
15 METODE OCENJIVANJA DRŽANJA TELA - TIPOLOGIJE DRŽANJA TELA

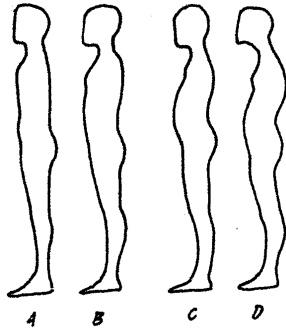
Da bi se utvrdila držanja tela, mnogi autori su hteli da daju doprinos u rasvetljavanju tog problema. Navešćemo neka od najpoznatijih i najviše primenjivanih.

Prema Loyd Brown-u postoje četiri tipa držnja tela:

A - dobro držanje; B - dosta dobro držanje; C - loše držanje; D - vrlo loše držanje;

A - dobro držanje

- položaj glave je uspravan,
- ramena su pravo postavljena,
- položaj grudnog koša je nešto ispred glave,
- lopatice su priljubljene uz leđa,
- trbuh je uvučen iza linije grudnog koša,
- fiziološke krivine kičmenog stuba su u granicama normale .



Slika 222

B - dosta dobro držanje

- glava je pošla put napred, i nalazi se u liniji grudnog koša, grudni koš je lagano uvučen unutra, donji deo trbuha je mlitav i ispupčen, fiziološke krivine kičmenog stuba su povećane.

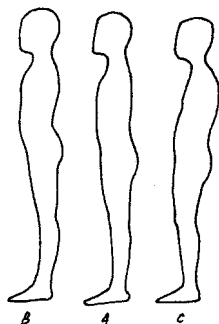
C - loše držanje

- Glava je povijena napred i pomerena bradom ka grudnom košu, rameni pojas je popustio, tako da su ramena povijena, grudni koš pokazuje simptome jake udubljenosti, donji deo stomaka je izrazito pomeren napred-ispupčen, lopatice su drastično udaljene od kičmenog stuba i odvojene od zadnjeg zida toraksa-scapulae alatae, krivine kičmenog stuba su izrazito van granica normale.

D- vrlo loše držanje

- glava je zabačena nazad, rameni pojas je opušten i povijen, trbuh je mlitav i ispupčen, kifoza i lordoza su dosta naglašene.

S. F. V. SMOUT i R. J. S. McDOWEL daju sledeću podelu držanja tela: A, B i C držanje tela.



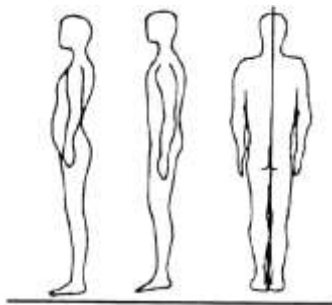
Slika 223 A- spada u dobro držanje tela, a B i C u loše držanje tela.

Kod B držanja tela naročito je izražena slabinska lordoza, sa izraženom hiperekstenzijom u zglobovima kolena, a kod C držanja tela, izražena je povijenost ramene regije, tj. pogurenost sa okruglim leđima, izražena kifoza, a manje izražena lordoza, sa kolenima u blagoj fleksiji.

Metoda za ocenjivanje držanja tela koja je razrađena i primenjivana na FAKULTETU ZA FIZIČKU KULTURU U BEOGRADU u ogleda se u sledećem: vrši se procena držanja tela u sagitalnoj i frontalnoj ravni. Za primenu je potrebno imati: lenjir, dermografsku olovku, visak i libelu.

Ona ustvari predstavlja modifikovanu Smout i McDowel-u metodu, koja uključuje i posmatranje tela u frontalnoj ravni.

Posmatranje u sagitalnoj ravni podrazumeva da je učenik bokom okrenut ispitivaču, a pri tome je minimalno obučan. Visak se prinosi sa zadnje strane, dok kanap, koji imitira vertikalnu osovinu, ne dodirne potiljačnu kvrgu-protuberantia occipitalis externa, a da kanap viska nehotice dodirne torakalni deo kičme i padne u početak sedalnog ureza i dodirne podlogu između peta. Kada se kanap viska smiri, izmeri se odstojanje od sedmog vratnog pršljena do kanapa. Kod fiziološke kifoze rastojanje treba da iznosi 2,5 - 3,5 cm., a zatim u nivou najvećeg udubljenja u predelu slabinske krivine, izmeri se rastojanje od centra krivine do kanapa viska i ono treba da iznosi kod fiziološke lordoze 3,5 - 4,5 cm.



Slika 224

Posmatranje u frontalnoj ravni sa zadnje strane, podrazumeva isti početni položaj, kao u prethodnom slučaju, kada je učenik u ležernom položaju, kako se svakodnevno drži, sl. 220.

Ispitivač je leđima okrenut prema izvoru svetlosti, tako da se ne stvaraju senke i prividi na leđima učenika koga gledamo, jer bi smo tada dobili pogrešnu sliku o njegovom držanju. Dermografskom olovkom obeleže se spinalni nastavci na kičmenom stubu i donji uglovi lopatica. Visak se prinese sa zadnje strane i prisloni na sedmi vratni pršljen, a sam visak ide ka sedalnom urezu i tada vršimo posmatranje i merenje.

Prvo posmatramo simetričnost ramena, njihovu reljefnost, kao i nivo desnog u odnosu na levi akromion.

Dalje se ocenjuje i meri udaljenost levog i desnog donjeg ugla lopatice od kanapa viska. Ta međusobna udaljenost mora biti jednaka, u protivnom govori da nešto nije u redu sa simetrijom i snagom muskulature leve i desne polovine, što može da ukaže na skoliotično loše držanje.

Zatim se u istom položaju meri nivo gornjih uglova lopatica, tako što se libela prinese prvom spuštenom uglu lopatice, a sa druge strane se izmeri udaljenost podignutog ugla lopatice do ivice libele. Ta razlika, ako postoji, ukazuje na podignutost ramena i lopatice sa strane gde je merenje obavljeno, i govori da postoji desno torakalno skoliotično loše držanje tela.

Posmatramo dalje simetričnost Lorencovih trouglova (unutrašnja strana ruke i bočne strane tela). Ako nisu simetrični, može da postoji skoliotično loše držanje sa strane gde je Lorencov trougao manji.

Takođe, metodom posmatranja, ćemo ustanoviti simetričnost leđne muskulature, ako nam kao osa simetrije posluži kičmeni stub. Od učenika tražimo dalje da napravi duboki pretklon i tada posmatramo simetričnost rebarnih lukova sa zadnje strane. Ako se pojavi simetrična izbočenost, dakle i leva i desna rebarna grba, postoji stanje koje može da ukaže na teže poremećaje, pod nazivom kifoza. Ako je ta izbočenost rebarnih lukova asimetrična, onda to ukazuje na poremećaj pod nazivom skolioza.

Da li ima poremećaja na donjim ekstremitetima pokazaće nam nivo zadnjih gornjih bedrenih bodlji. Taj nivo merimo na identičan način, kao i kod nivoa donjih uglova lopatica.

Sa prednje strane u frontalnoj ravni metodom opservacije utvrđujemo da li postoji simetričnost leve i desne polovine tela. Posmatramo reljefnost grudne muskulature i položaj prsnih bradavica, kao i položaj i nivo prednjih gornjih bedrenih bodlji. Ako postoji asimetrija u pomenutim tačkama i nivoima, možemo govoriti o izvesnim deformacijama na kičmenom stubu u frontalnoj ravni. Detaljnije o tome u poglavlju o skoliozi.

Metoda ocenjivanja držanja tela po NAPOLEONU VOLANJSKOM

Ovom metodom vrši se ocenjivanje položaja pojedinih delova tela:

- držanje glave,
- držanje ramena,
- držanje lopatica,
- razvijenost grudnog koša,
- odstupanje kičmenog stuba u frontalnoj ravni,
- držanje trbuha,
- oblik nogu,
- svod stopala.

Prilikom ovakvog procenjivanja daju se određene ocene, i to: ocena 0, ako nema odstupanja i stanje položaja tela je pravilno; ocena 1, ako ima izvesnih odstupanja, za koja treba da se zainteresuje profesor fizičkog vaspitanja, jer to označava da postoji neznatno odstupanje; ocena 2, pokazuje da je odstupanje

izrazito, i da takva stanja treba uputiti ortopedu, jer predstavljaju poremećaje lokomotornog sistema, koja su znatno napredovala i fizičkom vežbom se ne mogu korigovati.

Kada se svi navedeni delovi tela procene i ocene i saberu ocene može se dobiti sledeća skala:

- 0 bodova - držanje tela se ocenjuje kao IZVRSNO-ODLIČNO,
- 1 - 4 boda - držanje tela je VRLO DOBRO,
- 5 - 8 bodova - držanje tela je DOBRO,
- 9 - 12 bodova - držanje tela je SLABO,
- 13 - 16 bodova - držanje tela je VRLO LOŠE.

- Položaj glave:

0 boda - nos ispitanika nalazi se u ravni, koja ne dodiruje zamišljenu ravan, koja prolazi prednjom stranom grudne kosti - manubrium sterni;

1 bod - lice se ne nalazi ispred ravni, koja dodiruje grudnu kost;

2 boda - lice se nalazi ispred ravni koja dodiruje grudnu kost;

- Držanje ramena:

0 boda - projekcija ramena dodiruje zadnju stranu vrata;

1 bod - projekcija ramena dodiruje prednju ivicu vrata;

2 boda - projekcija ramena pada ispred prednje ivice vrata;

- Oblik grudnog koša:

0 boda - grudni koš je dobro građen;

1 bod - grudni koš je nešto spljošten - ravan;

2 boda - grudni koš je izrazito spljošten - ravan;

- Držanje lopatica:

0 boda - lopatice se ne odvajaju od zadnjeg zida toraksa;

1 bod - lopatice se odvajaju od zadnjeg zida toraksa za jedan prst;

2 boda - lopatice se odvajaju za više od 2 prsta od zadnjeg zida toraksa;

- *Bočne krivine kičmenog stuba - skolioza:*

0 boda - kičmeni stub ne pokazuje odstupanja u frontalnoj ravni;

1 bod - kičmeni stub odstupa više od 2 cm., od vertikalne osovine;

2 boda - kičmeni stub odstupa više od 4 cm., od vertikalne osovine;

- *Položaj trbuha:*

0 boda - trbuh je iza linije grudnog koša;

1 bod - trbuh je u ravni sa grudnim košem;

2 boda - trbuh je u ravni koja je ispred ravni grudnog koša;

- *Oblik nogu:*

0 boda - kolena i pete se dodiruju, noge se celom dužinom nehotice dodiruju;

1 bod - razmak u nivou kolena i peta je veći od 2 cm.;

2 boda - razmak između kolena ili peta je veći od 3 cm.;

- *Držanje stopala, ispitanik je u položaju: stav na jednoj nozi:*

0 boda - stopalo ima dobro izražen svod, otisci stopala od 1 - 4;

1 bod - svod stopala je spušten, otisci stopala od 5 - 6;

2 boda - stopalo je ravno - otisci stopala od 7 - 10, klasifikacija po Bunaku.

Cilj

Cilj ovog poglavlja je da seobjasne tipologije držanja tela, na taj način utvrdi koja bi bila najprihvatljivija i najbolja za primenu.

Rezime

Navedene su trenutno najpoznatije tipologije, koje objašnjavaju položaj svih delova lokomotornog aparata.

Pitanja

Navesti i objasniti tipologije držanja tela?

16 LOŠA DRŽANJA - POSTURALNI POREMEĆAJI

Pod lošim držanjem tela se ne podrazumeva samo jedan poremećaj, jedna konkretna deformacija, već više poremećaja, čija je zajednička osobina da aktivnim zatezanjem muskulature, oni iščezavaju. Loše držanje se karakteriše slabošću celog organizma, naročito zglobno-mišićnog aparata. Kod ovakvih stanja najviše je izražena statička insuficijencija kičmenog stuba, što je uslovljeno slabošću i ostalih delova lokomotornog sistema.

Poznato je da držanje tela zavisi od ravnoteže između sile zemljine teže i snaga koje joj se suprotstavljaju, a to su aktivne i pasivne snage.

Loše držanje se stiče u najranijoj mladosti i to najviše u školskom periodu. Zato je i najvažnije da se u tom periodu i počne sa vežbama, koje mobilišu čitav lokomotorni sistem.

Jačanje podrazumeva aktivnosti, koje mobilišu mišiće, zglobove i zglobne veze. Jačanje muskulature kičmenog stuba je od primarnog značaja. Činjenica da kičma mora da bude i savitljiva, a i čvrsta, govori da aktivna snaga u vidu mišića mora biti stalno prisutna.

Mišići kičmenog stuba su: bedreno - rebarni mišić - m. iliocostalis dorsi, najduži mišić leđa - m. longissimus dorsi, rtenični mišić - m. spinalis dorsi, međurtenični mišići - mm. interspinales, poprečno-rtenični mišić - m. transversospinalis.

Svi zajedno čine mišić koji se zove jednim zajedničkim imenom: opružlač leđa - m. errector trunci. Svi ovi mišići zajedno sa ostalim čine tzv. mišićni

korzet, čijim se sistematskim jačanjem ne dozvoljava pojava telesnih deformiteta.

Druga grupa mišića, koja se ne sme zapostaviti jeste, svakako trbušna muskulatura, koja u sprezi sa prethodnom ne dozvoljava nikakve aberacije od normale.

Prema Srakaru, pod lošim držanjem podrazumevaju se sve nepravilnosti u položaju, međusobnom odnosu, i obliku karlice, kičmenog stuba, ramena, donjih ekstremiteta, koje nisu posledica oštećenja na kosturu, nervno-mišićnom aparatu, nego su posledica nedovoljne i nepravilne funkcije mišića.

Mandić smatra da se loše držanje može definisati kao početno razbijanje biomehaničke ravnoteže kičmenog stuba. Grupe mišića prouzrokuju nefiziološku konturu, tj. krivljenje kičme skoliotičnog ili kifotičnog tipa. Dakle, to je faza kada na koštanim delovima još nema promena, pa se stanje mišićne insuficijencije, odgovarajućim vežbama može sa dosta uspeha vratiti u stanje mišićne suficijentnosti sa normalnim fiziološkim krivinama kičmenog stuba.

Danas se mnogo govori, a i dosta se zna šta su to loša držanja, a šta su deformiteti. Bez obzira na tu činjenicu broj dece sa posturalnim poremećajima i ravnim stopalima je u stalnom porastu. Prema mnogim istraživanjima, kako na našem području, tako i na ostalim podaci su dosta približni kada se radi o broju dece sa posturalnim poremećajima. Skoro da svako drugo dete u osnovnim školama ima po neki poremećaj u držanju tela.

Može se konstatovati da je i pored brige zajednice za zdravlje deteta, negde napravljen propust na štetu deteta.

Vežbanje je najmoćnije sredstvo za pravilan rast i razvoj deteta, ukoliko odgovara, njegovom uzrastu, potrebama, interesovanju i mogućnostima.

Mi danas imamo i uslove za to. Imamo profesore fizičke kulture, koji nešto mogu samostalno, ali još efikasnije u saradnji sa ortopedima, fizijatrima, školskim lekarima i uz bolju organizaciju školskog života, da razreše dobar deo problema u školskoj normalnoj ili specijalnoj nastavi.

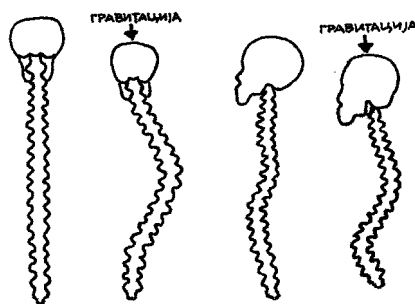
Na osnovu otkrivenih promena i funkcionalnih proba može se utvrditi da li se radi o lakšoj ili težoj formi.

Svaka deformacija počinje u periodu ranog detinjstva, napreduje u periodu razvoja, a zaustavlja se sa napredovanjem, kada se koštani rast završi.

Ako je jedan deo tela sastavljen iz većeg broja kostiju i zglobova, samim tim je i pokretljiviji, ali i podložniji uticajima iz spoljašnje sredine. Takav slučaj je sa kičmenim stubom, koji je sastavljen od velikog broja pršljenova, koji su tokom čitavog života podložni uticaju i promenama. Da bi koliko- toliko odoleo takvim uticajima i promenama, priroda je udesila da poprimi oblik krivudave linije.

Ove krivudave linije imaju svoje fiziološke granice zakrivljenosti, koje kada se prekorače, možemo govoriti o lakšim i težim deformacijama, tipa kifoza, lordoza, ravna leđa, skolioza, udubljena leđa, kifo - skolioza i kifo - lordoza.

Prirodne fiziološke krivine kičmenog stuba stalna su nepadna tačka sile zemljine teže, koja teži da ih poveća. Međutim do pojave skolioze npr. ne dovodi gravitacija, ali ako se skolioza pojavi kao posledica slabosti muskulature ili nekog drugog uzroka, onda sila zemljine teže pogoršava takvo stanje.



Slika 225

U formiranju nepravilnog držanja tela postoji nekoliko kritičnih perioda, vezanih za rast i razvoj aktivnih i pasivnih snaga u organizmu.

Kritični periodi su:

- period prve godine života, period uspravljanja i stajanja,
- period 6.-7. godine života, period polaska u školu,

- period puberteta, period naglašenog neuro-hormonalnog uticaja, sa adolescentnim zamahom rasta.

Nemogućnost sedenja, uspravljanja u toku prve godine života su pokazatelji da mišići opružači leđa nisu još dovoljno tonizirani, za funkciju, koja im je predodređena, pa deci treba omogućiti prelaznu fazu-puzanje. U tom slučaju bi se ispoštovali prirodni zakoni, da će dete uspostaviti prve pokazatelje motorike, kada se budu stekli uslovi za to. U protivnom, dolazi do izrazitije zakrivljenosti, vratne i grudne krivine kičmenog stuba, do zamora mišića i ligamenata.

Uspravljanje deteta je individualna stvar, ne treba vršiti pritisak, da se to desi što pre, jer će svakako doći do poremećaja u zglobovima kolena, kukova, sakroiljačnih mekih struktura, što će rezultirati pojavom deformacija kukova i slabinske regije kičmenog stuba.

Polazak u školu je jedna od presudnih faza u razvoju deteta. U ovom periodu dolazi do velike preokupacije prema novonastalim obavezama, kao što su savladavanje obaveza iz škole, kako u samoj školi, tako i kod kuće. To podrazumeva smanjenu motoričku aktivnost, i kako će to biti prevaziđeno, zavisi će od pripremljenosti deteta u predškolskom uzrastu.

Zato će važnu ulogu imati fizička aktivnost u ovom periodu. To je aktivnost, koja će omogućiti uravnoteženost nervnog sistema, psiho-emocionalnog doživljaja, i ublažavanje ranog umora. Zamor se neutrališe promenom aktivnosti i mesta boravka, pa tako treba koristiti duži boravak na vazduhu u letnjem i zimskom periodu, kao upražnjavanjem raznovrsnih fizičkih aktivnosti.

U periodu puberteta, kao najosetljivijoj fazi razvoj deteta, dolazi do smanjivanja adipoznog tkiva, telo se naglo izdužuje, dolazi do pojačane hormonalne aktivnosti, potporne strukture se preopterećuju i javlja se fenomen insuficijencije lokomotornog aparata.

U ovom periodu devojke zauzimaju pogrbljen stav u nameri da prikriju pojavu grudi, dok dečaci zauzimaju neprirodne položaje u stajanju i hodanju, koji su svojstveni ovom periodu.

Sve su glasnija upozorenja lekara sportske medicine, psihologa, kineziologa da je današnje dete-učenik preopterećeno obavezama u nastavi i van nastave više nego što je primereno njegovim biološkim mogućnostima i organskim kapacitetima. Iz toga proizilazi jedan problem, a to je dnevno, tj. nedeljno opterećenje učenika. To podrazumeva, da li je dete sposobno da svojim kapacitetima odgovori na povećane pedagoško-didaktičke zahteve. Sve dok dete može da odgovori na te zahteve govorimo o humanim procesima u nastavnim aktivnostima. Ali iskustva i istraživanja govore, da ti zahtevi prevazilaze mogućnosti dece, pa se javljaju poremećaji nervnog sistema, metabolizma aparata za kretanje i drugih organskih sistema.

Dete često dolazeći kući iz škole ispoljava čitav niz simptoma i poremećenih stanja kao što su: bledilo kože, iznurenost, bezvoljnost, pospanost, glavobolja, gubitak apetita, smetnje u varenju, srčane aritmije, ubrzani puls, povišeni pritisak isl. To ukazuje, da zahtevi prevazilaze mogućnosti deteta. Znatno deo školskih obaveza učenicima se prebacuje za vikend, pa tako Kosinac-Bonacin (1986), ukazuju da je ukupna količina statičkih opterećenja dece od petog do osmog razreda osnovne škole izuzetno velika i da iznosi, čak osamnaest časova dnevno.

Zdravlje i zdravstveni status dece zavisi od socijalnih i životnih prilika u kojima deca žive i rastu. Utvrđeno je da civilizacijski uslovi življenja ne dozvoljavaju dovoljno prostora za kretanje, koje bi zadovoljilo biološke potrebe i sačuvalo biološki integritet organizma u celini. Današnji stepen tehničkih dostignuća omogućava lagodniji život, ali istovremeno i ugrožava neke osnovne biološke vrednosti. Bolesti, koje su posledica nedostatka kretanja označio je Kraus (1961), kao "hypokinetic diseases". Posebno se može istaći grupacija bolesti sa somatskim manama i slabosti držanja na aktivnim i pasivnim snagama kičmenog stuba. Po ovom autoru, rana pojava bolova u leđima i i sakralnom delu kičme, posledica je oslabljenog aparata za držanje tela i njihovih kontrolnih mehanizama.

Danas se često preporučuje deci i omladini u razvoju nošenje pojasa za držanje uspravnih leđa. Proizvođači ga reklamiraju kao uspešno sredstvo za ispravljanje lošeg držanja, tako što povlači lopatice nazad, stvara osećaj

zategnutosti ramena, podstiče reflekse posture, i tako dovodi leđa u ispravan položaj.

Međutim, istraživanja gore pomenutih autora ukazuju da to nije dokazano u meri, koja se propagira, jer se radi o pasivnoj korekciji. Pa se stoga autori slažu sa osnovnom postavkom da samo aktivna kineziološka stimulacija može osigurati funkcionalnu uravnoteženost potpornih struktura, odgovornih za uspravni stav i držanje tela.

16.1 Razlika između loših držanja i deformiteta

Loše držanje nije stalan oblik zahvaćenog dela tela, na kome se uočavaju nepravilnosti i praćeno je vrlo često kompenzatornim promenama, susednih segmenata tela. Iskusnom stručnjaku ne sme da izmakne iz vida da postoji više znakova lošeg držanja. Što ih je više u jednom momentu i kod jedne osobe, stanje je utoliko ozbiljnije.

Izvesna stanja mogu da se koriguju zauzimanjem adaptacionog - korekcionog stava, zatezanjem muskulature, ili rasterećenjem dela tela, pa takva stanja nazivamo labavim, posturalnim - funkcionalnim.

Prilikom stručnijih - preciznijih merenja, na rtg-snimku, ne nalaze se pozitivni rezultati, pa takvo dete može da se uključi u sistematski rad.

Nasuprot ovome zahvaćeni deo kičmenog stuba kod pravih, fiksiranih deformacija je stalan. Tako da postoje brojni pozitivni znaci, koji ukazuju na spazam, kontrakture, i druge pokazatelje, da je situacija daleko ozbiljnija i da treba preduzeti radikalnije zahvate.

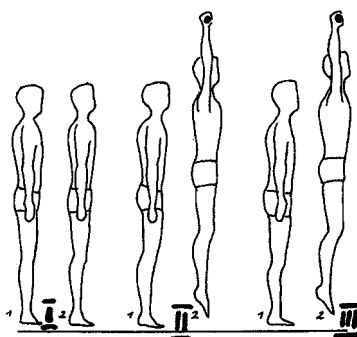
Pokretljivost zahvaćenog dela tela je reducirana, a sa rastom i razvojem imaju tendenciju da se u potpunosti ustale. Raznim oblicima rasterećenja i prilikom aktivnih kontrakcija stanje se nikako ne menja. Na rtg-snimku po pravilu postoje strukturalne promene.

Postoje precizni testovi koji su subjektivnog karaktera, ali se dosta često koriste u razgraničavanju, posturalnih poremećaja od deformiteta tela.

Ako je učenik u stojećem početnom položaju, i od njega zahtevamo da aktivno zategne miškulaturu, a tom prilikom nestaju poremećaji, povećane krivine u sagitalnoj ravni (torakalna i lumbalna), takav poremećaj je funkcionalnog karaktera. Programiranom i doziranom vežbom on se može otkloniti. Dakle to je poremećaj I STEPENA.

Ako prilikom izvođenja ovog testa poremećaj ne nestaje, nego je i dalje prisutan, onda je sem miškulature zahvatio i ligamentarni aparat, od učenika zahtevamo da se uhvati za vratilo i slobodno visi. Ako se prilikom ovakvog visa poremećaj koriguje i kičmeni stub poprima fiziološke krivine, poremećaj je II STEPENA.

Ako se i prilikom zauzimanja visa krivine kičmenog stuba održavaju u znatno povećanim granicama i ne koriguju se ni malo, to ukazuje da je poremećaj toliko napredovao i zahvatio sem mišića i ligamenata i koštani deo, te treba potražiti pomoć ortopeda, fizijatra, a nije isključena i akcija hirurga, jer su krivine kičmenog stuba poprimile patološki karakter. One u daljem razvoju mogu konsektivno da dovedu do težih poremećaja vitalnih funkcija unutrašnjih organa. Ovakve poremećaje definišemo kao deformacije III STEPENA.



Slika 226

Da bi se svaki od pomenuta tri stepena mogao pravilno obrađivati korektivnim vežbama, nepochodno je ukazati na osnovne anatomske odnose pojedinih segmenata.

Cilj

Cilj ovog poglavlja je da se definišu loša držanja tela. Kada i u kom periodu nastaju i zbog čega, kao i zašto se moraju praviti razlike između loših držanja i pravih fiksiranih deformiteta.

Rezime

Razlika između loših držanja i telesnih deformiteta je očigledna i tu se mora biti stručan u tumačenju, kako se ne bi napravila greška, koja dovodi do ozbiljnih problema.

Pitanja

Definisati loša držanja-posturalne poremećaje?

Navesti i objasniti kritične periode u rastu i razvoju, kada nastaju loša držanja?

Objasniti u čemu je razlika između loših držanja i telesnih deformiteta?