko k naraščanju primerov raka, sladkorne bolezni, bolezni srca in ožilja kot tudi k aidsu in malariji. Svetovna zdravstvena organizacija je prepričana, da je sedaj čas, da se to globalno debato usmeri tako v preventivo kot v zdravljenje. Z osredotočenjem na preventivo bo celotna javno-zdravstvena skupnost pridobila mnogo koristi.

Glavni vzrok bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni in debelosti je pomanjkanje telesne dejavnosti. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da pomanjkanje telesne dejavnosti vodi k več kot dvema milijonom smrti letno. Verjetno je, da bi se dalo eno tretjino primerov raka preprečiti z vzdrževanjem zdrave prehrane, normalne teže in telesne dejavnosti v vsem življenju. Kombinacija neprimerne prehrane, pomanjkanja telesne dejavnosti in uporabe tobaka po ocenah botruje do 80% prezgodnje koronarne bolezni. V med seboj zelo različnih državah, kot so Kitajska, Finska in ZDA, so raziskave pokazale, da celo sorazmerno skromne spremembe v načinu življenja zadostujejo za preprečevanje razvoja skoraj 60% primerov diabetesa tipa II.

Da bi pritegnila pozornost politikov, javnozdravstvene skupnosti in civilne družbe glede teh tem, je Dr. Gro Harlem Brundtland, generalna direktorica Svetovne zdravstvene organizacije, razglasila, da bo poudarek Svetovnega dneva zdravja 2002 na pomembnosti telesne pripravljenosti in zdravega načina življenja. Potreba po telesni dejavnosti in koristi zaradi telesne dejavnosti bodo torej tema dejavnosti ob Svetovnem dnevu zdravja po vsem svetu.

Telesna dejavnost je praktično sredstvo za doseganje številnih koristi za zdravje, tako neposrednih kot posrednih. Lahko pomaga zmanjšati stopnjo nasilja med mladimi, spodbujati življenje brez tobaka in zmanjševati drugo tvegano vedenje, kot sta na primer nezaščiten spolnost ali uporaba ilegalnih drog. Lahko tudi zmanjša občutja osamitve in osamljenosti pri starejših ter izboljša njihovo telesno in duševno gibčnost.

Svetovni dan zdravja se bo odvijal v različnih okoljih – od šol do gradbišč, stadionov in mestnih sosesk. Mednarodna športna družba, ki jo predstavlja Mednarodna nogometna

zveza (FIFA) in Mednarodni olimpijski komite, se je že povezala s prizadevanji Svetovne zdravstvene organizacije. Tako svetovno prvenstvo 2002 na Japonskem in v Koreji kot tudi Zimske olimpijske igre v Salt Lake Cityju sta dogodka brez tobaka, ki krepiata zdravje.

Glavno dogajanje ob Svetovnem nevu zdravja bo tokrat v Sao Paulu v Braziliji, kjer bodo predstavili uspešen model gibanja Agita Sao Paulo. V tem okviru so že mnoge organizacije uspele v gibanje za zdravje vključiti tako mlade kot stare. Ta model je navdihnil slogan letošnjega Svetovnega dneva zdravja 2002: »AGITA MUNDO – GIBANJE ZA ZDRAVJE«. Mesta in občine vljudno vabimo, da se ob Svetovnemu dnevu zdravja opogumijo in pridružijo gibanju ob Svetovnemu dnevu zdravja z organizacijo lastnih prireditev.

»Agita« v portugalsščini pomeni (s)tresti. »Agita Mundo« torej pomeni (s)tresti svet. Za izredno zanimivo filozofijo »Agita Mundo« stoji »Agita Sao Paulo« – po izvoru brazilsko gibanje, ki vabi ljudi h gibanju telesa, duha in okolja v korist javnega zdravja. Povabilo je tudi tiste, ki odločajo, da prevzamejo politične pobude. Le-te lahko prinesejo veliko koristi številnim ljudem. Vročica »Agita« je nalezljiva na zelo zdrav način. Na začetku je sodelovalo 36 milijonov ljudi v Sao Paulu. Kmalu se je gibanje razširilo na vso Brazilijo in nato v preostale dele Amerike. Svet sedaj »Agita Mundo« sprejema kot globalno gibanje za javno zdravje. (Victor K. R. Matsudo, predsednik Agita Sao Paulo in regionalni direktor mednarodnega sveta za kineziologijo in športno vzgojo Brazilije)

Filozofija Agita Sao Paulo, nekoč lokalna, danes globalna, je navdih Svetovnemu dnevu zdravja 2002. Agita Mundo – premakni se za zdravje, tema Svetovnega dneva zdravja 2002, vabi posameznike, skupnosti in države, da bi povežale dejavnost za zdravje s preventivno nalogo javnega zdravstva. Poudarek bo na potrebi po telesni dejavnosti. V kampanji bodo izpostavljeni predvsem načini, na katere lahko posamezniki in skupnosti vplivajo na lastno zdravje in blaginjo. Za tiste, ki odločajo, in za strokovnjake na področju zdravja bo nakazala kako naj vlagajo v preventivo za prihodnost javnega zdravja, ne le v zdravljenje.

Kaj moramo vedeti o telesni dejavnosti?

1. Zakaj je telesna dejavnost tako pomembna za moje zdravje?
2. Kaj pravzaprav pomeni »telesna dejavnost«?
3. Ali je premajhna aktivnost zares globalni javnozdravstveni problem? Ali morda ni drugih prednostnih vprašanj v zvezi z zdravjem, predvsem v revnejših državah?

Sedeči način življenja - globalni javnozdravstveni problem

Sedeči način življenja je pogost vzrok za smrti, bolezni in druge prizadetosti. Približno dva milijona smrti letno pripisujemo telesni nedejavnosti. Predhodne ugotovitve raziskave Svetovne zdravstvene organizacije o dejavnih tveganja kažejo, da je sedeči način življenja eden od desetih glavnih vzrokov za smrt in prizadetosti na svetu. Telesna nedejavnost povečuje vse vzroke umrljivosti, podvaja tveganje za bolezni srca in ožilja, diabetes tipa II in debelost. Povečuje tudi tveganje za raka na debelem črevesu in dojki, visok krvni tlak, težave z lipidi, osteoporozo, depresije in občutja strahu.

Stopnja telesne nedejavnosti je visoka v razvitih državah in tudi v državah v razvoju. V razvitih državah več kot polovica odraslega prebivalstva ni dovolj dejavna. V hitro rastočih velikih mestih sveta v razvoju je telesna nedejavnost še večja težava. Prenaseljenost, revščina, kriminal, promet, slab zrak, pomanjkanje parkov, športa in temu primernih prostorov ter pločnikov ljudem otežuje odločitev za telesno dejavnost. V Sao Paulu, na primer, je 70% nedejavnega prebivalstva.

Celo v kmečkih območjih držav v razvoju postaja sedeči način življenja, kot je na primer gledanje televizije, vedno bolj priljubljen. Posledice so neizogibne: povišana raven debelosti, pogostnost diabetesa in bolezni srca in ožilja. Po vsem svetu, razen v subsaharski Afriki, so kronične bolezni vodilni vzrok smrti. Nezdrava prehrana, presežek kalorij, nedejavnost, debelost in s tem povezane kronične bolezni so največji javnozdravstveni problem v večini držav sveta.

Podatki, zbrani v raziskavah o zdravju po vsem svetu, so si med seboj presenetljivo podobni. Odstotek odraslih, ki imajo sedeč ali skoraj sedeč način življenja, se giblje med 60 in 85%.

Svetovna zdravstvena organizacija trenutno ocenjuje globalno breme bolezni zaradi 22 dejavnikov tveganja za zdravje, vključno s telesno nedejavnostjo. Rezultati raziskave bodo objavljeni v letnem poročilu o zdravju v svetu (World Health Report 2002). Jasno je, da je telesna nedejavnost glavni javnozdravstveni problem, ki prizadeva veliko število ljudi v vseh regijah po vsem svetu. Nujno potrebujemo učinkovite javnozdravstvene ukrepe, ki bodo spodbujali telesno dejavnost in izboljšali javno zdravje po svetu.

Koristi telesne dejavnosti

Redna telesna dejavnost prinaša mnoge koristi. Že 30 minut zmerne telesne dejavnosti dnevno, kot je na primer hitra hoja, je dovolj da dosežemo te koristi. S povečevanjem ravni dejavnosti bodo narasle tudi koristi.

Redna telesna dejavnost:

- zmanjšuje tveganje za prezgodnje smrti;
- zmanjšuje tveganje za smrt zaradi srčne bolezni ali kapi, ki so vzrok za tretjino vseh smrti;
- zmanjšuje tveganje za razvoj srčne bolezni ali raka debelega črevesa za do 50%;
- zmanjšuje tveganje za razvoj diabetesa tipa II za 50%;

- pomaga preprečevati/zniževati povišan krvni tlak, ki muči tretjino odraslega svetovnega prebivalstva;
- pri ženskah pomaga preprečevati osteoporozo in zmanjševati tveganje za zlom kolka do 50%;
- zmanjšuje tveganje za razvoj bolečin v spodnjem predelu hrbta;
- spodbuja duševno blaginjo, zmanjšuje stres, občutja strahu, depresije in osamljenosti;
- pomaga preprečevati ali nadzirati tvegano vedenje, kot so na primer uporaba tobaka, alkohola in preostalih snovi, nezdrava prehrana ali nasilje pri otrocih in mladostnikih;
- pomaga nadzirati telesno težo in zmanjševati tveganje za debelost za 50% v primerjavi z ljudmi s sedečim načinom življenja;
- pomaga zgraditi in ohraniti zdrave kosti, mišice, sklepe in poveča energijo ljudem s kroničnimi boleznimi;
- ljudem lahko pomaga shajati z bolečinami, kot na primer z bolečinami v hrbtu ali v kolenih.

Vsi vemo, da nam telesna dejavnost, kot na primer sprehod, kolesarjenje, ples ali igranje, preprosto izboljša počutje. Vendar pa nam redna telesna dejavnost prinese tudi mnoge druge koristi. Ne le da ima potencial za izboljšanje in vzdrževanje dobrega zdravja, ampak lahko prinese tudi pomembne socialne in ekonomske koristi.

Redna telesna dejavnost koristi skupnostim in gospodarstvu, saj prispeva k zmanjševanju stroškov za zdravstveno varstvo, večji produktivnosti, učinkovitejšim šolam, manjši odsotnosti z dela in omogoča večji dobiček.

V mnogih državah je velik del zdravstvenega proračuna povezan s stroški zaradi pomanjkanja telesne dejavnosti in debelosti. Uveljavljanje telesne dejavnosti je javnozdravstveni ukrep, ki prinaša več koristi kot stroškov in ga je treba vzdrževati.

Miti o telesni dejavnosti

- *Telesna dejavnost preveč stane. Potrebujem opremo, posebno obutev in obleko... pa še športne dvorane niso zastonj.*
- *Zelo sem zaposlen/a. Telesna dejavnost vzame preveč časa.*
- *Otroci so že po naravi polni energije. Nikoli niso pri miru. Zakaj bi zapravljali čas in energijo, da bi jih učili o telesni dejavnosti, če so že sami po sebi tako dejavni.*
- *Telesna dejavnost je za tiste v »najboljših letih«. V mojih letih se mi s tem ni treba ubadati...*
- *Telesna dejavnost potrebujejo samo ljudje v industrializiranih državah. Države v razvoju imajo druge težave.*

Telesna dejavnost preveč stane. Potrebujem opremo, posebno obutev in obleko... pa še športne dvorane niso zastonj

S telesno dejavnostjo se lahko ukvarjamo kjer koli in zanj ne potrebujemo nobenih posebnih pripomočkov. Nošenje

vrečk iz trgovine, prenašanje lesa, knjig, otrok in tudi hoja po stopnicah so dober primer komplementarne telesne dejavnosti. Hoja, morda najpogostejša in zelo priporočljiva telesna dejavnost, je popolnoma brezplačna. V večini urbanih okolij najdemo parke, obrežja ali ostala območja za pešce, ki so namenjena hoji, teku ali igranju. Za telesno dejavnost nam torej ni treba iti v telovadnico, bazen ali v ostale športne objekte.

Zelo sem zaposlen/a. Telesna dejavnost vzame preveč časa

Za izboljšanje in ohranitev zdravja priporočamo vsaj 30 minut zmerne telesne dejavnosti na dan. To pa nikakor ne pomeni, da moramo prekiniti kar koli že počnemo in se pol ure ukvarjati s telesno dejavnostjo. Večino dejavnosti lahko vključimo v naš vsakdanjik – v službi, šoli, doma ali med igro. Dejavnost si lahko razporedimo preko celega dneva: deset minut hitre hoje trikrat na dan; morda dvajset minut zjutraj in še deset kasneje. Čeprav ste zelo zaposleni, lahko v svoj vsakdanjik vključite 30 minut telesne dejavnosti.

Otroci so že po naravi polni energije. Nikoli niso pri miru. Zakaj bi zapravljali čas in energijo, da bi jih učili o telesni dejavnosti, če so že sami po sebi tako dejavni

Najnovejše raziskave so pokazale, da število otrok s sedečim načinom življenja narašča po vsem svetu, še posebno v revnih urbanih okoljih. Čas in sredstva, namenjena športni vzgoji, izginjajo. Telesna dejavnost postaja preteklost, zamenjale so jo računalniške igre in televizija. Ocenili so, da je v mnogih državah – tako v razvitih kot v tistih v razvoju – več kot dve tretjini mladih, ki niso dovolj telesno dejavni. Premalo telesne dejavnosti v otroštvu lahko botruje težavam z zdravjem v vsem življenju.

Redna telesna dejavnost pomembno prispeva k telesnemu, duševnemu in socialnemu zdravju mladih. Biti dejaven pomaga otrokom in mladostnikom razviti koordinacijo; zgraditi in ohraniti zdrave kosti, mišice, sklepe; pomaga nadzirati telesno težo in nabiranje maščobe ter omogoča učinkovito delovanje srca in pljuč. Igranje, igre in ostale telesne dejavnosti dajejo mladim možnost za samoizražanje, pomagajo jim graditi samozavest, doživljati občutke uspešnosti, ustvarjati medsebojne odnose in jim dajejo tudi možnost integracije. Telesna dejavnost med drugim pomaga preprečevati in nadzirati občutja strahu in depresije. Sodelovanje v pravilno vodeni telesni dejavnosti in športu lahko prispevajo k prevzemanju preostalih zdravih načinov obnašanja, kot na primer izogibanje tobaku, alkoholu, uporabi drog in nasilnemu vedenju. Vzorci telesne dejavnosti, pridobljeni v otroštvu in adolescenci, se bodo z veliko verjetnostjo ohranili skozi vse življenje in nam s tem omogočili temelje za dejavno in zdravo življenje. Na drugi strani pa se nezdrav način življenja – vključno s sedečim načinom življenja, slabo prehrano in zlorabo drog – pridobljen v mladosti, pogosto nadaljuje v odraslem življenju.

Telesna dejavnost je za tiste v »najboljših letih«. V mojih letih se mi s tem ni treba ubadati...

Telesna dejavnost lahko pomaga k izboljšanju kakovosti življenja ljudem vseh starosti na mnogo načinov. Aktivni načini življenja omogočijo starejšim redno priložnost za sklepanje novih prijateljstev, vzdrževanje socialne mreže in interakcijo z ljudmi vseh starosti. Večja gibčnost, boljše ravnotežje in mišični tonus lahko pomagajo preprečiti padce, ki so glavni vzrok prizadetosti med starejšimi. Ugotovili so, da je razširjenost duševnih bolezni med ljudmi, ki so telesno dejavni, manjša.

Telesna dejavnost namreč lahko pripomore tudi k obvladovanju nekaterih duševnih motenj, kot je na primer depresija. Organizirana vadba, primerna posameznikovi telesni pripravljenosti, ali pa kar sproščeno sprehajanje, so odlična priložnost za sklepanje prijateljstev in vzdrževanje vezi s skupnostjo. Zmanjša tudi občutke osamljenosti in družbene izključenosti. Telesna dejavnost lahko pomaga izboljšati samozavest in samozadostnost, ki sta temelja psihične blaginje. Koristi telesne dejavnosti lahko uživamo tudi, če z redno vadbo začnemo v poznem življenjskem obdobju. Biti telesno dejaven že od zgodnjih let lahko pomaga preprečiti mnoge bolezni. Redno gibanje in dejavnost lahko pomagata lajšati prizadetosti in bolečine, ki so običajno spremljevalke starosti (artritis, osteoporoza, povišan krvni tlak).

Telesno dejavnost potrebujejo samo ljudje v industrializiranih državah. Države v razvoju imajo druge težave

Pomanjkanje telesne dejavnosti je pogost vzrok za smrt, bolezen in prizadetost. Začasni podatki raziskave Svetovne zdravstvene organizacije o dejavnih tveganja kažejo, da je nedejavnost ali sedeči način življenja eden od desetih glavnih globalnih vzrokov smrti in prizadetosti. Več kot dva milijona smrti lahko pripišemo telesni nedejavnosti. Od 60 do 85% odraslih po vsem svetu preprosto ni dovolj telesno dejavni, da bi s tem koristili svojemu zdravju. Sedeči način življenja povečuje vse vzroke umrljivosti, podvaja tveganje za bolezni srca in ožilja, diabetes in debelost. Pomembno povečujejo tudi tveganje za raka debelega črevesa, visok krvni tlak, osteoporozo, depresije in občutja strahu.

V hitro rastočih velikih mestih sveta v razvoju prenaseljenost, revščina, kriminal, promet, slab zrak, pomanjkanje parkov, pločnikov, in za šport primernih prostorov ter ostalih varnih okolij ljudem otežuje odločitev za telesno dejavnost. V Sao Paulu, na primer, je 70% prebivalstva telesno nedejaven. Celo v ruralnih območjih držav v razvoju postaja sedeči način življenja, kot je na primer gledanje televizije, vedno bolj priljubljen. Poleg ostalih sprememb načina življenja med posledice sodijo tudi vedno večja stopnja debelosti, diabetesa in bolezni srca in ožilja.

Države z nizkim in srednjim dohodkom so najbolj obremenjene s temi in drugimi nenalezljivimi boleznimi – 77% od vseh smrti, za katere so vzrok nenalezljive bolezni, se pojavijo v državah v razvoju. Te bolezni naraščajo. Imele bodo vedno večji resen učinek na zdravstvene sisteme, vire in

gospodarstvo v državah po svetu. Te države se trudijo obvladovati vpliv nalezljivih bolezni hkrati z naraščajočim bremenom, ki ga družbi in zdravstvenemu sistemu povzročajo nenalezljive bolezni. Način življenja, ki vključuje telesno dejavnost, zdravo prehrano in nekajenje, je učinkovit način krepitve javnega zdravja v državah z nizkimi in srednjimi dohodki, ki prinaša več koristi kot stroškov in ga je vredno vzdrževati.

Telesna dejavnost in mladina

Redna telesna dejavnost pomembno prispeva k telesnemu, duševnemu in socialnemu zdravju. Redna telesna dejavnost pomaga otrokom in mladim zgraditi in ohraniti zdrave kosti, mišice in sklepe, pomaga nadzirati telesno težo, razgrajevati maščobo ter pomaga k učinkovitemu delovanju srca in pljuč. Prispeva k razvoju gibanja in koordinacije ter pomaga preprečevati in nadzirati občutje strahu in depresije.

Igranje, igre in ostala telesna dejavnost dajejo mladim možnost za samoizražanje, pomagajo jim graditi samozavest, doživeti občutke uspešnosti, ustvarjati medsebojne odnose in se vključiti v družbo. Ti pozitivni učinki se tudi pomagajo upreti tveganjem in škodi, ki nastanejo zaradi zahtevnosti, tekmovalnosti, stresa in sedečega načina življenja, ki je zelo pogosto prisoten v življenju mladih.

Sodelovanje v pravilno vodeni telesni dejavnosti in športu lahko prispeva k osvajanju preostalih zdravih načinov obnašanja, kot na primer izogibanje tobaku, alkoholu, uporabi drog in nasilnemu vedenju. Lahko tudi pomaga k zdravi prehrani, zadostnemu počitku in varnejšemu obnašanju.

Nekatere študije kažejo, da čim pogostejše mladi sodelujejo pri telesni dejavnosti, tem manj verjetno je, da bodo posegli po tobaku. Ugotovili so tudi, da so otroci, ki so bolj telesno dejavni, v šoli uspešnejši. Skupinske igre in igranje spodbujajo pozitivno vključitev v družbo in omogočajo razvoj spretosti v medosebnih odnosih pri otrocih.

Za vzorce telesne dejavnosti, pridobljene v otroštvu in adolescenci, obstaja večja verjetnost, da se bodo ohranili vse življenje in s tem zagotovili temelje za dejavno in zdravo življenje. Na drugi strani pa se nezdrav način življenja, vključno s sedečim načinom življenja, slabo prehrano in zlorabo drog, ki je bil pridobljen v mladosti, pogosto nadaljuje v odraslem življenju.

Telesna dejavnost med mladimi upada v državah po vsem svetu, predvsem v revnih urbanih okoljih. Ocenjujejo, da je manj kot tretjina mladih dovolj dejavna, da s tem koristi svojemu sedanjemu in prihodnjemu zdravju ter blaginji.

Športna vzgoja in ostale telesne dejavnosti v okviru šole so vse bolj redke. Najmanj dve uri športne vzgoje na teden, v osnovni in tudi v srednji šoli, nudijo le redke države. Vse kaže, da se bodo negativni trendi nadaljevali, celo poslabšali in se širili na večje število držav.

Glavni krivec za to je vedno bolj razširjen sedeči način življenja. Vedno manj otrok hodi v šolo peš ali s kolesom. Preveč časa se porabi za gledanje televizije, igranje računalniških igrar, za delo z računalnikom – prepogosto na račun časa in priložnosti za telesno dejavnost in šport.

Redno telesno dejavnost mladim preprečujejo mnogi dejavniki: pomanjkanje časa in motivacije, premajhna podpora in vodenje odraslih, občutek zadrege ali nesposobnosti, pomanjkanje varnih prostorov za izvajanje telesne dejavnosti in prepogosto nepoznavanje koristi telesne dejavnosti.

Šola predstavlja enkratno priložnost pri zagotavljanju časa, prostora in vodenja telesne dejavnosti za mlade. Naloga in odgovornost šole je omogočanje vseh vidikov rasti in razvoja otrok in mladine. V večini držav šole v okviru programa športne vzgoje ponujajo mladim edino sistematično priložnost za sodelovanje in učenje o telesni dejavnosti.

Dejavno sodelovanje pri igranju, igrah in ostalih telesnih dejavnostih je tako v šoli kot v prostem času pomembno za zdrav razvoj vsake mlade osebe. Dostop do varnih prostorov, priložnost in čas, učitelji, starši in prijatelji kot dober zgled – vse to omogoča otrokom in mladim premik k zdravju.

Telesna dejavnost in starejši

Telesna dejavnost pomaga k izboljšanju kakovosti življenja ljudem vseh starosti na mnogo načinov. Med koristi za telo sodijo boljše ravnotežje, moč, koordinacija, večja gibčnost in vztrajnost. Telesna dejavnost pomaga izboljšati tudi duševno zdravje, nadzor nad gibanjem in kognitivne funkcije.

Aktivni načini življenja omogočijo starejšim redno priložnost za sklepanje novih prijateljstev, vzdrževanje socialne mreže in interakcijo z ljudmi vseh starosti. Večja gibčnost, boljše ravnotežje in mišični tonus lahko pomagajo preprečiti padce, ki so glavni vzrok invalidnosti med starejšimi. Ugotovili so, da je razširjenost duševnih bolezni med ljudmi, ki so telesno dejavni, manjša.

Koristi telesne dejavnosti lahko uživamo tudi, če z redno vadbo začnemo v poznem življenjskem obdobju. Pogoste bolezni med starejšimi so bolezni srca in ožilja, artritis, osteoporoza in povišan krvni tlak. Biti telesno dejaven že od zgodnjih let lahko pomaga preprečiti mnoge bolezni. Redno gibanje in dejavnost pa lahko pomagata lajšati prizadetosti in bolečine, ki ponavadi spremljajo prej omenjene bolezni.

Telesna dejavnost lahko zelo pripomore tudi k obvladovanju nekaterih duševnih motenj, kot sta na primer depresija in Alzheimerjeva bolezen. Organizirana vadba, prilagojena posameznikovi telesni pripravljenosti, ali pa kar sproščeno sprehajanje sta odlična priložnost za sklepanje novih prijateljstev in vzdrževanje vezi z okoljem. Zmanjša občutke osamljenosti in družbene izključenosti. Telesna dejavnost izboljša našo samozavest in samozadostnost, ki sta temelja psihične blaginje.

Tako kot ljudje vseh starosti se morajo tudi starejši odločiti za tisto telesno dejavnost, ki jim prinaša največji užitek. Kadar je posameznik/posameznica v nekem posebnem stanju, ki bi lahko vplivalo na njegovo/njeno zmožnost telesne dejavnosti, naj za nasvet vpraša zdravnika. Hoja, plavanje, raztezanje (strečing), ples, vrtnarjenje, pohodništvo in kolesarjenje so odlične telesne dejavnosti za starejše.

Število ljudi nad 60. letom naj bi se po napovedih podvojilo v naslednjih 20 letih. Večinoma bodo živeli v državah v razvoju. Preprečevanje in odlaganje invalidnosti na kasnejši

čas kadar sta povezana s starostjo, pomembna cilja javnega zdravstva. Telesna dejavnost lahko igra pomembno vlogo pri ustvarjanju in ohranjanju blaginje v vseh starostih.

Zenske in telesna dejavnost

Redna telesna dejavnost in dobre prehranjevalne navade lahko ženskam izboljšajo zdravje in pomagajo preprečiti mnoge bolezni in stanja, ki so glavni vzrok smrti in prizadetosti žensk po vsem svetu.

Redna telesna dejavnost pomaga preprečevati bolezni srca in ožilja. Te bolezni, med katere sodijo srčne bolezni, visok krvni tlak in kapi, so vzrok kar za eno tretjino smrti žensk po svetu. V državah v razvoju polovica žensk po petdesetem letu umre zaradi bolezni srca in ožilja.

Ugotovili so, da je redna telesna dejavnost skupaj s primerno dieto eno od najučinkovitejših sredstev za nadzor blage do zmerne debelosti in vzdrževanje idealne telesne teže pri ženskah. Sladkorno bolezen ima več kot 70 milijonov žensk na svetu. Po napovedih naj bi se to število do leta 2025 podvojilo. Diabetes lahko vodi do slepote, poškodbe živcev, odpovedi ledvic, turon na podplatih in amputacije udov. Sodobne raziskave kažejo, da lahko tudi skromna redna telesna dejavnost in spremembe v prehrani preprečijo veliko primerov diabetesa.

Telesna dejavnost lahko veliko prispeva k preprečevanju in uravnavanju osteoporoze. Osteoporoza je bolezen, pri kateri postanejo kosti krhkejše in se lažje zlomijo. Za ženske, predvsem v menopavzi, je tveganje za osteoporozo večje kot pri moških.

Telesna dejavnost, kot so na primer hoja, ples in jogging, je odločilna za normalen razvoj okostja v otroštvu in adolescenci ter lahko pomaga pri zmanjševanju izgube kosti. Pomagajo tudi izboljševati mišično moč in ravnotežje ter zmanjševati tveganje za padce, torej pomaga preprečevati zlome.

Redna telesna dejavnost pomaga pri zmanjševanju stresa, občutkih strahu, depresiji in osamljenosti. To pa je še posebno pomembno za ženske, kajti tako v razvitih državah kot tudi v državah v razvoju je stopnja depresije pri ženskah skoraj dvakrat tolikšna kot pri moških. Telesna dejavnost tudi pomaga graditi samospoštovanje, samozavest in krepiti duševno blaginjo ter vključenost v družbo.

Čeprav naj bi zdravstvene in socialne koristi telesne dejavnosti načeloma spodbujale ženske k sodelovanju pri telesni dejavnosti, ne smemo spregledati dejstva, da so ženske v kmečkih in primestnih okoljih z nizkim dohodkom sveta v razvoju morda že telesno izčrpane zaradi drugih oblik celodnevni »poklicnih« telesnih dejavnosti tako doma kot tudi zunaj njega.

Omenjene skupine žensk morda potrebujejo bolj uravnoteženo podporno dejavnosti kot na primer primerno prehrano, spodbude za ustvarjanje dohodka, nasvete v zvezi s telesno dejavnostjo, kar je najpomembnejše glede na njihove posebne pogoje in morda prilagoditev dejavnosti v prostem času.

Artritis je pomemben vzrok za omejevanje dejavnosti odraslih in starejših. Pri artritisu je telesna dejavnost sredstvo, ki omogoča obvladovanje otekanja sklepov in bolečin. Zmanjšuje torej posledice bolezni, kar prinaša vsakdanje blagostanje.

Vprašanja in odgovori

V: Zakaj je telesna dejavnost tako pomembna za moje zdravje?

O: Redna zmerna telesna dejavnost je eden od najlažjih načinov za izboljšanje in vzdrževanje vašega zdravja. Ima potencial za preprečevanje in obvladovanje določenih bolezni, kot so na primer bolezni srca in ožilja, diabetes, debelost in osteoporoza. S telesno dejavnostjo se nam viša raven energije, hkrati pa nam pomaga zmanjševati stres, nižati količino nezdravega holesterola in visok krvni tlak. Zmanjšuje tudi tveganje za določene vrste raka, predvsem na debelem črevesu. Redna aktivna igra omogoča otrokom in mladim zdravo rast in razvoj. Povečuje zaupanje vase, samospoštovanje, občutja uspešnosti. Starejšim odraslim koristijo tako vseživljenjske navade kot tudi na novo naučeni vzorci telesne dejavnosti. Telesna dejavnost je pomembna za zdravo staranje, izboljšanje in vzdrževanje kakovosti življenja in neodvisnosti. Vsakodnevna telesna dejavnost pomaga prizadetim ljudem izboljšati mobilnost in povečati raven energije. Lahko pomaga preprečiti ali zmanjševati določene vrste prizadetosti.

V: Kaj »telesna dejavnost« pravzaprav pomeni?

O: Telesna dejavnost je kakršno koli gibanje telesa, katerega rezultat je poraba energije (izgorevanje kalorij). Preprosto, telesna dejavnost je gibanje! Ko hitro hodite, se igrate, drsate, pospravljate, plešete ali hodite po stopnicah, se gibljete za zdravje.

V: Koliko moram biti telesno dejaven, da bom s tem izboljšal in vzdrževal svoje zdravje?

O: Po vsaki telesni dejavnosti se boste počutili bolje. Najmanj trajanje telesne dejavnosti, ki je potrebno za preprečevanje bolezni, je okoli 30 minut zmerne dejavnosti vsak dan. Za tiste, ki štejete kalorije, je to približno 150 kalorij na dan. Vsekakor pa se lahko gibljete za zdravje, ne da bi šteli kalorije. Recept je preprost: najmanj pol ure zmerne telesne dejavnosti vsak dan. To lahko pomeni, da stopimo z avtobusa na poti v službo dve postaji prej in ko se vračamo domov, eno postajo pred domom. S tem smo jutraj hodili 20 minut, zvečer pa 10. Kadar dvakrat na dan pospravljamo dom po deset minut in kolesarimo 10 minut, smo na ta način bili telesno dejavni 30 minut. Lahko tudi 30 minut igramo košarko, plešemo z brati/sestrami, prijatelji ali otroki. Tisti, ki vam je telesna dejavnost nova znanka, začnite z nekaj minutami na dan in nato počasi dodajajte minute, dokler ne dosežete 30 minut telesne dejavnosti. Moramo pa si zapomniti, da je pol ure le priporočeni minimum. Čim, več časa se gibljemo za zdravje, tem bomo s tem pridobili. Najpomembnejše pa je, da se gibljemo.

V: Ali je sedeči način življenja res globalni javnozdravstveni problem? Ali ni morda drugih pomembnejših vprašanj/težav v zvezi z zdravjem, predvsem v revnih državah?

O: Pomanjkanje telesne dejavnosti je pogost vzrok smrti, bolezni in invalidnosti. Predhodne ugotovitve raziskave Svetovne zdravstvene organizacije o dejavnih tveganja kažejo,

da je nedejavnost ali sedeči način življenja eden od desetih glavnih globalnih vzrokov za smrt in invalidnosti. Več kot 2 milijona smrti vsako leto pripisujemo telesni nedejavnosti. V državah po svetu je med 60 in 85% odraslih, ki preprosto niso dovolj aktivni, da bi s tem koristili svojemu zdravju. Sedeči način življenja povečuje vse vzroke smrtnosti, podvaja tveganje za bolezni srca in ožilja, diabetes in debelost. Znatno povečuje tudi tveganje za raka na debelem črevesu, visok krvni pritisk, osteoporozo, depresijo in občutja strahu. V hitro rastočih mestih sveta v razvoju otežujejo odločitev za telesno dejavnost prenaseljenost, revščina, kriminal, promet, slab zrak, pomanjkanje parkov, pločnikov, športa in športnih objektov ter ostalih varnih območij. V Sao Paulu na primer je 70% prebivalstva telesno nedejavnega. Celo v ruralnih območjih držav v razvoju postaja sedeči način življenja, kot je na primer gledanje televizije, vedno bolj priljubljen. Poleg ostalih sprememb načina življenja med posledice sodijo tudi vedno večja stopnja debelosti, diabetesa in bolezni srca in ožilja. Države z nizkim in srednjim dohodkom so najbolj obremenjene s temi in drugimi nenalezljivimi boleznimi – 77% od vseh smrti, za katere so vzrok nenalezljive bolezni, se pojavi v državah v razvoju. Število teh bolezni narašča. Imele bodo vedno večji resen učinek na zdravstveni sistem, vire in gospodarstvo v državah po svetu. Mnoge države, ki se že sedaj trudijo obvladovati breme nalezljivih bolezni in ostalih razvojnih izzivov, bodo prisiljene trošiti že tako majhne vire v boju z nenalezljivimi boleznimi.

V: Kaj je lahko storimo?

O: Večino nenalezljivih bolezni se da preprečiti. Tako posamezniki kot vlade lahko rešimo življenja in zagotovimo preživetje. Postati telesno dejaven je pomemben korak v gibanju za zdravje. Nedostopnost varnih odprtih prostorov, športnih objektov in šolskih igrišč so ovira pri dejavniku za gibanje ali ga včasih celo onemogoči. Poleg tega na obnašanje ljudi vpliva nezadostno poznavanje telesne dejavnosti in njenih koristi. Zaradi pomanjkanja denarja za promocijo telesne dejavnosti vlada pogosto ne uspe izobraziti javnosti in je posvariti o tveganju zaradi sedečega načina življenja. Vladna politika in programi imajo lahko velik vpliv na sposobnost ljudi, da vplivajo na lastno zdravje. Da bi lahko spodbujali telesno dejavnost, bi se morala skupnost soočiti z razvojem parkov, odprtih prostorov, svežega zraka in vode, varne in na pogled prijetne ulice in živahnega javnega življenja kot prednostne naloge. To zahteva zavezo, dejanja in sodelovanje tako zdravstvenega sektorja kot tudi ostalih sektorjev: prometnega, okoljskega in zakonodajnega. Mnoga mesta so nam pokazala, da se da ustvariti več priložnosti za gibanje za zdravje. Avenije ob obrežju v Parizu so zaprte za promet v poletnem času in so namenjene sprehajalcem, kotalkarjem in kolesarjem. V Bogoti mestna oblast dovoli, da se glavna avenija vsako nedeljo zapre za avtomobilski promet. V Ženevi pa lokalni Rdeči križ organizira brezplačno izposajo koles v poletnem času.

V: Kaj lahko storim jaz?

O: Lahko je, zastonj je, zabavno je, pa še skoraj vsakdo lahko to stori... Hitra hoja, kolesarjenje in ples so le nekatere telesne

dejavnosti. Lahko se spraviš gibati v šoli, doma ali v službi. Uporabi stopnišče namesto dvigala (vsaj na poti navzdol!). Delaj preproste vaje za raztezanje, ko sediš za mizo ali stojiš na svojem mestu ali pa govoriš po telefonu. Hodi, teci ali kolesari tja, kamor bi se sicer odpeljal z avtom ali z avtobusom. Mnoge dejavnosti, ki jih lahko izvajaš doma, so zelo koristne: pomivanje oken, barvanje zidov, sesanje ali pometanje, košnja trave, sprehod s psom. Celo med gledanjem televizije smo lahko telesno dejavni: preskakovanje vrvi, korakanje na mestu, sobno kolo ali trebušnjaki. Ali preprosto pleši! Tvoj cilj je biti telesno dejaven/a najmanj 30 minut dnevno. Poišči informacije in nasvet v tvoji soseski, zdravstvenem domu, telovadnici ali športnih centrih.

Politika v zvezi s telesno dejavnostjo

Seznanjati javnost o pomembnosti telesne dejavnosti danes zaradi koristi v prihodnosti je eden največjih izzivov na področju preprečevanja nenalezljivih bolezni in spodbujanje telesne dejavnosti ter ostalih zdravih izbir življenjskih načinov. Čeprav preprečevalna dejavnost najbolj prispeva k boljšemu zdravju, vključno z dodanimi tridesetimi leti pričakovane življenjske dobe, je bilo, kot kaže, večina študij o stroških za zdravje v preteklem stoletju le manj kot 5% virov namenjenih preventivi.

Dejavnosti na področju preventive in krepitve zdravja so le redko prednostna naloga za politike. Vendar pa se večina odločitev o preventivi sprejema na politični ravni in ne v kraljestvu zdravstvenega varstva. Pomembno je torej, da se zagovornišvo premakne nad posameznike in s tem doseže tudi politike.

Za telesno nedejavnost ne moremo iskati vzroka v obnašanju posameznika. Prenaseljenost, kriminal, promet, slab zrak, pomanjkanje parkov, športa in rekreacijskih objektov ter pločnikov otežuje odločitev za telesno dejavnost mnogim ljudem. Izziv preventive je zato rešiti odgovornost vlad in ljudstva.

Zdravstveni sektor bi moral prevzeti vodilno vlogo pri sprejemanju političnih odločitev. Pot lahko utirajo:

- z zagotavljanjem zagovornišva o zdravstvenih, socialnih in ekonomskih koristih telesne dejavnosti na podlagi dokazov, ki so veljavni za vso državo;
- z razvojem k akciji usmerjene mreže s preostalimi pomembnimi sektorji in skrbniki skladov za telesno dejavnost;
- s spodbujanjem integrirane večsektorske javne politike;
- s oblikovanjem pomembne zakonodaje;
- z izobraževanjem strokovnjakov s področja zdravja, še posebej na področju svetovanja o telesni dejavnosti in razvoja programov;
- z organizacijo posebnih programov telesne dejavnosti v zdravstvenih ustanovah;
- s spodbujanjem programov telesne dejavnosti v skupnostih in družinah;
- z zagotavljanjem začetnih vlaganj in mobilizacijo virov za telesno dejavnost;
- s sodelovanjem v globalnih akcijah za spodbujanje telesne dejavnosti.

Sektor športa **bi lahko podpiral omenjena prizadevanja**

- z okrepljenimi programi za telesno dejavnost in s programom *Šport za vse*. Le-tega podpira Mednarodni olimpijski komite, ki širi olimpijski ideal: šport je človekova pravica, ki velja za vse posameznike ne glede na raso, socialni status in spol;
- z večjo dostopnostjo in primernostjo uporabe lokalnih športnih objektov;
- s prerazporeditvijo deleža sredstev za šport za spodbujanje telesne dejavnosti;
- s poučevanjem o koristih telesne dejavnosti v programih usposabljanja v športnem sektorju;
- z zagovarjanjem telesne dejavnosti in *Športa za vse* na profesionalnih, amaterskih in šolskih športnih prireditvah;
- z organizacijo športnih dogodkov.

Politiki na področju šolstva in kulture **bi se lahko osredotočili na**

- krepitev nacionalne politike, povezane s športno vzgojo, telesno dejavnostjo in *Športom za vse* v šolah;
- izvajanje zadostnih programov telesne vzgoje, ki naj bi jih vodili usposobljeni učitelji kot del šolskega učnega načrta;
- zagotavljanje zadostnega števila igrišč in športnih objektov v šolah;
- omogočanje uporabe šolskih športnih objektov za javnost;
- povečevanje telesne dejavnosti v kulturnih programih in programih za preživljanje prostega časa.

Odločitve v zvezi z mediji in informiranjem **bi lahko pripomogle k spodbujanju telesne dejavnosti**

- z razširjanjem privlačnih sporočil in informacij o koristih telesne dejavnosti;
- z organizacijo rednih medijskih programov/kampanj za spodbujanje telesne dejavnosti;
- s pripravo novinarjev (na primer na področju športa, zdravja ali znanosti) za zagovorništvo telesne dejavnosti.

Izbire na področju urbanističnega načrtovanja **bi morale vključevati**

- načrtovanje varnih pločnikov in kolesarskih stez;

- vključitev odprtih prostorov, parkov in objektov za telesno dejavnost;
- podporo občinskih ali lokalnih oblasti za uresničitev teh izbir.

Prometni sektor **lahko**

- poveča prizadevanja za zmanjšanje hitrosti prometa v mestih;
- podpira pobudo za avtomobile s katalizatorjem, torej za čist zrak.

Dejavnost lokalnih vlad in občin **se mora osredotočiti na**

- razvoj lokalne zakonodaje in politike, ki podpira telesno dejavnost;
- določitev varnih notranjih in zunanjih prostorov za telesno dejavnost, vključno z igrišči in športnimi površinami;
- organizacijo programov za skupnost;
- podporo pobud za telesno dejavnost, ki jih sprožijo razni sektorji in ljudje;
- krepitev nacionalne javne politike in podpore telesne dejavnosti preko lokalnih dejavnosti.

Finančno in ekonomsko načrtovanje **bi si moralo zadati naslednje cilje:**

- resen vpogled v zdravstvene, socialne in ekonomske koristi telesne dejavnosti;
- izvajanje pomembnih ukrepov za alokacijo virov tem sektorjem;
- spodbujanje javnega in privatnega sektorja k vlaganju v telesno dejavnost;
- spodbujanje programov telesne dejavnosti;
- oblikovanje skladov iz sredstev določenih davkov (kot na primer na tobak, alkohol itd.) za telesno dejavnost in ostale programe za krepitev zdravja.

Po gradivu Svetovne zdravstvene organizacije prevedla in priredila Maja Stergar

LEADING ARTICLE

Jožica Maučec Zakotnik

Physical activity as a function of health (1)

ARTICLES

Herman Berčič

Sports activities as a function of health and quality of life in Slovene population (3)

Rado Pišot, Jernej Završnik

Being well being physically active - from childhood to the old age (12)

Iztok Retar, Marko Kolenc

"Move for health" and maintain our health (16)

Zlatko Fras

Physical activity protects against cardiovascular diseases (20)

Zlatko Fras

Physical activity prescribed for prevention of cardiovascular diseases (27)

Radko Komadina, Mateja Rok Simon

Bone and joint decade 2000-2010 (35)

Metka Teržan

Diseases of musculoskeletal system and connective tissue in connection with burdening in individual economic activities (38)

Martina Horvat, Viktor Zrim

Analysis of results of a 2 km walk experiment of the employed in Murska Sobota Health Centre (44)

Đurđa Sima, Divna Eržen

Physical activities of nurses in Slovenia (49)

LETTER TO THE EDITORSHIP (55)

PREVIOUS EXPERIENCES AND FUTURE INITIATIVES (64)

INFORMATION (69)

CONTENTS BY AUTHORS IN ALPHABETICAL ORDER - Zdravstveno varstvo 2001 (71)

HEALTH CULTURE - SPECIAL SUPPLEMENT No. 39 (77)

World Health Day - 7 April 2002

CONTENTS BY AUTHORS IN ALPHABETICAL ORDER - Edizione versione 2002

INFORMATION

PREVIOUS EXPERIENCES AND FUTURE INITIATIVES

LETTER TO THE EDITORSHIP

Physical activities of nurses in Slovenia (4)

Gusta Šimš, Guna Šimš

Munka Športne zdravstvene Centra - Summary of results of a 2 km walk experiment of the employees in

Martina Horvat, Vlado Zim

in individual economic activities (2)

Disorders of musculoskeletal system and connective tissue in connection with burdening

Melita Jeršič

Bone and joint decade 2000-2010 (4)

Radko Komarčič, Marjeta Farkšan

Physical activity prescribed for prevention of cardiovascular diseases (4)

Zlatko Petek

Physical activity protects against cardiovascular diseases (4)

Zlatko Petek

"Move for health" and maintain our health (4)

Žiljka Petek, Marko Kolenc

Being well being physically active - from childhood to the old age (4)

Radko Petek, Janka Javornik

Sports activities as a function of health and quality of life in Slovenian population (4)

Herman Benko

ARTICLES

Physical activity as a function of health (4)

Jožica Marušič, Zlatko Petek

LEADING ARTICLE

NAVODILA SODELAVCEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. Prispevki morajo biti izpisani na belem papirju formata A4 z dvojnim razmikom med vrsticami in s črkami velikosti 12 v dveh izvodih. Levi rob naj bo širok 3 cm, desni 2 cm. Poleg izpisa je treba tekst dostaviti tudi na računalniški disketi. Ob uporabi urejevalnih programov Wordstar, Word ali Wordperfect naj bodo datoteke v originalnih formatih, pri drugih urejevalnikih pa jih posnamite v formatu ASCII.
2. **Naslovna stran članka** mora vsebovati: **slovenski naslov dela, angleški naslov, ime in priimek avtorja, natančen akademski naziv in popoln naslov ustanove**, kjer je delo nastalo. **Druga stran** naj obsega **jedrnat izvleček v slovenščini in angleščini** (abstract), ki naj največ v 15 vrsticah vsebinsko povzema in ne le našteva pomembnejše dele članka.
3. Prispevki naj bodo napisani po znanstvenih oz. strokovnih metodoloških načelih, razdeljeni v poglavja in podpoglavja, kar naj bo razvidno tudi iz oblike ali načina izpisovanja. Raziskovalno delo naj obsega uvod, namen dela, metode, izsledke, razpravljanje in sklepe.
4. **Merske enote** naj bodo v skladu z mednarodno veljavnim SI sistemom.
5. **Tabele** morajo imeti vsaj dva stolpca, izpisana naj bodo med besedilom prispevka, kamor sodijo. Dodana naj bodo potrebna pojasnila in legenda okrajšav. Navesti je treba vir podatkov.
6. **Slike** (fotografije, risbe, diagrami) morajo biti izdelane ločeno od besedila in vsaka zase. Fotografije naj bodo na kakovostnem papirju, risbe pa na trdem belem ali prosojnem papirju, narisane s tušem in označene z letaset črkami. Za objavo potrebujemo izvirnik. Na hrbtni strani naj bo s svinčnikom napisano ime avtorja, naslov članka, zaporedna številka slike, po potrebi označite tudi njen položaj.
7. **Citate** oštevilčite po vrstnem redu pojavljanja z arabskimi številkami med oklepajema. To velja tudi za uporabljene citate v tabelah in slikah. Če se sklicujete na več del istega avtorja, ki so napisana istega leta ali so izšla v več delih v isti reviji, ima vsak citat svojo številko (starejša dela navedite najprej). **Seznam citirane literature naj bo dodan na koncu prispevka.** Imena revij krajšajte tako, kot določa Index Medicus. Če je članek napisalo šest piscev ali manj, navedite vse, pri sedmih ali več pa le prve tri in dodajte "et al". Če pisec ni znan, namesto njegovega imena napišite "Anon". Osnovne podatke o delih, kot so navedbe urednika, založnika in naslov dela, pišite v jeziku, v katerem je delo napisano, torej tako, kot je navedeno v izvirniku. Navedbe, kot so: osebni pogovor, neobjavljena predavanja in podobno, ne sodijo v seznam literature. Če navajate delo, ki je v tisku pri neki reviji ali založbi, a še ni izšlo, navedite vse podatke, namesto strani pa: (v tisku).

Primeri za citiranje literature:

- **primer za knjigo:** 1. Varl B. Notranje bolezni. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1981: 199-201.
- **primer za poglavja iz knjige, ki so jo pisci uredili:** 2. Greenberger MJ, Toskes PP. Disorders of the pancreas. In: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD, eds. Harrison's principles of internal medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill, 1980: 1498-514.
- **primer za članek iz revije:** 3. Tratnik M. Sanitarno mikrobiološki vidiki preskrbe s pitno vodo. Zdrav Var 1985; 24: 215-22.
- **primer za članek iz revije, kjer je pisec organizacija:** 4. The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology. Recommended method for the determination of gammaglutamyltransferase in blood. Scand J Clin Lab Invest 1976;36: 119-25.
- **primer za anonimni članek iz revije:** 5. Anon. Epidemiology for primary health care. Int J Epidemiol 1976; 5: 224-5.
- **primer za članek iz suplementa revije:** 6. Ratkajec J. Uporaba računalništva v zdravstvu. Zdrav Var 1985; 24: Suppl 2: 66-74.
- **primer za članek iz zbornika referatov:** 7. Preuss HG. Biochemistry of bicarbonate, lactate, and acetate in man. In: Northeastern meeting proceedings. New York: Renal Physicians Association, 1977: 1-10.
- **primer za magistrske naloge, doktorske disertacije in Prešernove naloge:** 8. Knap B. Energija srčnega utripa pri minimalni in maksimalni aktivnosti. Prešernova naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze Edvarda Kardelja, 1981.
- **primer za časopisni članek ali uradni list:** 9. Jurić D. Mladi imajo moč. Tribuna 1984; nov 5:8.

Za vse trditve v prispevku odgovarja avtor sam, zato objavljamo le prispevke, podpisane s polnim imenom in priimkom. Vse prispevke lektoriramo.

Rokopisov in ilustracij objavljenega gradiva ne vračamo.

Prispevke pošljite ali oddajte na naslov: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Uredništvo Zdravstvenega varstva, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana.

V primeru nejasnosti z opremo člankov je urednica na voljo za telefonski dogovor (tel.: 01/244 14 35). Čistopis člankov pripravimo v uredništvu. Avtor prejme ob izidu en izvod revije, v kateri je bil članek objavljen, in separate.

VARSTVO

ZDRAV VAR 2002 • YEAR 41 • No. 1–2

NARODNA IN UNIVERZITETNA KNJARNICA

č 118

II 235 950 2002



900203031,1/2

COBISS

CODEN ZDVAFY • UDC 613 / 614 + 628 • ISSN 0351 - 0026



IVZ RS

INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE