

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Saša Pišot, mag.

**Gibalna/športna aktivnost kot determinanta »zdravega« življenjskega sloga  
družine in otrokovega telesnega kapitala**

Doktorska disertacija

LJUBLJANA, februar 2018

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Saša Pišot, mag.

Mentorica: prof. dr. Alenka Švab

Somentor: prof. dr. Gregor Jurak

**Gibalna/športna aktivnost kot determinanta »zdravega« življenjskega sloga  
družine in otrokovega telesnega kapitala**

Doktorska disertacija

Ljubljana, februar 2018

## ZAHVALA

*Iskreno se zahvaljujem mentorici prof. dr. Alenki Švab za strokovne usmeritve ter vse koristne pogovore ob čaju, pomoč pri premagovanju dilem in izpeljavi vseh postopkov.*

*Iskrena hvala tudi somentorju prof. dr. Gregorju Juraku za koristne nasvete pri metodološkem delu disertacije.*

*Zahvalo namenjam tudi članicama komisije prof. dr. Tanji Rener inizr. prof. dr. Tanji Kamin, njunim kritičnim pripombam ter sugestijam, ki so disertaciji dodale vrednost.*

*Zahvaljujem se tudi vsem sodelujočim v raziskavi, staršem in otrokom, ki so sploh omogočili nastanek te disertacije.*

*Obstaja jih še nekaj, ki so mi na različne načine pomagali pri nastajanju te disertacije, vedite, da sem vam iskreno hvaležna.*



## IZJAVA O AVTORSTVU doktorske disertacije

Podpisani/-a Saša Pišot, z vpisno številko 21091336, sem avtor/-ica doktorske disertacije z naslovom: Gibalna/športna aktivnost kot determinanta "zdravega" življenjskega sloga družine in otrokovega telesnega kapitala.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predložena doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo doktorske disertacije v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne 14.3.2016

Podpis avtorja/-ice: \_\_\_\_\_

## POVZETEK: Gibalna/športna aktivnost kot determinanta »zdravega« življenjskega sloga družine in telesnega kapitala otrok

Doktorska disertacija z naslovom Gibalna/športna aktivnost kot determinanta »zdravega« življenjskega sloga<sup>1</sup> družine in telesnega kapitala otrok obravnava družbene vidike oblikovanja življenjskega sloga družine in gibalne/športne aktivnosti (v nadaljevanju GŠA) kot ključne determinante zdravega življenjskega sloga družine, pomembne pri formaciji otrokovega telesnega kapitala.

Družino kot predmet proučevanja v doktorski disertaciji postavljamo v kontekst pozne modernosti, ki na ljudi deluje na dva bistvena načina: kot globalizacija (na splošni in svetovni ravni) in kot intenzivna individualizacija življenjskih potekov (na osebni ravni) (Rener 2007). V ospredje se postavlja ideja sebi lastnega življenja posameznika, ki si življenje oblikuje na podlagi izbire med možnostmi v življenjskem poteku in s tem nosi odgovornost za lastno uspešno oz. neuspešno življenje (Giddens 1991; Beck-Gernsheim in Beck 2002; Beck-Gernsheim 2002). Posameznik se umika v privatno sfero delovanja, kjer se povečuje vpliv družine, obenem pa protislovno prihaja v še večjo odvisnost od nevidnih zahtev trgov (dela, znanja, identitet), kjer se mora vedno znova dokazovati (Ule, 2014). Ravno tu ima družina pomembno vlogo kot zaprt, privatni milje, ki omogoča posamezniku samostojnost pri ustvarjanju in spreminjanju družinske realnosti, torej se kot institucija ne spreminja zgolj z zunanjimi vplivi (Švab 2001, 55). Pri tem smo pozornost namenili tudi spreminjanju percepcije in pomenov družinskih praks ter osmišljanju in izpogajanju lastnih življenjskih slogov.

Modernizacija družbe z informacijsko tehnologijo (IT) s popularno »zaslonsko« tehnologijo postaja nova oblika preživljanja, ne samo prostega časa, temveč s prevzemanjem vzorcev gibalno neaktivnega delovanja postaja tudi del vsakdanjega življenja. Kljub temu da nekatere novejša raziskave populacije otrok in mladostnikov v Sloveniji ne kažejo alarmantnih podatkov o neaktivnosti (Jurak in drugi 2015; Sember in drugi 2016), se upad količine GŠA izpostavlja kot resen problem. Še več, zaznan je svetovni trend neaktivnosti (The Global Observatory for Physical Activity 2015), ki ga beležijo že v otroštvu in zgodnjem mladostništvu, na kar opozarjajo številne študije (Biddle in drugi 2004; Sallis in drugi 2000; Završnik in Pišot 2005, Page 2009; Ortega in drugi 2013; Volmut in drugi 2013; Ekelund in drugi 2012). Sedentarnost oz. trend neaktivnosti (Biddle in drugi 2004), ki ga predvsem izpostavljajo v zmanjševanju količine GŠA otrok in mladostnikov med vikendi in počitnicami (Jurak in drugi 2015; Sember 2016), pogosto povezujejo s čezmerno prehranjenostjo (višji ITM) in manjšo telesno sposobnostjo (fitnes), hkrati pa predstavlja tveganje za obolenost nenalezljivih kroničnih bolezni že v mladosti (Ekelund in drugi 2012; Andersen in drugi 2006). V nasprotju pa redna GŠA med otroštvom poleg zdrave prehrane lahko vodi do izboljšanja več psiholoških in morfoloških spremenljivk otrok in mladostnikov (Owen in drugi 2010). Pomembna je tudi za izgradnjo kostne strukture, saj prispeva k normalnemu skeletnemu razvoju (Dietz 1998) ter je povezana tudi z boljšim psihološkim zdravjem, ki se kaže v večji stopnji samopodobe (Biddle in Asare 2011) pa tudi manjši stopnji anksioznosti in stresa otrok (Mutrie in Parfitt 1998).

Izpostavljena problema neaktivnosti in deleža prehranjenosti generacije predšolskih otrok (10,2 % 6-letnih dečkov in 12,9 % 6-letnih deklic) lahko negativno vplivata na skladen in zdrav telesni razvoj otroka (Barnett in drugi 2013; Hardy in drugi 2012; Lubans in drugi 2010) ter

---

<sup>1</sup> V nadaljevanju bomo »zdrav« življenjski slog navajali kot ideološko sintagmo »zdrav življenjski slog«, saj je življenjski slog odvisen od različnih laičnih kot tudi znanstvenih perspektiv, ki določajo primerne vzorce »zdravega življenjskega sloga« (Abel 2007), kar pomeni, da se perspektiva, »kaj je zdravo«, spreminja v času in prostoru, zato ga v nadaljevanju navajamo kot ideološko sintagmo.

njegovo nadaljnjo gibalno učinkovitost. Ker je otrokov razvoj neizogibno odvisen od družine oz. socialne sredine, v kateri odrasča, je bil glavni cilj disertacije preučiti dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje življenjskih slogov družine s poudarkom na že omenjeni količini GŠA kot eni od determinant zdravega življenjskega sloga.

Pri operacionalizaciji zdravih življenjskih slogov kot slogov, »ki zajemajo vzorce k zdravju usmerjenega delovanja, osredotočenosti ter virov, ki so prilagojeni od skupin posameznikov kot odgovor na njihov socialno, kulturno in ekonomsko okolje« (Abel in drugi 2000), se naslonimo na obstoječe koncepte (Abel 1991; Cockerham in drugi 1997; Abel 2000 in Abel 2007). S pomočjo paradigme zdravih življenjskih slogov (Cockerham 2005) proučujemo pojavnost prepletanja strukturnih predpogojev zdravih življenjskih slogov (kar je dano) in preferenc ter kreativnega delovanja (izbire, ki razlikujejo posameznike) v konkretni aplikaciji spremenljivk (razrednih značilnostih) proučevanih družin (Cockerham 2005).

Raziskovalna vprašanja se osredotočajo na prakse in načine, kako družine oz. družinski člani v pozni modernosti oblikujejo življenjski slog družine ter koliko so skladni s trenutnimi medicinskimi in drugimi doktrinami »zdravega življenjskega sloga«. Nadalje se sprašujemo, kakšne so povezave med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami in ali te izhajajo iz medicinskega modela »zdravega življenjskega sloga« (GŠA, prehranske prakse in druge prakse) pa tudi, kakšne so povezave med gibalno učinkovitostjo otroka ter demografskimi, socioekonomskimi in bivalnimi dejavniki družine. Zanimalo nas je tudi, kako se v družinskih praksah reflektirajo imperativi sodobnega starševstva (»odgovornega« in »intenzivnega« starševstva, »protektivnega« otroštva, »aktivnega« očetovstva in »otrokocentričnosti«) ter kakšno vlogo imajo matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom družine«?

Metodološki okvir disertacije predstavljata tako kvantitativna kot kvalitativna raziskava. V kvantitativnem delu pojasnjujemo vpliv in povezanost spremenljivk zdravega življenjskega sloga na telesni kapital otroka. Na podlagi Cockerhamove (2005) paradigme modela zdravega življenjskega sloga skupaj z doktrino in sprejetimi dokumenti na področju zdravstva v Sloveniji vzpostavimo idealnotipski model »zdravega življenjskega sloga družine«, ki vrednoti tri dimenzije najpogosteje omenjenih značilnosti »zdravega življenjskega sloga«, sicer medicinskega diskurza zdravega življenjskega sloga: zdrava prehrana, GŠA ter tvegane prakse za zdravje. Analiza je sicer pokazala, da model kot idealni tip zdravega življenjskega sloga družine ne razlikuje življenjskih slogov (po pridobljenih točkah vsake družine) med gibalno podpovprečno in nadpovprečno učinkovitimi otroki, in kot tak ne more služiti za ugotavljanje vpliva zdravega življenjskega sloga družine na oblikovanje telesnega kapitala otroka. Pozitivna povezava med položajem življenjskega sloga družine z gibalno učinkovitostjo otroka se je pokazala le pri determinanti GŠA, ko nakazuje verjetnost, da neaktivnost družine lahko vpliva na nižjo učinkovitost otrok. Model vrednotenja »zdravega življenjskega sloga družine« je v tem kontekstu edinstven in nosi potencial za nadaljnji razvoj.

Nadalje smo s kvantitativno (podatki meritev elementarnih gibalnih vzorcev (EGV) in anketnega vprašalnika) in kvalitativno analizo (metodo anketnih vprašalnikov in polstrukturiranih intervjujev) posegli globlje v razumevanje vsakdanjih družinskih praks s poudarkom na količini GŠA kot ene od determinant zdravega življenjskega sloga. Tudi v analizi učinkovitosti elementarnih gibalnih vzorcev (v nadaljevanju EGV) 90 otrok ter na podlagi podatkov vprašalnikov 90 staršev in 60 izvedenih polstrukturiranih intervjujev staršev proučevanih otrok smo ugotovili, da obstaja razmeroma majhna povezanost med gibalno učinkovitostjo otroka in elementi zdravega življenjskega sloga družine, ki smo ga ovrednotili s posebnim modelom »zdravega življenjskega sloga družine (v nadaljevanju ZZSD).

Nadaljnja analiza je ponudila naslednje odgovore na zastavljena vprašanja: Ugotovila se je šibka povezanost med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami (elementi modela ZŽSD). Družine večinoma prakticirajo z zdravjem povezane družinske prakse, ki pa razen izkazanega vpliva neaktivnosti družinskih članov (skupna GŠA) na slabšo gibalno učinkovitost otroka nimajo večjega vpliva na gibalno učinkovitost otroka, ki ga obravnavamo kot telesni kapital. Matere predvsem veliko pozornost posvečajo prehrani (sveži, domač hrani in ali uživanju sadja in zelenjave); medtem ko je GŠA sicer poudarjena kot pomembna, je prisotno tudi zadržano poročanje o prakticiranju tveganih praks (kajenje in konzumiranje alkohola). Prav tako analiza povezanosti med gibalno učinkovitostjo otroka ter demografskimi, socioekonomskimi in bivalnimi dejavniki družine ni podala pomembnih statistično značilnih povezav. Lahko pa iz kvalitativne analize izpostavimo pozitivno povezanost bivalnega okolja s količino GŠA otrok in gibalno učinkovitostjo ter povezavo med starostjo in spolom staršev pa tudi količino GŠA otroka. Nadaljnja kvalitativna analiza je omogočila tudi vpogled v pojavnost imperativov sodobnega starševstva, in sicer v družinskih praksah, kjer smo ugotovili nekaj posebnosti: *odsotnost zaradi dela*, ki se kaže v pojavu fenomena »vikend očetov« (Rener in drugi 2008), oz. legitimne neprisotnosti kot značilnosti »aktivnega očetovstva«. To pomeni večjo angažiranost mater v skrbi za otroke med tednom in sprejemanju moške kariere v družini kot prioritete v primerjavi z materino kariero (Rener in drugi 2008). V določenih družinah, predvsem tistih otrok, ki dosegajo najvišjo gibalno učinkovitost (SK1), je zaznana *delitev skrbi za otroka*, ki je na strani očetov največkrat v transportu otroka v in iz vrta in v preživljanju popoldanskega prostega časa z otrokom ter občasni pomoči pri kuhi in čiščenju, kar kaže, da gospodinjstvo ostaja v domeni mater (Rener in drugi 2006). Ob odsotnosti mater zaradi dela se potrjuje slovenski primer prenosa družinskega dela (pomoči v opravljanju skrbi za otroke) v sfero neplačanega dela (sorodniške in prijateljske mreže) ter plačanega dela (varuške in čistilke) (Rener 2008, 43). Vloga očeta je v smislu »aktivnega« očetovanja obravnavana kot starševska podpora v GŠA, ki predstavlja izvajanje predvsem opravil, ki jih oče obvlada ter so prijetnejša in fleksibilnejša, o izvedbi pa se je mogoče dogovoriti z materjo (Rener 2008). Vloga podpore otroku v GŠA obeh staršev se kaže kot zelo pomembna z vidika oblikovanja »utelešenega kulturnega kapitala« oz. telesnega kapitala, ki se začne že ob rojstvu in traja vso socializacijo (Bourdieu v Shilling 1991). Z vidika akumulacije kapitala je v primeru neangažiranja staršev v GŠA otroka to izgubljeni čas, kar podaja večjo odgovornost na starše, da ta čas zagotovijo (Bourdieu v Kamin 2011). Ob tem pa so odvisni od številnih dejavnikov, med drugim tudi od socioekonomskega statusa družine oz. njihove »osvobojenosti od ekonomske nujnosti«.

»Intenzivno« starševstvo, »otrokocentričnost« in »protektivno« otroštvo ter vloga matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom družine«, kažejo na poudarjanje intenzivnega materinjenja kot ekskluzivni, v celoti otrokocentričen, čustveno vpet in dolgotrajen mandat (Hays v Arendel 2000). Matere se ob tem najbolj izkažejo z izvajanjem pričakovanih ravnanj zdravstvenih usmeritev v zdravi prehrani in gibanju (GŠA), saj zagotavljanje prehranjevanja kot neposredne skrbi za otroke sodi v mandat materinjenja.

Ob koncu z aplikacijo kvantitativnih in kvalitativnih rezultatov v paradigmo »zdravega življenjskega sloga družine« odkrivamo, kako proučevane družine oz. družinski člani v pozni modernosti oblikujejo življenjski slog družine, kjer smo ugotovili, da so se kot pomembne determinante pri oblikovanju »zdravega življenjskega sloga družine« pokazale naslednje:

- i) pogoj »osvobojenosti od nujnosti« (v času in finančah),
- ii) »aktivno« očetovanje predvsem v smislu podpore v GŠA otroka,
- iii) stimulatивно socialno in fizično okolje za GŠA (bivanjski pogoji),

- iv) ter aktivna vloga matere, ki ostaja primarna v družini za zagotavljanje neposredne skrbi za otroke.

Kot navedeno se je GŠA izkazala za pomembno determinanto »zdravega življenjskega sloga družine«, saj analize kažejo na povezanost neaktivnosti z nižjo gibalno učinkovitost otroka, kar posredno vpliva na oblikovanje telesnega kapitala. Ker gre pri tem za neskladen razvoj preprostih gibalnih vzorcev, ki se pojavijo zgodaj v otrokovem razvoju ter služijo kot osnova za oblikovanje poznejših gibalnih stereotipov in nadaljnji gibalni razvoj mladostnika in odraslega, si primerne oblike in količina GŠA v življenjskem slogu družinskih članov zaslužijo veliko pozornost. Dispozicije za delovanje – »habitus« družine, ki nosi za družino in družbo sprejemljive vzorce delovanja, bo na podlagi praks delovanja oblikoval »zdrav« ali »nezdrav« življenjski slog. Starši kot vzgojitelji so tisti, ki prek percepcij (izkušenj) oblikujejo trajne dispozicije delovanja v obliki družinskih praks, ki se štejejo za primerne tudi s strani družbe ter v okviru možnosti (materialnih virov), stališč in vedenja (Abel 2007) oblikujejo »zdrav življenjski slog družine«.

Ugotovitve doktorske disertacije izpostavljajo ključne dejavnike pri oblikovanju »zdravega življenjskega sloga družine«, ki prek GŠA omogočajo razvoj telesnega kapitala otroka. Izpostavljen je tudi pomen strukturnih predpogojev (materialni viri) kot tudi družbenih norm in imperativov, ki posegajo v področje individualnosti in svobodne izbire družine.

V doktorski disertaciji nam je uspelo prenesti teoretične koncepte življenjskih slogov, habitusa, telesnega kapitala in kapitalov ter medikalizacije družbe tudi na raven empiričnih dognanj raziskave. S tem se omogoča tudi nadaljnje povezovanje različnih konceptov in teoretičnih ravni obravnave življenjskega sloga, strukturnih sprememb družine in oblikovanja telesnega kapitala otrok ob povezovanju področij sociologije in kineziologije. Njena znanstvena relevantnost sega na področje sociološke obravnave »življenjskega sloga«, kritičnega pogleda na popularni diskurz in medicinsko definicijo »zdravega« življenjskega sloga, pojavnost imperativov sodobnega starševstva ter vpliv medikalizacije na družinske prakse. Ugotovitve bodo nadalje pripomogle k razumevanju nepravilnosti oz. odstopanj EGV v zgodnjem otroškem obdobju kot osnove poznejšega gibalnega razvoja in telesnega kapitala nasploh. Znanstvenoraziskovalno delo je temeljilo na preučevanju mlajših otrok, starih od 4 do 7 let, zato bo njegova praktična vrednost usmerjena v to starostno obdobje ter aplicirana v kontekst predlaganih sistemskih rešitev in ukrepov. Pričakujemo, da bomo z izsledki raziskave pripomogli k aktivnejšemu sodelovanju članov družine pri gibalni/športni aktivnosti predšolskih otrok in tako pripomogli, da bo otrok tovrstne izkušnje ozavestil v delovanje za »zdrav življenjski slog« tudi v odrasli dobi. Zavedanje pomembnosti spodbujanja skladnega razvoja EGV in njihovega pomena pa je treba dodatno spodbuditi tudi v okoljih, ki morajo biti za otroka stimulatívna in kjer preživi največ časa. Ugotovitve in dosežki doktorske disertacije nam tako ponujajo izhodišča tudi za izobraževanje in ozaveščanje tako strokovnih delavcev kot tudi lokalnih in nacionalnih političnih odločevalcev.

**Ključne besede: zdrav življenjski slog, družina, gibalna/športna aktivnost, telesni kapital, habitus.**



## SUMMARY: Physical Activity as a Determinant of a »Healthy« Family Lifestyle and a Child's Physical (Body) Capital

Doctoral thesis entitled »Physical Activity as a Determinant of a “Healthy”<sup>2</sup> Family Lifestyle and a Child's Physical (Body) Capital« deals with the social aspects of a family life and physical activity (hereinafter as PA) as the key determinant of a healthy lifestyle of the family, important in the formation of the child's physical (body) capital.

In the doctoral thesis, the family as the study subject is placed in the context of late modernity, which affects people in two essential ways: as globalization (at a general and a global level) and as an intensive individualization of a life course (on a personal level) (Rener 2007). In the foreground, the idea of an individual's own life is created, an individual who shapes life according to his or her choices and possibilities in the life course, and, thus, carries the responsibility for his or her own successful or unsuccessful life (Giddens 1991; Beck-Gernsheim and Beck 2002; Beck-Gernsheim 2002). An individual withdraws to the private sphere of activity, where the influence of the family increases, and at the same time, contradictorily, he or she becomes more dependent on the invisible market demands (work, knowledge, identities), by constantly proving him or herself (Ule, 2014). It is at this point that a family plays an important role as a closed, private milieu, which enables an individual to be independent in creating and changing family reality, hence, as an institution it does not change with merely external influences (Švab 2001, 55). Attention was also paid to changing perceptions and meanings of family practices and to devising and negotiating their own lifestyles.

The modernization of the information technology (IT) company with the popular “on-screen” technology is becoming a new form of spending, not just the leisure time, but also assuming patterns of physical inactivity as it also becomes part of everyday life. Although some recent surveys of the population of children and adolescents in Slovenia do not show alarming data on inactivity (Jurak et al. 2015; Sember et al. 2016), the decline in the quantity of PA is exemplified as a serious problem. What is more, the Global Observatory for Physical Activity 2015 has been detected a global trend of inactivity in childhood and early adolescence, which is highlighted in many studies (Biddle et al., 2004; Sallis et al 2000; Završnik and Pišot 2005, Page 2009; Ortega et al. 2013; Volmut et al. 2013; Ekelund et al. 2012). Sedentary lifestyle or the trend of inactivity (Biddle et al. 2004), which is mainly highlighted in reducing the quantity of PA of children and adolescents during weekends and holidays (Jurak et al. 2015; Sember 2016), is often linked to overweight (higher BMI) and lower physical fitness, while at the same time it may present a risk for the morbidity of non-communicable chronic diseases already at an early age (Ekelund et al., 2012; Andersen et al., 2006). On the contrary, regular PA during childhood, in addition to healthy eating, can lead to the improvement of several psychological and morphological variables of children and adolescents (Owen et al. 2010). It is also important for the construction of the bone structure, as it contributes to normal skeletal development (Dietz 1998) and is also associated with better psychological health, reflected in a higher self-esteem (Biddle and Asare 2011), as well as a lower degree of anxiety and stress of children (Mutrie and Parfitt 1998).

---

<sup>2</sup> In the following text, we will refer to a "healthy" lifestyle as an ideological syntagm "a healthy lifestyle" since the lifestyle depends on different layers of science as well as scientific perspectives that define appropriate patterns of "healthy lifestyle" (Abel 2007), which means that the perspective of "what is healthy" changes in time and space, therefore, it is referred to as the ideological syntagm.

The exposed problems of inactivity and the proportion of overweight in the generation of pre-school children (10.2% of 6 year-old boys and 12.9% of 6 year-old girls) can adversely affect the compliant and healthy physical development of children (Barnett et al. 2013; Hardy et al. 2012; Lubans et al. 2010) and their further motor efficiency. Because the child's development inevitably depends on the family or the social environment in which he grows up, the main goal of the thesis is to examine the factors that influence the formation of family life styles with an emphasis on the already mentioned quantity of PA as one of the determinants of a healthy lifestyle.

In the operationalization of healthy lifestyles as styles "which include patterns of health-oriented activity, focus and resources that are adapted from groups of individuals in response to their social, cultural and economic environment" (Abel et al. 2000), we rely on the existing concepts (Abel 1991; Cockerham et al. 1997; Abel 2000; Abel 2007). Using the paradigm of healthy lifestyles (Cockerham 2005), we study the phenomenon of interweaving the structural prerequisites of healthy lifestyles (what is given) and preferences and creative actions (choices that distinguish individuals) in the concrete application of variables (class features) of families studied (Cockerham 2005).

Research questions are focusing on the practices and ways in which families or family members in the late modernity shape the lifestyle of the family and how consistent they are with the current medical and other doctrines of a "healthy lifestyle". Furthermore, we are wondering what are the links between the child's motor performance (efficiency) and family practices and whether they come from a medical model of a "healthy lifestyle" (PA, nutrition practices and other practices) as well as the links between the child's motor performance and demographic, socio-economic and living factors of the family. We were also interested in how the imperatives of modern parenthood reflect in the family practises ("responsible" and "intense" parenting, "protective" childhood, "active" paternity and "child-centred" parenthood) and what role do mothers play in family practices related to the "healthy lifestyle of the family"?

The methodological framework of the thesis is both quantitative and qualitative research. In quantitative terms, we explain the influence and correlation of healthy lifestyle variables on the child's physical capital. Based on Cockerham's (2005) paradigm of a healthy lifestyle model, together with the doctrine and the accepted documents in the field of health care in Slovenia, we establish "an ideal type" of a "healthy family lifestyle" which evaluates the three dimensions of the most commonly mentioned characteristics of a "healthy lifestyle", and a medical discourse of a healthy lifestyle: healthy diet, PA and health risk practices. The analysis, however, shows that the model, the ideal type of a healthy family lifestyle, does not distinguish between the lifestyles (according to the points each family reached in the research) of below- and above- average motor-effective children, and as such cannot serve to determine the impact of a healthy family life on the formation of the child's physical capital. A positive link between the position of the family lifestyle with the child's motor performance has been shown only in the PA determinant, indicating that the inactivity of the family can affect the lower motor performance of children. The evaluation model of "a healthy family lifestyle" is unique in this context and has the potential for further development.

Furthermore, with quantitative (data of elementary movement patterns (EMP) and questionnaire measurements) and qualitative analysis (the method of questionnaires and semi-structured interviews) we have gone deeper into the understanding of everyday family practices, with an emphasis on the quantity of PA as one of the determinants of a healthy lifestyle. In the EMP effectiveness analysis that included 90 children, and was based on data from the questionnaires filled out by 90 parents and from 60 semi-structured interviews with parents, we

found that there is a relatively weak relationship between the child's motor efficiency and the elements of the family's healthy lifestyle which was evaluated by a model of a "healthy family lifestyle" (hereinafter HFL).

A further analysis offered the following answers to the research questions: A weak link between the child's motor efficiency and family practices (elements of the HFL model) was identified. Families mostly practice family-related health practices, which, apart from the demonstrated influence of inactivity of family members (the common PA of family) on the deteriorating physical performance of the child, do not have a significant effect on the child's physical efficiency, which we consider as physical (body) capital. Mothers pay great attention to the diet (fresh, home-made meals and regular consumption of fruits and vegetables); while PA is emphasized as important, nevertheless, restrained reporting on the practice of risky behaviours (smoking and alcohol consumption) is noticed. Also, the analysis of the correlation between the child's motor performance and the demographic, socioeconomic and family factors of the family did not provide important statistical significance. However, from a qualitative analysis, we can highlight the positive correlation of the living environment with the quantity of children's PA and the motor efficiency, and the relationship between the age and gender of the parents as well as the amount of child's PA. A further qualitative analysis also provided an insight into the occurrence of the imperatives of modern parenting, namely in family practices, where we found some special attributes: absence due to work, which is reflected in the phenomenon of "the weekend fathers" (Rener et al. 2008); legitimate absenteeism as an attribute of "active fathering". This implies greater involvement of mothers in child care during the week and accepting a male career in the family as a priority in comparison with their mother's career (Rener et al. 2008). In certain families, especially those children who achieve the highest motor efficiency (SK1), there is a perceived division of care for a child who is most often on the side of the fathers in transporting the child to and from the kindergarten and in spending the afternoon's free time with the child, which shows that the household remains in the domain of mothers (Rener et al. 2006). In the mother's absence due to work, the Slovenian example of the transfer of family work (assistance in child care) is confirmed in the sphere of unpaid work (family and friend's networks) and paid work (babysitters and cleaners) (Rener 2008, 43). In the sense of "active" fatherhood, the father's role is treated as parental support in the PA, which represents the implementation of mainly tasks that the father has mastered, tasks which are more comfortable and flexible, and their implementation can be agreed with the mother (Rener 2008). The role of support for a child in the PA of both parents appears to be very important from the point of creation of an "embodied cultural capital" or physical capital that begins at birth and lasts during all the process of socialization (Bourdieu in Shilling 1991). From the point of capital's accumulation in the case of non-engagement of parents in the child's PA, this could be treated as a lost time, which gives even greater responsibility to parents to provide this time for accumulation (Bourdieu in Kamin 2011). Consequently, parents are depending on many factors, including the socioeconomic status of the family and their "time free from economic necessity".

The *"intensive" parenting*, *"childcentricity"*, *"protective" childhood and the role of the mother* in family practices associated with the "healthy family lifestyle" indicate the emphasis on intense maternity as an exclusive, fully child-centric, emotional and long-term mandate (Hays in Arendel 2000). Mothers are most likely to prove themselves by implementing the expected behaviour of health orientations in healthy nutrition and PA, since providing nutrition as a direct concern for children falls within the mandate of maternity.

Finally, with the application of quantitative and qualitative results to the paradigm of a "healthy lifestyle of the family", we discover how the families and family members in the late modernity shape the lifestyle of the family. In the formation of a "healthy family lifestyle," the following determinants have been shown as important:

- i) the condition of "free from necessity" (in time and finances),
- ii) "active" fathers, in terms of support in the child's PA,
- iii) stimulating social and physical environment for PA (living conditions),
- iv) the active role of mothers, primarily in the family in providing immediate child care.

As stated above, PA proved to be an important determinant of the "healthy family lifestyle", as a proven association of inactivity with a lower motor efficiency of a child, which indirectly influences the formation of his physical capital. Because of their impact on the inconsistent development of simple motor patterns that arise early in the child's development and serve as the basis for the formation of later motor stereotypes and the further development of the young and adult, appropriate forms and quantity of PA in the lifestyle of family members deserve more attention. Dispositions for action – the "habitus" of a family that carries acceptable action patterns for the family and society will, based on the practices of action, design a "healthy" or "unhealthy" lifestyle. Parents as educators are the ones who form permanent dispositions for future behaviour, namely, as family practices through the child's perceptions (experiences), which are also considered as appropriate by the society as well as within the possibilities (material resources), attitudes and behaviours (Abel 2007) form a "healthy family lifestyle".

The findings of the doctoral thesis highlight the key factors in the creation of a "healthy family lifestyle", which enable the development of a child's physical capital through PA. The importance of structural preconditions (material resources) as well as of social norms and imperatives, which interferes with the individuality and family's free choice, is also exposed.

In the doctoral thesis, we succeeded in transposing the theoretical concepts of lifestyles, habitus, physical capital and capital, as well as the medicalization of society to the level of empirical research findings. This allows further integration of different concepts and theoretical levels of research of the lifestyle, structural changes of the family and the formation of physical capital of children by connecting the fields of sociology and kinesiology. Its scientific relevance extends to the field of sociological treatment of the "lifestyle", a critical view of the popular discourse and the medical definition of a "healthy" lifestyle, the emergence of the imperatives of modern parenthood and the impact of medicalization on family practices. The findings will further contribute to the understanding of irregularities or deviations of EMP in the period of early childhood as the basis for later motor development and physical capital in general. Scientific research work was based on the study of younger children aged 4 to 7 years, therefore, its practical value will be directed towards this age range and applied to the context of the proposed system of solutions and measures. We expect the research results to contribute to a more active participation of family members in the PA of pre-school children, and thus, to contribute to the child's awareness in pursuing a "healthy lifestyle" also in adulthood. The awareness of the importance of promoting the consistent development of EMP and their importance should be further promoted also in the environments that need to be stimulating for the child and where the children spend most of their time. The findings and achievements of the doctoral thesis also offer us the starting points for education and awareness of both professional workers as well as local and national political decision-makers.

**Key words: healthy lifestyle, family, physical activity, physical (body) capital, habitus.**

## KAZALO

1	UVOD.....	22
1.1	Družina v pozni moderni .....	23
1.1.1	<i>Družina med imperativi sodobnega starševstva (»odgovornega« in »intenzivnega starševstva«, »otrokocentričnosti« in »protektivnega« otroštva ter »aktivnega« očetovstva).....</i>	23
1.2	Pojasnitev terminološke rabe sintagem in pojmov .....	29
1.2.1	<i>»Zdrav življenjski slog« .....</i>	29
1.2.2	<i>»Zdrav življenjski slog družine« .....</i>	30
1.2.3	<i>Družinske prakse .....</i>	30
1.2.4	<i>Šport in/ali gibalna/športna aktivnost .....</i>	31
1.2.5	<i>Elementarni gibalni vzorci .....</i>	33
1.2.6	<i>Gibalne kompetence.....</i>	37
1.3	Pregled relevantnosti tem proučevanja .....	39
1.4	Opredelitev problema in raziskovalnih vprašanj .....	41
1.5	Vsebinski pregled po poglavjih .....	48
2	PREDSTAVITEV TEORETSKIH KONCEPTOV .....	51
2.1	Koncept življenjskih slogov .....	51
2.2	Koncepti »zdravega življenjskega sloga«.....	54
2.2.1	<i>Cockerhamova paradigma »zdravih življenjskih slogov« .....</i>	55
2.2.2	<i>Abelov koncept z zdravjem povezanih življenjskih slogov.....</i>	63
2.3	Konceptualizacija in operacionalizacija »zdravega življenjskega sloga družine« .....	67
2.4	Kapitali v kontekstu zdravja in zdravega življenjskega sloga .....	73
2.5	Konceptualizacija telesnega kapitala kot gibalne učinkovitosti .....	77
2.5.1	<i>Semantična aplikacija termina »gibalna učinkovitost« v termin »telesni kapital« .....</i>	83
3	METODOLOŠKI DEL DISERTACIJE.....	85
3.1	Metodološki okvir raziskave.....	85
3.2	Vzorčenje.....	88
3.2.1	<i>Vzorec merjencev.....</i>	88
	<i>Vzorec staršev in družin.....</i>	89
3.3	Organizacija in izvedba empiričnega dela disertacije .....	93
3.3.1	<i>Meritve gibalne učinkovitosti EGV.....</i>	93
3.3.2	<i>Organizacija in izvedba anketiranja in intervjujev .....</i>	98

3.4	Metodološki koraki in raziskovalne metode.....	100
3.4.1	<i>Korak 1: Vrednotenje gibalne učinkovitosti otrok (izvedba EGV)</i> .....	102
3.4.2	<i>Korak 2: Model logistične regresije in korelacijske analize</i> .....	106
3.4.3	<i>Korak 3: Kanonična in kvazikanonična korelacijska analiza</i> .....	106
3.4.4	<i>Korak 4: Model za vrednotenje elementov zdravega življenjskega sloga družine (model ZŽSD)</i> .....	107
	<i>Kriteriji razvrstitve družine v modelu ZŽSD</i> .....	119
3.4.5	<i>Korak 5: Razvrstitev otrok v skupine po gibalni učinkovitosti</i> .....	120
3.4.6	<i>Korak 6: Preverjanje uporabnosti modela ZŽSD</i> .....	125
3.4.7	<i>Korak 7: Sociološki del: Kvalitativno raziskovanje</i> .....	125
3.5	Vrednotenje in obdelava podatkov kvalitativnega (sociološkega) raziskovanja .....	131
4	ANALIZA.....	133
4.1	Kvantitativna (kineziološka) analiza .....	133
4.1.1	<i>Regresijska analiza</i> .....	133
4.1.2	<i>Kanonična in kvazikanonična korelacijska analiza</i> .....	134
4.1.3	<i>Analiza razvrščanja družin po elementih »zdravih življenjskih slogov« v modelu ZŽSD</i> .....	145
4.1.4	<i>GŠA kot determinanta »zdravega življenjskega sloga«</i> .....	148
4.1.5	<i>Prehranske prakse družine v modelu ZŽSD</i> .....	151
4.1.6	<i>Tvegane prakse za zdravje v modelu ZŽSD</i> .....	153
4.1.7	<i>Analiza uporabnosti modela ZŽSD</i> .....	155
4.2	Kvalitativna (sociološka) analiza življenjskega sloga družin.....	156
4.2.1	<i>Analiza polstrukturiranih intervjujev</i> .....	157
4.2.2	<i>Deskriptivna analiza družin glede na otrokovo gibalno učinkovitost</i> .....	157
4.2.3	<i>Kvalitativna analiza polstrukturiranih intervjujev</i> .....	164
4.2.4	<i>GŠA v družinskih praksah in imperativi sodobnega starševstva</i> .....	164
5	DISKUSIJA .....	182
5.1	Ugotovitve in interpretacija rezultatov .....	182
5.1.1	<i>Povezanost med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami (elementi modela ZŽSD)</i> .....	182
5.1.2	<i>Povezanost med gibalno učinkovitostjo otroka ter demografskimi, socioekonomskimi in bivalnimi dejavniki družine</i> .....	185
5.1.3	<i>Kako se v družinskih praksah reflektirajo imperativi sodobnega starševstva (»odgovornega« in »intenzivnega« starševstva, »protektivnega« otroštva, »aktivnega« očetovstva in »otrokocentričnosti«?)</i> .....	189

5.1.4	<i>Vloga matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom« družine?</i> .....	191
5.2	Sklepne ugotovitve .....	193
5.3	Omejitve raziskave in rezultatov analize .....	197
6	ZAKLJUČEK .....	200
7	LITERATURA .....	206
	STVARNO KAZALO .....	223
	IMENSKO KAZALO .....	226
	PRILOGE: .....	231
	Priloga A: Dovoljenje komisije RS za medicinsko etiko .....	231
	Priloga B: Vprašalnik za starše .....	232
	Priloga C: Pomožna vprašanja za pol-strukturiran intervju s starši .....	241

## KAZALO SLIK

Slika 1.1: Spiralni model dejavnikov gibalne/športne neaktivnosti .....	37
Slika 2.1: Shema paradigme »zdravih življenjskim slogov« (povzeto po Cockerhamu 2005)..	57
Slika 2.2 Shema paradigme »zdravega življenjskega sloga družine«.....	72
Slika 2.3: Interakcija kapitalov in zdravje (prilagojena po Abelu, 2007).....	74
Slika 3.1: Metodološki okvir.....	86
Slika 3.2: Količina GŠA očetov in mater glede na sodelovanje v intervjuju .....	92
Slika 3.3: »Pripravljena na izlet v veselje.« .....	96
Slika 3.4: »Z lučkami tečem k igrački.«.....	96
Slika 3.5: »Skočim kot raketa!«.....	96
Slika 3.6: »Plezam hitro gor do igrače.«.....	96
Slika 3.7: »Merimo kako močno lahko brcnemo.«.....	97
Slika 3.8: »Plazim se kot krokodil.«.....	97
Slika 3.9: Merjenje telesne sestave.....	97
Slika 3.10: »Pobarvam še raketo...«.....	97
Slika:3.11: Shema metodoloških korakov raziskave .....	101
Slika 4.1: Razvrstitev otrok po učinkovitosti EGV (SK1, SK2, SK3, SK4) po skupinah modela ZŽSD .....	146
Slika 4.2: Porazdelitev družinskih članov v deležih glede na doseženo raven GŠA.....	148
Slika 4.3: Razvrstitev otrok po gibalni učinkovitosti (EGV) in doseženi ravni GŠA družine...	150
Slika 4.4: Razvrstitev družin po skupinah prehranskih praks.....	151
Slika 4.5: Razvrstitev skupin otrok po gibalni učinkovitosti glede na prehranske prakse družine v modelu ZŽSD .....	152
Slika 4.6: Razvrstitev družin in prakticiranje zdravju tveganih praks.....	153
Slika 4.7: Razvrstitev otrok po gibalni učinkovitosti glede na prakticiranje zdravju tveganih praks družine.....	154



## KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Tri oblike kapitala po Bourdieu (1986).....	73
Tabela 3.1: Kriteriji razvrščanja v kategorijo aktivnosti in točkovanje .....	111
Tabela 3.2: Primer izračuna seštevka točk GŠA družine .....	111
Tabela 3.3: Kriteriji točkovanja aktivnosti med vikendi in počitnicami (velja za vso družino) na podlagi 5-točkovnega sistema .....	112
Tabela 3.4: Priporočila glede uživanja odsvetovanih živil .....	115
Tabela 3.5: Točkovanje povprečnega števila prehranskih obrokov .....	116
Tabela 3.6: Točkovanje pogostosti uživanja ocvrte hrane (1–4) .....	116
Tabela 3.7: Točkovanje pogostosti uživanja hitre prehrane.....	116
Tabela 3.8: Točkovanje pogostosti uživanja sadja pri otroku .....	116
Tabela 3.9: Točkovanje primernosti prigrizkov .....	117
Tabela 3.10: Kriterij točkovanja za navado kajenja pri starših .....	118
Tabela 3.11: Odsvetovane pijače in dnevna priporočila .....	118
Tabela 3.12: Kriteriji točkovanja uživanja pijač v dnevu .....	119
Tabela 3.13: Tipologija skupin življenjskega sloga družine v modelu ZŽSD .....	120
Tabela 3.14: Razvrstitev otrok po skupinah po rezultatih gibalne učinkovitosti .....	124
Tabela 4.1: Rezultati večkratne linearne regresije 4 prediktorjev .....	134
Tabela 4.2: Korelacijska matrika.....	135
Tabela 4.3: Rezultati kanonične korelacijske analize .....	135
Tabela 4.4: Rezultati analize redundance kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti značilnosti staršev.....	136
Tabela 4.5: Rezultati analize redundance kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti učinkovitosti v izvedbi EGV otrok.....	136
Tabela 4.6: Rezultati kvazikanonične analize kovariance.....	136
Tabela 4.7: Kvazikanonični koeficienti (c) in struktura (s) skupin mer značilnosti staršev ..	136
Tabela 4.8: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti značilnosti staršev .....	137
Tabela 4.9: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti uspešnosti v EGV otrok .....	137
Tabela 4.10: Matrika korelacij spremenljivk dveh skupin vrednosti (bivalnih karakteristik in ekonomskega statusa družine z rezultati EGV) .....	138
Tabela 4.11: Rezultati kanonične korelacijske analize .....	138
Tabela 4.12: Rezultati kvazikanonične analize kovariance .....	139
Tabela 4.13: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti bivalnega okolja in ekonomskega statusa družine.....	139
Tabela 4.14: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti spremenljivk bivalnega okolja in socioekonomskega statusa družine.....	139
Tabela 4.15: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti učinkovitosti otrok v izvedbi EGV .....	140
Tabela 4.16: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti učinkovitosti izvedbe EGV otrok.....	140
Tabela 4.17: Matrika korelacij spremenljivk dveh skupin učinkovitosti izvedbe EGV in zdravega življenjskega sloga.....	141

Tabela 4.18: Rezultati kanonične korelacijske analize .....	142
Tabela 4.19: Rezultati kvazikanonične analize kovariance .....	142
Tabela 4.20: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupine vrednosti življenjskega sloga .....	143
Tabela 4.21: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk iz skupine življenjskega sloga družine.....	143
Tabela 4.22: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti gibalne učinkovitosti otrok .....	144
Tabela 4.23: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti gibalne učinkovitosti otrok izvedbe EGV in značilnosti življenjskega sloga.....	144
Tabela 4.24: Razvrstitev otrok po gibalni učinkovitosti (EGVSK1, EGVSK2, EGVSK3 in EGVSK4) po skupinah življenjskega sloga v modelu ZŽSD .....	146
Tabela 4.25: Razvrstitev otrok po učinkovitosti EGV (SK1, SK2, SK3, SK4) po skupinah modela ZŽSD .....	146
Tabela 4.26: Razvrstitev družinskih članov po doseženi ravni GŠA .....	148
Tabela 4.27: Razvrstitev GŠA družine med počitnicami in vikendi po skupinah .....	149
Tabela 4.28: Deskriptivna statistika značilnosti otrok in staršev .....	158
Tabela 4.29: Preglednica družinskih praks glede na otrokovo gibalno učinkovitost.....	181

# 1 UVOD

Družino kot predmet proučevanja v doktorski disertaciji postavljamo v kontekst pozne modernosti, ki na ljudi deluje na dva bistvena načina: kot globalizacija (na splošni in svetovni ravni) in kot intenzivna individualizacija življenjskih potekov (na osebni ravni) (Rener 2007). Informacijsko-tehnološka revolucija prinaša večjo vlogo storitvenih dejavnosti, znanja, znanosti, izobraževanja, spremembo v strukturi zaposlenosti in izobrazbeni strukturi družbe, na področju kulture pa spodbudi oblikovanje svobodnejšega življenjskega sloga. To spremeni tudi vidik vsakdanjega življenja posameznika/-ce <sup>3</sup> v t. i. individualizacijo življenja posameznika, ki postane ena glavnih značilnosti postmoderne družbe. Individualizacija kot posameznikova težnja po individualnem življenjskem slogu (kjer sam odloča o svoji izobrazbi, poklicu, delovnem mestu, kraju in načinu življenja) (Rener 2007, 42) pomeni, da postaja vse bolj odvisen od samega sebe, svoje lastne usode na trgu dela in vseh tveganj, ki jih prinaša (Beck 2001). Ob tem je prisiljen sprejemati odločitve o svojem življenju, kjer ima na voljo sicer večje možnosti (večjo svobodo) izbire o sebi ter svoji usodi na področju izobraževanja, dela in družine, vendar hkrati obstaja vse večje tveganje, da bodo te izbire napačne. Posameznik ostaja zmeden in negotov, zato Beck (2001) postmodernost oz. pozno modernost imenuje »družbo tveganja«. Posameznikovo življenje je po teoriji individualizacije vse manj družbeno predpisano, pomeni umik posameznika v varno zavetje privatne sfere (Beck 2001) in hkrati povečanje vpliva družin na življenjske poteke posameznikov.

Družina kot glavni fokus našega raziskovanja tudi v pozni modernosti (Švab 2001, 55) ohranja dva vidika: vidik družbene entitete in entitete, ki jo stalno soustvarjajo posamezniki. Tako družina ni samo družbeno dana institucija, temveč je mesto, kjer se posameznikova sposobnost produkcije družinskih praks najbolj izrazi. Prav ta »zaprtost« je tista, ki družini dopušča samostojnost pri ustvarjanju in spreminjanju družinskega miljeja oz. realnosti, zato ni samo institucija, ki se spreminja le z zunanjimi vplivi. Družina v razmerje z družbenim okoljem vstopa kot aktivni dejavnik tako, da ga spreminja, a se nanj tudi adaptira in ga spreminja s tem (Švab 2001).

---

<sup>3</sup> V nadaljevanju bodo izrazi zapisani v moški slovnični obliki ter uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

## 1.1 Družina v pozni moderni

Družina se v pozni moderni razume kot zaprt, privatni milje, ki omogoča posamezniku samostojnost pri ustvarjanju in spreminjanju družinske realnosti, torej se kot institucija ne spreminja zgolj z zunanjimi vplivi (Švab 2001, 55). Ob spreminjanju družinske realnosti velja pozornost nameniti tudi spreminjanju percepcije in pomenov družinskih praks pa tudi osmišljanju in izpogajanju lastnih življenjskih slogov.

### *1.1.1 Družina med imperativi sodobnega starševstva (»odgovornega« in »intenzivnega starševstva«, »otrokocentričnosti« in »protektivnega« otroštva ter »aktivnega« očetovstva)*

V sociologiji z družino označujemo vsaj dvogeneracijsko skupnost kot obliko vsakdanjega življenja ljudi, v kateri je udeležen vsaj eden od staršev in vsaj en (odvisen) otrok (Rener 2007, 127) oz. »kot skupino oseb, ki živi v skupnem gospodinjstvu in jo sestavlja vsaj en otrok in vsaj ena odrasla oseba ter je med seboj povezana z zakonsko zvezo ali kohabitacijo in starševskim razmerjem« (Nowotny in drugi v Rener in drugi 2006). To, kar družino razlikuje od drugih oblik vsakdanjega življenja ljudi (npr. gospodinjstva ali partnerstva), je obstoj starševskega razmerja kot socialnega razmerja oz. gre za dvogeneracijsko skupnost, ki skrbi za otroka/-e. Kljub raznolikosti sodobne sociološke definicije družin v vseh lahko najdemo vsaj eno skupno dimenzijo; družino opredeljujejo kot področje biosocialne reprodukcije s poudarkom na socialni reprodukciji, kar evocira predvsem čustveno, medosebno ali, kot pravijo nekateri, socializacijsko plat reprodukcije (Rener 2007, 127). Družina ostaja, ne glede na obliko, še vedno tista institucija, ki opravlja dve temeljni družbeni funkciji – funkcijo socializacije otrok ter funkcijo psihične stabilizacije odraslih posameznikov (Švab v Rener in drugi 2006, 64).

Deinstitucionalizacija družine, ki se kaže v zmanjšanju, zoženju institucionalnih funkcij družine z namenom, da bi se odprl prostor za individualizacijo življenjskih potekov družinskih članov pa vzporedno prinaša celo krepitev starševske odgovornosti do svojih otrok (Švab 2001). V povezavi z normativno ureditvijo starševske odgovornosti smo priča nastalemu normativnemu kompleksu »odgovornega starševstva«, ki je zavezujoč za oba starša. Pri tem gre za to, da se par odloča za otroke odgovorno, torej le tedaj, ko so izpolnjeni pogoji, da bo lahko dobro poskrbel zanje. Ob tem prevzema odgovornost za dodatno spodbujanje razvoja otrokovih sposobnosti (Beck-Gernsheim 2002), da se zadosti kriterijem odgovornega starševstva. Starši oblikujejo otrokov dnevni urnik. So glavni kreatorji in pobudniki otrokovih aktivnosti, vse v imenu odgovornega starševstva (npr. učenje glasbenega inštrumenta, tujih jezikov v poletnih šolah ali na delavnicah, športni in plesni programi idr.).

Ob odgovornem starševstvu se v zadnjih letih srečujemo tudi s fenomenom »intenzivnega« starševstva ali »hiperstarševstva« (Hoffman 2010) kot zelo zahtevnem, otrokocentričnem pristopu do vzgoje in skrbi za otroke, ki je tako časovno kot emocionalno intenziven projekt (Lee in drugi v Shirani in drugi 2012). Ideologijo intenzivnega starševstva lahko vidimo prepleteno z neoliberalizmom, začrtanim uspehom v prihodnosti prek načrtovanega in kontroliranega poteka več vidikov življenja posameznika (Beck in Beck-Gernsheim 2006). Starši prevzemajo več odgovornosti za tvegano delovanje in načrtovanje, ki se lahko ob slabih rezultatih izkaže kot slabo starševstvo (Hoffman, 2010). Družbeni položaj starševstva se tako beleži skozi kontingent otrokovih dosežkov skupaj z vloženim naporom, kar starše spravlja v tekmovalnost in primerjanje z drugimi. Ob odgovornem in intenzivnem starševstvu se pojavlja tudi fenomen »protektivnega« otroštva, ki se kaže v vedno večji pozornosti do blaginje otrok<sup>4</sup>, kamor sodijo številne prakse v intenzivnejši skrbi, blaginji in izobraževanju (Švab 2001). Otrok postane posebno mesto realokacije diskurzov, povezanih z ohranjanjem in varovanjem družbenih vezi, s stabilnostjo in integracijo (Švab 2001). Otroci so percipirani kot individuumi, katerih avtonomijo je treba varovati in ohranjati (James in drugi v Švab 2001). Ker jih razlikujemo od odraslih, postanejo mesto številnih projektov, ki naj bi jih varovali pred fizičnimi, seksualnimi in moralnimi nevarnostmi ter obenem zagotovili normalen razvoj njihovih sposobnosti oz. osebnostnih atributov (inteligenca, izobraženost in emotivna stabilnost) (Rose v Švab 2001).

Visoke emocionalne, ekonomske, časovne in druge vloške staršev ter širše sorodstvene mreže kot pretiranega izkazovanja pozornosti do otrok, predvsem v vzgoji in izobraževanju, pojmujejo kot »otrokocentričnost«. Ta je evidentna tudi v slovenski družbi, kjer otroci strukturirajo sodobno družinsko življenje obeh zaposlenih staršev in postanejo dejavnik ekonomskega, časovnega in moralnega discipliniranja svojih staršev in pogosto tudi starih staršev in ostalih sorodnikov (Rener v Kuhar 2011, Švab 2001, Ule in Kuhar 2003, Rener 2006).

Omenjeni postmoderni imperativi starševstva se kljub spolno nevtralni konotaciji večinoma osredotočajo na matere, za katere se predvideva, da bodo v glavnini odgovorne za »primerno« skrb za otroka, kar hkrati pomeni tudi večjo odgovornost za zagotavljanje ustreznega otrokovega razvoja (Lister 2006; Wall 2010). Tudi Slovenija v tem ni izjema, saj so se z množičnim zaposlovanjem po drugi svetovni vojni radikalno spremenile življenjske strategije žensk, kjer pa materinstvo še vedno ostaja najmanj spremenjena in »ključna družinska vloga«

---

<sup>4</sup> Protektivno otroštvo kot pojem ne izhaja iz pozne moderne, saj ima zametke že v konstituiranju modernega otroštva, še posebej v obdobju po drugi svetovni vojni z razmahom ekspertnega svetovanja materam in poudarjanjem dobrega materinstva in »pravilnega« vzgajanja otrok (Roberts v Švab 2001).

(Švab 2001). Tako ostaja vloga matere z materinstvom predvsem sakralizirana in naturalizirana ženska identitetna matrika. T. Renner (2008) se sprašuje, ali je najbrž prav ideologija materinstva ženske pripravila do tega, da so sprejele gospodinjsko vlogo kot tudi podrejen položaj na trgu delovne sile kot nekaj samoumevnega. Tako tudi danes za matere vstop na trg dela, kljub ekonomski neodvisnosti, prinaša še vedno dvojno obremenjenost (Švab v Renner 2006, 73), saj prevzemajo večino družinskega dela, ki je spolno določeno in segregirano.

S premiki postmodernih kulturnih, socialnih in drugih definicij moškosti in očetovstva (Segal 1990) ter problematizacijo spolno asimetrične delitve družinskega dela v prisotni večji aktivnosti očetov v skrbi za otroke (Hochschild 1989) smo priča pojavu novega fenomena, tj. »novega« očetovstva. Tu moški kot aktivni član vstopi v družino prek otrok, povečanega interesa in aktivnejše vključitve v skrb zanje, ki ga razumemo kot »aktivno« očetovanje. Večina analiz novega očetovstva se zato ukvarja z očetovsko vlogo in praksami očetovanja v nuklearni družini. Očetovstvo zunaj tradicionalnega koncepta postaja vse bolj »individualizirano«, kjer se očetje sicer zavedajo ideologij očetovstva, vendar je njihova praksa predvsem posledica okoliščin, ki jih navadno ne izbirajo sami (Williams 2008, 490). V tem primeru gre za idealizacijo novega očetovstva (Švab v Renner 2008, 38), saj tradicionalne strukture (spolna delitev dela, model očeta kot materialnega preskrbovalca družine) še niso izgubile moči, so še vedno močno persistentne in delujejo tudi kot bistvene ovire aktivnega očetovstva. Novo očetovstvo se tako udejanja z večjo udeležbo pri negi in skrbi za otroke, ki se navadno izvaja v razmerju do otrok. Med partnerjema je ta vloga porazdeljena enakomerneje, medtem ko tega ne moremo trditi za gospodinjska opravila (Švab 2001, 125). Na delitev domačega dela ter skrbi in nege otrok vpliva tudi delovno mesto partnerjev, predvsem delovni urnik ter osebne karijerne prednosti partnerjev. Kljub temu pa je moški tisti, ki bolj verjetno opravlja tisto domače delo, ki mu je bolj všeč (Švab v Renner 2006) oz. le takrat, ko mati sama ne zmore, kar potrjujeta dva prevladujoča modela očetovstva: tradicionalni oz. komplementarni model in podporni model, ki so ju identificirali v Sloveniji (Renner 2005, 2008).

Individualizacijo življenjskih potekov zamenjujeta pojem izbire in individualizacije, saj označujeta procese in izkušnje, za katere je značilno zmanjševanje vloge kolektivnih pripadnosti (razredna pripadnost, spolna vloga, generacijska zavest) na eni strani in povečanje lastne odgovornosti, samostojnih odločitev na drugi (Ule 2014, 312), kar pomeni tudi prelaganje družbenih zahtev, odgovornosti, nadzorovanj in urejevanj iz družbe na posameznike. Neposredne nadzorne sisteme, kot so družina in šole, zamenjajo abstraktne oblike nadzora, kot so institucije prostega časa in kulturne industrije, ki delujejo skozi potrošnjo (Ule 2014, 313).

Kot rečeno, govorimo o zmanjševanju institucionalnih funkcij družine, ki hkrati odpirajo prostor za individualizacijo življenjskih potekov družinskih članov ob tem pa krepijo starševsko odgovornost.

Starši v ideologiji »intenzivnega« starševstva prevzamejo več odgovornosti za tvegano delovanje in načrtovanje, katerega rezultat se beleži prek kontingenta otrokovih dosežkov. Čeprav se v procesu individualizacije in z zmanjševanjem vpliva družbenih norm na vsakdanje življenje odpirajo multiple izbire življenjskih slogov, izbira pri tem ni popolnoma avtonomna odločitev, saj družba skozi rutine, pravila, zakonodajo in dolžnosti, se pravi skozi dominantne normativne matrike, »nadzoruje« posameznike. Domnevna svoboda izbir je omejena tudi z zahtevami sodobnih zahodnih družb, da si posameznik začrta življenjsko pot, za kar potrebuje aktiven model vsakdanjega delovanja, kjer je »on« središče (Chaney 1996; Beck 2001). Če se družina v pozni moderni razume kot zaprt, privatni milje, ki omogoča posamezniku samostojnost pri ustvarjanju in spreminjanju družinske realnosti (Švab 2001, 55), velja pozornost nameniti tudi spreminjanju percepcije in pomenov družinskih praks. Posamezniki so z izgubo tradicionalnih pomenov in rekonstrukcije življenja med vplivi lokalnega in globalnega prisiljeni, da se iz pozicije različnih možnosti pogajajo o izbiri življenjskih slogov (Giddens 1991 v Švab 2001, 69). To potrjuje tudi, da individualizacija, ki je prisotna tudi v ekonomiji »vsakdanjega preživetja«, ne more biti prevladujoča praksa, saj si velika večina ljudi preživetje zagotavlja kolektivno, v družinskih gospodinjstvih (Rener 2008, 17).

Individualizacija posega tudi na posamezno področje družbe in zdravja; kjer gre z zdravizmom (angl. *healthism*) oz. z razvito medikalizacijo družbe za preverjanje posameznikovega zdravja kot temelja za določanje in doseganje blaginje prek spreminjanja življenjskega sloga z ali brez terapevtske pomoči (Crawford v Kamin 2006, 43). Problemi bolezni pri tem lahko izvirajo zunaj posameznika. Ker so ti hkrati tudi del posameznikovega vedenja, »zdravisti« rešitve za bolezni obravnavajo kot vprašanje posameznikove izbire in s tem njegove odgovornosti za lastno zdravje. Zdravizem izpostavlja kontinuirano sistemsko prizadevanje nadziranja »potencialne obolelosti« prebivalstva kot »gibanje nove zdravstvene zavesti« (Crawford v Kamin 2006, 44). S tega vidika je posameznikov zdravstveni status nenehno nadzorovan; prek telesne sposobnosti in videza se presoja o njegovem zdravju in tudi o njegovih življenjskih navadah ter se o njem zbirajo številni statistični podatki, ki ocenjujejo njegovo zdravstveno stanje, presojajo o njegovem življenjskem slogu in izbirah vedenj, ki vplivajo na njegovo zdravje kot tudi na zdravje celotne populacije (Kamin 2006, 45). V pozni modernosti je zdravo vedenje postalo vodilo dobrega življenja, zato povzamemo Crawforda (1980, 380), da je zdravje »supervrednota« ali nadvrednota oz. življenjski projekt, za katerega mora vsak

posameznik brezpogojno in nenehno skrbeti. Na zdravje gleda kot na dosežek, na nekaj, na katerem morajo ljudje delati, da povečajo svojo kakovost življenja oz. v nasprotnem primeru povečajo tveganje za obolevnost kroničnih bolezni ali celo prezgodnjo smrt (Clarke in drugi 2003).

Različne možnosti življenjskih slogov so v pozni moderni postale integrirane s telesnimi režimi, in ljudje so postali veliko bolj odgovorni tako za zdravje kot za oblikovanje lastnih teles (Giddens 1991, Turner 1992). Vzrok temu so spremembe v: i) vzorcih bolezni, ii) pozni modernosti in iii) družbenih identitetah. Spremembe v vzorcih bolezni izhajajo iz epidemiološke tranzicije iz akutnih obolenj v kronična obolenja (bolezni) v 20. stoletju, kar pomeni, da medicina ne more zdraviti kroničnih bolezni, medtem ko jih nezdrav življenjski slog spodbuja. To privede do tega, da odgovornost za zdravje pade na posameznikov življenjski slog (Crawford 1984) oz. se posameznik z življenjskim slogom odloča med preživetjem in (prezgodnjo) smrtjo. Zdravstveni problemi se obravnavajo predvsem kot problemi posameznika, kar pomeni, da je osebno zdravje v domeni posameznika in osebni odgovornosti za odločitev o svojem življenjskem slogu (Kamin 2006, 49). V pozni modernosti sta se s sosledjem dogodkov (npr. propad Sovjetske zveze, razširjanje multikulturalizma v Evropi in Severni Ameriki, rast kulturnih in spolnih politik, multipliciranje družinskih oblik, sprememba vzorcev v družbeni slojevitosti in povečani uporabi znanja kot blaga), tudi z vidika zdravja, zmanjšala strokovna avtoriteta in družbeni status zdravnikov. Hkrati je prišlo tudi do medsebojnega sodelovanja med pacientom in zdravnikom, ki sta mu botrovala internetna medicina in razpršitev medicinskega znanja v javno sfero (Hardey 1999; Warren in drugi 1998). Tako z zmanjšanjem vloge medicine kot tradicionalnega centra moči in avtoritete industrijske dobe prevzemanje zdravega življenjskega sloga omogoča ljudem večji nadzor nad njihovo življenjsko situacijo. Kot tretja sprememba se navaja sprememba v družbeni identiteti. Kot je v preteklosti poklic zaznamoval družbeni položaj posameznika in njegov slog življenja, so bile potrošniške navade, ki so jih na začetku druge polovice 20. stoletja prevzemali posamezniki, tiste, ki so postale prvotni vir njihove družbene identitete (prepoznavnosti) (Bauman 1992; Crompton 1998; Giddens 1991). To spremembo je zagotovila rast gospodarske produktivnosti po drugi svetovni vojni, ki je prinesla izboljšanje življenjskega standarda in kupne moči. Tako so potrošnji vzorci osnovnih dobrin zamenjali položaj, ki ga je predhodno imel poklic (delovno mesto) za razredno razslojevanje. Življenjski slogi so v smislu družbene identifikacije in razredne klasifikacije tako postali pomembni (Cockerham 2005).



Nova ideologija »preventive« poudarja individualno odgovornost za zdravje, saj javnost nagovarja, da medicina ne more pozdraviti prav vseh bolezni, lahko pa jih preprečuje, obvladuje, lajša. Pri tem človeku pomaga razumeti, kako s svojim neodgovornim ter za zdravje tveganim vedenjem, stresnim poklicnim delom in bivanjem v onesnaženem okolju morebitno škodi svojemu zdravju. Pri tem hkrati zmanjšuje odgovornost cele vrste družbenih akterjev in uspešno odvrta pozornost od dejstva, da je zdravje večinoma odvisno od družbenega statusa posameznika (Crawford 1977 v Kamin 2006, 41). Z ideologijo preventive nas družba nenehno opozarja, da zaradi prakticiranja medicinsko dokazanih nezdravih praks, kljub morebitnemu dobremu počutju, tvegamo, da bomo zboleli, če ne bomo spremenili življenjskega sloga. Ob tem se pogosto prikrije širši kontekst sociološkega prakticiranja tveganih praks, ki jih medicinska doktrina opredeljuje kot nezdrave in tvegane za zdravje, kjer v diskurzu najbolj prevladujeta navada kajenja in prekomerna uporaba alkohola ob nezdravi prehrani, v zadnjem času pa tudi gibalne/športne neaktivnosti. Velikokrat gre za prakse, ki jih ljudje izvajajo tudi zaradi številnih pritiskov, ki jih povzročajo zunanji stresorji (npr. negotov trg dela, visoka pričakovanja okolice) ter si z njimi lahko zmanjšujejo oz. lajšajo premagovanje stresa. Nasprotno pa individualizacija tveganja, če izhajamo iz družine, na starše kot »pomembne druge« pritiska tudi z individualizacijo odgovornosti in dosežkov, ki ju kot vrednoti utrujejo mediji, izobraževalni sistem (Rener 2007, 46) ter stroka. Starši so v diskurzu individualizacije tveganja, ne samo tisti, ki se sami odločijo za izvajanje nezdravih praks (npr. kajenje, čezmerna uporaba alkohola, nezdrava prehrana) in so za izbire odgovorni, hkrati prevzemajo tveganje, ne samo za svoje zdravje, temveč posredno tudi za zdravje svoje družine oz. njenih družinskih članov. Kombinacija pritiskov k individualni odgovornosti (ki je sredstvo discipliniranja) na eni strani ter izkušnje dejanske nemoči in ranljivosti na drugi proizvajajo močne občutke vseprisotnosti tveganj in nevarnosti. Z individualizacijo tveganja so določene situacije, ki so bile nekoč del kolektivne in politične akcije, sedaj v domeni posameznika, ki jih lahko rešuje na individualni ravni z osebnim delovanjem (Rener 2007, 46).

Poleg izpostavljene individualizacije tveganja, odgovornosti in dosežkov se v kontekstu zagotavljanja zdravja pojavi tudi individualizacija nenehne skrbi za zdravje (odgovornosti za zdravje), ob tem se individualizirajo negotovost potencialne bolezni in nemir ter nezadovoljstvo, ki ga s sabo nosi ideologija preventive. Pri tem T. Kamin (2006, 41) vidi predvsem zvezo med individualizacijo in medikalizacijo družbe, saj ideologija močno poudarjene individualne odgovornosti za zdravje, kot že omenjeno, odlično ustreza dejanskim

mejam uspešnosti in učinkovitosti medicine, saj zmanjšuje odgovornost vrsti družbenih akterjev.<sup>5</sup>

S skrbjo za zdravje se danes prek ideologije preventive propagira vse bolj popularen termin »zdrav življenjski slog«. »Zdrav življenjski slog« naj bi pomenil življenjski slog, ki ga odlikuje preventivno delovanje posameznika v smeri medicinsko in zdravstveno preverjenih praks za zagotavljanje zdravja. Pri tem smo upoštevali, da se kljub domnevnemu širjenju »svobode« izbir posameznika v sodobni družbi ta ne more izogniti vplivu strukturnih dejavnikov – fizičnih, ekonomskih, socialnih in kulturnih, ki lahko omejujejo oblikovanje in vzdrževanje življenjskih slogov. Zato smo pri obravnavi »zdravih življenjskih slogov družine« izhajali iz predstavljenih teorij in konceptov »zdravih življenjskih slogov« (Cockerham 2005; Abel 2007), ki združujejo celosten okvir za povezovanje družbene strukture s človekovimi kulturnimi viri in njegovimi vedenjskimi vzorci, ter preverjali njihovo aplikacijo na primeru proučevanih družin.

## 1.2 Pojasnitev terminološke rabe sintagem in pojmov

V nadaljevanju bomo za lažje razumevanje ali morebitne nejasnosti oz. nepoznavanja novih terminov, sintagem in pojmov, ki jih navaja proučevana tematika, predstavili njihov pomen in rabo.

### 1.2.1 »Zdrav življenjski slog«

V dispoziciji smo navajali »zdrav« življenjski slog le v narekovajih »zdrav«, kar naj bi ga ločevalo od drugih oblik življenjskih slogov. Odločitev, da se »zdrav življenjski slog« v nadaljevanju disertacije navaja kot ideološka sintagma, utemeljujemo z njegovim pomenom, ki »zajema vzorce k zdravju usmerjenega delovanja« (Abel in drugi 2000), vključuje »vedenja, stališča in vire« ter odslkava strukturne predpogoje in preference po izbiri različnih elementov življenjskega sloga. »Zdrav življenjski slog« je odvisen od različnih laičnih kot tudi znanstvenih perspektiv, ki določajo primerne vzorce »zdravega življenjskega sloga« (Abel 2007), kar pomeni, da se perspektiva, »kaj je zdravo«, spreminja v času in prostoru. To pomeni, da je njegov pomen nejasen in pogosto težko definiran, zato ga v nadaljevanju navajamo kot ideološko sintagmo (v narekovajih), ki odslkuje trenutne smernice in medicinske doktrine, kaj je zdravo in katere prakse veljajo za k zdravju usmerjeno delovanje (več o konceptu v poglavju 2.2).

---

<sup>5</sup> Ti družbeni akterji so: i) zdravstvene politike, ki vsem državljanom niso zagotovile enakopravnega dostopa do zdravstvenih storitev in zdravil, ii) hudi onesnaževalci okolja ter iii) zavarovalnice, ki višajo zavarovalne premije ter iv) vzdrževanje razredne in spolne strukture dela (Crawford 1977 v Kamin 2006, 41).

### 1.2.2 »Zdrav življenjski slog družine«

Podobno smo sintagmo »zdrav življenjski slog družine« izpeljali iz opisane ideološke sintagme »zdrav življenjski slog«, kjer smo določene značilnosti »zdravega življenjskega sloga« za namen disertacije prevedli v kontekst družine oz. njihovih družinskih članov. Pomeni skupek individualnih življenjskih slogov družinskih članov, ki prakticirajo k zdravju usmerjene družinske prakse. Osnovna izhodišča konceptualizacije »zdravega življenjskega sloga družine« smo iskali v paradigmi »zdravih življenjskih slogov« (Cockerham 2005) (več o konceptu »zdravega življenjskega sloga družine« v poglavju 2.3).

### 1.2.3 Družinske prakse

Pri operacionalizaciji sintagme družinske prakse Morgan (1996, 2011) navaja problem same fluidnosti definicije, ki se kaže v določanju mej kroga družinskih aktivnosti v smislu, kdo je in kdo ni vključen v družinske prakse. Kdo šteje kot »družina«, je odvisno tudi od tega, kdo sprašuje, in okoliščin, na katere vpliva pomembnost vprašanja (npr. koga povabiti na poroko, koga obvestiti o smrti). Kot drugi problem pa je v sami ohlapnosti mej med družino in nedružino. Vsak set praks, ki bi jih opisali kot družinske, bi lahko opisali tudi drugače in z enakimi merili, kot npr. prakse, vezane na spol, ali pa generacijske prakse (Morgan 2011, 7).

Prakse se vedno združujejo in druga drugo prekrivajo na drugačen način. Te so s poroko ali kohabitacijo in starševstvom že delno oblikovane na podlagi legitimnih pravil, ekonomskih omejitev in kulturnih definicij. Navadno govorimo o setu procesov kot fiksnih zunanjih strukturah. Definicija Cheala (2002, 12) navaja, da »družinske prakse obsegajo vse običajne, vsakodnevne prakse, ki jih ljudje počnejo, z namenom, da učinkujejo na drugega družinskega člana.« Morgan (2011) se z navedeno definicijo najbolj ne strinja, saj gre lahko za zmotno razumevanje nekaterih družinskih praks, ki niso usmerjene proti drugim članom družine. Pri tem je pomembno, da je poudarjena določena odnosnost, saj se družinske prakse izvajajo glede na reference do drugih članov družine. Družinske prakse nosijo izmeničnost in reflektivnost. Pri tem ni pomembno samo, kaj se dela, ampak tudi, kako se dela, vsaj v času, ko se te prakse spreminjajo. Prakse, ki so usmerjene v druge družinske člane, se bodisi zaradi motivacije, občutka dolžnosti ali same povezanosti oz. se bodisi skozi praktične premisleke konstituirajo kot del širše družinske konstelacije. Ob izvajanju vsakdanjih praks, pogosto rutin, družinske prakse poudarjajo občutek razlikovanja. V tem kontekstu ni nujno, da pomenijo občutek prioritete ali privilegijev, čeprav ga lahko. Preprosto pomenijo neke vrste priznanje, da jo z vključenostjo določenega kroga ljudi v eno od tekočih praks dojemamo kot družino.

Na družinske prakse tako lahko gledamo kot na nekaj, kar ima samoumevno kakovost, pogosto same prakse niso izvedene v popolnosti, ampak obstajajo kot del vsakdanjega družinskega življenja, lahko so dnevne, tedenske, mesečne ali pa se dogajajo na letni ravni. Lahko se delijo na kakršnokoli posebno populacijo (npr. šolski tek) ali pa so prakse posebne samo za družinske člane (npr. družinske šale, posebni rituali) (Morgan 2011, 7). Ali se družinske prakse vidijo kot »družinske«, je odvisno od perspektive opazovalca in tistih članov, ki v družinskih praksah sodelujejo, predvsem takrat, ko so precej široko in konvencionalno povezane z vlogo družine oz. družinski značaj praks ni najbolj očiten (sprememba bivanja ali dela, nakup novega avta ipd.), prav zato so družinske prakse tiste prakse, ki so v družini konstituirane kot take (Morgan 2011, 12).

#### *1.2.4 Šport in/ali gibalna/športna aktivnost*

»Šport predstavlja vse, s strani športne stroke dogovorno opredeljene oblike gibalne dejavnosti, ki so z neorganiziranim ali organiziranim ukvarjanjem usmerjene k izražanju ali izboljševanju telesne pripravljenosti, k duševnemu blagostanju in k oblikovanju družbenih odnosov oz. doseganju rezultatov na različnih ravneh tekmovanj« (Svet Evrope 1992, v Nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2014-2023). Športu se priznava zelo pomembna vloga tudi pri spodbujanju k prostovoljnemu delu in k dejavni udeležbi v družbi, pri spodbujanju solidarnosti, strpnosti in odgovornosti, pri prispevanju k trajnostnemu razvoju ter k drugim pozitivnim družbenim vrednotam (Bela knjiga o športu 2007) in narodni identifikaciji (Kovač in drugi 2005). Zaradi navedenih vplivov je šport del javnega interesa, zato se sofinancira iz javnih sredstev, za njegov razvoj pa se ustvarjajo ustrezni sistemski družbeni pogoji.

Sociološka definicija športa Coakleya in Pikeove (2009) navaja šport kot institucionalizirane tekmovalne (kompetitivne) aktivnosti, ki vključujejo izjemen napor ali uporabo kompleksnih telesnih sposobnosti udeleženca, ki je motiviran za notranjo ali zunanjo nagrado. Ta definicija potrebuje dodatno, širšo razlago. Šport predstavlja telesno aktivnost, pri čemer se postavlja vprašanje meje, koliko telesne aktivnosti je pri izvedbi določene aktivnosti potrebne, da se ta definira kot šport? Športi predstavljajo določene tekmovalne aktivnosti, pri čemer gre lahko za različno socialno dinamiko; od sodelovalnih (timskih) do individualnih aktivnosti, določajo jih pravila, ki so standardizirana ter veljajo enako, kjerkoli in kadarkoli se izvaja določen šport. Izvrševanje pravil prevzamejo uradne institucije, zato postane organizacijski in tehnični vidik aktivnosti pomemben, saj so rezultati tekmovalcev lahko dokumentirani, zabeleženi in uradni. Vzporedno gre pri športu tudi za razvoj opreme, tehnologij in metod treniranja za doseg boljše

izvedbe aktivnosti oz. doseganja rezultatov. Športi zahtevajo tudi formalizacijo učenja, saj morajo športniki poznati pravila. Pomembno vlogo pri poučevanju imajo tako trenerji kot tudi drugo osebje (fizioterapevti, kineziologi, znanstveniki, menedžerji in medicinsko osebje). Kot pomemben vidik športa in njegove definicije (Coakley in Pike 2009) predstavlja športnikova participacija, ki odraža dve vrsti motivacije: notranjo motivacijo (veselje, sreča, osebna izpopolnitev), medtem ko zunanja prinaša odobravanje javnosti, ugled in določen status pa tudi materialne nagrade. Šport vsebuje tudi elemente igre, ki prinaša notranje zadovoljstvo, in elemente spektakla, ki prinašajo zunanje zadovoljstvo v obliki nagrad za izvedbo. Sama formalizacija športa glede na ureditev in dostopnost lahko po definiciji marginalizira določeno skupino, predvsem ko se privilegira aktivnost določene skupine, ki se vrednoti kot pomemben del kulture. Prav zato Coakley (2009) poudarja, da je pri definiciji športa treba gledati širši družbeno-kulturni kontekst, kjer ljudje formirajo ideje o telesni aktivnosti. Če povzamemo, enoznačna definicija športa ne obstaja ter se v času in prostoru spreminja. Torej je šport kategorija, kjer ni enoznačnega časovnega niti univerzalnega argumenta o njegovem pomenu, namenu in sami organiziranosti športov.

V disertaciji bomo obravnavali športno participacijo družinskih članov oz. konkretno govorili o količini telesne aktivnosti proučevanih družinskih članov kot pomembnega elementa »zdravega življenjskega sloga«. Glede na specifično proučevanega vzorca (nizka starost otrok in zaposlenost staršev) ter izvajanje neformalnih športnih aktivnosti (gre za skupne prostočasne dejavnosti) njihovo aktivnost najjasneje ponazori definicija *gibalne/športne aktivnosti*.

Izraz *gibalna/športna aktivnost* (v nadaljevanju GŠA) je splošni izraz, ki vključuje kakršnokoli gibanje, ki se odraža v večji energetski porabi, kot je to značilno za mirovanje. Velikokrat se pojem »šport« lahko neustrezno uporablja namesto pojma GŠA, saj predstavlja le tisti njen del, ki vključuje sestavljeno in strukturirano gibalno aktivnost, ki je navadno nadzirana in katere vodilo je ohranjanje ali razvijanje motorične učinkovitosti s ciljem doseganja športnega rezultata. Z namenom, da se izboljša raven gibanja oz. poveča količina GŠA proučevane populacije, kar posredno pomeni tudi izboljšanje zdravstvenega statusa, splošnega počutja in telesne pripravljenosti, pa je pomembno vključevati in obravnavati vse načine in oblike GŠA, vključno z gibanjem med delom, gibanjem doma oz. v prostem času kot tudi izvajanje določenih športov (Pišot po Mutrie 2008; Biddle in Mutrie 2007).

Medicinska stroka v politikah, strategijah in medicinskih besedilih priporoča redno GŠA (angl. *Physical activity*) kot enega od ključnih dejavnikov zdravja (Frohlich in drugi 2001). Poleg tega GŠA predstavlja tudi enega od pomembnih pozitivnih načinov sicer binarne narave

življenjskega sloga, poleg zdrave prehrane glede na človekove izbire in možnosti, ki imajo pozitiven učinek na zdravje (Gochman 2013), medtem ko nezdrava prehrana in drugo tvegano obnašanje predstavljata tisti drugi del praks, ki negativno vpliva na zdravje.

GŠA kot protiutež in ukrep neaktivnim praksam sodobnega sloga življenja ne zagotavlja le ustreznega telesnega razvoja in razvoja gibalnih sposobnosti (Biddle in drugi 2004; Hardy in drugi 2012; Hands 2008), temveč pozitivno vpliva tudi na posameznikov kognitivni, emocionalni in socialni razvoj (Janssen in Le Blanc 2010; Ekeland in drugi 2004; Steptoe in Butler 1996). Kljub temu da so koristni učinki GŠA za zdravje odraslih kot tudi otrok dobro znani in dokazani (O'Donovan in drugi 2010; Janssen in Le Blanc 2010; Reiner in drugi 2013), globalno ostaja pri določeni populaciji otrok in mladine problem prehranjenosti predvsem v določeni starosti (9- do 13-letnih dečkov in 8- do 12-letnih deklic<sup>6</sup>). Posebno pozornost pa je treba nameniti populaciji debelih 19-letnikov, ki dosegajo skoraj četrtno populacije (SLOfit2015), saj sta čezmerna telesna teža in debelost navadno povezani z nižjo stopnjo telesne sposobnosti in gibalne učinkovitosti (Kantomaa in drugi 2013). Raziskave potrjujejo, da je upad gibalnih sposobnosti v otroštvu povezan s prevzemanjem še dodatnih, med seboj povezanih nezdravih praks življenjskega sloga v mladostništvu (poleg neaktivnosti tudi kajenje, nezdrave prehranske navade in večja zloraba alkohola in drog) (Jurak 2006).

### 1.2.5 *Elementarni gibalni vzorci*

Človeka spremlja gibanje skozi celotno evolucijo, v kateri se je njegov razvoj stalno prilagajal njegovim aktivnostim in interakciji z okoljem. Po zadnji ledeni dobi je človek razvil določene gibalne strukture in funkcije (bipedalnost, gibalni vzorec diagonalne recipročne aktivacije idr.), ki so oblikovale učinkovit lokomotorni aparat (Bramble in Lieberman 2004), kar mu je posledično omogočilo preživetje. Če lahko trdimo, da je v preteklosti okolje ustvarjalo pogoje za človeka, da je tekkel, hodil, skakal in plezal ter tako vzpostavljaj funkcionalne zmožnosti, ki so mu omogočale, da je preživel, je očitno, da današnje okolje s tehnološkim razvojem žal tega ne omogoča več oz. ne spodbuja. Nove tehnologije, ki naj bi človeku olajšale in poenostavile življenje (motorizacija v transportu, delovni in gospodinjinski stroji, informatizacija ipd.), hkrati zmanjšujejo potrebo po gibanju in splošno gibalno učinkovitost človeka.

Usvajanje različnih načinov gibanja, ki so večinoma filogenetsko pogojeni, prirojeni in značilni za človeka, je za otrokov razvoj in proces usvajanja gibalnih kompetenc zelo pomembno.

---

<sup>6</sup> Podatki so vzeti iz Poročila SLOfit 2015 – *Analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2014/15*. UL, Fakulteta za šport, Ljubljana. Avtorji: Gregor Starc, Janko Strel, Marjeta Kovač, Bojan Leskošek, Gregor Jurak.

Elementarne gibalne vzorce (v nadaljevanju EGV) lahko opredelimo kot »preproste gibalne vzorce, ki se pojavijo zgodaj v otrokovem razvoju in služijo kot osnova za oblikovanje poznejših gibalnih stereotipov. EGV, kot so hoja, tek, skok, plezanje, plazenje, lazenje, met, brcanje in drugi, so nujni za skladen gibalni razvoj človeka in so v posameznikovi gibalni potrebi usmerjeni predvsem v zadovoljevanje kvantitativne razsežnosti gibanja in doseganje cilja« (Videmšek in Pišot 2007). Pri tem EGV predstavljajo pomembno osnovo za nadaljnji razvoj gibalnih stereotipov, ki nam omogočajo interakcijo z okoljem in kakovostno gibalno manipulacijo. Otrok pridobi ustrezne gibalne kompetence le, če je v zgodnjem razvojnem obdobju deležen ustreznih gibalnih izkušenj tako v količini kot kakovosti (Plevnik in Pišot 2016, 29).

Neustrezno usvojeni EGV lahko negativno vplivajo na nadgradnjo gibalnih stereotipov in posledično na neustrezno in neredno GŠA v odraslosti (Pišot in drugi 2010; Pišot in Šimunič 2013). Barnett in drugi (2009) izpostavljajo, da je gibalna uspešnost v otroštvu pozitivno povezana z nadaljnjo udeležbo v prostih ali organiziranih oblikah GŠA tudi v mladosti. Neustrezna prilagoditev oz. razvoj skeletno-mišičnega sistema imata lahko številne negativne posledice, ki se pozneje kažejo v življenju in delu ter kot najpomembneje v zdravju posameznika. Slednje nas obvezuje, da gibalnemu razvoju in pridobivanju gibalnih kompetenc namenimo ustrezno pozornost že v najzgodnejših letih življenja. Le tako bomo odraslim omogočili vzpostavitev lokomotorne aparata, ki bo zagotavljal gospodarnost gibanja, da bi se izognili boleznim in poškodbam ter tako prispevali h kakovosti življenja in delovni učinkovitosti posameznika. Gallahue in drugi (2012) izpostavljajo, da je spremljanje in vrednotenje EGV nujno iz vsaj treh razlogov: i) ugotavljanja globalnega vpliva sprememb življenjskega sloga; ii) povečanja gibalnih kompetenc otroka in iii) možnosti njihove nadgradnje – motoričnega učenja. Prvim raziskavam, ki so vključevale analizo EGV iz sedem- in osemdesetih let (Bernstein 1967; Wickstrom 1977), so pozneje sledile raziskave, ki so proučevale širši vpliv GŠA na človeka. V raziskavah (Barnett in drugi 2008; Barnett in drugi 2009) ugotavljajo, da so otroci z bolj razvitimi elementarnimi gibalnimi strukturami/vzorci bolj verjetno tudi več gibalno/športno aktivni, imajo boljše gibalne in funkcionalne sposobnosti ter je manj verjetno, da so čezmerno težki ali debeli v primerjavi s tistimi otroki, ki EGV nimajo razvitih v taki meri (Hardy in drugi 2012; Lubans in drugi 2010). Nadalje so ti otroci bolj verjetno aktivni tudi v mladosti (Barnett in drugi 2009) in imajo tudi višjo stopnjo funkcionalnih sposobnosti (Barnett 2008). Ob tem ugotavljajo, da je razvoj EGV pri še vedno visokem deležu

današnjih otrok<sup>7</sup> neskladen oz. nezadovoljiv (Bernett in drugi 2013; Hands 2008; Plevnik in Pišot 2016). Neustrezna usvojitev EGV se najpogosteje povezuje z neskladno telesno rastjo (Pišot in drugi 2005) in nizko gibalno kompetenco (Videmšek in drugi 2007; Hardy in drugi 2012), ki posledično vodi tudi v poškodbe otrok. Te nastanejo predvsem zaradi padcev (Ball 2002; NIJZ 2009), za kar se izpostavljajo predvsem nezadostni usvojeni vzorci plezanja.

Pri ugotavljanju in analiziranju neskladnosti oz. skladnosti EGV je treba upoštevati, da se skladnost in koordinacija gibanja s starostjo izboljšujeta. Otrok namreč na ravni do rudimentalne gibalne stopnje (starosti dveh let) EGV usvoji spontano v razvoju, za doseganje kakovostnejše in učinkovitejše izvedbe teh pa sta pozneje pomembni količina in kakovost gibalnih izkušenj (Gallahue in drugi 2011). Kljub izpostavljanju pomembnosti primarnega in sekundarnega okolja za razvoj EGV pa pri pregledu literature nismo našli ugotovitev, kako se skladnost oz. neskladnost EGV in posledično učinkovitost gibanja povezujeta z življenjskim slogom otroka oz. njegove družine.

Prav EGV so temeljna podlaga in osnovna nadgradnja razvoja kompleksnejših in zahtevnejših gibanj, ki jih posameznik razvija in usvaja med življenjem. Telesni kapital se tako začne graditi prav na teh preprostih funkcionalno-naravnih gibanjih, gibanjih, ki so prirojena in se pojavijo sama (npr. plazenje in lazenje, hoja, tek, plezanje). Slednja pomenijo osnovo za razvoj gibalnih stereotipov, ontogenetsko pogojenih gibanj, ki se jih v življenju naučimo in so usmerjena v zadovoljevanje kakovostne razsežnosti gibanja (sestavljene oblike gibanja z uporabo pripomočkov, npr. pisanje, igranje glasbil ali športi: kolesarjenje, plavanje, smučanje, rolikanje, tenis) (Pišot in Jelovčan 2012). Neskladni razvoj EGV in pomanjkanje teh elementarnih gibalnih spodbud lahko predstavljata odločilno zavoro v gibalnem razvoju ter vodita v neaktiven življenjski slog. Kot je nakazano tudi v raziskavi slovenskih srednješolk in

---

<sup>7</sup> Dve tretjini šestletnikov v Avstraliji ni dovolj spretnih v lokomotoričnih gibalnih vzorcih (tek, skok, poskoki), dve tretjini deklic ter četrtnina dečkov pa beležita nizko raven kontrole nad objekti (lovljenje in metanje žoge ipd.). Rezultati skladnosti izvedbe EGV iz projekta »Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno-mišičnega sistema na nekatere dejavnike sodobnega življenjskega sloga otrok med 4. in 7. letom starosti« je prav tako pokazala, da tudi v Sloveniji (Obalna regija) veliko otrok v obdobju od 4 do 6 let neskladno hodi (74 % pri 4 letih, ki pade na 12,2 % pri 6 letih) (Marušič in Gerževič v Plevnik in Pišot 2016), deloma skladno in neskladno plazi med 45 in 11 % otrok pri starosti 4 let ter 41 in 2 % otrok pri 6 letih (Čeklič in drugi v Plevnik in Pišot 2016). Pri gibalnem vzorcu plezanja je neskladnost izvedbe podobna (42 % pri starosti 4 let in pričakovan upad pri 6 letih, kjer je le še 12,8 % otrok, ki ne pleza skladno) (Plevnik v Plevnik in Pišot, 2016). Tudi precej velik delež otrok se beleži pri gibalnem vzorcu vertikalni skok, kjer pri starosti 4 let beležimo 65,8 % nekoordiniranih, v starosti 6 let pa le še 16,5 %, kar kaže, da preiskovani otroci najvišji napredek v koordinaciji beležijo med 4. in 5. letom starosti (Koren in drugi, v Plevnik in Pišot 2016). Iz navedenega je razvidno, da se skladnost in koordinacija gibanja s starostjo izboljšata, saj gre za določeno mero spontane usvojitve EGV ob normalnih pogojih, za nadaljnjo kakovostnejšo in učinkovitejšo izvedbo pa sta pomembni količina in kakovost gibalnih izkušenj (Gallahue in drugi 2011).



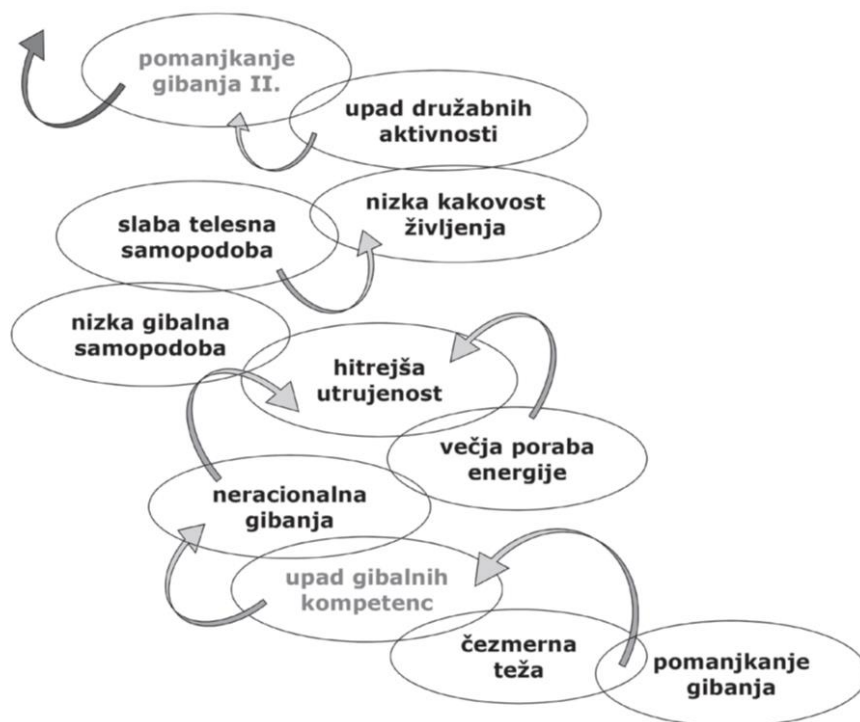
srednješolcev (Jurak 2006), lahko neaktiven slog v adolescenci vodi tudi do t.i. nezdravega (»cigaretno-kavnega«) življenjskega sloga kot antiteze aktivnemu/športnemu življenjskemu slogu.

Primarni namen raziskovanja EGV kot temeljnih gradnikov gibanja je predvsem analiza trenutnega stanja ter iskanja možnosti napovedovanja neustreznih adaptacij in anomalij v gibalnem razvoju, ki ga največkrat spremljamo z različnimi merskimi baterijami.<sup>8</sup> Z razvojem gibalnih kompetenc pa primerno razviti EGV omogočajo zagotavljanje, ne samo zdravja, temveč tudi splošnega zadovoljstva z življenjem. Pomanjkanje gibanja in posledice tega v telesnem in gibalnem razvoju otroka dobro ponazori spiralni model dejavnikov gibalne/športne neaktivnosti (Pišot in Šimunič 2005), saj prav gibalna neaktivnost oz. premalo gibanja kot prvi člen lahko vodi v čezmerno telesno maso, ta pa v upad splošnih gibalnih kompetenc. Če se to zgodi v zgodnjem otroštvu, se nezadostne gibalne kompetence izražajo v neracionalnem gibanju, ki vodi v povečano porabo energije in hitrejšo utrujenost, ta pa se lahko izrazi v nizki gibalni samopodobi (nezadovoljstvo s svojo gibalno podobo oz. učinkovitostjo; strah in odpor do GŠA) ter posledično v nizki telesni samopodobi. Navadno nizka telesna samopodoba vpliva na participacijo v družabnih aktivnostih, posredno pa tudi na ne vključenost v različne oblike in vsebine GŠA. Vse to lahko negativno vpliva na kakovost življenja ter splošno zagotavljanje in ohranjanje zdravja posameznika ob zanemarjanju socioekonomskih dejavnikov, ki v določeni meri tudi vplivajo na dejavnike gibalne neaktivnosti, predstavljene v spiralnem modelu.

---

<sup>8</sup> Merska baterija, ki smo jo uporabili v raziskavi, sestavlja: merjenje antropometričnih in morfoloških značilnosti, merjenje izbranih parametrov statične moči, merjenje višine skoka z in brez rok na tenziometrijski (pritiskovni) plošči, merjenje časovno-prostorskih ter dinamičnih parametrov med hojo in tekom po tekoči preprogi, merjenje parametrov ravnotežja med stojo na pritiskovni preprogi, merjenje gibalnih nalog plezanja ter plazenja, merjenje gibalnih testov koordinacije celega telesa, merjenje volumna ter togosti Ahilove tetive z ultrazvokom in merjenje časovno-prostorskih parametrov ter parametrov mišične aktivacije med hojo, tekom, skokom.

Slika 1.1: Spiralni model dejavnikov gibalne/športne neaktivnosti



Vir: Pišot in Šimunič (2005)

### 1.2.6 Gibalne kompetence

Ko govorimo o kompetencah, s katerimi naj bi otroke seznanili v času njihovega razvoja, govorimo največkrat o ključnih kompetencah, ki jim omogočajo uspešno preživetje v družbi. Po navajanju Hardmana (2011) ob osnovnih spretnostih, ki jim največkrat pripišemo besedilno (jezikovno) in računsko pismenost, vedno bolj stopajo v ospredje spretnosti, ki bodo potrebne za konkurenčen vstop na trg dela, npr. spretnosti komuniciranja, znanje IT, uspešnost pri učenju in izvajanju, zmožnosti prilagajanja, sodelovanja in reševanja problemov ter še mnoge druge spretnosti, ki se spreminjajo ali pojavljajo posledično z družbenimi spremembami. Navadno se gibalne kompetence pojavijo kot glavni cilj kurikulumu športa, saj pomenijo usvajanje telesnih in gibalnih spretnosti, ki so navadno povezane z aktivnostmi iz vsebine predmeta športa. Po Gallahueu in Ozmunu (2006) otrok usvaja širok spekter omenjenih EGV oz. elementarnih gibalnih spretnosti, zato je prav raznovrstna in strukturirana GŠA poleg pomembnih drugih (staršev, sorojencev in sovrstnikov) tista, ki zagotavlja usmeritev, spodbudo ter možnost za razvoj teh spretnosti že v predšolskem in šolskem obdobju. Razvoj gibalnih (telesnih) kompetenc je pomemben za pridobivanje sposobnosti, da so se npr. otroci sposobni gibati učinkovito, uspešno in varno ter da razumejo pomembnost kompetenc. Nadalje Hardman (2011) razširja kontekst gibalne kompetence z definiranjem telesne pismenosti kot »motivacije, zaupanja, gibalne kompetence, znanja in razumevanja za zagotavljanje GŠA v celotni

življenjski dobi ter poudarja, da je gibanje osnovna bit človeka, ki mu zagotavlja zdravje ter maksimalno korist telesa.

Medtem ko Hardman (2011) navaja gibalno (telesno) kompetenco kot pomembno za pridobivanja gibalne (telesne) pismenosti, lahko gibalno kompetenco pojmuje tudi kot rezultat interakcije med gibalnimi sposobnostmi in gibalnimi znanji. V okviru GŠA pridobivajo otroci in mladostniki številne izkušnje in znanja, ki se v interakciji z gibalnimi sposobnostmi odražajo v njihovi gibalni kompetenci (Eid 2007). Razvoj gibalnih kompetenc je spremljan z usklajenim (vzporednim) razvojem potrebnih gibalnih (motoričnih) spretnosti in znanjem (Pišot 2012, 40). Gibalna kompetenca določa posameznikovo zavedanje lastne učinkovitosti na telesnem in športnem področju ter je odločilna za uspešno učenje in izvajanje gibalnih spretnosti (Pišot in drugi 2010; Planinšec 2002). Prav tako se razsežnosti zaznane gibalne kompetence odražajo tudi na kognitivnem, čustvenem in socialnem področju otrokovega delovanja (Kalaja in drugi 2009).

Ocena lastne gibalne kompetence vpliva na otrokovo motivacijo za ukvarjanje z gibalno/športno aktivnostjo (Harter 1999). Obstaja namreč velika verjetnost, da nizka ocena gibalne kompetence vodi k zmanjšanju motivacije za sodelovanje v športnih aktivnostih, nasprotno pa visoka gibalna kompetenca vpliva na pogostejše športno udejstvovanje, saj so posamezniki z višjo zaznano kompetenco bolj notranje motivirani pri uresničevanju visokih izzivov, vztrajnejši in manj anksiozni med gibalno aktivnostjo. Tudi Weiss in Ferrer-Caja (2002) sta v svoji raziskavi ugotovila, da je zaznana gibalna kompetenca eden močnejših prediktorjev notranje motivacije pri športni vzgoji. Zaznava posameznikove gibalne kompetence vpliva tako na športne dosežke kot tudi na motivacijsko usmerjenost v GŠA.

Ena od pomembnih determinant gibalne/športne aktivnosti otrok in mladostnikov je preprosto doživljanje veselja med samo aktivnostjo. Rezultati številnih študij so namreč pokazali, da prav tiste aktivnosti, ki so za mlade zabavne, zanimive in zanje predstavljajo izziv, v največji meri vplivajo na motivacijo za gibalno udejstvovanje (Sallis in drugi 2000). Po navedbah Barona in Downeyjeve (2007) pa zaznave kompetentnosti in avtonomnosti ter doživljanje uspeha vodijo do občutkov veselja, uživanja in zadovoljstva ob aktivnosti, zmanjšujejo morebitne negativne izkušnje in spodbujajo pozitivno naravnost in privlačnost za prihodnje gibalno vedenje (Dolenc in Pišot 2013).

### 1.3 Pregled relevantnosti tem proučevanja

Pri proučevanju obsežnega korpusa znanstvenih publikacij (predvsem z medicinskega, športnega in kineziološkega področja) smo opazili predvsem nedosledno rabo termina »življenjski slog«, ki se očitno replicira iz medijske in tržne popularnosti ter ne daje jasnih (socioloških) definicij, kaj je življenjski slog, temveč izpostavlja dejavnike oz. elemente življenjskega sloga ali pa konkretne prakse delovanja. Zato se strinjam s trditvama M. Sobela (1981), da je življenjski slog »najpogosteje zlorabljen termin«, in D. Chaneya (1996), »da je to termin, ki je lahko tako zelo »nejasen«. To mu utrjuje tudi položaj popularnega javnega diskurza, kjer postajajo življenjski slogi vse bolj popularni tudi v izpeljanki »zdravega« življenjskega sloga, ki govorijo o »zdravem življenjskem slogu«. Zaradi aktualne vrednosti zdravja in individualizacije skrbi za zdravje mu popularnost še narašča.<sup>9</sup>

Najpogosteje se v kontekstu opredelitve »zdravega življenjskega sloga« pojavljajo prakse delovanja oz. potrošnji vzorci, ki jih opredeljuje tudi medicinski model Cockerhaimove (2005) paradigme »zdravega življenjskega sloga«, in sicer: prehranske prakse, telesna aktivnost (GŠA) in prakse s tveganim vedenjem za zdravje (navadi: kajenje in čezmerna poraba alkohola).

Širši vpogled v teoretske koncepte življenjskih slogov kot povezave družbene strukture s človekovimi kulturnimi viri in vedenjskimi vzorci smo našli v delih pomembnih tujih avtorjev (Webra, Chaneya in Bourdieua), v katerih definirajo in operacionalizirajo pojem življenjskega sloga. S predstavitvijo Cockerhaimove (2005) paradigme zdravega življenjskega sloga in Abelovega (2007) koncepta zdravega življenjskega sloga v promociji zdravja pa opozorimo na dejavnike oblikovanja zdravih življenjskih slogov. Med domačimi avtorji se z operacionalizacijo pojma življenjski slog ukvarjata predvsem avtorici M. Ule (2002) in B. Luthar (2002), ki poudarita dve značilnosti življenjskega sloga, in sicer »pripadnost« in »razlikovanje« kot izvedbeno konstruiranje simbolne družbene neenakosti (Luthar 2002, 88).

---

<sup>9</sup> Pregled tujih spletnih virov nam potrjuje popularnost termina *Healthy lifestyle*, saj smo samo v splošnem iskalniku »Google Scholar« našli več kot 95.700 zadetkov (referenc) »zdravega« življenjskega sloga, kjer prevladujejo članki medicinskih revij. Precej manj, vendar vseeno veliko število, več kot 1860 zadetkov smo našli v slovenskem jeziku, kjer prevladujejo prispevki v povezavi z zdravstvenim statusom in dvema najpogostejšima determinantama zdravega življenjskega sloga: gibalni/telesni/športni aktivnosti (več različnih terminov, op. S. P.) ter zdravo prehrano. Pogosto se »zdrav življenjski slog« navaja kot preventiva pred nenalezljivimi kroničnimi boleznimi srca in ožilja ter v povezavi z značilnostmi, specifičnimi družbenimi skupinami: otroki, mladostniki, zaposlenimi odraslimi in starostniki.

Tudi na poljudnem polju najdemo več kot 149.000 zadetkov na spletnem brskalniku Google, kjer prevladujejo informacije o različnih projektih, iniciativah, predvsem s strani pristojnih ministrstev, v obliki smernic, programov ter ozaveščanja o zdravem življenjskem slogu. Vsem pa je v večini skupno, da uporaba termina »zdrav življenjski slog« ne ponuja operacionalizacije pojma, kot tudi ne interpretacije, kaj ta sploh je oz. kaj obsega. Obstajajo tudi specifični spletni strokovni portali, ki ponujajo različne informacije o zdravem življenjskem slogu, npr. [www.nijz.si](http://www.nijz.si); [www.domusmedica.si](http://www.domusmedica.si); [www.aktivni.si](http://www.aktivni.si).

Pri proučevanju problemskega izhodišča – pomena zadostne količine GŠA populacije otrok oz. pojava mnogoterih negativnih posledic upada GŠA na gibalni razvoj in zdravje (čezmerna telesna teža, nižja samopodoba) ni bilo težav. Pomembnost GŠA kot posameznikovega delovanja za ohranjanje in krepitev zdravja (Janssen in drugi 2010; Reiner in drugi 2013; O'Donovan in drugi 2010) oz. GŠA kot ene od pomembnih determinant pri oblikovanju »zdravega življenjskega sloga« potrjuje tudi zadovoljiva količina relevantne znanstvene literature.

Nadaljnji fokus proučevanja je predstavljal telesni kapital, kjer smo se oprli na teoretična izhodišča dela P. Bourdieuja *The forms of Capital* (1986), ki kapitale definira kot »akumulacijo dela, ki se pojavljajo kot materializirani ali utelešeni v različnih oblikah: kot ekonomski, socialni in kulturni kapital (1986). Za naše nadaljnje delo je pomembna operacionalizacija telesnega kapitala kot utelešenega kulturnega kapitala, ki jo je po Bourdieu opredelil C. Shilling (1991).

Tudi delo T. Abela *Cultural capital in health promotion* (Abel 2007) nam je služilo kot izhodišče v razumevanju kulturnega kapitala v družbenem vzorčenju »zdravih življenjskih slogov« kot nujnemu za učenje in prevzemanje tistih vzorcev življenjskih slogov, ki so primerni socioekonomskemu in kulturnemu okolju, v katerem ljudje živijo. Pri tem mora biti oblikovanje prilagojeno na materialne in nematerialne vire ter razpoložljive možnosti (Abel 2007).

S tematiko proučevanja GŠA družin in »zdravega življenjskega sloga« se ukvarja tudi J. Zajec v doktorski disertaciji *Povezanost športne dejavnosti predšolskih otrok in njihovih staršev z izbranimi dejavniki zdravega načina življenja* (Zajec 2009). Ker avtorica v analizi kvantitativnih kazalcev ne zajame sociološke operacionalizacije življenjskega sloga, koncepta zdravja ter značilnosti družine v postmodernosti, je namen te disertacije tudi, da to vrzel odpravi.

## 1.4 Opredelitev problema in raziskovalnih vprašanj

V novejših raziskavah poudarjajo, da je problem čezmerne telesne mase otrok in mladostnikov najpogosteje povezan z neaktivnostjo oz. sedečim slogom življenja (Biddle in drugi 2004; Sorić in Mišigoj-Duraković 2010; He in drugi 2010). Izsledki nekaterih študij nakazujejo upad GŠA<sup>10</sup> otrok že ob vstopu v šolo (Volmut in drugi 2013), ki se nadalje beleži tudi v višjih razredih (Ortega 2013). Otroci se neodvisno od starosti vključujejo v oblike zmerne in visoke intenzivnosti, kjer imamo sicer veliko različnih podatkov o deležu otrok, ki dosega zadovoljivo raven GŠA med tednom (Jurak in drugi 2015; Sember 2016), hkrati pa se opozarja na prevelik upad količine GŠA<sup>11</sup> med vikendi in počitnicami (Jurak 2015; Volmut in drugi 2013).

Redna GŠA aktivnost med otroštvom poleg zdrave prehrane lahko vodi do izboljšanja več psiholoških in morfoloških spremenljivk otrok in mladostnikov (Owen in drugi 2010). V nekaterih raziskavah poročajo, da so neaktivni otroci izpostavljeni povečanju tveganja boleznih metabolnega (Ekelund in drugi 2002) in kardiovaskularnega sistema (Andersen in drugi 2006), kar je neodvisno od njihove telesne mase. GŠA v otroštvu in mladosti je pomembna tudi za izgradnjo kostne strukture in prispeva k normalnemu skeletnemu razvoju (Dietz 1998). Ne nazadnje je GŠA povezana tudi z boljšim psihološkim zdravjem, ki se kaže v boljši samopodobi (Biddle in Asare, 2011) ter manjši stopnji anksioznosti in stresa (Mutrie in Parfitt 1998). Manj GŠA v mladosti je lahko predispozicija za razvoj sedentarnega življenjskega sloga v odraslosti (Telama 2009; Barnett in drugi 2009).

Ob izpostavljanju problema neaktivnosti otrok in mladostnikov je treba opozoriti tudi na zmanjševanje možnosti za vsakodnevno GŠA zunaj vrtca in šole. Tako stanje je posledica kombinacije različnih dejavnikov, ki jih je izpostavili že Fras (2002) in so očitne tudi danes: zmanjšane dostopnosti do varnih površin za GŠA oz. primerne bivalnega okolja za GŠA (Salmon in drugi 2011), podpore in vodenja s strani odraslih (Pyper 2016), povečanje uporabe motoriziranih transportnih sredstev (Owen in drugi 2014) ter vse pogostejša uporaba informacijskih (zaslonskih) tehnologij, ki predstavljajo obliko preživljanja potega časa velikega

---

<sup>10</sup> V predhodnem poglavju 1.2.3 je bil že predstavljen pojem gibalna/športna aktivnost (v nadaljevanju GŠA), ki se uporablja kot splošni izraz, ki vključuje kakršnokoli gibanje, ki se odraža v večji energetski porabi, kot je to značilno za mirovanje. Pri tem gre lahko za športno aktivnost kot sestavljeno in strukturirano aktivnost ali pa za drugačne načine in oblike gibalne aktivnosti, ki se izvajajo med delom, doma oz. v prostem času in niso posebej strukturirane (Pišot po Mutrie 2008; Biddle in Mutrie 2007).

<sup>11</sup> \*Tj. dosega priporočeno vrednost Svetovne znanstvene organizacije, ki narekuje vsaj 60 minut zmerne GŠA dnevno.

števila otrok in mladostnikov (He in drugi 2010, Houghton in drugi 2015, Hayley in drugi 2017).

Problemu naraščanja čezmerno prehranjenih otrok se kot večina evropskih držav nismo mogli izogniti tudi v Sloveniji. Longitudinalno spremljanje indeksa telesne mase po sistemu SLOfit v letih od 1991 do 2011 (Kovač in drugi 2012) je izkazoval trend povečanja deleža čezmerno težkih in debelih otrok. Pri tem so bile najbolj izpostavljene generacije dečkov, starih od 11 do 13 let (28,4 do 31,4 %), in deklic, starih od 8 do 12 let (25 do 27 %). Delež čezmerno težkih deklic in debelih dečkov je najbolj naraščal med letoma 2006 in 2011. Podobno so nakazovali povečanje čezmerno prehranjenih in debelih otrok tudi podatki iz raziskave *Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oz. 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji med letoma 2003 in 2005*. Med petletniki se beleži kar 18,4 % dečkov in 20,9 % deklic s čezmerno telesno maso ter 9 % dečkov in skoraj 8 % deklic, ki so debeli (Avbelj in drugi 2005). Treba je izpostaviti, da je Sloveniji kot eni od redkih držav v svetu leta 2010 uspelo obrniti trend naraščanja deleža čezmernih in debelih otrok in mladostnikov (Poročilo SLOfit 2015), še vedno pa je treba temu problemu nameniti dovolj pozornosti. Iz poročila SLOfit za šolsko leto 2014/15 izhaja pozitiven trend nižanja deleža predebelih osnovnošolcev (20 % dečkov med 11. in 13. letom; 19,5 % deklic med 9. in 11. letom), kar se argumentira kot pozitivno posledico intervencijskega programa »Zdrav življenjski slog« in uvedbo izbirnega predmeta šport v drugo triletje osnovne šole. Ob tem pa skrb vzbujajo naraščajoči delež predebelih srednješolcev, predvsem je ogrožena starostna skupina 19-letnikov, ki je v letu 2014/15 dosegla že skoraj četrtino populacije. Medtem ko populacija 6-letnih otrok (10,2 % dečkov in 13 % deklic predebelih) ohranja trend zniževanja čezmerne prehranjenosti in debelosti (SLOfit 2015).

Neaktivnost in čezmerna prehranjenost negativno vplivata na skladen in zdrav telesni razvoj otroka. Tako telesni kot gibalni razvoj potekata od preprostih refleksnih gibov do hotenih in sestavljenih gibanj. Nekateri refleksni gibalni vzorci, ki se pri otroku razvijejo zelo zgodaj, služijo kot osnova za nadaljnji razvoj elementarnih gibalnih vzorcev (EGV) in pozneje gibalnih stereotipov (Gallahue in Ozmun 2012). Kakovost in količina motoričnih stimulusov predvsem v obdobju od 6. do 10. leta starosti sta za otroka zelo pomembni, vendar raziskave kažejo, da otroci v tem obdobju niso gibalno dovolj učinkoviti (Jürimäe in drugi 2007, Strel in drugi 2007). Starejši otroci se vedno pogosteje srečujejo z vrsto težav, ki so posledica neustreznega zgodnjega otroškega gibalnega razvoja (Pišot in drugi 2005), vendar pa ustrezne kineziološke

intervencije (npr. dodatni uri športa tedensko) lahko preprečijo upad oz. zagotovijo izboljšanje gibalnih sposobnosti otrok (Jurak in drugi 2011).

Delovanje posameznika, v disertaciji imamo v mislih otroka, se formira v primarni celici – družini, ki ga s primarno socializacijo opolnomoči za bivanje in delovanje v družbi. Definiranje smiselnega delovanja posameznika potrebuje interpretacijo njegovega habitusa in življenjskega sloga ter njegov odnos do njegovega najožjega okolja bivanja – njegovega lastnega telesa kot delujočega organizma, njegovega pomena, vloge in učinkovitosti delovanja, neodvisnosti ter zadovoljstva z lastno funkcionalnostjo. Funkcionalnost človekovega delovanja v smislu samozadostnosti največkrat opredeljujemo z zadovoljivimi gibalnimi kompetencami<sup>12</sup>, ki so rezultat njihovih sposobnosti ter izkušenj in znanj, ki jih otroci in mladostniki pridobivajo z GŠA. Zato je GŠA, ne samo pomemben dejavnik posameznikovega gibalnega razvoja, temveč ga tudi medicinska stroka izpostavlja kot enega od ključnih dejavnikov zdravja (Frohlich in drugi 2001). Redna GŠA v zdravstvenem diskurzu nastopa kot protiutež in ukrep neaktivnim praksam, torej gibalni neaktivnosti, ki smo jo izpostavili kot problem, ki se pojavlja že v populaciji otrok in nosi neugodne posledice za zdravje. GŠA v medicinskem modelu »zdravega življenjskega sloga« predstavlja pomembno pozitivno prakso življenjskega sloga, ki s komplementarnim prakticiranjem drugih praks (zdrava prehrana in izogibanje tveganim praksam za zdravje) še poveča pozitiven učinek na zdravje.

Glede na izpostavljen problem neaktivnosti, ki ga proučujemo v kontekstu družine in njene družinske dinamike, je namen doktorske disertacije:

- raziskati, kako GŠA v »zdravem življenjskem slogu družine« vpliva na oblikovanje telesnega kapitala otroka;
- ugotoviti, ali je glede na obstoječe teorije in koncepte »zdravih življenjskih slogov« mogoče opredeliti meje »zdravega življenjskega sloga« ter ga kot takega vrednotiti glede na medicinske in druge doktrine »zdravega življenjskega sloga«.

Predstavljena problematika nam služi kot osnova za izhodiščno tezo, kjer predpostavljamo, da »zdrav življenjski slog družine« z zadovoljivo ravniyo GŠA zagotavlja ustrezen otrokov razvoj EGV, ki služi kot osnova za oblikovanje poznejših gibalnih stereotipov, ki pomenijo gibalno učinkovitost oz. »telesni kapital« otroka. Zaradi navedenega smo si zastavili naslednje

---

<sup>12</sup> Pomen gibalnih kompetenc v polju telesnega kapitala predstavlja osnovo za nadaljnjo akumulacijo utelešenega kulturnega kapitala oz. ga lahko razumemo kot okus (Bourdieu v Shilling 1991, 655), ki je materializiran s telesom in deluje v relaciji med znanji, izkušnjami ter človekovimi sposobnostmi.



raziskovalno vprašanje: *V kolikšni meri GŠA kot determinanta »zdravega življenjskega sloga družine oz. družinskih članov« oblikuje telesni kapital otroka, ki se manifestira v gibalni učinkovitosti otroka?*

Pri iskanju odgovora smo se soočili s problemom objektivacije teoretičnega okvirja »zdravega življenjskega sloga«, saj metodologija, ki bi merila in razlikovala med »bolj« ali »manj« zdravimi življenjskimi slogi, kot taka ne obstaja. Kljub zavedanju, da je življenjski slog fluidna kategorija, smo v iskanju odgovora na gornje raziskovalno vprašanje objektivnost »zdravega življenjskega sloga« poskusili uresničiti z modelom vrednotenja elementov »zdravega življenjskega sloga družine« (v nadaljevanju model ZŽSD). Ob tem smo pri konceptualizaciji »zdravega življenjskega sloga« že pri pripravi dispozicije izhajali iz popularnega diskurza oz. medijske prepoznavnosti termina »zdrav življenjski slog«, ki je temeljilo na paradigmi in medicinskem modelu »zdravega življenjskega sloga« (Cockerham 2005) (podrobneje predstavljen v poglavju 3.3.4). Ob tem so se obravnavale družinske prakse, ki pravzaprav kažejo na izkustvene oblike življenjskega sloga in so že rezultat navedenih strukturnih spremenljivk. Slednje so predstavljene kot razredni položaj, ki ob starosti, spolu, etniji in bivalnih pogojih predstavlja družben kontekst za socializacijo in izkušnje, ki skupaj oblikujejo posameznikove možnosti za izbiro delovanja v smeri zdravega življenjskega sloga. Kot prakse delovanja smo proučevali družinske prakse, s poudarkom na prehranskih praksah, GŠA in predvsem tistih praks, ki so za zdravje škodljive ter jih opredeljujejo kot za zdravje tvegane prakse (čezmerna uporaba alkohola in kajenje). Nadalje smo proučevane spremenljivke, ki izhajajo iz Cockerhamove (2005) paradigme »zdravih življenjskih slogov«, želeli prikazati in z namenom vrednotenja prenesti v življenjski slog družine. Pri tem smo nenamerno zaobšli dejstvo, na katero opozarja M. Ule (2002), in sicer, da obstoj življenjskih slogov temelji na ravni socialnih pomenov in simbolne vrednosti, zato je treba paziti, da na življenjske sloge ne sklepamo kot na socialna dejstva s statističnimi in empiričnimi kategorizacijami. Prav to je pomenilo določeno omejitev ter hkrati izziv v nadaljnjem proučevanju »zdravega življenjskega sloga družine« in vrednotenju z zdravjem povezanih družinskih praks.

S postavljenim modelom ZŽSD omogočamo vpogled v relacije prisotnosti z zdravjem povezanih družinskih praks s poudarkom na GŠA družine in oblikovanjem telesnega kapitala otroka, zabeleženega v gibalni učinkovitosti. Slednja se beleži z meritvami in analizami učinkovitosti izvedbe baterije gibalnih testov kot rezultata skladnosti izvedbe EGV, ki nadalje razvrsti otroke iz družin glede na skupine. Model ZŽSD pa omogoča razvrščanje družine v skupine življenjskih slogov po določenih kriterijih.

Naslednje raziskovalno vprašanje: *»Kako družine oz. družinski člani v pozni moderni oblikujejo življenjski slog družine in ali je v skladu s trenutnimi medicinskimi in drugimi doktrinami »zdravega življenjskega sloga«?«*, smo si zastavili z namenom opazovanja delovanja družine, njene vsakdanje družinske dinamike in vpogleda v kontekst družine v pozni modernosti. Z opazovanjem dnevnih družinskih praks, predvsem v količini GŠA, smo preverjali, ali se tudi v našem primeru pojavljajo razlike v vzorcih prevzemanja »zdravih« in »nezdravih« navad, ki oblikujejo življenjske sloge, ter prevzemanja medicinskega diskurza »zdravega življenjskega sloga«, zato nas je zanimalo tudi: *Kakšne so povezave med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami in ali te izhajajo iz medicinskega modela »zdravega življenjskega sloga« (GŠA, prehranske prakse in druge prakse)?*

Družbeni razred kot strukturni dejavnik se navaja kot dejavnik, ki določa več vrst življenjskih slogov, predvsem pa definira razlike v količini GŠA, kjer sta tudi starost in spol pomembno povezana z GŠA otrok in mladostnikov (Cockerham 2005). Dejavniki, kot so socioekonomski status družine (v nadaljevanju SES), družinske prehranjevalne navade, dnevne družinske prakse in bivalno okolje, pomembno vplivajo na količino gibalne/športne aktivnosti otroka (Sallis in drugi 2000; Trost in drugi 2001; Trost in drugi 2003; Zajec 2009). Otroci z nižjim družinskim SES so v povprečju manj gibalno/športno aktivni kot njihovi vrstniki z višjim družinskim SES (Humbert in drugi 2006), kar lahko povežemo s tem, da dosegajo posledično nižjo učinkovitost izvedbe EGV oz. gibalno učinkovitost.

Tudi fizični dejavniki, kot sta bivalno okolje družine (dom, soseska, prizorišča GŠA) in oblika bivališča, z vidika dostopnosti in varnosti pomembno vplivajo na količino GŠA otroka in družine (Kerr in drugi 2006; Saelens in drugi 2003, Dowda in drugi 2011; Heitzer in drugi 2006). Bivalni pogoji sodijo v kategorijo strukturnih spremenljivk, ki se nanašajo na razlike v kakovosti bivanja in dostopa do osnovnih dobrin ter zagotavljanja osebne varnosti. M. Blaxter (2003) je v nacionalni britanski raziskavi ugotovila, da imajo bivalni pogoji pomembne posledice za k zdravju usmerjene prakse delovanja. Zdrav življenjski slog se je izkazal za najučinkovitejšega v pozitivnih pogojih in obratno manj učinkovit v negativnih bivalnih pogojih. V novejših raziskavah predstavljajo okoljski dejavniki enega od pomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na količino GŠA (Veitch in drugi 2013). Vključno z dostopnostjo ter možnostmi za varno gibanje in izvajanje drugih oblik športa lahko lokacijo bivanja (naselje, predmestje in urbano območje) pa tudi bivalne pogoje (bivanje v hiši z dvoriščem ali v stanovanju, bloku, urejenost okolice) štejemo za pomembne dejavnike, ki pogojujejo količino GŠA. Obstaja tudi manjši obseg raziskav, ki proučuje vpliv grajenega okolja in bivalnih

pogojev na otroke in mladostnike (Dowda in drugi 2011; Franzini in drugi 2009; Sallis in drugi 2000).

Vpliv navedenih dejavnikov na GŠA je znanstveno dokazan, zato smo preverjali: *Kakšne so povezave med gibalno učinkovitostjo otroka ter demografskimi, socioekonomskimi in bivalnimi dejavniki družine?*, tudi v primeru proučevanih družin in dosežene gibalne učinkovitosti otrok. Pri tem smo se osredotočili na demografske in socioekonomske značilnosti družin glede na položaj otroka po gibalni učinkovitosti.

Med socialne dejavnike, ki pozitivno vplivajo na ukvarjanje otrok in mladostnikov z GŠA, štejemo tudi različne oblike starševske podpore (Heitzler in drugi 2006; Welk in drugi 2003; Trost in drugi 2003; O'Loughlin in drugi 1999). Podpora staršev je zelo pomembna v obdobju otroštva, prav tako pa ostaja pomembna komponenta tudi v obdobju mladostnikove GŠA. Največkrat se pojavlja v obliki pohvale in drugih oblik podpore ter bolj aktivne udeležbe staršev v otrokovi GŠA (Beets in drugi 2010, Prochaska in drugi 2002). Ob tem izpostavljamo tudi dognanja avtorjev (Suominen in drugi 2014), ki potrjujejo, da stališča in vedenje staršev vplivajo na GŠA otroka oz. dokazujejo pozitiven medgeneracijski efekt prenosa praks GŠA iz staršev na otroke. Pri tem je ta pogostejši pri prenosu s staršev, predvsem očetov na moške potomce (sinove), medtem ko so matere pogosteje prenašalke kulturnih praks (obisk koncertov, kina ipd.). Tudi Seefeldt in sodelavci (2002) navajajo pomembnost, da GŠA izvira že iz otroštva. Če ta v primernih oblikah postane navada že v otroštvu, ostane redna oblika tudi v dobi adolescence in odraslosti.

Ob dejstvu, da zaposlenost obeh staršev še ne prinaša simetrične delitve družinskega dela v gospodinjstvu in skrbi za otroke, se delitev dela in vloge pri vzgoji v družini po spolu starša odraža tudi v starševski podpori pri udejstvovanju otroka v različnih oblikah GŠA. Ključna dejavnika poleg spola starša, ki vplivata na količino starševske podpore, sta tudi zaposlitveni status in organizacija delovnega časa staršev. Domnevamo, da se zaposleni starši soočajo tudi z enim od kritičnih dejavnikov sodobne družbe, in sicer s pomanjkanjem časa za starševstvo, ki se je v zadnjih desetletjih dramatično zmanjšal. Pomanjkanje časa za starševstvo, predvsem matere, zaradi še vedno prisotne asimetrične delitve družinskega dela (ter družbeno dodeljene odgovornosti za dom in družino) doživljajo kot dodaten pritisk (Ehrensaft v Pišot 2008). Ob tem je razpoložljivost prostega časa staršev odvisna tudi od razširjenosti socialnih mrež družine. Predvidevamo tudi, da očetje v naši raziskavi bolj verjetno prevzemajo tisti del družinskega dela, ki zadeva aktivnosti z otroki v prostem času (igra) in se pogosteje kažejo v vlogi učiteljev novih gibalnih spretnosti (igre z žogo, vožnja kolesa, plavanje), ter da med starši obstajajo

spolno specifične razlike v zagotavljanju starševske podpore, ki so posledica tradicionalne spolno asimetrične delitve družinskega dela (Rener in drugi 2006). Glede na navedeno nas je zanimalo tudi, *kako se v družinskih praksah reflektirajo imperativi sodobnega starševstva (»odgovornega« in »intenzivnega« starševstva, »protektivnega« otroštva, »aktivnega« očetovstva in »otrokocentričnosti«).*

Poznomoderni imperativi starševstva in vzgoje ter skrbi za otroke, konkretno imperativ odgovornega starševstva in percepcija lastne odgovornosti staršev, posredno terjajo od staršev doseganje ideala »popolnega« otroka brez pomanjkljivosti (Beck-Gernsheim in Beck 2002). Te spremembe se kažejo v smeri »zaščitniške« drže v smislu »nič ni dovolj dobro za mojega otroka«, zato ga je treba ustrezno zaščititi, obvarovati in dodatno spodbujati razvijanje otrokovih sposobnosti (Beck-Gernsheim in Beck 2002; Pišot in drugi 2008). V smislu spodbujanja se navadno razume izvajanje praks, ki otroku omogočajo nemoten razvoj in zdrav status, ki jih navadno prepoznamo kot vključevanje v organizirane aktivnosti (npr. na področju športa, glasbe ali jezikovni tečajji), predvsem z namenom, da se otroku nudijo dodatne možnosti za »boljši« razvoj. Hkrati pa se v »zaščitniški drži« lahko prepozna skrb mater za zdravje družinskih članov, ki se izraža v različnih praksah z namenom zagotavljanja in ohranjanja zdravja. Glede na spremembe v medicinskem diskurzu in reorganizacijo zdravstvenega sistema, kjer posamezniki postajajo vse bolj informirani in v odnosu do zdravnika in zdravstvenih storitev potrošniško naravnani (Kamin 2006, 40), predvidevamo, da so zaradi družbene vloge za neposredno skrb otrok matere tiste, ki v družini prevzemajo tudi skrb za zdravje. S tem namenom nadalje preverimo tudi: *Kakšno vlogo imajo matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom družine«?*

## 1.5 Vsebinski pregled po poglavjih

Doktorsko disertacijo sestavlja sedem poglavij. V uvodnem delu se dotaknemo širšega pogleda značilnosti pozne modernosti, predvsem z vidika individualizacije posameznika, ki na eni strani posamezniku ponuja svobodo za delovanje, po drugi pa mu nalaga odgovornost za to delovanje, predvsem ko je slednje usmerjeno v za zdravje tvegano vedenje, ki prinašajo bolezen in ne zagotavljajo trajnega ohranjanja zdravja. Ob tej dvojnosti družba prek ideologije preventive propagira zdrav življenjski slog kot način delovanja, ki naj ga posameznik izbere za lastno in splošno družbeno blaginjo. Družini, ki še vedno nosi vlogo socializacije otrok in zagotavljanja stabilizacije odraslih ob prisotni individualizaciji, ni vedno preprosto svobodno se odločati o delovanju in oblikovanju življenjskih slogov, saj ji družba skozi rutine, pravila in v določeni meri tudi skozi zakonodajo omejuje avtonomnost odločanja. Z osvetlitvijo osrednjega raziskovalnega problema, ki v središče postavlja problematiko gibalne neaktivnosti kot svetovnega trenda in GŠA kot njene protiuteži, se nadalje posvetimo proučevanju determinant (elementov) »zdravega življenjskega sloga družine«, determinirane z znanstvenim in strokovnim diskurzom. Kako družina oblikuje »zdrav življenjski slog« in v kakšni relaciji je njegova determinanta GŠA do oblikovanja telesnega kapitala otroka, je osrednje raziskovalno vprašanje, ki glede na koncept »zdravega življenjskega sloga družine« in vpetost družine v pozno modernost poraja še nadaljnja raziskovalna vprašanja. Slednja hkrati nosijo izziv možne objektivacije »zdravega življenjskega sloga družine, kjer se izpostavi problem vrednotenja in postavitve določene metodologije, ki razlikujejo med življenjskimi slogi družine. Uvod je namenjen tudi predstavitvi terminološke rabe pojmov in sintagem, ki so pomembni za razumevanje proučevane teme, ter pregledom relevantnih raziskav proučevanih znanstvenih področij. V zaključku uvodnega dela predstavim še vsebino disertacije po poglavjih.

Sledi drugo poglavje, ki smo ga namenili opredelitvi teoretskega okvirja, kjer predstavimo najpomembnejše koncepte za operacionalizacijo življenjskih slogov (poglavje 2.1) in »zdravih življenjskih slogov« (poglavje 2.2) ter konceptualizacijo »zdravega življenjskega sloga družine« (2.3). Z nadaljnjo predstavitvijo konceptov kapitala v kontekstu zdravja in »zdravega življenjskega sloga« ter konceptualizacijo telesnega kapitala (poglavje 2.4) kot gibalne učinkovitosti omogočamo tudi povezovanje teoretskega dela z empirijo v nadaljevanju disertacije. Pri tem smo izhajali iz del avtorjev M. Ule, D. Chaneyja, P. Bourdieua, T. Abela in C. Shillinga. Kot osnovni teoretski okvir ob Abelovem konceptu (2007) z zdravjem povezanega življenjskega sloga predstavljamo Cockerhamovo *Teorijo zdravega življenjskega sloga in konvergence delovanja in strukture* (2005), ki jo podrobno predstavimo po ključnih elementih

modela v shemi paradigme »zdravih življenjskih slogov« (glej poglavje 3.1.2), ki ga v nadaljevanju poskušamo uveljaviti tudi pri proučevanju »zdravega življenjskega sloga družine«.

Tretje poglavje predstavlja empirični del disertacije, ki je zaradi več različnih vidikov raziskovanja (kineziološki in sociološki) med kompleksnejšimi poglavji. Z namenom večje preglednosti na začetku predstavimo metodološki okvir (poglavje 3.1), sledi mu vzorčenje (3.2), kje predstavljamo vse proučevane populacije in spremenljivke, s katerimi smo se v raziskavi srečali. V sami vsebini se srečamo s populacijo preiskovanih otrok, ki so opravili longitudinalne meritve baterije testov EGV, ter s populacijo staršev, kjer smo življenjski slog družine zajeli z vprašalniki o vsakdanjih praksah družine in dodatnimi kvalitativnimi intervjuji. Nadalje predstavimo tudi merske postopke in merilno opremo (3.3.1), ki je bila potrebna pri izvedbi posameznih meritev, ter organizacijske naloge (3.3.2), potrebne za izvedbo meritev ter drugih segmentov raziskave. V podpoglavju (3.4.) sledita opis sedmih metodoloških korakov in razlaga izbranih metod, ki so bile uporabljene v analizi podatkov. Tu navajamo statistične metode za obravnavo kvantitativnih podatkov in predstavimo tudi model za vrednotenje elementov »zdravega življenjskega sloga«. Podrobneje so razloženi vsi metodološki koraki, kjer smo veliko pozornosti namenili tipologiji zdravega življenjskega sloga in postavitvi modela ZŽSD skupaj s kriteriji za razvrščanje proučevanih družin v določeno raven zdravega življenjskega sloga, ki mu sledi še razvrščanje otrok po skupinah glede na doseženo gibalno učinkovitost. Poglavje zaključujemo s predstavitvijo postopkov kvalitativne analize vprašalnikov in polstrukturiranih intervjujev (3.5).

Četrto poglavje je namenjeno analizi rezultatov, kjer najprej predstavimo rezultate kvantitativne analize (4.1). Sledi ji analiza učinkovitosti izvedbe baterije gibalnih testov – gibalna učinkovitost otrok ter analiza rezultatov razvrščanja v skupine življenjskih slogov posameznih družin. Pri tem sem namenila precej pozornosti značilnostim otrok, ki se uvrščajo v različne skupine glede na učinkovitost izvedbe EGV, in značilnostim njihovih staršev. Ob koncu je predstavljena kvalitativna analiza intervjujev s starši (4.2), ki omogoča sintezo rezultatov predhodnih kvantitativnih analiz za nadaljnjo diskusijo, ki ji je namenjeno naslednje, peto poglavje.

Diskusija v petem poglavju zajema povezavo kvantitativne analize s kvalitativno ter interpretacijo rezultatov in sinteze s teoretičnimi koncepti. Pri tem smo predstavili pomembne ugotovitve; v primeru ugotovljenih posebnosti diskusijo razširimo in dopolnimo z dodatno

interpretacijo dognanega. Zaradi večplastnosti raziskave smo interpretacijo rezultatov podali po metodoloških korakih, ki smo jo zaključili s sintezo teoretičnega dela in empirije.

Sklepne ugotovitve (5.2) ob koncu poglavja predstavljajo zaključno interpretativno vrednost disertacije, v kateri povzamemo pomembne ugotovitve. Diskusijo sklenemo z opredelitvijo omejitev raziskave, ki v določeni meri vplivajo na možnost posploševanja rezultatov in interpretacijo rezultatov.

Zaključek, ki predstavlja šesto poglavje, predstavlja sklepni del doktorske disertacije z refleksijo ugotovitev disertacije, kjer se najprej vračamo na izhodiščna vprašanja in interpretacijo rezultatov. Predstavimo ključne ugotovitve, ki smo jih aplicirali in potrdili s teoretičnimi koncepti. Poleg omejitev navedemo tudi možne aplikacije ugotovitev in znanstveni prispevek disertacije.

Sedmo poglavje pa je namenjeno navedbi virov, uporabljenih v disertaciji. Sledijo mu stvarno in imensko kazalo ter priloge.

## 2 PREDSTAVITEV TEORETSKIH KONCEPTOV

V teoretskem okvirju predstavimo najpomembnejše koncepte za nadaljnjo operacionalizacijo življenjskih slogov in »zdravih življenjskih slogov« ter »zdravega življenjskega sloga družine«, ki predstavlja osrednjo temo našega raziskovanja. S predstavitvijo teorije kapitalov v kontekstu zdravja in »zdravega življenjskega sloga« ter konceptualizacijo telesnega kapitala kot gibalne učinkovitosti pa nadalje postavljamo teoretični okvir za aplikacijo empiričnega dela proučevanih tem (npr. gibalne učinkovitosti, družinskih praks).

### 2.1 Koncept življenjskih slogov

Koncept življenjskega sloga potrebujemo, da lahko pokažemo družbeni razvoj moderne družbe in objasnimo različne poglede raziskovanja identitete, pri tem izhajamo iz njegove implikacije kot zbirnega termina, ki združuje različne oblike tematizacij vsakdanjosti (Chaney 1996; Ule 2002). Že leta 1981 je Sobel v svojem delu *Lifestyles and Social structure: Concepts* (1981) zapisal, da je »življenjski slog trenutno ena najbolj zlorabljenih besed, saj tako sociologi, novinarji kot laična javnost to besedo uporabljajo za skoraj vse, kar npr. sodi v modo, v zen budizem ali pa francosko kuhinjo [...]. [...] če je v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja veljal življenjski slog za navedbo stvari, ki prihajajo, bo beseda »življenjski slog« kmalu vsebovala vse in hkrati pomenila nič« (Sobel v Chaney 1996, 3). Tudi D. Chaney (1995) opozarja na pogosto uporabo termina življenjskega sloga, predvsem pa na definicijo pomena nečesa, ki je tako »nejasno«, kot je življenjski slog. Zato v nadaljevanju tako kot drugi avtorji v definicijah uporablja primerjave, kako življenjski slogi določajo družbeno razločevanje (Chaney 1996).

Pri operacionalizaciji pojma »življenjski slog« se danes srečujemo s širokim naborom različnih interpretacij. Empirični pristopi različnih avtorjev se razlikujejo predvsem v tem, ali sprejemajo tezo o individualizaciji novih kolektivitet ali pa pristajajo na tezo, da so kulturne prakse in sodbe okusa določene z razrednim habitusom ter pristajajo na družbeni razred kot glavni princip slojevitosti, ki v skrajni instanci določa kulturne prakse (Luthar 2002, 87–88). V današnjih teoretsko veljavnih socioloških definicijah najpogosteje navajajo predvsem poudarjanje dveh značilnosti življenjskega sloga, in sicer »pripadnost« in »razlikovanje« kot performativno konstruiranje simbolne družbene neenakosti (Luthar 2002, 88). Na ta sociološki izziv, predvsem v novih refleksijah koncepta življenjskega sloga; kaj je življenjski slog in kaj obsega, bom poskušala odgovoriti na podlagi predstavitve konceptov življenjskega sloga avtorjev M. Ule, D. Chaneyja, P. Bourdieuja in T. Abela. Temu bosta sledili predstavitvi Cockerhamovega (2005) »medicinskega« modela »zdravega življenjskega sloga« s paradigmo in Abelov (2007)



koncept z zdravjem povezanega življenjskega sloga, ki predstavlja osnovo za naše nadaljnje koncipiranje lastnega modela ZŽSD.

Na življenjske sloge M. Ule (2002) gleda kot na fluidne socialne kategorije, o katerih je smiselno razpravljati le v okviru družb z urejeno in zgodovinsko družbeno stratifikacijo. Ne moremo jih ocenjevati le kot vedenjske vzorce ljudi v vsakdanji potrošnji, temveč ugotavljati, ali življenjski slogi predstavljajo razlike, ki ustvarjajo razlike.<sup>13</sup> Z vidika teorije socialnih reprezentacij so življenjski slogi sodobni mediji za zasidranje novih socialnih reprezentacij v kontekstih vsakdanjega znanja in njihovo naknadno objektiviziranje v socialnem prostoru (Ule 2002, 76). Dalje življenjski slog (ibidem, 76) navaja kot »skupek navad, način uporabe dobrin, prostorov, časa, s katerimi ljudje definiramo sebe in druge ljudi. Življenjski slog ni nekaj, kar potrebujemo za preživetje, ampak nekaj, kar nujno potrebujemo za svojo samopodobo. Je bolj ali manj integrirana množica praks, dejavnosti, življenjskih in vrednostnih orientacij ter želja. Življenjski slog se navaja tudi kot zbirni termin, ki združuje različne oblike tematizacij vsakdanjosti (vsakdanje prakse, rutine, ki so utelešene v navadah oblačenja, hranjenja, delovanja in priljubljenih okoljih srečevanja z drugimi)« ter ustreza vse večji potrebi po refleksivnih oblikah vsakdanjega življenja v sodobnih tržnih družbah (ibidem, 77–78). Ob tem velja, tako kot za pozno moderno, tudi za oblikovanje življenjskega sloga; da nima nobenega središča, saj lahko povsod naleti na robove, rizike, meje, ki jih mora posameznik zaobiti, preseči ali preoblikovati sebi v prid. Izbira življenjskih slogov in načrtovanje življenja ne oblikujeta le vsakdanjega življenja ljudi, temveč predstavljata institucionalne ureditve, ki posamezniku pomagajo oblikovati vsakdanje delovanje. V okoliščinah pozne moderne je vpliv življenjskih slogov tako bolj ali manj splošen, ne glede na to, kako so objektivno omejene socialne situacije posameznikov ali skupin, saj njegove življenjske možnosti določajo, kakšen življenjski slog bo izbral (Ule 2002, 77).

Po Chaneyju (1996, 12) življenjski slog najlažje razumemo, če ga razlagamo v kontekstu, v katerem so nastali življenjski slogi. Slednji so odsev modernosti in predstavljajo »del vsakodnevnega družbenega življenja« ter kot »modeli delovanja omogočajo razlikovanje ljudi« (ibidem, 12). Izbor življenjskega sloga je odraz modernih družbenih sprememb industrializacije in urbanizacije, saj »prikazuje kulturno pripadnost, ki vpliva na razredno razslojevanje urbano-

---

<sup>13</sup> M. Ule v članku *Razlike, ki delajo razlike: življenjski stili, individualizacija in spremembe identitetnih struktur* navaja najprej razlike, ki nastopajo kot dejstva in jih kot dejstva tudi opišemo, medtem ko izpostavi še razlike, ki ustvarjajo razlike. Te druge razlike so pomenljiva dejstva, ki kot prepoznavne in simbolno pomenljive razlike ustvarjajo razlike v simbolnem polju ali diskurzu. Pri tem jih moramo uvrstiti v simbolni prostor in premisliti svoj lastni položaj. Življenjski slogi so tipični primeri razlik, ki ustvarjajo razlike, saj bolj obstajajo na ravni socialnih pomenov in simbolne vrednosti kot pa na ravni socialnih dejstev (Ule 2002, 75).

industrijske družbe in ga dela kompleksnejšega« (ibidem, 20). »Življenjski slog vključuje nabor običajev in stališč ter funkcionira kot zbir pričakovanj«, pri tem nastajajo življenjski modeli, »ki dopolnjujejo občo sliko razrednih razlik« (ibidem, 22). Na drugi strani je življenjski slog osebni moderni obrazec družbenega ali statusnega združevanja, ki je značilen za kulturo potrošništva in nosi določeno pripadnost. Prek življenjskih slogov se osmisli človekovo delovanje, se razloži, zakaj človek tako deluje, kaj mu to pomeni in kaj njegovo delovanje pomeni drugim. Za ta novi pogled na razredno združevanje in povezovanje ljudi je značilno, da družbeni status neke skupine ni več odvisen od interesa njenih pripadnikov niti od privilegijev, ki jih uživajo, ampak »od načina, kako koristijo privilegije in bogastvo, ki jim je dostopno«. V tem smislu se lahko življenjski slog najsplošneje definira kot način zadovoljevanja človekovih potreb (Chaney 1996, 12).

Chaney (1996, 130) ob tem navaja raziskave (Jenkins 1983, Hendry in drugi 1993), kjer so pri raziskovanju populacije subkulturo nadomestili z življenjskim slogom.<sup>14</sup> Želeli so poudariti razlike med razredi in v samem družbenem razredu ter s tem pokazati, da je delitev družbe na razrede družbeno konstruirana, ob tem pa se idealno-tipske oblike življenja kljub temu razlikujejo, npr. v delavskem razredu kot posledica družinskega ozadja, medgeneracijske mobilnosti, izobrazbe in tudi kriminalne kartoteke (Jenkins v Chaney 1996, 130). Ob tem navaja, da so različne ambicije po ugledu in položaju v družbi izražene tudi v okusih oz. načinih preživljanja prostega časa, slogu oblačenja in zaznani potrebi, da se oddaljijo od obstoječe kulture in porenja (ibidem 130).

Obstaja množica življenjskih slogov, ki je na voljo tudi za tiste posameznike, ki niso preveč vezani na tradicije in ustaljene sloge življenja, vendar jih je manj kot obstoječih izbir. Ob tem tudi ne moremo trditi, da so vse izbire na voljo vsakomur ali da vsi ljudje v celoti izkoriščajo možne izbire. Po Bourdieu (1986) med življenjskimi slogi obstajajo variacije, ki so odvisne od družbene delitve oz. razrednega položaja posameznika. Ob tem zagovarja tezo, da »družbeni svet ni prostor enakih možnosti, igra sreče, prostih izbir ali identitetnih zasnutkov, temveč je svet ohranjanja, akumuliranja ali dedovanja pridobljenih kapitalov in lastnosti«. Ob tem je življenjske sloge navezoval na razredne sloje francoske družbe, zato jih umešča v socialni

---

<sup>14</sup> Gre za Jenkinsonovo etnografsko študijo mladih iz delavskega razreda iz Belfasta na Irskem (1983), kjer so ugotovili, da prihaja do delitve na razrede med populacijo mladih, ki pripadajo delavskemu razredu (npr. na tri razrede: fantje, navadni otroci in meščani).

Hendry in sodelavci (1993) pa so proučevali navade v prostem času in vrednote med mladimi Škoti, kjer so ugotovili, da tradicionalne razredne značilnosti (družbeni razred) določajo in vzorčijo izbiro aktivnosti. Pomembno je tudi, da so ob več različnih življenjskih slogih tako v delavskem kot v srednjem razredu odkrili manj različic življenjskih slogov mladih, ki navadno prečijo meje družbenih razredov in so tipično povezani s kulturo mladih (1993, 174).

prostor, ob tem pa življenjski slogi ne morejo predstavljati osnovnih okvirov, dimenzij in parametrov socialnega prostora. Lahko segajo čez meje temeljnih družbenih razredov in slojev, lajšajo prehodnost med njimi, vendar razredov ne ukinjajo (Bourdieu, 1986).

Življenjski slog vključuje vzorce navad in usmeritev ter ima določeno enotnost, kar je važno za občutek ontološke varnosti, torej za občutek kontinuitete in reda dogodkov (Giddens v Ule 2002, 77), kar življenjske izbire povezuje v bolj ali manj urejen vzorec. Na izbiro življenjskih slogov vplivajo pritiski skupine in pozicije socialnih vlog ter družbeno-ekonomske razmere (Ule 2002). Posamezniki pri tem izberejo tisto strategijo, ki najbolj poveča njihovo korist določnega kapitala (glede na možnosti), katere namen je, da v konkurenci z drugimi ovrednoti svoj življenjski slog (Bourdieu 1986). Bauman (Ule 2002, 79) nasprotno od Bourdieujevega socialnega prostora življenjskih slogov zagovarja, »da življenjski slogi izražajo predvsem potrebo po samoidentiteti«. Pri tem izhaja iz potrošnje kot območja svobode, ki je omejen s specifičnimi zahtevami in pričakovanji posameznikov pri ustvarjanju in ohranjanju koherentne osebne identitete (Bauman v Ule 2002, 79).

Življenjski slog smo predstavili kot koncept, ki naj bi prikazal, kakšne razpoznavne vzorce aktivnega ali pasivnega bivanja oz. delovanja uporabljajo ljudje v neki družbi, kadar želijo negovati bodisi osebno ugodje ali občutja pripadnosti nekim ožjim ali širšim družbenim skupnostim (Kramberger, 2002).

## 2.2 Koncepti »zdravega življenjskega sloga«

Tako kot življenjski slogi tudi »zdravi življenjski slogi« dobivajo v pozni moderni vse bolj pomembno vlogo (Abel 2007, 61), saj pod pogoji nenehnih sprememb in mnogoterih možnosti izpolnjujejo utilitarne potrebe, hkrati pa pomagajo razvijati ter upravljati samoidentiteto in ontološko varnost (Giddens 1991; Cockerham in drugi 1997).

Poleg sociološkega diskurza življenjskih slogov je treba razumeti tudi javni in medicinski diskurz termina življenjski slog v povezavi s pridevnikom »zdrav«. Pri popularizaciji življenjskih slogov, ki so usmerjeni k zdravju in oblikovanju politik »zdravega« delovanja populacij, ima pomembno vlogo medicinska stroka. Sociologija medicine s sociološkega vidika zdravega delovanja obravnava »zdrav življenjski slog« (Cockerham 2005) kot »skupinske vzorce k zdravju orientiranega obnašanja, ki temeljijo na človekovih izbirah glede na njihove življenjske možnosti« in se predvsem osredotočajo na vzorce obnašanja, ki so za zdravje tvegani oz. neprimerni (Cockerham 2000b). Hkrati pa Abelov (2007) koncept z zdravjem povezanih življenjskih slogov nosi širši vpogled v družbeni kontekst reprodukcije družbene

neenakosti v zdravju oz. na življenjski slog gleda kot sociokulturni vir zdravja. V nadaljevanju bomo predstavili dva najbolj evidentna koncepta »zdravih življenjskih slogov«, in sicer Cockerhamov medicinski model »zdravega življenjskega sloga« (2005) in Abelov koncept z zdravjem povezanih življenjskih slogov.

### 2.2.1 *Cockerhamova paradigma »zdravih življenjskih slogov«*

Cockerham (2005) je sicer že nekaj let pred Abelovim konceptom z zdravjem povezanih življenjskih slogov (2007) prav zaradi potrebe po postavitvi teorije zdravega življenjskega sloga, ki bi določala diskurz njegovega delovanja in strukture, zapolnil vrzel s prispevkom *Teorija zdravega življenjskega sloga in konvergenca delovanja in strukture oz. v paradigmi zdravih življenjskih slogov* (Cockerham 2005).

V paradigmi zdravih življenjskih slogov (Cockerham 2000a, 2005, 2014) so zdravi življenjski slogi definirani kot »kolektivni vzorci k zdravju usmerjenega obnašanja, ki temeljijo na možnih izbirah, ki so na voljo glede na življenjske možnosti« (Cockerham 2000a). Ta definicija zajema dialektično razmerje med življenjskimi izbirami in življenjskimi možnostmi, ki jih je predlagal Weber s konceptom »življenjskega sloga« (Cockerham 2005, 55), kjer so zdravje in druge izbire življenjskega sloga prostovoljne, zato življenjske možnosti, ki reprezentirajo razredni položaj, lahko povečajo ali zmanjšajo število izbir in možnosti, ki kot posamezne determinante delujejo na vedenje posameznika. Weber ob tem življenjskih slogov ni povezoval s posamezniki, temveč s statusnimi skupinami, zato so predvsem prikazani kot legitimni družbeni fenomen. Pri tem si statusne skupine, ki jih sestavljajo ljudje s podobnimi družbenimi statusi in razrednim ozadjem, delijo podoben življenjski slog.

Življenjski slogi statusne skupine ne temeljijo na tem, kaj ljudje znotraj njih proizvajajo, ampak tem, kaj porabijo. V tem primeru potrošnja blaga in storitev prenaša družbeni pomen, ki prikazuje status in družbeno identiteto potrošnika. Webrovo delo (*Economy and Society* 1978 [1922]) nam pomaga razumeti, da so »zdravi življenjski slogi« tudi oblika potrošnje, kje se produkcija zdravja uporablja za nekaj, kot je daljše življenje, delo ali doseganje fizičnega užitka (Cockerham 2013). Ob tem nakaže, da imajo življenjski slogi dve glavni komponenti: življenjske izbire (samousmeritev) in življenjske možnosti (strukturne verjetnosti za realizacijo posameznikove izbire) (Cockerham 2014).

Dalje Gochman (v Cockerham 2005, 55) navaja, da je namen zdravega življenjskega sloga, da se izogiba tveganim praksam za zdravje ter je usmerjen k zagotavljanju splošnega zdravja in telesnih sposobnosti. Cockerham (2005) na tem mestu izpostavi problem realnega obstoja

»celostnega« zdravega življenjskega sloga, saj se je pri proučevanju izkazalo, da se »zdrav življenjski slog« pogosto razume kot binarno izvajanje praks bodisi v zagotavljanju človekove blaginje prek k zdravju usmerjenimi praksami (zdrava prehrana, telesna aktivnost) bodisi kot izogibanje zdravju tveganim praksam (npr. praksam kajenja in uporabe alkohola, nezdrava prehrana ipd.).<sup>15</sup>

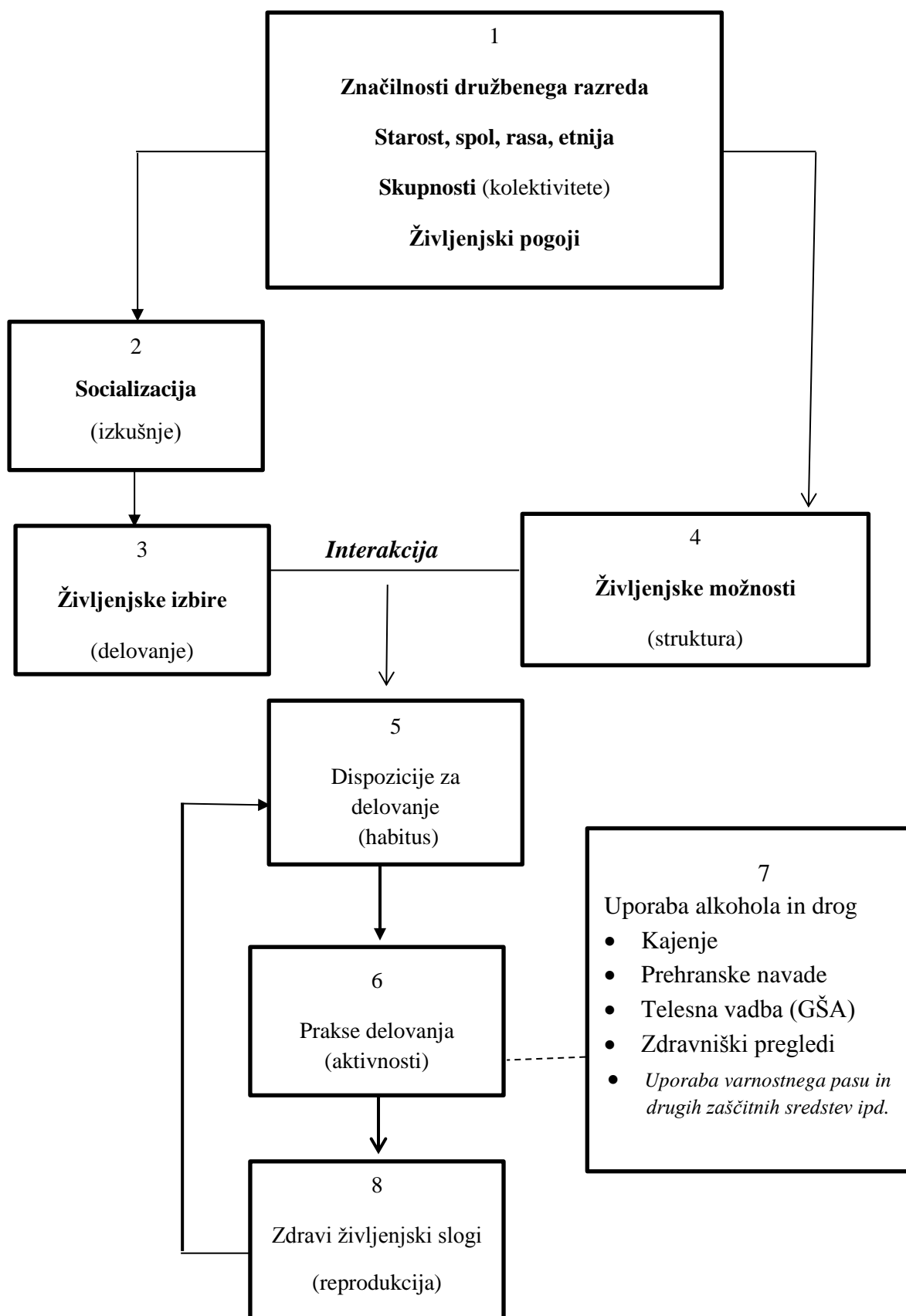
Razumevanje koncepta »zdravega življenjskega sloga« nam bolje razjasni shema »paradigme zdravega življenjskega sloga«, ki predstavlja možnost nadaljnjega razvoja Cockerhamove teorije »zdravega življenjskega sloga«. Puščice prikazujejo hipotetične vzročne odnose oz. relacije med samimi kategorijami (Cockerham 2005), ki so prikazane v posameznih kvadratih.

---

<sup>15</sup> Vickers in drugi (1990) so v raziskavi mornariškega osebja iz ZDA ugotovili, da je zdrav življenjski slog povezan z dvema dimenzijama – prva promovira dobro počutje, druga pa izogibanje za zdravje tveganim (nezdravim) praksam.

Kajenje ima še vedno najmočnejšo in konsistentno povezavo med drugimi praksami »nezdravega« življenjskega sloga, ki so kot multiplikativne najpogostejše med skupinami nižjega družbeno-ekonomskega razreda (Vickers in drugi, 1990). Najbolj pozitivne prakse zdravega življenjskega sloga, kar izhaja iz večine raziskav, najdemo pri ljudeh z višjim SES in ženskah, medtem ko negativne oz. nezdrave prakse najdemo pri ljudeh z nižjim SES in moških (Blaxter 2003; Cockerham 1997; Grzywacz in Marks 2001; Link in Phelan 2000).

Slika 2.1: Shema paradigme »zdravih življenjskih slogov« (povzeto po Cockerham 2005)



Vir: Cockerham (2005, 57 in 2014, 1005)

V shemi paradigme »zdravih življenjskih slogov« (Cockerham 2005 in 2014) so v prvem kvadratu navedeni značilnosti in pogoji družbenega razreda, razdeljeni v štiri kategorije strukturnih spremenljivk: razredne značilnosti (1); starost, spol, rasa/etnična pripadnost (2); skupnosti (kolektivitete) (3) in življenjski pogoji (4).

**Značilnosti družbenega razreda (kvadrat 1)**, ki mu ljudje pripadajo, je, kot kaže, najmočnejši vpliv na formiranje življenjskega sloga, ki ga je v konceptu z zdravjem povezanih življenjskih slogov izpostavil tudi Abel (2007). Poleg navedenega Webrovega koncepta je Cockerham izpostavil tudi Bourdieujevo delo *Distinction* (1984), kjer se družbeni razred prav tako opredeli kot najbolj odločilna spremenljivka v determiniranju »zdravega življenjskega sloga«. V delu navaja, da življenjski slogi izražajo razliko med statusnimi skupinami in predstavljajo tudi kariere določenih slogov življenja. Izkazalo se je, da je delavski razred bolj pozoren na moč moškega telesa kot pa na obliko telesa ter daje prednost bolj hranljivi in cenejši hrani v nasprotju s srednjim razredom. Nadalje poleg finančnih ovir za ukvarjanje z elitnimi športi (golf, tenis, jahanje) poroča tudi o prikritih ovirah pri vstopnih pogojih za participacijo v teh športih, ki so najpogosteje družinska tradicija, obvezna posebna oprema in obnašanje pa tudi zgodnja socializacija oz. odločanje za ta šport (Bourdieu v Cockerham 2005, 56).

Pri pojasnjevanju razrednih razlik v življenjskih slogih lahko uporabimo Bourdieujev pojem »osvobojenost od nujnosti«. Ta nam pojasni, da bolj ko je oseba oddaljena od zagotavljanja ekonomske nujnosti (zadovoljevanja osnovnih življenjskih potreb), več svobode in časa ima, da razvije ter izboljša oz. oplemeniti osebni okus v okviru bolj privilegiranega razrednega statusa. Ljudje z nižjim družbenim statusom pa bodo nasprotno prevzeli okuse, ki so konsistentni z njihovim razrednim položajem, kjer je zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb ključnega pomena (Cockerham 2005, 56).<sup>16</sup>

Življenjski slog višjega in višjega srednjega razreda je, kot potrjujejo tudi študije (Link in Phelan 2000), bolj oz. najbolj zdrav. Predstavniki teh razredov imajo na voljo znanje o novih

---

<sup>16</sup>Tudi M. Blaxter (1990) je na primeru Velike Britanije ugotovila, da višji srednji in višji razred bolj skrbita za svoje zdravje kot delavski razred. Sklenila je, da socioekonomski pogoji in okolje navadno determinirajo, v kolikšni meri in kakšen zdrav življenjski slog se učinkovito prakticira. Posledično živeti zdrav življenjski slog ni le posameznikova izbira, ampak je ta močno odvisna od družbenega okolja. Kot primer lahko navedemo protikadilsko kampanjo v Veliki Britaniji, kjer je bil daleč največji osip kadilcev med premožnimi, medtem ko se je le malo revnih Britancev odločilo, da prenehajo kaditi (Jarvis in Wardle 1999). Podobno so v Rusiji in državah vzhodne Evrope moški predstavniki srednjega sloja bolj pogosto prikazani kot glavni nosilci nezdravega življenjskega sloga, ki ga spremljajo pretirano uživanje alkohola, kajenje, mastna prehrana in odsotnost telesne vadbe (Cockerham 1997, 2000b; Ostrowska 2001). Podobni vzorci življenjskega sloga, združeni s tradicionalno moško socializacijo in omejenimi življenjskimi možnostmi, so značilni za veliko predstavnikov moške populacije tudi v ZDA, kar se kaže v višji stopnji prerane smrtnosti zaradi povečanega števila bolezni srca in ožilja, nesreč in zastropitev, povezanih z alkoholom (Grzywacz in Marks 2001; Snead in Cockerham 2002; Wickrama in drugi 1999).

oblikah tveganja za zdravje. Ker imajo več sredstev, tudi bolj uspešno prevzemajo nove zdrave strategije in prakse k zdravju usmerjenega delovanja.

*Starost, spol, raso ali etnično pripadnost* kot razredne spremenljivke Weber pri opredelitvi življenjskega sloga sicer ni upošteval, vendar študije kažejo, da imajo vpliv na zdrav življenjski slog v povezavi s praksami GŠA in prehranskimi praksami (Cockerham 2005, 58). S starostjo začnejo ljudje bolj skrbeti za svoje zdravje, bolj pazijo na prehrano, več počivajo in tudi zmanjšajo ali celo abstiniirajo uporabo alkohola in kajenje (Backett in Davison 1995). S staranjem pa navadno upade ali pa sčasoma popolnoma preneha tudi telesna aktivnost (Grzywacz in Marks 2001). Spol predstavlja pomembno spremenljivko zdravega življenjskega sloga, saj ženske na splošno jedo bolj zdravo, manj tvegano živijo (npr. pijejo manj alkohola, manj kadijo, večkrat obišejejo zdravnika, se večkrat pripnejo z varnostnim pasom) ter razen izjeme, GŠA, kjer jih na splošno prekašajo moški, imajo celostno gledano bolj zdrav življenjski slog kot moški (Cockerham 2000b, a; Mildred 1990; Denton in Walters 1999; Grzywacz in Marks 2001; Ross in Bird 1994). Tudi tu se ugotavljajo razredne razlike, saj ženske nižjega ekonomskega razreda občutno manj telovadijo oz. so športno manj aktivne kot njihove vrstnice iz višjih slojev ter moški (Ford in drugi 1991). Razlike v spolu so očitne tudi pri generacijskem prenosu, saj fantje pogosteje nasledijo »zdrav življenjski slog« svojih očetov, hčere pa svojih mater (Wickrama in drugi 1999). Tudi *rasa in etnična pripadnost* sta evidentirani kot spremenljivki zdravega življenjskega sloga, vendar obstaja le malo študij, ki bi neposredno proučevale »zdrav življenjski slog« različnih rasnih in etničnih skupin. Ugotavlja se, da je etničnost kot struktura v pogojih diskriminacije in zlorabe ter samih razrednih možnosti pripadnikov močno povezana z zdravjem etničnih manjšin (Karlsen in Nazroo 2002).

*Kolektivitete oz. skupnosti* predstavljajo zbirke akterjev, ki so v posebnih socialnih odnosih, kot so sorodstvo, delo, religija in politika. Med seboj si delijo norme, vrednote, ideale in družbene perspektive, ki konstituirajo poseben kolektivni pogled na svet (Zerubavel v Cockerham 2005, 59). *Religije in ideologija* nam lahko služijo kot primer vpliva skupinske perspektive na izbiro zdravega življenjskega sloga, vendar tega ne moremo zagotovo trditi zaradi pomanjkanja relevantnih raziskav. Znano pa je, da imajo določena verska prepričanja odklonilen odnos do alkohola, kajenja in določene hrane, medtem ko se na drugi strani v imenu vere promovirata gibanje in osebna higiena (Brown in drugi v Cockerham 2005), kar pravzaprav predstavlja vzorec »zdravega življenjskega sloga«. Malo je znanega tudi o povezavah med ideologijo in zdravimi življenjskimi slogi. Na tem mestu bi lahko v navezavi na T. Kamin (2006) omenili »ideologijo preventive«, ki jo medikalizacija družbe uspešno promovira kot močno poudarjeno



individualno odgovornostjo za zdravje. Ideologija sloni na odgovornosti, da posameznik sam poskrbi za doseganje in ohranjanje zdravja s preventivnim delovanjem, tj. z »zdravim življenjskim slogom«. Medicina ne more pozdraviti nenalezljivih kroničnih bolezni, preventivno, k zdravju usmerjeno delovanje pa posamezniku daje možnost, da sam prepreči, da ne zboli. Ob tem se zmanjšuje odgovornost cele vrste družbenih akterjev, ki so v prejšnjem političnem sistemu prevzemali skrb za kolektivno zdravje (Kamin, 2006).

*Bivalni pogoji* se kot strukturne spremenljivke nanašajo na razlike v kakovosti bivanja in dostopa do osnovnih dobrin (npr. elektrike, plina, gretja, vodovodne in električne inštalacije, tekoče in tople vode) pa tudi na zagotavljanje osebne varnosti. Obstaja manj raziskav, ki bi proučevale neposredno povezavo med bivalnim okoljem in zdravim življenjskim slogom, čeprav je bilo ugotovljeno, da imajo bivalni pogoji pomembne posledice za k zdravju usmerjene prakse (Blaxter 2003) ter da je življenje v depriviligiranih soseskah (v primeru ZDA) povezano s slabšim zdravstvenim statusom prebivalcev (Browning in Cagney 2002). Tudi druge raziskave nakazujejo povezavo med bivanjem v manj varnih soseskah in posledično manjšo udeležbo v organiziranih srednje visoko intenzivnih vadbah pri populaciji odraslih temnopoltih moških (Grzywacz in Marks 2001). Ob tem gre nedvomno za povezavo družbenega razreda (SES), ki pogojuje tudi življenjske pogoje, zato bivalni pogoji lahko zavirajo ali so na drugi strani dejavnik stimulacije »zdravega življenjskega sloga«.

***Socializacija in izkušnje*** (kvadrat 2). Razredne značilnosti in druge spremenljivke (spol, starost, rasa in etnija) zagotavljajo družbeni kontekst za socializacijo in izkušnje.<sup>17</sup> Navedeno se sklada z Bourdiejevimi pogledom, da so predispozicije za delovanje konstruirane prek socializacije in izkušenj skupaj z razrednim položajem, ki zagotavlja družbene pogoje za ta proces (Cockerham 2005, 60). Primarna socializacija predstavlja uvedbo družbenih norm in vrednot pri posamezniku od pomembnih drugih, medtem ko se sekundarna odraža pozneje, npr. pri usposabljanju ali treningu, zato so izkušnje naučen rezultat dnevnih ponavljajočih se aktivnosti, ki jih pridobimo prek socialnih interakcij ali prakticiranja oz. delovanja (angl. *exercise of agency*). Prek socializacije in izkušenj akter pridobi reflektivno zavest in sposobnost, da izvede delovanje, vendar so izkušnje ob upoštevanju življenjskih izbir tiste, ki zagotavljajo osnovo za praktično in evalvacijsko dimenzijo delovanja, ki se razvija v času. To se dogaja še posebej takrat, ko se ljudje soočajo z novimi družbenimi pogoji in razmerami (Cockerham 2005, 60).

---

<sup>17</sup> Upodobljeno v shemi paradigma zdravih »življenjskih slogov« (Cockerham 2005, 57) s povezavo (puščico) iz kvadrata 1 v kvadrat 2 (socializacija, izkušnje).

**Življenjske izbire – delovanje** (kvadrat 3). Nadalje shema prikazuje, da socializacija in izkušnje (kvadrat 2) zagotavljajo zmožnost za življenjske izbire oz. posameznikovo delovanje (kvadrat 3). Kot že omenjeno, je bil termin »življenjske izbire« predstavljen z Webrom in se nanaša na samousmerjanje posameznikovega obnašanja (Cockerham 2005, 60). Življenjske izbire so torej proces delovanja, s katerim posamezniki kritično ocenijo in izberejo njihovo smer delovanja. Posamezniki imajo zmožnost za interpretacijo dane situacije, kjer lahko naredijo preišljeno izbiro in dodajo svojemu delovanju subjektiven pomen, kar pomeni, da socialno delovanje po Webru pomeni tako omejitve in možnosti v akterjevem interpretativnem razumevanju situacije, ki vodi do izbire njegovega vedenja (Kalberg v Cockerham 2005, 60).

**Življenjske možnosti – struktura** (kvadrat 4). Razredne značilnosti (kvadrat 1) definirajo življenjske možnosti oz. strukturo. Po Webru (Dahrendorf v Cockerham 2005, 60) so življenjske možnosti »kristalizirana verjetnost za odkrivanje zadovoljstva v interesih, željah in potrebah, s čimer se poveča verjetnost pojava dogodkov, ki pripomorejo k temu zadovoljstvu«. Navedeno pomeni, višji kot je položaj posameznika znotraj hierarhije razreda, boljše so njegove življenjske možnosti, s tem pa verjetnost za njegovo zadovoljstvo in obratno.

**Povezanost izbir in možnosti.** Interakcija med življenjskimi izbirami (kvadrat 3) in življenjskimi priložnostmi (kvadrat 4) je Webrov najpomembnejši prispevek h konceptualizaciji in zgradbi življenjskega sloga (Cockerham in drugi 1993; Cockerham in drugi 1997). Izbire in možnosti delujejo v tandemu, ko določajo različne življenjske sloge za posameznike, skupine in razrede. Življenjske možnosti (strukture) bodisi zavirajo bodisi omogočajo izbire oz. posameznikovo delovanje. Delovanje ni v nobenem primeru pasivno. Če se omejitve in na drugi strani možnosti uveljavljajo kot vzročne moči, izbire določajo, katere prakse delovanja bodo ljudje prevzeli (Archer 2003). Ljudje morajo posledično razumeti smer delovanja, tj., ali je njihovo delovanje ovirano (onemogočeno) ali sprejeto (omogočeno). V zvezi s tem ljudje usklajujejo svoje cilje, potrebe in želje z možnostmi po njihovem zadovoljevanju, s tem pa izbirajo življenjski slog glede na realno oceno njihovih virov in razrednih značilnosti. Nerealne izbire po vsej verjetnosti ne bodo uspešne oz. ne bodo izbrane, medtem ko realne izbire navadno temeljijo na tem, kar omogoča strukturo (Archer v Cockerham 2005).

**Habitus – dispozicije za delovanje** (kvadrat 5). Interakcija življenjskih izbir (kvadrat 3) in življenjskih možnosti (kvadrat 4) določa specifične dispozicije posameznika za delovanje. Te dispozicije oblikujejo habitus. Na tem mestu Cockerham uporabi Bourdieuja kot najbolj referenčnega avtorja konceptualizacije »habitusa« (1984), da zadosti njegovi razlagi odnosnosti

med »možnostmi« in »delovanjem« v dispozicijah življenjskih slogov (Bourdieu 1984). Habitus lahko opredelimo kot »kognitivno mapo ali set percepcij, ki rutinirano vodi ter ovrednoti posameznikove izbire in možnosti. Zagotavlja trajne dispozicije k delovanju, ki štejejo za primerne s strani osebe v posebni družbeni situaciji in prostoru. Vključene so tudi dispozicije, ki so izvedene brez predhodnega zaznavanja, saj so preprosto uzavešeni načini delovanja ob izvajanju rutiniranih opravil« (Bourdieu v Cockerham 2005, 61). Dispozicije so navadno združljive z vedenjskimi parametri, določenimi s strani širše družbe; zato navadno prevladujejo običajni in praktični vzorci obnašanja (Cockerham 2005, 62). Habitus je tako lahko definiran tudi kot »rezultat kolektivnega spomina, utelešenega v posamezniku, ki vključuje posameznikov komunikativni in kulturni spomin, ki se izražata v okusu in praksah delovanja. Habitus predstavlja niz obrazcev mišljenja (npr. kaj je zdravo) ter vzorcev obnašanja (npr. način preživljanja prostega časa) in vrednotenja (npr. kaj je za posameznika pomembno, postavljanje prioritet). Habitus je mogoče prenesti na različna območja prakse, kar pojasnjuje koherentnost, ki jo pridobiva skozi različna področja rabe (npr. v glasbi, športu, prehrani, urejanju bivanja) in tudi v osebnih izbirah (npr. pri izbiri partnerja, politične usmeritve, kar utemeljuje različnost življenjskih slogov) (Bourdieu 1996, 2006). Prispevek Bourdieujeve sociološke predelave koncepta »habitusa« najdemo v habitusu kot posredovalnemu pojmu, ki pomaga odpraviti zdravorazumsko dvojnost individualnega in družbenega s tem, da zajame »internalizacijo zunanosti in eksternalizacijo notranosti«. To je način, kako družba postane odložena v osebe v obliki vzdržljivih dispozicij ali priučenih zmožnosti in strukturiranih nagnjenj k mišljenju, čutenju in dejanjem na določene načine. To jih nato vodi v ustvarjalne odgovore na prisile in zahteve njihovega sedanjega okolja (Bourdieu v Cockerham 2006).

***Prakse človekovega delovanja (kvadrat 6).*** Iz sheme nadalje sledi, da dispozicije za delovanje (habitus) (kvadrat 5) oblikujejo prakse delovanja, ki lahko temeljijo na namernih dejanjih, navadah ali intuicijah. Z Bourdieuevim konceptom habitusa (1984) razumemo, da so prakse, ki so že vključene v habitus in so povezane z »zdravim življenjskim slogom«, lahko tako vključene v rutinske vedenjske repertoarje, da jih izvajamo spontano. Ljudje se nagibajo k prevzemanju splošnih strategij, ki so usmerjene k praktičnim zaključkom rutiniranih situacij (Williams v Cockerham 2006, 62).

V študijah »zdravega življenjskega sloga« se obravnavajo štiri najpogostejše prakse delovanja: uporaba alkohola, kajenje, prehrana in telesna vadba (gibalna/športna aktivnost) (kvadrat 7) skupaj z dodatnima praksama ideologije preventive: redni zdravstveni pregledi in uporaba varnostnih pasov (Cockerham 2005, 62). Pri obravnavi praks delovanja je pomembno, da se

zavedamo, da imajo te tudi bolj kompleksno ozadje. Npr. kajenje v katerikoli obliki ni dobro za zdravje, vendar pa zmerno pitje alkohola lahko tudi pozitivno vpliva na zmanjšanje tveganja srčno-žilnih bolezni v nasprotju s prekomernim pitjem (Klatsky 1999). Podobno je z uživanjem mesa, ki ga lahko štejejo za pozitivno prakso glede na to, kako je pripravljeno in kolikšen delež maščobe vsebuje. Nadalje ima srednje intenzivna telesna aktivnost poleg hoje in drugih vsakodnevnih oblik telesne aktivnosti pozitivnejši vpliv na zdravje kot telesna aktivnost na delu, saj slednja lahko izvajalcu prinaša dodaten stres (npr. urniki, norma, preobremenjenost sklepov in ponavljajoči se gibi) (Dunn in drugi 1999).

Predstavljena Cockerhamova paradigma »zdravih življenjskih slogov«, ki daje prednost strukturi, je nastala pod precejšnjim vplivom M. Webra in P. Bourdieuja. Pri tem Bourdieujev »habitus« predstavlja novo in logično konceptualizacijo internalizacije zunanjih struktur v mišljenju in zaznavnih procesih posameznika. Rezultat pri tem je zbir dispozicij, ki delujejo na način, ki je praktičen in navadno v skladu s socialno potrjenimi vedenjskimi okvirji širšega družbenega razreda ali skupine v njem. Deviantno vedenje je v takem primeru izjema ter pomeni, da so izbrani vedenjski vzorci tisti, ki zavračajo družbene norme in vrednote.

*Sklep.* Model »zdravega življenjskega sloga« ima štiri kategorije strukturnih spremenljivk (1), ki zagotavljajo družbeni kontekst za socializacijo in izkušnje (2) ter vplivajo na življenjske odločitve (delovanje) (3). Te v interakciji z življenjskimi možnostmi (strukturo) (4) oblikujejo dispozicije za delovanje (habitus) (5), kar vodi do praks delovanja (6), ki lahko vključujejo (7) npr. uporabo alkohola, kajenje, prehranske vzorce, GŠA in druge zdravstvene ukrepe. K zdravju usmerjene prakse vzpostavljajo »zdrav življenjski slog« (8), ki se znova reprezentira v reprodukciji k zdravju usmerjenih praks ali pa v spremembi določenih praks prek povratnih informacij do habitusa (dispozicij za delovanje).

### **2.2.2 Abelov koncept z zdravjem povezanih življenjskih slogov**

Tudi naslednji koncept z zdravjem povezanih življenjskih slogov (Abel 2007) zajema »vzajemno delujoče vzorce k zdravju usmerjenega delovanja, osredotočenosti in virov, ki so prilagojeni s strani skupin posameznikov kot odgovor na njihovo socialno, kulturno in ekonomsko okolje« (Abel in drugi 2000). Vključuje nekaj značilnosti, ki ga razlikujejo od prejšnjih »zdravih življenjskih slogov«, ki so bili v socialni epidemiologiji<sup>18</sup> večinoma

---

<sup>18</sup> Socialna epidemiologija se kot veja epidemiologije osredotoča predvsem na učinke socialno-strukturnih dejavnikov na zdravstvena stanja. Ob tem predpostavlja, da porazdelitev prednosti in slabosti v družbi odraža porazdelitev zdravja in bolezni. Predlaga identifikacijo družbenih značilnosti, ki vplivajo na vzorec porazdelitve bolezni in zdravja v družbi ter razumevanje njegovih mehanizmov (Berkman in Kawachi 2000).

usmerjeni v pristope, ki so vključevali predvsem dejavnike tveganja za zdravje (Abel 1991, Cockerham, Rutten in Abel 1997, Abel 2000). Koncept modela je naslednji (Abel 2007, 62):

- vključuje vedenja, stališča in vire kot tri enakovredne dimenzije, ki sestavljajo »zdrav življenjski slog«;
- raje kot na »izbire« ali »možnosti«, ki poudarjajo Webrovo tradicijo (Abel 1991), se osredotoča na medsebojno prepletanje strukturnih predpogojev zdravih življenjskih slogov (kar je dano) na eni ter preference in kreativno delovanje ljudi (izbira različnih elementov življenjskih slogov) na drugi strani;
- vključuje različne perspektive (znanstvene ali laične), kaj določa »primerne« vzorce »zdravega življenjskega sloga«. Navedena definicija ne predvideva le zdravih učinkov življenjskega sloga kot odločilnega motiva za spremembo posameznikovega življenjskega sloga, ampak so z zdravjem povezani življenjski slogi lahko sprejeti s strani posameznikov ali različnih skupin tudi zaradi drugih razlogov. Ob tem ostajajo motivi, kot so izboljšanje zdravja, telesnega videza in telesne pripravljenosti, še vedno prevladujoči.

Abel (2007) s konceptom z zdravjem povezanih življenjskih slogov izhaja iz Bourdieujeve teorije (1984), da so zanimanje ali spodbude za lastni osebni vložek v zdravje, s sredstvi za spremembo življenjskega sloga, družbeno naučene ter pogosto del in izraz širšega habitusa. Taki življenjski slogi postanejo del kulturnega kapitala in zajamejo simbolično vrednost. Kot primer Abel navaja, da je obnašanje v skladu z zagotavljanjem zdravja tesno povezano s širšim vrednostnim sistemom, vedenjskimi normami, telesno zaznavo drugih, kar je lahko tipično za določeno (sub)kulturo. Delovanje je povezano in prilagojeno z okoljem, v katerem ljudje živijo, delajo, se rekreirajo in se socializirajo prek življenjskega okolja (Abel 2007, 43).

V navezavi na znane diskurze o zdravju, kjer se nekateri izrazito vežejo na bolezen in telo, drugi na slog življenja, etiko, moralo ipd., se ugotavlja, da je skupno, »da predpostavljajo določene resnice in da nam ponujajo okvire zvez in odnosov med posamezniki samimi ter med njimi in institucijami« (Kamin 2006, 19). Ob tem so avtorji (Kawachi in Berkman 2000; Blaxter in drugi 1983) dokazali večplastne vplive vedenjskih in drugih psihosocialnih determinant zdravja, ki bi bili lahko razumljeni kot sestavni del modernih življenjskih slogov. Iz sociološke perspektive potencialno pozitivni ali škodljivi učinki »zdravega življenjskega sloga« presegajo področje zdravja in dobrega počutja posameznika. Prav prek teh vplivov na posameznikovo zdravje so vzorci družbeno strukturiranih življenjskih slogov določujoči dejavniki kolektivnega zdravja (npr. družin, skupnosti in večjih družbeno-kulturnih miljejev) (Frohlich in Potvin 1999,

Williams 1995). Tako predstavljajo »zdravi življenjski slogi« sociokulturni vir kolektivnega zdravja kot v primeru nekaterih življenjskih slogov posebnih religioznih skupin.<sup>19</sup> Tako so lahko življenjski slogi razumljeni kot aktivni dejavniki v produkciji kolektivnega dobrega (npr. zdravja), še več, zdravi življenjski slogi lahko postanejo sestavni del kolektivnega procesa opolnomočenja<sup>20</sup>, ko so vedenja, cilji delovanja in razpoložljivi viri izbrani namenoma ali pa so preurejeni z namenom, da izboljšajo določene strukturne dejavnike, npr. bivalne pogoje (Abel in drugi 2000).<sup>21</sup>

Poleg navedene vloge »zdravih življenjskih slogov« kot vira kolektivnega zdravja se v diskurzu z zdravjem povezanih življenjskih slogov omenja tudi velika družbeno-kulturna in družbeno-okoljska raznolikost. Raziskave navajajo, da se vzorci, stališča in viri z zdravjem povezanih življenjskih slogov zelo razlikujejo v različnih družbenih razredih, subkulturah, starostnih skupinah in skupinah po spolu (Abel in drugi 2000; Blaxter 1983; Cockerham 2005). »Zdravi življenjski slogi« kot vsi slogi služijo kot sredstvo za družbeno razlikovanje; posledično so bili odkriti in promovirani prek potrošniške družbe. Produkti so za trg oblikovani tako, da naj bi dosegali zdravje in dobro počutje, torej potrebe, po katerih lahko razlikujemo različne družbene skupine (Kickbusch 1985). Na zdrave življenjske sloge lahko gledamo kot na družbeno delovanje za promocijo družbene identitete in družbenega razlikovanja med člani določene družbene skupine. Tako zdrav življenjski slog postane del in izraz kulturnega kapitala<sup>22</sup>, ki ga razumejo in uporabljajo določene skupine zaradi kulturnih razlik in v boju za družbeni ugled, privilegije in moč.<sup>23</sup>

---

<sup>19</sup> Abel (2007, 62) kot primer navaja versko skupino mormonov, ki so znani po svojem pozitivnem učinku na kolektivno zdravje, ki se pripisuje posebnim vzorcem vedenja, normam in sistemu socialne podpore.

<sup>20</sup> »Opolnomočenost« T. Kamin (2007, 81–82) razlaga v promociji zdravja kot pooblastitev državljanov z vidika dolžnosti in odgovornosti za te dolžnosti. Bistvo opolnomočenja niso le pravice, temveč so v enaki meri tudi dolžnosti, ki so v sodobnih programih za varovanje zdravja celo bolj prepoznavne kot pravice posameznikov. Opolnomočenje državljanov na področju zdravstva je v veliki meri individualizacija odgovornosti za zdravje in tudi eden od načinov, da se država in javno zdravstvo razbremenita odgovornosti za zdravje državljanov.

<sup>21</sup> Kot primer lahko navedemo razne javne promocijske aktivnosti »za zdravje«, saj ljudje precej radi sodelujejo v kolektivnih akcijah lokalnih skupnosti kot delu življenjskega sloga, kjer se udeležujejo »zdravih« aktivnosti, npr. vodenih programov telesne vadbe, v aktivističnem gibanju za zmanjšanje prometa in onesnaženja zraka ipd.

<sup>22</sup> Bourdieu (1986) razlikuje tri oblike kapitalov: ekonomski, socialni in kulturni. Slednjega deli na tri različne tipe: utelešen, objektiviran in institucionaliziran kulturni kapital. Več o Bourdieujevem »utelešenem kulturnem kapitalu« in Shillingovem »telesnem kapitalu« najdete v poglavju 2.5.

<sup>23</sup> Npr. nošenje specifičnih športnih oblačil za določene športne skupine, posebno znanje o hranilnih vrednostih in pripravi zdravih jedi, poseganje po zdravstvenih vodnikih in osebni pogovori – vse to se lahko razume kot kulturni kapital, uporabljen v igri nad družbeno pripadnostjo, razlikovanjem in statusom (Abel 2007, 63).

Doslednost izbire določenega elementa zdravega življenjskega sloga je tesno povezana s procesom transformacije kapitalov. Kot primer Abel (2007, 64) navaja stopnjo zdravstvene pismenosti<sup>24</sup> (utelešeni kulturni kapital), ki bo vplivala na izbiro različnih pripomočkov in orodij, kot so zdravstveni priročniki ipd. (objektivirani kulturni kapital). V tem primeru objektiviran kulturni kapital deluje vzajemno z utelešenim kulturnim kapitalom; ne samo da prispeva k uravnoteženemu in zdravemu življenjskemu slogu, ampak tudi v pozicioniranju tistih, ki imajo na voljo več kapitala v smislu družbenega razlikovanja. Ta proces vzajemnega vlaganja in preoblikovanja različnih stanj kulturnega kapitala je še bolj viden takrat, ko naj bi se vključile še druge oblike kapitala (npr. ekonomski kapital v primeru, ko dragi športni pripomočki simbolizirajo boljše finančne pogoje in moč). Iz navedenega sledi, da medtem ko življenjski slog na eni strani povečuje zdravje ljudi, na drugi služi tudi zahtevam po družbenem razlikovanju, promociji samoidentitete, izkoriščanju čuta pripadnosti. Osebno upravljanje s telesom, družbena uporaba telesa, habitus in zdrav življenjski slog so del socialnega učenja in procesa sprejemanja, v katerem kulturni kapital odigra odločilno vlogo (Abel 2007, 64). Kulturni kapital dovoljuje ljudem, da izbirajo in povezujejo različne elemente življenjskih slogov ter jih združujejo v značilne vzorce »zdravih življenjskih slogov«. S tem igra kulturni kapital pomembno vlogo v družbenem vzorčenju življenjskih slogov, vključno s tistimi »zdravimi življenjskimi slogi«. Ta proces vzorčenja poteka v posebnih sociokulturnih okoljih ter skladno z materialnimi in nematerialnimi viri pa tudi razpoložljivimi možnostmi.

*Sklep.* »Zdravi življenjski slogi« so aktivni deli družbene stratifikacije. Nanje lahko gledamo kot na sredstvo za družbeno razlikovanje. Ohranjanje in sprememba »zdravih življenjskih slogov« sta odvisna od razpoložljivosti ekonomskih, družbenih in kulturnih sredstev, kjer imajo ključno vlogo različna stanja kulturnega kapitala (Abel 2007, 65). Abelova teorija z zdravjem povezanih življenjskih slogov združuje celosten pristop povezovanja družbene strukture s človekovimi kulturnimi viri in vedenjskimi vzorci. Pri tem izpostavi kulturne prakse družbenega razlikovanja v širšem sistemu neenake delitve življenjskih možnosti.

---

<sup>24</sup> Zdravstvena pismenost (Kamin 2007, 84–85). V skladu z dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije pomeni zdravstveno opismenjevanje pravzaprav posredovanje takih informacij, znanj in veščin, ki bodo oblikovali zdravju naklonjena stališča, motivirali ljudi za zdrave življenjske sloge in dvigovali samozavest ljudi za delovanje v skladu z zdravstvenimi priporočili. Zdravstveno pismenost označujeta izboljšanje dostopa do zdravstvenih informacij in sposobnost njihove učinkovite uporabe (Nutbeam v Kamin 84), torej od posameznikov zahtevajo interakcijo, participacijo in kritično analizo zdravstvenih informacij.

## 2.3 Konceptualizacija in operacionalizacija »zdravega življenjskega sloga družine«

V zadnji opredelitvi življenjskega sloga smo v navezavi na predstavljene teoretične koncepte želeli opredeliti »zdrav življenjski slog družine«. Pri aplikaciji konceptov v empirijo smo se soočili s problemom, ko smo želeli postaviti meje zdravega vedenja in delovanja družine oz. določiti, katera družina oblikuje bolj »zdrav« in katera »manj zdrav« ali »nezdrav« življenjski slog. Nadalje smo poskušali dognati, ali je sploh mogoče kvantitativno definirati »zdrav življenjski slog družine«. Glede na teoretična izhodišča in »fluidne« lastnosti življenjskega sloga, ki se spreminja v času in prostoru, ga je smiselno umeščati v družbeni prostor (Ule, 2002) kot moderen obrazec družbenega in statusnega združevanja, ki pomaga, da se osmisli delovanje akterjev (Chaney 1996). Pri tem nam lahko služi vodilo, da se »življenjski slogi družine« razlikujejo predvsem v tem, kako (v našem primeru starši) individualizirajo delovanje oz. sprejemajo kulturne prakse in sodbe okusa, ki jih določa razredni habitus. Iz tega se pogled na razredno »povezovanje« preusmeri na določanje družbenega statusa na »način, kako posameznik (družina) koristi izbrane prakse delovanja glede na dane možnosti« (prirejeno po Chaney 1996 in Cockerham 2005).

»Zdrav življenjski slog družine« tako razumemo kot spremenljivo socialno kategorijo, kjer ceno vrednote »zdravja« določata družbeni in kulturni kontekst, ob tem pa se družbeno sprejete prakse delovanja z novimi medicinskimi dognanji spreminjajo, kot se spreminjajo tudi preference in prioritete, ki pogojujejo izbire družinskih članov glede na njihove možnosti, ki so navadno definirane s strukturo družine. Na podlagi omenjenega smo se osredotočili na proučevanje življenjskega sloga družine v letu 2010, ko smo izvedli prvi sklop merjenja gibalne učinkovitosti otrok ter anketni vprašalnik in polstrukturiran intervju s starši.

V nadaljnji obravnavi je bilo treba ločiti med različnimi teoretičnimi okvirji operacionalizacije »zdravega življenjskega sloga, paradigmo »zdravega življenjskega sloga družine« (v nadaljevanju paradigma ZŽSD) in modelom vrednotenja elementov »zdravega življenjskega sloga družine« (v nadaljevanju model ZŽSD). Paradigma ZŽSD je opisana v shemi in obravnava širši sociološki koncept »zdravega življenjskega sloga družine«, medtem ko se pri obravnavi modela ZŽSD ovrednotijo družinske prakse, na podlagi sistema točkovanja pa družine razvrsti v štiri razrede življenjskih slogov.

Postavitev ustreznega modela ZŽSD je predstavljal poseben izziv. Pri pregledu referenčnega področja smo naleteli na vrednotenje in tipologijo različnih življenjskih slogov, ki so bili največkrat opredeljeni na podlagi potrošniške kulture proučevane populacije. Luthar in



Kropivnik (2002) sta oblikovala tipologijo vrednostnih habitusov, ki je bila predlagana tudi za vrednotenje modela »zdravega življenjskega sloga družine« v sami dispoziciji doktorske disertacije. Pozneje smo pri metodoloških korakih ugotovili, da tipologija ne zadošča pogojem kompleksnejše kvantitativne in kvalitativne analize proučevanih spremenljivk (elementov) »zdravega življenjskega sloga«. Ker raziskovalno vprašanje izhaja iz proučevanja povezanosti »zdravega življenjskega sloga družine« z gibalno učinkovitostjo otroka in s tem oblikovanja telesnega kapitala, je bilo treba za ta namen postaviti novi model ZŽSD.

Teoretično izhodišče pri postavitvi modela ZŽSD smo našli v Webrovem konceptu »idealnega« tipa kot spoznavnega instrumenta, ki omogoča rekonstrukcijo razumljivih motivacijskih dejavnikov, na podlagi katerih šele lahko formuliramo smiselno kavzalno pojasnitev. »Individualistična« metoda uporablja idealne tipe za odkrivanje motivacijske baze družbenega delovanja v smislu odkrivanja smiselnega okvirja, ki je tipičen za vsako družbeno sfero in deluje kot nekakšen orientir in motivacijski okvir za akterje (Adam v Tomc, 1992, 65). S tem »idealni tip« dobiva naravo realnega pojava, ki določa posameznika, ki sem mu prilagaja ne glede na svoje motive in nagnjenja, saj deluje tako, kot narekuje prisila družbenega nadzora (Tomc 1992, 65).

Nadalje je postavitvev kriterijev za vrednotenje »zdravih življenjskih slogov družine« izhajala iz obstoječih medicinskih smernic ter priporočil »zdravega življenjskega sloga«, podanih od Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), Nacionalnega inštituta za javno zdravje Republike Slovenije (NIJZ), Ministrstva za zdravje in drugih relevantnih institucij.

V modelu ZŽSD smo se z namenom vrednotenja k zdravju usmerjenih praks delovanja družine osredotočili na tri najpogostejše elemente, ki predstavljajo osnovo za postavitev kriterijev opredeljevanja idealnih tipov zdravih življenjskih slogov družine, in sicer na:

- količine GŠA družinskih članov,
- prehranske prakse družinskih članov,
- izvajanje za zdravje tveganih praks družinskih članov.

Namen vrednotenja teh spremenljivk je pridobiti ordinalno vrednost določene prakse, izraženo v točkah. Skupna vrednost točk družine glede na posamezne izvedbene prakse življenjskega sloga nam bo dala informacijo o življenjskem slogu družine, ki bo glede na skupno vrednost (skupen seštevek točk) uvrščen v določen tip življenjskih slogov družine.

Podobno so bili elementi oz. prakse »zdravega življenjskega sloga« uporabljeni tudi v raziskavi BRFSS 2000 (*Behavioral Risk Factor Surveillance System*) v petdesetih državah ZDA, kjer so

s telefonskim anketiranjem odraslih gospodinjstkih članov na podlagi štirih elementov »zdravega življenjskega sloga: i) odsotnost kajenja, ii) primerna telesna masa (na podlagi ITM<sup>25</sup>), (iii) uživanje sadja in zelenjave ter (iv) GŠA v prostem času določili skupni kazalnik za zdrav življenjski slog (Reeves in Rafferty 2005). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2014) za zagotavljanje »zdravega življenjskega sloga« priporoča z zdravjem povezane prakse, in sicer: redno uživanje sadja in zelenjave, zmanjševanje vnosa maščob, sladkorja in soli ter telesno aktivnost. Ob tem izdaja različne publikacije z namenom promocije in podpore »zdravemu življenjskemu slogu« po njegovih posameznih elementih v skladu z zdravstvenimi priporočili. Na nacionalni ravni je za proučevanje, varovanje in zviševanje ravni zdravja ter posredno promocijo zdravega življenjskega sloga odgovoren Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (NIJZ (IVZ) 2015). NIJZ predstavlja tudi ekspertno raven za podporo odločitvam, ki jih sprejema država na nacionalni in lokalni ravni ter imajo posreden ali neposreden vpliv na zdravje, zato smo pri pripravi kriterijev modela »zdravega« življenjskega sloga uporabljali tudi nacionalne dokumente (smernice in strategije) omenjene institucije.

Model ZŽSD je predstavljen v poglavju 3.4.4, kjer opredelimo podrobnejše kriterije za vrednotenje proučevanih elementov »zdravega življenjskega sloga družine«, ki nam služi kot osnova za nadaljnje razvrščanje družin v posamezne skupine »zdravih življenjskih slogov družine« glede na doseženo število točk.

Pri proučevanju širšega koncepta »zdravih življenjskih slogov družine« smo poskušali Cockerhamovo paradigmo »zdravih življenjskih slogov« (glej poglavje 2.2) aplicirati v kontekst družine in jo ponazoriti s shemo.

Paradigmo »zdravega življenjskega sloga družine«, izpeljane iz Cockerhamove paradigme, sestavljajo štiri kategorije strukturnih spremenljivk. Navezujoč na podatke vprašalnikov, polstrukturiranih intervjujev in meritev EGV otrok smo kot:

**Strukturne spremenljivke (kvadrat 1)** obravnavali:

- *razredne značilnosti* (1), ki smo jih zajeli na podlagi samoocene družbenega razreda s strani staršev: njihov zaposlitveni status, dohodek in izobrazbo.
- *starost in spol, raso/etnično pripadnost* (2) z obravnavo demografskih in nekaterih antropometričnih podatkov staršev in otrok (tudi ITM). V vzorcu so bili zajeti predvsem

---

<sup>25</sup> ITM – indeks telesne mase, ki je splošni kazalnik sestave telesa in ga uporabljamo za pregled stanja prehranjenosti prebivalstva. Izračunamo ga kot razmerje med telesno maso, izraženo v kilogramih in kvadratom telesne višine, izražene v metrih.

starši slovenske narodnosti, zato etnična pripadnost ni bila obravnavana kot spremenljivka.

- *skupnosti (kolektivitete)*, to spremenljivko lahko razumemo kot družinsko skupnost in jo obravnavamo kot družinske mreže, kjer so akterji (družinski člani) med seboj povezani prek socialnih odnosov – sorodstvenih vezi, zato jo obravnavamo predvsem v smislu podpore, ki jo starši in otroci prejema od sorodnikov. Iz skupinske perspektive na izbiro »zdravega življenjskega sloga« lahko vpliva tudi ideologija. S tega vidika nas bo zanimalo, kako ideologija preventive, v smislu nenehnega družbenega opozarjanja na obnašanje v skladu z zdravstvenimi priporočili in individualizirane odgovornosti za zdravje, vpliva na družinske prakse.
- *bivalne pogoje*; to spremenljivko bomo obravnavali na podlagi podatkov o bivalnem okolju (podeželje, primestje in mesto) ter prebivališču družine (individualne hiše, večdružinska hiša, stanovanje). Zadovoljevanja osnovnih dobrin (elektrike, plina, gretja, tekoče in tople vode) nismo preverjali, saj družine, zajete v vzorcu, prihajajo iz okolja z urejeno infrastrukturo.

***Socializacija in izkušnje (2).*** Predstavljena struktura zagotavlja družbeni kontekst za socializacijo in izkušnje, te pa nadalje možnost za konstruiranje predispozicij za delovanje (habitus) (Bourdieu v Cockerham 2005). S primarno socializacijo posameznik prek družine spozna družbene norme in vrednote, s sekundarno pa pridobi specifična znanja in spretnosti. Pri tem so izkušnje naučen rezultat ponavljajočih se aktivnosti, ki se usvajajo prek socialnih interakcij ali prakticiranja. V aplikaciji bi to lahko pomenilo izkušnje staršev, ki se nanašajo na obnašanje v skladu z zdravstvenimi priporočili. Tu so nas zanimale GŠA izkušnje, ki so jih imeli straši v mladosti, in medgeneracijski prenos teh izkušenj v obliki družinskih praks na otroke. Pri tem smo proučevali tudi preživljanje vikendov in počitnic družine kot ponavljajočih se aktivnosti, ki oblikujejo izkušnje.

***Življenjske izbire (3).*** V družinah izbire predstavljajo samousmerjeno obnašanje in delovanje, ki izhaja iz izkušenj in kritične ocene za izbire določene smeri delovanja. Ker smo se osredotočili predvsem na GŠA družinskih članov, je v primeru izbire športa pomemben tudi okus (Bourdieu, 1984), ki ga navadno spodbudi dominantni razred in je namenjen razlikovanju med razredi.

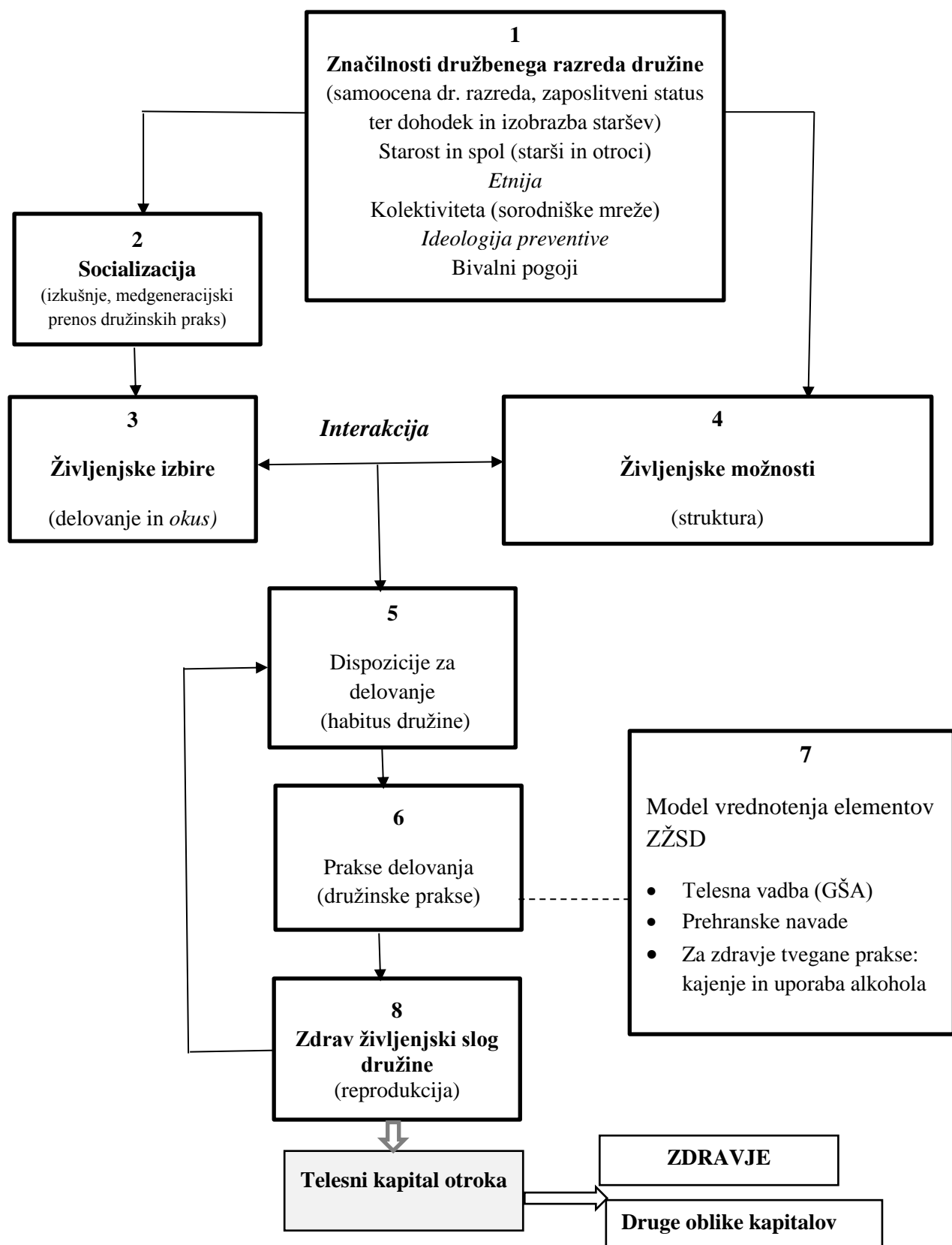
***Življenjske možnosti (4),*** ki izhajajo iz strukture družine (družbenih in drugih spremenljivk, navedenih v 1 kvadratu) ter oblikujejo možen okvir za oblikovanje življenjskih slogov. Izbire in možnosti delujejo v tandemu, z njihovo interakcijo pa oblikujejo dispozicije za delovanje, ki

oblikujejo *habitus družine* (5). Ta prek družinskih praks in vzorcev obnašanja določa, koliko zdrav je življenjski slog družine.

**Prakse delovanja (6)** vidimo v družini kot družinske prakse, »ki obsegajo vse običajne, vsakodnevne prakse, ki jih ljudje počnejo z namenom, da učinkujejo na drugega družinskega člana« (Cheal 2002, 12). Pri tem izhajamo z vidika izvajanja praks glede na reference do drugih članov družine (Morgan 2011) s fokusom na GŠA družinskih članov. Ob tem nas bodo poleg (7) GŠA, kot omenjeno, zanimali še drugi vedenjski vzorci, ki so v skladu z zdravstvenimi priporočili; *prehranske prakse* družinskih članov ter koliko se družina izogiba *praksam*, ki jih medicinska doktrina definira kot *tvegane za zdravje*. Družinske prakse bodo zaradi kvantitativne obravnave nadalje vrednotene v modelu ZZSD, kar nam bo omogočilo razlikovanje družin glede na kvantitativni rezultat najpogostejših elementov »*zdravega življenjskega sloga*« (8).

Ugotovljene strukturne značilnosti družine in rezultat vrednotenja elementov »zdravega življenjskega sloga družine« se bodo proučevali v kontekstu dosežene gibalne učinkovitosti otrok ter bodo služili kot izhodišče za ugotavljanje morebitne povezave med »zdravim življenjskim slogom družine« in telesnim kapitalom otroka.

Slika 2.2: Shema paradigme »zdravega življenjskega sloga družine«



Vir: Pišot, 2017 (prirejeno po Cockerham 2005, 57)

## 2.4 Kapitali v kontekstu zdravja in zdravega življenjskega sloga

Za lažje razumevanje kapitalov ter njihove vloge v zdravju in »zdravem življenjskem slogu« se bomo najprej seznanili z Bourdiejevo *Teorijo kapitalov* (1986) in pojmovanjem kapitala oz. njegovih oblik. Ta izhaja iz razumevanja kapitala kot »akumuliranega dela v materializirani ali utelešeni obliki, s katero se ob prisvojitvi privatnega, tj. ekskluzivnega, omogoča prisvajanje družbene energije v konkretizirani obliki ali kot živo delovno silo (Bourdieu 1986, 15). V tej teoriji Bourdieu (Abel 2011) pokaže, da so lahko virtualno vsa področja družbe del ekonomije ter nenehno prispevajo k produkciji in reprodukciji življenjskih možnosti pa tudi vplivajo na neenako delitev moči. Pri tem ni samo ekonomski kapital, temveč so tudi druge oblike kapitalov ključne za razumevanje kompleksnega procesa družbenega razlikovanja v modernih družbah. Ob tem Bourdieu (1986) razlikuje tri oblike kapitalov: ekonomski, socialni in kulturni. Kot že rečeno, kljub pomembnosti ekonomskega kapitala v družbeni stratifikaciji poudarja medsebojno soodvisnost vseh treh oblik kapitalov. Ekonomski kapital je kapital, ki je takoj in neposredno zamenljiv v denarju. Lahko je institucionaliziran v obliki lastninskih pravic, kulturni kapital, ki se pod določenimi pogoji konvertira v ekonomski kapital in se lahko institucionalizira v obliki izobrazbene kvalifikacije. Kot tretjo obliko Bourdieu navaja socialni kapital, ki je sestavljen iz socialnih povezav oz. mrež ter ga je v nekaterih okoliščinah mogoče pretvoriti v ekonomski kapital; lahko je institucionaliziran v obliki simboličnega kapitala, ki pomeni npr. družbeni ugled (Bourdieu 1986, 16).

Tabela 2.1: Tri oblike kapitala po Bourdieu (1986)

<b>Oblike kapitala</b>	<b>Osnovno razlikovanje</b>	<b>Glavna valuta</b>	<b>Kazalniki</b>
EKONOMSKI	Denarni uspeh vs. izguba	Denar	Ekonomski status
SOCIALNI	Član vs. nečlan	Socialni stiki in povezave	Članstvo
KULTURNI	Priznavanje vs. indiferentnost	Prestiž, znanje (spretnost)	Ugled, izobrazba

Vir: Abel 2007 (prilagojeno po Anheier, Gerhards in Romo, 1995)

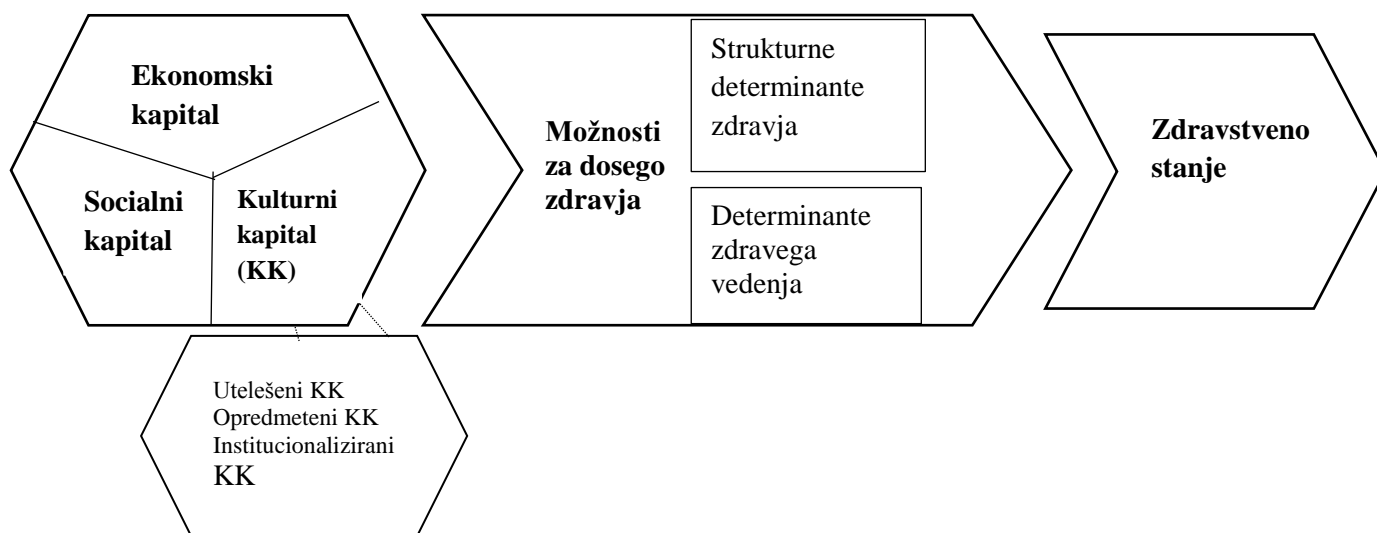
Kapitali nastopajo kot viri ali valuta, s katero si lastniki zagotavljajo prednosti na določenem področju in si zmanjšujejo vstopne ovire na druga področja. V kapitalu so predpostavka posebnosti vira, ki mu zagotavlja menjalno vrednost in sposobnost akumulacije, zato se predpostavlja tudi nenehno tekmovanje med družbenimi skupinami za vire (kapitale), ki pomagajo ustvarjati in vzdrževati družbeno moč (Bourdieu 1986).

Kapitali, s katerimi ljudje razpolagajo, so v nenehni interakciji in kot taki povezani z zdravjem, zato tudi dostop do različnih oblik kapitala in njihovo utelešenje reproducirata družbene neenakosti tudi v doseganju zdravja. Pri dosedanjem proučevanju neenakosti v zdravju se je kulturni kapital izkazal za najmanj prisotnega od oblik kapitalov, saj se je v odnosu do zdravja proučevala le izobrazba (Kamin in Tivadar 2011), zato je predstavitev povezanosti in s tem vpliv vseh oblik kapitalov kot tudi stanj kulturnega kapitala na tem mestu pomembna.

Kulturni kapital obstaja v treh stanjih (Bourdieu 1986, 17): v *utelešenem* (trajajočih dispozicij uma in telesa), *objektiviziranem* (v obliki kulturnih dobrin) in *institucionaliziranem stanju* (izobrazbene kvalifikacije, nazivi, ki jih lahko podeljujejo izobraževalne institucije, potrjuje avtentično lastnino kulturnega kapitala). Je nezamenljivi dejavnik, ki deluje v širšem sistemu družbene raznolikosti, akumulacije kapitala in transformacije prenosa. Ta širši sistem regulira neenako distribucijo življenjskih možnosti in moči na podlagi nenehne povezanosti med ekonomskim, socialnim in kulturnim kapitalom.

Predstavili bomo predvsem njihovo aplikacijo na polje zdravja ljudi in tesno povezanost kljub posamezni izrazni obliki.

Slika 2.3: Interakcija kapitalov in zdravja (prilagojena po Abel, 2007)



Vir: Abel (2007, 56)

Abelova aplikacija (2007, 56) Bourdieujeve teorije kapitalov v neenakosti v zdravju prikazuje povezanost med različnimi tipi in stanji kapitala. Možnosti za dosego zdravja se razumejo kot strukturno zasidrane možnosti za »dobro«  
zdravje, ki jih združujejo *strukturne determinante zdravja* (dostop do zdravstvene oskrbe in promocije zdravja) ter *determinante zdravega vedenja* (tveganje za zdravje ali k zdravju usmerjeno delovanje), ki povečuje ali zmanjšuje verjetnost

za »dobro« zdravje. Glede na empirična dognanja na zdravje učinkovito delujejo ekonomski kapital, ki ga opredeljujejo viri, kot so dohodek, bivalni pogoji, zdravstveno zavarovanje in drugi opredmeteni materialni viri, socialni kapital v obliki socialne podpore in zaupanja, medtem ko kulturni kapital poleg dejavnikov izobrazbe vsebuje tudi vrednote in družbene norme. Procesi (v sliki) navadno niso povsem v linearnih odnosih, ampak vsebujejo tudi rekurzivne povezave (tj. od zdravja izhajajoče možnosti doseganja različnih oblik kapitala) (Abel 2007, 56).

Poznavanje Bourdieujeve teorije kulturnega kapitala nam pomaga razumeti, kako družbene strukture oblikujejo zavedanje ter delovanje posameznikov in dobrin, kako prihaja do družbenih neenakosti ter kako se te reproducirajo (tudi na polju zdravja). S poznavanjem stanja utelešenega kulturnega kapitala se širi razumevanje vloge človekovega telesa v družbeni stratifikaciji zdravja (Abel 2007, 57). Pri tem sta zdravstvena pismenost in zdrav življenjski slog posebni obliki utelešenega kulturnega kapitala. Kot taki sta sociokulturni vir za zdravje, hkrati pa tudi dinamični model družbenih neenakosti v produkciji in distribuciji zdravja. Izhajajoč iz Bourdieujeve teorije kapitalov (1986) je zanimanje ali spodbuda za lastni vložek v zdravje (s sredstvi za spremembo življenjskega sloga) družbeno naučeno ter pogosto del in izraz širšega habitusa. Taki življenjski slogi postanejo del kulturnega kapitala in zajamejo simbolično vrednost. Vedenje, ki ga povezujemo z zdravjem, je rezultat spleta zapletenih družbenih dejavnikov, npr. pridobivanje virov za boljše zdravje, informacij za boljše razumevanje zdravja do materialnih sredstev za izboljšanje (bivanjskih pogojev, nakupov zdrave hrane). Vse to je vpeto v širši družbeni kontekst, v katerega je človek vrojen ter ga pogosto spremljajo številne racionalne in emocionalne ovire. Zato se delovanje ljudi v smeri aktivnega iskanja zdravja prek različnih praks zelo razlikuje.

Kulturni kapital odigra odločilno vlogo v socialnem učenju in procesu sprejemanja, predvsem v delu, ko gre za osebno upravljanje s telesom, družbeno uporabo telesa, habitusom in zdravim življenjskim slogom. Dalje nujno uči in prevzema značilne vzorce življenjskega sloga, ki so primerni ekonomskemu in kulturnemu kontekstu, kjer se ljudje razvijajo in rastejo; torej igra ključno vlogo v procesu družbenega vzorčenja življenjskih slogov, tudi tistih, ki so relevantni za zdravje. Kulturni kapital dovoljuje ljudem, da izbirajo in povezujejo različne elemente življenjskih slogov ter jih združujejo v značilne vzorce »zdravih življenjskih slogov«. Ta proces nastaja skupaj s posebnimi sociokulturnimi okolji ter mora biti prilagojen na materialne in nematerialne možnosti pa tudi vire (kapitale), ki so jim na voljo. Obstajajo naslednje oblike procesov medsebojnih povezav (Abel 2007, 64):



- posamezni elementi zdravega življenjskega sloga morajo biti izbrani in organizirani kot komplementarni drug do drugega (npr. prehranjevalne navade, v zdravje usmerjeno vedenje oz. izogibanje tveganim praksam, GŠA);
- vzorci zdravih življenjskih slogov morajo biti usklajeni s sociokulturnimi in socioekonomskimi konteksti akterjev (vzorci zdravega življenjskega sloga so ali niso primerni in dosegljivi za določeni družbeni milje);
- tretja, sicer drugačna vrsta povezav, na katerih ima kulturni kapital odločilno vlogo za zdrave življenjske sloge, se nanaša na dodano vrednost ter preoblikovanje različnih oblik kapitala in različnih stanj kulturnega kapitala. Eden od primerov za preoblikovanje različnih vrst kapitala so finančna sredstva (ekonomski kapital), naložena v nakup, uporabo in družbeno prikazovanje predmetov (npr. športne opreme), ki pomenijo ustrezno, v zdravje usmerjeno vedenje in vrednote (kulturni kapital). Transformacije med različnimi stanji kulturnega kapitala se nanašajo na medsebojno vplivanje utelešenega kulturnega (npr. zdravstvena pismenost) in objektiviranega kulturnega kapitala (npr. uporaba in posedovanje medicinskih priročnikov).

»Zdrav življenjski slog« na eni strani povečuje zdravje ljudi, na drugi pa služi zahtevam po družbenem razlikovanju, promociji samoidentitete in razvoju čuta pripadnosti (Abel 2007, 64). Oblikovanje, ohranjanje in sprememba »zdravih življenjskih slogov« kot aktivnih delov družbene stratifikacije so odvisni od razpoložljivosti ekonomskih, socialnih in kulturnih virov v obliki različnih stanj kulturnega kapitala (Abel 2007, 65).<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> V kapital zdravja najaktivneje vlagajo tisti, ki razpolagajo tudi z zadostno mero drugih virov oz. kapitalov, zato ni presenetljivo, da se zdravje in pričakovano trajanje življenja izboljšujeta predvsem pri ljudeh, ki so gmotno bolj preskrbljeni (Kamin in Tivadar 2011).

## 2.5 Konceptualizacija telesnega kapitala kot gibalne učinkovitosti

Kako pomembno je doseganje ustreznih gibalnih kompetenc že v času otrokovega razvoja, lahko pri proučevanju znova za osnovno izhodišče konceptualizacije telesnega kapitala vzamemo Bourdieujevo delo *The forms of Capital* (1986), ki ga nadgradimo s Shillingovim delom *Educating the body: Physical Capital and the production of social inequalities* (1991). Omenjeni deli nam omogočata lažje razumevanje ter konkretnjšo definicijo in aplikacijo gibalne učinkovitosti v telesni kapital oz. utelešeni kulturni kapital.

Ob že predstavljeni teoriji kapitalov (Bourdieu 1986) ter njegovih oblik (ekonomski, socialni in kulturni kapital) znova izpostavljamo osnovno vodilo koncepta kapitala. Ta predpostavlja, da so viri med ljudmi različno porazdeljeni ter da se viri (kapitali) lahko oplajajo in akumulirajo. Lastnost akumulacije in oplajanja neenakomerno porazdeljenega kapitala v družbi je ključna za produciranje reprodukcije, vzdrževanja in poglobljanja družbene neenakosti.

Za razumevanje telesnega kapitala je tudi tu pomembna konstelacija kulturnega kapitala. Bourdieu (1986, 17) loči tri stanja kulturnega kapitala, ki smo jih predstavili v predhodnem poglavju. Naj ponovimo samo, da so stanja kulturnega kapitala med seboj vzajemno odvisna ter da med njimi najdemo podobne proces interakcije kot med osnovnimi oblikami kapitala, ob tem pa se zahtevajo minimalna sredstva oz. zaloge vsake oblike kapitala za uspešno udeležbo v igri družbenega razlikovanja. Torej se mora kapital pogosto transformirati iz ene oblike v drugo.<sup>27</sup>

*Institucionalizirani kulturni kapital* je izražen v obliki izobrazbenih kvalifikacij, stopnje izobrazbe, akademskih nazivov ipd., ki jih podeljujejo izobraževalne institucije. Pri tem objektivizacija ustvarja pomembno razliko med uradno priznanimi kapitali, pridobljeno kompetenco in preprostim kulturnim kapitalom, ki se mora nenehno dokazovati. Produkt menjave ekonomskega kapitala v kulturni kapital poda vrednost, npr. imetniku določene kvalifikacije (izobrazbe), relevantne do drugega imetnika. Denarna vrednost je lahko menjava na trgu delovne sile (glede na vrednost izobrazbe, priznane na trgu v obliki dohodkovnega razreda ali drugih ugodnostih, ki jih delovno mesto ali položaj prinaša). Institucionalizirani kapital je lahko izražen tudi kot posebna kompetenca ali simbolni kapital, ki prinaša določen ugled, ki ga lahko pretvori v katero od drugih oblik kapitala. Materialni in simbolični dobiček

---

<sup>27</sup> Npr. časovno trajanje izobraževanja otroka je zelo odvisno od finančnega stanja in razpoložljivega kapitala družine (ekonomski kapital). Če je mogoče zagotoviti daljši čas za izobraževanje in morda še dodatno učno pomoč, se ekonomski kapital preoblikuje v kulturni kapital z doseženo izobrazbo. Prek institucionaliziranega kulturnega kapitala v obliki dosežene izobrazbe lahko dosežemo preoblikovanje tega v ekonomski kapital, v obliki boljše plačanega dela (večjega dohodka) za doseženo izobrazbo.

npr. v izobrazbo ali akademsko kariero, ki je morda na začetku pridobivanja kazala večji potencial, je v trenutku pridobitve odvisna od redkosti izobrazbe ali inflacije pridobljenega poklica, ki določa vrednost institucionalnega kulturnega kapitala na trgu delovne sile (Bourdieu 1986, 20–21).

Kulturni kapital ima v svojem objektiviziranem stanju vrsto lastnosti, ki so definirane le v odnosu s kulturnim kapitalom v njegovi utelešeni obliki. *Objektivirani (opredmeteni) kulturni kapital* najdemo v materialni obliki ali medijih, kot so zapisi, slike, spomeniki in instrumenti, ter je prenosljiv v svoji materialnosti. Zbirka slik se lahko npr. prenese tako dobro kot ekonomski kapital, pri tem pa je stvar prenosa pravno lastništvo, ki se izraža s številnimi lastnostmi, vezanimi na utelešene oblike kulturnega kapitala oz. na veščine in znanja, ki so nujna za uporabo tehnologij, instrumentov in izdelkov kulturne produkcije (npr. uporaba stroja) (Bourdieu 1986, 19–20).

Tretji obliki kulturnega kapitala, *utelešenemu kulturnemu kapitalu* bomo namenili največ pozornosti, predvsem zaradi njegove aplikacije v telesni kapital kot posebne spretnosti, gibalne kompetence. Utelešeni kulturni kapital predstavlja utelešeno zgodovino materialnih razmer, v katerih smo živeli, ter kulturnih kompetenc, ki smo jih pridobili s šolanjem in neformalnim učenjem. S to obliko kapitala je zajet proces (nevidnega in nenehnega) pretvarjanja zunanjega bogastva v integralni del osebnosti kot dolgoročne dispozicije človekovega uma in telesa (Bourdieu v Kamin in Tivadar 2011, 1017). Akumulacija utelešenega kulturnega kapitala se nahaja v obliki, ki se označuje kot kultura oz. kultiviranost ter predpostavlja proces utelešenja kot posledico vztrajnega dela in asimilacije pa tudi časovnega vložka – časa, ki mora biti osebno, tj. s strani investitorja, vložen v utelešeni kapital (Bourdieu 1986, 20). Produkt utelešenja (npr. mišičastega telesa) ne more biti pridobljen s strani drugega, tako so vsi učinki prenosa izključeni, kot tudi ne more biti akumuliran v večji meri, kot sežejo zmogljivosti kapacitete posameznega nosilca agenta oz. lahko ta kapital živi ali peša (z biološkimi kapacitetami, njegovim spominom) in umre skupaj z njegovim nosilcem. Ker je kulturni kapital na različne načine povezan s posameznikovo biološko edinstvenostjo (singularnost), je subjekt, ki definira stare, globoko zakoreninjene razlike med »podedovanimi« in »pridobljenimi lastnostmi«. <sup>28</sup> S tem mu uspe združiti prestiž prirojenih lastnosti s prednostmi pridobljenih lastnosti (Bourdieu 1986, 18). Manifestira se npr. v obliki, kako se držimo in gestikuliramo, po svojem videzu, veščinah ter prirojenih in pridobljenih sposobnostih. Zaradi družbenih pogojev

---

<sup>28</sup> Kulturni kapital je subjekt dednega prenosa, ki kot prikrit ali celo neviden definira stare, globoko zakoreninjene razlike, ki so jih že grški pravniki poznali kot razlike med »podedovanimi (*ta patroa*) in »pridobljenimi lastnostmi« (*epikteta*), ki jih posameznik doda svoji doti, tj. podedovanim lastnostim (Bourdieu 1986, 18).

sta prenos in pridobitev kulturnega kapitala bolj prikrita kot pri ekonomskem kapitalu, zato se predvideva, da deluje kot t. i. simbolni kapital. Prepoznan je kot legitimna kompetenca, avtoriteta, ki vpliva na vseh trgih, kjer je ekonomski kapital manj prisoten (npr. poročnem, umetniškem trgu) (Bourdieu 1986, 18), in tudi na zaposlitvenem (Kamin in Tivadar 2011, 1017).

Najmočnejši princip simbolične učinkovitosti kulturnega kapitala je v logiki njegovega prenosa. Pri tem je proces prisvajanja objektiviranega kulturnega kapitala in časa, potrebnega, da se zgodi, v večini odvisen od kulturnega kapitala, utelešenega v celi družini, prek splošnega »učinka puščice« ter vseh oblik implicitnega prenosa.<sup>29</sup> Bourdieu opozarja, da se akumulacija kulturnega kapitala začne že ob rojstvu in traja vso socializacijo; kapital, ki ga otrok ne dobi v otroštvu, je z vidika akumulacije izgubljeni čas. Nadomeščanje tega časa je v nadaljevanju odvisno od številnih dejavnikov, med drugim tudi od posameznikovega socialno-ekonomskega statusa oz. od njegove »osvobojenosti od ekonomske nujnosti«, da lahko svoj prosti čas usmerja v pridobivanje in utelešenje kulturnega kapitala (Bourdieu 1986, 19).

Prenos kulturnega kapitala je v tem primeru najbolj skrita oblika dednega prenosa kapitala, zato se ji pripisuje večji pomen v sistemu reprodukcijskih strategij kot neposrednim vidnim oblikam prenosa kapitala, ki so navadno bolj cenzurirane in kontrolirane. Logiko utelešenega kapitala najdemo v štirih posebnostih (Abel 2007, 57):

- je vezan na telo;
- potreben je osebni čas posameznika, da ga pridobi in utelesi;
- za njegovo pridobivanje in doseganje sta potrebni naklonjenost in zanimanje za dejavnosti;
- temelji na posebnih pravilih kulturne igre.

Upravljanje in razvoj človekovega telesa je osrednje bistvo pravice splošnega človeškega delovanja; ob tem je namen produkcije kulturnega in ekonomskega kapitala doseganje in ohranjanje stanja. Upravljanje telesa skozi čas in prostor lahko pomeni osnovno posameznikovo sposobnost, da se vključuje v družbene zadeve in »spreminja« tok vsakdanjega življenja (Shilling 1991, 654).

Telesni kapital se razvija prek medsebojnih povezav med družbenim položajem, habitusom in okusom. *Družbeni položaj* se nanaša na materialne okoliščine, ki kontekstualizirajo človekovo

---

<sup>29</sup> Splošni »učinek puščice« (angl. *Arrow effect*) Bourdieu navaja kot dejstvo, da vse kulturne dobrine, npr. slike, spomeniki, stroji, in vse predmete, ki jih oblikuje človek, še zlasti vsi tisti, ki sodijo v okolje otroštva, izvajajo vzgojni učinek že s samim obstojem. To je nedvomno eden od strukturnih dejavnikov za »ekspanzijo izobraževanja« v smislu, da rast količine kulturnega kapitala, nabranega v objektiviziranem stanju, poveča vzgojni učinek, ki ga samodejno izvaja že samo okolje (Bourdieu 1986, 19).

vsakdanje življenje in so pomembne, ko definirajo različne stopnje »osvobojenosti od nujnosti«, ali materialne in finančne želje (Bourdieu 1985 v Shilling 1991). Oblikovanje telesnega kapitala poteka prek »*habitusa*« kot »družbeno konstruiranega sistema kognitivnih in motivacijskih struktur«, ki zagotavljajo posamezniku z določeno razredno pripadnostjo predispozicijo za znane in nove situacije (Brubaker v Shilling 1991, 655). Telo, ki je neločljivo povezano z umom, vstopi v produkcijo habitusa s posredovanjem socialnih struktur in individualnim delovanjem, oblikovanim s »predhodnim« in samoreguliranim »prihodnjim«. Tako je habitus utelešen; sam način, kako ljudje ravnaajo s telesom, pa »razkriva najgloblje dispozicije habitusa« (Bourdieu in Brubaker v Shilling 1991, 654).

Produkcija telesnega kapitala se pri tem nanaša na družbeni nastanek teles posameznikov prek športa, prostega časa in drugih aktivnosti v smeri, ki izraža razredni položaj in kateri je priznana simbolična vrednost. V nasprotju pa se menjava telesnega kapitala nanaša na preoblikovanje utelešene participacije v športu, prostem času in drugih aktivnostih v druge oblike kapitala (Bourdieu v Shilling 1991, 654). Telo je pomembno tudi z vidika Bourdieujevega razumevanja okusa. »Okus« se nanaša na proces, kjer posamezniki prostovoljno izbirajo možnosti in življenjske sloge, ki izvirajo iz materialnih omejitev. Je materializiran s telesom, hkrati pa služi temu, da naturalizira in ohranja različne odnose, ki jih imajo družbeni razredi do njihovih teles, ter je osrednji predmet za kakovost in kvantiteto telesnega kapitala posameznika (Shilling 1991, 655). Pri produkciji telesnega kapitala Bourdieu (v Shilling 1991, 655) loči med okusom delavskega razreda, ki je oblikovan kot instrumentalna usmeritev k telesu, glede na to, koliko imajo njegovi člani časa, »osvobojenega od nujnosti«. Telo pri tem pomeni »sredstvo za dosego cilja«, kar je razvidno tudi v razmerju do bolezni, dela ali športa. Za okus dominantnega družbenega razreda, ki se oblikuje v prostorih večje »osvobojenosti od nujnosti«, pa je značilno, da posamezniki posledično ravnaajo s telesom tako, kot da »konča v sebi« z različnimi nameni glede na to, ali je poudarek na notranjem delovanju telesa kot organizma (kult zdravja) ali pa glede na videz (konfiguracijo »telesnega«) oz. kot telesa za druge (Bourdieu 1978 v Shilling 1991). V navezavi na okus in šport (Bourdieu v Shilling 1991) se razvrstitev športnih aktivnosti med razredi spreminja v času. Športi se demokratizirajo, zato imajo nekatere športne aktivnosti medrazredno udeležbo, ob tem pa se še vedno ohranjajo določene razlike glede na družbeni razred in pričakovano produkcijo različnih ugodnosti (Aversa v Shilling 1991, 656).

Produkcija telesnega kapitala ni le izrazna plat položaja družbenega razreda, temveč omogoča, da odnosi med okusom in telesom povečujejo družbene neenakosti, kjer imajo posamezniki različne možnosti za menjavo telesnega kapitala v druge oblike kapitalov. Okus delovnega

razreda za popularne športe vključuje tudi produkcijo telesnega kapitala, ki lahko vodi do boljše pozicioniranih (delovnih) mest v športu (Bourdieu 1978 v Shilling 1991). Moč, hitrost in spretnost, ki so pri tem vložene v telo, postanejo objekt menjave z določeno vrednostjo (kariera športnika). Ob tem ima taka oblika telesnega kapitala različne omejitve (npr. kratka doba športne kariere in veliko tveganje ter oportunitetni stroški). Medtem ko za delavski razred šport lahko pomeni vzpon na družbeni lestvici, za vladajoči razred nima takega pomena, saj ima ta dostop do alternativnih virov ekonomskega kapitala (Bourdieu v Shilling 1991, 657) in razvoja telesnih kapitalov, zato ne nosi enakih oportunitetnih stroškov, kot veljajo za telesni kapital delavskega razreda. Tako medgeneracijski prenos ekonomskega kapitala predstavlja vidni vir neenakosti, ki ga politično lahko kontroliramo, medtem ko razvoj telesnega kapitala predstavlja skrito obliko privilegijev, ki se neodvisno od drugega lahko znova preoblikujejo v ekonomski kapital. Pridobitev teh oblik kapitala zahteva namreč določen vložek časa in energije na obeh straneh, tako družine kot posameznega lastnika kapitala. Tudi v teh primerih ni vedno zagotovo, da bodo določeni posamezniki razvili te oblike kapitala do te kakovosti ali količine, da ga bodo lahko prevrednotili v ekonomski kapital.<sup>30</sup>

Shilling (1991, 657) pri menjavi oz. pretvorbi kapitala opozarja, da vrednost, ki pripada določenemu telesnemu kapitalu, in možnosti, ki so na voljo za menjavo kapitala v druge oblike, niso vedno enake. Prav tako kot lahko kulturni kapital niha v vrednosti (npr. vrednost določene izobrazbe lahko niha zaradi inflacije na trgu delovne sile), je lahko tudi menjava telesnega kapitala različna, saj se lahko določenemu športu povečajo popularnost, prestiž in zaslužki (Featherstone v Shilling 1991, 657), medtem ko so drugi športi (ne glede na vlaganje virov v akumulacijo) manj popularni in prinašajo tudi manj zaslužka. Kot najpomembnejši dejavnik, ki vpliva na relativno vrednost telesnega kapitala ob vsakem času, Shilling (1991, 657) navaja zmožnost vodilnega razreda, da določi usmerjenost k telesu in življenjskemu slogu kot nekaj boljšega, vrednega plačila ter v metaforičnem in literarnem smislu predstavlja utelešenje določnega razreda.

*Sklep.* Telesni kapital otroka je glede na definicijo utelešenega kulturnega kapitala odvisen od razrednega položaja družine (razpoložljivost virov, materialne okoliščine), habitusa (kot družbeno konstruiranega sistema zaznav in motivacij družine) ter okusa (prostovoljne izbire delovanja oz. življenjskega sloga družine), ki je vezan na materialne omejitve družine. Pri tem doseganje gibalnih kompetenc, ki so vložene v telo (npr. moč, hitrost oz. spretnost), v našem

---

<sup>30</sup> Tako kot ni nujno, da so otroci višjega ekonomskega razreda uspešni v izobraževanju, prav tako kljub ekonomskemu in časovnemu vložku lahko ne razvijejo vrhunskih oblik telesnega kapitala.

primeru gre za skladnost izvedbe EGV kot gibalne učinkovitosti, še ne pomenijo objekt menjave v drugo obliko kapitala za določeno vrednost. Skladni razvoj EGV, ki se kaže v gibalni učinkovitosti, v tem kontekstu teorije kapitalov, pomeni osnovni proces akumulacije telesnega kapitala kot utelešenega kulturnega kapitala, ki za menjavo potrebuje še določen vložek (staršev oz. pomembnih drugih) v času (čas otroštva) kot tudi vložek določenega ekonomskega (materialni viri) pa tudi socialnega kapitala (npr. podpora staršev, vrednote zdravja). Od samega razrednega položaja in »okusa« družine pa je odvisno, ali bo produkcija kapitala usmerjena v telo kot sredstvo za doseg cilja (cilj, ki se pripisuje delavskemu razredu) oz. bo pozornost usmerjena v notranje delovanje telesa v smislu doseganja zdravja oz. le v oblikovanje videza (cilj dominantnega razreda) (Bourdieu v Shilling, 655).

### 2.5.1 Semantična aplikacija termina »gibalna učinkovitost« v termin »telesni kapital«

Nadalje se bomo posvetili aplikaciji termina gibalne učinkovitosti otroka (učinkovitost izvedbe EGV) v termin »telesni kapital«. V disertaciji smo gibalno učinkovitost otroka ocenili z ravniyo uspešnosti spremljanih gibalnih vzorcev. V gibalnem razvoju otroka so namreč slednji nosilci njegove funkcionalne zmožnosti in orodje učinkovitega reševanja vsakodnevnih dejavnosti. S tem razlogom želimo v nadaljevanju vzpostaviti most v umeščanju gibalne učinkovitosti kot pomembnem delu telesnega kapitala otroka, kar nam bo tudi olajšalo interpretacijo vloge in pomena oblikovanja telesnega kapitala otroka skozi GŠA družine ter njenega »zdravega življenjskega sloga«.

Učinkovitost EGV, ki smo jih v empiričnem delu navajali kot osnovo gibalne učinkovitosti otroka, smo objektivno merili z baterijo gibalnih testov ter ovrednotili s povprečno vrednostjo doseženih kvalitativnih in kvantitativnih rezultatov vseh merjenih EGV. Če izhajamo iz Bourdieujeve (1986) definicije kapitalov kot »akumuliranega dela v materializirani ali utelešeni obliki, ki potrebuje določen čas, da se kopiči« ter obstaja kot potencialna kapaciteta za proizvodnjo dobička in reprodukcijo sebe v identični ali razširjeni obliki pa tudi nadaljnjega utelešenega stanja kulturnega kapitala, lahko ugotovimo naslednje povezave z gibalno učinkovitostjo otrok (izvedbe EGV):

- Akumulacija kulturnega kapitala v utelešenem stanju, torej v obliki, ki jo označujejo kot kultura, kultiviranost in gradnja, predpostavlja proces utelešenja, vključitve, ki pomeni določeno delo, vztrajnost in asimilacijo ter določen časovni vložek. Prav tako mora otrok prek procesa primarne socializacije usvojiti primarne vzorce gibanja (predvsem faz plazenja, lazenja, hoje ter pozneje plezanja, skoka in teka), ki so temeljni za nadaljnji razvoj gibalnih spretnosti in oblikovanje zahtevnejših gibalnih stereotipov. Uspešnost te faze v otrokovem razvoju je predvsem odvisna od pogojev in vložka staršev oz. skrbnikov, torej od socialnega kot tudi fizičnega okolja.
- Produkcija telesnega kapitala se nanaša na družbeni nastanek teles posameznikov prek športa, prostega časa in drugih aktivnosti v smeri, ki izraža razredni položaj in ki ji je priznana simbolična vrednost (Shilling 1991, 655). Tudi pri otrokovem gibalnem razvoju gre za določeno produkcijo – usvajanje in učenje gibalnih spretnosti, ki pomenijo večjo ali manjšo gibalno kompetenco otroka. Usvajanje gibalnih kompetenc pa pomeni otrokovo sposobnost po učinkovitem, uspešnem in varnem gibanju. Oblikovanje telesnega kapitala v sociološkem kontekstu poteka prek »habitusa« kot »družbeno konstituiranem sistemu kognitivnih in motivacijskih struktur«, ki posamezniku omogočajo predispozicijo za znane



in nove situacije (Brubaker v Shilling 1991, 655), zato se pomen habitusa v oblikovanju telesnega kapitala izpostavi prav zaradi njegovega »utelešenja« prek delovanja družine oz. življenjskega sloga družine na usvojene gibalne kompetence otroka.

Z razlago kapitalov kot vira in valute, s katero si zagotavljamo prednost na določenem področju, hkrati pa si zmanjšujemo ovire za vstop na druga področja; z njegovo menjalno vrednostjo in sposobnostjo akumulacije, hkrati pa nenehno prisotnostjo borbe za vire (kapitale) med družbenimi skupinami za vzdrževanje družbene moči, lahko te značilnosti apliciramo na gibalno učinkovitost otoka, izmerjeno prek baterije gibalnih testov (analizo EGV). S predpostavko, da se bo učinkovitost EGV otroka oz. njegova vrednost akumulirala v »zdravem življenjskem slogu družine« s priporočljivo količino GŠA, menimo, da je termin telesni kapital ustrezen za aplikacijo termina gibalna učinkovitost.

### 3 METODOLOŠKI DEL DISERTACIJE

V doktorski disertaciji smo v empiričnem delu proučevali podatke raziskave, izvedene v okviru širšega temeljnega raziskovalnega projekta *Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno-mišičnega sistema na nekatere dejavnike sodobnega življenjskega sloga otrok med 4. in 7. letom starosti*, ki je potekala v obdobju od 2009 do 2012. Raziskovalni projekt je izvajal Inštitut za kineziološke raziskave Znanstveno-raziskovalnega središča Univerze na Primorskem (UP ZRS), ki ga je vodil odgovorni nosilec prof. dr. Rado Pišot. Izvedbo projekta je sofinancirala Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS). Za izvedbo vseh meritev v okviru projekta smo pridobili dovoljenje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (glej Priloga A).

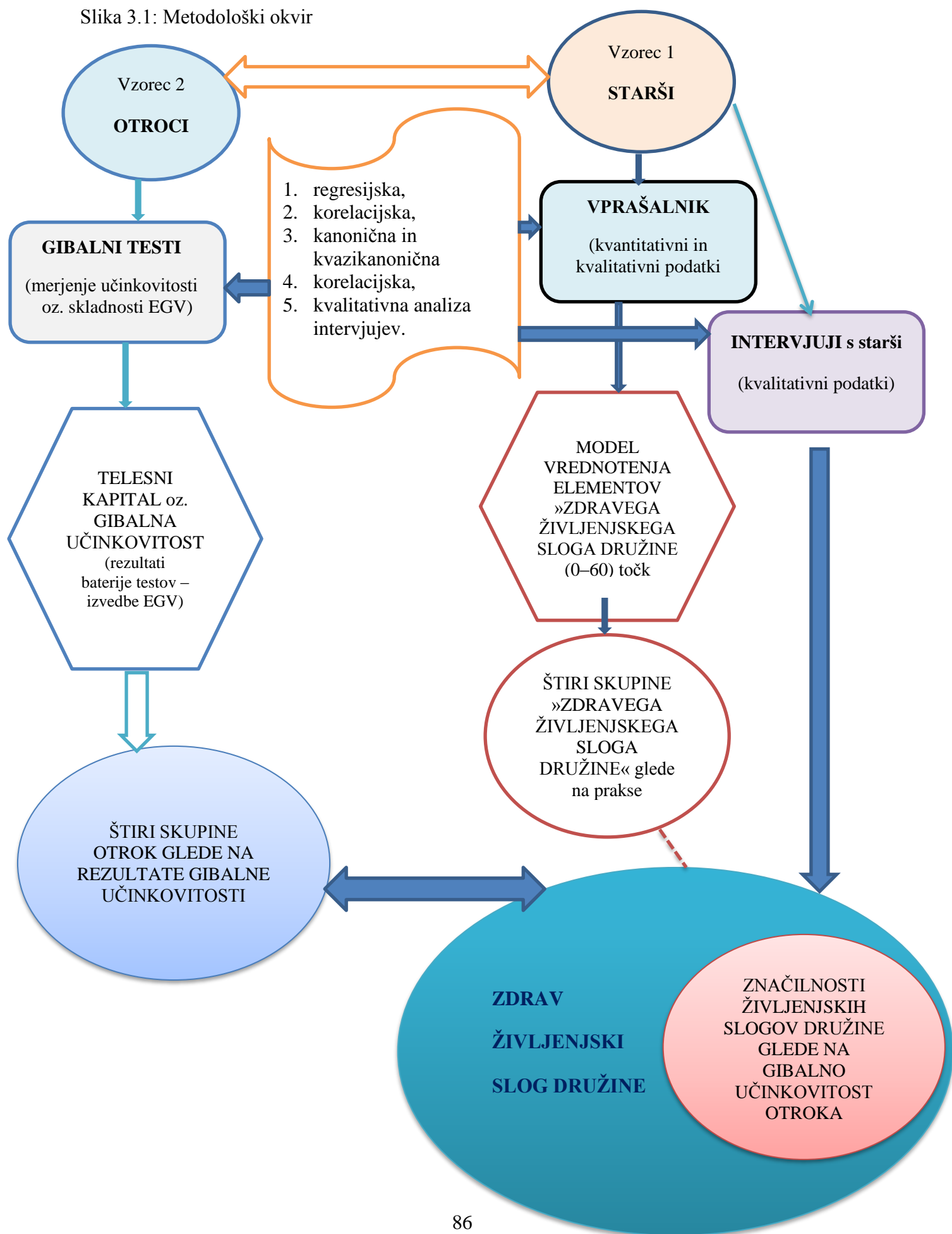
Glavni namen proučevanja je bil ugotavljati količino in prakso GŠA družinskih članov ter vpliv nekaterih dejavnikov »zdravega življenjskega sloga« na razvoj gibalnih kompetenc otroka. Te smo na podlagi kvalitativne analize ter skladne in učinkovite izvedbe EGV proučevanih otrok opredelili kot gibalna učinkovitost ali telesni kapital otroka. V ospredju proučevane teme so otrok, njegova učinkovita izvedba in usvojenost EGV ter značilnosti življenjskega sloga njegove družine.

#### 3.1 Metodološki okvir raziskave

Empirični del raziskave zajema dva sklopa merjenj, in sicer kineziološkega in sociološkega. Kineziološki del obsega zajem podatkov in analizo rezultatov testiranj EGV štiriletnih otrok v laboratoriju. S testiranjem izvedbe posameznih baterij testov smo skupaj s kvantitativno in kvalitativno analizo hoje, teka, plazenja, plezanja in vertikalnega skoka ugotavljali stopnjo skladnosti izvedbe posamezne oblike EGV. Drugi del raziskave pa je obsegal sociološko analizo »zdravega življenjskega sloga« družine na podlagi podatkov anketnega vprašalnika in kvalitativne analize polstrukturiranih intervjujev s starši, ki so se odzvali na povabilo za sodelovanje v raziskavi.

V shemi (Slika 3.1) je predstavljen metodološki okvir disertacije z namenom lažjega vpogleda v kompleksnost obravnavane teme.

Slika 3.1: Metodološki okvir



V prvem delu raziskave smo najprej določili vzorec merjencev. To so bili otroci, katerih starši so želeli sodelovati v triletni longitudinalni študiji, medtem ko so drugi vzorec predstavljali starši sodelujočih otrok, ki so bili pripravljene izpolniti vprašalnik in izvesti polstrukturiran intervju v prvem letu izvedbe projekta.

Rekrutaciji subjektov raziskovanja (otrok in staršev) so sledile meritve posameznih oblik EGV, kjer smo kvantitativno in kvalitativno merili, opazovali ter beležili učinkovitost izvedbe posameznih EGV med otrokovo gibalno aktivnostjo, in sicer pri hoji, teku, plazenju, plezanju in vertikalnem skoku. Skladnost in učinkovitost izvedbe EGV smo določili z natančno in kakovostno analizo, ki je bila oblikovana na podlagi obstoječih znanstvenih del *Fundamental motor skills* (Harrington 1997) ter *Model of Motor Development* (Gallahue in Ozmun 2006) pa tudi raziskovalnih izkušenj obravnavanega področja raziskovalcev Inštituta za kineziološke raziskave UP ZRS.<sup>31</sup> Izdelana je bila kinematična analiza vseh zajetih EGV, skladnost EGV pa smo vrednotili posamezno za vsak EGV, tako kvantitativno kot tudi kvalitativno (več v poglavju 5.1 Vrednotenje gibalne učinkovitosti otrok). Na podlagi rezultatov meritev in metode srednje vrednosti smo posamezne preiskovance (otroke) razvrstili v skupine glede na dosežene povprečne vrednosti (z-vrednosti) določene ravni skladnosti izmerjenih gibalnih vzorcev.

Drugi, sociološki sklop merskih postopkov je obsegal zajem podatkov anketnega vprašalnika in polstrukturiranega intervjuja. Anketni vprašalnik (glej Priloga B) vsebuje vprašanja o demografskih značilnostih staršev, otroka in družine, podatke o njihovem bivalnem okolju, določenih stališčih in vsakodnevnih družinskih praksah, elementih »zdravega življenjskega sloga«, gibalnih/športnih navadah staršev in otrok ter specifične podatke o EGV otroka. V tej fazi smo zbirali podatke o določenih demografskih in socioekonomskih značilnostih družine ter podatke o družinskih praksah, ki so se nadalje dopolnili s podatki iz polstrukturiranih intervjujev.

S polstrukturiranimi intervjuji smo zajeli narativno zgodbo tistega starša, ki je izpolnil tudi anketni vprašalnik in privolil v sodelovanje za izvedbo intervjuja. Namen polstrukturiranega intervjuja je bil pogubljeno zbiranje podatkov o družini in stališčih intervjuvanega starša, predvsem pa njihove lastne percepcije o usklajevanju družinskega življenja in praktičnega obvladovanja vsakdanjih situacij ter oblikovanju zdravega življenjskega sloga družine. Podatki se nanašajo na vsakdanje aktivnosti družinskih članov; vključujoč delo, obveznosti in

---

<sup>31</sup> Kvalitativne oz. opisne spremenljivke so bile pripravljene za potrebe projekta ARRS J5-2397 ter so bile v okviru prispevkov predstavljene na mednarodnih konferencah, in sicer: gibalni vzorec plezanja (Plevnik 2011 in 2012), gibalni vzorec plazenja (Čeklić 2010), vzorec hoje (Marušič in Geržević 2012), vzorec skoka (Koren 2011). Podrobnejše vrednotenje kvalitativne ocene skladnosti za posamezni EGV so opisane v poglavju 3.4.1.

gospodinjska opravila, skupno preživljanje prostega časa v navezavi z GŠA ter preživljanje vikendov in počitnic.

Kvalitativni del disertacije zajema značilnosti družinskih praks, vedenj, vrednot in stališč o »zdravem« in »aktivnem« slogu življenja v povezavi s konkretnim delovanjem oz. oblikovanjem življenjskega sloga družine.

## 3.2 Vzorčenje

Za namen izvedbe projekta je bilo treba v disertaciji namensko vzorčiti primerne subjekte raziskovanja, torej populacijo otrok, ki so v letu začetka projekta, tj. 2009, dopolnili starost 4 let in so bili vključeni v enega od obalnih vrtcev. Ob tem je bilo treba zagotoviti pripravljenost staršev, da se vključijo v longitudinalno raziskavo. Nadalje smo v disertaciji zaradi več ravni raziskovanja oblikovali več priložnostnih vzorcev, ki jih podrobneje opišemo v naslednjih podpoglavjih. Ob predstavitvah vzorcev je tudi razloženo, kateri so bili obravnavani v različnih delih analize in s kakšno metodologijo.

### 3.2.1 Vzorec merjencev

*Populacija štiri- do šestletnih otrok obalnih vrtcev.* Na prvi ravni govorimo o namenskem vzorcu, ki ga sestavljajo otroci iz desetih enot vrtcev v mestni občini Koper, ki so v koledarskem letu 2009 dopolnili starost štirih let (rojeni v letu 2005). V mestni občini Koper je bilo v okviru enot vrtcev Koper, Semedela in Škofije evidentiranih 450 otrok tega letnika rojstva. Nadalje smo vzorec oblikovali priložnostno; od 160 otrok, katerih starši so izkazali zanimanje in se seznanili z raziskavo, je pristopilo 107 otrok, katerih starši so podali soglasje. Skladno z zastavljenim ciljem projekta (analiza EGV) smo glede na kriterij vzorčenja pridobili zadostno število, ki naj bi dosegalo vsaj osemdeset po spolu uravnoteženih subjektov.

Meritve so na navedenem vzorcu otrok potekale tri zaporedna leta (2009, 2010 in 2011), in sicer pri štiri-, pet in šestletnih otrocih. Pri starosti štirih let je v prvem letu meritev sodelovalo 107 otrok (52 dečkov), pri starosti petih let v drugem letu meritev 99 otrok (48 dečkov) ter v tretjem letu meritev pri starosti šestih let 91 otrok (44 dečkov). Izpad subjektov je bil pričakovan in ni predstavljal več kot 15 % proučevane populacije, ob tem je še vedno dosegal zastavljen kriterij vzorčenja 80 subjektov.

*Reprezentativnost vzorca otrok.* V prvem letu meritev (leta 2009) je naš vzorec štiriletnih otrok predstavljal otroke z naslednjimi antropometričnimi podatki: dečki iz našega vzorca so bili v povprečju teški 18,5 kg (SD  $\pm$ 2,5 kg), visoki 107,5 cm (SD  $\pm$ 4,7 cm), 55 deklic pa je tehtalo v

povprečju enako, in sicer 18,5 kg (SD  $\pm$ 2,75 kg), ter so bile malenkost višje, in sicer 108,1 cm (SD  $\pm$ 4,3 cm). Pri ugotavljanju primerljivosti vzorca preiskovanih otrok z vzorcem slovenskih otrok smo si pomagali s podatki populacije pet in šestletnih otrok iz zbirke podatkov Športnovzgojnega kartona (ŠVK, zdaj SLOfit), ki predstavljajo slovensko populacijo otrok. Ker gre pri ŠVK za zajem šolskih otrok, torej šestletnikov, smo za primerjavo izbrali podatke vzorca naših otrok, ko so bili v šestem letu starosti leta 2011. Tako smo primerjali podatke med populacijama otrok iz vzorca (projekt J5-2397), torej takrat šestletnih otrok v letu 2011, in podatke otrok prvih razredov Slovenije za leto 2011 iz ŠVK. Ob tem smo upoštevali tudi časovno, šestmesečno razliko med meritvami, saj smo meritve naše populacije izvajali v novembru in decembru, medtem ko meritve za Športnovzgojni karton (v nadaljevanju ŠVK) vedno izvajajo v aprilu.

Ugotovili smo, da se populacija otrok iz vzorca razlikuje v antropometriji po spolu v primerjavi s populacijo slovenskih otrok iz ŠVK. V populaciji dečkov in deklic obstajajo razlike v telesni masi otrok ( $p < 0,001$ ), saj imajo otroci iz našega vzorca nižjo telesno maso, medtem ko v telesni višini med populacijo slovenskih pet- in šestletnikov ni razlik ( $p = 0,095$ ). Ker se naš vzorec otrok razlikuje v telesni masi od populacije slovenskih otrok iz ŠVK, ne moremo z gotovostjo sklepati, da ugotovitve, ki jih bodo v nadaljevanju dale analize, v celoti veljajo za slovensko populacijo otrok.

#### *Vzorec staršev in družin*

V prvem letu meritev (od novembra 2009 do januarja 2010) smo za pridobitev dodatnih sociodemografskih podatkov pripravili obširnejši vprašalnik, ki je vseboval tudi vprašanja o določenih elementih »zdravega življenjskega sloga« družine. S tem namenom so bili starši povabljeni, da se z enim od njih sestanemo in skupaj izpolnimo vprašalnik ter izvedemo polstrukturiran intervju. Za sodelovanje smo zaprosili vseh 107 staršev, katerih otroci so se vključili v raziskavo. Na povabilo se je odzvalo 93 staršev; ti so bili nadalje tudi povabljeni, da sodelujejo z vprašalnikom in v intervjuju. Na povabilo se je odzvalo 67 staršev. Drugim staršem, ki se niso odzvali na povabilo, smo poslali razširjen vprašalnik, ki je poleg osnovnih vprašanj vseboval tudi določena vprašanja, ki so vsebinsko pokrivala del polstrukturiranega intervjuja, predvsem za zajem podatkov preživljanja prostega časa, vikendov in počitnic ter izvajanja GŠA dejavnosti. S tem smo želeli pridobiti dodatne podatke o elementih »zdravega življenjskega sloga« družine. Prejeli smo dodatnih 32 izpolnjenih vprašalnikov, kar pomeni, da razpolagamo s sociodemografskimi in socioekonomskimi podatki 99 družin od skupaj 107-ih, ki so privolile v sodelovanje v raziskavi (92-odstotna stopnja odzivnosti).

Osnovne karakteristike vzorca družin otrok, ki so opravili vsaj eno meritev in katerih starši so izpolnili vprašalnik, so naslednje:

- 90 otrok (44 dečkov in 46 deklic) v starosti 4,3 leta ( $\pm 0,4$ ). Dečki so bili v povprečju težki 18,5 kg (SD  $\pm 2,5$  kg), visoki 107,5 cm (SD  $\pm 4,7$ ), deklice enako, in sicer 18,5 kg (SD  $\pm 2,7$  kg), ter so bile malenkost višje od dečkov 108,1 cm (SD  $\pm 4,3$ ).
- 90 staršev; očetje so v povprečju stari 37,71 leta (SD  $\pm 5,26$ ), matere so nekoliko mlajše 35,69 leta (SD  $\pm 5,18$ ); očetje so visoki 180,10 cm (SD  $\pm 6,81$ ), matere manjše 167,75 cm (SD  $\pm 5,83$ ), medtem ko očetje v povprečju tehtajo 86,49 kg (SD  $\pm 13,97$ ), matere pa 66,71 kg (SD  $\pm 11,97$ ). Prevladujejo starši s srednjo stopnjo izobrazbe (58 % očetov in 52,3 % mater), precej staršev dosega tudi visoko strokovno ali univerzitetno raven izobrazbe (28,9 % očetov in 30 % mater).

#### *Podvzorec intervjuvanih staršev in reprezentativnost podvzorca*

Nadalje smo v analizi obravnavali še en priložnostni vzorec, vzorec staršev, ki so s soglasjem izkazali zanimanje za sodelovanje v intervjuju, ki je vključeval 67 staršev oz. 60 staršev z intervjuji. Od aprila do sredine julija 2010 nam je uspelo izvesti 60 intervjujev s 57 materami ter le tremi očetmi, starimi 40,3 leta ( $\pm 7,1$  leta). V sedmih primerih nam zaradi odsotnosti ali drugih objektivnih razlogov na strani staršev (npr. selitev, porod, letni dopust, menjava dela) intervjuja ni uspelo izvesti.

Sociodemografske značilnosti intervjuvanih staršev, pridobljenih iz vprašalnika, ki ga je eden od staršev izpolnil vodeno z raziskovalcem pred začetkom intervjuja, so naslednje:

- vzorec intervjuvancev ni uravnotežen po spolu, saj prevladujejo matere (57 mater, v povprečju starih 35,7 leta (SD  $\pm 4,1$  leta), za sodelovanje v intervjuju so se odločili le trije očetje, stari 40,3 leta ( $\pm 7,1$  leta));
- družine intervjuvanih staršev so uravnotežene po spolu otroka, saj smo tako dobili podatke o družinskih karakteristikah 30 dečkov in 30 deklic;
- naš vzorec intervjuvanih mater kaže na precej višjo izobrazbeno raven v primerjavi s slovenskim povprečjem izobrazbe žensk<sup>32</sup> (prav tako tudi trije očetje precej presegajo splošno izobrazbeno raven Slovenije, saj izkazujejo višjo in visokošolsko izobrazbo, medtem ko je za slovensko povprečje izobrazbene ravni moških značilna srednješolska poklicna izobrazba, ki jo dosejata kar dve tretjini moških v Sloveniji).

---

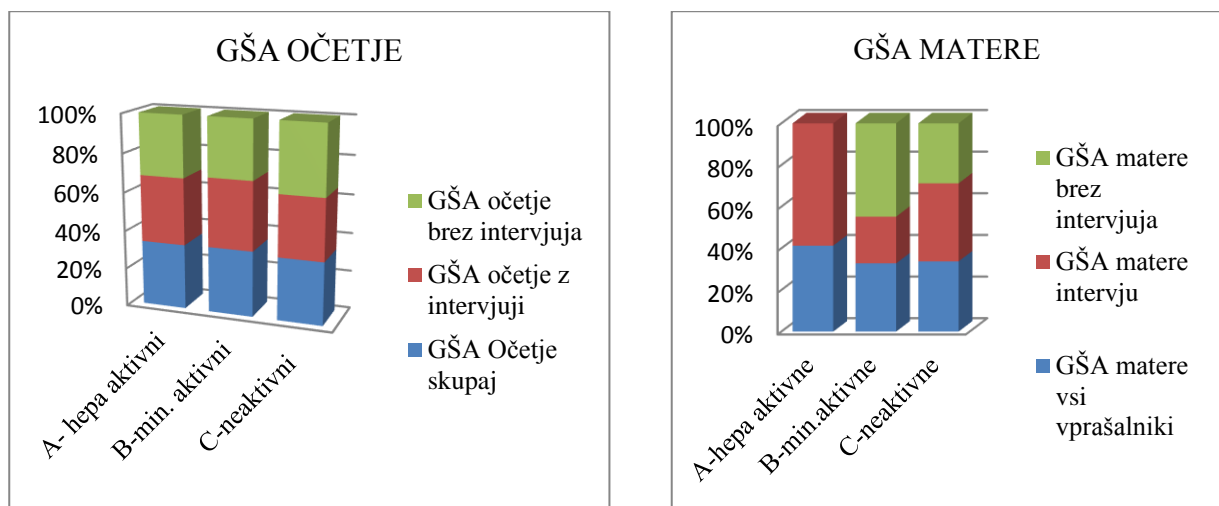
<sup>32</sup> Podatki o izobrazbeni ravni žensk v Sloveniji iz leta 2011: nedokončana OŠ ali manj 5,3 %, OŠ 28,2 %; srednja šola 45,5 %, višja šola 5,3 %, visoka šola (fakulteta); 13,2 %, magisterij ali doktorat 1,1 % (SURIS 2011).

Omenjeni vzorec intervjuvanih staršev se precej razlikuje od slovenskega povprečja, saj je bila po podatkih SURS (2005) povprečna starost matere v Sloveniji ob rojstvu otroka 29 let, nekoliko nižja starost je znašala za starost matere ob rojstvu prvega otroka, tj. 27,3 leta. Upoštevajoč povprečno starost iz vzorca naših mater ter dejstvo, da so postale matere proučevanih otrok leta 2005, ugotavljamo, da so naše matere v povprečju starejše za dve in pol leti od slovenskega povprečja oz. so bile ob rojstvu otroka stare 31,5 leta.

Primerjali smo tudi vzorec staršev, ki se niso odločili za intervju, z vzorcem staršev, s katerimi smo vodeno izpolnili anketni vprašalnik in izvedli intervju, da ugotovimo morebitno omejitev, ki bi jo lahko ta vzorec staršev glede na vzorec z intervjuvanimi starši imel. S primerjavo značilnosti (starost očeta in matere, telesna masa in telesna višina očeta in matere, izobrazba očeta in matere ter GŠA očeta in matere) smo ugotovili, da se vzorec staršev, ki so opravili intervju, statistično ne razlikuje od vzorca staršev, ki niso pristopili k intervjuju, kljub temu pa so nam poslali izpolnjen vprašalnik. Edina statistično značilna razlika se je pokazala v telesni masi mater, ki niso pristale na intervju (za 12,3 % nižja telesna teža), kar pa ob upoštevanju, da je šlo za subjektivno oceno telesne mase, lahko zanemarimo. Subjektivnost podatkov je zaznana tudi iz poročanja količine GŠA, kjer so matere iz vzorca intervjuvanih staršev, katerih izpolnjevanje vprašalnika je bilo vodeno, poročale o svoji količini GŠA bolj kritično (več kot polovica po poročanju ne dosega priporočljive ravni tedenske GŠA), medtem ko v vzorcu staršev, ki se niso odločili za intervju, po njihovem poročanju ni nobenega primera neaktivnih mater, je pa večji odstotek minimalno aktivnih mater, statistično značilnih razlik pa ni zaznati. Glede na navedeno ne moremo govoriti o možnih omejitvah v vzorcu staršev, ki niso pristali na intervju, zato je vzorec staršev z intervjuji primeren za nadaljnjo obravnavo.



Slika 3.2: Količina GŠA očetov in mater glede na sodelovanje v intervjuju<sup>33</sup>



Podobno kot pri ugotavljanju reprezentativnosti vzorca otrok tudi starši oz. družine v strukturi in socialno-ekonomskem statusu ne predstavljajo povprečne slovenske družine, zato tudi ugotovitev v sklepu disertacije ne moremo posplošiti na raven slovenskih družin.

<sup>33</sup> HEPA aktivni dosegajo od 1,5 do 2 uri (zmerne in visoke intenzivne GŠA dnevno), kar pomeni aktivni za zdravje (HEPA – *Health enhancing physical activity*), kriteriji so podrobneje razloženi v poglavju 5.4.3.

### 3.3 Organizacija in izvedba empiričnega dela disertacije

V tem poglavju so podrobneje opredeljeni potrebne organizacijske naloge, postopki meritev ter izvedba anketnega vprašalnika in polstrukturiranega intervjuja, ki zajema empirični del raziskave.

#### 3.3.1 Meritve gibalne učinkovitosti EGV

Meritve so v prvem in drugem letu, med letoma 2009 in 2010, potekale v novembru in decembru ter v prvi polovici januarja v prostorih UP ZRS IKARUS v Ortopedski bolnici Valdoltra. V tretjem letu meritev, leta 2011, pa so potekle samo v novembru in decembru na drugi lokaciji, in sicer v prostorih UP ZRS IKARUS na Srednji tehnični šoli Koper.

Za izvedbo projekta smo pridobili etično dovoljenje Komisije RS za medicinsko etiko. Kot že navedeno smo se za pridobitev zadostnega števila preiskovancev (najmanj 80 subjektov) povezali z vodstvi vrtcev, kjer smo nato za starše organizirali štiri predstavitve projekta in predvidenih meritev. Zaradi longitudinalne narave meritev (tri zaporedna leta) je bilo pomembno, da tako starše kot otroke čim bolj pritegnemo k sodelovanju na meritvah. Predvsem je bilo treba otrokom na meritvah zagotoviti čim več pozitivnih in čim manj negativnih izkušenj, ki bi jih utegnile odvrniti od nadaljnega sodelovanja. V ta namen smo izvedli t. i. »tihi protokol« (Pišot 2015), ki je vseboval predvidene organizacijske in psihosocialne aktivnosti, ki so otrokom omogočale prijetno počutje in potrebno zbranost, da so bili izmerjeni rezultati maksimalni približek optimalnih zmožnosti njihove izvedbe.

Prvo leto so meritve, podobno kot naslednji leti, potekale v terminu od 8. do 13. ure v novembru in decembru 2009 ter prvi polovici januarja 2010 v laboratorijih Inštituta za kineziološke raziskave v Ortopedski bolnišnici Valdoltra v Ankaranu. Na dan meritev je k otrokom v vrtec prišel član raziskovalne skupine in jim pred zajtrkom odvzel vzorec sline z namenom poznejšega ugotavljanja metabolnih markerjev. Zaradi oddaljenosti prostora merilnega laboratorija od enot vrtca smo bili primorani organizirati tudi prevoze skupine od tri do pet otrok z vzgojiteljico, štirikrat na teden, na relaciji vrtec – Splošna bolnišnica Valdoltra – vrtec. To kratko potovanje je spremljevalec izkoristil za seznanitev z otroki in uvodno motivacijo otrok z uvodno predstavitvijo nalog, ki jih bodo premagovali na meritvah. Ob prihodu na merilna mesta so se najprej seznanili s postopkom, merilno opremo in drugimi raziskovalci, ob tem poslušali pravljico o vesoljčku Pinotu, ki mu bodo s svojim prispevkom na »vesoljskih« (merilnih) postajah in zbiranjem nalepk na raketi za vsako izvedeno merilno nalogo pomagali najti izgubljenega prijatelja iz vesolja. Otroci so se podrobneje seznanili tudi z merilnimi

napravami, nalogami in dodatki, ki jih bodo potrebovali pri meritvah (markerji, EMG elektrodami). Potem ko so se preoblekli, je vsak s svojim spremljevalcem začel z izvajanjem gibalnih nalog iz baterije gibalnih testov. Tu so še enkrat prejeli navodila o pravilni izvedbi testa, pomoč in spodbudne besede ter pohvale s strani spremljevalca. Spremljevalec je skrbel tudi za primerno hidriranost otroka, vmesne prigrizke in njegove potrebe po toaleti. Ob tem je moral natančno opazovati tudi spremembe otroka, da je bilo njegovo počutje dovolj udobno, da je lahko gibalne teste opravil v okviru njegovih maksimalnih zmožnosti. Če je bila potrebna dodatna motivacija, je otroka bodril in spodbujal. Če je prišlo do upora in nepripravljenosti za sodelovanje, otrok nismo silili v izvedbo merilne naloge. Ob tem smo jim omogočili počitek, nekaj prostega časa za igranje s kockami in risanje, šele nato pa smo znova preverili njegovo pripravljenost po nadaljevanju z meritvami. Če tudi tokrat nismo bili uspešni, smo upoštevali željo otroka, da ne sodeluje. Ob koncu uspešno opravljenih meritev so otroci ob zbranih nalepkah, ki so jih lepili na raketo, prejeli še simbolično nagrado. Merilni dan je skupaj s prevozom trajal od štiri do največ pet ur (od 8. ure do 13. ure), odvisno od števila merjenih otrok. Poskrbeli smo, da je otrok vse sklope meritev, ki so v skupnem obsegu trajale približno dve uri, preživel čim bolj prijetno ter s primernimi premori med posameznimi meritvami, ki so bili namenjeni počitku, okrepčilu in igri.

#### *Merilni postopki (baterija gibalnih testov)*

Baterija gibalnih testov,<sup>34</sup> ki smo jo za otroke poimenovali »*Izlet v vesolje*«, je bila prilagojena starosti otrok. Otroci so v enem dnevu v različnem zaporedju opravili naslednje meritve:

- merjenje antropometričnih in morfoloških značilnosti,
- merjenje izbranih parametrov statične moči,
- merjenje višine skoka z in brez rok na tenziometrijski plošči,
- merjenje časovno-prostorskih ter dinamičnih parametrov med hojo in tekom po tekoči preprogi,
- merjenje parametrov ravnotežja med stoji na pritiskovni preprogi,

---

<sup>34</sup> Za ugotavljanje razvoja in usvajanja elementarnih gibalnih vzorcev (EGV) ter spretnosti se uporabljajo gibalni testi, največkrat združeni v testne baterije, kot so za proučevanje starost otrok pogosto uporabljeni: *Movement assessment Battery for Children* (Henderson in drugi 2007); *Test of Gross Motor Development* (Urlich 2000); *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency* (Bruininks in Bruininks 2005) ter drugi. Zaradi specifičnega in kompleksnega cilja temeljnega nacionalnega projekta *Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno-mišičnega sistema na nekatere dejavnike sodobnega življenjskega sloga otrok med 4. in 7. letom starosti* (šifra projekta: J5-2397) smo pripravili lastno baterijo gibalnih testov ter validirali lestvico ocenjevanja skladnosti izvedbe EGV. Temeljila je na kvalitativni in kvantitativni analizi ter oceni izvedbe, ne nazadnje pa je bila primerjana tudi s primerljivimi testnimi baterijami za posamezne gibalne vzorce. Z uporabo omenjene metodologije smo longitudinalno proučevali in ocenjevali skladnost izvedbe posameznih elementarnih vzorcev otrok med 4. in 7. letom starosti.

- merjenje gibalnih nalog plezanja in plazenja,
- merjenje gibalnih testov koordinacije celega telesa,
- merjenje volumna in togosti Ahilove tetive z ultrazvokom,
- merjenje časovno-prostorskih parametrov in parametrov mišične aktivacije med hojo, tekom, skokom (otroci so omenjene meritve opravili tudi med gibalno nalogo plazenja po blazini ter plezanja po letveniku).

V omenjeni raziskavi sem bila poleg sodelavcev kineziologov, fiziologov in psihologov kot sociologinja aktivno vključena v izvajanje meritev in kvalitativnega dela raziskave. Moja vloga v projektu je predstavljala tako izvedbo organizacijskih kot raziskovalnih nalog. Med organizacijske naloge so sodile: priprava dokumentacije, koordinacija komunikacije med starši, vzgojiteljicami in vodstvi vrtcev, organizacija logistike prevozov na meritve, skrb za potrebne materiale (zajtrk za otroke, igrače, pripomočke ter potrošni material). Raziskovalne naloge so obsegale: sodelovanje pri izvedbi meritev – spremstvo otroka po merilnih postajah, priprava, avtorstvo in izvedba anketnega vprašalnika, priprava strukture vprašanj, izvedba polstrukturiranih intervjujev s starši, vnos podatkov, pridobljenih v anketnih vprašalnikih, transkripcija in analiza intervjujev. V okviru kvantitativne in kvalitativne analize smo oblikovali tudi model ZŽSD na podlagi obstoječih teoretičnih konceptov zdravih življenjskih slogov.

*Utrinki iz dneva meritev*

Slika 3.3: »Pripravljena na izlet v vesolje.«<sup>35</sup>



Slika 3.4: »Z lučkami tečem k igrački.«<sup>36</sup>



Slika 3.5: »Skočim kot raketa!«<sup>37</sup>



Slika 3.6: »Plezam hitro gor do igračke.«<sup>38</sup>



Vir: arhiv Inštituta za kineziološke raziskave, ZRS Koper

<sup>35</sup> Slika 3.3 prikazuje analizo hoje in teka s signalom EEG (mišična aktivacija pri hoji in teku).

<sup>36</sup> Slika 3.4 prikazuje kvalitativno analizo skladnosti hoje na tekoči preprogi z visokofrekvenčno kamero.

<sup>37</sup> Slika 3.5 prikazuje analizo vertikalnega skoka »brez pomoči rok« na tenziometrijski plošči.

<sup>38</sup> Slika 3.6 prikazuje analizo gibalnega vzorca plezanja na letveniku (90 stopinj, 15 centimetrov).



Slika 3.7: »Merimo, kako močno lahko  
brcnemo.«<sup>39</sup>



Slika 3.9: Merjenje telesne sestave<sup>41</sup>



Slika 3.8: »Plazim se kot krokodil.«<sup>40</sup>



Slika 3.10: »Pobarvam še raketo ...«<sup>42</sup>



Vir: arhiv Inštituta za kineziološke raziskave, ZRS Koper

<sup>39</sup> Slika 3.7 prikazuje merjenje parametrov statične moči nog.

<sup>40</sup> Slika 3.8 prikazuje merjenje gibalnega vzorca plazenja (hitrost in skladnost).

<sup>41</sup> Slika 3.9 prikazuje merjenje telesne sestave otroka: delež maščobne, puste in mišične mase v kilogramih.

<sup>42</sup> Slika 3.10 prikazuje čas, namenjen počitku in igri med posameznimi sklopi meritev.

### 3.3.2 Organizacija in izvedba anketiranja in intervjujev

Po opravljenih prvih meritvah v letu 2010 smo starše sodelujočih otrok zaprosili za sodelovanje v sociološkem (kvalitativnem) delu projekta, ki ga sestavljata vprašalnik in polstrukturiran intervju.

*Anketni vprašalnik* je bil voden s strani raziskovalke (avtorice doktorske disertacije) z namenom hitrejšega in lažjega izpolnjevanja podatkov ter objektivnejšega zajema podatkov, predvsem v poglavju gibalne/športne aktivnosti družine. Vodeno izpolnjevanje vprašalnika je služilo kot uvod v intervju, ki se je nadaljeval po izpolnjenem vprašalniku s tistim staršem, ki je pristal na sodelovanje v raziskavi. Za zagotovitev anonimnosti starši niso bili vprašani po imenu, ampak se jim je v vprašalniku dodelila koda, ki je vsebovala tudi raziskovalno šifro otroka, kar je omogočilo nadaljnjo analizo in sintezo podatkov. Skupaj s sodelavko nama je uspelo izpolniti 60 vprašalnikov. Vodeno izpolnjevanje vprašalnika je zagotovilo večjo razumljivost vprašanj s strani staršev, hkrati pa tudi večjo objektivnost pridobljenih podatkov. Staršem sodelujočih otrok (32 naslovnikov), ki se niso odzvali na sodelovanje v vprašalniku in intervjuju, smo po pošti poslali razširjen vprašalnik. Ta je poleg osnovnih vprašanj zajemal tudi vprašanja o vsakodnevnih praksah družin, njihovem preživljanju vikendov in počitnic, delitvi dela med partnerjema, njihovo razumevanje termina zdravega življenjskega sloga ter izvajanje vsakodnevnih praks. Namen dodatnih vprašanj je bil zaobjeti informacije, ki se nanašajo na družinski »habitus«, ki kot dispozicije za delovanje oblikujejo življenjski slog družine.

*Polstrukturiran intervju.* Za izvedbo polstrukturiranega intervjuja smo pridobili soglasje 67 staršev. V večini smo prejeli soglasja, podpisana s strani mater, ki so tudi pozneje pristopile k intervjuju. Med aprilom in avgustom 2010 smo izvedli intervjuje s 60 starši; 57 materami in tremi očeti, v dveh intervjujih sta na njihovo željo sodelovala oba starša, kjer je v dogovoru z raziskovalko odgovarjala mati, oče pa jo je le občasno dopolnjeval. V sedmih primerih nam zaradi odsotnosti ali drugih objektivnih razlogov na strani staršev (npr. selitev, porod, letni dopust, menjava dela) intervjuja ni uspelo izvesti. Vsi intervjuji so potekali na neposredni osebni ravni, v povprečju pa so trajali 18,34 minute. Osebno sem izvedla 51 intervjujev, 9 intervjujev pa je izvedla sodelavka v času moje odsotnosti. Vsi intervjuji so bili posneti z diktafonom na podlagi predhodnega soglasja k zvočnemu zapisu s strani intervjuvancev.

Intervjuvanci so sami izbrali čas, kraj in/ali prostor izvedbe intervjuja. Intervjuji so večinoma potekali v popoldanskem času, med 15. in 19. uro, nekaj intervjujev pa smo na željo staršev izvedli tudi v dopoldanskem času. Vsi intervjuji so potekali v Kopru in okolici, večinoma v

javnih prostorih (mirnejših lokalih, slaščičarni ipd.), precej mater pa si je želelo, da intervju izpeljemo na njihovem domu. Ob začetku intervjuja so starši prejeli še podrobnejše informacije o namenu raziskave in projektu, s katerimi so bili seznanjeni že na sestanku v otrokovem vrtcu. Seznanjeni so bili tudi z zvočnim zapisom intervjuja, kar ni predstavljalo težav (vsi so privolili v snemanje razgovora).

V izvedbo intervjujev sem bila tudi osebno vpeta, zato lahko rečem, da je že po uvodnih stavkih, kjer sem predstavila namen raziskave in na željo staršev tudi interpretirala otrokove rezultate po prvih meritvah, stopnja zaupnosti v odgovorih staršev naraščala. Temu je nadalje v veliki meri prispeval tudi voden anketni del vprašalnika, ki je omogočil »otoplitev« komunikacije, saj se je po končanem izpolnjevanju večkrat razvil prijeten klepet o otrokovih izkušnjah z meritvami. Kljub temu da so k intervjuju pristopile v veliki večini matere in le trije očetje, narativnost pri sami izvedbi intervjuja na strani očetov ni bila nič manjša od intervjuvanih mater. Izpolnjevanje vprašalnika in polstrukturiranega intervjuja ter morebitne interpretacije meritev so v povprečju trajali med 45 in 90 minut.

Pri izvedbi polstrukturiranih intervjujev smo upoštevali naslednja navodila kvalitativnega raziskovanja (Flere 2000):

- raziskovalec intervjuvanca posluša na strpen, prijateljski način, vendar kritično;
- raziskovalec naj ne kaže kakršnekoli avtoritete;
- raziskovalce naj ne daje napotkov ali moralne podpore;
- raziskovalec naj ne izraža protiargumentov;
- raziskovalec naj posreduje z vprašanji ali trditvami samo v primerih: da pomaga osebi, da se izrazi; da odpravi napetost in strah intervjuvanca; da pohvali njegovo natančnost; da razjasni implicitne predpostavke.



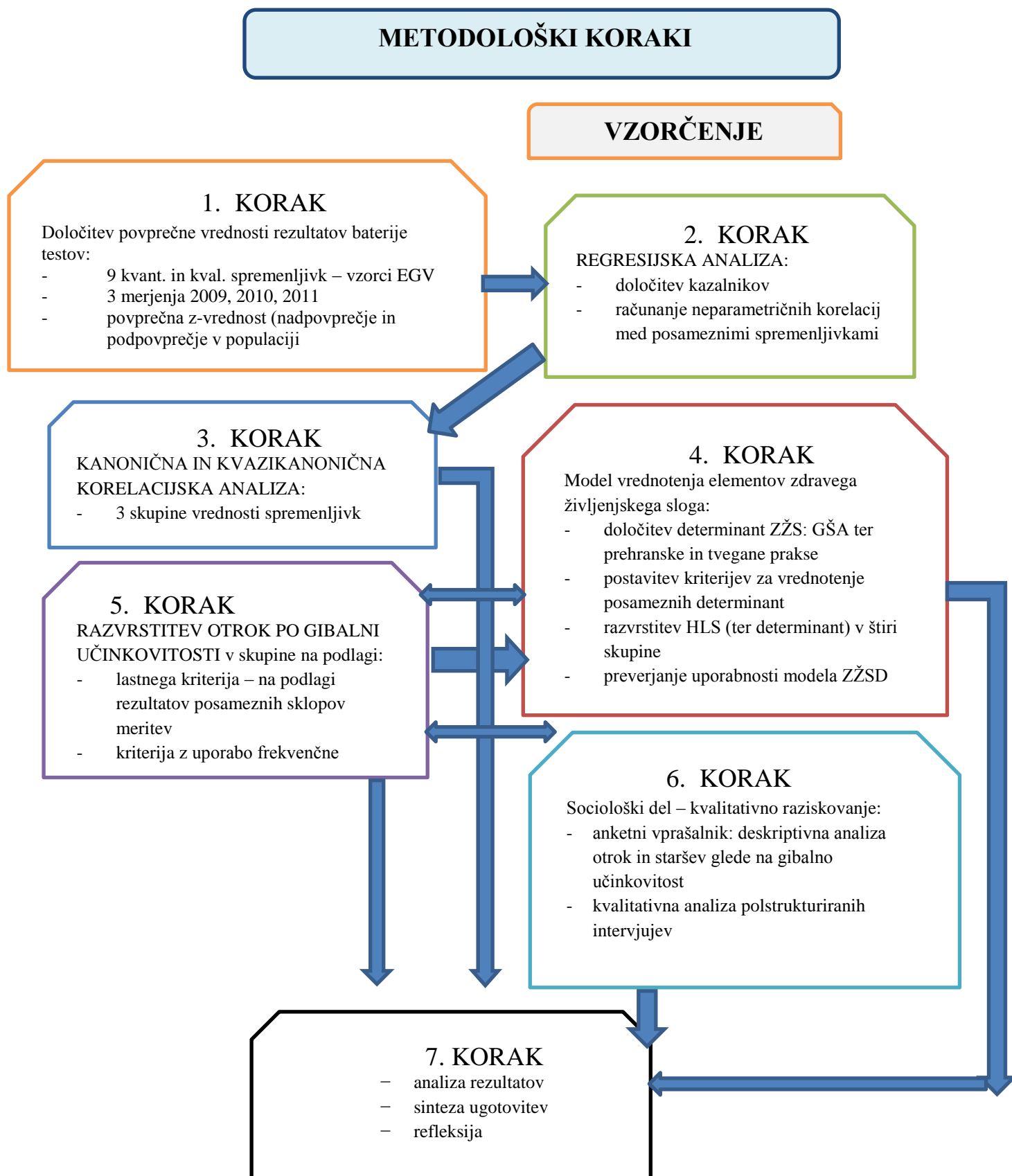
### 3.4 Metodološki koraki in raziskovalne metode

Temeljni del kineziološke obravnave otrokove gibalne učinkovitosti je predstavljala analiza podatkov izvedbe baterije testov, postavljenih za proučevanje kvantitativne in kvalitativne vrednosti EGV otrok, ki določajo gibalno učinkovitost otroka.

Nadalje smo s sociološko analizo ugotavljali značilnosti proučevanih članov družine in njihovih praks delovanja, ki oblikujejo življenjski slog družine, ter vpliv determinant oz. elementov življenjskega sloga družine na oblikovanje telesnega kapitala otroka (gibalna učinkovitost).

Zaradi kompleksnosti kineziološkega in sociološkega polja proučevanja smo empirični del izvajali po naslednjih metodoloških korakih, ki so zaradi preglednosti zajeti v shemo (glej Slika 3.11) ter podrobneje opisani v nadaljevanju.

Slika 3.11: Shema metodoloških korakov raziskave



### 3.4.1 Korak 1: Vrednotenje gibalne učinkovitosti otrok (izvedba EGV)

Za skladen telesni in gibalni razvoj otroka ter posledično boljšo gibalno učinkovitost je nujno potreben zadovoljiv, torej skladen razvoj EGV. Številne raziskave (Hands 2002; Šimunič in drugi 2010) izpostavljajo nujnost usvojitve določene stopnje razvoja gibalnih vzorcev že v obdobju zgodnjega otroštva.

V disertaciji smo poleg zdravega življenjskega sloga družine kot drugo polje raziskovanja analizirali dosežke otroka na meritvah EGV. To pomeni, da smo ugotavljali skladnost oz. učinkovitost izvedbe EGV s kvantitativnim in kvalitativnim pristopom, ki kaže na uspešnost usvojenosti EGV v elementih hoje, teka, plazenja, plezanja in skoka.

Za izvedbo meritev in zajem kvantitativnih podatkov baterije testov smo uporabili set antropometrične opreme (GPM, Sieberhegner, Zürich), bioimpedanco (Maltron International Ltd, Essex, UK), opornice za merjenje statične moči (Wise-Technologies, Ltd., Ljubljana, Slovenija) ter opremo za zajem površinskih EMG-signalov (TeleMyo 2400T G2, Noraxon, Scottsdale, USA). Za namen kvalitativnega ocenjevanja podatkov smo gibalne naloge oz. vzorce plezanja, plazenja in skoka posneli s kamero Canon PowerShot SX 10IS.

V analizo gibalne učinkovitosti (učinkovitosti izvedbe EGV) smo zajeli vse rezultate vrednosti opravljenih meritev baterije testov posameznega otroka za vse korektno izvedene meritve gibalnih vzorcev v treh zaporednih letih 2009, 2010 in 2011. Nadalje smo določili povprečno vrednost skladnosti EGV (povprečna z-vrednost) z upoštevanjem kvantitativnega in kvalitativnega rezultata EGV za posameznega otroka, kar ga je uvrščalo v določeno skupino dosežene gibalne učinkovitosti glede na nadpovprečne in podpovprečne vrednosti v proučevani populaciji otrok.

Kriterij za obravnavo otroka v proučevani populaciji je bil pridobljen rezultat vseh treh meritev baterije testov (plazenje, plezanje, skok, hoja in tek), pri čemer se je pri vrednotenju in računanju kvantitativnih rezultatov časovnih testov (hitrost teka, hoje, plezanja in plazenja) upoštevala obratna z-vrednost, saj nižji čas pomeni boljši rezultat. Tako je kvantitativni rezultat hitrosti izvedbe vzorca skupaj s kvalitativno oceno gibalnega vzorca zagotavljal objektivni rezultat povprečne vrednosti rezultata gibalne učinkovitosti. Pri teku smo obravnavali samo rezultat hitrosti teka, saj se je pri kvalitativni oceni, ki je temeljila na posnetku teka na tekoči preprogi s pomočjo visokofrekvenčne kamere, izkazalo, da otroci v večini niso tekli naravno oz. so predvsem v prvem letu izrazili strah pred merilno napravo, zato smo ocenili, da je bila kvalitativna ocena skladnosti teka v tem primeru neobjektivna.

V vzorec se je glede na naveden kriterij vključilo 66 otrok od skupaj 90 otrok (več v poglavju 3.2.1), ki so v vseh treh letih korektno izvedli vse meritve gibalne baterije testov. V analizo je bilo zajetih 9 z-vrednosti, saj smo se z namenom zajema kompleksnejše slike otrokovega gibalnega vzorca odločili za analizo vzorcev plezanja, plazenja, skoka in hoje, ki vsebuje dve ravni spremenljivk, in sicer:

- kvantitativne – časovne in merske spremenljivke,
- kvalitativne – spremenljivke skladnosti elementarnega vzorca.

Kvalitativne oz. opisne spremenljivke so bile pripravljene za potrebe že omenjenega projekta *J5-2397 Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno-mišičnega sistema na nekatere dejavnike sodobnega življenjskega sloga med 4. in 7. letom starosti*. Modeli kvalitativnih kazalcev za kvalitativno vrednotenje spremenljivk oz. gibalnih vzorcev so bili pripravljeni, validirani in predstavljeni v obliki prispevkov na različnih mednarodnih konferencah in simpozijih s strani sodelavcev na projektu (Marušič in Geržević 2012; Plevnik 2011, 2012; Čeklič 2010, Koren 2011). Navadno so opredelili štiri opisne spremenljivke: povezanost gibanja, opazovanje smeri gibanja, odriv – opora okončin in uporaba diagonalnega recipročnega vzorca gibanja. Ob tem so uporabili Likertovo tristopenjsko ocenjevalno lestvico za posamezne parametre, ki določajo skladno in učinkovito gibanje.

V nadaljevanju so predstavljeni vsi modeli kvalitativnih kazalcev za gibalne vzorce plezanja, plazenja, skoka ter hoje in teka.

#### *Gibalni vzorec PLEZANJE*

Kvantitativna ocena za vzorec plezanje: spremenljivke plezanja smo ločeno opredelili glede na naklon letvenika in razdaljo med letvami. Posamezne naloge plezanja smo spremljali z vmesnim časom, ko se je otrok dotaknil najvišje letve; tako smo ločeno opredelili čas vzpona na letvenik in čas sestopa z letvenika. Teste plezanja smo izvajali na 240 centimetrov visokem letveniku, ki je bil postavljen pod kotom 90 stopinj in je omogočal različne razdalje med letvami (15, 30 in 45 centimetrov).

Kvalitativna ocena za gibalni vzorec »plezanje« temelji na oceni skladnosti izvedbe vzorca. Skladnost vzorca plezanja smo opredelili s kvalitativnim opisom na podlagi naslednjih spremenljivk opisa gibanja: povezanost gibanja, opazovanje smeri gibanja, uporaba opore oz. prijema ter uporaba diagonalnega recipročnega gibalnega vzorca. Na lestvici kriterijev od 1 (slabo) do 3 (odlično) je bila ob upoštevanju štirih opisnih spremenljivk izdelana 12-točkovna

lestvica generalne skladnosti gibanja, in sicer: neskladno (4–6 točk), delno skladno (7–9 točk) in skladno gibanje (10–12 točk).

Kriteriji opisnih spremenljivk (skupaj točk: od najmanj 4 do največ 12 točk):

1. *skladnost plezanja*
  - pleza nepovezano z zaustavljanji 1 točka
  - pleza večinoma povezano 2 točki
  - pleza zelo povezano 3 točke
2. *opazovanje smeri gibanja* od 1 do 3 točke
3. *odriv – opora – prijem* od 1 do 3 točke
4. *uporaba diagonalnega recipročnega gibalnega vzorca* od 1 do 3 točke

#### *Gibalni vzorec PLAZENJE*

Test plazenja se je izvajal na telovadnih blazinah na efektivni razdalji šest metrov, kjer so otroci na znak merilca startali ter opravili nalogo v čim krajšem času, brez predhodnih navodil za izvedbo plazenja (neformalno učenje). V analizo je bil zajet najkrajši čas od dveh poskusov, ki so ga otroci potrebovali za opravljanje naloge plazenja.

Kvalitativna ocena: s tristopenjsko lestvico smo ocenjevali skladnost plazenja od 1 (slabo) do 3 (odlično). Seštevek posameznih spremenljivk je podal generalno oceno skladnosti plazenja. Za neskladno plazenje se je definiralo plazenje s seštevkom ocen od 4 do 6 točk, za deloma skladno plazenje seštevek od 7 do 9 točk, za skladno plazenje pa seštevek od 10 do 12 točk.

Ocenjevalna lestvica opisnih spremenljivk skladnosti plazenja (od najmanj 4 do največ 12 točk):

- povezanost gibanja od 1 do 3 točke
- opazovanje smeri gibanja od 1 do 3 točke
- odriv – opora od 1 do 3 točke
- diagonalni recipročni vzorec gibanja od 1 do 3 točke

#### *Gibalni vzorec SKOK s pomočjo rok*

Vrednotenje vzorca se je na kvantitativni ravni izvajalo z najvišjo doseženo vrednostjo skoka (v centimetrih) v dveh poskusih. Nadalje je kvalitativno vrednotenje vzorca potekalo po naslednjih kriterijih opisnih spremenljivk (od najmanj 4 do največ 12 točk), ki so bili zabeleženi s pomočjo posnetkov izvedbe gibalnega vzorca:

- povezanost gibanja od 1 do 3 točke
- usmerjenost pogleda, drža glave od 1 do 3 točke

- odriv – opora od 1 do 3 točke
- povezanost, sinhronost (roke in noge) od 1 do 3 točke

#### *Gibalni vzorec HOJA*

Kvantitativna analiza vzorca hoja zajema povprečno vrednost hitrosti hoje na dolžini 4 krat 10 metrov. Upoštevali smo povprečno hitrost štirih ponovitev. Kvalitativna analiza je bila izvedena na tekoči preprogi z dvema visokofrekvenčnima kamerama, ki se je izvajala najprej s 30-sekundnim poskusom hoje, namenjenim privajanju na hojo po tekoči preprogi, čemur je sledil zajem 20-sekundnega posnetka hoje. Nadalje se je analiza izvedla z dvema modeloma subjektivnega ocenjevanja hoje. Prvi model predstavlja lestvico ocenjevanja, ki zajema štiri glavne kriterije ocenjevanja: povezanost gibanja, usmerjenost pogleda (drža glave), hoja po celem stopalu in uporaba diagonalnega recipročnega gibalnega vzorca. Tudi tu se je upoštevala kriterijska lestvica od 1 (slabo) do 3 (odlično), ki je tvorila 12-točkovno lestvico generalne skladnosti vzorca hoje. Ob tem se je upošteval še drugi model ocenjevanja, ki ga predstavlja lestvica ocenjevanja z večjo subjektivno komponento in posledično manj kriteriji, kjer se ocenjujejo energičnost hoje, stopnja nasilnosti hoje po tekoči preprogi, lepa in mehka izvedba hoje. Tudi v teh ocenah smo uporabili tristopenjsko lestvico (1 – slabo do 3 – odlično). Seštevek vseh točk smo nadalje uporabili kot spremenljivko za oceno skladnosti EGV hoje.

#### *Gibalni vzorec TEK*

Pri analizi elementarnega gibalnega vzorca tek smo v vrednotenje zajeli le kvantitativni oz. časovni kriterij (hitrost teka, ki je povprečna vrednost treh poskusov), saj se je analiza teka izvajala na tekoči preprogi, ki ne predstavlja otrokovega naravnega okolja. Pri izvedbi teka je bilo pri otrocih te starosti opaženo, da se ta gibalni vzorec v večini primerov ni izvajal naravno, zato smo kvalitativni kriterij z opisnimi spremenljivkami izpustili.

#### *Preverjanje normalne porazdelitve vrednosti*

Glede na velikost vzorca ( $n = 90$ ) smo za preverjanje normalnosti porazdelitve vrednosti vzorca poleg testa Shapiro-Wilk uporabili tudi vizualni pregled in diagram Q-Q (angl. *Q-Q plot*). Postopek smo ponovili na vseh spremenljivkah EGV, ki so bile pozneje podvržene parametričnim postopkom obdelav in statističnim testom.

### *Gibalna učinkovitost*

Skupno gibalno učinkovitost otroka, ki je zajemala rezultate meritev izvedbe testov za posamezni vzorec EGV na vseh merilnih postajah, smo izračunali s srednjo vrednostjo posameznega EGV, izračunanega za vsa tri merjenja v letih 2009, 2010 in 2011. Na podlagi podatkov smo nato izračunali skupno srednjo vrednost (z-vrednost) izvedbe vseh EGV za posameznega otroka. Kot že omenjeno je bila pri opredelitvi kvantitativnih vrednosti časovnih testov (hitrost teka, hoje, plezanja in plazenja) upoštevana obratna z-vrednost, saj nižji čas pomeni boljši rezultat.

#### *3.4.2 Korak 2: Model logistične regresije in korelacijske analize*

Na podlagi zastavljenih hipotez smo z modelom logistične regresije preverjali, kakšen je vpliv življenjskega sloga družine, predvsem spremenljivk GŠA, na učinkovitost izvedbe EGV oz. koliko lahko pojasnimo uspešnost ali neuspešnost v doseženi učinkovitosti EGV (z-vrednosti) z značilnostmi življenjskega sloga družine (podatkov iz vprašalnika).

Glede na proučevan vzorec (90 vprašalnikov) smo določili prediktorje za nadaljnjo analizo bivarijantnih korelacij. Pri tem smo izbrali kot glavne le tiste prediktorje, ki so imeli povezanost pri tveganju  $p < 0,200$ .

#### *3.4.3 Korak 3: Kanonična in kvazikanonična korelacijska analiza*

Zaradi manjše kakovosti interpretacije rezultatov bivariantne korelacije med značilnostmi življenjskih slogov in gibalno učinkovitostjo otrok (izvedbe EGV), ki izvira iz manjšega vzorca subjektov in neugodnega razmerja med spremenljivkami, smo izvedli tudi analizo relacije vrednosti, in sicer na dva načina; s kanonično korelacijsko analizo (Hotelling 1936) in kvazikanonično analizo kovarianc (Momirović 1983). Metodi imata naslednji cilj – iskanje linearnih kombinacij dveh skupin spremenljivk, ki bodo maksimizirale mero povezanosti med skupinami. Linearne kombinacije skupin tako imenujemo s kanoničnimi in kvazikanoničnimi spremenljivkami.

Kanonična korelacijska analiza maksimizira kosinuse kotov med vektorji, ki so predstava kanoničnih spremenljivk, tj. korelacij, medtem ko kvazikanonična analiza kovarianc maksimizira skalarne produkte med vektorji, kjer so se reprezentirale kvazikanonične spremenljivke. Pri tem je kvazikanonična korelacijska analiza veliko bolj robustna od kanonične korelacijske analize. To je v našem primeru analize pomembno, saj je manj občutljiva na manjše število vprašalnikov ter na neugodno razmerje med številom spremenljivk

in številom anketirancev. Pri kanonični korelaciji je zato velika verjetnost, da se ne potrdi niti ena značilna kanonična korelacija, predvsem zaradi manjšega učinka vzorca. Iz tega razloga se priporoča, da se v primeru, ko analiziramo manjši vzorec, poleg kanonične analize kovariance izvede tudi kvazikanonična analiza kovariance (Dobrić 1986).

#### *3.4.4 Korak 4: Model za vrednotenje elementov zdravega življenjskega sloga družine (model ZŽSD)*

Pri postavitvi modela za vrednotenje elementov zdravega življenjskega sloga družine smo izhajali iz teorije »zdravih življenjskih slogov« oz. iz Cockerhamove paradigme »zdravih življenjskih slogov« (2005) (predstavljena v poglavju 2.2.1). Kot okvir proučevanja so bile v tem primeru zajete prakse delovanja, ki se v medicinskem diskurzu najpogosteje pojavljajo kot elementi »zdravega življenjskega sloga«. Prakse delovanja oz. družinske prakse, kot so GŠA družinskih članov, prehranske prakse ter prakse, ki niso v skladu z zdravstvenimi dognanji kot tvegane prakse (kajenje in uporaba alkohola), so prakse, ki jih navaja tudi Cockerhamova paradigma ter so jih proučevale tudi dosedanje raziskave zdravega življenjskega sloga, izvedene na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ).<sup>43</sup>

#### *Kriteriji za vrednotenje izbranih elementov »zdravega življenjskega sloga družine«*

V nadaljevanju bomo predstavili kriterije vrednotenja izbranih elementov v novem modelu ZŽSD. Najprej bomo za naše raziskovanje opredelili najpomembnejšo determinanto, gibalno/športno aktivnost (GŠA), ki ji je bil dodan instrumentarij vrednotenja oz. točkovanja količine GŠA posameznega družinskega člana. Temu sledi predstavitev prehranskih praks družinskih članov in kriterijev za vrednotenje oz. točkovanje prehranskih navad, nato pa še tretja značilnost zdravega življenjskega sloga družine, ki predstavlja negativni pol zdravim praksam delovanja. Pri slednji smo se osredotočili na navado kajenja staršev ter uživanje nezdravih napitkov (sladkih gaziranih pijač) in alkohola.

#### *Instrumentarij za vrednotenje količine GŠA družine*

Pri kriteriju GŠA smo obravnavali podatke iz anketnega vprašalnika (v prilogi 1), ki so ga izpolnili starši, in sicer vodeno pred začetkom intervjuja oz. so nam izpolnjen vprašalnik poslali

---

<sup>43</sup> Nacionalni inštitut za javno zdravje je v letih 2001, 2004, 2008, 2012, 2016 izvedel nacionalno raziskavo *Z zdravjem povezan vedenjski slog*, kjer so na podlagi vprašalnika in naključno izbranih prebivalcev Slovenije zajeli podatke o vedenjskih praksah, ki vplivajo na zdravje oz. odražajo trenutno zdravstveno stanje. Izpostavimo lahko naslednje sklope: zdravstveno stanje in skrb za zdravje (bolezni, doživljanje stresa), prakticiranje tveganih praks (kajenje in raba alkohola), prehranske navade ter telesna dejavnost (GŠA). Ob tem je bila izpostavljena tudi skrb za varnost, ki jo medicinski model Cockerhamove paradigme (2005) prav tako navaja kot prakse delovanja (NIJZ; raziskava *Z zdravjem povezan vedenjski slog*), v našem modelu elementov zdravega življenjskega sloga pa je nismo zajeli.



po pošti, če se niso odločili za intervju. Pri vrednotenju smo upoštevali količino GŠA staršev in otroka v zmerni intenzivnosti, saj se je izkazala za kategorijo, ki ustreza največ dejavnostim, ki jih izvajajo odrasli v športno-rekreacijske namene, za namen transporta, kot hišna opravila, in ki jo dosegajo tudi otroci pri igri. V anketnem vprašalniku so starši odgovarjali na navedeno vprašanje: »Kolikokrat na teden je v povprečju vaš otrok zmerno gibalno aktiven (npr. se aktivno igra) in koliko časa?« ter za starša: »Kolikokrat na teden ste v povprečju zmerno gibalno aktivni (manjši fizični napor in delovanje celega telesa) in koliko časa?«. Pri tem smo izvajalci vodenega vprašalnika z dodatnimi pojasnili intervjuvanega starša podrobneje seznanili, katere oblike GŠA se izvajajo v različnih stopnjah intenzivnosti, ter smo jim pomagali izračunati količino in intenzivnost GŠA družinskih članov na tedenski ravni. S tem je bil zagotovljen objektivnejši zajem podatkov, kot bi bil v primeru, če bi starši izpolnjevali vprašalnik individualno.

Pri postavljanju mejnih vrednosti količine GŠA smo se oprli na priporočila relevantnih mednarodnih in nacionalnih institucij (Svetovna zdravstvena organizacija, Nacionalni inštitut za varovanje zdravja) ter smernice, povzete iz *Resolucije o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025*, kjer je navedeno, da za pozitivne učinke (varovanje, spodbujanje in/ali izboljševanje) telesne/gibalne dejavnosti za krepitev zdravja odraslega posameznika zadostuje najmanj 30 minut zmerno intenzivnega gibanja vsaj petkrat na teden. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2010) in *Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015-2025* za otroke med 5. in 17. letom priporočata najmanj 60 minut telesne aktivnosti zmerne do visoke intenzivnosti dnevno. Priporoča se, da naj prevladujejo aerobne aktivnosti ter da bi se vadba v visoki intenzivnosti (vaje za moč) morala izvajati vsaj trikrat na teden (WHO 2010). Dlje trajajoča GŠA, ki presega 60 minut dnevno, pa naj bi zagotavljala nadaljnje pozitivne učinke na otrokovo zdravje, kar je tudi skladno s smernicami (2015). Pri določanju intenzivnosti GŠA smo ločili zmerno intenzivno in visoko intenzivno telesno aktivnost. Zmerno intenzivna telesna aktivnost se nanaša na aktivnosti, ki zahtevajo zmerni napor, ob katerem se po telesu občuti toplota, dihanje je nekoliko težje kot normalno (npr. kolesarjenje v zmernem tempu, tek v zmernem tempu, zmerne vadbe in tudi prenašanje lažjih bremen). Visoko intenzivna telesna aktivnost pa se nanaša na aktivnosti, ki zahtevajo večji telesni napor, ob katerem se človek oznoji, se pospeši bitje srca in se diha precej težje kot normalno (npr. ob hitrem teku, intenzivnem kolesarjenju, tenisu, igrah z žogo, dvigovanju težkih bremen, intenzivnem vrtnarjenju).

Pri analizi podatkov iz vprašalnikov smo upoštevali zgornjo mejo, tj. 240 minut visoke ali zmerne intenzivnosti na dan (4 ure), in maksimalno 28 ur na teden; minimalno izvajanje dejavnosti naj bi trajalo vsaj 10 minut neprekinjeno. Med oblike zmerne intenzivne aktivnosti smo upoštevali tudi hojo, ki se izvaja predvsem v obliki dnevnih sprehodov in je pogosta oblika prostočasnih gibalnih aktivnosti mladih družin. Nanaša se na sprehode (hojo), ki vključujejo sicer krajše postanke in pomenijo vsaj 10 minut neprekinjene aktivnosti. Hojo kot GŠA štejemo tudi, če se izvaja kot aktivnost z namenom transporta (hoja do vrtca, službe, trgovine ipd.). Na podlagi navedenih smernic in priporočil smo postavili sistem vrednotenja GŠA družine ter se ob tem naslonili na opredelitev količine GŠA otrok in staršev glede na Navodila za analizo podatkov Mednarodnega vprašalnika o telesni dejavnosti (*Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* – krajša verzija), kjer sicer nismo računali količine v MET/min na teden<sup>44</sup>, ampak smo doseženo tedensko količino GŠA posameznega družinskega člana (posebej za odrasle osebe in otroke)<sup>45</sup> glede na opis kriterijev za posamezno skupino razvrstili v tri skupine (A – aktivni za zdravje (HEPA), B – minimalno aktivni in C – neaktivni), skladno z navodili za analizo podatkov IPAQ:

**A = Aktivni za zdravje oz. HEPA<sup>46</sup> aktivne osebe** (količina GŠA zagotavlja pozitivni vpliv na zdravje) ob izpolnjevanju naslednjih kriterijev:

- 3 ali več dni v tednu dosegajo kriterij visoke intenzivnosti gibalne/športne aktivnosti s trajanjem nad 30 minut;
- vsaj 7- ali večkrat v tednu dosežejo kriterij GŠA v kombinaciji hoje, zmerne ali visoke intenzivnosti;
- dnevno preseganje kriterija 60 minut visoke ali zmerno intenzivne aktivnosti za otroke.

---

<sup>44</sup> Oz. angleško MET/min/wk – *Metabolic Equivalent of Task* (MET) je metabolni ekvivalent (v nadaljevanju MET) in se uporablja kot kazalnik intenzivnosti telesne vadbe. 1 MET je opredeljen kot poraba energije (kisika) pri sedenju. Za povprečnega odraslega človeka znaša 1 MET = 1 kcal/kg teže/uro ali 3,5 ml O<sub>2</sub>/kg/min. Hoja se ovrednoti kot = 3,3 METs, zmerna intenzivnost = 4,0 METs in visoka intenzivnost = 8,0 METs.

<sup>45</sup> Pri otrocih smo upoštevali višje kriterije, in sicer 60 minut telesne aktivnosti visoke oz. zmerne intenzivnosti.

<sup>46</sup> HEPA – *Health enhancing Physical Activity* (GŠA za zagotavljanje zdravja) oz. osebe poleg opisnih kriterijev dosegaajo nad 3000 MET/min na teden.

Aktivne za zdravje (HEPA aktivne) so osebe, ki presegajo priporočene dnevne količine GŠA, saj skupna vsota HEPA aktivnih dosega 1,5 do 2 uri GŠA dnevno, kar je več, kot se priporoča po LTPA.<sup>47</sup>

***B = Minimalno aktivne osebe (dosegajo priporočene vrednosti GŠA)***

Minimalno so aktivni posamezniki, ki dosegajo priporočene minimalne vrednosti vsaj v enem kriteriju. Navadno se posamezniku priporočajo določene smernice splošnega zdravja populacije, vendar pa to lahko ni dovolj v merilih skupne GŠA, kjer se upošteva tudi celoten GŠA, ki se navadno določa na podlagi aktivnosti v prostem času ali kot športna rekreacija v okviru ali ob drugih vsakdanjih dnevni aktivnostih.

Za doseg statusa minimalno aktivne osebe je treba izpolnjevati enega od treh kriterijev<sup>48</sup>:

- 3 ali več dni vsaj 20 minut visoko intenzivne aktivnosti ali
- 5 ali več dni aktivnosti z zmerno intenzivnostjo ali hoje, ki traja vsaj 30 minut, ali
- 5 ali več dni vsakršne kombinacije hoje in aktivnosti zmerne ali visoke intenzivnosti,
- dnevno doseganje kriterija 60 minut visoke ali zmerno intenzivne aktivnosti za otroke.

***C = Neaktivne osebe, ki ne dosegajo minimalnih kriterijev »minimalno aktivnih«*** oz. ne poročajo o GŠA ali pa poročajo o določenih oblikah GŠA, vendar količinsko ne dosegajo kriterijev minimalno aktivnih.<sup>49</sup>

Kriterij točkovanja količine in intenzivnosti GŠA vseh družinskih članov je temeljil na subjektivni oceni intervjuvanega starša o GŠA posameznih družinskih članov, ki so bili zajeti kot oblika aktivnosti (upoštevana intenzivnost) in tedenska količina GŠA. Na podlagi pridobljenih podatkov o količini GŠA na tedenski ravni smo nato določili ustrezno kategorijo aktivnosti posameznih družinskih članov; in sicer za skupino A, B ali C. Nadalje smo za vse družinske člane ovrednotili skupno oceno GŠA v točkah, kjer je seštevek vseh družinskih članov predstavljal skupni seštevek točk GŠA družine.

Zaradi dokazane pomembnosti GŠA pri oblikovanju zdravega življenjskega sloga smo uporabili 5-točkovni sistem, kjer ovrednotena ocena glede na uvrstitev v skupino po količini GŠA za vse družinske člane (otroka, očeta in matere) lahko doseže skupaj najmanj nič oz. največ 15 točk (razpon točk je določen glede na uvrstitev v kategorijo aktivnosti, in sicer

---

<sup>47</sup> Kot so Tudor-Locke in drugi postavili osnovno raven priporočene gibalne/športne aktivnosti, ki znaša 1 uro dnevni aktivnosti ter dodatne od 30 minut do 1 ure GŠA v prostem času (LTPA – *Leisure time physical activity*), se s tem dosega vsoto aktivnosti zdravega življenjskega sloga, ki pa je še vedno konsistentna s polurno dodatno telesno aktivnostjo.

<sup>48</sup> Oz. dosegajo med 600 do 3000 MET min/teden.

<sup>49</sup> Oz. ne dosegajo meje 600 MET min/teden.

aktivnost za zdravje (A) kot najvišjo in neaktivnost (C) kot najnižjo). Kategoriji B pa ustreza srednja vrednost (3 točke).

- Vrednost za opredelitev aktivnosti pod A – aktivni za zdravje znaša 5 točk.
- Vrednost za opredelitev aktivnosti pod B – minimalno aktivni znaša 3 točke.
- Vrednost za opredelitev aktivnosti pod C – premalo aktivni oz. neaktivni znaša 0 točk.

Sistem točkovanja ovrednotene GŠA vseh družinskih članov je predstavljen v tabeli 5.2.

Tabela 3.1: Kriteriji razvrščanja v kategorijo aktivnosti in točkovanje

Oče	Mati	Otrok	Aktivnost A, B, C	Točke
A	A	A	A – Hepa aktivni	15
A	A	B		13
A	B	A		13
B	A	A		13
A	B	B	B – Minimalno aktivni	11
B	A	B		11
B	B	A		11
A	A	C		10
A	C	A		10
C	A	C		10
B	B	B		9
A	B	C		8
A	C	B		8
B	A	C		8
B	C	A		8
C	A	B		8
C	B	A		8
B	B	C		6
B	C	B		6
C	B	B		6
A	C	C		5
C	A	C		5
C	C	A		5
C	B	C	C – Neaktivni	3
C	C	B		3
B	C	C		3
C	C	C		0

Tabela 3.2: Primer izračuna seštevka točk GŠA družine

	Količina in intenzivnost (oblika) GŠA na dan	Kategorija aktivnosti po kriteriju IPAQ	TOČKE (na podlagi kriterija točkovanja)
Oče	240 min/ZI in VI	A	5 točk
Mati	60 (ZI/VI)	B	3 točke
Otrok	210 (ZI/VI)	A	5 točk
Družina (skupaj)		A – Hepa aktivni	<b>13 točk</b>

ZI – zmerna intenzivnost; VI – visoka intenzivnost

Pri analizi družinskih praks z vidika GŠA med vikendi in počitnicami smo vrednotili podatke aktivnosti, ki so bile poročane kot skupne gibalne/športne aktivnosti vseh članov družine: očeta, matere in otroka. Ker nimamo podatkov o količini posamezne aktivnosti, smo aktivnost družine vrednotili le glede na intenziteto s predpostavko, da ta aktivnost prevladuje bodisi med vikendom bodisi med počitnicami. Pri tem smo upoštevali tudi podatek, ki smo ga lahko razbrali iz intervjujev. V večini primerov je veljalo, da družina skupaj ne izvaja aktivnosti z visoko intenzivnostjo predvsem zaradi starosti in zmogljivosti otrok ter rekreativnega namena same aktivnosti družine.

Aktivnosti med vikendi in letnimi počitnicami smo med najpogosteje izbranimi aktivnosti razdelili v aktivnosti glede na smernice IPAQ (2004), in sicer na:

- nizko aktivnost: sprehod/hoja
- zmerno aktivnost: kolesarjenje; plavanje, rolanje, igre z žogo, pohodništvo;
- visoko intenzivnost: hitrejši tek, intenzivnejše kolesarjenje, organizirane igre z žogo na amaterski ravni.

Pri razvrstitvi aktivnosti med zimskimi počitnicami pa smo uporabljali naslednje kriterije:

- nizka aktivnost: sprehod oz. hoja;
- zmerno intenzivna aktivnost zunaj domačega kraja: smučanje; sankanje oz. igre na snegu, plavanje (obisk zdravilišč – toplice);
- zmerno intenzivna aktivnost doma: kolesarjenje, rolanje, igre z žogo ipd.

Tabela 3.3: Kriteriji točkovanja aktivnosti med vikendi in počitnicami (velja za vso družino) na podlagi 5-točkovnega sistema

<b>Aktivnost</b>	<b>Točke</b>
Ni poročane GŠA.	0
Hoja – sprehod	1
Ena navedena aktivnost zmerne intenzivnosti	2
Sprehod in še ena navedena aktivnost zmerne intenzivnosti	3
Dve navedeni aktivnosti zmerne intenzivnosti	4
Tri ali več navedenih aktivnosti zmerne intenzivnosti	5

Tabela 3.5: Kriteriji točkovanja aktivnosti med zimskimi počitnicami (velja za vso družino) na podlagi 5-točkovnega sistema

Aktivnost	Točke
Ni poročane GŠA.	0
Hoja – sprehod	1
Ena navedena aktivnost zmerne intenzivnosti doma	2
Ena navedena aktivnost zmerne intenzivnosti v drugem kraju, smučišče, toplice) ali ena zmerna aktivnost in sprehod (hoja)	3
Dve navedeni aktivnosti zmerne intenzivnosti	4
Dve ali več navedenih aktivnosti zmerne intenzivnosti (v drugem kraju, smučišče, toplice)	5

Pri točkovanju GŠA družine med počitnicami smo upoštevali povprečno vrednost točk, ki jih je družina prejela za GŠA med letnimi in zimskimi počitnicami. Skupno število možnih prejetih točk za družinske prakse delovanja med vikendi in počitnicami je torej 10 točk, 5 točk za GŠA družine med vikendi ter 5 za GŠA družine med zimskimi in letnimi počitnicami.

GŠA kot pomembno determinanto zdravega življenjskega sloga družine smo torej ovrednotili z do največ 15 točkami za GŠA družine na tedenski ravni, do največ 5 točk za skupno GŠA med vikendi in do največ 5 točk med počitnicami. Seštevek najvišjih možnih točk za oceno GŠA družine znaša 25 točk.

#### *Vrednotenje prehranskih praks*

Zdrava prehrana oz. zdravo prehranjevanje vključuje varno, energijsko in hranilno uravnoteženo pa tudi varovalno hrano, ki ohranja in krepi človekovo zdravje. Prehranske prakse posameznika in družine lahko delujejo kot dejavnik tveganja, ki ogroža zdravje posameznika oz. družine, lahko pa delujejo kot zaščitni dejavnik, ki krepi zdravje in izboljša kakovost življenja. Dokazano je, da dejavniki nezdravega življenjskega sloga (nezdrava prehrana, telesna neaktivnost, čezmerno uživanje alkohola in kajenje) sodijo med ključne vzroke za nastanek najpomembnejših kroničnih nenalezljivih bolezni: bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, nekaterih vrst raka, nekaterih kroničnih pljučnih obolenj, debelosti, osteoporoze ter drugih bolezni mišično-skeletnega sistema (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2005, Bratanič in drugi 2010).

Otrok v prvih letih življenja težko odloča, kaj je zdravo in koristno za njegovo zdravje, saj sta v njegovem obdobju ključnega pomena predvsem okus in privlačen videz hrane na krožniku. Pri vzpostavljanju zdravih prehranjevalnih navad v zgodnjem otroštvu imajo starši ključno vlogo. Privzgojeni prehranski vzorci otroka so nadalje zelo pomembni za navade, ki v odraslosti pogosto vplivajo tudi na dolgoročno zdravje posameznika (Poličnik in drugi 2013). Naši kriteriji za določanje nezdravega prehranjevanja družine so vzeti iz *Smernic zdravega*

*prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah* (Vlada RS 2005), ki temeljijo na priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2004, 2006) in CINDI Slovenija *Zdrav krožnik: priporočila za zdravo prehranjevanje* (Hlastan Ribič 2009), ki so prilagojena prehranjevalnim navadam v Sloveniji.

Pri oblikovanju kriterijev smo glede na dejstva, da ne obstajajo točna navodila, kaj, kdaj in koliko jesti niti natančni recept za zdravo prehranjevanje, skladno z omenjenimi priporočili in smernicami, poskušali objektivno postaviti določen sistem točkovanja. Ljudje se namreč med seboj razlikujemo po genski zasnovi, je pa prav hrana tista, ki na drugi strani izrazito vpliva na izražanje genske zasnove. Na nas vpliva še vrsto drugih dejavnikov, kot so okolje, v katerem živimo, izpostavljenost stresnim situacijam in GŠA oz. neaktivnost ipd. Številne institucije navajajo le splošne smernice zdravega prehranjevanja, pri čemer pod zdravo prehranjevanje pojmujeemo prehranjevalne navade in izbiro hrane, ki dolgoročno ne bo imela škodljivih posledic za organizem. V Sloveniji tako poznamo 12 splošnih smernic zdravega prehranjevanja, ki so jih na podlagi priporočil Svetovne zdravstvene organizacije (Europe 2004, 2006) pripravili v okviru programa CINDI na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje RS. Na podlagi priporočil so naši kriteriji za ocenjevanje zdravih prehranskih praks družine postavljeni glede na: število dnevnih obrokov, kjer priporočila navajajo tri glavne obroke (zajtrk, kosilo, večerja) ter dva premostitvena obroka (dopoldanska in popoldanska malica). Pri vrednotenju pogostosti uživanja odsvetovanih živil smo vrednotili podatke iz vprašalnika glede na pogostost uživanja ocvrte hrane in hitre prehrane ter pogostost uživanja sadja in prigrizkov otroka med obroki. Pri tem smo upoštevali priporočila glede uživanja odsvetovanih živil iz *Smernic zdravega prehranjevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah* (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2005). Naj omenimo, da odsvetovana živila niso povsem prepovedana, se pa priporoča, da jih v vsakdanji jedilnik vključujemo čim bolj redko (največkrat enkrat na mesec oz. nekajkrat na mesec) in zmerno, v manjših količinah ter v kombinaciji s priporočenimi živili.

Tabela 3.4: Priporočila glede uživanja odsvetovanih živil

Odsvetovana živila	Priporočila glede uživanja odsvetovanih živil
<i>Pekovski in slaščičarski izdelki ter industrijski deserti</i>	Praviloma vsebujejo velik delež maščob in sladkorjev, zato je priporočljivo, da se v primeru njihove vključitve v jedilnik uporabijo zlasti taki izdelki, ki vsebujejo manj sladkorja in maščob in so narejeni na podlagi mleka (jogurta), polnozrnate moke, z dodanim sadjem, semeni, oreščki ipd., s čimer bistveno zvišamo njihovo hranilno gostoto.
<i>Mesni, majonezni, kremni/čokoladni namazi ter trdne margarine</i>	Vsebujejo visok delež maščob in/ali nezaželene transmaščobne kisline, zato njihovo uporabo odsvetujemo. Primernejša je zmerna uporaba mlečnih namazov, namazov na osnovi stročnic (čičerika, soja, leča), dietnih margarin ali kisle smetane.
<i>Živila z velikim deležem maščob in maščobe, ki vsebujejo pretežno nasičene in transmaščobne kisline</i>	Priprava jedi z uporabo maščob povečuje delež maščob v celodnevni prehrani, zato priporočamo zmerno uporabo maščob. Živalske maščobe v večji meri zamenjajte s kakovostnimi rastlinskimi. <u>Klasično ocvrte jedi</u> se prepojijo s pregretimi maščobami, zato njihovo vključevanje omejite. Če jih vključite v jedilnik, bodite pozorni na uporabo svežih olj in temperaturo olja pri pripravi ocvrtih živil.
<i>Mesni izdelki</i>	Priporočamo zmerno in občasno uporabo mesnih izdelkov. Izberite take z vidno strukturo mesa (npr. šunka, piščančje prsi ipd.) in ne tistih, kjer je struktura homogena zaradi mletja.
<i>Instant juhe »iz vrečk« in jušni koncentraciji ter podobni koncentrirani izdelki</i>	Zaradi visoke vsebnosti soli in aditivov odsvetujemo uporabo. Omejite tudi uporabo pretirano slanosti izdelkov.

Vir: Gabrijelčič Blenkuš in drugi (2005)

*Pogostost uživanja sadja.* Različne raziskave so pokazale, da je vključevanje sadja in zelenjave pomembno za zdravje, saj vsebujeta številne, za normalno rast in razvoj nujno potrebne snovi, ki hkrati varujejo pred infekcijskimi obolenji in različnimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi v odrasli dobi. Skladno s prehranskimi smernicami bi morala dnevna prehrana predšolskega otroka vključevati do 200 gramov sadja (2 enoti) in 300 gramov zelenjave (3 enote) (Gabrijelčič Blenkuš in drugih 2005).

*Prigrizki otroka med obroki.* Prigrizki naj bi sodili v čas med obroki oz. naj bi služili kot vmesni ali premostitveni obrok. Otrok naj bi prejel dva premostitvena obroka (dopoldanska in popoldanska malica), in sicer je zaželeno (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2005, Hlastan Ribič 2009), da v malico sodijo sadje, mlečni izdelki in polnozrnata živila.

*Kriterij točkovanja prehranskih praks.* Prehranske prakse smo zajeli na podlagi petih kriterijev, ki jih zdravstvena javnost opredeljuje kot za zdravje primerne ali neprimerne prehranske prakse. Ti so: rednost obrokov (število obrokov na dan), pogostost obrokov uživanja ocvrte hrane in



hitre prehrane, pogostost uživanja sadja ter primernost prigrizkov pri otrocih. Kot prvi kriterij smo v točkovanju vrednotili število prehranskih obrokov na dan za vse družinske člane (otrok, mati in oče) ter nato točkovali družino glede na skupno povprečje števila obrokov kot povprečje točk.

Tabela 3.5: Točkovanje povprečnega števila prehranskih obrokov

Povprečno št. obrokov družine	Točke
med 4,1 in 5 obrokov na dan	5
med 3,1 in 4 obroki na dan	4
med 2,1 in 3 obroki na dan	3
2 obroka na dan	2
1 obrok na dan	1
Ni podatka.	<i>*Računamo povprečje le za člane, za katere imamo podatke oz. podatek pridobimo iz intervjuja.</i>

Nadalje smo točkovali pogostost uživanja ocvrte hrane in hitre prehrane ter pogostost uživanja sadja, skladno s priporočili (Smernice, 2005).

Tabela 3.6: Točkovanje pogostosti uživanja ocvrte hrane (1–4)

vsak dan	0 točk
pogosto (3- do 4-krat tedensko)	1 točka
občasno	3 točke
redko (1-krat mesečno)	4 točke
nikoli	5 točk

Tabela 3.7: Točkovanje pogostosti uživanja hitre prehrane

vsak dan	0 točk
pogosto (3- do 4-krat tedensko)	1 točka
občasno	3 točke
redko (1-krat mesečno)	4 točke
nikoli	5 točk

Tabela 3.8: Točkovanje pogostosti uživanja sadja pri otroku

vsak dan	5 točk
pogosto (3- do 4-krat tedensko)	4 točk
občasno	3 točke
redko (1-krat mesečno)	1 točka
nikoli	0 točk

Kot zadnji kriterij pri vrednotenju je predstavljal zajem primernosti prigrizkov otrok, kjer smo opredelili tipe in kombinacije prigrizkov, ki so jih poročali starši glede na svetovana in odsvetovana živila, ter s tem vrednotili njihovo primernost.

Tabela 3.9: Točkovanje primernosti prigrizkov

	Primernost prigrizkov	Točke
1.	<b><i>Večina prigrizkov je primernih:</i></b> sadje, oreščki, suho sadje, mlečni izdelki (jogurti, skutice).	5
2.	<b><i>Večina prigrizkov je primernih, eden je neprimeren.</i></b>	4
3.	<b><i>Večina prigrizkov je manj primernih. Prigrizki ob kombinaciji so primerni in tudi neprimerni</i></b> (npr. prehranske ploščice za otroke, piškoti, sadje, čips ipd.).	3
4.	<b><i>Manj primerni:</i></b> npr. piškoti, kruh, prigrizki za otroke.	2
5.	<b><i>Večina je neprimernih:</i></b> čokolada, bomboni; slani prigrizki: smoki, čips, palčke.	0

Uživanje tekočin bomo obravnavali v naslednjem poglavju, ki se nanaša na tretjo dimenzijo modela zdravega življenjskega sloga in predstavlja antipod zdravim praksam (GŠA in zdravim prehranskim navadam), in sicer za zdravje tveganim vedenjem družinskih članov.

#### *Vrednotenje za zdravje tveganih družinskih praks*

Odklonsko obnašanje oz. vsakdanje prakse, ki jih zdravstvena priporočila navajajo kot zdravju tvegane, smo ovrednotili kot prakticiranje družinskih praks: navade kajenja in uživanja neprimernih pijač (v našem primeru tvegane prakse dosega le 10 točk oz. šestino vseh točk v modelu ZŽSD). Ker razpolagamo le z dvema podatkom, ki ju lahko upoštevamo kot za zdravje tvegane prakse ter da se spremenljivka kajenje staršev v regresijski analizi ni pokazala kot statistično značilna spremenljivka, ki vpliva na rezultat gibalne učinkovitosti otroka, smo ji pripisali manjši pomen kot drugima dvema determinantama: GŠA in prehranskim praksam družine, ki smo jima dodelili po 25 točk.

Kajenje štejemo za najpomembnejši preprečljivi vzrok smrti v svetu (WHO 2008); tudi v Sloveniji dosega prvo mesto med dejavniki tveganja za smrt (19,7 %). Kajenje staršev posredno vpliva na kajenje otroka v mladostniškem obdobju zaradi povečanega zaznavanja sprejemljivosti kajenja, druženja s kadilskimi vrstniki in povečane dostopnosti do tobačnih izdelkov (Koprivnikar in Seljak 2009). Starši pomembno vplivajo na to, ali bo mladostnik začel kaditi, predvsem z lastnim zgledom, sporočili in pravili glede kajenja ter vzgojnim pristopom. Če starši kadijo, obstaja večja verjetnost, da bo kadil tudi njihov otrok. Na drugi strani bo avtoritativni način vzgoje s starševsko podporo in nadzorom vplival na manjšo verjetnost kajenja pri mladostniku (Turner in drugi 2004; Geckova in drugi 2002; Sunday and Folan 2004; Koprivnikar 2011).

*Kriterij za točkovanje navade kajenja pri starših.* Kriterij točkovanja je pripravljen na podlagi kombinacij vrednotenja navade kajenja za oba starša skupaj. Kombinacije so opredeljene po 5-točkovnem sistemu glede na dejansko stanje posameznega starša (kadilec/nekadilec) ter glede na rednost in občasnost kajenja.

Tabela 3.10: Kriterij točkovanja za navado kajenja pri starših

	<b>Navada</b>	<b>Točke</b>
1	Nobeden od staršev ne kadi.	<b>5</b>
2	Občasno kadi 1 starš (oče ali mati).	<b>4</b>
3	Občasno kadita oba starša.	<b>3</b>
4	Redno kadi 1 starš (oče ali mati).	<b>2</b>
5	Redno kadita oba starša.	<b>0</b>

*Kriterij za točkovanje uživanja sladkih in alkoholnih pijač.* Uživanje tekočin je nujno potrebno za vzdrževanje ravnovesja vode v telesu. Najprimernejša pijača za odžejanje in nadomeščanje izgubljene tekočine je zdravstveno ustrezna pitna voda. Od pijač, ki vsebujejo sadni delež, se priporoča predvsem sadne in zelenjavne sokove brez dodanega sladkorja oz. sveže stisnjene. Za žejo se priporoča tudi nesladkane zeliščne in sadne čaje. Mleko vsebuje relativno veliko energije in hranil, zato se uvršča med hranilno bogata živila in ne med napitke za žejo (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2005).

Tabela 3.11: Odsvetovane pijače in dnevna priporočila

<b>Odsvetovane pijače</b>	<b>Priporočila glede uživanja</b>
<b>Gazirane ali negazirane sladke pijače</b> (»soft drinks«)	Mineralna voda, nesladkani čaji, naravni sadni ali zelenjavni sokovi brez dodanega sladkorja.
<b>Alkohol</b> (dopustna meja: 1 enota = 1 dcl vina; 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žgane pijače).	2 enoti alkohola pri odraslem zdravem moškem in 1 enota alkohola pri odrasli zdravi ženski na dan.
<b>Kava in kofeinski napitki</b>	<b>do 300 mg na odraslega človeka</b> na dan = 1–3 skodelice espresso kave; največ 3 pločevinke kofeinskega napitka (redbull 83 mg, kokakola 35 mg).

Čezmerno uživanje alkohola predstavlja večje tveganje za pojav civilizacijskih bolezni, nekaterih oblik raka, ciroze jeter, zasvojenosti ipd. Pri določanju meje je najprimernejše govoriti o količinah, ki še ne predstavljajo tveganja za zdravje. Pri alkoholu količine podajamo v enotah, kjer ena enota alkoholne pijače predstavlja npr. 1 deciliter vina, 2,5 decilitra piva ali 0,3 decilitra žgane pijače. Za dopustno oz. manj tvegano se šteje zaužitje največ 14 enot tedensko pri zdravem, odraslem moškem oz. 7 enot tedensko pri zdravi, odrasli ženski (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2005).

Pri praksah uživanja tekočin smo kot vrednost za ocenjevanje postavili podatek o vrsti pijače. Kriterij ocenjevanja so predstavljali vsi zajeti odgovori, ki smo jih dobili na vprašanje: *Navedite, katero vrsto pijače najpogosteje uživata v dnevu, in katero vrsto pijače najpogosteje uživa v dnevu vaš otrok.*

Točkovali smo vsakega člana družine posebej – očeta, mater in otroka. Kot kriterij za določanje prakticiranja zdravju tveganih praks smo vzeli primernost konzumiranja pijač glede na predstavljena priporočila. V modelu ZŽSD smo upoštevali povprečno število doseženih točk vseh družinskih članov. Če nismo imeli podatka o vseh članih, smo povprečno vrednost računali le za število članov, za katere imamo podatke.

Tabela 3.12: Kriteriji točkovanja uživanja pijač v dnevu

Kategorije pijače po pogostosti v dnevu	Točke
<b>Primerna pijača</b> (voda, radenska, sveže stisnjen sok, nesladkan čaj (dopustna 1 oz. 2 enoti alkohola))	<b>5</b>
<b>Malo manj primerna pijača</b> (voda z okusom, sok, ki ga razredčimo z vodo)	<b>4</b>
<b>Manj primerna:</b> sadni sok, ledeni čaj, (kava)	<b>3</b>
<b>Tvegana pijača 1</b> (kokakola in podobne gazirane sladke pijače; fanta, sprite ipd.)	<b>2</b>
<b>Tvegana pijača 2</b> (vino, pivo, žgane pijače, če presegajo mejo priporočljivih enot)	<b>1</b>
Ni podatka.	Podatke smo pridobili iz intervjuja.

### ***Kriteriji razvrstitve družine v modelu ZŽSD***

Pri opredelitvi kriterijev za vrednotenje elementov »zdravega življenjskega sloga družine« smo izhajali iz opredeljenega modela ZŽSD, ki temelji na izhodiščih aktualnih zdravstvenih priporočil in podatkov, pridobljenih v vprašalniku za starše. Za pridobitev določenih manjkajočih podatkov smo posegli tudi v analizo polstrukturiranih intervjujev staršev. Na podlagi navedenih kriterijev vrednotenja in opredeljenega točkovalnega sistema za »zdrav življenjski slog« smo določili maksimalno in minimalno število točk. V našem modelu ZŽSD je mogoče dobiti maksimalno število 60 točk oz. minimalno dve točki. Glede na skupno število točk smo družine razdelili v štiri tipe oz. skupine (skupine smo razdelili po sistemu določanja kvartilov  $Q1 = 15,5$ ;  $Q2 = 30,5$ ;  $Q3 = 45,5$ ), kar je odražalo prakticiranje z zdravjem povezanih družinskih praks.

V našem primeru tipologija elementov »zdravih življenjskih slogov« razlikuje štiri tipe življenjskih slogov, in sicer gre za »najbolj« zdrav (od 45 do 60 točk), zdrav (od 30 do 44 točk), »manj« zdrav (od 15 do 29 točk) in »najmanj« zdrav oz. »nezdrav« življenjski slog družine (od

0 do 14 točk in manj). Ob predvidevanju, da je »najbolj zdrav« življenjski slog nekako »idealni tip« in se v realnem življenju le redko manifestira v celoti, bi lahko enako veljalo tudi za njegovo nasprotje, tj. najbolj »nezdrav« življenjski slog.

Tabela 3.13: Tipologija skupin življenjskega sloga družine v modelu ZŽSD

Razpon točk	Točke v posameznih sklopih										Tipi oz. skupine življenjskega sloga
	GŠA družine (25 točk)			PREHRANA (25 točk)				TVEGANE PRAKSE (10 točk)			
Možne točke	15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
45–60											1. skupina »najbolj« zdrav ŽS
30–44											2. skupina zdrav ŽS
15–29											3. skupina »manj« zdrav ŽS
Do 14 točk											4. skupina »najmanj« zdrav ŽS

Model ZŽSD nam je v nadaljnji analizi služil za vpogled, koliko so življenjski slogi družin skladni s trenutnimi medicinskimi in drugimi doktrinami »zdravega življenjskega sloga«. V okviru modela smo z razdelitvijo proučevanih družin na štiri skupine glede na uspešnost prakticiranja proučevanih elementov »zdravega življenjskega sloga« dobili vpogled v družine, ki so pri oblikovanju »zdravih življenjskih slogov« bolj uspešne od drugih. Nadalje smo glede na postavljeno tipologijo ugotavljali, ali obstojijo povezave med gibalno učinkovitostjo otroka in skupino, ki jo družina dosega na podlagi praks »zdravega življenjskega sloga«. Za to smo potrebovali nadaljnjo razvrstitev otrok po rezultatih skladnosti izvedbe EGV, s katero beležimo gibalno učinkovitost.

#### 3.4.5 Korak 5: Razvrstitev otrok v skupine po gibalni učinkovitosti

V tem metodološkem koraku je predstavljena metodologija razvrstitve otrok po skupinah glede na doseženo gibalno učinkovitost. Otroci so bili na podlagi rezultatov skladnosti izvedbe EGV razvrščeni na bolj oz. manj gibalno učinkovite v štiri skupine.

Pri oblikovanju skupin glede na doseženo gibalno učinkovitost so bili upoštevani vsi rezultati meritev baterije testov EGV otrok vseh treh sklopov merjenj v letih 2009, 2010 in 2011. Ob tem smo beležili povprečne vrednosti (z-vrednosti) rezultatov meritev petih sklopov EGV, in sicer: plazenje kvantitativno (čas), plezanje kvalitativno (ocenjena gibalna učinkovitost), plezanje kvantitativno in kvalitativno, skok kvantitativno in kvalitativno, hoja kvantitativno in

kvantitativno ter za vzorec tek, samo kvantitativno oceno (čas). Skupni vzorec uspešno izmerjenih otrok, kjer so njihovi starši izpolnili vprašalnik, sestavlja skupaj 89 otrok (53 dečkov). Z njihovimi starši smo izvedli tudi 56 intervjujev, kar pomeni 63,6-odstotno pokritost vzorca tudi s kvalitativnimi podatki intervjuja.

Na podlagi namensko oblikovanih kriterijev uvrstitve otroka v skupino s podpovprečnim ali nadpovprečnim rezultatom vseh izmerjenih vzorcev (z-vrednosti) smo otroke razvrstili v štiri skupine. Osnovne skupine so bile nadalje razdeljene tudi v podskupine, ki pa pri nadaljnji obravnavi nimajo posebnega pomena, saj smo upoštevali skupine v celoti, z izjemo skupine 4c (manj prisotni otroci), ki smo jih zaradi manjkajočih podatkov izločili iz nadaljnje obravnave.

Pri poimenovanju skupin glede na kriterije uvrščanja otrok smo uporabili terminologijo, ki se nanaša na gibalno učinkovitost izvedbe EGV (najbolj gibalno učinkoviti, najmanj gibalno učinkoviti otroci), oz. glede na definicijo gibalne učinkovitosti izvedbe EGV kot dimenzije telesnega kapitala smo skupine otrok poimenovali glede na velikost telesnega kapitala (največji – najmanjši).

Kriteriji za uvrstitev v skupino po gibalni učinkovitosti so bili naslednji:

*Skupina 1: Otroci z največjim in velikim telesnim kapitalom*

a) podskupina 1a: »Najbolj gibalno učinkoviti otroci«

V to skupino smo uvrstili otroke, ki so imeli vse rezultate (z-vrednosti) meritev izvedbe EGV nadpovprečne in so vse meritve opravili korektno.

b) podskupina 1b: »Gibalno zelo učinkoviti otroci«

Kriteriji za uvrstitev v skupino: otroci, ki imajo dva rezultata nadpovprečna, pri tretjem merjenju pa nimajo opravljenih vseh meritev.

V prvo skupino (SK1) se je skupaj uvrstilo 15 otrok (9 dečkov), kjer smo v nadaljnji kvalitativni obravnavi zdravega življenjskega sloga lahko analizirali kvalitativne podatke 10 intervjujev.

*Skupina 2: »Otroci s srednje velikim telesnim kapitalom«*

V drugo skupino se uvrščajo »gibalno učinkoviti otroci«.

Kriteriji za uvrstitev v skupino so, da so na dveh merjenjih dosegli nadpovprečen skupni rezultat, en rezultat pa je bil podpovprečen.

V drugo skupino (SK2) se je uvrstilo skupaj 21 otrok (10 dečkov), kjer smo imeli za nadaljnjo analizo na voljo 11 intervjujev s starši.

*Skupina 3: »Otroci z manjšim telesnim kapitalom«*

V tretjo skupino (SK3) se uvrščajo otroci s slabšimi rezultati učinkovitosti izvedbe EGV in posledično tudi z manjšim telesnim kapitalom, ki jih glede na kriterije ločimo na dve podskupini:

a) podskupina 3a: »Gibalno manj učinkoviti otroci«

Kriteriji za uvrstitev v podskupino: otroci, ki so dosegli le en nadpovprečen rezultat, preostala dva pa sta bila pod povprečjem.

b) podskupina 3b: »Skupina negotovih otrok«

Kriteriji za uvrstitev v podskupino so, da so otroci dosegli en nadpovprečen in en podpovprečen skupni rezultat meritev, enkrat pa vseh testov niso uspešno izvedli.

V tretjo skupino se je na podlagi navedenih kriterijev uvrstilo 25 otrok (13 dečkov), za nadaljnjo analizo pa smo imeli na voljo 16 intervjujev.

*Skupina 4: »Skupina otrok z najmanjšim telesnim kapitalom«*

V četrto, zadnjo skupino otrok smo razporedili otroke, katerih rezultati niso dosegali povprečne vrednosti. Na podlagi kriterijev smo jih razvrstili na tri podskupine, in sicer:

a) podskupina 4a: »Precej gibalno neučinkoviti otroci«

Kriteriji za uvrstitev v podskupino: otroci, ki so dvakrat dosegli podpovprečen rezultat, enih meritev pa niso uspešno opravili

b) podskupina 4b: »Gibalno neučinkoviti otroci«

Kriteriji za uvrstitev v podskupino: otroci, ki so na vseh meritvah dosegli podpovprečen rezultat.

c) podskupina: »Manj prisotni otroci«

Kriteriji za uvrstitev v podskupino: otroci, ki ali dveh meritev niso opravili ali so jih opravili podpovprečno oz. nadpovprečno.

Najmanj učinkovito skupino sestavlja skupaj 27 otrok (11 dečkov), pri katerih smo zaradi manjkajočih podatkov tretje podskupine (4c – manj prisotni otroci) in s tem manj objektivne obravnave za nadaljnjo obravnavo otrok s potencialno najmanjšim telesnim kapitalom v kvalitativno obravnavo vzeli le prvi dve podskupini skupine 4 (SK4), in sicer podskupini »precej neučinkoviti otrok« in »neučinkoviti otrok«, ki v realnih rezultatih niso dosegli

povprečja v vzorcu proučevane populacije. V obravnavo je bilo vzetih 20 otrok (7 dečkov), katerih podatke iz vprašalnika smo lahko nadgradili s 15 polstrukturiranimi intervjuji.

Ustreznost postavljenih kriterijev smo preverjali z razvrstitvijo populacije otrok glede z-vrednosti po metodi razvrščanja v štiri skupine (kvartili) glede na povprečne z-vrednosti. Pri tem smo primerjali obe razvrstitvi v skupine, in sicer glede na razvrstitev v skupine (kvartili) (Klas1) in po lastnih kriterijih (Klas2) za razvrstitev otrok v skupine po rezultatih gibalne učinkovitosti otrok. Ugotovili smo visoko pozitivno korelacijo tako Pearsonovega korelacijskega testa ( $p = 0,672$ ) ter tudi Spearmanovega testa korelacije ( $p = 0,672$ ). Tudi Hi-kvadrat test je potrdil, da ni statistično značilnih razlik po obeh metodah v razvrstitvi v skupine otrok po gibalni učinkovitosti med klasifikacijo po kvartilih (Klas1) in klasifikacijo (Klas2) po lastnih kriterijih ( $p < 0,001$ ; vrednost Hi-kvadrata = 57,314).

Glede na ugotovitev, da se razvrstitev otrok po navedenih klasifikacijah (Klas1, Klas2) ne razlikuje statistično značilno, smo se odločili, da razvrstitev otrok v skupine po gibalni učinkovitosti (izvedbi EGV) opravimo po klasifikaciji (Klas2) na podlagi namensko oblikovanih kriterijev, ki so bili postavljeni glede na skupne povprečne vrednosti EGV iz vseh treh merjenj in tako bolj objektivno zajamejo gibalno učinkovitost otroka.



Tabela 3.14: Razvrstitev otrok po skupinah po rezultatih gibalne učinkovitosti

Skupina	Kriteriji	Št. otrok	Od tega dečkov	Št. intervjujev
<b>Skupina 1</b> Otroci z najvišje doseženo gibalno učinkovitostjo	Skupina otrok z najboljšimi oz. nadpovprečnimi rezultati gibalne učinkovitosti	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>Podskupina 1a</i> Gibalno najučinkovitejši otroci	Otroci, ki so imeli vse rezultate (z-vrednosti meritev) EGV nadpovprečne in so vse meritve opravili korektno.	10	6	7
<i>Podskupina 1b</i> Gibalno zelo učinkoviti otroci	Otroci, ki so imeli nadpovprečne rezultate na dveh merjenjih, nimajo pa opravljenih vseh meritev tretjega merjenja.	5	3	3
<b>Skupina 2</b> Gibalno učinkoviti otroci	Otroci s povprečnimi oz. dobrimi rezultati, ki so na dveh merjenjih dosegli nadpovprečen rezultat, rezultat tretjega sklopa merjenj pa je bil podpovprečen.	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>Skupina 3</b> Gibalno manj učinkoviti otroci	Skupina otrok s slabšo gibalno učinkovitostjo, saj so dosegli nadpovprečne rezultate le v enem sklopu merjenj.	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>15</b>
<i>Podskupina 3a</i> Skupina gibalno manj učinkovitih otrok	Otroci, ki so dosegli en nadpovprečen rezultat enega sklopa meritev, preostala dva rezultata pa sta bila pod povprečjem.	16	6	10
<i>Podskupina 3b</i> Skupina gibalno »negotivih« otrok	Otroci, ki so dosegli en nadpovprečen in en podpovprečen rezultat, medtem ko v enem sklopu merjenj niso uspešno izvedli vseh meritev.	9	7	5
<b>Skupina 4</b> Skupina najmanj učinkovitih otrok	Skupina otrok s podpovprečnimi rezultati gibalne učinkovitosti.	<b>*20<sup>50</sup></b>	<b>*7</b>	<b>*16</b>
<i>Podskupina 4a</i> Skupina gibalno neučinkovitih otrok	Otroci, ki so v dveh sklopih merjenj dosegli podpovprečen rezultat, enega sklopa merjenj pa niso uspešno opravili.	9	3	8
<i>Podskupina 4b</i> Skupina najmanj učinkovitih otrok	Skupina otrok, ki je v vseh treh sklopih merjenj dosegla podpovprečen rezultat.	11	4	8
<i>Podskupina 4c</i> Skupina »manj prisotnih« otrok	Otroci, ki ali dveh merjenj niso opravili ali eno so opravili podpovprečno oz. nadpovprečno in zaradi manjkajočih podatkov niso bili predmet nadaljnje analize.	7	4	2
<i>Skupaj</i>	Vsi otroci	81	39	52

<sup>50</sup> \* Podatki skupine 4 so bili za nadaljnjo analizo vzeti le za skupini 4a in 4b, saj je bila skupina 4c zaradi manjkajočih podatkov dveh sklopov merjenj izvzeta iz nadaljnje analize.

Na podlagi razvrstitev skupin otrok po doseženi gibalni učinkovitosti smo v nadaljnjo obravnavo vzeli 81 otrok (39 dečkov), med katerimi smo analizirali 52 intervjujev.

### *3.4.6 Korak 6: Preverjanje uporabnosti modela ZŽSD*

V naslednjem koraku smo z metodo T-testa neodvisnih vzorcev preverili uporabnost modela ZŽSD, ki smo ga predhodno oblikovali (poglavje 3.4.4) glede na tipologijo oz. kriterije družbeno sprejetih smernic zdravega življenjskega sloga. Zanimalo nas je, ali model zdravega življenjskega sloga omogoča prepoznavanje razlik med značilnostmi življenjskega sloga družine ter med gibalno učinkovitejšimi in manj učinkovitejšimi otroki.

### *3.4.7 Korak 7: Sociološki del: Kvalitativno raziskovanje*

*Ne šteje vse, kar se lahko šteje, in ni vse, kar se šteje, lahko izmeriti.  
(Neimenovan, pogosto se rek pripisuje Albertu Einsteinu.) (Calaprice 2000)*

V sociologiji je kvantitativna metodologija najbolj uveljavljena prek anketnih metod z lestvicami in skaliranjem podatkov, ki so pozneje predmet statistične obdelave. Medtem ko kvantitativna metodologija bolj ustreza analizi strukture in zgradbe določenega pojava, kvalitativna ustreza analizi procesa oz. poteka določenega dogajanja.

V drugem, sociološkem delu metodološkega pristopa smo uporabili kvalitativno analizo s polstrukturiranim intervjujem in anketnim vprašalnikom. Razlog za izbiro tovrstne metode je v prednostih, ki jih najdemo v kvalitativnem pristopu, saj lahko dosežemo svet tam »zunaj«, svet družbe prek razlage, opisovanja in razumevanja družbenih fenomenov, tj. družine »od znotraj« (Kvale 2008). V naši raziskavi gre predvsem za zajemanje in razumevanje izkušenj posameznih staršev, ki z vsakodnevnimi praksami družinskega življenja oblikujejo specifičen življenjski slog družine.

#### ***Anketni vprašalnik***

Pristop s polstrukturiranim intervjujem ni pogosta metoda pri raziskovanjih življenjskega sloga. Dosedanje raziskave se nanašajo predvsem na zajem podatkov na podlagi anketnih vprašalnikov s kvantitativno obliko podatkov, kar omogoča nadaljnje statistične analize, največkrat vezane na sociodemografske dejavnike in zdravstveni ali telesni status posameznika ter najpogosteje proučevanih elementov »zdravega življenjskega sloga«. Poleg metode anketnega vprašalnika smo se zaradi namena doseganja izkušnje »zunanjega« sveta odločili še za izvedbo polstrukturiranih intervjujev. Kvalitativni podatki so nam omogočili

kompleksnejšo interpretacijo rezultatov kvantitativne analize vprašalnika, ki zadeva življenjski slog družine in otrokove gibalne učinkovitosti.

Anketni vprašalnik, ki smo ga izvedli vodeno s starši, sestavljajo naslednji sklopi vprašanj:

- Prvi sklop se nanaša na splošne sociodemografske podatke staršev, ki jih je izpolnil raziskovalec v pogovoru s staršem, ki je pristopil k intervjuju. Vsebujejo demografska vprašanja (spol, starost, izobrazba, socioekonomski status, dohodek in razred družine), nekaj antropometričnih podatkov staršev (podatke o telesni teži in telesni višini vsakega od staršev) ter podatke o zdravstveni anamnezi ožjih družinskih članov. Temu sledijo še vprašanja o praksah življenjskega sloga staršev in otroka, in sicer o količini gibalne/športne aktivnosti staršev, prehranskih navadah ter tveganih praksah za zdravje (kajenje).
- V drugem sklopu sledijo podatki o družini in njenem bivanjskem okolju, ki se vežejo tudi na podatke o otrokovem preživljanju prostega časa.
- S tretjim sklopom smo zajeli splošne podatke o otrokovih gibalnih navadah oz. dnevni GŠA družinskih članov, aktivnosti družine med vikendi in počitnicami ter stališča staršev o pomembnosti GŠA za otroke.
- V zadnjem, četrtem sklopu so navedena dodatna specifična vprašanja, ki zajemajo podatke o usvajanju EGV oz. značilnostih otrokovega gibalnega razvoja (starost in način usvajanja gibalnih vzorcev, kot so plazenje, plezanje in hoja).

### ***Polstrukturiran intervju***

Izvedbi vodenega vprašalnika s staršem, ki se je odzval na povabilo, je sledila izvedba polstrukturiranega intervjuja.

Za kvalitativno metodo polstrukturiranega intervjuja kot metode spraševanja (Mesec 1998) oz. metode zbiranja podatkov s pogovorno komunikacijo (Flere 2000) smo se odločili, da se približamo »svetu tam zunaj« oz. kontekstu družinske dinamike in njenim značilnostim, ki so pomembne za oblikovanje »zdravega življenjskega sloga«. Pri tem so bile informacije, ki smo jih prejeli od intervjuvancev, neposredne in neodvisne od drugega (kvantitativnega) zbiranja podatkov. Intervju se kot znanstveni razgovor od drugih zvrsti razlikuje glede na metodičnost, načrtnost in sistematičnost (Flere 2000), zato je bilo treba tudi v našem primeru pripraviti načrt poteka razgovora. Vprašanja niso bila strogo določena, medtem ko smo določili teme – sklope, ki so potekali po neki notranji logiki glede na razvrstitev vprašanj (Flere 2000).

V disertaciji smo ob izvedbi polstrukturiranega intervjuja upoštevali nasvete avtorjev kvalitativnega raziskovanja (Kvale 2008):

- da se z vprašanji prilagajamo dobljenim informacijam, kar naj bi zagotavljalo spontane, bogate, posebne in pomembne odgovore intervjuvanca;
- da vključujemo čim krajša vprašanja, ki vodijo k čim daljšim odgovorom;
- da se za pridobitev bolj poglobljenih oblik intervjuja dopušča, da intervjuvanca sprašujemo tudi po »razlogih, občutkih, mnenjih in verovanjih« (Ritchie in drugi 2013);
- da z uvodnimi vprašanji spodbudimo intervjuvanca, da začne prosto govoriti o temi, ter da po potrebi interveniramo, če odgovor intervjuvanca tako zahteva.

Kvale (2008) predlaga, da naj bi interpretacija in poskus verifikacije interpretacije potekala že med intervjujem. Tak način je v empiričnem pomenu pomemben za zajem zgodbe posameznika. V našem primeru smo interpretacijo preverjali med izvedbo intervjuja, predvsem pri verifikaciji razumevanja zajema količine GŠA družinskih članov, razumevanja vlog intervjuvanca v družini, njegovih izkušnjah, vsakdanjih praksah in poznavanju značilnosti zdravega življenjskega sloga.

Za metodo zbiranja podatkov na podlagi osebnih polstrukturiranih intervjujev smo se odločili tudi zaradi lažjega dosega in kompleksnejšega »vpogleda v pomene, ki jih ljudje pripisujejo njihovim izkušnjam in socialnim svetovom« (Ritchie in drugi 2013). Pravzaprav smo na tak način pridobili vpogled v značilnosti oblikovanja življenjskega sloga proučevanih družin.

Z izvedbo intervjuja smo zasledovali naslednje cilje (Weiss 1994):

- pridobiti podrobnejši opis določenih situacij (opis vsakdanjika družine in značilnosti vsakdanjih praks, ki daje obliko življenjskemu slogu);
- možnosti za povezovanje različnih perspektiv (razumevanje, kako starši glede na spol in socioekonomske značilnosti razumejo značilnosti »zdravega življenjskega sloga« in usklajevanje svojega življenja z delom in družino, svojo zgodovino v navezavi na obravnavana teoretična izhodišča);
- opis procesa delovanja družinskih članov (npr., kako družina preživlja prosti čas, vikende, počitnice);
- kako posamezniki tolmačijo posamezne dogodke oz. prakse (kako starši dojemajo in si razlagajo »zdrav« življenjski slog, koliko pozornosti namenjajo in na kakšen način skrbijo za zdravje svojih družinskih članov).

Kvalitativna analiza intervjujev se je nanašala na uporabo različnih tehnik, izbranih na podlagi različnih tipov analiz, ki jih navaja Kvale (2008):

- analiza, ki se osredotoči na pomen;
- analiza, ki se osredotoči na jezik;
- analiza z uporabo različnih tehnik in prosto prehajanje med njimi – brikolaž;
- teoretsko branje, ki pomeni tehniko večkratnega prebiranja besedila intervjuja, teoretično razmišljanje, reflektiranje tem, ki raziskovalca zanimajo, in pisanje interpretacije.

V našem primeru je kvalitativna analiza temeljila na analizi pomena vsebine, kjer smo se osredotočili predvsem na pomene, ki se večkrat ponavljajo in so značilni, hkrati pa smo izpostavili tudi tiste, ki se od njih razlikujejo. Z verificiranjem odgovorov in rezultatov tako kvantitativne (podatkov iz vprašalnika) kot kvalitativne metode (podatkov intervjujev) smo ugotavljali, ali je mogoče potrditi nespornost in zanesljivost pa tudi, ali obstaja možnost posploševanja. Pri poročanju smo se osredotočili na povezavo med ugotovitvami kvalitativne analize, predvsem pomena vsebine. Ob tem smo zasledovali znanstvene kriterije, zato smo pripravili gradivo v primernem zapisu (dobesedni prepis povedanega), skladno z Mesečevim (1998) razumevanjem kvalitativne analize kot tesnega prepletanja med pridobivanjem podatkov, njihovo interpretacijo in analizo.

Teme, ki smo jih obravnavali v polstrukturiranem intervjuju, se nanašajo na:

- *Potek vsakdanjika družine in skupno preživljanje prostega časa* (vezano tudi na vikende in družinske počitnice). Vprašanja, ki so usmerjala pogovor, so bila: Kdo od staršev najpogosteje preživlja prosti čas z otrokom po prihodu iz vrtca? Ali obstaja in kolikšna je delitev dela (v gospodinjstvu in skrbi za otroke) po spolu starša in spolu otroka? V kolikšni meri se obračajo po pomoč k sorodnikom? ter Kako ste zadovoljni z življenjem?

V tem sklopu so se vprašanja navezovala na opis povprečnega dne družine med tednom, predvsem na to, kakšne so aktivnosti družinskih članov po prihodu domov iz dela in vrtca, delitev družinskega dela med partnerjema ter preživljanje vikendov in počitnic. Nazadnje so bili starši vprašani, kako jim uspeva usklajevanje dela in družinskega življenja ter če so s tem zadovoljni. Ob tem so imeli tudi možnost izraziti, kaj bi počeli, če bi imeli več časa zase. Ob koncu tega sklopa so bili tudi spodbujeni, da opredelijo splošno zadovoljstvo z življenjem, preživljanjem vikendov in počitnic oz. zakaj, npr., niso zadovoljni in kaj bi spremenili, če bi za to imeli možnost.

Podrobnejši vpogled v družinsko dinamiko in strukturo družine sta nam omogočila razlikovanje v posebnostih izvajanja družinskih praks in njihova reflektivnost v imperativih sodobnega starševstva. Pri tem smo pod drobnogled vzeli predvsem obstoj imperativov »aktivnega« očetovstva ter »protektivnega« in »intenzivnega« materinjenja.

- *Izvajanje k zdravju usmerjenih praks.* V drugem sklopu smo se osredotočili na vprašanje, kaj starši delajo/storijo, da bi bili družinski člani čim bolj zdravi. Namen tega vprašanja je ugotoviti, katere so najpogostejše k zdravju usmerjene praks, ki jih izvajajo starši (matere), za zagotavljanje zdravja družinskih članov, torej sledenje prehranjevalnim navadam, ki jih narekujejo smernice zdrave prehrane. Poleg tega pa naj bi to vprašanje razkrilo, ne samo prehranske navade, temveč tudi vpliv medikalizacije družbe na družine, vlogo matere kot prenašalke potrošniških vzorcev ter samo razumevanja zdravja in vsakdanjih praks, ki naj bi zagotavljalo obstoj zdravstvene pismenosti kot eno od oblik utelešenega kulturnega kapitala. Z vidika delovanja staršev me je zanimala tudi percepcija odgovornosti za morebitno slabši rezultat meritev EGV, ki nakazuje slabšo gibalno učinkovitost otroka. Pri tem smo starše spraševali, katerim dejavnikom bi pripisali vzrok za otrokove morebitne slabše rezultate testov gibalne učinkovitosti. V ta sklop sodi tudi vprašanje, ki smo ga staršem zastavili ob koncu intervjuja, in sicer, kako bi z lastnimi besedami opisali zdrav življenjski slog družine oz. katere so po njihovem mnenju glavne značilnosti zdravega življenjskega sloga. Tu smo iskali razumevanje staršev ter prenašanje definicij in značilnosti zdravega življenjskega sloga v obliki, kot nam jih prikazujejo množični mediji.

Proučevanje te tematike smo opravili z namenom vpogleda v repliciranje imperativov intenzivnega materinjenja, zanimalo pa nas je tudi, koliko se individualizacija skrbi in odgovornosti razlikujeta po spolu starša ter kako je proučevana tema prežeta tudi z ideologijo preventive. V tem tudi iščemo odgovor po vlogi matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom« družine.

- *Starševska podpora.* V tretjem sklopu smo iskali podatke o podpori, ki jo starši nudijo svojemu otroku v njegovi GŠA. Tu smo spraševali, ne samo v kakšni obliki poteka ta podpora (v spodbujanju, učenju, nakupu športne opreme), temveč tudi, kdo v družini nudi otroku podporo. Obravnavana tema nam bo omogočila podrobnejši vpogled v kontekst socialnega in kulturnega kapitala ter družinsko skupnost kot podporno mrežo storitev, ki je ena od pomembnih spremenljivk, ki določajo možnosti za oblikovanje življenjskih slogov družine.

- *Retrospektiva otroštva.* Zadnji, četrti sklop pa je bil namenjen pogledu staršev v preteklost, v njihovo otroštvo. Starše smo spodbudili, da so opisali, kako se razlikuje njihov vsakdanjik v primerjavi z vsakdanjikom njihovih staršev (Kako je njihova družina preživljala vikende, in kako počitnice?). Ob tem so nas zaradi izpostavljene GŠA kot determinante zdravega življenjskega sloga bolj zanimali GŠA staršev in starih staršev v preteklosti, starševska podpora in športna participacija ter možnosti takratnega bivalnega okolja za GŠA. Odgovori naj bi podali vpogled v generiranje izkušnjskega sveta in medgeneracijski prenos gibalnih navad ter na vpliv družbenih sprememb na delovanje družine. Pri tem bomo pozorni na oblikovanje habitusa družine kot »kognitivne mape delovanj«, ki vodijo in ovrednotijo izbire in možnosti družinskih članov (Bourdieu 1984).

Po opravljeni transkripciji vseh intervjujev smo se v nadaljnji analizi osredotočili na kvalitativno analizo, predvsem vsebine in pomena skupnih značilnosti, ki jih lahko obravnavamo kot strukturne spremenljivke družine. Te smo nadalje ločili po družini glede na razvrstitev otroka v skupino po doseženi gibalni učinkovitosti. Nato smo analizirali in primerjali spremenljivke iz paradigme »zdravega življenjskega sloga« družine po skupinah, in sicer, skupine najbolj gibalno učinkovitih (SK1) in najmanj gibalno učinkovitih otrok (SK4), ki smo jih zaradi morebitnih omejitev vzorca primerjali tudi s kvalitativnimi podatki intervjujev staršev otrok iz skupine (SK2, SK3), ki dosegajo povprečne rezultate gibalne učinkovitosti.

V kvalitativni analizi polstrukturiranih intervjujev smo z analizo pomenov iskali stične točke v praksah življenjskih slogov družine otrok glede na uvrstitev v skupino po gibalni učinkovitosti. Prva analiza je zajela prvo skupino – skupino 1 – »gibalno najbolj učinkovitih otrok«, kamor se je uvrstilo 15 otrok (9 dečkov), kjer je bilo izvedenih 10 intervjujev s starši (vse anketiranke so bile matere sedmih dečkov, povprečno trajanje intervjujev je bilo 16,35 minute). Nato smo obravnavali skupino 4 – »gibalno najmanj učinkovite otroke« (skupini 4a in 4b), v katero se uvršča 11 otrok (7 dečkov), s 16 intervjuji staršev (anketiranci so bili: 15 mater in en oče; 7 dečkov; povprečno trajanje intervjuja je bilo 17,20 minute); pri tem v obravnavo zaradi nepopolnih podatkov nismo zajeli skupine 4c. Zaradi podrobnejšega vpogleda v razlike med družinami in starši smo s kvalitativno analizo zajeli tudi skupino tistih družin, katerih otroci dosegajo povprečne rezultate v gibalni učinkovitosti, kamor sodijo družine otrok iz skupine 2 – »otroci z dobro gibalno učinkovitostjo« in skupine 3 – »otroci s povprečno gibalno učinkovitostjo« (skupina 2: 21 otrok; 10 dečkov, 11 intervjujev in skupina 3: 25 otrok; 13 dečkov, 16 intervjujev, vse anketiranke so bile matere 7 dečkov, povprečno trajanje intervjujev je bilo 20,23 minute).

Kvalitativna analiza družin iz gibalno najbolj učinkovite (SK1) in gibalno najmanj učinkovite skupine (SK4) ter skupin otrok s povprečno gibalno učinkovitostjo (SK2 in SK3) je obsegala skupno analizo 52 polstrukturiranih intervjujev, ki smo jih opravili z materami in enim očetom otroka iz skupine 4b.

Pred samo analizo polstrukturiranih intervjujev smo opravili tudi deskriptivno analizo proučevanih skupin: skupine gibalno najučinkovitejših otrok iz skupine 1 (SK1) in skupine najmanj učinkovitih otrok iz skupine 4 (SK4) ter skupin otrok s povprečno gibalno učinkovitostjo (SK2 in SK3). Namenjena je bila spremljanju srednjih vrednosti in frekvenčnih porazdelitev posameznih spremenljivk v posamezni skupini. Analiza srednjih vrednosti in frekvenčne porazdelitve posameznih spremenljivk znotraj skupin je bila opravljena z deskriptivno metodo, in sicer za vsako skupino posebej.

Nadalje smo ugotovitve kvalitativne analize intervjuja povezali z deskriptivnimi podatki družine (npr. z demografskimi podatki, socialno-ekonomskim statusom staršev, bivanjskimi pogoji), s čimer smo dobili jasnejši uvid v strukturo ter habitus družine, kar jo omogočalo večjo interpretacijsko vrednost rezultatov v diskusiji.

### 3.5 Vrednotenje in obdelava podatkov kvalitativnega (sociološkega) raziskovanja

To poglavje je namenjeno predstavitvi poteka obdelave podatkov sociološkega dela raziskave, in sicer obdelave anketnih vprašalnikov ter nato še kvantitativne obdelave polstrukturiranih intervjujev.

*Kvantitativna obdelava anketnih vprašalnikov.* Kvalitativen pristop je zajemal razdelitev vprašalnikov med starše, ki niso pristopili k intervjuju (poštno pošiljanje na domači naslov na podlagi pridobljenega soglasja za sodelovanje), medtem ko je za tiste starše, ki so pristopili k intervjuju, šlo za vodeno izpolnjevanje in zapis podatkov pred intervjujem. Po zajemu podatkov izpolnjenih 88 vprašalnikov smo najprej uredili podatke v preglednici v programu Microsoft Excel 2010, nato pa smo različne analize izvedli s statističnim paketom IBM SPSS verzija 22.

*Kvalitativna obdelava polstrukturiranih intervjujev.* Ta je zajemala transkripcijo intervjujev, ki smo jih posneli s predhodnim dovoljenjem staršev. Transkripcija je zajemala prepis posnetega besedila 52 intervjujev, kar pomeni več kot 15 ur zvočnega materiala, ki smo ga opravili v poletnih mesecih 2011. Kot napovedano smo analizirali pomen vsebine, kjer smo se osredotočili na pomene, ki se večkrat ponavljajo in so bili v nadaljnji analizi izvedeni kot značilni za npr. določeno skupino, hkrati pa smo izpostavili tudi tiste pomene, ki se od njih



razlikujejo. Z verificiranjem odgovorov in rezultatov tako kvantitativne kot kvalitativne metode smo ugotavljali, ali je mogoče potrditi nespornost, zanesljivost in nadalje, ali obstaja možnost posploševanja pomenov.

S kodiranjem smo nato določili ključne kategorije pomenov prepisanega besedila iz transkripcije intervjujev. Odločili smo se za koncept odprtega kodiranja brez vnaprej določenih kod ali kategorij, zato smo enote kodiranja ob branju besedila poimenovali sproti. Kodiranju je sledila analiza vsebine s kategorizacijo, pri kateri smo pomen dolgih izjav intervjujev omejili na več preprostih kategorij oz. smo sledili jedru odgovora intervjuvanca. Nadalje smo s kondenzacijo pomenov (Kvale 2008) določene izjave skrajšali na podlagi pomena povedanega ter poenostavili analizo ekstenzivnih in kompleksnih besedil intervjujev z iskanjem naravnih pomenskih enot pa tudi pojasnjevanjem njihovih glavnih tem, ki so lahko nadalje služile podrobnejši interpretaciji in teoretični analizi. Kot zadnja je sledila še interpretacija pomenov, s katero smo poskušali izpostaviti strukture in povezave pomenov, ki v besedilu niso bili neposredno prisotni (Kvale 2008).

## 4 ANALIZA

Na zastavljena raziskovalna vprašanja: *kakšne so povezave med gibalno učinkovitostjo otroka ter demografskimi, socioekonomskimi in bivalnimi dejavniki družine, kakšne so povezave med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami in ali te izhajajo iz medicinskega modela »zdravega življenjskega sloga« (GŠA, prehranske prakse in druge prakse)*, smo odgovore iskali v kvantitativni analizi gibalne učinkovitosti (analizi skladnosti izvedbe EGV) in podatkov vprašalnika (z regresijsko, kanonično in kvazikanonično korelacijsko analizo) ter se ob tem naslonili na teoretični okvir paradigme »zdravega življenjskega sloga družine«

Predstavitev rezultatov kvantitativnega (kineziološkega) in kvalitativnega (sociološkega) dela raziskave bo sledila metodološkimi korakom, ki smo jih predstavili v poglavju 3.4.

### 4.1 Kvantitativna (kineziološka) analiza

Kvantitativna analiza podatkov zajema več statistični metod in sicer deskriptivno in frekvenčno analizo, regresijsko, kanonično in kvazikanonično korelacijsko analizo, ki proučujejo posamezne spremenljivke in njihov medsebojni vpliv ali povezanost (npr. z determinantami »zdravega življenjskega sloga« iz modela, strukturo družin, rezultati gibalne učinkovitosti otroka, ipd.), ki sledi korakom iz metodološkega okvirja iz poglavja od 5.1 do 5.6.

Pri preverjanju normalnosti porazdelitve spremenljivk EGV smo uporabili Shapiro-Wilkov postopek preverjanja normalnosti, ki je potrdil normalnost porazdelitve, razen pri elementarnem vzorcu plezanja, kjer se je pokazalo manjše odstopanje v smeri pozitivne asimetričnosti ( $p$  od 0,001 do 0,042). Nato smo spremenljivki čas plezanja in skladnost plezanja pogledali tudi vizualno ter grafično z diagramom Q-Q. Odločili smo se, da je odstopanje tako majhno, da ga lahko štejemo kot normalno, kar je tudi predlagano v referenčni literaturi (Thomas in drugi 2015).

#### 4.1.1 Regresijska analiza

V regresijski analizi smo obravnavali različne sklope podatkov vprašalnika, ki so ga izpolnili starši, in devet povprečnih  $z$ -vrednosti EGV. Obravnavali smo vzorec velikosti 90 spremenljivk, kjer smo imeli možnost vključitve največ 9 prediktorjev za povprečno  $z$ -vrednost učinkovitosti izvedbe EGV. Po analizi bivariatnih korelacij smo izbrali kot kandidatne prediktorje vse tiste, ki so imeli povezanost pri tveganju  $P < 0,200$ . Tako smo dobili le štiri kandidatne prediktorje iz podatkov anketnega vprašalnika: čas kajenja matere, zgodovina športne aktivnosti matere, čas kajenja očeta in število dnevni obrokov očeta. V nadaljevanju

smo preverili eno od predpostavk večkratne linearne regresije in sicer smo preverili neodvisnost prediktorjev. Neodvisnost med prediktorji smo tudi potrdili, saj je bila med posameznimi pari korelacija ( $r < 0,2$ ).

Tabela 4.1: Rezultati večkratne linearne regresije 4 prediktorjev

	Nestandardizirani koeficienti	Standardizirani koeficienti		
	B	Beta	P	Delna korelacija
Konstanta	0.097			
Čas kajenja mati	0.006	0.080	0.592	0.072
ZG GŠA mati	0.069	0.195	0.163	0.187
Čas kajenja oče	0.002	0.052	0.729	0.047
Št. obrokov oče	-0.013	-0.203	0.145	-0.196

V Tabeli 4.18 smo predstavili rezultate večkratne linearne regresije štirih prediktorjev (po metodi Enter) s povprečno z-vrednostjo EGV. Celotna večkratna povezanost z-vrednosti je znašala le 0,312 ( $r^2 = 0,097$ ), kar lahko interpretiramo, da ima izbran model štirih prediktorjev – čas trajanja kajenja mater in očetov, zgodovina ukvarjanja s športom matere ter število obrokov očeta – manj kot 10 % skupne variance s povprečno z-vrednostjo EGV. Predstavljeni rezultati nakazujejo, da izbrani prediktorji ne opisujejo rezultatov skladnosti EGV do te mere, ki bi omogočala kakovostno interpretacijo rezultatov. S tem razlogom smo opravili še nadaljnje metodološke korake.

#### 4.1.2 Kanonična in kvazikanonična korelacijska analiza

Kvazikanonična korelacijska analiza je bila v našem primeru uporabljena zato, ker je robustnejša in s tem manj občutljiva, predvsem takrat kadar imamo manjše število vprašalnikov ter kadar imamo neugodno razmerje med številom spremenljivk in številom respondentov.

Analiza rezultatov kanonične in kvazikanonične korelacijske analize zajema preverjanje treh sklopov spremenljivk iz vprašalnikov, in sicer kanonične in kvazikanonične relacije: i) skupin vrednosti učinkovitosti otrok v izvedbi EGV in z izbranimi značilnosti staršev; ii) skupine vrednosti bivalnega okolja in socioekonomskega statusa družine in iii) elementov (značilnosti) »zdravega življenjskega sloga« družine.

*Ad1) Kanonične in kvazikanonične relacije skupin vrednosti učinkovitosti otrok v izvedbi EGV in značilnosti staršev.* Analiza je obsegala vzorec 66 subjektov s popolnimi podatki. V korelacijski matriki dveh skupin spremenljivk smo analizirali povezanost med izbranimi

značilnostmi staršev: indeks telesne mase (ITM) očeta in matere, izobrazba očeta in matere ter starost očeta in matere z rezultati skladnosti izvedbe EGV (z- vrednosti) v devetih vzorcih, in sicer so bile zajete tako kvantitativne kot kvalitativne vrednosti.

Tabela 4.2: Korelacijska matrica

	zple	zpleq	zplaz	zplazq	zskok	zskokq	zhoja	zhojaq	ztek
ITM oče	-.051	-.091	.079	.171	.018	.036	.055	.022	-.133
ITM mati	-.172	-.043	-.049	-.133	-.181	.133	-.242	.017	-.309
Izobr. oče	.049	-.004	-.151	-.157	-.025	.040	-.022	.093	-.240
Izobr. mati	.045	-.038	-.323	-.173	-.046	.012	.136	-.038	-.084
Starost O	-.186	-.233	-.020	-.004	-.077	.243	.022	.017	-.141
Starost M	-.130	-.302	.083	.090	.042	.005	.031	.000	-.092

Iz matrice je opaziti nične ali nizke korelacije, saj je najvišja vrednost korelacije  $-0,323$ , in sicer med izobrazbo matere in hitrostjo plazenja. Naslednja najvišja vrednost korelacije predstavlja  $-0,309$  med ITM matere in hitrostjo teka otroka.

Tabela 4.3: Rezultati kanonične korelacijske analize

	$\rho$	Wilksova lambda	$\chi^2$	df	p
1	.551	.365	57.377	54	.351
2	.466	.525	36.739	40	.618
3	.424	.670	22.796	28	.743
4	.362	.817	11.492	18	.872
5	.193	.941	3.464	10	.968
6	.151	.977	1.310	4	.860

( $\rho$  označuje kanonično korelacijo,  $\chi^2$   $\chi^2$ -test, df stopnjo prostosti svobode in p statistično značilnost  $\chi^2$ -testa.)

V nadaljnji kanonični korelaciji ni prišlo do statistično pomembne povezanosti med spremenljivkami skupin vrednosti gibalne učinkovitosti in izbranimi značilnostmi staršev.

Tabela 4.4: Rezultati analize redundance kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti značilnosti staršev standardizirana varianca (v2) in redundance (red).

spremenljivke	v2	red
<b>1</b>	.281	.039
<b>2</b>	.173	.029
<b>3</b>	.292	.023

Tabela 4.5: Rezultati analize redundance kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti učinkovitosti v izvedbi EGV otrok: standardizirana varianca (v2) in redundance (red).

spremenljivke	v2	red
<b>1</b>	.226	.035
<b>2</b>	.188	.030
<b>3</b>	.130	.011

Tabela 4.6: Rezultati kvazikanonične analize kovariance

	$\rho$	$\rho^2$	F	p
1	.406	.165	12.661	.001
2	.414	.171	13.243	.001
3	.317	.101	7.155	.009

( $\rho$  označuje kvazikanonične korelacije,  $\rho^2$  kvadrirane kvazikanonične korelacije in F vrednosti F-testa, medtem ko p pomeni značilnost F-testa.)

Z analizo so potrjene tri statistično značilne kvazikanonične korelacije.

Tabela 4.7: Kvazikanonični koeficienti (c) in struktura (s) skupin mer značilnosti staršev

	C1	C2	C3	S1	S2	S3
ITM oče	-.129	-.373	-.122	.001	-.276	.007
ITM mati	-.680	.110	.598	-.531	.151	.520
Izobr. oče	-.354	.398	-.042	-.523	.466	-.493
Izobr. mati	-.221	.566	-.649	-.531	.586	-.669
Starost O	-.532	-.299	-.264	-.720	-.334	-.632
Starost M	-.252	-.530	-.366	-.575	-.514	-.625

Tabela 4.8: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti značilnosti staršev

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	1.000	-.046	.388
<b>2</b>	-.046	1.000	.000
<b>3</b>	.388	.000	1.000

Prvo kvazikanonično spremenljivko skupin vrednosti izbranih značilnosti staršev definira pet od šestih spremenljivk vrednosti značilnosti staršev, torej vse, razen ITM očeta, in to z negativnim predznakom. Drugo kvazikanonično spremenljivko sestavljajo tri spremenljivke z negativnim predznakom koeficienta in korelacije (ITM očeta, starost očeta in starost matere) ter tri spremenljivke s pozitivnim predznakom (ITM matere, izobrazba očeta in izobrazba matere). Pri formiranju tretje kvazikanonične spremenljivke je znova nepomembna spremenljivka ITM očeta. Koeficienti nadalje kažejo, da imata tudi drugi dve spremenljivki – izobrazba in starost očeta – manj pomemben vpliv. Z razliko od prve kvazikanonične dimenzije je ITM matere s pozitivnim predznakom, medtem ko je pri preostalih spremenljivkah predznak negativen. Nekoliko podobna definicija prve in tretje kvazikanonične spremenljivke se lahko odčita v osrednji korelacij v vrednosti 0,388.

Tabela 4.9: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti uspešnosti v EGV otrok

	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>
zple	.343	.325	-.086	.594	.405	.163
zpleq	.378	.452	.505	.475	.528	.468
zplaz	.207	-.604	.420	.459	-.734	.371
zplazq	.213	-.545	-.037	.380	-.758	.038
zskok	.257	-.118	-.207	.545	-.178	-.014
zskokq	-.365	-.097	.000	-.330	.095	.167
zhoja	.173	-.003	-.710	.330	-.040	-.815
zhojaq	-.071	.008	.067	-.047	-.221	-.074
ztek	.646	-.069	-.092	.762	-.204	-.296

Rezultate kvazikanonične korelacije lahko interpretiramo, da tisti otroci, katerih starši so mlajši, bolj verjetno dosegajo večjo učinkovitost (boljše rezultate) v hitrosti teka, plezanja in višini skoka. Otroci staršev z višjo izobrazbo se bolj verjetno počasneje in manj učinkovito plazijo. Otroci, katerih matere imajo nižjo izobrazbo in sta oba starša starejša, bolj verjetneje hodijo počasneje kot njihovi vrstniki.

*Ad 2) Kanonične in kvazikanonične relacije skupin vrednosti učinkovitosti otrok v izvedbi EGV in skupine vrednosti bivalnega okolja in socioekonomskega statusa družine*

Analiza je bila izvedena na vzorcu 65 subjektov s popolnimi podatki, ki vključujejo bivalno okolje in socioekonomski status družine (SES). Vanjo so bile zajete naslednje spremenljivke: dohodek na družinskega člana; socialni razred družine, število otrok v družini, tip prebivališča in bivalno okolje.

Tabela 4.10: Matrica korelacij spremenljivk dveh skupin vrednosti (bivalnih karakteristik in ekonomskega statusa družine z rezultati EGV)

	zple	zpleq	zplaz	Zplazq	zskok	zskokq	zhoja	zhojaq	ztek
Dohodek	.074	.147	-.302	-.170	.055	.115	.007	-.102	-.114
Razred družine	.199	.193	-.145	-.121	.149	.063	.045	-.091	-.085
Število otrok	-.025	-.111	-.043	.066	-.086	-.071	-.035	.079	-.172
Tip prebivališča	.041	.138	.069	-.067	.097	.095	-.197	-.106	.013
Bivalno okolje	-.135	.018	.013	-.134	-.165	-.002	-.030	-.154	.041

Korelacije so nizke, nekatere so celo nične; najvišja korelacija je  $-0,302$  med spremenljivkama dohodek družine in hitrost plazenja, kar bi lahko utemeljili z razlago, da višji kot je dohodek družine, manj učinkovito se otroci plazijo.

Tabela 4.11: Rezultati kanonične korelacijske analize

	$\rho$	$\rho^2$	df	p
1	.502	35.138	45	.854
2	.373	18.712	32	.970
3	.327	10.232	21	.976
4	.217	3.857	12	.986
5	.140	1.126	5	.952

( $\rho$  označuje kvazikanonične korelacije,  $\rho^2$  kvadrirane kvazikanonične korelacije in F vrednost F-testa, medtem ko p pomeni pomembnost F-testa.)

Tudi iz teh rezultatov ni razvidna statistično značilna kanonična korelacija, zato smo nadaljevali z analizo kvazikanonične korelacije, ki je manj občutljiva na omejitve proučevanih spremenljivk.

Tabela 4.12: Rezultati kvazikanonične analize kovariance

	$\rho$	$\rho^2$	<b>F</b>	<b>p</b>
1	.373	.139	10.150	.002
2	.334	.111	7.895	.007

( $\rho$  označuje kvazikanonične korelacije,  $\rho^2$  kvadrirane kvazikanonične korelacije in F vrednost F-testa, medtem ko p pomeni pomembnost F-testa.)

Po analizi sta potrjeni dve statistično značilni kvazikanonični korelaciji.

Tabela 4.13: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti bivalnega okolja in ekonomskega statusa družine

	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>
Dohodek	-.686	-.201	-.857	-.216
Razred družine	-.647	-.174	-.842	-.154
Število otrok	.184	-.465	.128	-.262
Tip prebivališča	-.279	.603	-.172	.787
Bivalno okolje	.005	.591	-.290	.719

Tabela 4.14: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti spremenljivk bivalnega okolja in socioekonomskega statusa družine

	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	1.000	-.014
<b>2</b>	-.014	1.000

Prvo kvazikanonično spremenljivko definirata dominantni spremenljivki: dohodek na družinskega člana in samoocena razreda družine z negativnim predznakom. Drugo kvazikanonično spremenljivko oblikujeta predvsem spremenljivki tip prebivališča in bivalno okolje s pozitivnim predznakom ter v nekaj manjši meri tudi število otrok z negativnim predznakom. Korelacije med kvazikanoničnimi spremenljivkami se štejejo za nične.



Tabela 4.15: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti učinkovitosti otrok v izvedbi EGV

	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>
zple	-.336	-.274	-.570	-.016
zpleq	-.487	.240	-.689	.218
zplaz	.469	.456	.494	.384
zplazq	.385	-.279	.579	-.237
zskok	-.305	-.107	-.206	.046
zskokq	-.272	.162	-.402	.208
zhoja	.024	-.378	.160	-.410
zhojaq	.295	-.455	.404	-.648
ztek	.168	.439	.166	.365

Tabela 4.16: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti učinkovitosti izvedbe EGV otrok

	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	1.000	-.171
<b>2</b>	-.171	1.000

Spremenljivka z največjim kvazikanoničnim koeficientom in korelacijo s prvo kvazikanonično spremenljivko je kvalitativna ocena plezanja z negativnim predznakom (plezq = -0,689). Vidne vrednosti so razvidne v spremenljivkah hitrost plezanja, skok in skok kvalitativno z negativnim predznakom ter plazenje in plazenje kvalitativno s pozitivnim predznakom. Drugo kvazikanonično spremenljivko definirajo plezanje in plazenje kvalitativno z negativnim predznakom ter plezanje kvalitativno in plazenje s pozitivni predznakom. Kvazikanonične spremenljivke znotraj skupine vrednosti uspešnosti so v nizki korelaciji in znašajo -0,171.

Rezultate kvazikanonične kovariance s strukturo vrednosti učinkovitosti otrok v izvedbi EGV in skupin vrednosti družbenega razreda ter bivalnega okolja lahko interpretiramo tako, da so otroci iz družin z nižjim dohodkom in nižje subjektivno ocenjenim razredom družine bolj verjetno manj učinkoviti pri plezanju in skoku, se pa bolj skladno plazijo v primerjavi z vrstniki iz vzorca. Nadalje je bolj verjetno, da tisti otroci, ki živijo v mestu ali bloku, počasneje in manj skladno hodijo.

*Ad 3) Kanonične in kvazikanonične korelacije skupin vrednosti učinkovitosti otrok v izvedbi EGV in značilnosti življenjskega sloga družine*

V tretjem sklopu analize je bil obravnavan vzorec 41 subjektov s popolnimi podatki, saj je bilo precej podatkov iz vprašalnika o elementih (značilnostih) zdravega življenjskega sloga družinskega sloga nepopolnih. Poleg skupine devetih spremenljivk EGV v kvalitativni in kvantitativni vrednosti se je v sklopu življenjskega sloga analiziralo 12 spremenljivk, in sicer: dveh spremenljivk, ki določata GŠA staršev (količino GŠA očeta in matere, zgodovino GŠA očeta in matere), prehranske prakse (število obrokov očeta in matere ter hitra prehrana družine ter očeta posebej) in za zdravje tvegane prakse (ter kajenje in čas kajenja očeta in matere kot tvegane prakse). V tem so bili zajeti določeni podatki za analizo elementov »zdravega življenjskega sloga družine«.

Tabela 4.17: Matrika korelacij spremenljivk dveh skupin učinkovitosti izvedbe EGV in zdravega življenjskega sloga

	zple	zpleq	zplaz	zplazq	zskok	zskokq	zhoja	zhojaq	ztek
GŠA oče	-.139	.215	.152	-.066	.211	.507	-.174	.008	-.130
GŠA mati	-.044	-.082	.117	-.010	.052	.020	-.254	-.013	-.080
ZGgsa oče	.084	.022	.078	-.159	-.015	.091	.240	.055	.118
ZGgsa mati	.000	.006	-.099	-.130	.202	.242	.095	.153	-.009
Št. obrokov O	.087	.032	-.327	-.277	-.110	.051	.094	-.093	-.017
Št. obrokov M	.333	.289	-.247	-.379	.015	.067	-.071	-.184	.016
Hitrapre. druž	-.153	.032	.243	.202	-.052	.096	.028	.141	.136
Hitrapre. O	-.082	.071	.353	.239	-.119	.186	-.003	.082	.056
Kajenje Oče O	.175	.027	.108	.084	.177	.042	.209	-.196	.344
Kajenje Mati M	-.019	.084	.116	.152	.236	.309	-.033	.002	.170
Čas kajenja O	.107	-.039	.027	.068	.091	-.028	.210	-.258	.397
Čas kajenja M	-.039	.033	.018	.149	.296	.234	.122	.021	.158

Tabela 4.18: Rezultati kanonične korelacijske analize

	$\rho$	$\chi^2$	df	p
1	.886	117.474	108	.251
2	.690	72.904	88	.877
3	.649	54.164	70	.919
4	.558	38.305	54	.948
5	.525	27.506	40	.933
6	.492	18.145	28	.933
7	.387	10.105	18	.928
8	.347	5.394	10	.863
9	.236	1.663	4	.798

( $\rho$  označuje kanonično korelacijo in  $\chi^2$   $\chi^2$ -test, medtem ko df pomeni stopnjo svobode, p pa pomembnost  $\chi^2$ -testa.)

Rezultati kažejo, da ne obstajajo statistično značilne kanonične korelacije med skupino rezultatov učinkovitosti izvedbe EGV in obravnavanimi značilnostmi »zdravega življenjskega sloga«.

Tabela 4.19: Rezultati kvazikanonične analize kovariance

	$\rho$	$\rho^2$	F	p
1	.544	.296	16.415	.000
2	.473	.224	11.257	.002
3	.485	.235	12.011	.001

( $\rho$  označuje kvazikanonične korelacije,  $\rho^2$  kvadrirane kvazikanonične korelacije in F vrednost F-testa, medtem ko p pomeni pomembnost F-testa.)

Analiza potrjuje tri statistično značilne kvazikanonične korelacije.

Tabela 4.20: Kvizikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupine vrednosti življenjskega sloga

	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>
GŠA oče	-.344	-.114	-.667	-.200	.073	-.666
GŠA mati	-.070	.175	-.145	.037	.236	-.372
ZGgsa oče	-.015	-.239	.046	-.142	-.347	.033
ZGgsa mati	-.063	-.210	-.291	-.080	-.431	-.303
Št. obrokov Oče	.365	-.218	-.142	.517	-.116	-.440
Št. obrokov Mati	.400	-.441	-.328	.578	-.244	-.502
Hitrapre. druž.	-.357	.108	.110	-.615	.087	.091
Hitrapre. Oče	-.413	.133	.042	-.559	.131	.106
Kajenje Oče	-.167	-.482	.317	-.430	-.770	.661
Kajenje Mati	-.382	-.250	-.144	-.738	-.665	.289
Čas kajenja Oče	-.080	-.447	.427	-.498	-.757	.643
Čas kajenja Mati	-.316	-.297	-.045	-.679	-.662	.258

Tabela 4.21: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk iz skupine življenjskega sloga družine

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	1.000	.269	-.334
<b>2</b>	.269	1.000	-.241
<b>3</b>	-.334	-.241	1.000

Tabela 4.22: Kvazikanonični koeficient (c) in struktura (s) skupin vrednosti gibalne učinkovitosti otrok

	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>
zple	.280	-.366	.082	.194	-.654	-.111
zpleq	-.026	-.221	-.304	.181	-.547	-.542
zplaz	-.566	.182	.136	-.808	.189	.302
zplazq	-.504	.227	.368	-.744	.311	.507
zskok	-.271	-.378	-.198	-.491	-.429	-.083
zskokq	-.447	-.328	-.581	-.240	-.323	-.734
zhoja	-.012	-.355	.376	-.040	-.357	.512
zhojaq	-.156	.322	-.156	-.243	.461	-.080
ztek	-.223	-.502	.453	-.205	-.553	.656

Tabela 4.23: Interkorelacije kvazikanoničnih spremenljivk skupin vrednosti gibalne učinkovitosti otrok izvedbe EGV in značilnosti življenjskega sloga

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	1.000	-.097	-.193
<b>2</b>	-.097	1.000	.052
<b>3</b>	-.193	.052	1.000

Korelacije so neodvisne, največja korelacija je  $-0,193$ .

Kvazikanonična korelacija skupin vrednosti gibalne učinkovitosti (EGV) in določenih elementov »zdravega življenjskega sloga« družine daje nekaj naslednjih rezultatov: otroci iz družin, kjer ne prakticirajo pogosto hitre prehrane ter matere niso kadike, se bolj verjetno slabše in počasneje plazijo od njihovih vrstnikov v vzorcu. Nadalje otroci v družinah, kjer očetje ne kadijo, bolj verjetno slabše in počasneje plezajo. Kot zadnje pa se je pokazalo, da v družinah, kjer so očetje bolj neaktivni in kadijo, otroci bolj verjetno nižje skačejo ter bolj neskladno plezajo, se pa skladneje plazijo in hitreje tečejo.

*Sklep.* Kanonična analiza nam je pokazala, da so statistične značilnosti med tremi proučevanimi skupinami vrednosti in vrednostmi EGV precej nizke ali celo nične. Nadaljnja kvazikanonična korelacijska analiza nam je sicer podala nekaj statistično značilnih korelacij: povezavo med starostjo staršev in hitrostjo ter skladnostjo izvedbe določenih vzorcev EGV otrok; povezavo med dohodkom družine in učinkovitostjo v nekaterih EGV ter med bivalnimi pogoji (kraj bivanja in tip bivališča) in učinkovito izvedbo hoje otroka; ne nazadnje pa tudi povezavo med

določenimi rezultati v skladnosti EGV in določenimi elementi zdravega življenjskega sloga, ki se precej razlikujejo od pričakovanih. Ker sta omenjeni metodi, predvsem kvazikanonična korelacijska analiza, robustnejši oz. manj natančni, bomo v diskusiji v poglavju 5, natančneje pri interpretaciji rezultatov, to tudi upoštevali.

#### 4.1.3 Analiza razvrščanja družin po elementih »zdravih življenjskih slogov« v modelu ZŽSD

Pri razvrstitvi družine v model ZŽSD sem izhajala iz podatkov pridobljenih v vprašalniku za starše. Proučevani podatki so zajemali tako pozitivno naravnost v elementih praks zdravega življenjskega sloga družine (Gochman 2013), ki zajema priporočljivo stopnjo GŠA na tedenski ravni, zdrave prehranske prakse kot tudi njihovo nasprotje, ki ga beležimo v izogibanju tveganja z izvajanjem tveganih praks za zdravje (kajenje, čezmerno uživanje alkohola).

Razvrstitev v skupine<sup>51</sup> oz. v tipe življenjskih slogov sem opravila s pomočjo kvantilov in proučevane družine razdelila na štiri tipe oz. skupine življenjskih slogov glede na skupno število zbranih točk (največ doseženih je bilo 47, najmanj pa 27 točk), in sicer:

- skupina 1: »Najbolj« zdrav življenjski slog (od 45 do 60 točk),
- skupina 2: Zdrav življenjski slog (od 30 do 44 točk),
- skupina 3: Manj zdrav življenjski slog (od 15 do 29 točk),
- skupina 4: »Najmanj« zdrav življenjski slog (od 2 do 14 točk).

Zaradi depolarizacije in optimizacije idealnih tipov je bilo pričakovati, da se bo v prvo skupino z »najbolj« zdravim življenjskim slogom uvrstilo malo družin, le 12 (13,5 %), medtem ko se nobena družina ni uvrstila v zadnjo skupino 4 (ŽS SK4) z »nezdravim« življenjskim slogom. Ob tem je velika večina družin (82 %) uvrščena v skupino 2 (ŽS SK2), ki beleži »zdrav« življenjski slog. Le štiri družine (4,5 %) pa so se uvrstile v skupino 3 (ŽS SK3), tj. v skupino z »manj« zdravim življenjskim slogom. Proučevane družine po kriterijih modela ZŽSD v večini dosegajo zdrav in »najbolj« zdrav življenjski slog ter le peščica »manj« zdrav življenjski slog. To kaže, da proučevane družine v večini prakticirajo z zdravjem povezane družinske prakse in oblikujejo zdrav življenjski slog, kar je bilo zaznati že ob izpolnjevanju vodenih vprašalnikov in intervjujih s starši.

---

<sup>51</sup> Porazdelitev po skupinah se je izvedla skladno z določanjem kvantilov, in sicer so se postavili kvantili ( $Q_1 = P = 0,25$ ;  $Q_2 = P = 0,50$ ,  $Q_3 = P = 0,75$ ), s katerimi smo določili intervale vrednosti za nadaljnjo razvrstitev posamezne družine v skupine »zdravega življenjskega sloga«.

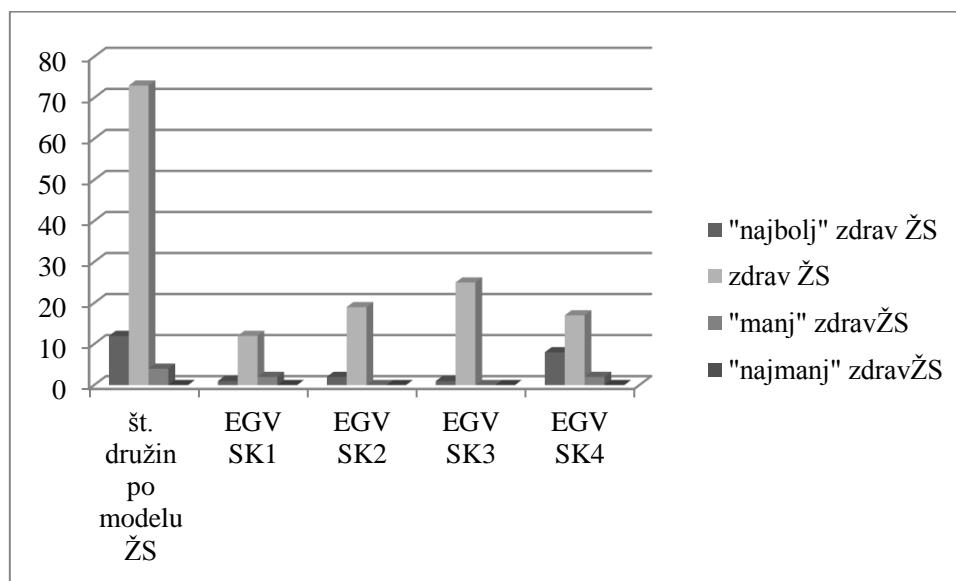
Po razvrstitvi družine v določeno skupino modela ZŽSD<sup>52</sup> se je nadalje ugotavljala morebitna povezanost življenjskega sloga družine z uvrstitvijo otroka v skupino glede na rezultate gibalne učinkovitosti (rezultatov izvedbe EGV; kriteriji so razloženi v poglavju 3.4.4).

Ugotavljali smo torej, koliko otrok z najboljšimi rezultati izvedbe EGV (najboljšo gibalno učinkovitostjo oz. telesnim kapitalom) izhaja iz družine, ki se uvršča v skupino z najvišje vrednotenim oz. najbolj zdravim življenjskim slogom in obratno.

Tabela 4.24: Razvrstitev otrok po gibalni učinkovitosti (EGVSK1, EGVSK2, EGVSK3 in EGVSK4) po skupinah življenjskega sloga v modelu ZŽSD

Skupina ZŽS	Št. družin po modelu ZŽSD	EGV SK1	EGV SK2	EGV SK3	EGV SK4
SK1 45–60 t	12	1	2	1	8
SK2 30–44 t	73	12	19	25	17
SK3 15–29 t	4	2	0	0	2
SK4 2–14 t	0	0	0	0	0
skupaj	89	15	21	26	27

Tabela 4.25: Razvrstitev otrok po učinkovitosti EGV (SK1, SK2, SK3, SK4) po skupinah modela ZŽSD



ZŽ – življenjski slog; EGVSK1 – skupina 1 – najbolj gibalno učinkoviti otroci; EGVSK2-DK3 – povprečno gibalno učinkoviti otroci; EGVSK4 – gibalno najmanj učinkoviti otroci.

Rezultati razvrstitve kažejo, da kar 13 otrok od 15 (87 %) iz skupine gibalno najbolj učinkovitih prihaja iz družin z zdravim življenjskim slogom (12 otrok) in »najbolj« zdravim življenjskim slogom (1 otrok). Dodatno pojasnitev smo nadalje iskali v precejšnjem deležu otrok, ki izhaja

<sup>52</sup> Tabela: Model vrednotenja elementov »zdravega življenjskega sloga družine« najdete v poglavju 3.4.4.

iz družin z »najbolj« zdravim življenjskim slogom, vendar se po rezultatih gibalne učinkovitosti uvrščajo v skupino z najnižjo gibalno učinkovitostjo (SK4). Teh otrok je 8 od 12 družin; kar pomeni, da otroci kar dveh tretjin družin z praksami »najbolj« zdravih življenjskih slogov dosegajo najnižjo gibalno učinkovitost v proučevani populaciji. Z namenom proučevanja vzrokov za slabši rezultat v gibalni učinkovitosti sem v nadaljnji kvalitativni analizi podrobneje analizirala strukturo družino in dispozicije za delovanje – habitus, ki opredeljujeta ključne pogoje za oblikovanje zdravega življenjskega sloga.

V četrto skupino, skupino družin z »najmanj zdravim« oz. »nezdravim« življenjskim slogom glede na proučevane prakse se po rezultatih gibalne učinkovitosti ne uvršča noben otrok, kar se je že nakazovalo iz polstrukturiranih intervjujev in vprašalnikov. S strani staršev je bilo že med intervjujem zaznati dobro ozaveščenost o družinskih praksah, ki zadevajo obnašanje v skladu z zdravstvenimi priporočili oz. je bila naklonjenost k oblikovanju »zdravega življenjskega sloga« izražena že z njihovim pristopom k raziskavi. Pri obravnavi podatkov se je treba tega tudi zavedati, saj so lahko odgovori staršev izražali manj objektivne podatke, prav zaradi znanja in želje po doseganju družbeno sprejetih norm, kaj je »zdravo«, kar je bilo slutiti pri navajanju podatkov v vprašalniku in nadalje v intervjuju, predvsem pri definiranju prehranskih praks družinskih članov in navajanju za zdravje tveganih praks.

Z namenom podrobnejšega pregleda v povezanost posameznih elementov »zdravega življenjskega sloga« družine smo najprej analizirali GŠA družinskih članov kot eno od determinant, ki ima kot navedeno pomembno vlogo pri zagotavljanju zdravja. Pri tem smo preverili razvrstitev otrok v skupine glede na gibalno učinkovitost v povezavi z doseženimi točkami iz vrednotenja količine GŠA družinskih članov, kjer je družina lahko dosegla od najmanj 2 do največ 25 točk. Nato smo enako obravnavali še druga dva elementa, in sicer prehranske prakse in za zdravje tvegane prakse glede na uvrščanje otrok v skupine po gibalni učinkovitosti.



#### 4.1.4 GŠA kot determinanta »zdravega življenjskega sloga«

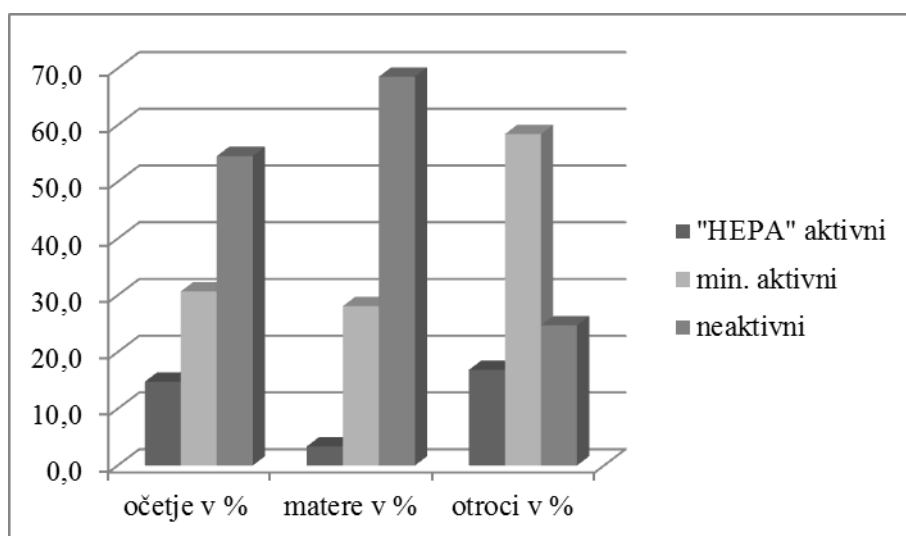
GŠA družine sem ovrednotila po postavljenih kriterijih<sup>53</sup>, in sicer v štiri skupine po zbranih točkah GŠA družine (največ 15 točk, 5 točk na posameznega družinskega člana) ter nadalje v štiri skupine (največ 10 točk), ki opredeljujejo GŠA družine med vikendi in počitnicami. Pred tem pa sem opravila tudi razvrstitev družinskih članov glede na doseganje ravni GŠA po kriterijih (C – neaktivni, B – minimalno aktivni in A – HEPA aktivni).

Tabela 4.26: Razvrstitev družinskih članov po doseženi ravni GŠA

	Oče	Mati	Otrok	f	% v vzorcu
HEPA aktivni	13	3	15	31	11,7
Min. aktivni	27	25	52	104	39,1
Neaktivni	48	61	22	131	49,2
Skupaj	88	89	89	266	100,0

Rezultati porazdelitve kažejo na precej slabo doseganje ravni GŠA, ki bi zagotavljala zdravje glede na aktualna zdravstvena priporočila, in sicer je le 11,7 % proučevanih družinskih članov HEPA aktivnih, nadalje pa jih 39,1 % dosega minimalno raven GŠA, kar skupaj pomeni, da le nekaj več kot polovico vseh proučevanih članov dosega vsaj priporočljivo minimalno raven GŠA. Medtem ko še vedno ostaja precej velik delež (49,2 %) tistih, ki priporočene ravni tedenske GŠA<sup>54</sup> ne dosegajo.

Slika 4.2: Porazdelitev družinskih članov v deležih glede na doseženo raven GŠA



<sup>53</sup> Kriteriji za vrednotenje stopnje GŠA družin (Korak 4, poglavje 5.4.1).

<sup>54</sup> Razdelitev po smernicah IPAQ – predstavljeno v poglavju 3.4.4.

Pri podrobnejšem pogledu doseganja ravni GŠA pri posameznem družinskem članu se opazi, da raven HEPA aktivnosti dosega le 16,9 % otrok, 14,8 % očetov in le 3 matere (3,4 %). Minimalno raven aktivnih dosega kar 58,4 % otrok ter približno tretjina očetov in mater. Tri četrtine (75,3 %) otrok dosega minimalno raven GŠA, s čimer se približamo ugotovitvam (Jurak in drugi 2015; Sember in drugi 2016). Pri tem lahko izpostavimo problem četrtine otrok, ki se uvršča v kategorijo neaktivnih in dveh tretjin mater, ki tudi ne dosega priporočljive tedenske GŠA.

Rezultati GŠA po družinskih članih znova potrjujejo dokazano povezanost GŠA staršev z GŠA otroka, predvsem se očetova GŠA kaže kot značilen prediktor otrokove aktivnosti (Taylor in drugi 2009; Moore in drugi 1991). Tudi v proučevanem vzorcu očetje dosega podoben delež HEPA aktivnih kot otroci, kljub temu pa še vedno ostaja polovica, ki so opredeljujejo kot neaktivni.

V nadaljnjo analizo smo vključili tudi GŠA družine med vikendi in počitnicami, kjer so družine glede na prevladujočo aktivnost izvajanja ocenjene z 0 do 10 točkami. Družine so bile na podlagi doseženih točk razvrščene v štiri skupine.

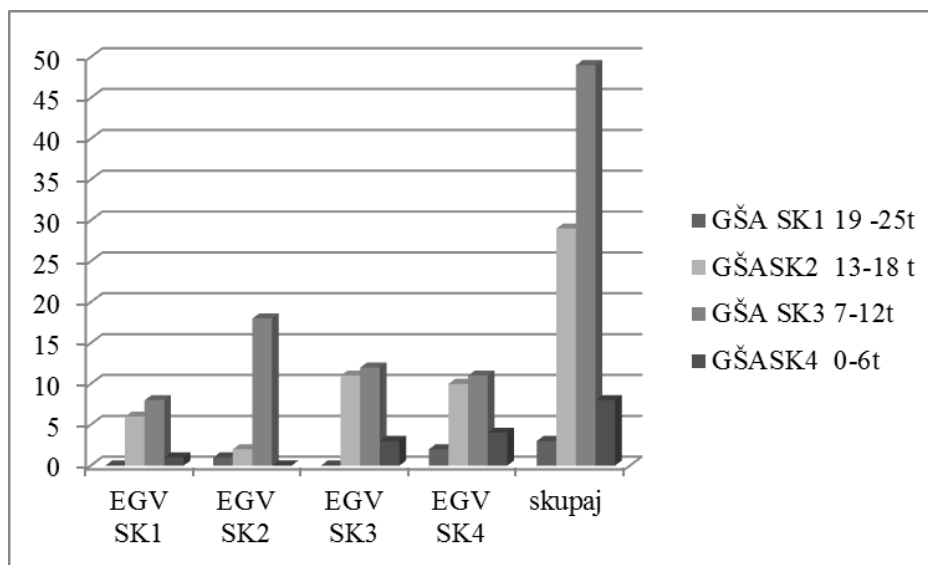
Tabela 4.27: Razvrstitev GŠA družine med počitnicami in vikendi po skupinah

Skupine GŠA poč. in vikendi	Točkovanje	%	f
SK1	8–10 t	29,2	26
SK2	6–7 t	42,7	38
SK3	3–5 t	28,1	25
SK4	0–2 t	0,0	0
Skupaj		100,0	89

Razvrstitev družin glede na ocenjeno GŠA med vikendi in počitnicami (največ 10 točk) kaže, da se je v skupino z največ točkami (SK1, od 8 do 10 točk) uvrstila slaba tretjina družin, nadaljnjih 40 % v SK2 (od 6 do 7 točk), četrtina v SK3 (od 3 do 5 točk), nobena družina pa se ni uvrstila v SK4, ki opredeljuje »neaktivno« preživljanje počitnic in vikendov. Lahko bi sklepali, da so počitnice in vikendi tisti čas, ko družina več časa nameni aktivnemu preživljanju prostega časa, ki ga izkoristijo glede na dane možnosti. V nadaljnji kvalitativni analizi sta bili kot pomembni spremenljivki izpostavljeni predvsem finančne možnosti družine (predvsem pri zimskih počitnicah) in delo staršev med vikendi ali sezonsko delo.

Nazadnje smo še ugotavljali, ali lahko govorimo o povezanosti med GŠA družine in gibalno učinkovitostjo otroka kot telesnega kapitala. Tako smo na podlagi razvrstitve otrok po gibalni učinkovitosti iskali povezanost s skupno oceno stopnje GŠA družine (največ 25 točk), ki zajema tako količino GŠA družinskih članov kot tudi raven aktivnega preživljanja vikendov in počitnic družine.

Slika 4.3: Razvrstitev otrok po gibalni učinkovitosti (EGV) in doseženi ravni GŠA družine



Zanimivo je, da v skupini gibalno najučinkovitejših otrok (EGVSK1) ni otroka, ki bi prihajal iz družine z največjo ravni GŠA (GŠA SK1) kot tudi ne otroka, ki bi prihajal iz družine z najnižjo GŠA. Družine gibalno najučinkovitejši otrok dosegajo med 13 in 18 točk (40 %), dobra polovica pa med 7 in 12 točk, kar pomeni srednjo raven GŠA. Tak rezultat bi si lahko razlagali zaradi velikega deleža neaktivnih mater in nekaj manjšega deleža neaktivnih očetov. Nadalje se večina otrok iz družin, ki se uvrščajo v tretjo skupino z nekaj nižjo GŠA (GŠA SK3), uvršča tudi v drugo in tretjo skupino (SK2-3) po učinkovitosti EGV, kar lahko sklenemo, da povprečna raven GŠA daje tudi povprečne rezultate gibalne učinkovitosti otroka. Zanimive rezultate smo dobili pri skupini najmanj gibalno učinkovitih otrocih (EGV SK4), ki pa v dveh primerih prihajajo iz družin z najvišjo ravni GŠA (od 19 do 25 točk) ter iz skoraj četrtine družin, ki dosegajo povprečno raven GŠA. V štirih primerih bi lahko potrdili, da družine otrok z najnižjo gibalno učinkovitostjo beležijo tudi najnižjo raven GŠA. Sicer smo pričakovali, da bo teh družin več, vendar glede na to, da le 8 družin dosega najnižjo raven GŠA, rezultat predstavlja polovico družin oz. le 4,5 % skupnega vzorca proučevanih družin.

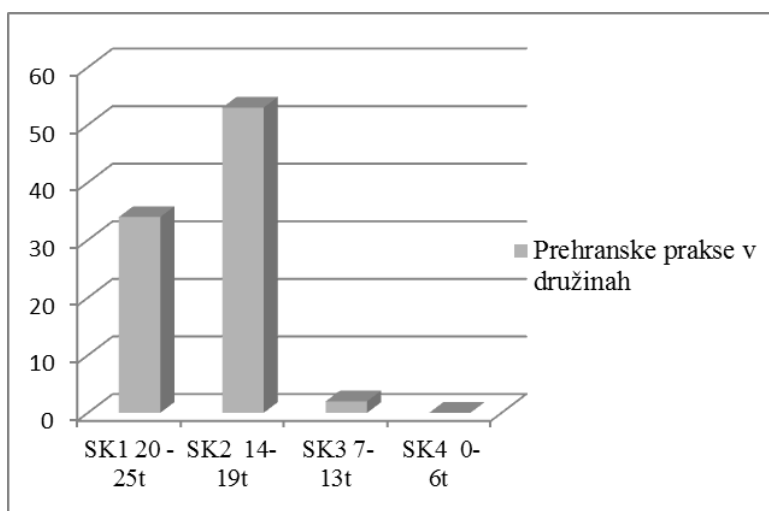
*Sklep.* GŠA kot determinanta »zdravega življenjskega sloga« družine se je v našem primeru izkazala kot pomemben dejavnik za oblikovanje otrokove gibalne učinkovitosti, ne pa tudi kot

edini. Navedeni rezultati kažejo na določeno povezanost med količino GŠA družine in gibalno učinkovitostjo otroka, saj beležimo primere, ko gibalno najučinkovitejši otroci prihajajo predvsem iz družin, ki beleži povprečno stopnjo GŠA družine. V našem primeru se bolj potrjuje negativna povezanost gibalno najmanj učinkovitih otrok, ki prihajajo iz družin z najnižjo GŠA. Čeprav teh ni veliko, bi vsekakor morali biti deležni dodatne pozornosti. Seveda bomo razloge za naveden rezultat iskali tudi v kvalitativni analizi polstrukturiranih intervjujev in deskriptivni analizi družine glede na otrokovo gibalno učinkovitost.

#### 4.1.5 Prehranske prakse družine v modelu ZŽSD

Druga determinanta življenjskega sloga v modelu vrednotenja elementov (determinant) zdravega življenjskega sloga so prehranske prakse družine, kjer smo sledili priporočilom in smernicam zdravega prehranjevanja (glej Kriterije za vrednotenje prehranskih praks družine v poglavju 3.4.4). Najprej nas je zanimala razvrstitev družin po prehranskih praksah glede na dosežene točke. Določili smo štiri skupine (Preh SK1 od 20 do 25 točk, Preh SK2 od 14 do 19 točk, Preh SK3 od 7 do 13 točk in Preh SK4 od 0 do 6 točk).

Slika 4.4: Razvrstitev družin po skupinah prehranskih praks

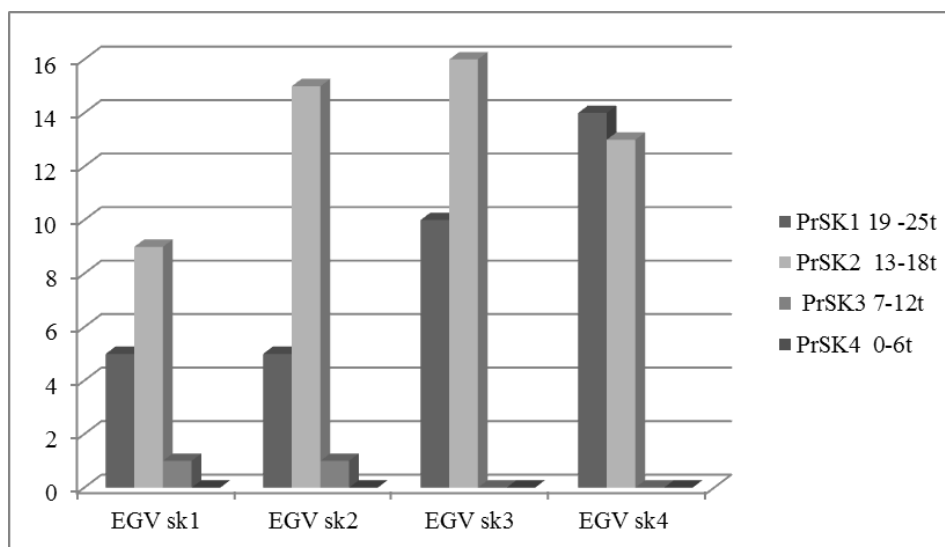


Rezultati kažejo, da se kar 40 % družin uvršča v skupino z »najbolj zdravim« prehranjevanjem (skupina Preh SK1 od 20 do 25 točk) ter preostalih 59,6 % v skupino s precej zdravimi prehranskimi praksami (Preh SK2). Le dve družini sta se uvrstili v skupino, ki prakticira »manj zdrave« prehranske prakse (Preh SK3), nobena pa v skupino »najmanj zdravih« prehranskih navad (Preh SK4). Rezultat je bil pričakovan, saj je bilo stanje razvidno že iz odgovorov vodenih anketnih vprašalnikov in intervjujev s starši. Zaznati je bilo, da so bili starši dobro ozaveščeni o tem, katere prehranske prakse se definirajo kot »zdrave«. To je bilo predvsem razvidno v odgovorih, ki so kazali manjšo pogostost konzumiranja izdelkov hitre prehrane ter

zaužitja sladkih in gaziranih pijač, kjer so npr. »pico« omenjali redko, vodo pa kot najpogostejšo pijačo otrok in tudi staršev. Predvideva se, da so bili odgovori v določeni meri odraz zelenega, predvsem, da se otroku zagotovi zdrava prehrana.

Zanimalo nas je tudi, ali gibalno bolj učinkoviti otroci prihajajo iz družin, ki prakticirajo tudi bolj zdravo prehrano. S tem namenom sem otroke razvrstila glede na gibalno učinkovitost in skupino prakticiranja zdravih prehranskih praks družine.

Slika 4.5: Razvrstitev skupin otrok po gibalni učinkovitosti glede na prehranske prakse družine v modelu ZŽSD



Pri nadaljnji razvrstitvi otrok po učinkovitosti EGV v skupine prehranskih praks so se pokazale naslednje značilnosti: tretjina otrok iz skupine gibalno najučinkovitejših otrok (EGV SK1) se je uvrstila v skupino z »najbolj« zdravimi prehranskimi praksami ter slabi dve tretjini otrok v skupino »zdravih« prehranskih praks, le en pa v skupino »manj« zdravih prehranskih praks (Preh SK3). Podobna razvrstitev je sledila tudi v skupinah s povprečno gibalno učinkovitostjo (EGV SK2-3) in najnižjo gibalno učinkovitostjo (EGV SK4). Naj omenimo, da v vseh skupinah otrok ni bilo nikogar, ki bi se uvrstil v skupino z »nezdravimi« prehranskimi praksami (Preh SK4).

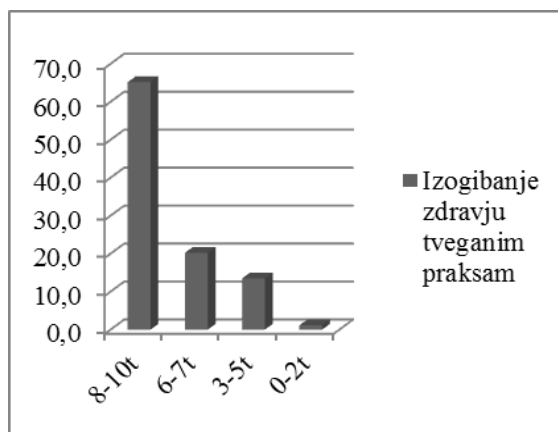
Sklepamo lahko, da prehranske prakse družine kot prakse »zdravega življenjskega sloga« ob zanemarjanju drugih značilnosti družine (npr. antropometričnih značilnosti otrok in staršev: ITM; % maščobne mase) v našem primeru niso pokazale razlik med razporeditvijo otrok po skupinah glede na gibalno učinkovitost. Za večjo objektivnost podatkov o prehranskih praksah bi bilo treba pridobiti podrobnejše podatke, in sicer s prehranskimi dnevniki. Na splošno pa je zaznati visoko stopnjo ozaveščenosti staršev o smernicah zdrave prehrane, kar se je pokazalo

tudi v prehranskih režimih družin, saj so večinoma vsi, razen izjeme, sodili v prvi dve skupini z »zdravimi« in »precej zdravimi« prehranskimi praksami.

#### 4.1.6 Tvegane prakse za zdravje v modelu ZŽSD

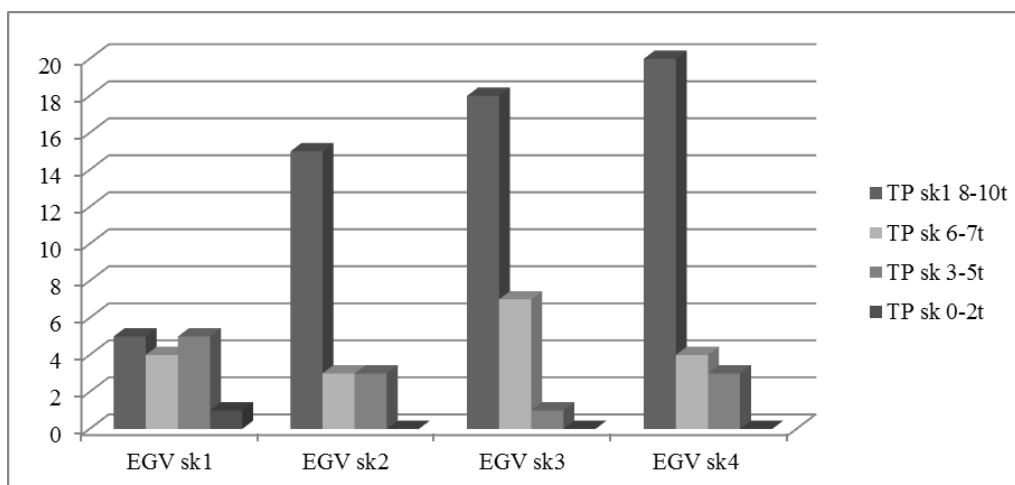
Tvegane prakse za zdravje smo glede na razpoložljive podatke iz vprašalnikov družin ovrednotili le na podlagi navade kajenja staršev in uživanja pijač družinskih članov po količini in sestavi, ki so odsvetovane glede na priporočila in smernice (Gabrijelčič Blenkuš in drugi 2005). Podrobnejši kriteriji so razloženi v podpoglavju 3.4.4, pri čemer več točk pomeni manjšo prisotnost tveganih praks v družini oz. bolj zdrav življenjski slog družine.

Slika 4.6: Razvrstitev družin in prakticiranje zdravju tveganih praks



Razvrstitev družin po skupinah kaže, da se podobno kot pri prehranskih praksah tudi pri zajemu za zdravje tveganih praks večina družin (slabi dve tretjini) uvršča v skupino z najmanj tveganim vedenjem za zdravje (TP SK1) ter petina v drugo skupino (TP SK2), kjer vsaj delno ne prakticirajo za zdravje tveganih navad. To bi lahko pomenilo, da v večini družin, uvrščenih v prvi dve skupini, vsaj eden od staršev ne kadi oz. v družini ne uživajo gaziranih in sladkih pijač, alkohola ter kofeina v prekomernih količinah. Nadalje se slaba sedmina družin uvršča v skupino TP SK3, ki prakticira več tveganih praks, ena družina pa se celo uvršča med TP SK4, kjer tvegane prakse prevladujejo. Z naslednjim korakom smo ugotavljali, ali za zdravje tvegane prakse družine kot prakse življenjskega sloga vplivajo na otrokovo gibalno učinkovitost.

Slika 4.7: Razvrstitev otrok po gibalni učinkovitosti glede na prakticiranje zdravju tveganih praks družine



Podobno kot pri razvrstitvi otrok po gibalni učinkovitosti in prehranskih praksah družin se tudi pri prakticiranju zdravju tveganih praks tretjina družin otrok iz skupine gibalno najbolj učinkovitih otrok EGV SK1 uvršča v prvo skupino družin z najmanj tveganimi praksami oz. v tej skupini beležimo enakomerno prisotnost vseh skupin tveganih praks. Zanimivo je tudi, da otrok iz skupine najbolj učinkovitih izhaja iz družine, ki se je kot edina uvrstila v skupino družin s praksami največjega tveganja za zdravje.<sup>55</sup> Preostale skupine otrok po gibalni učinkovitosti izhajajo večinoma iz družin, ki ne izvajajo tveganih praks za zdravje (TP SK1), oz. iz družin z »manj tveganimi praksami (TP SK2). Navedeni rezultati kažejo na to, da otrokova gibalna učinkovitost v našem primeru ni neposredno povezana s prakticiranjem za zdravje tveganih praks, kar je bilo nakazano tudi v kvazikanonični analizi različnih skupin spremenljivk (poglavje 4.1.2).

Uvrščanje otrok po gibalni učinkovitosti EGV kaže, da družine v večini prakticirajo z zdravjem povezane življenjske prakse, ki nimajo vpliva na gibalno učinkovitost otroka. Subjektivno poročanje podatkov tako o GŠA kot prehranskih praksah ter pri prakticiranju za zdravje tveganih navad lahko nosi manjšo objektivnost poročanja, predvsem zaradi družbene stigmatizacije tveganih praks (kajenje in konzumiranje alkohola), kar se je občasno posredno zaznalo tudi iz intervjujev s starši.

<sup>55</sup> V tem primeru starša redno kadita; v družini pa je pri vseh članih opazno konzumiranje manj primernih (sladkih in gaziranih) pijač.

*Sklep.* Predstavljeni rezultati nakazujejo, da gibalno najučinkovitejši otroci (SK1) prihajajo iz družin, ki pogosteje prakticirajo elemente »zdravega življenjskega sloga«. Dodatna, podrobnejša analiza družinskih praks glede razvrstitve v skupine je sicer pokazala, da pri posameznih povezanostih med gibalno učinkovitostjo otroka in prakticiranjem priporočenih vrednosti tako GŠA kot prehranskih praks in zdravju tveganih praks v določeni meri razlikujejo življenjski slog družine.

#### 4.1.7 *Analiza uporabnosti modela ZŽSD*

Podatki razvrstitve družin (frekvenčna razdelitev) po determinantah zdravega življenjskega sloga niso pokazali neposredne povezave med življenjskim slogom družin in gibalno učinkovitostjo otrok, zato smo izvedli še statistično analizo uporabnosti modela zdravega življenjskega sloga.

Pri analizi uporabnosti modela ZŽSD smo najprej obravnavali tiste otroke, ki so v celoti opravili meritve cele baterije testov v prvem letu 2009. Tako smo dobili dve skupini otrok; v prvi 38 otrok z nadpovprečno gibalno učinkovitostjo (z-vrednost) in drugi 25 otrok, ki so dosegli podpovprečen rezultat gibalne učinkovitosti ( $n = 63$ ). Na podlagi vrednosti modela vrednotenja elementov zdravega življenjskega sloga družine (povprečna vrednost 37,8 točke; najmanj 27 in največ 49 točk od možnih 60 točk) ob opravljenem T-testu neodvisnih vzorcev ugotavljamo, da model »zdravega življenjskega sloga« družine ne razlikuje življenjskih slogov družin (po točkah) med podpovprečno (povprečna vrednost  $\pm$  standardni odklon;  $0,20 \pm 0,42$ ) in nadpovprečno ( $0,50 \pm 0,46$ ) gibalno učinkovitimi otroki ( $\text{sig} < 0,05$ ;  $t = -582$ ), zato model kot tak v našem primeru ni uporaben. Pri tem se lahko opiramo le na frekvenčno porazdelitev družin po skupinah glede na točkovanje proučevanih elementov »zdravega življenjskega sloga« in morebitno povezavo z gibalno učinkovitostjo otrok.

V nadaljnji analizi bomo morali povezavo med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami v luči doktrine »zdravega življenjskega sloga« iskati v širšem kontekstu »zdravega življenjskega sloga družine«. Zato se bomo osredotočili na paradigmo zdravega življenjskega sloga družine (poglavje 2.3), ki vključuje strukturne in druge spremenljivke, ki vplivajo na oblikovanje »zdravega življenjskega sloga«.



## 4.2 Kvalitativna (sociološka) analiza življenjskega sloga družin

Dosedanje analize oblikovanja »zdravega življenjskega sloga« družine v povezavi z gibalno učinkovitostjo otrok (učinkovito izvedbo EGV) kot telesnega kapitala so nakazale določene povezave in podale nekaj zanimivih podatkov. Pri odgovoru na izhodiščno vprašanje, ki se nanaša na ugotavljanje vpliva GŠA družine v kontekstu »zdravega življenjskega sloga« družine na formacijo otrokovega telesnega kapitala, smo v nadaljnji kvalitativni analizi proučevali širši kontekst oblikovanja »zdravega življenjskega sloga družine«. Pri tem smo se naslonili na paradigmo »zdravega življenjskega sloga družine«, ob kateri smo izhajali iz karakteristik družin (strukturnih spremenljivk), ki so značilne za posamezno skupino otrok glede na njihove dosežke na meritvah oz. njihove gibalne učinkovitosti.

Z namenom jasnejšega vpogleda na vpliv GŠA kot determinante »zdravega življenjskega sloga« smo analizirali razlike med družinami gibalno najučinkovitejših otrok na eni in družinami otrok iz najmanj gibalno učinkovite skupine na drugi strani. Za ugotovitev morebitnih razlik med dvema skrajnima skupinama smo v kvalitativno analizo zajeli tudi skupini otrok s povprečno gibalno učinkovitostjo oz. povprečnim telesnim kapitalom (skupini 2 in 3). Pri tem sem pri vsaki skupini iskala stične točke v spremenljivkah, ki vplivajo na oblikovanje življenjskega sloga družine, predvsem z vidika izvajanja družinskih praks, ki glede na trenutno medicinsko doktrino oblikujejo zdrav življenjski slog. Podrobnejši vpogled v vsebino nam je omogočila kvalitativna analiza polstrukturiranih intervjujev in podatkov iz vprašalnika.

V kvalitativno analizo je bilo zajetih skupaj 52 polstrukturiranih intervjujev, ki so bili razdeljeni v štiri skupine glede na razvrstitev otroka po gibalni učinkovitosti:

- 10 polstrukturiranih intervjujev mater (7 dečkov) iz gibalno najučinkovitejše skupine otrok (SK1);
- 16 polstrukturiranih intervjujev mater in enega očeta (7 dečkov) iz gibalno najmanj učinkovite skupine (SK4);
- ter nadaljnjo obravnavo družin otrok s povprečnimi rezultati gibalne učinkovitosti (SK2, SK3), kjer smo obravnavali še 26 intervjujev mater (11 dečkov).

#### 4.2.1 Analiza polstrukturiranih intervjujev

V analizo je bilo od 60 izvedenih intervjujev zajetih 52 intervjujev tistih otrok, ki so bili udeleženi tudi v meritvah baterije testov EGV. Povprečna dolžina intervjuja brez skupnega izpolnjevanja vprašalnika je trajala 18,34 minute. Ob upoštevanju, da je razgovor s starši ob uvodnih informacijah o projektu, sami raziskavi in poteku intervjuja pa tudi nadaljnjem vodenem izpolnjevanju anketnega vprašalnika trajal med 45 in 75 minutami.

Izvedenim intervjujem, ki sem jih s privoljenjem intervjuvanca posnela, je sledila transkripcija zvočnega zapisa, ki sem jo opravila sama. Pri transkripciji sem sledila načelom pisanja besedila v knjižnem pogovornem jeziku. Določene slengovske izraze sem ohranila le, če so se nanašali na temo razgovora. Za ohranjanje anonimnosti intervjuvanih staršev sem v transkripciji navajala le spol intervjuvanke ali intervjuvanca (mami oz. oče), spol otroka (deklica/deček) ter izobrazbo in starost staršev. Nadaljnja analiza besedila je izhajala iz pomena vsebine, kjer sem se osredotočila predvsem na pomene<sup>56</sup> ter iskala skupne značilnosti in razlike med proučevanimi skupinami družin, ki so bile nadalje sumirane in interpretirane v 5. poglavju -. *Diskusija.*

#### 4.2.2 Deskriptivna analiza družin glede na otrokovo gibalno učinkovitost

Pred analizo polstrukturiranih intervjujev smo opravili še deskriptivno analizo značilnosti obeh proučevanih skupin; skupine gibalno najučinkovitejših otrok iz skupine 1 (EGV SK1) in skupine najmanj učinkovitih otrok iz skupine 4 (EGV SK4). Z namenom preverjanja možnih omejitev, ki bi jih v analizo lahko prinesle značilnosti skupin otrok s povprečno gibalno učinkovitostjo (EGV SK2, EGV SK3), smo primerjali omenjeni skupini z značilnostmi otrok in družine z gibalno najbolj (EGV SK1) oz. najmanj učinkovito skupino.

Analiza srednjih vrednosti in frekvenčne porazdelitve posameznih spremenljivk znotraj skupin je bila opravljena z deskriptivno metodo, testom One-way ANOVA ter dodatnim *post hoc* testom za vse štiri skupine posebej.

---

<sup>56</sup> Analiza pomena je podrobneje opisana v poglavju: *Korak 7 Kvalitativno raziskovanje: polstrukturiran intervju* (3.4.7).

Tabela 4.28: Deskriptivna statistika značilnosti otrok in staršev

Značilnosti otroka	Skupina 1 (n = 15)		Skupina 4 (n = 20)		Skupini 2 in 3 (n = 26)	
	Enota/%	n	Enota/%	n	Enota/%	n
Spol otroka: dečki	60	9	35	7	48,9	22
deklince	40	6	65	13	51,1	23
ITM otroka	16,4 (±1,0)		15,9 (±1,0)		15,64 (±1,0)	
Položaj otroka v družini						
edinec/-ka	40,0	6	50,0	10	26,7	12
ima starejšega sorojenca	26,7	4	35,0	7	28,9	13
ima mlajšega sorojenca	33,3	5	5,0	1	26,7	12
ima starejšega in mlajšega sorojenca	0,00	0	10,0	2	17,8	8
Vključenost otroka v organizirano vadbo						
ni vključen	46,7	7	40,0	8	42,2	19
da, je vključen	40,0	6	50,0	10	51,1	23
občasno obiskuje tečaje	13,3	2	10,0	2	6,7	3
<b>Značilnosti staršev</b>						
povprečna starost očeta	33,8 (±4,6)		37,5 (±4,6)		37,6 (±4,2)	
povprečna starost matere	32,2 (±3,9)		35,7 (±3,7)		34,6 (±5,1)	
izobrazba očeta	2,9* <sup>57</sup> (±1,0)		3,9* (±1,8)		3,35* (±1,8)	
izobrazba matere	2,9* (±1,2)		3,7* (±1,6)		3,73* (±1,9)	
ITM očeta (povprečje)	26,3 (±2,5)		25,0 (±2,6)		26,9 (±5,4)	
ITM matere (povprečje)	22,1 (±4,3)		24,5 (±3,5)		23,4 (±3,54)	
<u>Delovna aktivnost očeta</u>						
polno zaposlen	93,0	14	80,0	16	70,5	31
zaposlen za krajši delovni čas	0	0	0	0	0	0
brezposeln	6,7	1	10,0	2	27	12
samozaposlen	0	0	10,0	2	6,7	1

<sup>57</sup> \*Povprečna vrednost v besedilu je predstavljena kot frekvenčna razdelitev izobrazbe po stopnjah izobrazbe.

	Skupina 1 (n = 15)		Skupina 4 (n = 20)		Skupini 2 in 3 (n = 26)	
	Enota/%	n	Enota/%	n	Enota/%	n
<u>Delovna aktivnost matere</u>						
polno zaposlena	86,6	13	65,0	13	77,8	35
skrajšan DČ (nad 4 ure)	0,0	0	10,0	2	13,3	6
skrajšan DČ (pod 4 ure)	6,7	1	5,0	1	0	0
brezposelna	0,0	0	15,0	3	2,2	1
samozaposlena	6,7	1	5,0	1	6,7	3
<u>Kajenje oče</u>						
ne kadi	33,3	5	80,0	16	61,9	26
kadi	60,0	9	20,0	4	31,0	13
občasno	6,7	1	0,0	0	7,1	3
<u>Kajenje mati</u>						
ne kadi	60,0	9	75,0	15	86,7	29
kadi	33,0	5	10,0	2	4,4	2
občasno	6,7	1	15,0	3	8,9	4
<u>Značilnosti družine</u>						
<u>Razred družin</u>						
delavski	6,7	1	5,0	1	7,3	3
srednji	46,7	7	75,0	15	87,8	36
višji srednji	46,7	7	15,0	3	4,9	2
zgornji razred	0,0	0	5,0	1	0	0
<u>Mesečni dohodek na dr. člana:</u>						
pod 300 evri	6,7	1	5,0	1	2,3	1
od 301 do 500 evrov	6,7	1	25,0	5	23,3	10
od 501 do 800 evrov	66,7	10	30,0	6	39,5	17
od 801 do 1.100 evrov	6,7	1	10,0	2	25,6	11
od 1.101 do 1.500 evrov	13,3	2	20,0	4	9,3	4
od 1.501 do 1.800 evrov	0,0	0	10,0	2	0	0
1.801 evro in več	0,0	0	0,0	0	0	0
<u>Bivalni pogoji družine</u>						
<u>Bivalno okolje</u>						
podeželje	26,6	4	15,0	3	26,7	12
primestje	40,0	6	15,0	3	31,1	14
mesto	33,3	5	70,0	14	42,2	19
<u>Prebivališče</u>						
v individualni hiši	40,0	6	27,3	3	53,3	24
v dvo- ali večstanovanjski hiši	26,7	4	9,1	1	22,2	10
v bloku	33,3	5	54,6	6	24,4	11

Rezultati analize testa One-way ANOVA in dodatnega *post hoc* testa, s katerima so se ugotavljale razlike med značilnostmi družin glede na uvrstitve v skupino SK1, SK4 ter SK2 in SK3 (obravnavani kot ena skupina (2-3)), so pokazali, da je poleg z-vrednosti, ki štejejo za kriterij uvrstitve v skupine, starost očeta edina spremenljivka, ki se značilno razlikuje med skupinami.

Na podlagi Tabele 4.28 značilnosti proučevanih skupin in testa razlik med skupinami lahko izpostavimo nekaj značilnosti proučevanih družin glede na razdelitev po gibalni učinkovitosti otrok (izvedbe EGV), izhajajoč iz deskriptivne analize.

#### *Značilnosti otrok med skupinami glede na gibalno učinkovitost*

Med skupinama družin gibalno najbolj in najmanj učinkovitih družin je opaziti razliko po spolu otroka, saj je v skupni z največjim telesnim kapitalom (SK1, 60 % dečkov) zastopanost dečkov večja kot v najmanj učinkoviti skupini (SK4, 43 % dečkov), medtem ko je v skupini otrok s povprečnim telesnim kapitalom (SK2 in SK3, 49 % dečkov) spolno uravnotežena. Pri tem se povprečne vrednosti indeksa telesne mase (ITM) otrok iz SK1 in SK4 kot tudi med SK2-3 ne razlikujejo ( $p = 0,202$ ).

*Razlike in podobnosti med otroki.* Pri obravnavi položaja otrok v družini lahko opazimo nekaj razlik med skupinami. Med otroki SK1 je značilno, da so v 40 % edinci/-ke oz. nadaljnja tretjina prvorojenih (skupaj 73,7 %), medtem ko je v SK4 otrok edincev oz. z mlajšimi brati ali sestrami manj (55 %), obstaja pa večji odstotek drugorojenih (35 %) oz. rojenih v družini z več otroki (10 %). V SK2 in SK3 pa je položaj otrok v družini precej enakomerno porazdeljen, saj je precej manj otrok edincev (le 26,7 %), medtem ko ima položaj najstarejšega otroka precej večji delež kot SK4 in podoben delež kot SK1; največji delež jih prihaja iz družine z več otroki. Zanimivo je, da v SK1 ni nikogar iz družine z več otroki. Omenjeno bi lahko navezali na morebitni vpliv večje starševske pozornosti, ki so jo ob fenomenu »intenzivnega starševstva« deležni otroci edinci ali prvorojenci. Z vidika spola, kjer v SK1 prevladujejo dečki, pa bi lahko razlike v spolu iskali tudi v družbeni vlogi športa v družbi, kjer se za gibalno/športno aktivnost bolj spodbuja dečke, ki so tudi deležni več aktivne igre z očetmi, kar so potrdile tudi naše ugotovitve.

Pri nadaljnji analizi posameznih značilnosti lahko ugotovimo, da kriterij vključenosti otroka v organizirano vadbo ne odraža razlik med skupinami otrok, saj je v povprečju nekaj več kot polovico, tj. 53,3 %, iz SK1, 60 % iz SK4 in 58 % iz SK2-3 vključenih v organizirano vadbo redno ali vsaj občasno obiskujejo tečaje.

#### *Značilnosti staršev glede na otrokovo gibalno učinkovitost*

Tudi pri starših smo iskali značilnosti glede na uvrstitev otroka v skupino po gibalni učinkovitosti. Ugotovili smo, da so starši, tako očetje kot matere, iz SK1 mlajši (očetje SK1 33,8 ( $\pm 4,6$  leta); matere 32,2 ( $\pm 3,9$  leta)) v primerjavi z očetmi in materami iz SK4 (očetje 37,5 ( $\pm 4,6$  leta) in matere 35,7 ( $\pm 3,7$  leta)) in SK2-3 (očetje 37,6 ( $\pm 4,2$  leta) in matere 34,6 ( $\pm 5,1$ )).

Kot navedeno, statistične značilne razlike med skupinami obstajajo le v starosti očeta, ki je pokazala, da so očetje iz skupine SK1 mlajši kot v SK4 in SK2-3.

Indeks telesne mase pri starših se minimalno razlikuje, edino matere iz SK1 imajo ITM nižji 22,1 ( $\pm 4,3$ ) od mater otrok SK4 (24,5 ( $\pm 3,5$ )) in SK2-3 ( $\pm 3,6$ ). Ob tem ne beležimo statistično značilnih razlik. Poleg tega tudi zaradi subjektivne ocene telesne mase staršev indeks telesne mase staršev v našem primeru ne moremo opredeliti kot kazalnika razlik med starši iz SK1 in SK4, saj bi morali za podrobnejšo analizo povezanosti izvesti dodatne in natančnejše antropometrične meritve telesnih mer obeh staršev.

V izobrazbi se starši med skupinami ne razlikujejo statistično značilno, edine razlike najdemo predvsem v doseganju višje izobrazbe. Tretjino očetov in mater dosega visokošolsko in univerzitetno izobrazbo, ki je značilna bolj za SK4, še vedno pa v vseh skupinah prevladuje srednješolska strokovna in poklicna izobrazba. Ne glede na višjo raven izobrazbe v SK1 je zanimivo, da starši posledično ne uvrščajo družine v višji razred, saj jih kar 75 % svojo družino uvršča v srednji razred in le 15 % v višji srednji razred, medtem ko je razmerje v najbolj učinkoviti skupini bolj enakovredno (46 % v srednji razred in enak odstotek v višji srednji razred). Večina staršev skupine SK2-3 se uvršča v srednji razred (88 %), medtem ko se jih v višji srednji razred uvršča manj kot 5 %. Podobno je tudi pri poročanju o dohodku družine na družinskega člana. V SK1 večina družin (66,7 %) dosega srednjo vrednost, tj. med 501 in 800 evri na družinskega člana mesečno, medtem ko je v SK4 in tudi v SK2-3 porazdelitev precej enakomerna ter obstaja skoraj tretjina družin z manj kot 500 evri na člana. Pri SK4 beležimo visok delež (30 %) družin, ki poroča o dohodku med 801 in 1.500 evri, ter tudi 10-odstotni delež tistih, ki dosega od 1.100 do 1.500 evrov na člana družine mesečno.

Glede na socialno-ekonomski status ugotavljamo določene razlike, ki se izkazujejo predvsem pri subjektivnem poročanju uvrščanja v družbeni razred družine, kot tudi subjektivno poročanega dohodka na družinskega člana. Nakazane so določene značilnosti razreda z višjim ekonomskim statusom, vendar bomo za konkretnejše sklepe analizirali še druge dejavnike. Morda bi na tem mestu lahko povezovali delež (30 %) tistih iz skupine SK4, ki izkazujejo nižji dohodek (manj kot 500 evrov na člana), z deležem tistih staršev (15 %), ki so v vprašalniku poročali, da je za neizvajanje GŠA v družini največkrat ovira prav pomanjkanje finančnih sredstev. Glede na povezanost dohodka družine z delovno aktivnostjo smo pri primerjavi delovne aktivnosti staršev med skupinami ugotovili, da pri očetih v SK1 in SK2 ni statistično značilnih razlik, se pa opazi polno zaposlenost očetov (očetje v SK1 93 % in očetje v SK4 80 %), medtem ko je v SK2-3 polna zaposlenost očetov le 70-odstotna, opazen pa je tudi precej

velik odstotek brezposelnih (27 %). V SK1 je le en oče brezposeln, v SK4 dva, prav tako sta dva samozaposlena, s čimer je povezano tudi to, da sta bolj odsotna, medtem ko samozaposlitve v SK1 ne beležimo. Pri delovni aktivnosti mater je v SK4 delež mater, ki so polno zaposlene (65 %), v primerjavi s skupino SK1 (86 %) precej manjši, pogosteje so tudi zaposlene za krajši delovni čas (kar v 15 %), 3 so tudi brezposelne, medtem ko v SK1 ne beležimo nezaposlenih mater. Skupina SK2-3 beleži 78-odstotno zaposlenost mater, le ena je nezaposlena, tri (7 %) pa so samozaposlene. Večji delež nezaposlenih staršev iz SK4 (15 %) lahko povežemo tudi z večjim deležem družin, katerih dohodek na družinskega člana ne presega 500 evrov (25 %), kar kaže na slabši ekonomski status družin in s tem manj virov za aktivnejše preživljanje prostega časa.

Pri analizi razlik za zdravje tveganih dnevnih praks smo podrobneje proučevali navado kajenja staršev, kjer smo ugotovili, da očetje SK1 pogosteje redno kadijo (60 %), medtem ko matere le v 20 %. Starši v SK4 kadijo precej manj; redno jih kadi le tretjina očetov in desetina mater, slaba petina staršev pa kadi občasno. Podatki za SK2-3 kažejo na manjši delež kadilk pri materah (4 %), medtem ko tudi tu kadi tretjina očetov. Deskriptivni podatki potrjujejo rezultate iz kvazikanonične analize, kjer se je glede na povezavo med gibalno učinkovitostjo in kajenjem očeta pokazalo, da kajenje očeta ne vpliva na gibalno učinkovitost otroka, saj so bili otroci nekadilcev v določenih izvedbah EGV slabši in počasnejši od otrok, katerih očetje kadijo.

Okoljske dejavnike navajamo kot pomembne dejavnike količine gibalne/športne aktivnosti (Sallis in drugi 2000; Hayley in drugi 2017), zato smo raziskali tudi bivalno okolje proučevanih družin. Odkrili smo nekaj pomembnih razlik. V mestu živi le tretjina otrok SK1 in kar 70 % iz SK4. Večina otrok iz SK1 torej živi v primestju (40 %) in na podeželju (21,7 %). Nadalje kar dve tretjini družin iz SK1 živita v enodružinski ali večstanovanjski hiši (dvodružinski hiši), medtem ko več kot polovico družin otrok iz SK4 prebiva v blokovskih stanovanjih. Podatki za SK2-3 kažejo, da tudi več kot polovica družin živi v primestju ali na podeželju, še vedno pa jih 42 % živi v mestu, od tega le 24 % v bloku.

Posledično lahko ugotovimo tudi, da obstajajo razlike med SK1 in SK4 tudi v prostoru, kjer otrok najpogosteje preživlja prosti čas.<sup>58</sup> Izkazalo se je, da otroci iz SK1 bolj pogosto prosti čas preživijo na vrtu oz. dvorišču, urejenem otroškem igrišču oz. v kombinaciji teh površin.<sup>59</sup> V

---

<sup>58</sup> »Prosti čas otroka« je v tem kontekstu mišljen kot čas, ko pride iz vrtca in je prost drugih organiziranih aktivnosti.

<sup>59</sup> Op. S. P. Podatke smo zbirali od maja do julija 2010, tj. v času toplega in stabilnega vremena, zato je bila s strani staršev poročana večja količina časa, ki ga z otroki preživijo zunaj.

SK4 pa so starši navedli, da 40 % otrok preživlja prosti čas na vrtu oz. dvorišču, četrtnina pa na urejenem otroškem igrišču ter drugih površinah oz. v kombinaciji stanovanja in mestnega parka oz. urejenega otroškega igrišča. Pri analizi pa je bil izpostavljen tudi otrok, ki svoj prosti čas najpogosteje preživlja v otroški sobi v blokovskem stanovanju.

Zanimalo me je tudi, kateri so najpogostejši razlogi, ki starše odvrnejo od aktivnega preživljanja prostega časa.<sup>60</sup> Te podatke sem pridobila iz anketnih vprašalnikov; primerjali bomo le družine otrok iz SK1 – kot skupine, kjer otroci dosegajo največjo gibalno učinkovitost in SK4 – otroci z najmanjšim telesnim kapitalom. Med SK1 nisem našla pomembnejših razlik v pomenu, ki jo ima GŠA za starše, ki tudi redko ali nikoli ne izpostavljajo razlogov, kot so slabša dostopnost do GŠA, pomanjkanje časa, slabše zdravstveno stanje starša in otroka, slabši prostorski ali finančni pogoji, ki jih odvrnejo od aktivnega preživljanja prostega časa. Zanimivo je, da so starši gibalno najmanj učinkovitih otrok iz SK4 večinoma kot oviro izpostavili nezadostna finančna sredstva (15 %), poleg tega pa tudi pogosteje navajajo utrujenost starša kot razlog, ki družino odvrne od aktivnega preživljanja prostega časa v primerjavi s skupino SK1.

Nadalje sem primerjala tudi subjektivne ocene staršev o količini GŠA (»Ali menite, da je vaš otrok dovolj aktiven?«), kjer se odgovori malenkostno razlikujejo med skupinama, saj matere otrok iz SK1, ki so v večini izpolnjevale vprašalnik, menijo, da sta dve tretjini otrok dovolj aktivnih, medtem ko jih je dobra desetina izjavilo, da tega ne bi znale oceniti. Kar 80 % mater otrok iz SK4 skupine pa je prepričanih, da so njihovi otroci dovolj aktivni, ob tem jih slaba šestina tega ne bi znalo oceniti. Nekaj razlik med skupinama bi lahko našli tudi v odgovorih staršev o percepciji uspešnosti izvedbe elementarnih gibalnih vzorcev njihovih otrok (»Moj otrok teče, plazi se hitreje, skače višje, pleza bolje ... v primerjavi s svojimi vrstniki«), kjer je odstotek mater, ki z gotovostjo trdijo o boljših sposobnostih otrok glede na sovrstnike iz SK1, nekaj višji od tistih iz SK4, medtem ko kar 35 % mater iz SK4 navaja nižje sposobnosti svojih otrok, kar lahko kaže na precej realno oceno sposobnosti svojega otroka v primerjavi s sposobnostmi njihovih vrstnikov. V obeh skupinah pa beležimo tudi precejšen odstotek odgovorov mater, da ne morejo z gotovostjo oceniti sposobnosti otroka.

---

<sup>60</sup> »Aktivno preživljanje prostega časa« se v kontekstu družine razume kot čas, prost od rednega dela, ko se družina zbere doma, navadno ob popoldnevih ali med vikendi.



#### 4.2.3 *Kvalitativna analiza polstrukturiranih intervjujev*

Po deskriptivni analizi značilnosti proučevanih družin, razdeljenih v skupine po gibalni učinkovitosti otrok (učinkovitost izvedbe EGV), smo analizirali polstrukturirane intervjuje, skupaj 51 intervjujev. V skupino gibalno najučinkovitejših otrok (SK1) se je po rezultatih treh zaporednih meritev učinkovitosti izvedbe EGV uvrstilo 15 otrok, kjer smo izvedli deset intervjujev. Vse intervjuvanke so bile matere s povprečno starostjo 32,05 leta ( $\pm 1,12$ ) in 1,6 otroka v družini. Vse proučevane družine imajo status dvostarševske družine. Skupino najmanj učinkovitih otrok (SK4) predstavlja 20 otrok, od katerih je 15 staršev pristalo na intervju, in sicer 14 mater in en oče (matere s povprečno starostjo 35,7 ( $\pm 3,7$ ), oče 32 let). Vsi otroci iz skupine živijo v dvostarševski družini, razen enega, ki živi v razširjeni družini. V 2. in 3. skupino otrok po gibalni učinkovitosti (SK2-3) smo zajeli 26 intervjujev mater 15 deklic in 11 dečkov (povprečna starost mater 35,6 ( $\pm 4,2$ )). V skupini prevladujejo dvostarševske družine z izjemo dveh enostarševskih in treh razširjenih družin.

#### 4.2.4 *GŠA v družinskih praksah in imperativi sodobnega starševstva*

Pri kvalitativni analizi intervjujev smo se osredotočili na družinske prakse v smislu preživljanja vsakdanjika družinskih članov, ki ga nismo morali definirati kot »prostega časa«, saj vsi družinski člani niso prosti obveznosti in zadovoljevanja osnovnih potreb. Pri obravnavi smo se zato bolj posvetili obravnavi »skupnega« časa, ki ga otrok preživi z vsaj enim od staršev. Zato smo starše spraševali po načinu preživljanja popoldnevov, vikendov in počitnic družinskih članov, kjer smo se osredotočili predvsem na prakse, povezane z gibalno/športno aktivnostjo, ter drugimi praksami, ki jih starši povezujejo z zdravjem. Tako smo dobili širši vpogled v okvir delovanja družine kot rezultata njenega razrednega položaja, izkušenj in možnosti, ki na podlagi izbire oblikujejo dispozicije za delovanje – habitus družine. Ta prek družinskih in drugih praks, ki jih štejejo za primerne družbeni situaciji, oblikuje življenjski slog družine. Z vpogledom v preživljanje »skupnega« časa družinskih članov samo zajeli tudi družinsko dinamiko in ugotavljali prisotnost vidikov sodobnega starševstva, zato nas je predvsem zanimalo: *Kako se v družinskih praksah reflektirajo imperativi sodobnega starševstva (»odgovornega« in »intenzivnega« starševstva, »protektivnega« otroštva, »aktivnega« očetovstva ter »otrokocentričnosti«)?*

Pri prvi analizi smo se osredotočili predvsem na določene elemente strukture paradigme »zdravega življenjskega sloga družine«, ki določajo v gibalno/športno aktivnost usmerjene družinske prakse. Zanimalo nas je aktivno preživljanje popoldnevov vikendov, zimskih ter letnih počitnic kot skupne družinske gibalne/športne aktivnosti. Ker gre za vpogled v družinsko

življenje, smo lahko ugotavljali tudi delitev družinskega dela med spoloma, sodelovanje moškega v družinskem delu, usklajevanje poklicnega in družinskega življenja ter vpletenost očetov v nego, skrb in igro z otroki.

*Preživljanje popoldnevov v SK1.* Družine iz SK1 so večinoma družine, kjer si starša delita skrb za otroka, kar zadeva nego otroka, manj pogosto v transportu v in iz vrtca, kjer prevladujejo matere. Poleg tega so kuhanje in druga gospodinjska opravila v domeni mater; le tri so izjavile, da si delijo družinsko delo (pomoč pri čiščenju stanovanja) in skupno pripravljanje kosila, pet mater je navedlo tudi sorodniško pomoč svojih mater, tašč ali sester, predvsem pri kuhanju in varstvu otrok, tri matere pa te pomoči nimajo in za gospodinjstvo skrbijo same. Prav tako otroci tudi aktivnosti »po kosilu« največkrat preživljajo z materjo (ob pogosti odsotnosti očeta, saj pozneje pride iz službe), le tretjina družin popoldneve redno preživlja skupaj.

*Naš vsakdanjik poteka takole, zjutraj se skupaj odpravimo, peljem hčerko v vrtec, jaz grem v službo. Popoldan jo grem iskat, nato pa je odvisno: če je lepo vreme, ostanemo še malo na vrtčevskem igrišču, tam se deklica guga, pleza po hiškah ali pa počakamo še kakšnega hčerkinega prijatelja, da gremo skupaj domov. Doma skuham kosilo, medtem hčerka ostane zunaj na dvorišču ali se igra v hiši. Ko pride oče iz službe, pokosimo in se nato odločimo, kaj bomo počeli popoldan, ali bomo kam šli ali bomo kar doma, kar je odvisno od dneva. (SK1, mati deklice, 31 let, srednješolska izobrazba)*

Od desetih družin si dva para zaradi izmenskih delovnih urnikov tudi izmenično delita skrb za otroka, kar posledično pomeni, da popoldnevov ne preživljajo skupaj.

*Zjutraj vstanemo in peljemo sina v vrtec. Potem je vse odvisno od urnika. Če delam dopoldne, grem po službi po sina, če pa grem delat popoldne, grem nazaj domov, »zrihtam« živali (konje, op. S. P.), kaj pospravim. Takrat sina popoldne vzame oče iz službe grede, če slučajno ne dela iste izmene kot jaz, saj imava oba nestalne urnike. Takrat čuva otroka tašča ali pa je tu moja mama. Je kar naporno, tako nam včasih kar zmanjka časa zase in tudi za otroka. (SK1, mati dečka, 25 let, srednješolska izobrazba)*

Imamo pa tudi družino, katere otrok dosega zelo dobre rezultate gibalne učinkovitosti, kjer je po pričevanju matere oče tisti, ki redno preživlja popoldneve s sinom.

*Zelo malo sem z otrokom med tednom zaradi službe, šele od 17.30 naprej. Otrok preživlja od treh naprej popoldneve z očetom, sta zelo aktivna, veliko sta zunaj, gresta na igrišče brcat žogo. Ko sem z njim, sem aktivno z njim, dokler ne gre v posteljo, ne delam nič. Gospodinjska dela naredim enkrat tedensko, lika mi mama, mislim, da preživim tiste tri ure kvalitetno, saj se posvetim le njemu. / S partnerjem si delo deliva, on pomaga pri čiščenju, dopoldne, če gre kasneje delat, posesa, ja, si deliva delo, tako da tu ni problema. (SK1, mati dečka, 41 let, srednješolska izobrazba)*

Navajamo izjavo matere glede delitve družinskega in gospodinjskega dela.

*To delo (gospodinjstvo, op. S. P.) je moje. Če ne morem kaj narediti popoldne, kar je nujno, se naredi potem zvečer, pride potem res pozna ura. Pomoč pri varstvu otroka imam, je tašča in*

*moja mama. No, tako, če je res nujno, pa ga »počuva« oče [...]. Oče je bolj deloven, rajši gre kaj delat, kot bi bil z otrokom. (SK1, mati dečka, 25 let, srednješolska izobrazba)*

*Preživljanje popoldnevov v SK4. V večini družin v SK4 sta skrb za otroke in preživljanje prostega časa večinoma odvisna od matere, očetje so v petih družinah zaradi službe odsotni ves dan. Otroci iz SK4 preživljajo popoldneve z materami predvsem na igriščih pred vrtci, urejenih otroških igriščih oz. spremljajo matere pri nakupih in drugih opravkih ali pa se igrajo na dvorišču. V času izmenskega dela mater so otroci pri starih starših. Posledično je pogosta navedena pomoč sorodniške mreže (starih staršev in sorodnikov), saj jo navajajo kar v treh četrtinah (11) družin. Tudi v tej skupini ne moremo govoriti o enakopravni delitvi gospodinjskega dela in skrbi za otroka med materami in očeti, saj je večina mater izpostavila, da predvsem zaradi partnerjeve odsotnosti zaradi dela same opravljajo večino gospodinjskih del (10 mater), pri tem pa jih lahko tudi velika večina računa na pomoč starih staršev ali sorodnikov. Še vedno pa tri matere ostajajo brez sorodniške pomoči, zato je večina gospodinjskega dela in skrbi za otroke na njihovih ramenih.*

*Zjutraj vsi skupaj vstanemo, peljemo ga (sina, op. S. P.) v vrtec jaz ali pa nono (stari oče, op. S. P.) in ga hodimo iskat odvisno od mojega delovnega urnika. Po 16. uri skušamo biti z otrokom. Popoldne delava s sinom različne stvari, včasih greva v trgovino, mesto ali se igrava ... Je odvisno od opravkov. Z očetom preživljamo zelo malo časa, ker ima tako službo, da pride domov šele zvečer. (SK4 mati dečka, 39 let, srednješolska izobrazba – gimnazija)*

*[...] Ko pridemo iz vrtca, to je okrog 15. ure, kuham kosilo, hčerka poje v vrtcu, nato pojedjo še skupaj, v tem času se igra s sosedovim otrokom pred hišo. Včasih se zadrživa dlje v mestu zaradi nakupov in prideva kasneje domov. Ko je slabo vreme, sva doma in navadno se ukvarjam z njo; veliko riševa ali se igrava družabne igrice. Pred večerom igra hčerka tudi na računalniku igrice (oče zaradi službe odsoten do večera, op. S. P.). (SK4, mati hčerke, 41 let, srednješolska izobrazba)*

*Trenutno sem na porodniškem dopustu, zato poteka vse malo bolj umirjeno [...], nato pa sina pustimo še malo spati, nato se pripraviva in odpraviva v vrtec. Ta čas pride babica iz zgornjega nadstropja in počuva dojenčico [...]. Najkasneje ob 12.30 grem po sina v vrtec. Če je sin pri volji, ostanemo še malo na igrišču ali pa gremo na sprehod, če otrok pove, da je bil že v vrtcu na sprehodu, potem gremo domov. Doma malo počije, nato gre včasih z babico na njivo, včasih pa gremo na igrišče, nato se gre v šolo po starejšega otroka [...], ta pa je že dovolj aktiven. Mož pride domov ob 18. uri, mu pripravim kosilo, ki je za ostale že večerja [...]. (SK4, mati, 35 let, srednješolska izobrazba)*

*Ja, sem utrujena, še vedno je več dela na meni (ima možnost pomoči tudi svoje mame, op. S. P.), če ne drugega, je treba razmisliti, kaj je za postoriti in tudi naročiti, pripraviti, ja, sigurno sem utrujena ... Če bi lahko izbirala, bi bila gospodinja, bi odpeljala otroka v vrtec, potem bi počistila in skuhala in ga šla iskat v vrtec. Potem bi bila cel popoldne nasmejana. Ja, če bi lahko izbirala, bi bilo tako. (SK4, mati dečka, 43 let, srednješolska izobrazba)*

*Preživljanje vikendov v SK1. V večini družine preživljajo vikende precej aktivno, pogosto se vsaj en dan v vikendu odpravijo na celodnevni izlet, tudi na daljše pohode in sprehode, kjer otrok kolesari, se rola, vozi s skirojem ipd. Veliko otrok med vikendi preživi tudi več časa na domačem dvorišču v igri s sorojenci oz. sosedovimi otroki. Na vprašanje, kako preživljajo vikende, so starši odgovarjali:*

*Aktivno, zunaj[...], zjutraj zajtrk, nato peš do trgovine, nato skuhamo kosilo in po kosilu delamo krajše izlete, na primer v zamejske kraje, odkrili smo Miramar, Gradež [...]. Tam so lepo urejeni parki, ali pa peš v Bernardin [...]. Ja, družinski izlet, vsako nedeljo gremo kam. Ogromno smo zunaj, odkar se je sin rodil, pa sploh. Ja, smo praktično 5 let zunaj. (SK1, mati dečka, 41 let, srednješolska izobrazba)*

*Mi gremo ful okrog, gremo na izlete, največ gremo na enodnevne izlete, na primer sedaj v soboto gremo v Kekčevo deželo, bili smo v Lipici, imamo skupino prijateljev, s katero hodimo skupaj na zimske počitnice in ob vikendih na izlete [...]. Ja, to nam ustreza. (SK1, mati deklice, 32 let, srednješolska izobrazba)*

V preostalih treh družinah v SK1 pa starši delajo ob vikendih, zato otroci preživljajo vikende pri starih starših oz. z enim od staršev, ki pa po poročanju in rezultatih ni nič manj aktiven, saj čas preživljajo na njivi, dvorišču ali farmi konj.

*Takšno preživljanje vikendov mi sploh ne ustreza, saj za vikende delam polni čas, in če dobim frej, ga poskušam preživeti z otrokom, kolikor se da. Prosto si lahko priborim morda eno do dve nedelji v mesecu. (SK1, mati dečka, 25 let, srednješolska izobrazba)*

*Preživljanje vikendov v SK4. Razlike med SK1 in SK4 so se pokazale v preživljanju vikendov, saj jih družine SK4 preživljajo precej manj aktivno kot SK1. Matere pogosto navajajo, da radi ostanejo doma, zjutraj dlje spijo, več gledajo televizijo, pospravljajo, gredo po nakupih, na obiske, morda na krajši sprehod. V treh primerih starša delata ob sobotah; v manj kot tretjini družin smo zaznali več aktivnosti, saj se družina občasno odpravi na izlet, daljši pohod, kolesarjenje ali obdeluje njivo.*

*Ob vikendih bolj počivamo in spimo dlje časa, malo gledamo risanke, bolj poležavamo. Šele popoldne se spravimo ven, na kakšen sprehod, na igrala, s kolesom ali pa ostanemo kar zunaj, in če pridejo kakšni obiski, se otroci igrajo zunaj. Če pa gremo kam, pa se odpravimo po zajtrku, gremo sami ali pa s prijatelji. (SK4, mati deklice, 31 let, srednješolska izobrazba)*

*Radi bolj »pospimo«, se malo pogovorimo, tudi kaj skregamo ob zajtrku. Včasih gremo na njivo do kosila, že prej kaj pripravimo, da je kasneje hitreje skuhamo. Včasih kosilo dokonča babica, tako nismo obremenjeni in smo lahko tam tudi tri ure. Včasih pa gremo k moji mami (starim staršem, op. S. P.) v Trnovski gozd – naredimo mini planinski izlet, tam imamo prijatelje, po navadi se vračamo pozno zvečer. (SK4, mati, 43 let, srednješolska izobrazba – gimnazija)*

*Podobno kot čez teden, le da gremo bolj zgodaj ven. Hčerka več gleda risanke. Gremo tudi na kakšen sprehod. Na izlete gremo redko skupaj, saj je mož dostikrat v službi. (SK4, 4 deklice, 42 let, poklicna izobrazba)*

Sicer pa se v skupini najmanj učinkovitih otrok najdejo tudi družine, ki se v preživljanju prostega časa ne razlikujejo od SK1 in počitnice preživijo precej aktivno.

*Če je lepo vreme, gremo na kakšen izlet, pozimi hodimo ob sobotah smučat. Pozimi gremo še za en teden smučat s prijatelji, tako da ima hčerka družbo. Poleti pa preživimo v kampu, kjer imamo prikolico. Preživljanje dopustov in vikendov mi sedaj, ko je hčerka še majhna, ustreza, saj gledamo, da je hčerki lepo, zato smo izbrali tudi kamp, kjer je rada, saj ima tam prijatelje in uživa. Ja, tudi nam je lepo, ker je lepo tudi njej [...]. V kampu se kopamo, tečemo, hčerka ima kolo in prijatelje [...]. (SK4, mati deklice, 38 let, srednješolska izobrazba)*

Morda bi lahko razloge za slabše rezultate otroka v učinkovitosti izvedbe EGV v zgornjem primeru iskali v dejstvu, da deklica dosega že mejo debelosti (ITM > 18), saj je njen indeks telesne mase 18,86, medtem ko sta starša normalno prehranjena.

*Večino enotedenskih šolskih počitnic preživimo tako, da smo polovico na parceli – njivi, polovico (nekaj dni, op. S. P.) pa gremo k sorodnikom in se hodimo sankat na Pohorje. Med poletnimi počitnicami smo navadno tri tedne v šotoru na morju. Če bi imeli finančne možnosti, bi šli na sneg (oče še ni smučal, op. S. P.), da bi se morda naučili smučati [...], poleti pa bi šli tudi za nekaj dni v hribe, na daljši pohod ali pa kampirat [...]. (SK4, oče dečka, 31 let, višješolska izobrazba)*

Tu bi lahko razloge za slabše rezultate dečka, ki sicer dosega normalno prehranjenost (ITM 15,28)<sup>61</sup>, našli morda v dejstvu, da se je deček rodil kot nedonošenček.

*Preživljanje počitnic v SK1. V 6 od 10 družin otrok so matere poročale o aktivnem preživljanju počitnic, kamor sodijo poletne počitnice v hribih ali na morju, redko v toplicah. Zimske počitnice so navadno v obliki smučarskih tedenskih počitnic ali pa vsaj en ali podaljšan vikend. Štiri družine so poročale, da (še) ne smučajo (pa bi si želeli), si pa privoščijo kakšen dan na snegu in se sankajo.*

*Poleti gremo 10 dni na morje – ponavadi v »all inclusive resort«, da so športi zastonj, da je bazen, da smo cel dan v vodi aktivni. Nato smo vsaj tri dni v Kranjski Gori (pohodi v Tamar, Planico) [...]. Pozimi bomo začeli smučat, sina bomo dali v šolo ... Ne, ne bi menjala, takšno preživljanje počitnic se mi zdi idealno. (SK1, mati dečka, 41 let, srednješolska izobrazba)*

*Na zimske počitnice sedaj hodimo skupaj s prijatelji. Poleti na morje, ne gremo s prijatelji, ker ima vsak po svoje dopust. Pozimi smučamo, to nam ustreza, poleti pa na morje, vse obvezno skupaj z otroci. (SK1, mati dečka, 25 let, srednješolska izobrazba)*

*[...] Poleti pa si skupaj vzamemo 3 tedne počitnic, gremo v hribe, ne hodimo dosti, se gremo kopat. Gremo tudi s taborniki na tabor, smo v gozdu in imamo pohode in športne igre, skupaj*

---

<sup>61</sup> Normalna prehranjenost, izražena z ITM za otroke, znaša med 14 in 16,6.

*12 dni. Na potovanja še nismo šli, bi si pa želeli. Za zimske počitnice pa gremo obvezno smučat, vsi štirje smo radi na snegu. (SK1, mati dečka, 43 let, višješolska izobrazba)*

*Ja, poleti gremo ali v hribe ali na morje, jaz sem bolj morski tip, mož pa je bolj za hribe [...]. Se prilagajamo, vsako leto nekam. V hribih gremo na izlete, dosti hodimo in kolesarimo. Glede počitnic, morda za zimske počitnice, sin si želi, da bi šel smučat, morda bolj zaradi snobizma v vrtcu, ker vsi hodijo smučat, si sin želi tudi. No, morda da bi hodili smučati [...], si tudi mož želi, vendar dobi težko v tem času dopust. Prost je najlažje v avgustu. (SK1, mati dečka, 28 let, srednješolska izobrazba)*

Le dve družini sta poročali, da ne gresta na daljše počitnice, največkrat so razlog delovne obveznosti tako očeta kot matere, medtem ko so bili finančni razlogi navedeni le v eni družini.

*Želim si, da ne bi delala tudi za vikende. Otrok je takrat z očetoma ali s starimi starši. Želela bi si več časa doma. Da bi šli kam stran ... odpotovali. Na počitnice gremo na plažo tu. Kakšenkrat gremo v toplice. (SK1, mati dečka, 31 let, srednješolska izobrazba)*

*Preživljanje počitnic v SK4.* Tudi preživljanje počitnic družin iz SK4 sledi manj aktivnemu vzorcu, saj jih aktivno preživlja le dobra četrtina; poleti se odpravijo na morje, v hribe ali potovanje, pozimi pa na tedensko smučanje. Opaziti je, da so počitnice družin v tej skupini krajše, manj organizirane in strnjene na nekaj dni na morju, toplicah ali sankanju. Večina družin ne smuča oz. si, kot poročajo, tega športa more privoščiti. Kot vzrok navajajo finančne omejitve in tudi službene obveznosti.

*Počitnice, zimske, so praktično kot vikendi, smo doma, no, včasih gremo kam za kakšen dan. Poleti pa, ja, greva s hčerko sami na plažo. Dopust ne, odkar imamo hčerko, nismo bili še na dopustu. No, gremo poleti tudi za kakšen dan kam. Ja, idealno bi mi bilo, da bi šli na dopust, sedaj to preprečujejo predvsem finance. (SK4, mati deklice, 41 let, srednješolska izobrazba)*

*Preživljanje popoldnevov, vikendov in počitnic v SK2 in SK3.* Pri analizi značilnosti vsakdanjih praks, preživljanja popoldnevov, vikendov in počitnic obravnavanih skupin z doseženo povprečno gibalno učinkovitostjo otrok lahko ugotovljamo naslednje: predvsem matere iz SK2 v primerjavi z materami iz SK1 in SK4 pogosteje delajo dvoizmensko ali pa zelo zgodaj zjutraj, (6 od 11 mater), ob tem pa imajo tudi štirje očetje podobne, dvoizmenske ali celodnevne urnike. Skrb za otroke je v popoldnevih, ko mati ne dela, prepuščena njej oz. ji na pomoč priskočijo stari starši. V večini navedenih primerov mati ali oče delata tudi ob sobotah, zato je edini dan, ko je družina skupaj, nedelja.

*Ja, delam izmensko delo, in ko delam dopoldne, po vrtcu prideva z otrokom domov, pripravim kosilo. Tako nekje do 16. ure, nato greva ven, hčerka se vozi s kolesom ali je na gugalnicah ali s skirojem [...]. Je res aktivna zunaj. Mož ima manj časa, ima doma delavnico in dela ob popoldnevih. Ko delam popoldne, je hčerka pri nonotih (starih starših). Tam so ali zunaj ali pa v hiši, odvisno od vremena. Tako da se takrat vidiva le zjutraj in zvečer. (SK2, mati deklice, 40 let, srednja strokovna ali poklicna izobrazba)*

V dveh družinah, kjer sta oba starša ob popoldnevih prosta in je v družini prisoten še starejši otrok, je navadno oče tisti, ki poskrbi za transport na obveznosti starejšega otroka, medtem ko mati ostane z mlajšim.

*Zjutraj vstanejo po vrsti, mož odpravi večjega v šolo, jaz poskrbim za mlajšega sina, ga odpeljem v vrtec (delam doma). Grem domov delat, okrog 13. ure pride starejši sin iz šole, mlajšega grem iskat in pripravim kosilo. Ob 16. uri pride oče iz službe, starejši dela nalogo, mlajši pa se igra. Nato imava z možem kosilo, včasih jesta tudi otroka. Dejansko preživim večino popoldnevo z mlajšim sinom, občasno greva na sprehod do konjičkov in zvečer prebereva kakšno pravljico. Oče pa odpelje starejšega sina na trening 4-krat tedensko. Včasih gremo skupaj pogledat kakšno tekmo. Največ smo skupaj zjutraj in zvečer. (SK3, mati dečka, 35 let, srednja strokovna ali poklicna izobrazba)*

Kot navedeno se delovne obveznosti staršev odražajo v preživljanju vikendov, ko »zmanjka« časa za daljše aktivnosti in izlete, saj ob sobotah delajo ali pa je čas namenjen čiščenju stanovanja, zato jim ostane le nedelja.

*Sobote, ja, so delovne oz. ko ne delam, pa grem čistit v Trst. V nedeljo gremo obvezno k maši in moji mami na vas na kosilo. Tam smo v glavnem zunaj, gremo na kak sprehod [...], tudi pri mami nismo prav skupaj, ker si mož vedno najde kaj za delat [...], tako da to ni to. (SK2, mati deklince, 49 let, srednja strokovna ali poklicna izobrazba)*

*Sobota je namenjena bolj aktivnemu pospravljanju, hčerka tudi sodeluje pri pospravljanju njene sobe, nato gremo skupaj ven. Včasih gremo v kino. Največkrat pa gremo ob vikendih gledat konje, na sprehod, se odpeljemo tudi v Lipico [...], druge izlete pa ne. Omejuje nas moževa služba, ker je večkrat v pripravljenosti in mora biti dosegljiv, saj ga lahko kadarkoli pokličejo. (SK2, mati deklince, 31 let, srednja strokovna ali poklicna izobrazba)*

Tudi značilnosti družin iz SK3 beležijo podobno sliko zaposlenosti staršev, kjer je dobra polovica (kar 9 od 15 očetov) zaradi službenih obveznosti odsotna do večera, otroci preživljajo večino časa z materjo, v nekaj primerih, ko je tudi mati službeno zadržana, pa za to poskrbijo stari starši ali pa starejši sorojenci. Podobno, precejšnjo odsotnost očetov smo beležili tudi v SK4.

V družinskih praksah preživljanja počitnic se tako v SK2 kot tudi SK3 bližamo vzorcu SK4, saj si samo malo manj kot polovica družin (11 od 26) privošči vsaj teden dni poletnih počitnic na morju, v hribih ali termah ter teden smučanja pozimi. Drugi si lahko počitnice privoščijo le poleti, vse več pa si zaradi delovnih obveznosti in tudi finančnih pogojev počitnice razdeli na več podaljšanih vikendov. Nekaj staršev ne dobi dopusta bodisi poleti (delajo v gostinstvu) bodisi pozimi. Otroci v teh primerih počitnikujejo pri starih starših, ki živijo v oddaljenih krajih, ali pa gredo z njimi na dopust.

*Maksimalno si lahko vzamem 10 dni v zimskih počitnicah, ne pa v poletnih mesecih, takrat nimam dopusta. Tako navadno hči preživlja poletne počitnice pri starih starših na Štajerskem. (SK3, mati deklice, 31 let, srednja strokovna ali poklicna izobrazba)*

*Mož si zelo težko vzame prosto, ker je samozaposlen, no, ko mu organiziram, si pa rad vzame. To je bolj poleti kakšen teden, pozimi težko, jaz pa lažje [...], verjetno si bom, ko bo hčerka šoloobvezna, vzela prosto za zimske počitnice. Jaz si vzamem prosto po potrebi, ko začutim, da potrebujemo nekaj prostega časa, da gremo kam skupaj, če mož ne more, greva s hčerko sami. Navadno pa si vzamemo podaljšan vikend [...], pozimi ne gredo dosti, ker ne smučamo [...], bolj spomladi (npr. Bohinj), no, čim se začne toplo vreme, gremo [...], tako si na približno dva meseca vzamemo podaljšan vikend [...]. (SK3 mati deklice, 34 let, univerzitetna izobrazba)*

*Sklep.* V kvalitativni analizi skupin najučinkovitejših (SK1) in gibalno najmanj učinkovitih otrok (SK4) ter nadaljnji primerjavi družinskih praks s skupinama SK2 in SK3, kamor se uvrščajo otroci s povprečnim in slabšim rezultatom učinkovitosti izvedbe EGV, smo ugotovili nekaj posebnosti. Nekatere značilnosti družin iz SK2 in SK3 se bolj približujejo skupini SK4 kot SK1. Pri tem lahko izpostavimo naslednje:

- Pri vseh skupinah je opazna večja odsotnost očetov med tednom zaradi njihovega dela, zato so matere tiste, ki večinoma preživljajo čas z otrokom. Glede na vzorec proučevanih staršev bi lahko trdili, da se potrjuje fenomen »vikend očetov«, saj je aktivnost očetov večja ob vikendih (Rener et al. 2008), ker so zaradi poklicnih obveznosti manj prisotni pri družinskih praksah med tednom. Hkrati pa omenjeno predstavlja tudi oviro za odpravo asimetrične delitve družinskega dela, ki naj bi se prav z »aktivnim« očetovanjem lahko odpravila.
- Zaznati je manjše razlike med SK1, kjer imamo nekaj manj odsotnih očetov, tako družine v več primerih popoldneve preživljajo skupaj v primerjavi s preostalimi skupinami SK4, SK2 in SK3.
- Nasprotno pa smo v skupini povprečno učinkovitih otrok (SK2) zasledili večjo zaposlenost mater; več kot polovica mater dela dvoizmensko ali zelo zgodaj zjutraj, vendar se skrb za otroke ne prenaša recipročno s strani očetov, temveč v večji angažiranosti starih mam, tašč, sester in drugih sorodnikov ženskega spola. S tem se potrjuje slovenski primer prenosa družinskega dela (pomoči v opravljanju skrbi za otroke) v sfero neplačanega dela (sorodniške in prijateljske mreže) in plačanega dela (čistilke in varuške), slednjega sicer nismo zasledili pri proučevanih starših (Rener 2008, 43).
- GŠA družine kot elementa (determinante) »zdravega življenjskega sloga« se je v kontekstu preživljanja popoldnevov ter predvsem vikendov in družine pokazala kot element, ki je odvisen od časa staršev, t. i. časa, ko so »osvobojeni od nujnosti«. Pri tem



smo že navedli, da je med tednom GŠA otroka poleg gibalne aktivnosti, ki jo je deležen v vrtcu, ali morebitne organizirane GŠA odvisna predvsem od matere. Ker ta preživi z otrokom več časa, se pri tem kot pomembna znova pokaže sorodniška mreža, predvsem v pomoči pri gospodinjskih delih (kuhanje, likanje) s strani mater ali tašč, saj je s tem materam ob moževi odsotnosti omogočen bolj aktivno izkoriščen čas z otrokom. Ob tem bi izpostavila tudi problem gibalnih kompetenc mater, ki so pri tistih brez športne zgodovine in izkušenj (SK4) zagotovo nižje kot pri materah iz SK1.

- Med družinami po skupinah otrok po gibalni učinkovitosti so opazne manjše razlike, in sicer: družine iz SK1 bolj aktivno preživljajo vikende (izleti, pohodi, sprehodi) v primerjavi z družinami iz SK4, kjer je bolj prisotna »lagodnost«, namenjena počitku, obiskom in nakupom. V skupinah gibalno povprečno učinkovitih otrok (SK2 in SK3) pa se je pokazalo, da več staršev (mater) dela tudi ob sobotah, zato največkrat za preživljanje skupnega časa družine ostane le nedelja, ki je bolj namenjena krajšim izletom in sprehodom, kar je značilno tudi za posamezne družine iz SK4, kjer starša pogosteje delata tudi ob sobotah.
- Pri preživljanju skupnega družinskega časa obstajajo razlike med skupinami, ki se navadno zaradi delovnih obveznosti staršev kažejo posledično tudi v krajšem in manj aktivnem preživljanju tako poletnih kot zimskih počitnic družin. Ugotovili smo, da so v najslabšem položaju otroci iz SK4, manj počitnic so deležni tudi otroci iz SK2 in SK3 v primerjavi s SK1. Največkrat so razlogi za to v delovnih obveznostih staršev (sezonsko delo ali samozaposlitev), nekatere matere iz (SK4) pa omenjajo tudi finančna sredstva kot oviro, da ne gredo na počitnice. Tudi v teh primerih igra pomembno vlogo sorodniška mreža, saj otroci preživljajo počitnice pri starih starših ali pa gredo z njimi na počitnice.
- Pomen aktivnega preživljanja družinskega časa bi si v »jeziku kapitalov« (Bourdieu 1986) lahko razlagali, da je oblikovanje telesnega kapitala otroka v odvisnosti od »dolžine časa, v katerem posameznik lahko podaljša njegovo usvajanje ali pridobitev, ta pa je odvisna od dolžine časa, ki mu ga lahko družina nudi s svojim prostim časom (časom, ki je »osvobojeno od nujnosti«), kar je predpogoj za začetek akumulacije« (Bourdieu 1986, 246 v Shilling 1991).

V nadaljevanju nas je v povezavi s paradigmo »zdravega življenjskega sloga družine« zanimala podpora staršev pri GŠA kot generiranje izkušnjejskega sveta, medgeneracijski prenos gibalnih navad, vloga sorodniških mrež in podpora, ki jo starši in otroci prejema od sorodnikov.

*Podpora staršev pri GŠA v SK1.* Pri analizi starševske podpore v učenju in izvajanju GŠA otroka ugotavljamo, da je po navedbi mater v polovici družin prav mati tista, ki dá pobudo, da bi se otrok lahko naučil, npr. voziti kolo brez kolesčkov, plavati, se včlanil v organizirano športno dejavnost. Očetje imajo tu največkrat (60 %) vlogo učitelja nove športne aktivnosti. Skoraj vsi starši (9 od 10) poročajo o aktivni športni zgodovini v času osnovne šole, poleg tega so navedli tudi aktivno športno zgodovino starih očetov. Zanimivo je, da so matere v treh primerih kot pomoč pri učenju novih gibalnih vzorcev navedle sorojence, starejšega brata ali sestro, ter stare starše, ki pomagajo pri usvajanju novih gibalnih veščin.

*Kar oba (mami in oče nudita podporo, op. S. P.), sicer dam jaz iniciativo, ker več časa preživim z otrokoma, navadno pride tudi oče zraven in tudi starejša sestra, nato pa se dogovorimo, kako bomo izpeljali [...], npr. pri smučanju sva poskušala oba, nato pa sva videla, da je najbolje, če drugi to postorijo in smo ga dali individualno [...]. Je šlo hitreje. Tudi letos bomo poiskali strokovno pomoč. Ja, sigurno (je podpora staršev za mater pomembna op. S. P.), mogoče ker je bila aktivnost že prej del našega življenja in potem ko sta prišla otroka, jih je potrebno naučiti veščin, ki jih bodo potrebovali v nadaljnjem življenju. Da bodo znali voziti kolo, plavati, smučati, da se bodo znašli in da bodo imeli potem tudi kak interes v športu, pa ne samo v športu [...]. (SK1, mati dečka, 43 let, višješolska izobrazba)*

V enem primeru, ko gre za večjo odsotnost moža zaradi službenih obveznostih, pa sta to vlogo prevzela stara starša, v enem primeru pa samo mati, saj, kot navaja, oče »ni za šport«.

*Bolj jaz dam pobudo, začnem tudi aktivnost, dala sem ga na smučke in vztrajala [...], da mu je uspelo. Oče ni za športe, tudi če ni šport, ga ne bi oviralo [...], mene pa ovira, naj otrok poskusi vse, glede športa mu je potrebno dati čim več stvari, da mu ponudiš vse, naj poskusi 10 športov, pa mu bo morda eden od teh toliko dober, da bo vztrajal do konca. (SK1, mati dečka, 25 let, srednješolska izobrazba)*

*Nonoti so to (stari starši so tisti, ki nudijo podporo pri GŠA, op. S. P.). Kupijo vse pripomočke in so dosti z njim. Jaz sem ga vpisala na plavanje, pa je zaradi ušes prenehal, ker ima rad vodo, si je želel sam, navdušila ga je nečakinja [...]. No, morda bo čez kakšno leto spet. Mož ga je naučil voziti kolo. Sem jaz bolj iniciator, jaz sem ga vozila na tečaj in ga tudi spodbujala. (SK1, mati dečka, 32 let, osnovnošolska izobrazba)*

*Starševska podpora v SK4.* Tudi tu matere najpogosteje nastopajo kot iniciatorke za GŠA otroka, medtem ko očetje učijo in poskrbijo za nakup opreme. Vsi očetje, razen enega, imajo aktivno gibalno/športno zgodovino, so pa imeli zelo redki pri tem podporo od svojih staršev, medtem ko precej mater v mladosti ni bilo športno aktivnih. Iz tega sledi, da pravzaprav nobena ni navedla sebe kot učiteljico gibalnih veščin niti ni bilo navedene podpore s strani njihovih staršev kot tudi ne s strani starejših sorojencev. Se pa pri uvajanju otrok v šport poslužujejo tudi strokovnjakov, npr. pri učenju smučanja in plavanja.

*Oče da iniciativo pa tudi transport, jih tudi počaka, ja, pa kupi opremo, tudi za nogomet. Jaz poskrbim, da je oprema in torba pripravljena. No, ga bom tudi vozila na dejavnost, ker ima drugi sin drugačen urnik. Za smučanje smo ga dali kar v smučarsko šolo [...], in sicer italijansko [...]. Je osvojil pokal [...]. Zdaj je zelo navdušen. Kako pomembna je za vas podpora staršev? »Ja, je, ker če ga na začetku ne, tudi kasneje ga (otroka, op. S. P.) ne pripravite, v puberteti se mu ne da [...]. [...] zato je treba prej [...]. Drugi naši otroci so zelo aktivni, zato so mu starejši bratje vzor, to ga pritegne. Morda dosti bolj, kot če mu jaz govorim, da je zdravo, sama pa nisem neka »bilderka«, tudi to. Se mi zdi, da če bi bila jaz bolj športna, bi se ta vzorec bolj prenašal. (SK4, mati, 43 let, srednješolska izobrazba – gimnazija)*

*Moj mož (nudi podporo, op. S. P.). [...] vse mož, tudi poizve, ga to zanima in želi, da je otrok v športu, da poskusi vse stvari, tudi pri nakupu opreme.*

*Kako pomembna je podpora staršev? »Ja, zdi se mi pomembno, ker mislim, da je otrok zrcalo staršev in če so starši aktivni, se bo tudi otrok navdušil za to. Ker vidim, da kakšni starši niso, tako da otroci ne znajo kolesariti in jih to ne zanima. No, če starš ni (aktiven; op. S. P.), zato je težje pričakovati, da bo otrok [...]. (SK4, mati deklice, 38 let, srednješolska izobrazba)*

*Starševska podpora v GŠA v SK2-3. V skupinah je zaznati nekaj manj angažiranja staršev pri podpori pri GŠA otroka, v nekaterih primerih PA tudi drugačno stališče glede usmerjanja in spodbujanja otroka v GŠA v primerjavi s SK1. Vzroke bi lahko iskali v večji odsotnosti očeta zaradi dela ali pa slabšega teoretičnega in praktičnega znanja obeh staršev.*

*Smo zelo bos, nimamo znanja. Za učenje kolesa je oče, jaz ne znam voziti kolo, jih pa spodbujam. Osnovne stvari vemo, npr. varnost, da ko bo šla hčerka na rolerje, bo imela na sebi ščitnike in čelado, enako velja za kolo. No, tudi mož ne zna dosti [...]. no, tudi jaz ne poznam [...], sem imela že problem kupiti boljše superge [...].*

*Mislim, da bi (GŠA, op. S. P.) bolj prepustila naravnemu toku, saj se mi smilijo tisti otroci, ki imajo vodene gibalne aktivnosti že od tri- do štirikrat na teden. Ker ti otroci ne vedo, kaj je dolgčas, ker samozaposlitev izhaja iz dolgčasa in to se mi zdi bolj pomembno, da izhaja ta dejavnost iz igre – kaj bi otrok rad delal. Dopustila bi, da bi hčerka hodila, npr. na atletiko, morda bi hčerko dala na ples [...]. Bistvo, da se zabava, nekaj, kar sam želi, ker ko pridejo v šolo, že mora nekaj početi. / [...] pri vseh športih me moti to, da je vse usmerjeno v tekmovalnost, obe (hčerki, op. S. P.) bi potrebovali le rekreacijo. [...] ni prostora za tiste otroke, ki ne želijo tekmovali, tam, kjer otrok je, so starši predvsem tisti, ki ga potegnejo tekmovali, zato si želim, da se jo pritegne v jogo, ker tu ni tekmovalnosti in je človek sam s sabo. (SK2, mati deklice, 39 let, višješolska izobrazba)*

*Za prevoz poskrbim sama, saj se je hčerka sama navdušila za plavanje, tako da smo jo vpisali. Nono jo uči kolesariti (oče veliko službeno odsoten op. S. P.). Mislim, da otroka ne smeš siliti, ampak mu dati možnost, da čim več poskusi (GŠA, op. S. P.). (SK3, mati deklice, 34 let, univerzitetna izobrazba)*

*Poleg tega starši iz SK2 in SK3 manj izražajo podporo v GŠA otrokom, matere niso v večini iniciatorke novih GŠA, bolj nudijo pomoč pri izvedbi želje po participaciji otroka v novi GŠA. Pri tem pa se odsotnost očeta odraža v manjši pomoči pri učenju športnih veščin, nekaj pomoči pa dobijo otroci iz SK2 in SK3 tudi od starih staršev.*

*Sklep.* V vseh skupinah se je pokazala velika ozaveščenost mater, ki so v večini, verjetno zaradi pogoste odsotnosti očetov, tudi iniciatorke, da se otrok nauči novih športnih veščin. Matere se zavedajo pomembnosti GŠA za otrokov gibalni razvoj, vendar pa se njihova stališča po vključevanju v šport razlikujejo predvsem glede na njihove izkušnje z GŠA v mladosti, saj matere brez izkušenj preferirajo bolj rekreativno udejstvovanje otroka v športu, kjer jih moti tekmovalnost (SK2, SK3). Vloga očetov se je v smislu izkazane podpore otroku v GŠA izkazala za ključno, saj so v veliki večini prav oni tisti, ki otroka naučijo novih športnih veščin (npr. voziti kolo, plavati). Znanja in potrebne spretnosti ter stališča o pomembnosti GŠA kot izkušenjskega sveta, ki ga prejme posameznik prek socializacije in pridobivanja izkušenj, so se pokazale za pomembne tudi v povezavi z gibalno učinkovitostjo otroka. V SK1 najdemo prisotno izkušnjo športne aktivnosti obeh staršev v mladosti, ob tem so bili deležni tudi podpore s strani starih staršev, kar pa ni tako značilno za preostale skupine. Tudi v primeru, ko vlogo podpore pri GŠA nadomešča stari oče, se ugotavlja prenos pozitivnega stališča in podpore za GŠA s strani starih staršev na vnuke. V SK4 imajo očetje športno zgodovino in se predstavijo kot učitelji, vendar so več odsotni, pri tem pa ni evidentne pomoči sorojencev in starih staršev pri učenju novih športov, ki nakazuje, da se tudi v podpori za GŠA kaže pomen sorodstvenih vezi na oblikovanje telesnega kapitala otroka.

Vloga očeta v starševski podpori za GŠA v »aktivnem« očetovanju predstavlja izvajanje predvsem opravil, ki jih obvlada in so prijetnejša (igra z otrokom, učenje novih športnih veščin), ki so fleksibilnejša (npr. GŠA med vikendi, počitnicami) in se je o izvedbi mogoče dogovoriti z materjo (Rener 2008). Kljub temu pa se je vloga podpore otroku v GŠA tako očetov kot mater izkazala za zelo pomembno z vidika oblikovanja »utelešenega kulturnega kapitala« oz. telesnega kapitala, ki se začne že ob rojstvu in traja celotno socializacijo (Bourdieu v Shilling 191). Če otrok podpore staršev v GŠA ne prejme v otroštvu, je z vidika akumulacije kapitala to izgubljeni čas.<sup>62</sup> Nadomeščanje tega časa je potem odvisno od številnih dejavnikov, med drugim tudi od socialno-ekonomskega statusa družine oz. od njegove »osvobojenosti od ekonomske nujnosti«, v smislu, da starši lahko svoj prosti čas usmerjajo v pridobivanje in utelešenje telesnega kapitala otroka (Bourdieu v Kamin 2011).

---

<sup>62</sup> S »časom akumulacije« telesnega kapitala se razume čas, ki ga v času primarne socializacije starši v obliki starševske podpore za GŠA nudijo otroku (ter vključuje njihovo lastno angažiranost, angažiranost strokovnjakov in ekonomskega vložka v opremo in druge pogoje za GŠA).

Nadalje smo se osredotočili na individualizacijo nenehne skrbi za zdravje (odgovornosti za zdravje), ki jo je deležna tudi družina v pozni modernosti. S skrbjo za zdravje prek ideologije preventive naj bi družina oblikovala »zdrav življenjski slog«.

Glede na medijsko vlogo matere kot primarne dajalke skrbi (neposredna skrb za otroke) (Švab 2001) in na podlagi navedenega smo si zastavili vprašanje: *Kakšno vlogo imajo matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom družine«?*, s katerim ugotavljamo, kdo v družini je tisti, ki izvaja družinske prakse, ki so usmerjene k zagotavljanju zdravja ter razumevanju termina »zdravega življenjskega sloga družine«. Ker so bile vse intervjuvanke matere, imeli smo tudi enega očeta, smo ugotavljali vlogo matere v družinskih praksah. Pri tem smo iskali pomembnost posameznih elementov »zdravega življenjskega sloga (zdrava prehrana, GŠA in izogibanje zdravju tveganim praksam) ter morebitne druge prakse, ki jih paradigma »zdravega življenjskega sloga« ne vključuje.

*Izvajanje »zdravih« praks.* S pojmom »zdrave« se razumejo družinske prakse, ki jih starši (v našem primeru zlasti matere) izvajajo glede na trenutno veljavne medicinske doktrine in se štejejo za zdravju ustrezne. Matere smo spraševali: *»Kaj storite, da bi bili vaši družinski člani čim bolj zdravi?«* Pri tem lahko izpostavimo naslednje: vse matere poročajo, da pazijo na zdravo prehrano. Najpomembnejše se jim zdi, da je hrana domača in sveže kuhana ter v obliki rednih obrokov (dve tretjini mater), da pojedjo čim več sadja in zelenjave, čim manj sladkarij. V SK2-3 poleg navedenega opozarjajo na čim manjše uživanje ocvrte hrane. Le tretjina mater iz SK1 je poleg prehrane omenila, da poskrbijo, da so družinski člani čim več na svežem zraku, da se gibajo, da se družijo, kar je pomembno tudi za matere iz SK2-3. Podobno kot v SK1 so posamezne matere iz SK4 navedle, da je za zdravje družine pomembno tudi, da so otroci dovolj na svežem zraku, medtem ko sta gibanje kot prakso zdravega vedenja navedli le dve materi.

Dve materi iz SK1 poudarjata tudi pomembnost higiene, na drugi strani pa le dve pomembnosti uživanja prehranskih in drugih dodatkov (vitaminov, homeopatska zdravila) ter pitje čajev v zimskem obdobju, kar se je izkazalo za še bolj pogosto prakso v SK4 (kar četrtnina mater).

*Nič posebno, samo gledam, da jemo normalno, se izogibamo »prčkarijam« (nezdravi prigrizki med obroki, op. S. P.), ne gremo v ekstreme, preizkušamo jedilnike in se pri tem držimo zdrave kmečke pameti, vsega po malo, da je sproti skuhamo, ni pa vsak dan meso, so mineštre, tudi ribe [...] vse [...]. Prav posebej se držimo higiene, predvsem pri umivanju rok. Ne dajem dodatkov (prehranskih dodatkov, op. S. P.), pojemo dosti sadja, saj ga imamo doma, in zelenjave [...]. Se držimo bolj te mediteranske diete. Mislim, da je to dovolj [...]. (SK1, mati dečka, 43 let višješolska izobrazba)*

*Zvečer je obvezno umivanje, tudi od pasu dol, ker sta punčki [...], in zdrava prehrana, da je mleko, sadje in jogurti, čim manj sladkarij. Saj jih otroci dobijo, če seveda pojejo kosilo [...].*

*Pomembno je tudi gibanje in seveda druženje, kakšno družabno igrice, da se igramo [...].* (SK1, mati deklice, 32 let, srednješolska izobrazba)

Posamezni odgovori mater iz SK4 omenjajo kot »zdrave« prakse tudi, da poskrbijo, da so družinski člani umirjeni, da dobro in dovolj spijo. *»Da imajo dovolj tekočine in čisto obleko.«*, pa je bil odgovor ene od mater.

*»Ja, se informiram (o zdravi prehrani, op. S. P.) na internetu. Za moža težko kaj naredim, ker je trmast. Za otroka se trudim predvsem s prehrano, ona (hčerka, op. S. P.) mi slabo je, ni ješča in predvsem to. Kar se tiče gibanja, se niti ne trudim, ker mislim, da ga je dovolj.«* (SK4, mati deklice, 41 let srednješolska izobrazba)

Ob tem pa se pojavlja tudi dodatna naloga matere iz SK2-3, da poskrbi za pozitivno naravnost vseh članov ...

*Skrbimo, da jemo čim bolj zdravo, ne kupujemo čipsov in kokakole in podobnih stvari. Pokušamo čim več sveže zelenjave, sadja, in tudi pozitivno razmišljati, biti srečni na nek način, da imamo vsega preveč. Pogovarjati se tudi, da si je včasih treba narediti tudi lep dan.* (SK3, mati dečka, 39 let, višješolska izobrazba)

... pa tudi za zavedanje, da bi bilo za zagotavljanje zdravja družine potrebno, da bi bila družina več časa skupaj.

*Mogoče bi mogli biti več skupaj, družinsko, vsi trije (mati dela ob vikendih, tudi oče dela pogosto, za dečka skrbi v odsotnosti tašča, op. S. P.).* (SK2, mati dečka, 34 let, srednja strokovna ali poklicna izobrazba)

*Sklep.* Kvalitativna analiza intervjujev je pokazala, da vse matere poskrbijo za »zdravo« prehrano, ki jo razumejo kot sveže kuhano, pripravljeno iz domačih sestavin, v obliki rednih obrokov, z veliko sadja in zelenjave, s čim manjšim vnosom sladkorja ter uživanja ocvrte hrane, kar kaže na dobro poznavanje prehranskih smernic in zdravstvenih priporočil. Predvidevamo, da se je kot posledica aktivne medijske prisotnosti ideologije preventive pokazala pogosta uporaba prehranskih dodatkov (vitaminov in mineralov, zelišč, homeopatskih dodatkov) bolj na strani mater iz SK4 kot mater iz drugih skupin. Manj eksplicitno znanje mater se je izkazalo pri pomenu GŠA za zdravje, saj je bila GŠA izpostavljena v večini le kot praksa, »da smo na svežem zraku«, pomen gibanja so bolj izpostavile matere iz SK1 v primerjavi z materami iz drugih skupin, pri tem pa jih je le peščica omenila priporočljive količine GŠA za otroke in odrasle, kot jih navajajo zdravstvena priporočila. Tretja značilnost (element) zdravega življenjskega sloga, in sicer izogibanje za zdravje tveganim praksam, pa neposredno ni bila s strani mater omenjena nobena za zdravje tvegana praksa (npr. kajenje staršev, čezmerno uživanje alkohola, uporaba drog), ki jo najdemo tako v paradigmi »zdravih življenjskih slogov« kot tudi v zdravstvenih priporočilih.

V navezavi z raziskovalnim vprašanjem smo preverjali tudi, kako matere razumejo termin »zdrav življenjski slog družine«, ki bo omogočil vpogled, ne samo v neposredno izvajanje družinskih praks in vloge matere pri tem, temveč tudi v poznavanje elementov paradigme »zdravega življenjskega sloga«, ki jih poudarjajo medicinski diskurz »zdravega življenjskega sloga« ter morebitne druge prakse, ki za matere pomenijo »zdrav življenjski slog družine«.

*Razumevanje termina »zdravega življenjskega sloga« družine v SK1.* Vse matere iz SK1 navajajo prvi dve značilnosti paradigme »zdravega življenjskega sloga«, tj. zdravo prehrano in gibanje oz. GŠA. Ob tem pomembno navajajo tudi razumevanje, ljubezen, pomoč in sodelovanje v družini, biti čim več skupaj kot družina ter zadosten počitek, red v hiši in čim manj gledanja televizije.

»Zdrav življenjski slog družine« je:

*Zdrava prehrana, razumevanje, gibanje in ljubezen.* (SK1, mati dečka, 41 let, srednješolska izobrazba).

*Prvo je prehrana in gibanje (da nismo lenobno razpoloženi), vsaj eno uro aktivnega življenja na dan. To bi bilo to [...].* (SK1, mati dečka, 28, srednješolska izobrazba – gimnazija).

*Mogoče jaz, ki sem bila bolj samorastnik, poudarjam red v hiši, kar pomeni redne obroke, zajtrke ter pospravljanje za sabo, zdravo prehrano, ne neumnosti (sladkarije, op. S. P.), gibanje na zraku sploh, ne dosti pred televizijo in računalnikom. Ukvarjanje z otroci čim več kar se da, ali zunaj ali v hiši igranje kakšnih družabnih iger ali da ti pomagajo pospraviti, saj tudi s tem imamo nek stik z otroki.* (SK1, mati deklice, 32 let srednješolska izobrazba)

*Zdrava prehrana in dosti gibanja [...]. To bi bilo za zdravje bistveno; da si dosti skupaj tudi kot družina – to je tudi pomembno [...]. No, to je to.* (SK1, mati deklice, 31 let, srednješolska izobrazba)

*[...] sveže skuhamo in to doma, čim manj cvrtja, drugače pa biti skupaj in si pomagati en drugemu [...]. Ko delaš vse skupaj, si najdeš čas tudi za zabavo in rekreacijo. Da preživljamo čas skupaj kot družina. Navadno se prilagajamo, da je zanimivo in namenjeno za otroke [...]. Ukvarjanje s kakšno aktivnostjo in športom, kaj podobnega, da se gibaš, da se otroci igrajo, da se družimo – ni važno, kakšen šport [...]. To je to.* (SK1, mati dečka, 43 let, višješolska izobrazba) in (SK1, oče dečka, 45 let, srednješolska izobrazba)

*Razumevanje termina »zdravega življenjskega sloga« družine v SK4.* Podobno kot matere iz SK1 navajajo zdravo prehrano in redne obroke, nadalje jih manj izpostavlja gibanje na svežem zraku, dve materi pa gibanja sploh nista izpostavili. Znova izpostavljajo: red in disciplino v družini, dobre odnose, pogovor in spoštovanje, kakovostno preživljanje prostega časa, druženje s prijatelji in sobivanje z naravo. Zanimivo je, da sta v tej skupini dve materi kot pomembno izpostavili tudi izogibanje tveganim praksam delovanja, in sicer kajenju, agresiji, drogam in alkoholu, ki jih sklene želja matere, »da je v družini na voljo dovolj časa za preživljanje in uživanje z otroki«.

*Kot zdaj v tem času je to (zdrav življenjski slog družine, op. S. P.), da se otrok nauči, kaj je zdravo za jest, da je čim bolj naravno, da se nauči živeti z naravo, se premikati in jo poslušati [...]. Npr. tudi bežati od močnega sonca in tudi to, da čuti nekako zavetje v družini, tudi če se razjeziš, da se pride stisnit k tebi, če rabi. Pa tudi, da dobi čim več informacij, da jih dobi od staršev direktno [...]. Poskrbeti morajo za to starši [...]. Povezanost z naravo in povezanost z nekim okoljem, ki daje zavetje. (SK4, mati deklice, 38 let, višješolska izobrazba)*

*Da je družina skupaj, da sodeluje [...]. Glede partnerstva, da si pomagata drug drugemu, se strinjata, imata isto mnenje [...]. Otroci to čutijo in s tem rastejo [...]. Da smo veliko zunaj, da zdravo jemo, se ne pacamo z nezdravo prehrano [...]. (SK4, mati deklice, 34 let, visokošolska izobrazba)*

*Da smo zdravi, da smo vsi skupaj, se lepo razumemo, da ni neke agresivnosti, hvala bogu, da ni droge, alkohola [...], da otrok uživa z nami. (SK4, mati deklice, 38 let, poklicna izobrazba)*

Razumevanje termina »zdravega življenjskega sloga« družine v SK2-3. Tudi v razumevanju termina zdravega življenjskega sloga v skupinah 2 in 3 lahko opazimo nekaj posebnosti, zato smo izbrali nekaj zanimivih razmišljanj, ki se dotikajo širšega konteksta razumevanja, ki poudarja vzpostavljanje družinske harmonije v sobivanju in zadovoljstvu vseh družinskih članov.

*Malo smo okuženi z definicijami [...]. No, da so vsi v družini srečni, da je družina zdrava, da se trudiš uskladiti vse, tisto, kar jih zadovoljuje [...]. Zdrav življenjski slog je še vedno: zdrav način prehranjevanja in fizična aktivnost, kar je splošno znano [...]. Vsak ima svoj način življenja, z otroki je potrebno dosti usklajevati in je odvisno od vsakega posameznika, kako mu uspe vse to sestaviti. Mi se trudimo po naših močeh [...].*

*Ja, tudi če niso vsi za šport, da so srečni, da delajo tisto, kar jih zadovoljuje. (SK2-3, mati deklice, 31 let, magisterij)*

*Predvsem to, da ni kreganja, da obstaja harmonija v družini [...], da smo usklajeni. Kot slog družine: vsaka družina je drugačna, vsaka potrebuje drugače [...]. [...] predvsem gibanje na prostem, na zraku [...]. Kakršno koli že, lahko je sprehod, kolesarjenje, vsega po malo, nisem pristaš profesionalnih rezultatov [...], bolj v smislu sprostitve [...]. (SK2-3, mati dečka, 29 let, univerzitetna izobrazba)*

*Definitivno to, kar smo mi, NE. Mislim predvsem, kar se tiče prehrane, to ne. Morda se premalo ukvarjamo s športom, predvsem midva z možem. No, morda hčerke še, vendar se midva z možem premalo ukvarjava. Predvsem, ker sva vzgled njima in tudi zaradi nas samih, bi se morala ukvarjati več.*

*Meni družina pomeni veliko (ful), da se pogovarjamo, da jemo zdravo, da se gibljemo, moraš se gibati, moraš iti ven (vsaj pol ure), da delimo mišljenje, da smo odkriti med sabo. Da se ve, kaj je mama in kaj je tata. To je zame zdrava družina [...]. Da je en zdrav in kuhan obrok kuhan doma. Podpiram, da imajo otroci neko žival, da tudi otroci dobijo obveznost. Otroke navajam tudi, da ne lažejo [...]. (SK2-3, mati dečka, 40 let, osnovnošolska izobrazba)*

*Sklep.* Pri preverjanju vloge matere v oblikovanju »zdravega življenjskega sloga družine« in razumevanju termina smo dobili vpogled, ne samo v neposredno izvajanje družinskih praks, temveč tudi v širši pomen, ki ga ima »zdrav življenjski slog« za matere. Materina vloga tudi v



naših primerih poudarja intenzivno materinjenje kot ekskluziven, v celoti otrokocentričen, čustveno vpet in dolgotrajen mandat (Hays v Arendel 2000), saj matere, ne samo da skrbijo za zdravo prehrano ter gibanje na svežem zraku, temveč tudi jasno izražajo svojo čustveno vpetost<sup>63</sup> oz. poudarjajo pomen materinjenja tudi kot sredstva, kjer otroci oblikujejo svoje identitete in se učijo položajev v družbi<sup>64</sup> (Forcey v Arendell 2000). Pri tem je poudarjena tudi vloga staršev kot vzornikov za prevzemanje »zdravega življenjskega sloga«, kar daje večjo odgovornost staršem, da prakticirajo z zdravjem povezana vedenja. Katera so ta vedenja oz. katera vedenja predstavljajo tveganje, je danes še vedno v domeni medicinske stroke. Matere se tudi v tem primeru manj osredotočajo na problem tveganih vedenj<sup>65</sup> in bolj izpostavljajo prakticiranje pričakovanih ravnanj zdravstvenih usmeritev v zdravi prehrani in gibanju (GŠA), kjer se čutijo bolj kompetentne, saj zagotavljanje prehranjevanja kot neposredne skrbi za otroke oz. kot dela gospodinjstva sodi v mandat materinjenja. Tako pri izpostavljanju družinskih praks kot tudi pri razumevanju termina »zdravega življenjskega sloga« družine pa matere poudarjajo še precej drugih praks (higieno, pozitivno razmišljanje, skupaj preživet družinski čas, zavetje in varnost, red in disciplino) ter vrednot (ljubezen, medsebojno razumevanje, sodelovanje), kjer nekatere že postajajo predmet medikalizacije družbe, saj se ne presoja le o vedenju, ampak tudi o skritih mislih in čustvih ter se jih kategorizira kot zdrave ali nezdrave (Kamin 2006, 46).

Z namenom preglednejšega razumevanja razlik in podobnosti družinskih praks po posameznih skupinah otrok in njihovi gibalni učinkovitosti smo pripravili preglednico z najznačilnejšimi rutinami, praksami in podatki, ki smo jih zaznali za značilne in ki jih razlikujejo posamezne skupine družin glede na skupino gibalne učinkovitosti otrok. Te bomo predstavili po posameznih tematskih sklopih, ki so bili zajeti z vprašanji v polstrukturiranih intervjujih: preživljanje popoldnevov in delitev družinskega dela po spolu, preživljanje vikendov, preživljanje počitnic, starševska podpora, izvajanje zdravih praks in razumevanje termina »zdrav življenjski slog« intervjuvank in enega intervjuvanca.

---

<sup>63</sup> Izjava matere, ki navaja čustveno vpetost: »Meni družina pomeni veliko (ful) [...], da deluješ kot družina, da si povezan. To mi veliko pomeni. [...] mi dosti pomeni, da je zdravstveno stanje družine dobro, da smo skupaj in se imamo radi in se igramo.«; »[...] z otroki je potrebno dosti usklajevati in je odvisno od vsakega posameznika, kako mu uspe vse to sestaviti. Mi se trudimo po naših močeh.«

<sup>64</sup> Materinjenje kot sredstvo za oblikovanje identitete: »S tem, da učimo tudi otroke [...], da se navadijo, da čim več hodijo [...].«; »Da se ve, kaj je mama in kaj je tata. To je zdrava družina. [...] Podpiram, da imajo neko žival, da tudi otroci dobijo obveznost. [...] navajam otroke, da ne lažejo [...].«; »[...] bom vztrajala, da se hčerka tudi usmeri v šport, ker je pomembno za razvoj, tako fizični kot psihični [...], da otrok pridobi življenjske navade, se navadi na red, na disciplino, da se prej osamosvoji.«; »[...] da se otrok nauči, kaj je zdravo za jest [...], da se nauči živeti z naravo, se premikati in jo poslušati [...], da čuti nekako zavetje v družini.«

<sup>65</sup> Izogibanje oz. neprisotnost tveganih praks sta izpostavili le dve materi iz SK4.

Tabela 4.29: Preglednica družinskih praks glede na otrokovo gibalno učinkovitost

<b>SK1 – skupina gibalno najučinkovitejših otrok (n = 10)</b>	<b>SK4 – skupina gibalno najmanj učinkovitih otrok (n = 14)</b>	<b>SK2-3 – skupina gibalno povprečno učinkovitih otrok (n = 26)</b>
<b>Preživljanje popoldnevo</b>		
V večini si skrb za otroka delita starša, popoldneve tretjina družin preživlja skupaj (sprehodi, igrišče, dvorišče), večja odsotnost očetov zaradi službenih obveznosti.	Dve tretjini mater prevzema neposredno skrb in čas za preživljanje popoldnevo (igrišče in opravki) z otrokom, 5 očetov službeno odsotnih ves dan.	Starši pogosteje v dvoizmenskih službah, mati bolj pogosto preživlja popoldneve sama z otrokom (na igrišču, dvorišču, po opravkih).
<b>Delitev družinskega dela po spolu</b>		
3 matere imajo pomoč očeta (v čiščenje in kuhanje) in sorodnikov. 5 mater poroča tudi o pomoči sorodnikov. 3 matere nimajo nikakršne pomoči.	Več mater ima izmensko delo – 11 družin ima sorodniško pomoč (varovanje otrok ob večizmenskem delu). Skoraj ¾ mater nima pomoči (očetje bolj odsotni).	Veliko pomoči sorodnikov zaradi dvoizmenskega dela. Več kot polovica očetov službeno odsotnih do večera, gospodinjsko delo bremeni večinoma matere.
<b>Preživljanje vikendov</b>		
Skoraj 2/3 zelo aktivno: izleti, daljši sprehodi, pohodi. 1/3 pri starih starših ali le z enim staršem (drugi dela), še vedno aktivno.	Večina jih preživlja manj aktivno: so bolj doma, več spijo, več gledanja televizije, pospravljajo, nakupujejo. Nekateri starši delajo ob sobotah, ostane jim le nedelja. 3 družine: občasno na izlet, sprehod, delo na njivi.	Zaradi dela ob sobotah ostane le nedelja, ni časa za daljše izlete, bolj za sprehode, obiske, opravke ...
<b>Preživljanje počitnic</b>		
Slabi 2/3 družin aktivno preživlja počitnice – poleti: morje, hribe; pozimi: smučanje ali toplice. Druge družine: več krajših počitnic (zaradi narave dela ali finančnih razlogov).	Četrtnina družin (na morje, v hribe, smučanje). Druge družine: krajše, manj organizirane počitnice (slaba 2/3 jih ne smuča – bi želeli; finančne težave in problem dopusta – sezonsko delo).	Manj kot polovico družin počitnice preživlja na morju, v hribih/toplicah. Druge družine: več krajših počitnic (problem dopusta, na pomoč priskočijo tudi stari starši).
<b>Starševska podpora</b>		
5 mater iniciatorke, pomoč pri GŠA, 60 % očetov tudi učitelji novih veščin, pomoč pri GŠA, tudi starejši sorojenci in stari očetje. ZG GŠA 9/10 parov poroča o aktivnosti v otroštvu, tudi stari starši očeta.	Matere iniciatorke, očetje učitelji, poslužujejo se tudi strokovnjakov. Očetje imajo z razliko od mater večino GŠA zgodovino (ni pomoči sorojencev ali starih staršev).	Starši manj vključeni, matere v manjši meri v vlogi iniciatorke, le pomoč pri izpolnjevanju želja otroka, nimajo športnih ambicij, zaradi odsotnosti očetje manj v vlogi učiteljev; pomoč od starih očetov.
<b>Izvajanje k zdravju usmerjenih družinskih praks</b>		
Vseh 10 mater skrbi za zdravo prehrano (sveža, domača, sadje in zelenjava), 3 matere: veliko na svežem zraku in gibanje, 2-krat higiena in 2-krat prehranski dodatki.	¾ mater: zdrava prehrana (domača, zelenjava, redni obroki – brez sladkarij. ¼ mater poleg zdrave prehrane dodaja prehranske dodatke in vitamine. Le 2 materi sta navedli gibanje, svež zrak, mirnost in dobro spanje.	Vse matere: zdrava prehrana, odsotnost sladkarij, slanosti prigrizkov, več mater omenja gibanje na svežem zraku; da je družina skupaj in da je mati tista, ki poskrbi za pozitivno naravnost članov družine.
<b>Razumevanje termina »zdrav življenjski slog družine«</b>		
ZŽS: 2/3 mater: prehrana in gibanje, ni omenjenih tveganih praks. Enak delež: razumevanje, ljubezen, pomoč, sodelovanje, čim več časa preživeti skupaj ter počitek in red.	ZŽS: zdrava prehrana in redni obroki, 2 materi sta izpostavili gibanje, 2 pa izogibanje tveganim praksam: kajenje, alkohol, droge, agresivnost. Red in disciplina, dobri donosi, pogovor in spoštovanje.	ZŽS: večina zdrava prehrana in gibanje ... dodatno družinska harmonija, da »delamo tisto, kar nas osrečuje«, poudarek na edinstvenosti vsake družine, opazen kritičen odnos do sedanjega ŽS.

## 5 DISKUSIJA

Proučevanje »zdravega življenjskega sloga družine« se je v našem primeru izkazalo za zelo kompleksno. Prvi izziv nam je predstavljala že operacionalizacija ideološke sintagme »zdrav življenjski slog«, torej ugotoviti, kaj predstavlja, kako ga opredeliti in ali ga je mogoče izmeriti oz. mu določiti meje glede na aktualni medicinski diskurz. Z nadaljnjo operacionalizacijo »zdravega življenjskega sloga« nam je prek modela ZŽSD in kvantitativne analize uspelo proučiti GŠA družine in njeno povezanost z gibalno učinkovitostjo otroka oz. njegovim telesnim kapitalom. Teoretični koncepti, predvsem paradigma »zdravih življenjskih slogov« (Cockerham 2005) in *The forms of capital* (Bourdieu 1986) sta nam omogočili širši sociološki vpogled v strukturne spremenljivke, ki pogojujejo oblikovanje življenjskih slogov.

### 5.1 Ugotovitve in interpretacija rezultatov

#### 5.1.1 *Povezanost med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami (elementi modela ZŽSD)*

Pri proučevanju povezave med gibalno učinkovitostjo in družinskimi praksami (elementi ZŽSD) regresijska analiza ni zaznala statistično značilnih povezav. Nadalje rezultati kvazikanoničnih korelacij nakazujejo precej nelogične, negativne povezave med elementi EGV (gibalno učinkovitostjo) in kajenjem očeta, ki se je tudi v nadaljnjem proučevanju pokazala za tvegano prakso, ki vsaj na proučevanem vzorcu ne kaže neposredne povezanosti z gibalno učinkovitostjo otroka.

Z namenom nadaljnjega vpogleda v družinske prakse, torej elemente »zdravega življenjskega sloga družine«, smo poleg GŠA podrobneje obravnavali tudi prehranske prakse in za zdravje tvegane prakse glede na gibalno učinkovitost otroka, ki smo jih obravnavali prek modela vrednotenja elementov »zdravega življenjskega sloga družine« (model ZŽSD). Ker slednji ne razlikuje življenjskih slogov družin (skupaj družinske prakse po točkah) med podpovprečno in nadpovprečno učinkovitimi otroki, smo pri interpretaciji izhajali iz deskriptivne analize frekvenčne porazdelitve otrok po skupinah gibalne učinkovitosti in uvrstitvi njihove družine v skupino »zdravega življenjskega sloga« ter ugotovitev kvalitativne analize intervjujev. Ker je bil model postavljen kot idealni tip, je bilo pričakovati, da se bo malo družin uvrstilo v prvo skupino; skupino, ki prakticira »najbolj« zdrav življenjski slog. Po razvrstitvi družin po kriteriju doseganja točk jih sicer nekaj prakticira »najbolj« zdrav življenjski slog, vendar se večina družin uvršča v drugo skupino s povprečno »zdravim« življenjskim slogom, le v štiri družinah beležijo »manj« zdrav življenjski slog, medtem ko nobena ne prakticira »najmanj« zdravega

oz. »nezdravega« življenjskega sloga. V navezavi z razvrstitvijo gibalne učinkovitosti otrok po skupinah večina gibalno najbolj učinkovitih otrok (SK1) prihaja iz družin z »zdravim« življenjskim slogom (2. skupina) in eden celo z »najbolj« zdravim življenjskim slogom, kot tudi hkrati velika večina gibalno najmanj učinkovitih otrok (SK4), kjer jih sicer le nekaj beleži rezultat »manj« zdravega življenjskega sloga. Pokazalo se je torej, da naši otroci, ne glede na gibalno učinkovitost, prihajajo iz družin z družinskimi praksami, ki jih po modelu ZŽSD uvrščajo med zdrav življenjski slog. Pri vpogledu v posamezne elemente (determinante) zdravega življenjskega sloga glede na dosežene rezultate v modelu ZŽSD pa nas je zanimala predvsem povezava količine GŠA z gibalno učinkovitostjo otrok. Ugotovili smo, da se v skupine družin z najnižjimi točkami skupne GŠA (skupini GŠA3 in GŠA4) uvršča kar sedem od osmih družin, katerih otroci sodijo med »gibalno manj učinkovite« in »gibalno najmanj učinkovite« otroke. Rezultat bi lahko razlagali z »negativno« povezanostjo količine GŠA družine in gibalno učinkovitostjo otroka oz. bi lahko sklepali, da gibalna/športna neaktivnost družinskih članov bolj verjetno privede do slabše otrokove gibalne učinkovitosti in s tem manjšega telesnega kapitala. Omenjeno bi lahko prenesli na izpostavljen problem povečanja neaktivnosti kot svetovnega trenda (The Global Observatory for Physical Activity 2015), ki ga beležijo že pri populaciji otrok in mladostnikov (Biddle in drugi 2004; Sallis in drugi 2000; Završnik in Pišot 2005, Page 2009; Ortega in drugi 2013; Volmut in drugi 2013; Ekelund in drugi 2013) ter ob tem opozorili na posledice, ki jih neaktivnost prinaša za otrokov razvoj.

Podrobnejši vpogled v GŠA družine nadalje kaže, da polovica družin dosega priporočljivo minimalno raven GŠA (75 % otrok), vendar pa je zaskrbljujoč podatek, da je delež HEPA aktivnih (dosegajo tedensko raven GŠA za zdravje) tako otrok kot očetov le 17- oz. 15-odstoten, pri tem pa je alarmanten odstotek (68 %) mater, ki se subjektivno ocenjujejo za neaktivne. Podobno je v razvrstitvi družin v štiri skupine glede na ovrednoteno GŠA (tedenska, aktivno preživljanje vikendov in počitnic), kjer se le 15 družin (17 %) uvršča v prvi dve skupni, ki kažeta na večjo skupno GŠA družinskih članov.

Ugotovljeno lahko razlagamo, da ob vplivu bioloških dejavnikov, ki determinirajo otrokov gibalni razvoj, prenos gibalnih/športnih praks družine in skupno GŠA družinskih članov, ni nujno edini dejavnik, ki vpliva na gibalno učinkovitost otroka oz. njegov telesni kapital. Podatki iz kvalitativnih intervjujev nakazujejo povezanost gibalne učinkovitosti otrok s prisotnostjo staršev v prostem času oz. času, »osvobojenem od ekonomske nujnosti«, ki ga preživijo z otrokom. Tu so predvsem izpostavi pomembna očetova prisotnost v skupnih GŠA, še posebej, če je otrok moškega spola (Di Lorenzo 1998). Preneseno v Bourdiejevo teorijo kapitalov je

»dolžina časa, v katerem posameznik lahko podaljša njegovo usvajanje ali pridobitev (kapitala), odvisna od dolžine časa, ki mu ga lahko družina nudi s svojim prostim časom (časom, ki je prosto zadovoljevanju osnovnih potreb, op. S. P.), kar je predpogoj za začetek akumulacije kapitala« (Bourdieu 1986:246 v Shilling 1991). Ob tem pa se moramo zavedati, da rezultat skupne GŠA družine ne odraža nujno časa, namenjenega le za GŠA z otrokom oz. skupno družinsko GŠA. Iz podatkov vprašalnika in intervjujev je bilo razbrati, da aktivni očetje veliko kolesarijo sami ali pa se udeležujejo drugih oblik rekreacije (plavanje, nogomet, košarka). Ob tem ne smemo zaobiti tudi morebitnega vpliva zajemanja podatkov o GŠA prek subjektivne ocene staršev o količini GŠA družinskih članov. Različna percepcija količine in intenzivnosti GŠA na tedenski ravni je bila zaznana kljub dodatni razlagi raziskovalca med intervjujem.

Drugi element proučevanja so predstavljale prehranske prakse kot prakse »zdravega življenjskega sloga«. V našem primeru nismo ugotovili razlik med razporeditvijo otrok po skupinah glede na gibalno učinkovitost. Na splošno smo zaznali precejšnje znanje mater o smernicah zdrave prehrane, kar so pokazali tudi prehranskih režimi družin, saj so večinoma vsi, razen izjeme, po vrednotenju sodili v prvi dve skupini z »zdravimi« in »precej zdravimi« prehranskimi praksami. Tudi iz intervjujev je bilo zaznati, da večina mater dobro pozna prehranska priporočila, jim poskuša slediti in se dodatno informirati. Predvsem pa se je pokazalo, do so redni kuhani obroki z domačo hrano tisti, ki so materam pomembni in jim pomenijo eno od glavnih dnevnih skrbi za družino.

Podobno kot pri prehranskih praksah družin se tudi pri prakticiranju zdravju tveganih praks tretjina družin otrok iz skupine gibalno najbolj učinkovitih (SK1) uvršča v prvo skupino družin z najmanj tveganimi praksami oz. v tej skupini beležimo enakomerno prisotnosti vseh skupin. Izjemo predstavlja primer otroka iz SK1, ki prihaja iz družine, ki se je kot edina uvrstila v skupino družin s praksami največjega tveganja za zdravje.<sup>66</sup> Navedeni rezultati kažejo na to, da otrokova gibalna učinkovitost v našem primeru ni neposredno povezana s prakticiranjem za zdravje tveganih praks vseh družinskih članov, kar je bilo nakazano tudi v kvazikanonični analizi različnih skupin spremenljivk (poglavje 4.1.2). Seveda pa lahko kot omejitvev štejejo tudi postavljen model vrednotenja za zdravje tveganih praks, na katerega vpliva tudi subjektivna ocena intervjuvanega starša.

*Sklep.* Ugotavljamo, da je povezava med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami (ki smo jih proučevali glede na postavljen model ZZSD) zelo šibka in statistično neznačilna.

---

<sup>66</sup> V tem primeru starša redno kadita, v družini pa je pri vseh članih opazno konzumiranje manj primernih (sladkih in gaziranih) pijač.

Družine v večini prakticirajo z zdravjem povezane družinske prakse, ki pa razen izkazanega vpliva neaktivnosti družinskih članov (skupna GŠA) na slabšo gibalno učinkovitost otroka nimajo večjega vpliva na gibalno učinkovitost otroka. Matere predvsem veliko pozornost posvečajo prehrani (sveži in domači hrani, uživanju sadja in zelenjave), medtem ko je GŠA sicer poudarjena kot pomembna, vendar pa pri tem ne kažejo takšne kompetentnosti kot pri prehranskih praksah. Pri poročanju podatkov o družinskih praksah je bilo predvsem pri prakticiranju za zdravje tveganih navad občasno opaženo precej zadržano poročanje, ki je verjetno posledica stigmatizacije prakticiranja tveganih praks (kajenje in konzumiranje alkohola), kar lahko vpliva na manjšo objektivnost podatkov.

#### *5.1.2 Povezanost med gibalno učinkovitostjo otroka ter demografskimi, socioekonomskimi in bivalnimi dejavniki družine*

Ugotavljanje povezanosti med gibalno učinkovitostjo otroka in značilnostmi staršev (ITM matere in očeta, starost matere in očeta ter izobrazba matere in očeta) smo najprej iskali s kanonično in kvazikanonično analizo korelacij. Rezultati izkazujejo sicer šibke povezave, ki nakazujejo, da otroci, katerih starši so mlajši, bolj verjetno dosegajo boljše rezultate v nekaterih gibalnih vzorcih (hitrosti teka, plezanja in višini skoka). Mlajši starši so bili tudi opaženi v deskriptivni analizi značilnosti družin skupine otrok z večjo gibalno učinkovitostjo. Navedene povezave bi lahko razložili z gibalnimi spodbudami, ki jih mlajši starši bolj verjetno lahko nudijo otroku, kar se potem odraža na razvoju gibalne učinkovitosti otroka. Analiza tudi nakazuje, da otroci staršev z višjo izobrazbo bolj verjetno počasneje in manj skladno plazijo, medtem ko otroci, katerih matere imajo nižjo izobrazbo in sta oba starša starejša, hodijo počasneje od vrstnikov iz vzorca. Višja dosežena izobrazba bi lahko pomenila tudi večjo delovno obveznost staršev, ki ga potrjujejo tudi ugotovljene značilnosti družine otrok z najnižjo in povprečno gibalno učinkovitostjo iz kvalitativne analize intervjujev, kjer je opazna večja odsotnost staršev zaradi dela, predvsem očetov. Značilnosti proučevanih staršev izkazujejo šibko povezanost z gibalno učinkovitostjo otroka, zato bomo pri sklepih to tudi upoštevali.

Ugotavljamo tudi, da so korelacije med rezultati gibalne učinkovitosti otrok ter značilnostmi bivalnega okolja (tip prebivališča in bivalno okolje družine) in družinskega ekonomskega statusa (dohodek na družinskega člana, subjektivna ocena družbenega razreda družine, število otrok v družini) tudi v tem primeru nizke ali nične, torej ni statistično značilnih povezav. Kvazikanonična korelacija pa nadalje kaže na določene povezave med otroki družin z nižjim dohodkom in nižjim subjektivno ocenjenim družbenim razredom družine ter njihovi manjši učinkovitosti v plezanju in skoku ter večji skladnosti vzorca plazenja. Omenjeni rezultati ne

nudijo logičnih sklepov, saj je korelacija prenizka za ustrezno interpretacijo. Lahko bi izpostavili sicer nizko korelacijo med bivanjskimi pogoji in hitrostjo ter skladnostjo hoje otrok, kar lahko nakazuje, da otroci, ki živijo v mestu ali bloku, bolj verjetno počasneje in manj skladno hodijo. Rezultate lahko potrdimo tudi z ugotovitvami iz kvalitativne analize, kjer je bilo ugotovljeno, da več otrok iz skupine najmanj gibalno učinkovitih živi v bloku, kjer so njihove možnosti za prosto gibanje manjše v primerjavi z otroki, ki živijo v primestju in hiši z dvoriščem ali vrtom. Tudi druge raziskave potrjujejo pozitivno povezanost bivanjskega okolja s stopnjo GŠA. Manjša povezanost in prometnost ulic ter urejenost okolice pozitivno vplivajo na GŠA otrok v soseski, medtem ko občutje varnosti in urejene kolesarske poti in pešpoti pozitivno vplivajo na stopnjo GŠA otrok na javnih rekreacijskih površinah (Tape in drugi 2013). Nasprotno pa slabše povezave, neurejenost in zaznana nevarnost soseske korelirajo z nižjo stopnjo GŠA oz. večjo stopnjo neaktivnosti zaradi sedentarnih navad otrok, ki so pogosteje povezane z zaslonskim preživljanjem prostega časa (Hayley in drugi 2017).

Navedena interpretacija kanonične in kvazikanonične korelacijske analize kot manj natančne metode zaradi same omejenosti ni pokazala statistično značilnih povezav in ne prinaša pomembnih ugotovitev, lahko pa potrjuje nekatere znanstvene ugotovitve, ki jih razberemo iz nadaljnje kvalitativne – sociološke raziskave:

- pozitivno povezanost bivanjskega okolja s količino GŠA otrok in gibalno učinkovitostjo,
- povezavo med starostjo in spolom staršev ter količino GŠA otroka.

Nadalje smo se osredotočili na proučevanje posebnosti, ki se nanašajo na značilnosti družin, katerih otroci so učinkovitejši v izvedbi EGV. S tem namenom smo na podlagi deskriptivne analize oblikovali tudi profil družin, kjer otroci dosegajo nadpovprečne rezultate merjenj EGV, skupina družin v SK1 (podrobneje v poglavju 3.4.5), katerega smo primerjali s profilom družin v SK4, kjer otroci dosegajo najmanjšo gibalno učinkovitost. Na podlagi analize razlik med vsemi značilnostmi staršev (test One-way ANOVA in dodatni *post hoc* test) glede na skupine otrok po gibalni učinkovitosti otrok (SK1, SK4 ter SK2 in SK3) sicer nismo našli statističnih razlik, razen v starosti očeta, zato smo z deskriptivno analizo vprašalnika in kvantitativno analizo polstrukturiranih intervjujev izpostavili le značilnosti, ki razlikujejo posamezne skupine.

V skupini SK1 – gibalno najučinkovitejših otrok z največjim telesnim kapitalom:

- prevladujejo dečki;
- so v večini edinci ali prvorojenci;
- so njihovi starši v povprečju mlajši;
- se večina družin uvršča v srednji in višji ekonomski razred;
- imajo starši predvsem srednjo stopnjo izobrazbe;
- večina očetov redno kadi (v primerjavi s SK 4, kjer kadi le dobra tretjina);
- je večina staršev polno zaposlenih (je manj staršev glede na druge skupine, ki dela izmensko delo);
- se večina mater lahko zanese na pomoč sorodnikov, v nekaj primerih tudi na pomoč partnerja pri gospodinjskih opravilih (delitev dela);
- polovica otrok popoldneve redno preživlja skupaj z obema staršema;
- večina družin skupaj aktivno preživlja vikende (npr. izleti, daljši sprehodi, pohodi) kot tudi počitnice (poleti v hribih ali na morju; pozimi smučanje ali toplice);
- v večini družine živijo v primestju, v eno- ali dvodružinski hiši z vrtom ali dvoriščem, pogosto so v isti hiši ali bližini tudi stari starši;
- poleg mater, ki so tudi v drugih skupinah največkrat pobudnice za GŠA otroka, je v tej skupini več očetov, ki otroke učijo novih športnih veščin; zaznana je pomoč sorojencev in starih očetov;
- večina očetov kot tudi mater ima športno preteklost (so bili v mladosti vključeni v šport);
- matere poleg zdrave prehrane kot »zdravo« prakso družine bolj pogosto navajajo gibanje na svežem zraku in manj uporabljajo prehranske dodatke.

Deskriptivna analiza proučevanih družin glede na otrokovo gibalno učinkovitost nadalje kaže, da ne moremo govoriti o statistično značilnih razlikah v SES (izobrazbi, dohodku na družinskega člana in subjektivni uvrstitvi družine v družbeni razred) med skupino gibalno najučinkovitejših otrok kot tudi ne v skupinah najmanj (SK4) in povprečno učinkovitih otrok (SK2, SK3). Lahko pa ugotovimo večjo delovno aktivnost staršev SK1 v primerjavi s SK4, saj so v veliki večini vsi starši zaposleni za polni delovni čas, medtem ko lahko opazimo večjo nezaposlenost staršev (mater) iz SK4, kar pojasni tudi večjo neenakomerno porazdelitev dohodka na družinskega člana v skupini. V tem kontekstu lahko izpostavimo določene razlike v SES proučevanih skupin, saj lahko povežemo delež (30 %) tistih iz skupine SK4, ki izkazujejo nižji dohodek (pod 500 evrov/člana/mesec) z deležem tistih staršev (15 %) iz SK4, ki so v vprašalniku poročali, da je največkrat ovira za neizvajanje GŠA v družini prav pomanjkanje



finančnih sredstev. Slednje lahko kaže na trenutni slabši ekonomski status družin in s tem manj virov za aktivnejše preživljanje prostega časa.

Iz predstavljenih raziskav smo spoznali, da ljudje, ki se uvrščajo v višji srednji in višji razred (primer iz Velike Britanije) (Bexter, 1990), bolj skrbijo za svoje zdravje kot delavski, nižji razred. V našem primeru sicer ne moremo neposredno govoriti o različnih družbenih razredih, kar je razvidno že iz izobrazbene strukture in dohodkov obeh proučevanih skupin (SK1 in SK4). So pa gotovo manjše razlike, ki smo jih navedli, v trenutni zaposlenosti staršev, in s tem nižji ekonomski viri lahko tisti socioekonomski pogoji, ki družini determinirajo, v kolikšni meri in kako zdrav življenjski slog lahko učinkovito prakticira. V našem primeru, ko je primarni fokus GŠA kot ena od determinant »zdravega življenjskega sloga«, lahko sklepamo, da imajo posamezne družine prav zaradi manjših finančnih virov omejene pogoje (manjše možnosti) za izvedbo GŠA v okviru družine (v smislu aktivnega preživljanja vikendov, počitnic) oz. so zaradi večje zaposlenosti enega od staršev (očeta) tudi časovno omejene. »Osvobojenost od ekonomske nujnosti« (Bourdieu 1984) kot pomemben pogoj za dosego gibalne učinkovitosti, ki jo beležimo kot telesni kapital otroka, pa za družino pomeni tudi, da ima primerne finančne vire in druge možnosti (enoizmensko delo, delo v domačem kraju, možnost dopusta ipd.) za aktivno preživljanje skupnega prostega časa, vikendov in počitnic.

Rezultati deskriptivne in kvalitativne analize tako kot v kanonični in kvazikanonični analizi nakazujejo, da so bivalni pogoji pomemben dejavnik za doseganje gibalne učinkovitosti, saj potrjujemo, da otroci iz SK1 v večini živijo v primestju, eno- ali dvodružinski hiši z vrtom in/ali dvoriščem, v nasprotju z družinami gibalno najmanj učinkovitih otrok, ki prebivajo v mestu in blokovskih stanovanjih. Ugotavljamo tudi razlike v prostoru, kjer otrok najpogosteje preživlja prosti čas, saj najbolj gibalno učinkoviti otroci (SK1) v celoti prosti čas preživijo na vrtu oz. dvorišču, urejenem otroškem igrišču oz. v kombinaciji teh površin<sup>67</sup>, medtem ko je tega v skupini najmanj učinkovitih manj ter se pojavlja v kombinaciji stanovanja in mestnega parka oz. urejenega otroškega igrišča. Tudi najpogostejši razlogi, ki starše odvrnejo od aktivnega preživljanja prostega časa, dokazujejo, da starši gibalno najučinkovitejše skupine kot razloge, ki jih odvrnejo od GŠA, ne navajajo slabše dostopnosti do GŠA in slabših prostorskih pogojev za gibanje.

---

<sup>67</sup> Op. zajem podatkov smo izvajali od maja do julija 2010, v času toplega in stabilnega vremena, zato je bilo zabeleženo tudi poročanje staršev o večji količini časa, preživetega zunaj.

5.1.3 *Kako se v družinskih praksah reflektirajo imperativi sodobnega starševstva (»odgovornega« in »intenzivnega« starševstva, »protektivnega« otroštva, »aktivnega« očetovstva in »otrokocentričnosti«?)*

Proučevanje prisotnosti imperativov sodobnega starševstva v aktualnih fenomenih smo proučevali s kvalitativno analizo, kjer smo predvsem poskušali ujeti družinsko dinamiko in delitev vlog v družinskem delu, predvsem z vidika aktivnega preživljanja družinskega časa.

V kvalitativni primerjavi družinskih praks skupin najučinkovitejših otrok (SK1) in gibalno najmanj učinkovitih (SK4) ter s skupinama SK2 in SK3, kamor se uvrščajo otroci s povprečno in slabšo gibalno učinkovitostjo, smo ugotovili nekaj posebnosti:

– *odsotnost zaradi dela*

Ugotovljena je večja odsotnost med tednom zaradi dela na strani očetov, predvsem v SK4 bi lahko govorili o pojavu fenomena »vikend očetov« (Rener in drugi 2008), saj je aktivnost v družinskem delu očetov večja ob vikendih. Hkrati pa to pomeni večjo angažiranost mater v skrbi za otroke med tednom. Manj odsotnih očetov zaradi službenih obveznosti najdemo v SK1, kjer tudi bolj pogosto navajajo skupno preživljanje družinskega časa. V skupini povprečno učinkovitih otrok (SK2) smo zasledili večjo odsotnost mater, in sicer več kot polovica mater dela dvoizmensko ali zelo zgodaj zjutraj.

Odsotnost z dela zaradi službenih obveznosti med tednom in t. i. fenomen »vikend očetov« bi si lahko razlagali v še vedno prisotni definiciji moške kariere kot prioritete v primerjavi s partneričino. Ob tem je bilo iz intervjujev mater zaznati prisotno toleranco do »distanciranega očeta kot materialnega preskrbovalca«<sup>68</sup> družine (Rener in drugi 2008) oz. do neprisotnosti očeta (značilnost novega očetovstva), ki ji sicer poleg večje vpletenosti v družinsko delo, pozna modernost daje legitimiteto (Hern, Pringle v Rener 2008, 40).

---

<sup>68</sup> V modernosti je z modelom hegemonске moškosti kot družbeno zaželene in dominantne moškosti nastala ključna dimenzija »distancirani oče kot materialni preskrbovalec« (model *male bread-winner*) – ta model je protežiran kot socialno funkcionalna zaželena oblika očetovstva (funkcionalizem Talcotta Parsonsa) (Rener, 2008).

– *Delitev družinskega dela*

Družine gibalno najbolj učinkovitih otrok so družine, kjer si starša v večini delita skrb za otroka. Skrb očetov je največkrat dodeljena na transport otroka v in iz vrtca, v preživljanju popoldanskega prostega časa z otrokom ter občasni pomoči pri kuhi in sesanju. Matere sicer navajajo to kot delitev dela in definirajo kot pomoč pri gospodinjstvu, se pa tudi v našem primeru potrjujejo ugotovitve slovenske raziskave (Rener in drugi 2006), da gospodinjstvo ostaja v domeni mater, ki večino gospodinjskih del opravljajo same, če gre za delitev dela s partnerjem, pa je ta delitev navadno preferenčna. Očetje torej opravljajo prijetnejša in manj rutinska dela. Večina družinskega dela, ki je v domeni moških, kot je bilo razvidno iz intervjujev, odpade na urejanje okolice in skrbi za otroke, predvsem je to igra z otroki. Ker v najučinkovitejši skupini SK1 prevladujejo dečki, ni naključje, da je v veliki večini tudi tu navedena prisotnost očeta pri zagotavljanju podpore v izvajanju in učenju novih oblik športnih aktivnosti otroka. Ugotavljamo tudi, da večja odsotnost mater zaradi dela v SK2 nasprotno ne prenaša recipročno skrb na strani očetov, temveč se kaže v večji angažiranosti starih mam, tašč, sester in drugi sorodnikov ženskega spola. Potrdimo lahko slovenski primer prenosa družinskega dela (pomoči v opravljanju skrbi za otroke) v sfero v našem primeru le neplačanega dela (sorodniške mreže in prijateljske mreže) (Rener 2008, 43). V najučinkovitejši skupini SK1 v primerjavi z drugimi skupinami beležimo tudi večjo pristnost sorodniške pomoči (mater, tašč ali sester oz. drugih sorodnikov), predvsem pri kuhanju in varovanju otrok. Razlog za to lahko najdemo v značilnostih bivalnih pogojev, saj veliko družin iz SK1 biva v primestju v dvodružinskih hišah skupaj s starimi starši ali pa ti stanujejo v bližini. Le manjši delež mater te pomoči nima in za gospodinjstvo skrbijo same.

– *»Aktivno« očetovstvo*

Vlogo očeta v družinskem delu smo zaradi fokusa na GŠA kot determinante »zdravega življenjskega sloga« družine obravnavali v smislu starševske podpore v GŠA. Z vidika »aktivnega očetovanja« predstavlja ta vloga predvsem izvajanje opravil, ki jih oče obvlada in so prijetnejša (igra z otrokom, učenje novih športnih veščin), ki so fleksibilnejša (npr. GŠA med vikendi, počitnicami) in se je o izvedbi možno dogovoriti z materjo (Rener 2008). Delež očetov v vlogi iniciatorja in učitelja nove športne aktivnosti je v skupini SK1 večji kot v skupinah gibalno manj učinkovitih otrok. Zanimivo je tudi, da so pri učenju novih gibalnih vzorcev matere iz SK1 kot pomoč navedle tudi sorojence; starejšega brata ali sestro, beležimo pa tudi primere, ko podporo pri GŠA nudijo tudi stari očetje. Vloga podpore otroku v GŠA tako očetov kot mater se kaže kot zelo pomembna z vidika oblikovanja »utelešenega kulturnega kapitala« oz. telesnega kapitala, ki se začne že ob rojstvu in traja celotno socializacijo (Bourdieu v

Shilling 191). Če otrok podpore staršev v GŠA ne prejme v otroštvu, je z vidika akumulacije kapitala to izgubljeni čas.<sup>69</sup> Nadomeščanje tega časa je nadalje odvisno od številnih dejavnikov, med drugim tudi od socialno-ekonomskega statusa družine oz. njegove »osvobojenosti od ekonomske nujnosti«, v smislu, da starši lahko svoj prosti čas usmerjajo v pridobivanje in utelešenje telesnega kapitala otroka (Bourdieu v Kamin 2011).

– *»Intenzivno« starševstvo, »otrokocentričnost« in »protektivno« otroštvo*

V vseh proučevanih družinah smo od intervjuvanih mater evidentirali intenzivno delovanje mater, predvsem z vidika pomembnosti in odgovornosti za zdrav razvoj otroka. Matere, ki so bile tudi sogovornice v intervjujih, so pokazale pozitiven pristop in ozaveščenost o pomembnosti GŠA za otrokov razvoj, zato ni naključje, da se v več kot polovici primerov prav matere pojavijo kot pobudnice za učenje ali participacijo otroka v GŠA, pri čemer ni opaznih razlik med skupinami gibalno bolj ali manj učinkovitih otrok. Opazili pa smo, da se njihova stališča po vključevanju v šport razlikujejo predvsem glede na njihove izkušnje z GŠA v mladosti, saj matere brez izkušenj preferirajo bolj rekreativno udejstvovanje otroka v športu, saj jih moti prerana usmerjenost v tekmovalnost (SK2, SK3). Sicer pa vloga mater, ki smo jo zaznali prav v intervjujih, še vedno kaže na tradicionalno vlogo materinstva z odgovornostjo za zagotavljanje neposredne skrbi za otroke, kar bomo podrobneje predstavili v nadaljevanju.

#### 5.1.4 *Vloga matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom« družine*

Nadalje smo se osredotočili na individualizacijo nenehne skrbi za zdravje (odgovornosti za zdravje), ki jo je deležna tudi družina v pozni modernosti. S skrbjo za zdravje prek ideologije preventive naj bi družina oblikovala »zdrav življenjski slog«. Glede na medijsko vlogo matere kot primarno dajalko skrbi (neposredna skrb za otroke) (Švab 2001) smo si zastavili vprašanje: *Kašno vlogo imajo matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom« družine?*

Naše matere kažejo dobro poznavanje prehranskih smernic in zdravstvenih priporočil ter skrbijo za »zdravo« prehrano, ki jo razumejo kot sveže kuhano, iz domačih sestavin, v obliki rednih obrokov, z veliko sadja in zelenjave, s čim manjšim vnosom sladkorja ter redko uživanje ocvrte hrane. Predvidevamo, da je pogosta uporaba prehranskih dodatkov (vitaminov in mineralov, homeopatskih dodatkov) odraz aktivne medijske prisotnosti ideologije preventive, ki se je pokazala bolj na strani mater iz SK4 kot mater iz drugih skupin. Vloga mater pri

---

<sup>69</sup> S »časom akumulacije« telesnega kapitala se razume čas, ki ga v času primarne socializacije starši v obliki starševske podpore za GŠA nudijo otroku (ter vključuje njihovo lastno angažiranost, angažiranost strokovnjakov ter ekonomskega vložka v opremo in druge pogoje za GŠA).

zagotavljanju GŠA se je izkazala sicer kot aktivna predvsem v pobudi za usvajanje novih gibalnih veščin, manj pa so prisotne v učenju (ki kot navedeno ostaja v domeni očetov), poleg tega pa tudi manj izpostavljajo pomen GŠA za zdravje, saj je ta v večini izpostavljena le kot praksa, »da smo na svežem zraku«. Bolj jasno so pomen gibanja izpostavile matere iz SK1 v primerjavi z materami iz drugih skupin, pri tem pa jih je le peščica omenila priporočljive količine GŠA za otroke in odrasle, kot jih navajajo zdravstvena priporočila. Zanimivo je, da s strani mater ni bilo neposredno omenjeno izogibanje za zdravje tveganim praksam (npr. kajenje staršev, čezmerno uživanje alkohola, uporaba drog), kar bi lahko razumeli, da se tudi prek ideologije preventive protežirajo predvsem prakse, ki so umerjene k zdravju.

Pri preverjanju vloge matere v oblikovanju »zdravega življenjskega sloga« družine in razumevanju termina smo dobili vpogled, ne samo v neposredno izvajanje družinskih praks, temveč tudi v širši pomen, ki ga ima »zdrav življenjski slog« za matere. Materina vloga tudi v naših primerih poudarja intenzivno materinjenje kot ekskluziven, v celoti »otrokocentričen«, čustveno vpet in dolgotrajen mandat (Hays v Arendel 2000), saj matere, ne samo, da skrbijo predvsem za zdravo prehrano in gibanje na svežem zraku, so ob tem tudi čustveno vpete, kjer izpostavljajo materinjenje, ne samo kot družbeno pričakovano vlogo za zagotavljanje neposredne skrbi za otroke, temveč tudi kot sredstvo, kjer otroci oblikujejo svoje identitete in se učijo položajev v družbi (Forcey v Arendell 2000). Vlogo staršev vidijo tudi kot vzornike za prevzemanje vzorcev »zdravega življenjskega sloga«, kar jim daje še večjo odgovornost, da prakticirajo z zdravjem povezana vedenja. Katera so ta vedenja oz. vzorci, je danes še vedno v domeni medicinske stroke. Matere ob tem bolj izpostavljajo prakticiranje pričakovanih ravnanj zdravstvenih usmeritev v zdravi prehrani in gibanju (GŠA), kjer se čutijo bolj kompetentne, saj zagotavljanje prehranjevanja kot neposredne skrbi za otroke oz. kot dela gospodinjstva sodi v mandat materinjenja. Tako pri izpostavljanju družinskih praks kot tudi pri razumevanju termina »zdravega življenjskega sloga« družine pa matere poudarjajo še precej drugih praks (higieno, pozitivno razmišljanje, skupaj preživet družinski čas, zavetje in varnost, red in disciplino) ter vrednot (ljubezen, medsebojno razumevanje, sodelovanje), kjer nekatere že postajajo predmet medikalizacije družbe, saj se ne presoja več le o vedenju, ampak tudi o skritih mislih in čustvih ter se jih kategorizira kot »zdrave« ali »nezdrave« (Kamin 2006, 46).

## 5.2 Sklepne ugotovitve

Podane ugotovitve so v sklepnem delu povzete iz aplikacij rezultatov v paradigmo »zdravega življenjskega sloga« družine (glej Sliko 2.2), ki podaja značilnosti oblikovanja oz. izbire življenjskega sloga družine oz. družinskih članov v pozni modernosti pa tudi njihovo skladnost s trenutnimi medicinskimi in drugimi doktrinami. Paradigmo »zdravega življenjskega sloga« družine, izpeljane iz Cockerhamove paradigme, sestavljajo štiri kategorije strukturnih spremenljivk. Navezujoč na podatke vprašalnikov, polstrukturiranih intervjujev in meritev EGV otrok smo ugotovili naslednje:

### **Strukturne spremenljivke**

- *razredne značilnosti* (samoocene družbenega razreda družine, dohodek družine, izobrazba staršev) se v proučevanem primeru niso pokazale v razlikah med družinami, tako da ne moremo govoriti o družbenem razredu, ki bi razlikoval življenjski slog družine. Le zaposlitveni status staršev v nekaterih primerih zaradi večje odsotnosti zaradi dela kaže ne možne razlike v vzorcih preživljanja družinskega časa.
- *starost in spol, rasa/etnična pripadnost*; tudi pri teh med starši glede na otrokovo gibalno učinkovitost ni statistično značilnih razlik. Kot navedeno so le v SK1 starši nekoliko mlajši od drugih skupin. Etnična pripadnost ni bila obravnavana kot spremenljivka, saj so bili starši večinoma slovenske narodnosti.
- *skupnosti (kolektivitete)*, ki smo jih obravnavali kot družinsko skupnost (družinske mreže), so se v našem primeru pokazale kot pomembne pri strukturi družine. Pomoč sorodnikov mater, tašč ali sester, predvsem v gospodinjstvu (kuhanju) in čuvanju otrok (ter v pomoči pri podpori GŠA in med počitnicami) v obliki družinske mreže, funkcionira kot dobrodošel substitut za »neprisotnost« očeta in občasno odsotnost matere zaradi dela. Pri tem gre za prenos družinskega dela (pomoči v opravljanju skrbi za otroke) v sfero neplačanega dela (sorodniške mreže in prijateljske mreže) (Rener 2008, 43), ki je značilno tudi za naše družine, medtem ko plačanega dela (varuške in čistilke) nismo zasledili.

Kot vpliv na izbiro »zdravega življenjskega sloga« smo *ideologije* opazovali kot ideologijo preventive, ki se je izkazala predvsem v delovanju mater, ki izkazujejo prevzemanje odgovornosti za zagotavljanje zdravih družinskih praks, predvsem v prehrani in gibanju, ter drugih praksah (higiena, počitek, prehranski dodatki), ki so skladne z zdravstvenimi priporočili.

- *bivalni pogoji*; kot že omenjeno so se bivalni pogoji družine predvsem v smislu stanovanjskih pogojev (hiša, stanovanje) ter dostopnosti in varnosti za aktivno preživljanje prostega časa (vrt, dvorišče, bližina in varnost otroškega igrišča) izkazali kot spremenljivka, ki pomembno vpliva na družinske prakse in rutine, predvsem z vidika možnosti prakticiranja GŠA vseh družinskih članov.
  
- ***Socializacija in izkušnje (2)***. Pri aplikaciji smo pod socializacijo obravnavali izkušnje staršev, ki se nanašajo na obnašanje v skladu zdravstvenimi priporočili. Tu so nas zanimale izkušnje z GŠA, ki so jo imeli starši v mladosti, ter medgeneracijski prenos teh izkušenj v obliki družinskih praks na otroke. Pri tem smo upoštevali tudi preživljanje vikendov, počitnic družine kot ponavljajočih se aktivnosti, ki oblikujejo izkušnje kot naučen rezultat ponavljajočih se aktivnosti, usvojenih prek socialnih interakcij ali prakticiranja. Analiza je pokazala, da je pri sekundarni socializaciji (kjer pridobi specifična znanja in spretnosti) pomemben čas, ki ga imajo starši ali pomembni drugi na voljo za družinske prakse (preživljanje popoldnevov, vikendov in počitnic), ter so rezultat »osvobojenosti od ekonomske nujnosti« (Bourdieu 1984) ter medgeneracijskega prenosa GŠA navad v smislu prenosa vzorcev in podpore. Glede na vzgojno vlogo staršev so prav oni tisti, ki prek percepcij (izkušenj) oblikujejo kot trajne dispozicije k delovanju družine (življenjskemu slogu) v obliki dnevnih praks, ki se štejejo za primerne tudi s strani družbe. Predvsem pa po ugotovitvah, da so v primeru uspešnejših otrok očetje več prisotni in zato tudi bolj pogosto iniciatorji za izvajanje novih gibalnih aktivnosti ter se najpogosteje izkažejo tudi kot učitelji novih gibalnih veščin, sklepamo na pomembno dejstvo, ki vpliva na razvoj telesnega kapitala otroka.
  
- ***Življenjske izbire (3)***. V družinah izbire predstavljajo samousmerjeno obnašanje in delovanje, ki izhaja iz izkušenj in kritične ocene za izbire določene smeri delovanja. Glede na GŠA družinskih članov je bila v našem primeru razvidna večja pristnost namena k usmerjanju v šport v primeru dečkov kot tudi, da se preference mater glede športne participacije otrok razlikujejo glede na njihovo izkušnjo v mladosti oz. športno zgodovino staršev. Pri izbiri športa je po Bourdieju (1984) pomemben tudi okus, ki ga navadno spodbudi dominantni razred in je namenjen razlikovanju med razredi. V našem primeru, ko ne beležimo razlik v družbenih razredih in so otroci za usmerjanje v šport še premajhni, se ni izkazal za pomembnega. Vpliv na okus, ki pogojuje izbire (družinskih praks), pa opazimo prav v dominantnem statusu, ki ga prek medijske popularizacije oblikuje ideologija preventive. Staršem je sugerirano, kaj je »zdravo« v

smislu medicinskega diskurza o zdravju, hkrati pa so z individualizacijo odgovornosti prav oni tisti, ki odgovarjajo, da med možnimi praksami izberejo pravilne, k zdravju usmerjene prakse delovanja. S položaja razvoja telesnega kapitala posameznika se ta odvija prek medosebnih odnosov med družbenim položajem, habitusom in okusom (Shilling 1991, 654). V navezavi na proučevane otroke družbeni položaj družine odraža materialne okoliščine, ki kontekstualizirajo vsakdanje življenje. Pri tem je okus namenjen procesu, ko družina prostovoljno izbira možnosti oz. življenjske sloge, ki se oblikujejo v okviru materialnih omejitev in je materializirana s telesom s tem, da naturalizira in ohranja odnose, ki ga ima družbeni razred do teles. To bi lahko pomenilo, da starša glede na družbeni položaj oblikujeta odnos do telesa (telesnega kapitala). V našem primeru bi to lahko pomenilo skrb za otrokov telesni razvoj, ki ga udejanjata prek kulturnega (ozaveščenost; znanje, zdravstvena pismenost) in ekonomskega kapitala (materialni pogoji).

**Življenjske možnosti (4)** so torej zbir razrednih značilnosti, ki v našem primeru omejuje možnosti družine oz. družinskih praks predvsem zaradi pomanjkanja časa (časa, osvobojenega od nujnosti), manj od starosti staršev, prisotnosti družinske mreže, bivalnih pogojev ter izkušenj in medgeneracijskega transferja družinskih praks. Te vplivajo na izbire, ki so pogosto, kljub domnevni svobodi posameznika, družbeno pogojene z izbirami, ki jih družba (kultura) priznava za primerne (v našem primeru za »zdrave«). Vsako odstopanje od praks pomeni nesprejemanje priporočil ter prevzemanje lastne odgovornosti za tvegano vedenje in pojav bolezni. **Habitus družine** vidimo kot niz obrazcev mišljenja (npr. kaj je zdravo) ter vzorcev obnašanja (npr. način preživljanja prostega časa) in vrednotenja (npr. kaj je za posameznika pomembno, postavljanje prioritet); lahko se ga prenaša na področje formiranja življenjskega sloga.

**Prakse delovanja (6)** vidimo v družini kot družinske prakse, »ki obsegajo vse običajne, vsakodnevne prakse, ki jih ljudje počnejo, z namenom, da učinkujejo na drugega družinskega člana« (Cheal 2002, 12). Pri tem smo obravnavali *GŠA*, *prehranske prakse* družinskih članov in *prakse*, ki jih medicinska doktrina definira kot *tvegane za zdravje*, ter jih nadalje vrednotili v modelu ZŽSD. Glede na že predstavljeno diskusijo o doseganju zdravega življenjskega sloga in na podlagi analize praks smo se osredotočili predvsem na:

*GŠA družine kot prakse delovanja (determinante) »zdravega življenjskega sloga«*, ki se je pokazala kot praksa, ki se izvaja v veliki odvisnosti od časa staršev, t. i. časa, ko so »osvobojeni od nujnosti«. Ta je med tednom odvisna predvsem od matere, ker z otrokom preživi več časa, ob tem pa se znova kot pomembna pokaže sorodniška mreža, predvsem v pomoči pri



gospodinjskih delih (kuhanje, likanje) s strani njihovih mater ali tašč, saj je s tem materam ob moževi odsotnosti omogočen bolj aktivno izkoriščen čas z otrokom. Izpostavimo lahko tudi problem gibalnih kompetenc mater, ki so pri tistih brez športne zgodovine in izkušenj (SK4) verjetno nižje kot pri materah iz SK1, ki imajo izkušnje s participacijo v športu.

Pomen aktivnega preživljanja družinskega časa bi si v »jeziku kapitalov« (Bourdieu 1986) lahko razlagali, da je oblikovanje telesnega kapitala otroka v odvisnosti od »dolžine časa, v katerem posameznik lahko podaljša njegovo usvajanje ali pridobitev, ta pa je odvisna od dolžine časa, ki mu ga lahko družina nudi s svojim prostim časom (časom, ki je »osvojen od zagotavljanja ekonomske nujnosti«), kar je predpogoj za začetek akumulacije kapitala (Bourdieu 1986, 246 v Shilling 1991).

Ob dejavnikih, ki določajo družbeno strukturo družine (spol, starost, razredna pozicija (SES) in življenjski pogoji), pogojujejo življenjske možnosti ter se jih lahko ovrednoti, so *izkušnje* članov družine in socializacijski proces, ki definirajo življenjske izbire z vidika objektivnega zajemanja, težje merljive. S tem namenom smo poskušali z intervjujem zaobseči tudi bolj simbolno raven determinant življenjskega sloga.

Povzamemo lahko, da je »zdrave življenjske sloge« zaradi njihove »fluidnosti« potrebno opazovati večplastno, kot sredstvo za družbeno razlikovanje oz. iz pozicije, kar je npr. družini dano (strukturni predpogoji) in kar družina izbere kot družinske prakse za doseganje zdravja (izbira različnih elementov »zdravega življenjskega sloga«) (Abel 2007). V našem primeru so se kot pomembni pogoji za oblikovanje »zdravega življenjskega sloga družine« pokazali za pomembne:

- pogoj »osvobojenost od nujnosti« (v času in finančah),
- »aktivno« očetovanje predvsem v smislu podpore v GŠA,
- stimulatívno socialno in fizično okolje za GŠA.

Kot pomembna se je pokazala tudi zdravstvena pismenost mater (v smislu dostopa do informacij in njihova učinkovita uporaba, predvsem na področju prehrane), ki skladno z imperativi »intenzivnega« materinjenja zagotavlja, kolikor je mogoče najboljše (v razvoju otroka), ter s tem ohranja materinsko vlogo kot pričakovane ženske identitete in brezkompromisne zavezujoče skrbi za otroke (Švab 2001).

Aplikacija paradigme nam prikaže oblikovanje življenjskega sloga družin in opozori na dejavnike, ki so se v našem primeru izkazali kot pomembni. V določenih delih ugotovitve potrjujemo tudi teoretična dejstva in znanstvena dognanja, ki smo jih izpostavili v uvodnem

delu in predstavitvi teoretičnih konceptov. Ob tem je treba opozoriti tudi na določene omejitve disertacije, ki lahko delno vplivajo na interpretacijo rezultatov in jih navajamo v naslednjem poglavju.

### 5.3 Omejitve raziskave in rezultatov analize

Predstavljena longitudinalna raziskava, ki se je izvajala v okviru projekta *Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno-mišičnega sistema na nekatere dejavnike sodobnega življenjskega sloga otrok med 4. in 7. letom starosti v obdobju 2009-2011*, ima zaradi interdisciplinarne dimenzije, kjer se prepletajo sociološke in kineziološke metode raziskovanja ter s tem večplastnosti raziskovanja, določene omejitve.

Prvo omejitev predstavlja vzorec otrok, ki so sodelovali v raziskavi, saj vzorec ni bil povsem naključno izbran. Zaradi krajevne omejitve časovne izvedljivosti in zahtevnosti <sup>70</sup> raziskave smo bili primorani namensko evidentirati otroke letnika rojstva 2005 in ki so v letu 2009 obiskovali eno od enot vrta Koper. Končni priložnostni vzorec je bil odvisen od soglasja staršev za sodelovanje v tej obsežni raziskavi. V prvem letu raziskave (2009) je pri starosti štirih let na meritvah sodelovalo 107 otrok (52 dečkov in 55 deklic), pri starosti 5 let 99 otrok (48 dečkov in 51 deklic) ter pri starosti 6 let 91 otrok (44 dečkov in 47 deklic).

Zaradi možnosti nadaljnjega posploševanja smo preverili reprezentativnost vzorca otrok z vzorcem populacije slovenskih otrok. Pri tem smo primerjali antropometrične podatke našega vzorca otrok v starosti 6 let (meritve v letu 2011) s podatki 6-letnikov iz zbirke podatkov Športnovzgojnega kartona za leto 2011, ki vključujejo populacijo slovenskih otrok. Ob tem smo upoštevali tudi šestmesečno razliko med terminom naših meritev in meritev ŠVK v aprilu. Naš vzorec otrok se razlikuje po spolu in v telesni masi (otroci so nekaj lažji glede na populacijo slovenskih otrok iz ŠVK), medtem ko se ne razlikuje v telesni višini. Na podlagi navedenega ugotovitve disertacije ne moremo posplošiti na celotno slovensko populacijo otrok te starosti.

Tudi obravnavane družine v strukturi in socialno-ekonomskem statusu ne predstavljajo povprečne slovenske družine. Naše družine so, razen ene, vse dvostarševske, zato raziskava ne more podati jasne slike, ali so rezultati gibalne učinkovitosti otroka lahko različni glede na strukturo družine, saj vzorca ne moremo primerjati z otroki iz enostarševskih družin. Poleg tega

---

<sup>70</sup> Raziskava je obsegala sklop zahtevnih meritev EGV v obliki baterije gibalnih testov, ki so se izvajali na otrocih, starih od 4 do 7 let, v triletnem časovnem obdobju. Meritve posameznega otroka so v dnevu trajale med dvema in tremi urami, kjer so otroci izvedli devet različnih meritev.

imajo starši iz vzorca v povprečju višjo stopnjo izobrazbe, kot je značilno za slovensko povprečje, zato tudi tu ugotovitev ne moremo posplošiti.

Kot omejitve lahko štejemo tudi, da je bila vključitev otroka v raziskavo prostovoljna, zato so bili v raziskavo vključeni otroci tistih staršev, pri katerih so verjetno bolj prisotni zavedanje in skrb za zdrav razvoj otroka ter želja po informaciji o gibalnih sposobnostih otroka. To pomeni, da v raziskavo niso bili zajeti otroci tistih staršev, ki temu ne posvečajo posebno pozornost.

Omejitve bi lahko predstavljala tudi možnost enostranske interpretacije dnevnih praks družine s strani mater (57), ki so bile v večini, razen treh očetov, intervjuvanke v polstrukturiranih intervjujih. Čeprav smo za intervju zaprosili enega od staršev, so matere še vedno tiste, ki so bolj pripravljene sodelovati, raje govorijo o družini in vsakodnevnih življenjskih praksah, saj so, kot je navedla ena od intervjuvanih mater, one tiste, »ki morajo poskrbeti za pozitivno naravnost družinskih članov«.

Možne omejitve raziskave bi lahko predstavljali tudi zajem količine GŠA družinskih članov, ki so jo starši poročali po njihovi subjektivni oceni. Objektivnost podatkov smo sicer poskušali zajeti z dodatno razlago oblik intenzivnosti in količinskim zajemom GŠA raziskovalke ob vodenem izpolnjevanju anketnega vprašalnika kot uvodnega dela intervjuja. Slednjega pa niso izvajali vsi anketiranci, zato obstaja možnost, da so določeni subjektivni podatki o oceni GŠA starša, ki ni odgovarjal, manj objektivni. Večjo objektivnost podatkov bi lahko zagotovili z objektivno merjeno GŠA vseh udeleženi.

Nadalje se moramo pri interpretaciji rezultatov meritev gibalne učinkovitosti zavedati, da je bil sam zajem podatkov z baterijo testov, ki jo je otrok izvedel trikrat v trajanju raziskave, zelo zahteven, za nekatere otroke lahko tudi utrujajoč in neprijeten. Trenutno psihofizično počutje otroka in njegov socialni odziv na okolje meritev vsekakor lahko štejemo kot možen omejitveni dejavnik pri tovrstnih meritvah predšolskih otrok. Pri spremljanju postopka meritev lahko potrdimo, da je bilo primerov vidne utrujenosti in odklanjanja izvedbe določenih testov na strani otrok zelo malo, kljub temu pa obstaja možnost vpliva na sam rezultat in nadaljnjo uvrstitev otroka v skupino glede na gibalno učinkovitost.

Postavljen model ZŽSD naj bi po principu medicinskega modela Cockerhamove (2005) paradigme »zdravega življenjskega sloga« beležil samo družinske prakse oz. prakse delovanja (GŠA, prehranske navade in zdravju tvegane prakse), ki eksplicitno opisujejo življenjski slog. Vzpostavitev tega modela ZŽSD je bila v dani raziskavi poskus ovrednotenja aktualnih »zdravih« praks delovanja medicinskega diskurza zdravega življenjskega sloga. Žal pa je zaradi

fluidnosti dejavnikov, ki delujejo na oblikovanje habitusa družine, pravzaprav nemogoče v celoti zajeti vse dejavnike »zdravega življenjskega sloga« in jih ustrezno ovrednotiti, še težje pa izmeriti. To je tudi omejitev v sociološki interpretaciji, saj model ZŽSD ne zajame širšega konteksta strukture družine, ki oblikuje habitus družine, kot nadaljnjih dispozicij za delovanje. Omenjeno pomanjkljivost smo poskusili odpraviti s kvalitativnim pristopom na podlagi vprašalnika in polstrukturiranega intervjuja, ki pa imata zaradi teoretičnih medicinskih izhodišč pri postavljanju okvirja »zdravega življenjskega sloga« tudi omejeno interpretativno vrednost. Vseeno pa smo z intervjuji odkrili vsaj del tematizacije vsakdanjosti ter življenjskih in vrednostnih orientacij proučevanih družin, ki ga življenjski slog nosi, ter s tem tako presegli pomanjkljivosti »medicinskega« modela ZŽSD.

Navedenim omejitvam se zaradi kompleksnosti zajemanja podatkov in longitudinalnosti pravzaprav ni bilo mogoče izogniti. Kljub temu pa je koncept raziskave kot tak edinstven, saj nismo zasledili podobnega pristopa k obravnavi in raziskovanju »zdravega življenjskega sloga družine«. Predvsem gre za interdisciplinaren pristop, kjer kineziološke vsebine raziskovanja otrokove gibalne učinkovitosti prek sociološke konceptualizacije zdravega življenjskega sloga in definicije telesnega kapitala poskušamo prenesti v sedanji družbeni kontekst družine in njenega življenjskega sloga. Večdimenzionalni pogled, kljub manjši reprezentativnosti rezultatov, prinaša določena nova spoznanja na področju proučevanja determinant, ki oblikujejo »zdrav življenjski slog«.

## 6 ZAKLJUČEK

V doktorski disertaciji na podlagi teoretičnih izhodišč referenčnih avtorjev Bourdieua, Cockerhama in Abela ter drugih avtorjev poskušamo prepoznati družinske prakse, predvsem tiste, ki so povezane z »zdravim življenjskim slogom« in jih kot take prepoznamo kot rutine ali vedenjske repertoarje. Pri tem se predvsem osredotočimo na telesne prakse aktivnega delovanja v okviru gibalne/športne aktivnosti (GŠA), ki je v medicinskem diskurzu zdravega življenjskega sloga prisotna kot ena od pomembnejših (poleg zdrave prehrane in izogibanja tveganim praksam) ter katere pomanjkanje oz. povečanje neaktivnosti tudi v populaciji otrok izpostavimo kot osrednji problem. Za osrednji točki raziskovanja postavimo družino, njen, z zdravjem povezan življenjski slog in otrokovo gibalno učinkovitost, ki jo zajamemo prek analize izvedbe elementarnih gibalnih vzorcev (EGV). Sociološko gledano sem otrokovo funkcionalno zmožnost, ki smo jo merili z baterijo gibalnih testov v EGV, aplicirala v Bourdieujevo teorijo kapitalov, kjer produkcija telesnega kapitala kot v otrokovem gibalnem razvoju poteka z usvajanjem in učenjem gibalnih spretnosti, ki pomenijo večjo ali manjšo gibalno kompetenco (zmožnost, učinkovitost) otroka. Samo oblikovanje telesnega kapitala otroka poteka prek »habitusa« kot »družbeno konstituiranega sistema kognitivnih in motivacijskih struktur« (Brubaker v Shilling 1991, 655), ki ga otrok utelesi prek delovanja družine oz. življenjskega sloga družine v obliki usvojenih gibalnih kompetenc.

Življenjski slog družin smo proučevali v smislu »skupka navad, načina uporabe dobrin, prostorov, prostega časa po Ule (2002, 76), v katerem družina osmisli svoje sobivanje in je »osvobojena od nujnosti« Z življenjskim slogom družin smo zaobjeli vsakdanje družinske prakse, rutine, ki so utelešene v navadah družinskih članov (vsakodnevne rutine, hranjenja, delovanja), predvsem v smislu zdravih praks in priljubljenih okolij srečevanja z drugimi (sorodniška mreža in preživljanje vikendov in počitnic« (Ule 2002, 78). Pri tem smo pri proučevanju življenjskega sloga družin na podlagi Cockerhamove *Paradigme modela zdravega življenjskega sloga* (Cockerham 2005) skupaj z doktrino in sprejetimi dokumenti na področju zdravstva v Sloveniji vzpostavili lasten (idealnotipski) model ZŽSD. Ta je namenjen vrednotenju treh dimenzij najpogosteje omenjenih značilnosti zdravega življenjskega sloga (GŠA, prehranske prakse in za zdravje tvegane prakse za zdravje) ter razlikuje »zdrave življenjske sloge«. Analiza je pokazala, da model kot idealni tip zdravega življenjskega sloga družine ne razlikuje življenjskih slogov (po zbranih točkah družine) glede na gibalno podpovprečno in nadpovprečno učinkovite otroke. Zato je proučevanje ZŽSD izhajalo iz

deskriptivne in kvalitativne analize vprašalnikov in intervjujev, ki so nam omogočili podati odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja.

Povzemam naslednje ugotovitve:

- Pri ugotavljanju povezanosti med gibalno učinkovitostjo otroka in družinskimi praksami (elementi modela ZŽSD) smo ugotovili, da je povezava zelo šibka in statistično neznačilna. Družine v večini prakticirajo z zdravjem povezane družinske prakse, ki pa razen izkazanega vpliva neaktivnosti družinskih članov (skupna GŠA) na slabšo gibalno učinkovitost otroka nimajo večjega vpliva na gibalno učinkovitost otroka. Matere predvsem veliko pozornost posvečajo prehrani (sveži in domači hrani, uživanju sadja in zelenjave), medtem ko je GŠA sicer poudarjena kot pomembna; pri tem je zanimivo zadržano poročanje o prakticiranju tveganih praks (kajenje in konzumiranje alkohola).
- Povezanost med gibalno učinkovitostjo otroka ter demografskimi, socioekonomskimi in bivalnimi dejavniki družine tudi ni podala pomembnih statistično značilnih povezav, lahko pa iz kvalitativne analize izpostavimo pozitivno povezanost bivalnega okolja s količino GŠA otrok in gibalno učinkovitostjo ter povezavo med starostjo in spolom staršev pa tudi količino GŠA otroka.
- Kvalitativna analiza je omogočila tudi vpogled v pojavnost imperativov sodobnega starševstva v družinskih praksah. Ugotovili smo nekaj posebnosti:
  - *Odsotnost zaradi dela*, ki se kaže v pojavu fenomena »vikend očetov« (Rener in drugi 2008) oz. legitimne neprisotnosti kot značilnosti »aktivnega očetovstva«, kar pomeni večjo angažiranost mater v skrbi za otroke med tednom. S tem se potrjuje tudi definicijo moške kariere v družini kot prioritete v primerjavi s partneričino (Rener in drugi 2008).
  - *Delitev družinskega dela*. V določenih družinah (predvsem v SK1) je zaznana delitev skrbi za otroka, ki je na strani očetov največkrat dodeljena na transport otroka v in iz vrtca, v preživljanju popoldanskega prostega časa z otrokom ter občasni pomoči pri kuhi in čiščenju, kar kaže, da gospodinjenje ostaja v domeni mater (Rener in drugi 2006). Ugotavlja se, da tudi v primeru odsotnosti mater zaradi dela skrb nasprotno ne prenaša recipročno na stran očetov, temveč se kaže v večji angažiranosti starih mam, tašč, sester in drugih sorodnikov ženskega

spola, kar ponovno lahko potrdimo slovenski primer prenosa družinskega dela (pomoči v opravljanju skrbi za otroke) v sfero, v našem primeru le neplačanega dela (sorodniške in prijateljske mreže) (Rener 2008, 43).

- *»Aktivno« očetovstvo.* Vloga očeta je bila obravnavana v smislu starševske podpore v GŠA, kjer predstavlja izvajanje predvsem opravil, ki jih oče obvlada, so prijetnejša in fleksibilnejša, o izvedbi pa se je možno dogovoriti z materjo (Rener 2008). Vloga podpore otroku v GŠA tako očetov kot mater se kaže kot zelo pomembna z vidika oblikovanja »utelešenega kulturnega kapitala« oz. telesnega kapitala, ki se začne že ob rojstvu in traja celotno socializacijo (Bourdieu v Shilling 191), ki je lahko z vidika akumulacije kapitala izgubljeni čas. S tem pa se podaja večja odgovornost na starše, da ta čas zagotovijo, pri tem pa so (Bourdieu v Kamin 2011) odvisni od številnih dejavnikov, med drugim tudi od socialno-ekonomskega statusa družine oz. od njegove »osvobojenosti od ekonomske nujnosti«.
- *»Intenzivno« starševstvo, »otrokocentričnost« in »protektivno« otroštvo.* Opaženo je intenzivno delovanje mater, predvsem z vidika pomembnosti in odgovornosti za zdrav razvoj otroka, kjer se trudijo in čutijo odgovorne, da zagotovijo otrokom »vse kar najboljše« za njegov razvoj.
- *Vloga matere v družinskih praksah, povezanih z »zdravim življenjskim slogom družine«.* V naših primerih je razvidno poudarjanje intenzivnega materinjenja kot ekskluziven, v celoti »otrokocentričen«, čustveno vpet in dolgotrajen mandat (Hays v Arendel 2000). Matere se ob tem najbolj izkažejo z izvajanjem pričakovanih ravnanj zdravstvenih usmeritev v zdravi prehrani in gibanju (GŠA), saj zagotavljanje prehranjevanja kot neposredne skrbi za otroke sodi v mandat materinjenja.

Ob koncu z aplikacijo kvantitativnih in kvalitativnih rezultatov na paradigmo »zdravega življenjskega sloga družine« odkrivamo, kako proučevane družine oz. družinski člani v pozni moderni oblikujejo življenjski slog družine, kjer smo ugotovili, da so se kot pomembni pogoji pri oblikovanju »zdravega življenjskega sloga družine« pokazali:

- pogoj »osvobojenost od nujnosti« (v času in finančah),
- »aktivno« očetovanje predvsem v smislu podpore v GŠA,
- stimulatívno socialno in fizično okolje za GŠA,

- ter aktivna vloga matere, ki ostaja primarna v družini za zagotavljanje neposredne skrbi za otroke.

Življenjski slogi so v smislu družbene identifikacije in razredne klasifikacije postali pomembni (Crompton v Cockerham 2005, 52). To potrjuje, da življenjski slog (Giddens 1991), ne samo da zadovoljuje utilitarne potrebe, temveč daje tudi materialno obliko posameznikovi narativni identiteti, ki jo v našem primeru apliciramo na zagotavljanje telesnega kapitala kot enega od predpogojev za doseganje zdravja v odraslosti. V kolikšni meri in koliko zdrav življenjski slog (ali katero od determinant) se učinkovito prakticira (Blaxter 1990), pa ni samo prostovoljna in kreativna izbira posameznika (družine), temveč je tudi močno odvisna od njegovega družbenega in materialnega okolja.

Aplikacija teoretičnih konceptov življenjskih slogov (Chaney 1996; Cockerham 2005; Ule 2002), Bourdieujeve teorije kapitalov (1986), Abelovega koncepta k zdravju usmerjenih zdravih življenjskih slogov (2007), »habitusa« družine (Bourdieu 2006), »telesnega kapitala« (Shilling 1991) na raven empiričnih dognanj projekta nosi predvsem znanstveni prispevek disertacije na področju študija vsakdanjega življenja v delu, ki spremlja spremembe sodobne družbe ter posledice postmodernosti na posameznika in družino.

Disertacija predstavlja interdisciplinaren pristop, kjer kineziološke vsebine raziskovanja otrokove učinkovitosti izvedbe EGV kot nosilcev njegove funkcionalne zmožnosti v prenesenem pomenu telesnega kapitala poskušamo prenesti v sedanji družbeni kontekst družine in njenega življenjskega sloga.

Ugotovitve doktorske disertacije in pridobljeni podatki bodo osvetlili stanje na področju učinkovitosti elementarnih gibalnih zmožnosti spremljanih otrok, vzročno-posledično povezavo med razvojem gibalne učinkovitosti in dejavniki, ki jih opredeljuje socialno in fizično okolje otroka.

Nadalje bodo ugotovitve pripomogle k razumevanju nepravilnosti oz. odstopanj EGV v zgodnjem otroškem obdobju kot osnovo poznejšega gibalnega razvoja in gibalnega/telesnega kapitala nasploh. Ker je znanstvenoraziskovalno delo temeljilo na preučevanju mlajših otrok, starih od 4 do 7 let, bo tudi njegova praktična vrednost usmerjena v to starostno obdobje ter aplicirana v kontekst predlaganih sistemskih rešitev in ukrepov. Pričakujem, da bomo z izsledki raziskave pripomogli k aktivnejšemu sodelovanju članov družine pri gibalni/športni aktivnosti predšolskih otrok in s tem zagotovili izkušnjski svet za ozaveščeno delovanje, tj. izvajanje k zdravju usmerjenih praks tudi v odraslosti. Zavedanje pomembnosti spodbujanja skladnega



razvoja EGV in njihovega pomena pa je treba dodatno spodbuditi tudi v okoljih, ki morajo biti za otroka stimulatívna in kjer preživi največ časa. Predvsem je okolje tisto, ki se je pokazalo za pomemben strukturni dejavnik pri oblikovanju telesnega kapitala neposredno, seveda če je za otroka stimulatívno, saj daje možnost za razvoj elementarnih gibalnih vzorcev, ki jih otrok usvoji že s preprosto igro. V vrtcih in šolah, športno-rekreatívnih središčih, parkih, nakupovalnih centrih, zdravstvenih ustanovah ipd. je zato treba sistemsko uvesti ponudbo ustreznih gibalnih spodbud – igral, plezal, naravnih površin ipd.

Hkrati pa nam ugotovitve in dosežki doktorske disertacije ponujajo izhodišča za izobraževanje in uzaveščenje strokovnih (npr. vzgojitelji, učitelji, zdravstveni delavci, zdravniki) in političnih (npr. strokovno osebje na ravni občinskih in nacionalnih organov, zavodov, župani, ministri) odločevalcev. Ponujajo se izhodišča za pripravo strokovne literature, programov usposabljanja, priročnikov ipd., predvsem v delu, kjer bo mogoče vplivati predvsem na tiste dejavnike, ki smo jih opredelili za pomembne pri oblikovanju praks zdravih življenjskih slogov. Nadaljnje ukrepe pa bi lahko pričakovali predvsem na področju ozaveščanja družin o pomembnosti GŠA cele družine kot determinante zdravega življenjskega sloga in temelja za razvoj telesnega kapitala otroka, katerega »rento« bo družba »koristila« prek njegove delovne aktivnosti v odraslosti.

Omejitve raziskave, ki jih zaznavamo predvsem na pomanjkljivosti proučevanih vzorcev, sicer zmanjšujejo možnost posploševanja rezultatov na celotno populacijo v Sloveniji, kljub temu pa ne zmanjšujejo pomembnosti pridobljenih ugotovitev.

Lasten model vrednotenja elementov »zdravega življenjskega sloga družine« (model ZŽSD) je v tem kontekstu edinstven in nosi potencial za nadaljnji razvoj. V prihodnje bi veljalo premisliti, postavljen model modificirati in nadgraditi ter ob tem opredeliti tudi drugačno zajemanje gibalne učinkovitosti (morda s parametri iz Športnovzgojnega kartona (SLOfit), ki bi lažje in objektivneje vrednotili gibalno učinkovitost ter značilnosti zdravega življenjskega sloga tudi na bolj reprezentativnem vzorcu otrok in družin). Pri tem se nadalje postavlja vprašanje ustrezne metodologije zajema predvsem tistih determinant življenjskega sloga, katere vrednost je težje objektivno zajeti, saj navadno delujejo na simbolni ravni.

Ob koncu sem z mislimi pri »naših« družinah, saj bi nadaljnji znanstveni izziv zagotovo predstavljal ponoven vpogled v proučevane družine danes, po šestih letih od konca projekta. Takrat predšolski otroci so danes 12-letne najstnice in najstniki, katerih položaj v družini se je spremenil, kot sta se spremenila tudi oblika skrbi in delovanje njihovih staršev. Zanimivo bi

bilo raziskati, ali so takratne navade, družinske prakse danes drugačne oz. ali še vedno kažejo življenjske in vrednostne orientacije, ki jih je »življenjski slog družine« odražal takrat.

## 7 LITERATURA

- Abel, Thomas; William C. Cockerham, Stephen Niemann, Jonathan Watson in Stephen Platt (ur.). 2000. »A critical approach to lifestyle and health«. In *Researching health promotion*. 54-79. Psychology Press.
- Abel, Thomas. 2007. "Cultural capital in health promotion." In *Health and modernity*, 43-73. Springer.
- Adam, Frane. 1990. "Pojem racionalnosti pri Maxu Weberu." *Družboslovne razprave* 9, Ljubljana 1990.
- Andersen, Lars Bo, Maarike Harro, Luis B Sardinha, Karsten Froberg, Ulf Ekelund, Søren Brage in Sigmund Alfred Anderssen. 2006. "Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study)." *The Lancet* 368 (9532): 299-304.
- Archer, Margaret Scotford. 2003. *Structure, agency and the internal conversation*: Cambridge University Press.
- Arendell, Teresa. 2000. Mothering and Motherhood. A Decade Review: *Journal of Marriage and the Family. Special Issue*. Dostopno preko: <https://workfamily.sas.upenn.edu/sites/workfamily.sas.upenn.edu/files/imported/new/berkeley/papers/3.pdf>. (20. september 2017).
- Avbelj, Magdalena, Nada Saje-Hribar, Margareta Seher-Zupančič, Polona Brcar, Primož Kotnik, Andrej Iršič, Nina Bratanič, Ciril Kržišnik in Tadej Battelino. 2005. "Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji." *Zdravstveni vestnik* 74: 753-9.
- Aversa, Alfred. 1990. "When blue collars and white collars meet at play: The case of the yacht club." *Qualitative Sociology* no. 13 (1):63-83.
- Backett, Kathryn C. in Charlie Davison. 1995. "Lifecourse and lifestyle: the social and cultural location of health behaviours." *Social Science & Medicine* 40 (5):629-638.
- Ball, David J. 2002. *Playgrounds-risks, benefits and choices*: HSE Books.
- Baron, Lois J. in Peggy J. Downey. 2007: "Perceived success and enjoyment in elementary physical education." *Journal of Applied Research on Learning* 1.2 1-24.
- Barnett, Lisa M, Eric Van Beurden, Philip J Morgan, Lyndon O Brooks in John R Beard. 2008. "Does childhood motor skill proficiency predict adolescent fitness?" *Medicine & Science in Sports & Exercise* 40 (12): 2137-2144.
- Barnett, Lisa M, Eric Van Beurden, Philip J Morgan, Lyndon O Brooks in John R Beard. 2009. "Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity." *Journal of adolescent health* 44 (3): 252-259.
- Barnett, Lisa M, Luise L. Hardy, David R. Lubans, Dylan Cliff, Anthony Okely, AP Hills, and Philip Morgan. 2013. "Australian children lack the basic movement skills to be active and

healthy." *Health promotion journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals* 24 (2): 82.

Bauman, Zygmunt. 2003. *Intimations of postmodernity*. Routledge.

Beck-Gernsheim, Elisabeth. 2002. *Reinventing the family: In search of new lifestyles*: Polity.

Beck-Gernsheim, Elisabeth, and Ulrich Beck. 2002. *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: Sage.

Beck, Ulrich. 2001. *Družba tveganja: na poti v neko drugo moderno*: Krtina.

Beets, Michael W, Bradley J Cardinal in Brandon L Alderman. 2010. "Parental social support and the physical activity-related behaviors of youth: a review." *Health Education & Behavior*.

Bernstein, Nikolaj A. 1967. *The co-ordination and regulation of movements*. Oxford. Pergamon.

Biddle, Stuart JH, Trish Gorely in David J Stensel. 2004. "Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents." *Journal of sports sciences* 22 (8): 679-701.

Biddle, Stuart JH. in Nanette Mutrie. 2007. *Psychology of physical activity: Determinants, well-being and interventions*: Routledge.

Biddle, Stuart JH in Mavis Asare. 2011. "Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews." *British Journal of Sports Medicine* 45: 886-895.  
doi:10.1136/bjsports-2011-090185bjsports90185.

Blaxter, Mildred. 1983. The causes of disease: women talking. *Social science & medicine* 17 (2): 59-69.

--- 2003. *Health and lifestyles*: Routledge.

Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a Theory of Practice* 16. Cambridge university press.

--- 1978. »Sport and social class«. *Social science information* 17: 819-840.

---1984. *Distinction: A social critique of the judgement of taste*: Harvard University Press.

--- 1986. *The forms of capital* -Handbook of theory and research for the sociology of education Richardson, J. ur. Chepter 1: 15-29 New York. Greenwood.

--- 1990. *The logic of practice*: Stanford University Press.

--- 1996. "On the family as a realized category." *Theory, culture & society* 13 (3):19-26.

--- 2006. "Načela za reflektivno družbeno znanost in kritično preučevanje simbolnih dominacij." Taja Kramberger, in Rotar Drago B. (ur.). Založba Annales. Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.

Bramble, Dennis M. in Daniel E. Lieberman. 2004. "Endurance running and the evolution of Homo." *Nature* 432 (7015): 345-352.

Bratanič, Borut, Nataša Fidler Mis, Cirila Hlastan-Ribič, Rok Poličnik, Andreja Širca-Čampa, Rok Kosem, Vida Fajdiga Turk, Lidiya Vertnik, Katja Povhe Jemec in Dušanka Mičetić-Turk. 2010. *Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke*: Ministrstvo za zdravje.

Brown, Tamara L, Gregory S Parks, Rick S Zimmerman, and Clarendia M Phillips. 2001. "The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking." *Journal of studies on alcohol* 62 (5): 696-705.

Browning, Christopher R. in Kathleen A Cagney. 2002. "Neighborhood structural disadvantage, collective efficacy, and self-rated physical health in an urban setting." *Journal of health and social behavior*: 383-399.

Bruininks, Robert. H. in Brett, D. Bruininks. 2005. *Test of Motor Proficiency, 2nd Edition. Manual*. AGS Publishing. Circle Pines

Calaprice, Alice. 2000. "The expanded quotable Einstein." *Princeton Univer.*

Chaney, David. 1996. *Lifestyles*: Psychology Press.

Cheal, David. 2002. *Sociology of Family Life*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Clarke, Adele E, Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket in Jennifer R Fishman. 2003. "Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine." *American Sociological Review* 68(2): 161.

Coakley, Jay J. in Elizabeth Pike. 2009. "*Sport in society: Issues and controversies*." Open University Press/McGraw Hill. 4-8.

Cockerham, William C. 1997. "The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: a lifestyle explanation." *Journal of Health and Social Behavior*: 117-130.

--- 2000a. "Health lifestyles in Russia." *Social science & medicine*. 51 (9):1313-1324.

--- 2000b. "The sociology of health behavior and health lifestyles." *Handbook of medical sociology* 5:159-172.

--- 2005. "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure." *Journal of health and social behavior* 46 (1): 1-67.

--- 2007 »Healthy lifestyles« *Journal of Public Health* 52: 327, doi:10.1007/s00038-007-0227-0.

Cockerham, William C., Thomas Abel in Günther Lüschen. 1993. "Max Weber, formal rationality, and health lifestyles." *The Sociological Quarterly* 34 (3): 413-425.

Cockerham, William C., Alfred Rütten in Thomas Abel. 1997. "Conceptualizing contemporary health lifestyles." *The Sociological Quarterly* 38 (2): 321-342.

Cockerham, William C, M Christine Snead in Derek F DeWaal. 2002. "Health lifestyles in Russia and the socialist heritage." *Journal of Health and Social Behavior* 43 (1):42-55.

Committee, IPAQ Research. 2005. "Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)—short and long forms." *Retrieved September* (17): 2008.

Crawford, Robert. 1980. "Healthism and the medicalization of everyday life." *International journal of health services* 10 (3): 365-388.

Crawford, Robert. 1984. *Cultural Account of 'Health': Control, Release, and the Social Body.*

Crompton, Rosemary. 2008 [1998]. *Class and stratification: Polity.*

Čeklić, Urška, Matej Plevnik in Rado Pišot. 2010. *Analiza elementarnih gibalnih vzorcev - plazenja, 4-letnih otrok* = Analysis of elementary movement patterns observed in 4-year-olds while crawling. V: Pišot Rado. Ur. *Sodobni pogledi na gibalni razvoj otroka: 6. mednarodni znanstveni in strokovni simpozij, Portorož 2010*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče. 65-67.

Dahrendorf, Ralf. 1979. *Life chances: Approaches to social and political theory*: Weidenfeld and Nicolson London.

Denton, Margaret in Vivienne Walters. 1999. "Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health." *Social science & medicine* 48 (9): 1221-1235.

Dietz, William H. 1998. "Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease." *Pediatrics* 101 (Supplement 2): 518-525.

Di Lorenzo, Thomas M, Renée C Stucky-Ropp, Jillon S Vander Wal in Heather J Gotham. 1998. "Determinants of exercise among children. II. A longitudinal analysis." *Preventive medicine no. 27* (3):470-477.

Dolenc, Petra, Saša Pišot in Dejan Hozjan (ur.). 2015. *Pomen zaznanih gibalnih kompetenc učencev pri pouku športa. Aktivnosti učencev v učnem procesu*. Knjižnica Annales Ludus, Koper: Univerzitetna založba Annales. Dostopno prek: <http://www.zrs.upr.si/monografije/single/aktivnosti-ucencev-v-ucnem-procesu-1953> (12.oktober 2015)

Dowda, Marsha, Karin A Pfeiffer, William H Brown, Jonathan A Mitchell, Wonwoo Byun in Russell R Pate. 2011. "Parental and environmental correlates of physical activity of children attending preschool." *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 165 (10): 939-944.

Dunn, Andrea L, Bess H Marcus, James B Kampert, Melissa E Garcia, Harold W Kohl III in Steven N Blair. 1999. "Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial." *Jama* 281 (4):3 27-334.

Ehrensaft, Diane 1997. *Spoiling Childhood: How Well-Meaning Parents Are Giving Children Too Much —But Not What They Need*. Guilford Press.

Eid, L. 2007. *Le competenze nelle scienze motorie e sportive. Verso una Literacy motoria europea*. 55: Franco Angeli.

Ekeland, Eilin, Frode Heian, Kåre Birger Hagen, Jo M Abbott in Lena Nordheim. 2004. "Exercise to improve self-esteem in children and young people." *The Cochrane Library*.

Ekelund, Ulf, Jian'an Luan, Lauren B Sherar, Dale W Esliger, Pippa Griew, Ashley Cooper, in International Children's Accelerometry Database Collaborators. 2012. "Moderate to vigorous physical activity and sedentary time and cardiometabolic risk factors in children and adolescents." *JAMA* 307 (7): 704-712.

Featherstone, Mike, Mike Hepworth in Bryan S Turner. 1991. *The body: Social process and cultural theory*. (7). Sage.

Flere, Sergej. 2000. "Sociološka metodologija." *Maribor: Pedagoška fakulteta*.

Ford, Earl S, Robert K Merritt, Gregory W Heath, Kenneth E Powell, Richard A Washburn, Andrea Kriska in Gwendolyn Haile. 1991. "Physical activity behaviors in lower and higher socioeconomic status populations." *American Journal of Epidemiology* 133 (12): 1246-1256.

Forcey, Linda Rennie. 1994: Feminist perspectives on mothering and peace. In E. N. Glenn, G. Chang, & L. R. Forcey (Eds.). »Mothering: Ideology, experience, and agency« 355-375. New York: Routledge.

Franzini, Luisa, Marc N Elliott, Paula Cuccaro, Mark Schuster, M Janice Gilliland, Jo Anne Grunbaum, Frank Franklin in Susan R Tortolero. 2009. "Influences of physical and social neighborhood environments on children's physical activity and obesity." *American Journal of Public Health* 99 (2): 271.

Fras, Zlatko. 2002. "Aktivni življenjski slog otroka–dolgoročna naložba v zdravje." V Rado Pišot, Vesna Štemberger, Franjo Krpač in Tjaša Filipčič (Ur.). Zbornik konference Otrok v gibanju 2: 20-28.

Frohlich, Katherine L, Ellen Corin in Louise Potvin. 2001. "A theoretical proposal for the relationship between context and disease." *Sociology of health & illness* 23 (6): 776-797.

Frohlich, Katherine L. in Louise Potvin. 1999. "Collective lifestyles as the target for health promotion." *Canadian Journal of Public Health* (90): S11.

Gabrijelčič Blenkuš, Mojca, Larisa Pograjc, Matej Gregorič, Maruša Adamič in Andreja Čampa. 2005. "Smernice zdravega prehranjevanja v vzgojno izobraževalnih ustanovah: od prvega leta starosti naprej". Ljubljana: Ministrstvo za zdravje: 53-79.

Gallahue, David L. in John C. Ozmun. 2006. *Understanding motor development: Infants, children, adolescents, adults, international edition*. New York. McGraw Hill companies, Inc.

Gallahue, David L., and John C. Ozmun in Jaqueline D Goodway. 2012. *Understanding motor development: Infants, children, adolescents, adults, seventh edition*. New York. McGraw Hill companies, Inc.

Geckova, Andrea, Jitse P. Van Dijk, T van Ittersum-Gritter, Japp W Groothoff in David Post. 2002. "Determinants of adolescents' smoking behaviour: a literature review." *Central European journal of Public Health* 10 (3): 79-87.

Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*: Stanford University Press.

Giddens, Anthony, 2000. *Preobrazba intimnosti: spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*: Založba/\* cf.

Gochman, David S. 2013. *Handbook of health behavior research II: Provider determinants*: Springer Science & Business Media.

Grzywacz, Joseph G. in Nadine F Marks. 2001. "Social inequalities and exercise during adulthood: toward an ecological perspective." *Journal of Health and Social Behavior*: 202-220.

Hands, Beth. 2008. "Changes in motor skill and fitness measures among children with high and low motor competence: A five-year longitudinal study." *Journal of Science and Medicine in Sport* 11 (2): 155-162.

Hardey, Michael. 1999. "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise." *Sociology of Health & Illness* 21 (6): 820-835.

Hardman, Ken. 2011. *Physical education, movement and physical literacy in the 21st century: pupils' competencies, attitudes and behaviours*. Paper read at 6th FIEP European congress. Physical education in the 21st century—pupils' competencies. Poreč, Croatia.

Hardy, Louise L, Tracie Reinten-Reynolds, Paola Espinel, Avigdor Zask in Anthony D. Okely. 2012. "Prevalence and correlates of low fundamental movement skill competency in children." *Pediatrics:peds*. 0345.

Harrington, Richard. 2006. "Affective disorders." *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*: 110-143.

Harter, Susan. 1999. *The construction of the self: A developmental perspective*: Guilford Press.

Hayley, Christian, Stephen R Zubrick, Matthew Knuiiman, Andrea Nathan, Sarah Foster, Karen Villanueva in Billie Giles-Corti. 2017. "Nowhere to Go and Nothing to Do but Sit? Youth Screen Time and the Association With Access to Neighborhood Destinations." *Environment and Behavior* 49 (1): 84-108.

Hays, Sharon. 1996. *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven, CT: Yale University Press.

He, Meizi, Leonard Piché, Charlene Beynon in Stewart Harris. 2010. "Screen-related sedentary behaviors: children's and parents' attitudes, motivations, and practices." *Journal of nutrition education and behavior* 42 (1): 17-25.

Heitzler, Carrie D, Sarah Levin Martin, Jennifer Duke, and Marian Huhman. 2006. "Correlates of physical activity in a national sample of children aged 9–13 years." *Preventive medicine* 42 (4): 254-260.



Henderson, Sheila E.; Sugden, David A. in Barnett, Anna L. 2007. *Movement Assessment Battery for Children – 2 Examiner’s Manual*. Harcourt assessment, London.

Hlastan Ribič, Cirila. 2009. *"Zdrav krožnik. Priporočila za zdravo prehranjevanje."* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Hochschild, Arlie. 1997. *The Second Shift*. New York: Avon Books.

Hoffman, Diane M. (2010). "Risky Investments: Parenting and the Production of the ‘Resilient Child’." *Health, Risk & Society* 12 (4): 385-94.

Houghton, Stephen, Simon C Hunter, Michael Rosenberg, Lisa Wood, Corinne Zadow, Karen Martin in Trevor Shilton. 2015. "Virtually impossible: limiting Australian children and adolescents daily screen based media use." *BMC Public Health* 15 (1): 5.

Humbert, M Louise, Karen E Chad, Kevin S Spink, Nazeem Muhajarine, Kristal D Anderson, Mark W Bruner, Tammy M Girolami, Patrick Odnokon in Catherine R Gryba. 2006. "Factors that influence physical activity participation among high-and low-SES youth." *Qualitative health research* 16 (4): 467-483.

James, Allison, Chris Jenks in Alan Prout. 1998. *Theorizing Childhood*. Polity press.

Janssen, Ian in Allana G. LeBlanc. 2010. "Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth." *International Journal of Behavioral nutrition and physical activity* 7 (1): 40.

Jarvis, Martin J. in Jane Wardle. 1999. "Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking." *Social determinants of health* 2: 224-37.

Jurak, Gregor, Maroje Sorić, Gregor Starc, Marjeta Kovač, Marjeta Mišigoj-Duraković, Katarina Borer, and Janko Strel. 2015. "School day and weekend patterns of physical activity in urban 11-year-olds: A cross-cultural comparison." *American Journal of Human Biology* 27 (2): 192-200.

Jurak, Gregor. 2006. "Sporting lifestyle vs. ‘cigarettes & coffee’lifestyle of Slovenian high school students." *Anthrop. Notebooks* 12: 79-95.

Jurak, Gregor, Janko Strel, Bojan Leskošek in Marjeta Kovač. 2011. "Influence of the enhanced physical education curriculum on the physical fitness of children." *Hrvatski časopis za odgoj i obrazovanje* 13 (4): 41-70

Jürimäe, Toivo, Vida Volbekiene, Jaak Jürimäe, in Grant R Tomkinson. 2007. "Changes in Eurofit test performance of Estonian and Lithuanian children and adolescents (1992–2002)." *Pediatric Fitness*, 129-142. Karger Publishers.

Kalaja, Sami, Timo Jaakkola, Anthony Watt, Jarmo Liukkonen, and Yngvar Ommundsen. 2009. "The associations between seventh grade Finnish students’ motivational climate, perceived competence, self-determined motivation, and fundamental movement skills." *European Physical education review*. 15 (3): 315-335.

- Kalberg, Stephen. 1994. *Max Weber's comparative-historical sociology*: University of Chicago Press.
- Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*: Fakulteta za družbene vede.
- Kamin, Tanja in Blanka Tivadar. 2011. "Kapital (i) in zdravje." *Teorija in Praksa* 48: 1028-1047.
- Kawachi, Ichiro, and Lisa Berkman. 2000. "Social cohesion, social capital, and health." *Social epidemiology*:174-190.
- Karlsen, Saffron in James Y. Nazroo. 2002. "Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people." *Sociology of Health & Illness* 24 (1): 1-20.
- Kantomaa, Marko T, Emmanuel Stamatakis, Anna Kankaanpää, Marika Kaakinen, Alina Rodriguez, Anja Taanila, Timo Ahonen, Marjo-Riitta Järvelin in Tuija Tammelin. 2013. "Physical activity and obesity mediate the association between childhood motor function and adolescents' academic achievement." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 110 (5): 1917-1922.
- Kerr, Jacqueline, Dori Rosenberg, James F Sallis, Brian E Saelens, Lawrence D Frank in Terry L Conway. 2006. "Active commuting to school: associations with environment and parental concerns." *Medicine and science in sports and exercise* 38 (4): 787.
- Kickbusch, Ilona. 1985. "Life-styles and health." *Social science & medicine (1982)* 22 (2): 117-124.
- Klatsky, Arthur L. 1999. "Moderate drinking and reduced risk of heart disease." *Alcohol Research and Health* 23 (1): 15-24.
- Koprivnikar, Helena. 2011. "Influences on adolescent smoking." *Zdravniški Vestnik* 80 (6).
- Koprivnikar, Helena in Marija Seljak. 2009. *Preprečevanje začetka kajenja in zmanjševanja njegovega obsega med mladostniki: specialistična naloga s področja javnega zdravja*:
- Koren, Katja, Boštjan Šimunič, Gregor Cankar in Rado Pišot. 2011. *Vertical jump coordination and performance in 4- and 5-year old children*. V: Mikalački, Milena (ur.), Bala, Gustav (ur.). Proceedings book. Novi Sad: Faculty of Sport and Physical Education, 329-334.
- Kovač, Marjeta, Gregor Jurak in Bojan Leskošek. 2012. "The prevalence of excess weight and obesity in Slovenian children and adolescents from 1991 to 2011." *Anthropological Notebooks* 18 (1): 91103.
- Kovač, Marjeta, Gregor Jurak, Lijana Zaletel Kragelj in Bojan Leskošek. 2014. "The secular trend in the prevalence of overweight and obesity in the population of primary school children from Ljubljana (Slovenia)." *Slovenian Journal of Public Health* 53 (2): 188-198.
- Kovač, Marjeta, Gregor Starc, Mojca Doupona Topič, Marjeta Kovač, Gregor Starc, Krešimir Petrović in Rajko Šugman. 2005. *Šport in nacionalna identifikacija Slovencev*: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologijo.

Kramberger, Anton. 2002. Urednikov uvod – življenjski stili v Sloveniji in širše. *Družboslovne razprave* 18.

Kuhar, Metka 2011. Skrb za otroke: potrebe strašev predadolescentnih otrok v Sloveniji. *Teorija in praksa* 48 (2).

Kvale, Steinar. 2008. *Doing interviews*: Sage.

Lee, Ellie, Jan Macvarish in Jennie Bristow. 2010. "Risk, Health and Parenting Culture." Taylor & Francis.

Link, Bruce G, in Joanne C Phelan. 2000. "Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health." *Handbook of medical sociology* (5): 33-46.

Lister, Ruth. 2006. Children (but not Women) First: New Labour, Child Welfare and Gender. *Critical Social Policy* 26 (2): 315–335. Doi/abs/10.1177/0261018306062588.

Lubans, David R., Philip J. Morgan, Dylan P. Cliff, Lisa M. Barnett in Anthony D. Okely. 2010. "Fundamental movement skills in children and adolescents." *Sports medicine* 40 (12):1019-1035.

Luthar, Breda. 2002. Boj za okus in moralno odličnost: tipologija vrednotnih habitusov. *Družboslovne razprave* 18 (39): 87-108.

Marušič, Uroš in Gerževič, Mitja. 2012. Povezava med dvema modeloma opisnega ocenjevanja hoje zdravih otrok v obdobju zgodnjega otroštva / Correlation between two models of descriptive gait assessment of healthy children in early childhood. V: Rado Pišot (ur.) in drugi. *Zbornik prispevkov: Otrok v gibanju za zdravo staranje / Child in motion for healthy aging*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales, 113-119 dostopno na: [http://issuu.com/aplikativnakineziologijaprivat/docs/zbornik\\_\\_ogv\\_2012\\_zv](http://issuu.com/aplikativnakineziologijaprivat/docs/zbornik__ogv_2012_zv).

Mesec, Blaž in Tanja Lamovec. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*: Visoka šola za socialno delo.

Ministrstvo za zdravje. 2015. Resolucija o nacionalnem programu prehrane in telesne dejavnosti 2015 – 2025. Dostopno prek: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna\\_razprava\\_2015/Resolucija\\_o\\_nac\\_programu\\_prehrane\\_in\\_in\\_tel\\_dejavnosti\\_jan\\_2015.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2015/Resolucija_o_nac_programu_prehrane_in_in_tel_dejavnosti_jan_2015.pdf) (5.september 2015)

Morgan, David. 1996. *Family Connections: An Introduction to Family Studies*. Cambridge Polity

Morgan, David. 2011. *Rethinking Family Practices*. Palgrave Macmillan.

--- 2011. *Locating 'Family Practices'* Sociological Research Online, 16 (4) 14.

Moore, Lynn L, David A Lombardi, Mary Jo White, James L Campbell, Susan A Oliveria, in R Curtis Ellison. 1991. "Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children." *The Journal of pediatrics*. 118 (2): 215-219.

Mutrie, Nanette, and Gaynor Parfitt. "Physical activity and its link with mental, social and moral health in young people." *Young and active* (1998): 49-68.

NIJZ. 2009. Poročilo o poškodbah otrok in mladostnikov v Sloveniji. Dostopno prek: [http://ivz.arhiv.over.net/javne\\_datoteke/datoteke/2180-PNJZcPorociloc2009cKoncna.pdf](http://ivz.arhiv.over.net/javne_datoteke/datoteke/2180-PNJZcPorociloc2009cKoncna.pdf). (15. november 2015).

NIJZ. 2016. Raziskava »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2016. Dostopno prek <http://www.nijz.si/sl/raziskava-z-zdravjem-povezan-vedenjski-slog-2016>. (23. september 2017).

O'Donovan, Gary, Anthony J Blazeovich, Colin Boreham, Ashley R Cooper, Helen Crank, Ulf Ekelund, Kenneth R Fox, Paul Gately, Billie Giles-Corti in Jason MR Gill. 2010. "The ABC of Physical Activity for Health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences." *Journal of sports sciences* 28 (6): 573-591.

O'Loughlin, Jennifer, Gilles Paradis, Natalie Kishchuk, Tracie Barnett in Lise Renaud. 1999. "Prevalence and correlates of physical activity behaviors among elementary schoolchildren in multiethnic, low income, inner-city neighborhoods in Montreal, Canada." *Annals of epidemiology* 9 (7): 397-407.

Ortega, Francisco B, Kenn Konstabel, Elena Pasquali, Jonatan R Ruiz, Anita Hurtig-Wennlöf, Jarek Mäestu, Marie Löf, Jaanus Harro, Rino Bellocco in Idoia Labayen. 2013. "Objectively measured physical activity and sedentary time during childhood, adolescence and young adulthood: a cohort study." *PloS one*. 8 (4): e60871.

Ostrowska, Nina. 2001. "In and Out of communism: The macrosocial context of health in Poland." *Blackwell companion to medical sociology*: 334-346.

Owen, Christopher G., CM Nightingale, AR. Rudnicka, N. Sattar, DG Cook, U. Ekelund in PH. Whincup. 2010. "Physical activity, obesity and cardiometabolic risk factors in 9-to 10-year-old UK children of white European, South Asian and black African-Caribbean origin: the Child Heart And health Study in England (CHASE)." *Diabetologia* 53 (8): 1620-1630.

Owen, Neville, Jo Salmon, Mohammad Javad Koohsari, Gavin Turrell in Billie Giles-Corti. 2014. "Sedentary behaviour and health: mapping environmental and social contexts to underpin chronic disease prevention." *British journal of sports medicine* 48 (3): 174-177.

Page, Angie S, Ashley R Cooper, Pippa Griew, Laura Davis in Melvyn Hillsdon. 2009. "Independent mobility in relation to weekday and weekend physical activity in children aged 10–11 years: The PEACH Project." *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 6 (1): 2.

Pišot, Rado, Zlatko Fras in Lijana Zaletel-Kragelj. 2005. *Gibalna/športna aktivnost za zdravje pri prebivalcih Slovenije: predstavitev nekaterih izbranih ključnih rezultatov ciljnega raziskovalnega projekta*. V Zlatko Fras (ur.), Slovenski forum za preventivo bolezni srca in ožilja. Ljubljana: združenje kardiologov.

Pišot, Rado in Jurij Planinšec. 2005. *Struktura motorike v zgodnjem otroštvu: motorične sposobnosti v zgodnjem otroštvu v interakciji z ostalimi dimenzijami psihosomatičnega statusa otroka*: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Inštitut za kineziološke raziskave, Založba Annales.

Pišot, Rado in Boštjan Šimunič. 2005. Vloga biomehanskih lastnosti skeletnih mišic v gibalnem razvoju otrok. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, Inštitut za kineziološke raziskave.

--- 2013. *Force of gravity – basis of human motor competencies*. V Dean Madić (ur.). 3<sup>rd</sup> International Scientific Conference Exercise and Quality of Life: proceedings, Novi sad, April 2013:49-62. Novi Sad. University of Novi Sad. Faculty of Sport and Physical Education.

Pišot, Rado, Boštjan Šimunič, Nejc Šarabon, Giuliana Jelovčan, and Matej Plevnik. 2010. Fundamental motor patterns in children aged 4-7 years. Paper read at 5th International Congress Youth Sport.

Pišot, Rado; Boštjan Šimunič, Nejc Šarabon, Giuliana Jelovčan, Matej Plevnik, Urška Čeklič, Saša Pišot, Tadeja Volmut, Petra Dolenc, Mitja Gerževič, 2010. *Pristopi k ugotavljanju skladnosti elementarnih gibalnih vzorcev v zgodnjem otroštvu = Approaches in analysis of elementary motor patterns in early childhood*. v Rado Pišot (ur.) in drugi . Sodobni pogledi na gibalni razvoj otroka: 6. mednarodni znanstveni in strokovni simpozij, Portorož. 298-300. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče

Pišot, Rado., Boštjan Šimunič, Nejc Šarabon, Gregor Cankar, Giuliana Jelovčan, Matej Plevnik, Urška Čeklič, Saša Pišot, Tadeja Volmut, Tina Šetina, Petra Dolenc in Mitja Gerževič .2010. *Gibalno kompetenten otrok - zdrav in uspešen otrok*. Zbornik X. srečanja pediatrov in VII. srečanje medicinskih sester v pediatriji. Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za pediatrijo.

Pišot, Rado. 2012. "Lifelong competency: model of motor development/model motoričnega razvoja za vseživljenjsko kompetenco." *Kinesiologia slovenica* 18 (3): 35.

Pišot, Rado in Giuliana Jelovčan. 2012. *Vsebine gibalne/športne vzgoje v predšolskem obdobju*. Koper. Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, Založba Annales: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.

Pišot, Saša. 2008. *Sociološka analiza fenomena "protektivnega" otroštva:(primer vzgojnih imperativov staršev predšolskih otrok)*: magistrsko delo.Fakulteta za humanistične študije, Univerza na Primorskem.

--- 2015. *Behind the numbers: qualitative issues when designing experimental measurements*. V: Anamarija Jazbec (ur.). Book of abstracts: BIOSTAT 2015, (Biostat, ISSN 1849-434X). Zagreb: Croatian Biometric Society: 28.

Plevnik, Matej in Rado Pišot. 2011. *Factors of accordance climbing in 4 years old children*. V: Mikalački, Milena (ur.), Gustav Bala (ur.). Proceedings book. Novi Sad: Faculty of Sport and Physical Education: 189-195.

Plevnik, Matej in Mitja Gerževič, Rado Pišot. 2012. »Ocenjevanje elementarnega gibalnega vzorca plezanja v obdobju zgodnjega otroštva« = Assessment of fundamental movement pattern of climbing in the period of early childhood. V: Rado Pišot (ur.) in drugi. *Otrok v*

*gibanju za zdravo staranje : prispevki = Child in motion for healthy aging: contributions.*  
Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba  
Annales, 2012, 142-146  
[http://issuu.com/aplikativnakineziologijaprivat/docs/zbornik\\_\\_ogv\\_2012\\_zv](http://issuu.com/aplikativnakineziologijaprivat/docs/zbornik__ogv_2012_zv).

Plevnik, Matej in Pišot, Rado ur. 2016: *Razvoj elementarnih gibalnih vzorcev v zgodnjem otroštvu*. Univerzitetna založba Annales. Knjižnica Annales Kinesiologiae. Koper.

Poličnik, Rok, Dragžigost Pokorn, Dragan Kulnik, Dušanka Mičetić-Turk, and Cirila Hlastan-Ribič. 2013. "Energy and nutrient intake among pre-school children in Central Slovenia." *Acta Alimentaria* 42 (3):291-300.

Prochaska, Judith J, Miki W Rodgers in James F Sallis. 2002. "Association of parent and peer support with adolescent physical activity." *Research quarterly for exercise and sport* 73 (2): 206-210.

Pyper, Evelyn, Daniel Harrington in Heather Manson. 2016. "The impact of different types of parental support behaviours on child physical activity, healthy eating, and screen time: a cross-sectional study." *BMC public health* 16(1): 568.

Reeves, Mathew J. in Ann P Rafferty. 2005. "Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000." *Archives of Internal Medicine* no. 165 (8): 854-857.

Reiner Miriam, Christina Niermann, Darko Jekauc in Alexander Woll. 2013. Long-term health benefits of physical activity—a systematic review of longitudinal studies. *BMC public health*, 13 (1): 813.

Renner, Tanja. 2002. "Novi trendi v zasebnih razmerjih in Mladina 2000: slovenska mladina na prehodu v tretje tisočletje, urednik Vlado Mihelj, 79-103.

Renner, Tanja, Alenka Švab, Tjaša Žakelj in Živa Humer. 2005. "*Perspektive novega očetovstva v Sloveniji: vpliv mehanizma očetovskega dopusta na aktivno očetovanje* (Perspectives of new fatherhood in Slovenia: influence of paternity leave mechanism on active fathering)." *Ljubljana. Center za Socialno Psihologijo, Univerza v Ljubljani*.

Renner Tanja. 2006. *Odraščati v družinah*. V Tanja Renner, Mateja Sedmak, Alenka Švab in Maja Urek (ur.) *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. 89-126. Koper: založba Annales.

Renner, Tanja. 2007. *Globalizacija, individualizacija in socialna izključenost mladih*. IB revija [na spletu]. 2007. (2/41): 40–49. Zavod Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. Dostopno prek: <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-FQ1GTEIO> (10. maj 2016).

--- 2007. Politična ekonomija družinskega dela in novo očetovstvo. *Teorija in praksa* 44 (1–2): 127-141.

Renner, Tanja; Živa Humer, Tanja Žakelj, Andreja Vezovnik in Alenka Švab. 2008. *Novo očetovstvo v Sloveniji*. Fakulteta za družbene vede, Založba FDV, Ljubljana.

Ritchie, Jane, Jane Lewis, Carol McNaughton Nicholls in Rachel Ormston (ur.). 2013) *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Sage.

- Roberts, Elizabeth M. 1995. *Women and families: an oral history, 1940-1970*. Blackwell.
- Rose, Lionel 1991. *The Erosion of Childhood: Child Oppression in Britain 1860-1918*. New York: Routledge.
- Ross, Catherine E, in Chloe E Bird. 1994. "Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health." *Journal of Health and Social Behavior*: 161-178.
- Saelens, Brian E, James F Sallis, Jennifer B Black in Diana Chen. 2003. "Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation." *American journal of public health* 93 (9): 1552-1558.
- Sallis, James F, Judith J Prochaska in Wendell C Taylor. 2000. "A review of correlates of physical activity of children and adolescents." *Medicine and science in sports and exercise* 32 (5): 963-975.
- Salmon, Jo, Mark S. Tremblay, Simon J. Marshall in Clare Hume. 2011. "Health risks, correlates, and interventions to reduce sedentary behavior in young people." *American journal of preventive medicine* 41 (2): 197-206.
- Seefeldt, Vern, Robert M. Malina in Michael A Clark. 2002. "Factors affecting levels of physical activity in adults." *Sports medicine* 32 (3): 143-168.
- Sember, Vedrana, Gregor Starc, Gregor Jurak, Mojca Golobič, Marjeta Kovač, Poljanka Pavletič Samardžija in Shawnda A Morrison. 2016. "Results from the Republic of Slovenia's 2016 Report Card on Physical Activity for Children and Youth." *Journal of physical activity and health* 13 (11- 2): 256-S64.
- Shilling, Chris. 1991. "Educating the body: Physical capital and the production of social inequalities." *Sociology* 25 (4): 653-672.
- Shirani, Fiona, Karen Henwood in Carrie Coltart. 2012 "Meeting the Challenges of Intensive Parenting Culture: Gender, Risk Management and the Moral Parent." *Sociology* 46 (1): 25-40.
- SLOfit 2015 -Analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2014/2015. Gregor Starc, Strel Janko, Kovač Marjeta, Leskošek Bojan in Jurak Gregor. Fakulteta za Šport, Ljubljana. Dostopno prek: [http://www.slofit.org/Portals/0/Letna-porocila/Porocilo\\_SLOfit\\_14-15.pdf](http://www.slofit.org/Portals/0/Letna-porocila/Porocilo_SLOfit_14-15.pdf) (20.maj 2017).
- Snead, M Christine, in William C Cockerham. 2002. "Health lifestyles and social class in the deep South." *Research in the sociology of health care*:107-122.
- Sobel, Michael E. 1981. *"Lifestyle and Social Structure: Concepts, Definitions and Analyses"*, Academic Press, New york.
- Sorić, Maroje in Marjeta Mišigoj-Đuraković. 2010. "Physical activity levels and estimated energy expenditure in overweight and normal-weight 11-year-old children." *Acta paediatrica* 99 (2): 244-250.
- Stephoe, A.S. in Neville Butler. 1996. "Sports participation and emotional wellbeing in adolescents." *The Lancet* 347 (9018): 1789-1792.

Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno prek:  
<http://www.stat.si/StatWeb/glavnanavigacija/podatki/prikazistaronovico?IdNovice=4412>  
(15. december 2015).

Statistični urad Republike Slovenije: Povprečna starost matere ob rojstvu otroka v letu 2005, prva objava:  
[http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2013/04\\_13/04-07-13.html](http://www.stat.si/StatWeb/doc/letopis/2013/04_13/04-07-13.html) (15. december 2015).

Strel, Janko, Marjeta Kovač in Gregor Jurak. 2007. *Physical and motor development, sport activities and lifestyles of Slovenian children and youth—changes in the last few decades*: Chapter 13. V Wolf D. Brettschneider in Ronald Naul (ur.). *Obesity in Europe: Young people's physical activity and sedentary lifestyles*. Sport Sciences International, vol. 4. Frankfurt am Main [etc.]: Peter Lang: 243–64.

Sunday, Suzanne R. in Patricia Folan. 2004. Smoking in adolescence: what a clinician can do to help. *Medical Clinics of North America* 88 (6): 1495-1515.

Suominen, Seppo. "ATINER's Conference Paper Series SPO2015-1452." Dostopno prek:  
<https://www.atiner.gr/papers/SPO2015-1452.pdf> (10. januar 2016).

Svet Evrope. 1992. Evropska listina o športu. Rodos: Dostopno prek:  
[www.file:///C:/Users/SASA.zrsnb065/Downloads/evropska-listina-o-portu.pdf](http://www.file:///C:/Users/SASA.zrsnb065/Downloads/evropska-listina-o-portu.pdf) (5. julij 2015)

Svetovna zdravstvena organizacija CINDI – (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention), Inštitut za varovanje zdravja. *Mednarodni program*. Dostopno prek:  
<http://cindi-slovenija.net/> (23. november 2014).

Švab, Alenka. 2001. *Družina: od modernosti k postmodernosti*: Znanstveno in publicistično središče.

Švab, Alenka. 2006. Družinske spremembe. V Tanja Rener, Mateja Sedmak, Alenka Švab in Maja Urek (ur.). *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Založba Annales. 63-87

Taylor, Rachael W, Linda Murdoch, Philippa Carter, David F Gerrard, Sheila M Williams in Barry J Taylor. 2009. "Longitudinal study of physical activity and inactivity in preschoolers: the FLAME study." *Medicine and science in sports and exercise* 41 (1): 96-102.

Telama, Risto. 2009. "Tracking of physical activity from childhood to adulthood: a review." *Obesity facts* 2 (3): 187-195.

The Global Observatory for Physical Activity dostopno na:  
<http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/> (10. marec 2017).

Thomas R. Jerry, Jack K. Nelson in Stephen J. Silverman. 2015. *Research methods in physical activity, 7th edition*. Human kinetics.

Tomc, Gregor. 1992. "Osebna konstrukcija realnosti." *Družboslovne razprave* 13:62-78.



Trost, Stewart G, LM Kerr, Dianne S Ward in Russell R Pate. 2001. "Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children." *International journal of obesity* 25 (6): 822.

Trost, Stewart G, James F Sallis, Russell R Pate, Patty S Freedson, Wendell C Taylor in Marsha Dowda. 2003. "Evaluating a model of parental influence on youth physical activity." *American journal of preventive medicine* 25 (4): 277-282.

Turner, Bryan S. 1992. *Regulating bodies: Essays in medical sociology*: Psychology Press.

Turner, Lindsey; Robin Mermelstein in Bian Flay. 2004. "Individual and contextual influences on adolescent smoking." *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1021 (1):175-197.

Ule, Mirjana. 2002. "Razlike, ki delajo razlike: življenjski stili, individualizacija in spremembe identitetnih struktur." *Družbolsovne razprave* 18(39):75-86.

--- 2003. *Spregljana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*: Aristej.

--- 2014. Spremembe vsakdanjega življenja in življenjskih potekov v sodobnih globaliziranih družb. v Izzivi globalizacije in sociologija Zdravka Mlinarja, *Teorija in praksa*, 51. posebna številka, FDV. Ljubljana.

Ule, Mirjana in Metka Kuhar. 2003. *Mladi, družina, starševstvo: spremembe življenjskih potekov v pozni moderni*. Fakulteta za družbene vede.

Ulrich, Dale. A. 2000. *Test of Gross Motor Development, 2nd Edition. Examiner's manual*. Pro-ED. Inc., Austin-Texas, ZDA.

Veitch, Jenny; Clare Hume; Jo Salmon; David Crawford in Kylie Ball. 2013. "What helps children to be more active and less sedentary? Perceptions of mothers living in disadvantaged neighbourhoods." *Child: care, health and development* 39 (1): 94-102.

Vickers, Ross R, Terry L Conway in Linda K Hergig. 1990. "Demonstration of replicable dimensions of health behaviors." *Preventive medicine* 19 (4): 377-401.

Videmšek, Mateja in Rado Pišot. 2007. *Šport za najmlajše*: Fakulteta za šport, Inštitut za šport.

Volmut, Tadeja, Rado Pišot in Boštjan Šimunič. 2013. "Objectively Measured Physical Activity In Children Aged From 5 To 8 Years / Objektivno izmerjena gibalna aktivnost od pet-do osemletnih otrok." *Slovenian Journal of Public Health* 52 (1): 9-18.

Wall, Glenda. 2010. Mothers' Experiences with Intensive Parenting and Brain Development Discourse. *Women's Studies International Forum* 33: 253-263.

Warren, Mary Guptill, Rose Weitz in Stephen Kulis. 1998. "Physician satisfaction in a changing health care environment: the impact of challenges to professional autonomy, authority, and dominance." *Journal of Health and Social Behavior*: 356-367.

Weber, Max. 1946. *From Max Weber: Essays in Sociology*, edited and translated by HH Gerth and C. Wright Mills. New York: Oxford University Press.

--- 1949. "The methodology of the social sciences."

--- 1978. *Economy and society: An outline of interpretive sociology*: University of California Press.

Weiss, Maureen R. in Anthony J. Amorose. 2008. *Motivational orientations and sport behavior*. Champaign, IL, US: Human Kinetics.

Weiss Robert, S. 1994. *Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies*. New York: The Free Press.

Welk, Gregory J, Kherrin Wood in Gina Morss. 2003. "Parental influences on physical activity in children: An exploration of potential mechanisms." *Pediatric exercise science 15*: 19-33.

Wickrama, Kandauda AS, Rand D Conger, Lora Ebert Wallace in Glen H Elder Jr. 1999. "The intergenerational transmission of health-risk behaviors: Adolescent lifestyles and gender moderating effects." *Journal of health and social behavior*: 258-272.

Wickstrom, Ralph L. 1977. "Fundamental motor patterns." Philadelphia.

Williams, Simon J. 1995. "Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?" *Sociology of health & illness* no. 17 (5):577-604.

Williams, Stephen. 2008: "What is fatherhood? Searching for the reflexive father." *Sociology* 42 (3): 487-502.

World Health Organisation (WHO). *Factsheets on physical activity 2010*. Dostopno preko: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en> (15. februar 2014).

--- 2004. "Food and health in Europe: a new basis for action." *World Health Organization Regional Publications*. Dostopno prek: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/food-and-health-in-europe-a-new-basis-for-action> (20. september 2014).

--- 2006. European Charter on counteracting obesity. Paper read at Istanbul, Turkey: WHO European Ministerial Conference on counteracting obesity. Dostopno preko: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/96459/E90143.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf) (10. oktober 2013).

--- 2008. "WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: *the MPOWER package*." Dostopno preko: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/more-publications-on-tobacco>

Zajec, Jera 2009. *Povezanost športne dejavnosti predšolskih otrok in njihovih staršev z izbranimi dejavniki zdravega načina življenja*: doktorska disertacija.

Zajec, Jera. Videmšek, Mateja, Karpljuk, Damir, Štihec, Janez. 2009. *Značilnosti gibalnih/športnih dejavnosti in specifičnosti v spodbujanju gibanja predšolskih otrok*. *Sodobna pedagogika* 60, (3): 86-99.

Završnik, Jernej in Rado Pišot. 2005. "Gibalna/športna aktivnost za zdravje otrok in mladostnikov« [Physical/sport activity for the health of children and adolescents]. Koper:

Založba Annales, University of Primorska, Science and Research Centre." Institute for Kinesiological Research.

Zerubavel, Eviatar. 1997. "Social mindscapes." *An invitation to cognitive sociology*. Harvard University Press.

## STVARNO KAZALO

### A

aktivno očetovanje 25,171,175,190, 196, 202  
aktivno preživljanje prostega časa 163, 184, 172, 183,187, 188,194, 196  
antropometrični podatki 69, 88, 126, 152,197  
antropometrične in morfološke značilnosti 88,89, 94, 126, 161

### B

baterija gibalnih testov 36, 44, 49, 83, 84, 94, 197  
bivalni pogoji 45, 60, 72,159, 203

### C

Cockerhamova paradigma »zdravega življenjskega sloga« 55, 60, 63, 107, 182

### D

Delitev družinskega dela 25, 46, 128, 165, 180, 181, 187, 189-191, 201, 193-96,  
Družinske prakse 30, 31,44, 45, 67, 70, 71, 107, 113, 164, 176, 182, 185, 193, 198, 200 -202

### E

ekonomski kapital 66, 73, 77, 79  
elementarni gibalni vzorci 34-37, 42, 44, 82-85, 87, 133, 146

### G

gibalne kompetence 34, 36-38, 72, 77-78, 81, 83-84, 196, 200  
gibalna/športna aktivnost (GŠA) 32-33, 83, 202-204  
gibalna učinkovitost 49,85,106, 154  
gibalni vzorec hoja 105  
gibalni vzorec plezanje 103  
gibalni vzorec plazenje 104  
gibalni vzorec skok 104  
gibalni vzorec tek 105  
globalizacija 22

### H

habitus 51, 57, 61-63, 67-68, 71-72, 79-81, 83, 195, 199  
hiperstarševstvo 24

### I

ideologija preventive 28, 70, 104  
imperativ odgovornega starševstva 23-26, 47, 104, 189, 202  
individualizacija 26  
individualizacija tveganja 28  
individualizacija nenehne skrbi za zdravje 28  
institucionirani kulturni kapital 65, 74, 77  
instrumentarij za vrednotenje količine GŠA družine 107-114  
instrumentarij za vrednotenje prehranskih praks 114-117

instrumentarij za vrednotenje zdravju tveganih praks 117-119  
intenzivno materinjenje 129, 180, 192, 196, 202  
intenzivno starševstvo 24, 26, 47, 160, 164, 164, 189, 191, 202

## **K**

kanonična korelacija 144, 185  
kolektiviteta 58, 59, 70, 72, 193  
kulturni kapital 40, 66, 73-78, 81, 83, 129, 175, 190, 195, 202  
kvalitativna analiza 80, 125-131, 156, 164, 177  
kvantitativna analiza 80, 133  
kvazikanonična korelacija 144, 185

## **M**

medgeneracijski prenos 70, 72, 81, 130, 194  
medikalizacija družbe 59  
model vrednotenja elementov zdravega življenjskega sloga družine 43-44, 48, 107-120, 125, 155

## **O**

objektivirani (opredmeteni) kulturni kapital 66, 74, 78  
opolnomočenost 65  
osvobojenost od ekonomske nujnosti 58, 79, 80, 171-175, 183, 188, 191, 194-196  
otrokocentričnost 23-24, 47, 189, 191, 202

## **P**

polstrukturiran intervju 98, 126  
produkcija telesnega kapitala 80, 83, 200  
protektivno otroštvo 24, 164, 189, 191, 202

## **R**

razvrstitev otrok v skupine po gibalni učinkovitosti 120  
regresijska analiza 106, 133, 182

## **S**

socialna epidemiologija 63  
socializacija 57, 60, 70, 72, 194  
sorodniške mreže 24, 70, 166, 171, 190, 193  
spiralni model dejavnikov GŠA 37  
starševska podpora 49, 129, 173-175, 181, 190, 202

## Š

šport 31

## T

telesni kapital 40, 72, 77-84, 86, 188

tvegane prakse za zdravje 28, 44, 107, 153, 201

## U

učinkovitost izvedbe EGV 93, 102, 106, 120-123

utelešeni kapital 77-84, 129, 175, 190, 191, 202

## V

»vikend« očetje 171, 189

## Z

Zdravizem 26

zdravstvena pismenost 66, 75, 76, 195, 196

zdrav življenjski slog 29, 42, 44-45, 48, 55-66

zdrav življenjski slog družine 30, 67-72, 204

## Ž

življenjski slog 51-54

življenjske možnosti 55, 61, 70, 72, 195

življenjski potek 22,25

## IMENSKO KAZALO

### A

Abel, T. 29, 39, 40, 48, 51, 54-55, 58, 63-67, 73-76, 76, 79, 203  
Adam, F. 68  
Andersen, L.B. 41  
Archer, M. 61  
Arendell, T. 192  
Avbelj, M. 42  
Aversa, A. 80

### B

Backett, K. C. 59  
Ball, D. J. 35  
Baron, L.J. 38  
Barnett, L. M. 34, 35, 41  
Bauman, Z. 27, 54  
Beck-Gernsheim, E. 23, 24, 47  
Beck, U. 22, 24, 26, 47  
Beets, M. W. 46  
Bernstein, N. A. 34  
Biddle, S. JH. 32, 33, 41, 41, 183  
Blaxter, M. 45, 53, 58, 60, 64, 65, 203  
Bourdieu, P. 53-54, 58, 61-62, 70, 73-74, 77-83, 130, 182, 188, 190, 191, 194, 196, 202, 203  
Bramble, D. M.  
Bratanič, B.,  
Brown, T. 59  
Browning, C. 60  
Bruininks, R. 94

### C

Calaprice, A. 125  
Chaney, D. 26, 39, 51-53, 67, 203  
Cheal, D. 30, 71, 195  
Clarke, A. 27  
Coakley, J. 31, 32  
Cockerham, W. C. 27, 29, 30, 44, 45, 48, 54-65, 67, 70, 72, 107, 182, 198, 200, 203  
Crawford, R. 27-29  
Crompton, R. 27, 203

### Č

Čeklić, U. 35, 87, 103

### D

Dahrendorf, R. 61  
Denton, M. 59  
Dietz, W. H. 41  
Di Lorenzo, T. M. 183  
Dolenc, P. 38

Dowda, M. 45, 46  
Dunn, A. L. 63

## **E**

Ehrensaft, D. 46  
Eid, L. 38  
Ekeland, E. 33  
Ekelund, U. 41, 183

## **F**

Featherstone, M. 81  
Flere, S. 99, 126  
Ford, E. S. 59  
Forcey, L.R. 180, 192  
Franzini, L. 46  
Fras, Z. 41  
Frohlich, K. L. 33, 43, 64

## **G**

Gabrijelčič Blenkuš, M. 113-115, 118, 153  
Gallahue, D.L. 34, 35, 37, 42, 87  
Geckova, A. 117  
Giddens, A. 26, 27, 54, 203  
Gochman, D. S. 33, 55, 145  
Grzywacz, J.G. 56, 58, 59, 60

## **H**

Hands, B. 202  
Hardman, K. 37, 38  
Hardy, L. L. 33, 35  
Harrington, R. 87  
Harter, S. 38  
Hayley, C. 42, 162, 186  
Hays, S. 180, 192, 202  
He, M. 41, 42  
Heitzler, C.D. 46  
Henderson, S. 94  
Hlastan Ribič, C. 114, 115  
Hochschild, A. 25  
Hoffman, D. 24  
Houghton, S. 42  
Humbert, M. L. 45

## **J**

James, A. 24  
Janssen, I. 33, 40  
Jarvis, M. J. 58  
Jurak, G. 33, 36, 41, 43, 149  
Jürimäe, T. 42



## **K**

Kalaja, S. 38  
Kalberg, S. 61  
Kamin, T. 26, 27, 28, 47, 59, 60, 64, 74, 79, 175, 180, 191, 192, 202  
Kawachi, I. 63, 64  
Karlsen, S. 59  
Kantomaa, M.T. 33  
Kerr, J. 45  
Kickbusch, I. 65  
Klatsky, A. L. 63  
Koprivnikar, H. 117  
Koren, K. 35,87,103  
Kovač, M. 31, 33, 42  
Kramberger, A. 54  
Kuhar M. 24  
Kvale, S. 125-127, 132

## **L**

Lee, E. 24  
Link, B. G. 58  
Lister, R. 24  
Lubans, D. R. 35  
Luthar, B. 39, 51, 67

## **M**

Marušič, U. 35, 87, 103  
Mesec, B. 126  
Morgan, D. 30, 31, 71  
Moore, L. 149  
Mutrie, N. 32, 41

## **O**

O'Donovan, G. 33, 40  
O'Loughlin, J. 46  
Ortega, F. B. 41, 183  
Ostrowska, N. 58  
Owen, C.G. 41  
Owen, N. 41

## **P**

Page, A. S 183  
Pišot, R. 32, 34-38, 42  
Pišot, S. 38, 46, 47, 72, 93  
Plevnik, M. 34, 35, 87, 103  
Poličnik, R. 113  
Prochaska, J.J. 46  
Pyper, E. 41

## **R**

Reeves, M. J. 69  
Reiner, M. 33,40  
Rener, T. 22-24, 28, 47, 171, 175, 189, 190, 193, 201, 202  
Ritchie, J. 127  
Roberts, E.M. 24  
Rose, L. 24  
Ross, C. 59

## **S**

Saelens, B. E. 45  
Sallis, J. F. 38, 45, 46, 162, 183  
Salmon, J. 41  
Seefeldt, V. 46  
Sember, V. 41, 149  
Shilling, C. 40, 65, 80-84, 172, 175, 184, 191, 195, 196, 200, 202, 203  
Shirani, F. 24  
Snead, M. C. 58  
Sobel, M.E. 39, 51  
Steptoe, A. S. 33  
Strel, J. 33, 42  
Sunday, S. R. 117  
Suominen, S. 46

## **Š**

Švab, A. 22-26, 176, 191, 196, 202

## **T**

Taylor, R. W. 149  
Telama, R. 41  
Thomas R. J. 133  
Tomc, G. 68  
Trost, S.G. 45, 46  
Turner, B.S. 27  
Turner, L. 79

## **U**

Ule, M. 24-26, 39, 44, 48, 51, 52, 54, 67, 200, 203  
Ulrich, D.A. 95

## **V**

Veitch, J. 45  
Vickers, R. 56  
Videmšek, M. 34, 35  
Volmut, T. 41, 183

## **W**

Wall, G. 24

Warren, M. G. 27

Weber, M. 55, 59

Weiss, M. R. 38

Weiss R. 127

Welk, G. J. 46

Wickrama, K. AS. 58, 59

Wickstrom R. 34

Williams, S. J. 62, 65

Williams, S. 25

## **Z**

Zajec, J. 40, 45

Završnik, J. 183

Zerubavel, E. 59

## PRILOGE:

### Priloga A: Dovoljenje komisije RS za medicinsko etiko



#### KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

---

Prof. dr. Rado Pišot, dr. med.  
Znanstveno-raziskovalno središče Koper  
Univerza na Primorskem  
Gasilaldjeva 1, 6000 Koper

Štev.: 159/07/09  
Datum: 2. 9. 2009

Spoštovani gospod profesor,

Komisiji za medicinsko etiko ste 13. 7. 2009 naslovili prošnjo za mnenje o načrtu raziskave z naslovom:

*"Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno-mišičnega sistema na nekateri dejavniki sošolskega športnega sloga otrok med 4. in 7. letom starosti"*

Komisija je načrt Vaše raziskave ocenila kot etično sprejemljivo in Vam zanjo izključila svoje soglasje.

S spoštovanjem in lepimi pozdravi,

prof. dr. Jože Tomelj  
predsednik Komisije za medicinsko etiko

## Priloga B: Vprašalnik za starše



ŠIFRA ANKETIRANCA

Projekt:

**»Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno - mišičnega sistema na nekatere dejavnike sodobnega življenjskega sloga otrok med 4. in 7. letom starosti«.**

***Spoštovani starši!***

***Zahvaljujemo se Vam za izkazan interes za sodelovanje v raziskavi »Analiza elementarnih gibalnih vzorcev in adaptacija skeletno- mišičnega sistema na nekatere dejavnike sodobnega življenjskega sloga otrok med 4. in 7. letom starosti«.***

**Z raziskavo želimo poleg načrtovanih meritev ugotoviti s pomočjo vprašalnika tudi demografske, psiho-socialne, okoljske in nekatere zdravstvene dejavnike, ki vplivajo na otrokov gibalni razvoj.**

**Tovrstni podatki so za nas izredno dragoceni, saj bodo pomembno prispevali h kompleksnosti in kakovosti raziskave, zato Vas prosimo, da izpolnite spodnji vprašalnik in ga vrnete vaši vzgojiteljici v vrtcu. Obenem pa se zavezujemo, da bomo podatke pridobili in hranili v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov.**

**Za Vaše sodelovanje in iskrene odgovore se Vam najlepše zahvaljujemo.**

**Vodja projekta prof. dr. Rado Pišot  
s skupino sodelavcev Inštituta za  
kineziološke raziskave**

## VPRAŠALNIK ZA STARŠE

NAVODILO: Vprašalnik naj izpolnjuje eden od staršev. V primeru, da je označen prostor za odgovore obeh, pa naprošamo, da na vprašanje odgovori starš v imenu obeh staršev. Obkroži se črko pred ustreznim odgovorom. Na nekatera vprašanja je možnih več odgovorov, kar je tudi primerno označeno.

### 1. SPLOŠNI PODATKI O STARŠIH (izpolni en starš za oba starša)

	Mama	Oče
Starost / leto rojstva		
Narodnost		
Telesna višina / cm		
Telesna teža / kg		
Najvišja stopnja formalne izobrazbe?	a) osnovnošolska izobrazba b) srednješolska izobrazba (poklicna ali strokovna) c) srednješolska izobrazba – gimnazija d) višješolska izobrazba e) visokošolska izobrazba f) univerzitetna izobrazba g) magisterij h) doktorat	a) osnovnošolska izobrazba b) srednješolska izobrazba (poklicna ali strokovna) c) srednješolska izobrazba – gimnazija d) višješolska izobrazba e) visokošolska izobrazba f) univerzitetna izobrazba g) magisterij h) doktorat
Kakšna je vaša sedanja delovna aktivnost ali ste:	a) polno zaposlen (8 ur nazaj) b) zaposlen za skrajšan delovni čas (več kot 4 manj kot 8 ur) c) zaposlen za manj kot 4 ure na dan d) brezposeln, e) samozaposlen (samostojen podjetnik, obrtnik) f) kmet g) upokojenec h) gospodinja i) študent j) brez odgovora	a) polno zaposlen (8 ur nazaj) b) zaposlen za skrajšan delovni čas (več kot 4 manj kot 8 ur) c) zaposlen za manj kot 4 ure na dan d) brezposeln, e) samozaposlen (samostojen podjetnik, obrtnik) f) kmet g) upokojenec h) gospodinja i) študent j) brez odgovora
V kateri sloj /razred bi umestili svojo družino, (kateremu sloju-razredu pripadate?)	a) čisto spodnji b) delavski c) srednji d) višji srednji e) zgornji f) ne želim odgovarjati g) ne vem h) brez odgovora	a) čisto spodnji b) delavski razred c) srednji d) višji srednji e) zgornji f) ne želim odgovarjati g) ne vem h) brez odgovora

Kolikšen je bil mesečni dohodek vseh članov vašega gospodinjstva, neto) v zadnjem mesecu? (seštejte vse oblike dohodka OD, pokojnina, štipendija, doh.od del v obrti, kmetijstvu in delite z družinskimi člani?	a) pod 300 eur b) od 301 do 500 eur c) od 501 do 800 eur d) od 801 do 1100 eur e) od 1101 do 1500 eur f) od 1501 do 1800 eur g) od 1801 dalje	a) pod 300 eur b) od 301 do 500 eur c) od 501 do 800 eur d) od 801 do 1100 eur e) od 1101 do 1500 eur f) od 1501 do 1800 eur g) od 1801 eur dalje
Ste se vi, vaši bratje/sestre in vaši starši kdaj zdravili zaradi .....	( <i>možnih več odgovorov</i> ) a) sladkorne bolezni? b) debelosti? c) srčno-žilnih bolezni? d) visokega pritiska? e) uravnavanja maščob v krvi? f) drugo_____	a) sladkorne bolezni? b) debelosti? c) srčno-žilnih bolezni? d) visokega pritiska? e) uravnavanja maščob v krvi? f) drugo_____
Ali sedaj kadite cigarete?	a) da b) ne c) občasno, navadno manj kot eno cigareto na dan	a) da b) ne c) občasno, navadno manj kot eno cigareto na dan
Če da, koliko let že kadite ?		
Katere dnevne obroke in kolikokrat na teden jih uživate.	a) zajtrk, _____x na teden. b) dop. malica, _____x_ na teden c) kosilo, _____x na teden d) pop. malica, _____x_ na teden e) večerja, _____x_ na teden	a) zajtrk, _____x na teden. b) dop. malica, _____x_ na teden c) kosilo, _____x na teden d) pop. malica, _____x_ na teden e) večerja, _____x_ na teden
Katere dnevne obroke in kolikokrat na teden jih uživa vaš otrok?	a) zajtrk, _____x na teden. b) dop. malica, _____x_ na teden c) kosilo, _____x na teden d) pop. malica, _____x_ na teden e) večerja, _____x_ na teden	a) zajtrk, _____x na teden. b) dop. malica, _____x_ na teden c) kosilo, _____x na teden d) pop. malica, _____x_ na teden e) večerja, _____x_ na teden
Kako pogosto so v vaši družini na jedilniku ocvrte jedi (pommies frites, ocvrto meso)?	a) vsak dan b) pogosto (3-4-tedensko) c) občasno d) redko e) nikoli	a) vsak dan b) pogosto (3-4-tedensko) c) občasno d) redko e) nikoli
Kako pogosto jeste hitro prehrano (hamburger, topli sendvič, kebab, pica..)	a) vsak dan b) pogosto (3-4-tedensko) c) občasno d) redko e) nikoli	a) vsak dan b) pogosto (3-4-tedensko) c) občasno d) redko e) nikoli

Navedite katero vrsto pijače najpogosteje uživete?		
Navedite katero vrsto pijače najpogosteje uživa vaš otrok (voda, sadni sokovi, gazirane pijače).		
Kaj jè vaš otrok med obroki ( prigrizki)		
Ali je v vaših obrokih tudi sadje	d) vsak dan e) pogosto (3-4-tedensko) f) občasno g) nikoli	a) vsak dan b) pogosto (3-4-tedensko) c) Občasno d) nikoli
Kolikokrat tedensko ste v povprečju zmerno gibalno aktivni (manjši fizični napor in delovanje celega telesa) in koliko časa?	Aktivnost: _____  Trajanje aktivnosti: _____X tedensko _ _____ minut na dan.	Aktivnost: _____  Trajanje aktivnosti: _____X tedensko _ _____ minut na dan.
Kako ocenjujete svojo sedanjo... (razvrstite od 1 do 5, kjer pomeni 1... zelo slaba 2... slaba 3... dobra 4... zelo dobra 5... odlična)	telesno kondicijo _____  psihično kondicijo _____  zdravstveno stanje _____	telesno kondicijo _____  psihično kondicijo _____  zdravstveno stanje _____



**2. PODATKI O DRUŽINI IN OKOLJU (izpolni eden od staršev, navedite kdo: \_\_\_\_\_ mama/oče):**

Otrok živi v	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) dvostarševski družina (z obema biološkima staršema)</li> <li>b) enostarševski družini (le z enim staršem)</li> <li>c) Reorganizirani družini (vsaj eden od staršev je socialni , ne pa tudi biološki starš).</li> <li>d) razširjeni družini (poleg enega ali obeh staršev živi otrok tudi z drugimi sorodniki: starimi starši, tetami, strici)</li> </ul>
Kolikšno je število otrok v družini?	_____
Kakšna je starost otrok v družini?	_____, _____, _____
Kdo je varoval otroka do vpisa v vrtec? (možnih več odgovorov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) plačano privatno varstvo</li> <li>b) mati</li> <li>c) stari starši</li> <li>d) drugo _____</li> </ul>
Kakšno je okolje bivanja otroka?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) podeželje/vaško okolje (npr. Marezige, Kolomban, Hrvatini)</li> <li>b) primestno okolje (npr. Pobegi, Bertoki)</li> <li>c) mestno okolje (npr. Koper center, Semedela, Markovec)</li> </ul>
Kje družina prebiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) v individualni hiši (sem sodi tudi vrstna hiša)</li> <li>b) v več stanovanjski hiši</li> <li>c) v bloku</li> <li>d) drugo _____</li> </ul>
Koliko časa že živite v tej soseski?	_____ let in _____ mesecev
Kako vaš otrok vsakodnevno prihaja v vrtec?	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) peš prehojena razdalja _____m</li> <li>b) s kolesom prevožena razdalja _____m</li> <li>c) z avtom.....prevožena razdalja _____m</li> </ul>
Med navedenimi prostori izberite tisti prostor, kjer vaš otrok najpogosteje preživlja prosti čas. (obkrožite le en odgovor)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) hišni vrt /dvorišče</li> <li>b) bližnji travnik, gozd</li> <li>c) urejeno otroško igrišče</li> <li>d) mestni park</li> <li>e) plaža</li> <li>f) ulica</li> <li>g) trg</li> <li>h) drugo (navedite) _____</li> <li>i) (otročka soba, oz stanovanje)</li> </ul>
Koliko je ta prostor oddaljen od vašega prebivališča? (navedite v razdalji in v času)	_____ kilometrov _____ minut hoje oziroma _____ minut vožnje
Ali je njihova dostopnost ovirana z naslednjimi dejavniki? (možnih več odgovorov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) klanec</li> <li>b) prometna cesta</li> <li>c) drugo (navedite) _____</li> <li>d) ni tovrstnih ovir</li> </ul>
Kako v soseski, kjer živite, opravite najpogosteje vsakodnevne opravke z otrokom (nakupi, obiski...) (obkrožite le en odgovor)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) peš</li> <li>b) s kolesom</li> <li>c) z avtom/ drugim prevoznim sredstvom</li> </ul>

**3. SPLOŠNI PODATKI O OTROKOVI GIBALNO/ŠPORTNIH NAVADAH (izpolni eden od staršev, navedite kdo: \_\_\_\_\_ mama/oče) Razlaga: zmerna gibalna aktivnost otroka je telesna aktivnost, ki vključuje manjši fizični napor in delovanje celega telesa.**

<p>Kolikokrat tedensko je v povprečju vaš otrok zmerno gibalno aktiven (npr. se aktivno igra) in koliko časa?</p>	<p>Aktivnost traja ____ krat tedensko _____ minut na dan.</p>
<p>Kako pogosto vaš otrok sam predlaga gibalno aktivnost, ki jo nato izvajate skupaj?</p>	<p>a) pogosto (več kot 3 krat tedensko) b) redko (do 2 krat tedensko) c) nikoli</p>
<p>V primeru, da ste na prejšnje vprašanje obkrožili odgovora a) ali b), katero gibalno aktivnost je vaš otrok v zadnjem času najpogosteje izbral? (npr. kolesarjenje) <i>navedite le eno!</i></p>	<p>_____</p>
<p>Katere aktivnosti skupaj z otrokom izvajate <u>med vikendom</u>? (navedite le 3 najpogostejše aktivnosti)</p>	<p>_____ _____ _____</p>
<p>Katere aktivnosti skupaj z otrokom izvajate <u>med poletnimi in počitnicami</u>? (navedite le 3 najpogostejše aktivnosti)</p>	<p>_____ _____ _____</p>
<p>Katere aktivnosti skupaj z otrokom izvajate <u>med zimskimi počitnicami</u>? (navedite le 3 najpogostejše aktivnosti)</p>	<p>_____ _____ _____</p>
	<p>a) ____ Gibalna/športna aktivnost (GŠA) mi ni pomembna</p>

<p>Kaj vas od naštetih dejavnikov najpogosteje <b>odvrne</b> od gibalno/športnega aktivnega preživljanja prostega časa z vašim otrokom na prostem? (Razvrstite od 1 do 5 pred ponujenim odgovorom, kjer je 1...največkrat, 2....pogosto, 3.....občasno in 4..... redko in 5...nikoli).</p>	<p>b) ___ Slabša dostopnost do ustrezne infrastrukture (igralnih površin) c) ___ Slabše prostorske možnosti za izvajanje GŠA, d) ___ Neustrezni vremenski pogoji za izvajanje GŠA, e) ___ Pomanjkanje časa za to dejavnost, zaradi obveznosti, ki so pomembnejše, f) ___ Nezdostna finančna sredstva, g) ___ Slabše osebno zdravstveno stanje, h) ___ Slabše otrokovo zdravstveno stanje, i) ___ Trenutnega osebnega slabšega počutja (utrujenost) j) ___ Trenutnega otrokovega slabšega počutja (utrujenost) k) ___ Drugo:_____.</p>
<p>Ali je vaš otrok vključen v organizirane in vodene gibalne/športne aktivnosti?</p>	<p>a. Da Aktivnost traja ___ krat tedensko _____ minut na dan. b. Ne c.</p>
<p>Menim, da je moj otrok v primerjavi s svojimi vrstniki ... ?</p>	<p>a) zadostno gibalno aktiven b) nezadostno gibalno aktiven c) ne vem (ne morem oceniti)</p>
<p>Moj otrok teče hitreje kot njegovi sovrstniki...?</p>	<p>a) se strinjam b) se ne strinjam c) ne vem</p>
<p>Moj otrok skoči višje kot njegovi sovrstniki... ?</p>	<p>a) se strinjam b) se ne strinjam c) ne vem</p>
<p>Moj otrok se plazi hitreje kot njegovi sovrstniki... ?</p>	<p>a) se strinjam b) se ne strinjam c) ne vem</p>
<p>Moj otrok pleza bolje kot njegovi sovrstniki...?</p>	<p>a) se strinjam b) se ne strinjam c) ne vem</p>
<p>Kaj vam pomeni gibalna/športna aktivnost? (razvrstite od 1 do 5, pri čemer je: 1... zelo se strinjam, 2.... 3 .....se strinjam 4.... 5... se ne strinjam)</p>	<p>___ Nov modni trend, ki bo minil ___ Življenjski slog ___ Nujna aktivnost za zdravje ___ reklamni trik ___ drugo (navedite)_____</p>
<p>Otrokova gibalna aktivnost je za njegov razvoj nujna in</p>	<p>a) se strinjam b) se deloma strinjam</p>

pomembna. Osvojene gibalne spretnosti v tej starosti bodo dobra popotnica njegovemu zdravstvenemu statusu in zdravemu načinu življenja.	c) se ne strinjam
Kaj menite, da je osnovni motiv otrokovega gibanja, ki naj bi ga zadovoljeval? (več možnih odgovorov)	a) da se otrok zabava b) da se druží in spoznava c) da se nauči novih gibalnih veščin, se počuti bolj sposoben d) drugo _____

**4. DODATNI PODATKI O VAŠEM OTROKU (izpolni eden od staršev, navedite kdo: \_\_\_\_\_ mama/oče)**

Starost otroka ob vpisu v vrtec	_____ mesecev
V katerem mesecu se je otrok začel plaziti? (navedite mesec in obkrožite natančnost vašega odgovora)	_____ mesec. a) sem prepričan(a) b) sem delno prepričan(a) c) ugibam
Kako se je otrok plazil?	a) le po trebuhu b) najprej po trebuhu in potem po rokah in kolenih c) le po rokah in kolenih d) drugo _____
Do katere starosti se je otrok plazil? (navedite mesec in obkrožite natančnost vašega odgovora)	do _____ meseca. a) sem prepričan(a) b) sem delno prepričan(a) c) ugibam
Pri kateri starosti je otrok shodil?	_____ mesecev
Ali se je otrok potem, ko je shodil, še vedno plazil?	a) da b) pogosto c) redko d) ne
Ali ima otrok zdravniško preiskane in potrjene kakršnekoli težave povezane s kostmi in mišicami? (obkrožite težavo)	a) plosko stopalo b) nepravilna drža c) drugo: _____
Ali se otrok <u>zdravi</u> zaradi težav povezanih s kostmi in mišicami? (obkrožite, navedite metodo zdravljenja, kot npr. vaje,	a) plosko stopalo: _____, _____ b) nepravilna drža: _____, _____ c) drugo: _____

vložki, terapije, aparat za držo, ...)	
Otrok se boji višine	a) zelo b) precej c) še kar d) nekoliko e) nikakor ne f) ne vem
Otrok ima strah pred globino	a) zelo b) precej c) še kar b) nekoliko e) nikakor ne f) ne vem
Otrok že od rojstva rad pleza/se vzpenja na stvari	a) zelo b) precej c) še kar d) nekoliko e) nikakor ne f) ne vem
Otrok pleza	a) pogosto b) precej c) občasno d) redko e) nikoli

## Priloga C: Pomožna vprašanja za polstrukturiran intervju s starši

Št. Intervjuja / subjekt :	Intervjuvanec	Vključen otrok / spol

### **VPRAŠANJA ZA POL-STRUKTURIRAN INTERVJU**

- 1 a) Kako poteka vaš vsakdanjik? Opišite en dan med tednom, pri tem se omejite predvsem na čas, ki ga preživite po prihodu domov iz dela (kdaj navadno pridete)?
  - b) Opišite čas, ki ga družina preživi skupaj, z otrokom, vaš prosti čas, kaj počnete skupaj (lahko opredelite tudi aktivnosti po letnem času)?
  - c) Kako pa otrok navadno preživi ta čas?
  - d) Kako poteka delitev dela ali teh obveznosti v družini – kako si jih delita partnerja ter tudi kakšno vlogo ima širša sorodniška mreža – na koga se lahko obrnejo, kdo jim pomaga itd. ter seveda, v kolikor nimajo mreže, kako to vpliva na izbor dejavnosti – ali so zato omejeni..
  - e) Kako jim to usklajevanje gre od rok – ali so utrujeni, imajo težave – kako je z usklajevanjem časa? Kako se uskladita s partnerjem?
  - f) Bi si želeli da bi bilo drugače? Imate občutek, da vam ob vsakdanjih obveznostih zmanjkuje časa za lastne potrebe? Kaj bi počeli, če bi imeli več časa?
2. a) Kako vaša družina preživlja vikende?
  - b) Bi si morda želeli, da ga preživljate kako drugače? Zakaj? Kako bi si ga želeli preživljati?
3. a) Kako družina preživlja počitnice? Počitnice navadno družina preživlja na sledeč način... Opišite!?
  - b) Bi si morda želeli, da ga preživljate kako drugače? Zakaj? Kako bi si ga želeli preživljati? In zakaj ga ne morete tako preživljati kot ga želite?
4. a) Kaj storite/ delate, da bi bili vaši družinski člani čim bolj zdravi?
5. a) Kako in kdo v vaši družini nudi podporo, t.j da pomaga otroku, da je gibalno/športno aktiven (v smislu vpisa, transporta na organizirane GŠA aktivnosti, pri nakupu športne opreme, izvajanju g/š v okviru družine (učenje vožnje s kolesom, plavanja, smučanja)?
6. V primeru, da bi ugotovili, da gibalni razvoj vašega otroka ne dosega meje normalnega, (slabe rezultate merjenj oz. morda ugotovitev nekaterih telesnih anomalij? Katerim dejavnikom bi to pripisali? Po vašem mnenju na to vplivali? (morda) Vrtec?

- 7 a) V čem se vam zdi, da je vaš vsakdanjik podoben/različen od tega, ki ste ga imeli v družini v kateri ste odraščali?
- b) Kako ste preživljali počitnice, vikende?
- b) Ste bili v vaši mladosti tudi vi gibalno/športno aktivni? Ste bili aktivno vključeni v športno društvo, klub..?
- c) Kje ste prebivali? V kakšnem bivalnem okolju ste preživeli otroštvo ?
- d) Kaj pa vaši straši, so živeli aktivno, športno življenje?
8. Kako bi vi z lastnimi besedami opisali zdrav življenjski slog družine? Katere so glavne značilnosti zdravega življenjskega sloga družine ?

HVALA ZA SODELOVANJE!