



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO V ZDRAVSTVENEM
VARSTVU ŠOLSKIH OTROK IN MLADINE NA
PRIMARNI RAVNI**

**HEALTH EDUCATION AS PART OF PRIMARY LEVEL
HEALTH SERVICES FOR SCHOOLCHILDREN AND
YOUTH**

Mentorica: Tanja Torkar, pred.

Kandidat: Simon Krek

Jesenice, november 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Tanji Torkar, pred., za vse napotke, strokovno pomoč in potrpežljivost pri pisanju diplomskega dela.

Iskrena hvala tudi obema recenzentkama, Saneli Pivač, pred., in doc. dr. Maji Sočan.

Zahvaljujem se vsem izvajalkam in izvajalcem zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki so si vzeli čas in rešili anketo, saj brez njih ne bi bilo mojega diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zdravstvena vzgoja šolskih otrok in mladine je pomembna dejavnost na vseh ravneh zdravstvenega varstva, še posebno na primarni ravni. Ker ima velik vpliv na kasnejše življenjsko obdobje, mora biti skrb za zdravje otrok in mladostnikov ključnega pomena za vsako državo in jo moramo jemati resno. Pri tem pa ima medicinska sestra pomembno vlogo.

Cilj: Cilj diplomskega dela je proučiti izvajanje zdravstvene vzgoje v sistemu primarnega zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti ter ugotovili razloge za morebitna odstopanja pri izvajanju zdravstvene vzgoje glede na Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998), kar je lahko osnova za priporočila oziroma izboljšave.

Metoda: Raziskava temelji na kvantitativni, neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Za namen raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisne strukturirane ankete. Vzorec je vseboval 65 enot, število rešenih anket pa je bilo 46. Raziskavo smo izvedli med medicinskimi sestrami iz ljubljanske, gorenjske, primorske in dolenske regije, ki izvajajo zdravstveno vzgojo šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti.

Rezultati: Ugotovitve kažejo, da izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov poteka neenotno, kar kažejo naslednji rezultati. Pri pripravi letnega načrta 34,78 % izvajalcev pripravlja program timsko v sodelovanju s šolo, 28,26 % izvajalcev pripravlja program brez sodelovanja drugih, 10,92 % se jih drži smernic, ki jih je pripravil Nacionalni inštitut za javno zdravje, 8,70 % jih pravi, da program pripravlja vodja enote. Anketiranci (15,7 %) ocenjujejo, da so *Navodila* (1998) potrebna prenove, 21,6 % anketirancev pa pravi, da so pomanjkljivo napisana. Rezultati ankete kažejo tudi, da so izvajalci zdravstvene vzgoje bolj zadovoljni s sodelovanjem vodstva šole (PV = 4,0) kakor pa s sodelovanjem sodelavcev (PV = 3,96) in s podporo organizacijske enote (PV = 3,41).

Razprava: Ugotovili smo, da izvajanja zdravstvene vzgoje precej variira glede na posameznega izvajalca, kar je lahko posledica Navodil (1998), ki so potrebna prenove. Raziskava je pokazala, da si izvajalci zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov za prihodnje želijo predvsem časovno in kadrovsko ureditev ter natančno določene

normative na tem področju, ki se jih je delno začelo urejati s Splošnim zakonom za leto 2015.

Ključne besede: zdravstvena vzgoja, šolski otrok, mladostnik/mladina, primarna raven, zdravstveno varstvo, medicinska sestra

ABSTRACT

Background: Health education of school children and youth is a very important activity at all levels of health care, but especially at the primary level. Due to its profound effect on later stages of a person's life, health education should be crucial for every country and has to be taken very seriously. Nurses play one of the most important roles in achieving the goals of health education in children and youth.

Aims: The aim of the thesis was to examine the implementation of health education at the level of primary health care provision to school children and youth aged under 19, and thereby to determine possible deviations from the *Instructions on carrying out preventive health care at the primary level* (1998). As the *Instructions* are outdated, our study findings can also become the basis for recommendations or improvements.

Methods: A quantitative, non-experimental research design with empirical evidence was employed. The method of interviewing was implemented in the form of a written structured questionnaire. The sample included 65 units, and the number of completed questionnaires was 46. Research was conducted among different nurses from the regions of Ljubljana, Gorenjska, Primorska and Dolenjska. These nurses carry out health education among school children and youth.

Results: Our study results revealed that the implementation of health education among school children and youth is uneven, as demonstrated by the results for annual plan preparation. Namely, 34.78% of educators prepare the annual program in cooperation with the school, 28.26% prepare it alone, 10.92% adhere to the guidelines put forth by the National Institute of Public Health, and a further 8.70% report the program being prepared by the team leader. A total of 15.7% respondents feel that the *Instructions* (1998) should be revised, and 21.6% believe that they are all together inadequate. Study results also show that health educators are more satisfied with school leadership (M=4.0) compared to the cooperation with co-workers (M=3.96) and support from the organisational unit (M=3.41).

Discussion: We established that the implementation of health education tends to differ according to the educators, which could be the result of outdated *Instructions* that require revision. Our results showed that health educators for children and youth desire better time and staff planning with a clearly defined legal framework. These has, at least

partially, started to be imposed with the General Law from 2015.

Keywords: health education, school children, youth, primary level, health care, nurse

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	ŠOLSKI OTROK IN MLADOSTNIK.....	3
2.2	RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	4
2.2.1	Primarna raven zdravstvenega varstva.....	4
2.2.2	Sekundarna in terciarna raven zdravstvenega varstva.....	6
2.3	RAVNI PREVENTIVE V ZDRAVSTVENEM VARSTVU.....	6
2.3.1	Primarno–primarna preventiva.....	6
2.3.2	Primarna preventiva.....	7
2.3.3	Sekundarna preventiva.....	7
2.3.4	Terciarna preventiva.....	8
2.4	ZDRAVSTVENA VZGOJA ŠOLSKIH OTROK IN MLADOSTNIKOV.....	8
2.4.1	Zdravstvena vzgoja ob sistematskih pregledih.....	10
2.4.2	Programirana zdravstvena vzgoja.....	11
2.4.4	Zdravstvena vzgoja in šola.....	14
2.5	NOSILCI ZDRAVSTVENE VZGOJE.....	16
2.5.1	Vloga diplomirane medicinske sestre.....	16
3	EMPIRIČNI DEL	18
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	18
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	19
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	19
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	19
3.3.3	Opis vzorca.....	21

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	22
3.4 REZULTATI	22
3.5 RAZPRAVA	34
4 ZAKLJUČEK.....	39
5 LITERATURA	40
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta	20
Tabela 2: Delovna doba	21
Tabela 3: Seznanjenost z vsebino Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998)	22
Tabela 4: Način seznanjenosti z vsebino Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998)	23
Tabela 5: Rednost pri vodenju evidence zdravstveno vzgojnega dela in pri poročanju na Nacionalni inštitut za javno zdravje ter na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	23
Tabela 6: Mnenje izvajalcev zdravstvene vzgoje o organizaciji in poteku zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine	24
Tabela 7: Potek zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov za vašo opredeljeno populacijo	25
Tabela 8: Delež celotnega delovnega časa anketirancev, namenjenega izvajanju zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine	26
Tabela 9: Delež izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine na posamezni lokaciji	27
Tabela 10: Pripravljenec letnega programa za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine	27
Tabela 11: Zadovoljstvo izvajalk zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine	28
Tabela 12: Stališča izvajalcev zdravstvene vzgoje do trditev, ki se nanašajo na Splošni dogovor med ZZZS, MZ in izvajalci storitev (začetek veljavnosti 1. 10. 2015)	30
Tabela 13: Mnenje izvajalcev zdravstvene vzgoje o uporabnosti priročnikov, ki jih uporabljajo ob izvajanju zdravstvene vzgoje	32
Tabela 14: Mnenje izvajalcev o vplivu na kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti	32

Tabela 15: Mnenje izvajalcev o Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) v delu, ki je namenjeno izvajanju zdravstvene vzgoje	33
Tabela 16: Predlogi izvajalcev za izboljšavo izvajanja zdravstvene vzgoje pri šolskih otrocih in mladostnikih na primarni ravni	34

1 UVOD

Zdravi mladi so najboljši obet za dolgoživo in rastočo družbo, zato mora biti skrb za zdravje otrok in mladostnikov ključnega pomena za vsako državo. Za razliko od odraslih so otroci in mladostniki običajno bolj zdravi. Njihove zdravstvene težave so v glavnem povezane z značilnostmi rasti in razvoja, samim načinom življenja in drugimi družbenimi dogajanja (Jeriček, 2007).

Šolski otroci in mladostniki predstavljajo 20 % celotnega prebivalstva. So rizična populacija, ki je v času intenzivnega telesnega in duševnega razvoja ter iskanja lastne identitete vpeta med vplive družine, šole in širšega družbenega okolja, in je še posebej ranljiva (Gaube & Frankič, 2006). V mladostništvu se oblikujejo življenjski slog in glavne navade, ki zaznamujejo posameznika in vplivajo na potek njegovega življenja. Za otroka in mladostnika lahko postanejo ogrožajoča različna tvegana vedenja, ki so sestavni del tega obdobja. Nekatera vedenja so povezana predvsem s težavami v psihosocialnem razvoju samega otroka ter tako vplivajo na njegovo zdravstveno stanje, nekatera pa lahko vodijo tudi do duševnih motenj. V primeru takšnih vedenj ter drugih težav duševnega zdravja je njihovo zgodnje odkrivanje ter pravilna obravnava nujna, če hočemo doseči skladen in celovit razvoj otrok in mladostnikov (Zupančič & Jeriček Klanšček, 2012; Konec Juričič & Podkrajšek, 2007), pri tem pa nam zdravstvena vzgoja, ki je pomembna družbena dejavnost, pomaga oblikovati odnose in naše vedenje glede zdravja (Gaube & Frankič, 2006) ter ima pomembno vlogo pri reševanju strukturnih determinant zdravja (Green & Tones, 2010).

Zdravstvene težave se lahko preprečijo ali v veliki meri zmanjšajo tudi z zdravstveno vzgojo v šolah, ki je ena najučinkovitejših metod (Brenner, et al., 2013), s katero lahko pomagamo mladim pri pravih odločitvah, ki bodo pripomogle k boljšemu zdravju (Young, et al., 2012). Dobro zdravje mladih je namreč osnova za dobro zdravje odraslih (Zupančič & Jeriček Klanšček, 2012).

Vzgojo za zdravje izvajamo na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Zdravstveno vzgojo šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti, ki jo bomo

obravnavali v diplomskem delu, pa izvajamo v primarnem zdravstvenem varstvu (Koprivnikar & Pucelj, 2010).

Zdravstvena vzgoja ima vedno večji pomen v zdravstvu, predvsem v obdobju šolskega otroka in mladostnika, zato bomo v diplomskem delu opredelili obdobje ter rast in razvoj šolskega otroka in mladostnika, opredelili, na katerih ravneh zdravstvenega varstva poteka izvajanje zdravstvene vzgoje v tej starostni skupini, in raziskali, na kakšne načine medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojo in zakaj prihaja do morebitnih odstopanj glede na Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ŠOLSKI OTROK IN MLADOSTNIK

Opredelitve obdobja šolskega otroka se razlikujejo glede na avtorje. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) opredeljuje obdobje šolskega otroka in mladine od vstopa v šolo do dopolnjenega 19. leta starosti. Marjanovič Umek et al. (2004) navajajo, da obdobje šolskega otroka spada v obdobje srednjega in poznega otroštva. To obdobje traja od 7. do 10. leta starosti pri dekletih in od 7. do 12. leta starosti pri fantih. V tem obdobju otroci zrastejo približno od 3 do 7 centimetrov in se zredijo od 2 do 3 kilograme na leto, začnejo jim izpadati mlečni zobje, ki jih do 11. leta zamenjajo stalni zobje. V tem obdobju za svojo stalno rast in dnevne napore potrebujejo raznoliko hrano, ki naj bi vsebovala veliko žitaric, sadja in zelenjave. Otrok razvija nove motorične sposobnosti, ki jih dopolnjuje s prakso, postaja močnejši, hitrejši in ima vse boljšo kondicijo, prav tako pa se mu zelo hitro razvijajo mentalne sposobnosti. Otrok se nauči brati, pisati in razumeti matematiko ter druge akademske predmete. Duševne in čustvene sposobnosti razvija skozi šolanje in medsebojne odnose z vrstniki, ki postopoma pridobivajo osrednjo vlogo v otrokovem življenju, in drugimi ljudmi izven družine. Otrokov razmišljanje v tem obdobju postane logično, a vezano na konkretno predstavljene stvari, dogodke, pojave (Spence-Cagle, 2006; Papalia, et al., 2003).

Mladino uvrščamo v obdobje mladostništva, ki traja od 11. do 16. leta pri dekletih in od 12. do 18. leta pri fantih. To obdobje delimo na dve stopnji, ki imata svoje specifičnosti. Prva stopnja se začne s predpuberteto, ki traja približno dve leti, in sicer od 11. do 13. leta pri dekletih in od 12. do 14. leta pri fantih. Na tej stopnji se nekatere dimenzije telesa hitro povečujejo, predvsem višina in masa. Gre tudi za velike razlike v mišični moči, in sicer v korist moškega spola. Temu pravimo mladostniški rastni sunek, ki je skupek telesnih in duševnih sprememb, povezanih z zorenjem spolnih žlez, in je posledično pod močnim vplivom delovanja hormonov. Druga stopnja je puberteta, ki traja do 16. leta pri dekletih in do 18. leta pri fantih in se začne z zelo stopnjevanim izločanjem spolnih hormonov. Razvijejo se sekundarni spolni znaki, ki se pri dekletih

kažejo kot razvoj dojk, sramna in pod pazdušno poraščenost, sprememba glasu, rast in dozorevanje kosti. Pri fantih pa se kažejo kot povečanje mišične mase, rast in zorenje kosti, mutacija glasu, povečano izločanje žlez znojnic in lojnic.

Temu sledi še obdobje do odraslosti, ki ga zaznamuje zaključek rasti telesne višine, in sicer pri starosti od 18. do 21. leta (Marjanovič Umek, et al., 2004; Papalia, et al., 2003).

2.2 RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Način delitve zdravstvenega varstva na ravni v posamezni državi je odvisen od velikosti populacije in geopolitične strukture območja. Poznamo primarno, sekundarno in terciarno raven. Nobena od ravni ni bolj pomembna ali bolj zahtevna od druge. Razlikujejo se predvsem v pristopih in metodah dela, kar pa je tesno povezano s poslanstvom. Vsaka raven ima svoje odgovornosti za določeno področje in obseg dela, odvisno od značilnosti zdravstvenih problemov, označujejo pa jo tudi izvajalci in organizacijske oblike (Zaletel-Kragelj, et al., 2007). Merrell (2010) pravi, da je za posameznike, družine in skupnosti prvi stik z sistemom zdravstvenega varstva prav primarno zdravstveno varstvo, ki je ključno okolje za izvajanje zdravstvene vzgoje in promocije zdravja.

2.2.1 Primarna raven zdravstvenega varstva

Zdravstveno varstvo na primarni ravni obsega dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva in lekarniške dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2013). Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov na primarni ravni je v Sloveniji organizirano v 59 zdravstvenih domovih in njim pripadajočih zdravstvenih postajah. Dostopno je tudi v 41 zasebnih otroških in šolskih ordinacijah (Brcar, 2007). Dolžnost primarnega zdravstvenega varstva je, da aktivno sodeluje pri krepitvi zdravstvenega varstva in ohranjanju zdravja, zmanjševanju obolevnosti in smrtnosti ter preprečevanju ali vsaj omiliti negativnih vplivov iz okolja (Stanko-Flakus, 2009).

Osnovna zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2013, pp. 3–4):

- spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje;
- krepitev in izboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov in poškodovancev;
- preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami;
- zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja, preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo, zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- patronažne obiske;
- zdravstveno nego;
- zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih;
- nujno medicinsko pomoč in reševalno službo, če ta ni organizirana pri bolnišnici;
- zdravstvene preglede športnikov;
- zdravstvene preglede nabornikov;
- ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo;
- diagnostične in terapevtske storitve.

Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci.

V sklopu primarnega zdravstvenega varstva na primarni ravni izvajamo tudi zdravstveno vzgojo šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti, ki jo lahko zdravstveni delavec iz primarnega zdravstvenega varstva izvaja v okviru zdravstvene institucije v primarnem zdravstvenem varstvu, lahko pa tudi izven, in sicer predvsem v šolah in vrtcih, pa tudi v družinah, lokalni skupnosti in drugje, in je namenjena optimalni rasti in razvoju otrok, preprečevanju bolezni in poškodb ter promociji zdravja (Moyer & Butler, 2004 cited in Koprivnikar & Pucelj, 2010, p. 24).

2.2.2 Sekundarna in terciarna raven zdravstvenega varstva

Zdravstveno varstvo na sekundarni ravni obsega dejavnost specialističnih ambulant in bolnišnično dejavnost kot nadaljevanje oziroma dopolnitev osnovne zdravstvene dejavnosti, poglobljeno diagnostiko, zdravljenje bolezni ali bolezenskih stanj ter izvajanje ambulantne rehabilitacije. Zdravstveno varstvo na terciarni ravni pa obsega opravljanje dejavnosti klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov. To obsega znanstveno raziskovalno in vzgojno izobraževalno delo za medicinsko fakulteto in druge visoke in višje šole, topopravlja pa najzahtevnejše zdravstvene storitve na ambulantni in bolnišnični način in ga ni možno opravljati na nižjih ravneh zaradi strokovne, kadrovske, tehnološke in organizacijske zahtevnosti. Tako na sekundarni kot na terciarni ravni je potrebna napotitev zdravnika iz primarne ravni (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2013).

2.3 RAVNI PREVENTIVE V ZDRAVSTVENEM VARSTVU

2.3.1 Primarno–primarna preventiva

Primarno–primarna preventiva izvaja ukrepe za ohranitev zdravja iz nemedicinskega stališča in deluje pred pojavom bolezni, pomembno pa je sodelovanje strokovnjakov s področja okoljskih znanosti, posameznikov, lokalnih skupnosti in predstavnikov drugih sektorjev (Sočan, 2013).

Ukrepi primarno–primarne preventive so (Sočan, 2013, p. 180):

- zdrav način življenja in osebna higiena;
- higiena okolja, skrb za zdravo okolje;
- ustrezna pitna voda;
- odstranjevanje odpadkov;
- dezinfekcija, dezinfekcija, deratizacija;
- izobraževanje in osveščanje ljudi o zdravem načinu življenja;
- omogočanje zdravega načina življenja, zdravo družbeno okolje.

2.3.2 Primarna preventiva

Primarna preventiva je namenjena zdravim ljudem s povprečnim tveganjem, ki potrebujejo informacije o dejavnikih, ki ogrožajo zdravje in so značilni za določen prostor in čas, ter dejavnikih, ki zdravje krepijo ali ga povrnejo. V tej skupini je velik poudarek na ozaveščanju odgovornosti in motivaciji za zdravje, pri čemer se uporabljajo sredstva množičnega obveščanja, ker zajamejo večji krog ljudi. To pomeni, da z zdravstveno vzgojo na tej ravni želimo doseči ravnanje, ki preprečuje zbolevanje in krepi zdravje ter čim višjo stopnjo zdravstvene prosvetljenosti, zainteresiranosti oziroma motivacije za lastno zdravje (Hoyer, 2005). Medtem ko novejši vir opisuje, da v primarno preventivo vključujemo skupine ljudi, ki so dovzetnejši za določeno bolezen in so na videz zdravi, njihova sprejemljivost pa bi jih postopoma pripeljala do bolezni (Sočan, 2013).

Primarna preventiva obsega (Sočan, 2013, p. 181):

- programe za zmanjšano rabo škodljivih substanc pri mladih;
- zdravstveno–vzgojne programe: poučevanje nosečnic, bodočih očetov, šolarjev, srednješolcev in študentov ob preventivnih pregledih itd.;
- preprečevanje poškodb s poudarkom na poškodbah v prometu in pri delu;
- cepljenje in kemoprofilakso;
- preprečevanje deficitnih stanj.

2.3.3 Sekundarna preventiva

Na sekundarni ravni preventiva vključuje zdrave ljudi z visokim tveganjem. To so na primer debeli ljudje, ljudje, ki kadijo itd. Ti ljudje morajo biti opozorjeni na nevarnosti za zdravje, ki izhajajo iz delovnega ali življenjskega okolja, na prve znake obolenja in na pravočasno ter pravilno ukrepanje. Udeležence želimo usposobiti za samoopazovanje, samopomoč in pomoč drugim, da so tako pripravljeni na zgodnje odkrivanje bolezni, kar vodi k hitrejšemu in uspešnejšemu zdravljenju. Vsebine, ki so na tej ravni zajete, so (Hoyer, 2005):

- vzgoja nosečnic in njihovih partnerjev;
- vzgoja ljudi v posameznih življenjskih obdobjih;

- vzgoja ljudi, ki so ogroženi zaradi različnih prisilnih položajev na delovnem mestu.

Prav tako pa sekundarna preventiva zajema iskanje bolezni še preden se povsem izrazijo bolezenski znaki. Pri tem gre za iskanje bolnikov med navidezno zdravimi s presejalnim testom, individualno odkrivanje bolezni pri posebej ogroženih: obdobji pregledi zaposlenih, ocenjevanje zdravstvene ogroženosti, samopregledovanje. Izvajalci le-te pa so praviloma zdravniki ustrezne specialnosti (Sočan, 2013).

2.3.4 Terciarna preventiva

Preventiva na terciarni ravni zajema bolne in ljudi, pri katerih je zdravje že prizadeto in so nastale določene spremembe. Namenjena je bolnikom, invalidom in njihovim svojcem ter jim pomaga, da bi znali pravočasno preprečiti povrnitev bolezni oziroma da bi znali kakovostno živeti z nastalo spremembo. Pri tem nam pomaga zdravstvena vzgoja že med samim zdravljenjem, ko želimo doseči bolnikovo sodelovanje in ga usposobiti za normalno življenje z osnovnim obolenjem (Hoyer, 2005).

2.4 ZDRAVSTVENA VZGOJA ŠOLSKIH OTROK IN MLADOSTNIKOV

Termin zdravstvena vzgoja je bil nadomeščen s sodobnejšim terminom vzgoja za zdravje. Vzgoja za zdravje je nadgradnja tradicionalne zdravstvene vzgoje, ki je delovala na načelih posredovanja informacij o zdravju posameznika ali skupine in je poudarjala telesno zdravje, kjer je imel posameznik pasivno vlogo prejemnika informacij in ni zajela širših vidikov zdravja. Zdravstvena vzgoja se je vključila šele potem, ko se je problem že pojavil. Sodobna vzgoja za zdravje pa želi povezati vsa prizadevanja (zdravstvenega, šolskega, družinskega, socialnega in drugih sektorjev) za zdravje. Vzgoja za zdravje je proces, ki usposablja ljudi, da imajo večji nadzor nad življenjem, zdravjem, za krepitev potencialov in močnih točk, za usmerjanje v spremembo nezdravega vedenja (Koprivnikar & Pucelj, 2010).

V Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) je uporabljen termin zdravstvena vzgoja in zaradi poenotenja bomo skozi celotno diplomsko delo uporabljali termin zdravstvena vzgoja, razen tam, kjer citiramo različne uradne dokumente in besedilo dobesedno navajamo.

Zdravstvena vzgoja ljudi je del vsakodnevne prakse izvajalk zdravstvene vzgoje in igra ključno vlogo pri izboljšanju zdravja. Ne zagotavlja le pomembnih informacij glede zdravja, temveč spodbuja ljudi k spremembam vedenja za čim boljše zdravje, jim pomaga doseči zdravstvene cilje in postane del njihovega prepričanja, vrednot in življenjskega sloga (Heady, 2006).

Zdravstvena vzgoja otrok in mladostnikov se v Sloveniji izvaja že desetletja. Formalno se je izvajanje uredilo z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) in omogočilo, da se ponekod po državi medicinske sestre vključujejo v šolska okolja z izvajanjem programirane zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Zdravstveno vzgojo večinoma izvajajo diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v zdravstvenem varstvu predšolskih, šolskih otrok in mladine, v zdravstveno vzgojnih centrih ali kako drugače poimenovanih enotah zdravstvene vzgoje v posameznih zdravstvenih domovih po Sloveniji (Klemenc & Bizjak, 2015, p.12)

Definicij zdravstvene vzgoje je več, vendar je vsem skupno poudarjanje procesa učenja z oblikovanjem pozitivnih stališč, navad, oblik obnašanja in ne le znanja o zdravem načinu življenja. Zdravstvena vzgoja je pomoč ljudem, da predstavljene informacije razumejo, razjasnijo svoja stališča ali oblikujejo nova. Pomembna je strpnost do mnenja drugih ter upiranje nekaterim zdravju škodljivim razvadam. S tem ljudje spoznajo nove vrednote in jih spoštujejo ter so pozorni na svoje obnašanje glede zdravja (Hoyer, 2005). Zdravstvena vzgoja je torej proces, s pomočjo katerega se posamezniki in skupine učijo ravnati tako, da krepijo, ohranjajo in uveljavljajo zdravje. Je kombinacija informacij in vzgojnih aktivnosti, ki osveščajo ljudi o potrebi, da postanejo zdravi, da vedo, kako doseči zdravje, kaj storiti, da ostanejo zdravi, in kako iskati pomoč, kadar je potrebna (Gaube & Frankič, 2006). Najpogostejši način za izboljšanje zdravja, ki ga zdravstveni delavci uporabljajo, je izobraževanje za zdravje. Namen zdravstvene vzgoje

je dajanje informacij in gradnja motivacije, spretnosti in zaupanja, potrebnih za odločitve za izboljšanje zdravlja (Wills, et al., 2007).

2.4.1 Zdravstvena vzgoja ob sistematskih pregledih

Glede na Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) zdravstveno vzgojo izvajamo na dva načina. Zdravstvena vzgoja ob sistematskih preventivnih pregledih, ki se izvaja v prostorih zdravstvenega zavoda ali v zasebni ordinaciji (izjemoma v šoli), in programirana zdravstvena vzgoja, ki se izvaja v vzgojno izobraževalnih ustanovah.

Zdravstvena vzgoja ob sistematskih preventivnih pregledih se izvaja v vseh starostnih obdobjih in je temu tudi prilagojena. Začnemo pri šolskih novincih pred vstopom v osnovno šolo, nato v 1., 3., 5. in 7. (8. devetletke) razredu osnovne šole ter 1. in 3. letniku srednje šole. Na pregled so šolarji in mladostniki vabljeni pisno ali prek šole same. Praviloma pa pregledi potekajo v prostorih zdravstvenega zavoda. Namen teh pregledov je odkrivanje zdravstvene problematike in svetovanje šolskim otrokom in mladini ter izvajanje aktivnega zdravstvenega nadzora. V sistematski preventivni pregled spada (Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998; Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002):

- ocena telesnega razvoja in hranjenosti,
- ugotavljanje telesnega in duševnega zdravja ter negativnih socialnih dejavnikov,
- ocena tveganega vedenja,
- odkrivanje nezdravih življenjskih navad,
- cepljenje po imunizacijskem programu ter
- zdravstveno vzgojno delo.

Poleg rednega sistematskega pregleda je v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) predpisano tudi izvajanje zdravstvene vzgoje, ki se izoblikuje glede na aktualno problematiko mladih, in je posledica:

- biopsihosocialnega razvoja (motnje v telesnem razvoju, oblikovanje samopodobe, problemi socializacij itd.);
- tveganega vedenja (v cestnem prometu, športu itd.);
- zlorabe drog (kajenje, uživanje alkoholnih pijač, uporaba nelegalnih drog in drugih psihoaktivnih substanc);
- učne problematike (izostajanje iz šole, strah pred šolo itd.);
- slabih prehranjevalnih navad (debelost, anoreksija, bulimija, alternativno prehranjevanje itd.);
- tveganega spolnega vedenja (spolno prenosljive bolezni, načrtovanje družine itd.).

Koprivnikarjeva & Pucljeva (2010, p. 12) omenjata, da ima največ medicinskih sester, izvajalk zdravstvene vzgoje, osnovno delovno mesto v dispanzerjih za predšolske oziroma šolske otroke (približno 70 %). Delež delovnega časa, ki ga medicinske sestre dejansko namenijo temu delu, je 10–20 % pri predšolskih otrocih in 40 % pri šolskih otrocih. Večina medicinskih sester navaja, da izvajajo zdravstveno vzgojo ob sistematičnih pregledih v obliki predavanja in/ali pogovora, pogosto se uporablja tudi različne demonstracije. Pri tem se običajno uporablja tudi dostopna gradiva.

S sklopom predavanj, ki jih opravljajo medicinske sestre in so prilagojena razvojnemu obdobju otrok, jih želijo vzgajati za zdravo življenje in popeljati čez vse obdobje šolanja (Gaubé & Frankič, 2006). V raziskavi Pucljeve (2008), ki je zajemala zdravstvene domove po celi Sloveniji, pa so ugotovili, da glede na Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) 83,3 % izvajalcev izvaja zdravstveno vzgojo ob sistematskih pregledih redno, 12,7 % občasno, 3,8 % izvajalcev pa je ne izvaja.

2.4.2 Programirana zdravstvena vzgoja

Poleg zdravstvene vzgoje v okviru preventivnih pregledov se izvaja tudi programirana zdravstvena vzgoja, katere glavni namen je informirati in motivirati posameznika, da aktivno skrbi za svoje zdravje. Za te storitve mora javni zdravstveni zavod in zasebnik za vsako leto pripraviti načrt glede na analize iz predhodnjih let, iz katerih so razvidne

specifične potrebe določenega zdravstvenega območja. V Sloveniji se deloma in le ponekod diplomirane medicinske sestre vključujejo v šole, kjer izvajajo programirano zdravstveno vzgojo (Koprivnikar & Pucelj, 2010). V članku Luznarjeve in Šmitove (2004) je navedeno, da v zdravstvenem domu Vič izvajajo programirano zdravstveno vzgojo. Tam so medicinske sestre nosilke dejavnosti, ki so pri svojem delu samostojne in skrbijo za motivacijo, organizacijo, koordinacijo in izvedbo programov. Program zajema splošne zdravstvene in zobozdravstvene vsebine. Te se pripravljajo vsako šolsko leto posebej in o njih se obvesti vodstva šol.

Ciljne skupine za zdravstveno vzgojo so starši, pedagogi, otroci in mladostniki, ki bi jim z zdravstveno vzgojnimi programi omogočili oblikovati znanja, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja. Glede na aktualno problematiko, ki je posledica biopsihosocialnega razvoja, tveganega vedenja, zlorabe drog, učne problematike, slabih prehranjevalnih navad in tveganega spolnega vedenja, se oblikuje zdravstveno vzgojno delo, ki poteka v različnih oblikah (Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998).

Oblike zdravstveno vzgojnega dela, ki jih Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998, pp. 1268–9) predvideva, so:

- zdravstveno vzgojna predavanja, učne delavnice in delo v malih skupinah z učenci, pedagogi in starši;
- posvetovalnica za mlade;
- medicinsko svetovanje otroku, njegovim staršem in pedagogu zaradi zdravstvene, vedenjske in učne problematike;
- posveti s starši, učitelji, svetovalnimi delavci in mladimi;
- preventivne aktivnosti tima šolskega zdravnika na šoli oziroma na zavodu;
- stalno sodelovanje z ravnateljem in šolsko svetovalno službo;
- analiza zdravstvenega stanja učenca/dijaka in poročilo o tem ravnatelju in svetovalnim delavcem šole;
- priprava programa zdravstveno varstvenega dela na šoli za tekoče leto;
- sodelovanje na dveh pedagoških konferencah;
- svetovanje glede šolske prehrane, priprava jedilnikov in dietnih obrokov;
- svetovanje pri pripravi šolskih aktivnosti z vidika obremenjenosti šolarja;

- spremljanje učencev, vključenih v posebno telesno vzgojo;
- svetovanje z ozirom na varnost šolskega prostora in šolske okolice;
- mnenje in ocena delovnega mesta šolarja z vidika ergonomske primernosti pohištva;
- povezovanje in sodelovanje s zdravstvenim inšpektorjem in zdravnikom specialistom za higieno območnega zavoda za zdravstveno varstvo ter predstavniki lokalnih teles, po potrebi skupno svetovanje ali ukrepanje na področju ohranjanja zdravja šolarjev.

Koprivnikarjeva in Pucljeva (2010) omenjata, da se programi in vsebine med regijami in posameznimi izvajalkami zdravstvene vzgoje zelo razlikujejo, kar pomeni, da so neenotni po Sloveniji, isto pa velja tudi za obseg in kvaliteto izvajanja. V nekaterih zdravstvenih regijah obstajajo bolj ali manj uspešni poskusi poenotenja vsebin (znotraj regije), ki so jih sprožile koordinatorice, ker so pri pregledih stanja zaznale obsežno raznolikost dela. Koordinatorice so strokovnjakinje, zaposlene na območnih enotah Nacionalnih inštitutov za javno zdravje, ki imajo pregled nad izvajanjem zdravstvene vzgoje v posameznih regijah, ter pripravljajo gradiva in sklicujejo sestanke za izvajalke zdravstvene vzgoje. Izvajalke zdravstvene vzgoje od koordinatoric iščejo strokovno podporo in nanje naslavljajo strokovna vprašanja. Ponekod pa je do poenotenja vsebin prišlo zaradi interesa samih izvajalk, ki so si med seboj izmenjevale programe.

Leta 2015 je prišlo do nekaterih sprememb pri izvajanju zdravstvene vzgoje. S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2015 so izvajalke zdravstvene vzgoje dobile skupen program, gradiva in vsebine, ki so namenjeni za vsak razred posebej in katerih namen je poenotiti izvajanje zdravstvene vzgoje v vseh regijah. Te vsebine so:

- Zdrave navade – 1. razred
- Osebna higiena – 2. razred
- Zdrav način življenja – 3. razred
- Preprečevanje poškodb – 4. razred
- Zasvojenost – 5. razred
- Odraščanje – 6. razred
- Pozitivna samopodoba in stres – 7. razred

- Medosebni odnosi – 8. razred
- Vzgoja za zdravo spolnost – 9. razred

2.4.3 Zdravstvena vzgoja in šola

Zdravstvena vzgoja v šolah je zelo pomembna in učinkovita metoda osveščanja, ki bi jo lahko po zgledih iz tujine izvajale medicinske sestre, stalno prisotne v šolah. Vendar pa poklic šolske medicinske sestre pri nas ni uveljavljen, kar pa ne velja za številne države po svetu. Šolska medicinska sestra, zaposlena na šoli, ima v različnih državah po svetu številne funkcije, kot so: izvajanje storitev primarnega zdravstvenega varstva, zastopništvo učencev ter izvajanje izobraževanja (Foley, 2007). Poleg naštetih pa je ena ključnih vlog šolske medicinske sestre zagotavljanje celovitih zdravstvenih storitev za šolske otroke in mladostnike (Hall & Elliman, 2005). Dandanes se v šolstvu pojavlja vedno več težav na področju zdravja in bolezni učencev (Torkar, 2012). Zaradi vedno večjega števila šolarjev s kroničnimi zdravstvenimi težavami in kompleksnimi zdravstvenimi potrebami imajo ti otroci s pomočjo šolske medicinske sestre, možnost obravnave v šoli. To je še posebej pomembno v zvezi z identifikacijo, vrednotenjem in podajanjem podpore otrokom, ki potrebujejo posebno obravnavo (Hall & Elliman, 2005). Tu pa se pokaže pomen diplomirane medicinske sestre, zaposlene v šolstvu, oziroma tako imenovane šolske medicinske sestre (Torkar, 2012), ki s pediatrom deluje v timu, pri čemer zagotavljata preventivno obravnavo, zgodnje prepoznavanje težav, intervencije in spodbujata zdrav življenjski slog. Optimalna skrb za otroke, priprava, stalno izobraževanje in ustrezna izobrazba pa so pomembni dejavniki za uspeh, ki zagotavlja boljše zdravje otrok in mladostnikov (American Academy of Pediatric (AAP), 2008).

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je že leta 2013 dala pobudo za uvedbo delovnega mesta šolske medicinske sestre in predstavila različne modele v skrbi za zdravstveno varstvo otrok in mladine, kjer bi medicinska sestra delovala znotraj zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine ali pa ločeno v preventivnem centru. Lahko pa bi razvili model šolske medicinske sestre po vzoru

referenčnih ambulant v zdravstvenem varstvu odraslih, kjer bi se medicinske sestre imele možnost neposredno vključevati v šolski prostor (Klemenc & Bizjak, 2015). Vloga šolske medicinske sestre bi bila velika, saj bi s svojim delom pozitivno vplivala na zdravje in bolezni učencev, s tem pa bi povečali kakovost, varnost, dostopnost in racionalnost zdravstvene oskrbe šolajoče se populacije, še posebej preventivnega in zdravstveno vzgojnega delovanja (Klemenc & Bizjak, 2015; Torkar, 2012). Ponekod v državi se medicinske sestre že danes vključujejo v šolska okolja z izvajanjem programirane zdravstvene vzgoje in promocije zdravja. Zdravstveno vzgojo večinoma izvajajo tiste, ki so zaposlene v zdravstvenih varstvih predšolskih in šolskih otrok ter mladine (Šmit, 2014).

Avtorji, ki so raziskovali potrebo po vključevanju zdravstvenega kadra v slovenski šolski prostor, ugotavljajo, da so zdravstveni in pedagoški delavci izrazili potrebo po tesnejšem sodelovanju šole in šolskega dispanzerja tudi zaradi poenotenja zdravstveno vzgojnih vsebin ter pretoka pomembnih zdravstvenih informacij učencev. "Glede vključevanja kadra iz šolskega dispanzerja v šole pa poročajo, da v Sloveniji obstajajo različne prakse, kar pomeni neenakost zagotavljanja promocije zdravja in zdravstvene vzgoje" (Torkar et al., 2013, p. 230). Koprivnikarjeva in Pucljeva (2010) omenjata, da na šolah na njihovem območju manj kot polovica izvajalk izvaja vzgojo za zdravje, 20 % izvajalk pa je ne izvaja nikoli. S šolami sodelujejo predvsem na željo šole, le v tretjini primerov gre za bolj sistematično in dogovorjeno sodelovanje s šolami. Delno se je to uredilo s Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2015, saj je izvajanje programa Vzgoje za zdravje obvezno v vseh razredih osnovne šole po dve pedagoški uri na leto na en razred. Izvajalec zdravstvene vzgoje pa mora realizirati najmanj 50 % letnega učinkovitega dela iz ur za izvajanje zdravstvene vzgoje (Splošni dogovor za leto 2015, 2015).

Učinkovit program zdravstvene vzgoje na šolah je ena najbolj učinkovitih investicij, ki jih lahko država naredi za izboljšanje vzgoje, izobraževanja in zdravja otrok. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) promovira programe zdravstvene vzgoje v šolah kot strategijo za preprečevanje pomembnih zdravstvenih tveganj med mladimi (World Health Organization, 2015).

2.5 NOSILCI ZDRAVSTVENE VZGOJE

Izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti je v Sloveniji opredeljeno v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998). "Navodila opredeljujejo nosilce, načrtovanje dela ob istočasnem analiziranju preteklega dela s predlogi izboljšav, nadzor (odgovorni zdravnik), dostopnost do preventivnih dejavnosti za ciljne skupine in omenjajo tudi vpletenost drugih skupin, izven skupine otrok in mladostnikov" (Koprivnikar & Pucelj, 2010, p. 10).

Nosilci zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, kamor sodi tudi zdravstvena vzgoja, so kot vodje timov zdravniki, zdravstveno vzgojo pa večinoma izvajajo medicinske sestre, ki so zaposlene v različnih delih ustanov, to so monovalentni otroški dispanzerji, bivalentni dispanzerji, monovalentni šolski dispanzerji, referati za zdravstveno vzgojo, zdravstveno vzgojni centri, centri za promocijo zdravja. Tim šolskega zdravnika sestavljajo zdravnik, ena diplomirana medicinska sestra in en oziroma minimalno 0,5 zdravstvenega tehnika, v zdravstveno vzgojnih centrih pa so nosilci programov zdravstveni delavci z ustrežno izobrazbo. To so diplomirane medicinske sestre in profesorji zdravstvene vzgoje (Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998; Luznar, 2009).

2.5.1 Vloga diplomirane medicinske sestre

Že pred časom je Domjankova (1987) zapisala, da je zdravstvena vzgoja samostojna naloga medicinskih sester, vendar pa ni izolirana in je tako povezana z drugimi aktivnostmi v procesu zdravstvene nege. To pomeni, da kadar je v ospredju vprašanje, ki se nanaša na nego in poteka zdravstvena vzgoja v obliki informiranja, seznanjanja, vzpodbujanja, preprečevanja, je ta vpeta v sam proces zdravstvene nege in postane tako njen sestavni del. Kadar je vzgojnoizobraževalno vprašanje primarno, pa medicinska sestra deluje po programu izobraževanja. Cilj zdravstvene vzgoje je spremeniti obnašanje posameznika in s tem vplivati na zdravje ter dvigniti kakovost življenja. Sistem zdravstvene vzgoje predstavljajo medicinske sestre in v okviru svojih delovnih

aktivnosti izvajajo oglaševanje oziroma promocijo in varovanje zdravja za vso populacijo. Druga avtorica pa poudarja, da ima medicinska sestra pomembno vlogo v okviru sodobnega pristopa k zdravstveni negi, torej v procesu zdravstvene nege, ko je pri vsaki življenjski dejavnosti vključeno tudi učenje za pridobivanje zdravih vzorcev obnašanja (Hoyer, 2005).

Namen vzgajanja šolskih otrok in mladostnikov s strani diplomiranih medicinskih sester ter zdravstvenih vzgojiteljev je, da bodo ti otroci lahko zdravo živeli. Prav zdravstvena vzgoja ima poseben pomen v okviru preventivnih zdravstvenih pregledov (Zaletel-Kragelj, et al., 2007).

Še pred slabimi desetimi leti so se izvajalci zdravstvene vzgoje znašli po svoje in literaturo za zdravstveno vzgojo iskali po svojem lastnem interesu in temu primerno so šolarji in mladina poslušali zdravstveno vzgojo na različne načine in z različnimi vsebinami. Teh težav so se izvajalci dobro zavedali in se jih še vedno, saj vemo, da ima prav zdravstvena vzgoja poseben pomen (Gaube & Frankič, 2006). Objavljenih raziskav s področja izvajanja zdravstvene vzgoje je relativno malo. V eni izmed teh, iz leta 2006, Frankičeva in Gaubejeva ugotavljata, da enotnih vsebin in programov v Republiki Sloveniji na področju zdravstvene vzgoje ni, posebej usposobljenega kadra oziroma edukacij kadra za izvajanje zdravstvene vzgoje prav tako ne, ter da zdravstveno vzgojo izvajamo ob sistematičnih pregledih, kar pa je ob obsegu dela pri samih sistematskih pregledi absolutno premalo (anamneza, meritve, cepljenje, vodenje evidenc, evidentiranje) (Gaube & Frankič, 2006).

Danes za izvajanje zdravstvene vzgoje obstajata dva priročnika, ki ju je izdal Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (danes Nacionalni inštitut za javno zdravje, v nadaljevanju NIJZ). Priročnik z naslovom Za boljše zdravje otrok in mladostnikov (Pucelj, 2007) ter Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladine (Pucelj, 2014), ki ju diplomirane medicinske sestre sicer lahko uporabijo kot pomoč, vendar pa ni obvezno gradivo pri izvajanju zdravstvene vzgoje.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je proučiti potek izvajanja zdravstvene vzgoje v sistemu primarnega zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti na območju osrednjeslovenske, gorenjske, primorske in dolenske regije ter ugotovili razloge za morebitna odstopanja pri izvajanju zdravstvene vzgoje glede na Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998), kar je lahko osnova za priporočila oziroma izboljšave na področju izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine.

Cilji diplomskega dela:

C1: Ugotoviti potek izvajanja zdravstvene vzgoje v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti.

C2: Ugotoviti dejavnike, ki vplivajo na potek in kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti.

C3: Ugotoviti razloge za morebitna odstopanja pri izvajanju zdravstvene vzgoje glede na Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti (1998).

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V1: Kako medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojo glede na Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998)?

V2: Kateri so dejavniki, ki vplivajo na potek in kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti (1998)?

V3: Kakšna so morebitna odstopanja pri izvajanju zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti na območju osrednjeslovenske regije glede na Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) ter kateri so razlogi za morebitno neenotno izvajanje zdravstvene vzgoje?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni, neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja. Za teoretični del smo uporabili metodo pregleda literature s področja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine. Pregled literature smo izvedli v različnih strokovnih in splošnih knjižnicah. Uporabili smo tudi podatkovne baze: CHINAL, PUBMED, MEDLINE. Za iskanje literature smo uporabili ključne besede in besedne zveze: zdravstvena vzgoja, šolski otrok, mladostnik, primarna raven, zdravstveno varstvo, šolska medicinska sestra, health education, healthcare, school children, youth, primary level, nurse, school nurse.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki pisne strukturirane ankete. Anketa je bila pripravljena po predhodnem pregledu strokovne literature o zdravstveno vzgojnem delu šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti. Za pripravo ankete smo uporabili Poročilo izvajanja vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih otrok in mladostnikov po prvem letu izvajanja po enotnih navodilih (Pucelj, 2008) in Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti (1998).

Anketa je vsebovala tri vprašanja odprtega tipa in petnajst vprašanj zaprtega tipa. Prvi del ankete vsebuje demografske podatke, drugi del pa vsebuje vprašanja o poznavanju Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) in izvajanju zdravstvene vzgoje. Za izražanje stališč smo uporabili Likertovo lestvico z določenimi kategorijami strinjanja od 1 do 5. Vrednost 1 je pomenila sploh se ne strinjam / popolnoma neuporaben, vrednost 2 je pomenila se ne strinjam / neuporaben, vrednost 3 je pomenila sem nevtralen, ne vem, vrednost 4 je pomenila se strinjam / uporaben in vrednost 5 je pomenila se zelo strinjam / zelo uporaben.

Anketa je bila sestavljena iz petih tematskih sklopov. V prvem tematskem sklopu, ki je vseboval štiri vprašanja, smo spraševali po demografskih značilnostih (delovna doba, področje dela, dokončana izobrazba, dodatna usposabljanja); drugi tematski sklop se je navezoval na poznavanje Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998); tretji tematski sklop se je nanašal na zadovoljstvo izvajalcev v organizacijskih enotah in v šolah, kjer izvajajo zdravstveno vzgojo; v četrtem tematskem sklopu smo spraševali, v kolikšni meri se izvajalci strinjajo s Splošnim dogovorom za leto 2015; v petem tematskem sklopu pa smo spraševali po mnenju in predlogih za izboljšanje izvajanja zdravstvene vzgoje in izboljšavo Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998).

Anketa je bila anonimna in smo jo uporabili izključno v namene diplomskega dela. Odprta vprašanja smo analizirali z metodo vsebinske analize. Rezultati so prikazani opisno in v tabelah. Zanesljivost ankete smo izračunali s formulo Cronbachov koeficient alfa.

Tabela 1: Test zanesljivosti merskega instrumenta

Sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alpha
Mnenje izvajalcev zdravstvene vzgoje o organizaciji in poteku zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine	6	0,511
Zadovoljstvo izvajalk zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine	8	0,696
Mnenja izvajalk zdravstvene vzgoje, ki se nanašajo na Splošni dogovor med ZZZS, MZ in izvajalci storitev (začetek veljavnosti 1. 10. 2015)	4	0,604

Koeficient Cronbachov alfa za sklop Mnenje izvajalcev zdravstvene vzgoje o organizaciji in poteku zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine znaša 0,511, za sklop Zadovoljstvo izvajalk zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine znaša 0,696, za sklop Mnenja izvajalk zdravstvene vzgoje, ki se nanašajo na Splošni dogovor med ZZZS, MZ in izvajalci storitev (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), pa znaša 0.604. Zanesljivost testa se zvišuje, čim bližja je vrednost Chrombachovega koeficienta 1 (Cencič, 2009), kar

pomeni, da je pri prvem sklopu zanesljivost slaba, pri drugih dveh sklopih pa zadovoljiva.

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli med medicinskimi sestrami iz primarnega zdravstvenega varstva ljubljanske, gorenjske, primorske, goriške in dolenske regije, ki izvajajo zdravstveno vzgojo šolskih otrok in mladine ob sistematskih pregledih in/ali pa programirano zdravstveno vzgojo v sklopu zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine na primarni ravni in so zaposlene v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine ali pa v zdravstveno vzgojnih centrih. Izvzeta je zobozdravstvena vzgoja v sklopu zobozdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine na primarni ravni. Vzorčenje populacije je tako bilo neslučajnostno namensko. Vzorec je vseboval 65 enot.

Anketo je rešilo 46 oseb, od tega 45 (97,8 %) žensk in 1 moški. Največ, in sicer 33 (71,7 %), anketirancev ima zaključeno višjo/visokošolsko (VI, VII/1) izobrazbo, 9 (19,6 %) anketirancev ima zaključeno univerzitetno izobrazbo / strokovni magisterij (VII/2), 3 (6,5 %) anketiranci imajo zaključeno srednjo šolo (V), 1 anketiranec v raziskavi ima zaključen znanstveni magisterij / doktorat (VIII/IX).

Tabela 2: Delovna doba

Trditev	f	%
1 do 10 let	9	19,6
11 do 20 let	16	34,8
21 do 30 let	11	23,9
31 do 40 let	10	21,7
Skupaj	46	100
PV	20,17	

Legenda: f = frekvence, % = odstotek, PV= povprečje

21 (45,6 %) anketirancev, sodelujočih v raziskavi, je zaposlenih v zdravstveno vzgojnih centrih, prav tako 21 (45,6 %) anketirancev v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine. Preostali 4 (8,8 %) anketiranci so zaposleni na obeh delovnih mestih hkrati.

Iz Tabele 2 je razvidno, da ima dobra tretjina (16; 34,8 %) anketirancev delovno dobo med 11 in 20 let, devet (19,6 %) anketirancev do 10 let, 10 (21,7 %) anketirancev med

31 in 40 let ter 11 (23,9 %) anketirancev med 21 in 30 let. Povprečna delovna doba izvajalcev zdravstvene vzgoje pa je 20,17 let.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo prek spletnega anketiranja na portalu za spletno anketiranje Ika.si v obdobju od 24. 11. 2015 do 2. 2. 2016. Povabilo za izpolnjevanje anket smo poslali na elektronske naslove izvajalcev zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov, pridobljene od regijskih koordinatorjev za zdravstveno vzgojo Nacionalnega inštituta za javno zdravje, in sicer iz območnih enot Ljubljana, Kranj, Celje, Nova Gorica in Koper. Vsak anketiranec je s povabilom prejel povezavo za dostop do spletnega vprašalnika, ki je bil zasnovan na portalu za pripravo spletnih anket IKA. V prvem krogu, ki je potekal od 24. 11. 2015 do 3. 12. 2015, smo z anketiranjem pričeli v osrednjeslovenski regiji, kjer smo posredovali 25 anket. Dobili smo 20 rešenih anket (80 %). Zaradi premajhnega števila anket smo se odločili, da vključimo še druge regije. Tako smo v drugem krogu od 5. 1. 2016 do 2. 2. 2016 v preostale izbrane regije posredovali še 40 anket. Dobili smo 26 rešenih anket (65 %). Zaradni naknadne odločitve za širitev ankete v druge regije, nimamo podatka o številu respondentov iz preostalih posameznih regij.

Anketiranci so bili seznanjeni s cilji in z namenom raziskave, ponujena jim je bila tudi možnost, da v anketi ne sodelujejo. Podatke, pridobljene na podlagi ankete, smo kvantitativno obdelali. Za obdelavo podatkov smo uporabili računalniški program Excel in statistični program SPSS 23.0. Uporabili smo opisno statistiko (frekvence, odstotki, povprečne vrednosti, standardni odklon).

3.4 REZULTATI

Najprej nas je zanimalo, ali imajo izvajalci zdravstvene vzgoje opravljeno še katero formalno pedagoško-andragoško usposabljanje. Rezultati kažejo, da 35 (76,09 %) izvajalcev zdravstvene vzgoje nima opravljenega nobenega usposabljanja iz pedagoško-andragoškega področja. Med izvajalci, ki so odgovorili, da imajo narejeno eno izmed pedagoško-andragoških usposabljanj, je sedem izvajalcev, ki imajo narejeno pedagoško-andragoško izobraževanje, dva izvajalca sta profesorja zdravstvene vzgoje,

en izvajalec pa ima narejen CINDI program in specialna znanja s področja vodenja skupin.

Tabela 3: Seznanjenost z vsebino Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998)

Trditev	f	%
Da	38	84,4
Ne	1	2,2
Delno	6	13,3
Skupaj	45	100,0

Legenda: f = frekvence, % = odstotek

Iz Tabele 3 lahko razberemo, da je 37 (84 %) izvajalcev zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine seznanjenih z vsebino Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998), 6 (13 %) izvajalcev je delno seznanjenih in 1 izvajalec ni seznanjen z vsebino.

Tabela 4: Način seznanjenosti z vsebino Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998)

Trditev	f	%
Sam	22	47,8
Delodajalec	14	30,4
Nihče	1	2,2
Drugo	9	19,6
Skupaj	46	100

Legenda: f = frekvence, % = odstotek

Skoraj polovica, 22 (47,83 %), izvajalcev zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine se seznani z vsebino Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) samoiniciativno, v 30,43 % jih seznani delodajalec, v 2,17 % jih ne seznani nihče. 9 (19,57 %) izvajalcev pa je pod odgovor Drugo napisalo, da pomoč poiščejo pri nadrejenih, sodelavkah, na ustreznih izobraževanjih, v času študija in preko Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Tabela 4).

Tabela 5: Rednost pri vodenju evidence zdravstveno vzgojnega dela in pri poročanju na Nacionalni inštitut za javno zdravje ter na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Trditev	f	%
Redno	42	93,3
Občasno	2	4,4
Nikoli	1	2,2
Skupaj	46	100,0

Legenda: f = frekvence, % = odstotek

Do trditve, da kot izvajalci zdravstvene vzgoje vodijo Evidenco zdravstveno vzgojnega dela in letno poročajo o izvedbi le-te na Nacionalni inštitut za javno zdravje ter dvakrat letno na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, se je 42 (93 %) izvajalcev zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine opredelilo, da redno poroča o izvedbi le-te, 2 izvajalca občasno in 1 izvajalec nikoli (Tabela 5).

Tabela 6: Mnenje izvajalcev zdravstvene vzgoje o organizaciji in poteku zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine

Trditev		1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam	Skupaj	PV	SO
V našem območju ima vsaka šola imenovanega zdravnika šole s pripadajočim timom (diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege).	f	3	1	0	18	24	46	4,28	1,07
	%	6,5	2,2	0	39,1	52,2	100		
Vsako leto v ZD pripravimo načrt ukrepov, na osnovi analiz predhodnega leta, iz katerih so razvidne specifične potrebe določenega zdravstvenega območja in aktualne problematike mladih.	f	2	16	10	13	5	46	3,07	1,12
	%	4,3	34,8	21,7	28,3	10,9	100		

Trditev		1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam	Skupaj	PV	SO
Zdravstveno vzgojo izvajam za šolske otroke in mladostnike.	f	0	2	0	7	37	46	4,72	0,69
	%	0	4,3	0	15,2	80,4	100		
Zdravstveno vzgojo izvajam za pedagoške delavce in starše.	f	10	9	3	11	12	45	3,13	1,56
	%	22,2	20,0	6,7	24,4	26,7	100		
Pri zdravstveni vzgoji uporabljam različne didaktične oblike in metode, kot so: predavanja, delavnice, posvetovalnico, posvete, preventivne akcije ipd.	f	0	3	3	11	29	46	4,43	0,89
	%	0	6,5	6,5	23,9	63,0	100,0		
Za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov so obstoječa Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) nepogrešljiva.	f	3	8	4	21	10	46	3,59	1,20
	%	6,5	17,4	8,7	45,7	21,7	100		

Legenda: PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, f = frekvence, % = odstotek

V Tabeli 6 je prikazano strinjanje oziroma nestrinjanje izvajalcev s trditvami o organizaciji in poteku zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine. Ugotovimo lahko, da najvišjo povprečno vrednost (PV = 4,72; SO = 0,69) dosega trditev "Zdravstveno vzgojo izvajam za šolske otroke in mladostnike", na drugi strani pa skoraj najmanjšo povprečno vrednost (PV = 3,13; SO = 1,56) dosega trditev "Zdravstveno vzgojo izvajam za pedagoške delavce in starše", pri kateri pa so si bili izvajalci zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine najmanj enotni in ima največji standardni odklon. Sledi trditev "Pri zdravstveni vzgoji uporabljam različne didaktične oblike in metode, kot so: predavanja, delavnice, posvetovalnico, posvete, preventivne akcije ipd.", ki ima drugo največjo povprečno vrednost (PV = 4,43; SO = 0,89) in najslabše ocenjena trditev "Vsako leto v ZD pripravimo načrt ukrepov, na osnovi analiz predhodnega leta, iz katerih so razvidne specifične potrebe določenega zdravstvenega območja in aktualne problematike mladih" s povprečno vrednostjo (PV = 3,07; SO = 1,12).

Tabela 7: Potek zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov za vašo opredeljeno populacijo

Trditev	f	%
Samo ob sistematskih pregledih v zdravstvenem domu	6	13,0
Samo programirana zdravstvena vzgoja, ki jo izvajam v šoli	8	17,4
Ob sistematskih pregledih in dodatno programirana zdravstvena vzgoja v šoli	30	65,2
ZV šolskih otrok in mladostnikov ne izvajamo	1	2,2
Drugo	1	2,2
Skupaj	46	100,0

Legenda: f = frekvence, % = odstotek

Dve tretjini (31 ali 67,29 %) izvajalcev zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine pravi, da izvajajo zdravstveno vzgojo tako ob sistematskih pregledih kot tudi programirano zdravstveno vzgojo v šoli, 9 (19,57 %) izvajalcev izvajajo samo programirano zdravstveno vzgojo v šoli ter 6 (13,14 %) izvajalcev izvajajo zdravstveno vzgojo samo ob sistematskih pregledih v zdravstvenem domu (Tabela 7).

Tabela 8: Delež celotnega delovnega časa anketirancev, namenjenega izvajanju zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine

Delež izvajanja ZV	f	%
0%	0	0
1-10 %	4	9,3
11- 20 %	3	7,0
21-30 %	4	9,3
31-40 %	3	7,0
41-50 %	10	23,3
51-60 %	4	9,3
61-70 %	4	9,3
71-80 %	4	9,3
81-90 %	1	2,3
91-100 %	6	14,0
Skupaj	43	100,0
PV	54,56	

Legenda: f = frekvence, % = odstotek, PV= povprečje, ZV= zdravstvena vzgoja

Anketirance smo vprašali, kolikšen delež njihovega celotnega delovnega časa (npr. v 40-urnem delavniku) v povprečju predstavlja izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine. Iz rezultatov je mogoče razbrati, da v povprečju izvajalci zdravstvene

vzgoje šolskih otrok in mladine namenijo več kot polovico (PV = 54,56 %) delovnega časa za izvajanje zdravstvene vzgoje, vendar pa to ne velja za vse izvajalce. Če primerjamo skrajne odgovore, so 4 izvajalci napisali, da izvajanju zdravstvene vzgoje namenijo samo 1–10 % delovnega časa, 6 izvajalcev pa je napisalo, da izvajanju zdravstvene vzgoje namenijo 91–100 % delovnega časa (Tabela 8).

Tabela 9: Delež izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine na posamezni lokaciji

Delež izvajanja ZV	Zdravstveni dom		Šola	
	f	%	f	%
0 %	1	3,2	2	6,1
1–10 %	2	6,5	2	6,1
11–20 %	4	12,9	2	6,1
21–30 %	3	9,7	1	3,0
31–40 %	4	12,9	2	6,1
41–50 %	2	6,5	2	6,1
51–60 %	1	3,2	4	12,1
61–70 %	2	6,5	1	3,0
71–80 %	1	3,2	5	15,2
81–90 %	0	0,0	3	9,1
91–100 %	11	35,5	9	27,3
Skupaj	31	100	33	100
PV	40,36 %		46,46 %	

Legenda: f = frekvence, % = odstotek, PV= povprečje, ZV= zdravstvena vzgoja

Anketirance smo vprašali, kolikšen delež od celotnega izvajanja zdravstvene vzgoje izvajajo v šoli, v zdravstvenem domu oziroma drugje. Iz rezultatov je razvidno, da izvajalci v povprečju 40,36 % vsega časa namenijo izvajanju zdravstvene vzgoje v zdravstvenih domovih, 46,46 % pa v šoli. Ostalih 3,18 % namenijo promocijam in akcijam na terenu. 35,5 % anketirancev je odgovorilo, da skoraj celotno zdravstveno vzgojo (91–100 %) izvajajo le v zdravstvenem domu, in 27,27 % anketirancev, da jo izvajajo le v šoli (Tabela 9).

Tabela 10: Pripravljalec letnega programa za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine

Trditev	f	%
Osebno, sam/-a	13	28,3
Vodja enote zdravstvene vzgoje	4	8,7
Vodja tima v zdravstvenem varstvu šol otrok in mladine - zdravnik	1	2,2
Pripravljamo ga timsko (v sodelovanju s pediatrom in medicinskimi sestrami iz drugih enot v zdravstvenem domu ipd)	5	10,9
Pripravljamo ga timsko (v sodelovanju s šolo)	16	34,8
Letnega programa ne pripravljam, ZV izvajam po potrebi	0	0
Drugo	7	15,2
Skupaj	46	100,0

Legenda: f = frekvence, % = odstotek

Tabela 10 prikazuje, kdo najpogosteje pripravlja letni načrt za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine. Največ, 16 (34,8 %), izvajalcev pripravlja program za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine timsko v sodelovanju s šolo. 13 (28,26 %) anketirancev je odgovorilo, da program pripravljajo osebno sami. Kar nekaj anketirancev (15,22 %; 7) se je opredelilo za odgovor Drugo, kjer sta 2 napisala, da prvi steber pripravlja šolski zdravnik, drugi pa izvajalka sama. Ostalih 5 je napisalo, da se držijo smernic, ki jih je pripravil Nacionalni inštitut za javno zdravje. Da program pripravlja vodja enote zdravstvene vzgoje, so odgovorili 4 (8,70 %) anketiranci, 1 (2,17 %) anketiranec pa pravi, da program pripravlja vodja tima v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine – zdravnik (Tabela 10).

Tabela 11: Zadovoljstvo izvajalk zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine

Trditev		1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam	Skupaj	PV	SO
Za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine sem zelo motiviran/-a.	f	1	0	0	18	27	46	4,52	0,72
	%	2,2	0	0	39,1	58,7	100		

Trditev		1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam	Skupaj	PV	SO
S podporo svoje organizacijske enote glede izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine sem zelo zadovoljen/-na.	f	1	13	4	22	6	46	3,41	1,11
	%	2,2	28,3	8,7	47,8	13,0	100		
S sodelovanjem med sodelavci/-kami pri izvajanju zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine sem zelo zadovoljen/-na.	f	0	4	7	22	13	46	3,96	0,89
	%	0	8,7	15,2	47,8	28,3	100		
V šolah, kjer izvajam zdravstveno vzgojo, sem s sodelovanjem vodstva šole in pedagoških delavcev zelo zadovoljen/-na.	f	0	3	9	16	15	43	4,00	0,93
	%	0	7,0	20,9	37,2	34,9	100		
Zelo sem zadovoljen/-na s prostorom in opremo za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki mi ga omogoča organizacijska enota v ZD.	f	2	12	7	19	5	45	3,29	1,12
	%	4,4	26,7	15,6	42,2	11,1	100		
Zelo sem zadovoljen/-na s prostorom in opremo za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki mi ga omogoča šola.	f	1	4	7	20	11	43	3,84	1,00
	%	2,3	9,3	16,3	46,5	25,6	100		

Trditev		1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam	Skupaj	PV	SO
Z odzivom šolskih otrok in mladostnikov na zdravstveno vzgojo sem zelo zadovoljen/-na.	f	0	1	5	24	16	46	4,20	0,72
	%	0	2,2	10,9	52,2	34,8	100		
Za izvajanje zdravstvene vzgoje imam urejeno nadomeščanje, kadar sem odsoten/-na.	f	19	8	3	9	7	46	2,50	1,56
	%	41,3	17,4	6,5	19,6	15,2	100		

Legenda: f = frekvence, % = odstotek, PV= povprečje, SO= standardni odklon

Tabela 11 prikazuje trditve, ki merijo zadovoljstvo in motivacijo izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine. Najvišjo povprečno vrednost in najmanjši standardni odklon (PV = 4,52; SO = 0,72) smo dobili pri trditvi "Za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine sem zelo motiviran/-a". Trditev "Z odzivom šolskih otrok in mladostnikov na zdravstveno vzgojo sem zelo zadovoljen/-na" ima drugo najvišjo povprečno vrednost (PV = 4,20 in SO = 0,72) Daleč najslabšo povprečno vrednost (PV = 2,50; SO = 1,56) ima trditev "Za izvajanje zdravstvene vzgoje imam urejeno nadomeščanje, kadar sem odsoten/-na". Pri primerjavi dveh trditvev, "Zelo sem zadovoljen/-na s prostorom in opremo za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki mi ga omogoča organizacijska enota v ZD" (PV = 3,29 in SO = 1,12) in "Zelo sem zadovoljen/-na s prostorom in opremo za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki mi ga omogoča šola" (PV = 3,84 in SO = 1,00), ima slednja boljšo povprečno oceno in tudi manjši standardni odklon.

Tabela 12: Stališča izvajalcev zdravstvene vzgoje do trditev, ki se nanašajo na Splošni dogovor med ZZS, MZ in izvajalci storitev (začetek veljavnosti 1. 10. 2015)

Trditev		1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam	Skupaj	PV	SO
Splošni dogovor (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), ki določa izvajanje zdravstvene vzgoje v vseh razredih osnovne šole, je po mojem mnenju zelo koristen.	f	0	2	7	17	20	46	4,20	0,86
	%	0,0	4,3	15,2	37,0	43,5	100		
Obseg izvajanja ZV, opredeljen v Splošnem dogovoru (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), je ob trenutni situaciji izvedljiv.	f	3	12	12	12	7	46	3,17	1,18
	%	6,5	26,1	26,1	26,1	15,2	100		
Izvajanje zdravstvene vzgoje v vseh razredih osnovne in srednje šole bo pripomoglo k boljšemu izobraževanju otrok in mladostnikov, krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni.	f	0	0	4	21	21	46	4,37	0,64
	%	0	0	8,7	45,7	45,7	100		
Uvedba stalne šolske medicinske sestre v vzgojno varstvenih in izobraževalnih institucijah v Sloveniji bi zagotovila večjo kakovost, dostopnost in racionalnost zdravstvene oskrbe šolajoče se populacije.	f	0	2	9	20	15	46	4,04	0,84
	%	0	4,3	19,6	43,5	32,6	100		

Legenda: f = frekvence, % = odstotek, PV = povprečje, SO = standardni odklon

Iz Tabele 12 je moč razbrati, da ima najboljšo povpračno vrednost in najmanjši standardni odklon (PV = 4,37 in SO = 0,64) trditev "Izvajanje zdravstvene vzgoje v vseh razredih osnovne in srednje šole bo pripomoglo k boljšemu izobraževanju otrok in mladostnikov, krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni", najslabšo povprečno vrednost in standardni odklon (PV = 3,17 in SO = 1,18) pa ima trditev "Obseg izvajanja ZV, opredeljen v Splošnem dogovoru (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), je ob trenutni situaciji izvedljiv". Trditev "Splošni dogovor (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), ki

določa izvajanje zdravstvene vzgoje v vseh razredih osnovne šole, je po mojem mnenju zelo koristen" ima povprečno vrednost in standardni odklon (PV = 4,20 in SO = 0,86), trditev "Uvedba stalne šolske medicinske sestre v vzgojno varstvenih in izobraževalnih institucijah v Sloveniji bi zagotovila večjo kakovost, dostopnost in racionalnost zdravstvene oskrbe šolajoče se populacije" pa ima povprečno vrednost in standardni odklon (PV = 4,04 in SO = 0,84).

Tabela 13: Mnenje izvajalcev zdravstvene vzgoje o uporabnosti priročnikov, ki jih uporabljajo ob izvajanju zdravstvene vzgoje

Trditev		1 Popolnoma neuporaben	2 Neuporaben	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Koristen	5 Zelo koristen	Skupaj	PV	SO
Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladine (NIJZ, 2014)	f	0	2	6	28	9	45	3,98	0,72
	%	0,0	4,4	13,3	62,2	20,0	100		
Za boljše zdravje otrok in mladostnikov (IVZ, 2007)	f	0	2	6	29	3	40	3,83	0,64
	%	0	5,0	15,0	72,5	7,5	100		

Legenda: f = frekvence, % = odstotek, PV= povprečje, SO= standardni odklon

Izvajalci zdravstvene vzgoje so v povprečju mnenja, da je priročnik Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladine (NIJZ, 2014) koristen (PV = 3,98) in enako velja za priročnik Za boljše zdravje otrok in mladostnikov (IVZ, 2007) (PV = 3,83). Pri prvem se je 9 (20 %) izvajalcev opredelilo, da je priročnik zelo koristen, pri drugem pa samo 3 izvajalci oziroma 7,5 % izvajalcev. Pod odgovor Drugo so 3 anketiranci napisali, da uporabljajo tudi priročnika O tebi in O vama, vendar pa se niso opredelili glede uporabnosti teh dveh priročnikov (Tabela 13).

Tabela 14: Mnenje izvajalcev o vplivu na kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti

Kode	Število odgovorov
Dober izvajalec	9
Strokovna usposobljenost in izkušnost izvajalca	8
Praktični prikaz (delavnice)	6
Teme, ki so zanimive za otroke in mladostnike	4
Motivacija izvajalca	4
Vzgojenost otrok in mladostnikov	9

40 izvajalcev zdravstvene vzgoje je odgovorilo na odprto vprašanje, kaj po njihovem mnenju vpliva na kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti. Odgovore smo umestili v šest vsebinskih kod. 9 anketirancev je odgovorilo, da na kakovost vpliva dober izvajalec in vzgojenost otrok in mladostnikov, 8 izvajalcev je odgovorilo, da na kakovost vpliva strokovna usposobljenost in izkušnost izvajalca, 6 izvajalcev pravi, da je pomemben praktični prikaz (delavnice), 4 izvajalci pa, da je pomembna motivacija izvajalca in da se predavajo teme, ki so zanimive za otroke in mladostnike (Tabela 14).

Tabela 15: Mnenje izvajalcev o Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) v delu, ki je namenjeno izvajanju zdravstvene vzgoje

Kode	Število odgovorov
Potrebna prenove	7
Pomanjkljivo napisana	10
Nimajo mnenja	3
Navodila so jasna	3
Dokaj uporabna	6

29 izvajalcev zdravstvene vzgoje je odgovorilo na odprto vprašanje, kakšno je njihovo mnenje o Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) v delu, ki je namenjeno izvajanju zdravstvene vzgoje. Odgovore smo umestili v pet vsebinskih kod. Največ anketirancev (10) je mnenja, da je Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) napisana pomanjkljivo, 7

anketirancev pa, da so potrebne prenove. 6 jih je mnenja, da je Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) dokaj uporabno, 3 anketiranci menijo, da so jasna, 3 pa nimajo mnenja (Tabela 15).

Tabela 16: Predlogi izvajalcev za izboljšavo izvajanja zdravstvene vzgoje pri šolskih otrocih in mladostnikih na primarni ravni

Kode	Število odgovorov
Zaposlitev novega kadra	7
Sodelovanje s šolami, zdravstvenimi domovi in Nacionalnim inštitutom za javno zdravje	4
Več izobraževanj	6
Skladen program z učnim načrtom šol	4
Določitev normativov	5
Več pripomočkov pri izvajanju delavnic (zloženke, projektor itd.)	4

30 izvajalcev zdravstvene vzgoje je navedlo predloge izboljšav izvajanja zdravstvene vzgoje pri šolskih otrocih in mladostnikih na primarni ravni. Odgovore smo umestili v šest vsebinskih kod. Največ anketirancev (7) je mnenja, da je potrebno zaposliti nov kader, 6 anketirancev predlaga več izobraževanj, 5 anketirancev bi želelo imeti natančno določene normative, 4 anketiranci pa predlagajo skladen program z učnim načrtom šole, več pripomočkov pri izvajanju delavnic (zloženke, projektor itd.) ter sodelovanje s šolami, zdravstvenimi domovi in Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (Tabela 16).

3.5 RAZPRAVA

Namen našega raziskovanja je bil ugotoviti potek izvajanja zdravstvene vzgoje v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti. Ugotoviti smo želeli tudi, kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na potek in kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti, ter razloge za morebitna odstopanja pri izvajanju zdravstvene vzgoje glede na Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti (1998).

V Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti (1998) je napisano, da je za pripravo letnega načrta obveznega preventivnega zdravstvenega varstva in programirane zdravstvene vzgoje odgovoren zdravnik na pripadajočem zdravstvenem območju, kar pa se je v naši raziskavi pokazalo popolnoma drugače, saj je le en izvajalec napisal, da za pripravo letnega načrta skrbi zdravnik, dva izvajalca pa sta napisala, da prvi steber pripravlja zdravnik, drugi pa izvajalec sam. Že leta 2004 sta Luznarjeva in Šmitova navedli, da so medicinske sestre v zdravstvenem domu Vič nosilke dejavnosti, ki so pri svojem delu samostojne in skrbijo za motivacijo, organizacijo, koordinacijo in izvedbo programov, ter da le-te pripravljajo vsako šolsko leto posebej in o njih obvestijo vodstva šol (Luznar & Šmit, 2004).

V raziskavi smo tudi ugotovili, da približno tretjina izvajalcev program pripravlja sama, tretjina izvajalcev pa pripravlja program za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine timsko v sodelovanju s šolo, kar se ujema z ugotovitvijo strokovnjakov, da se v Sloveniji zdravstvena vzgoja izvaja neenotno (Koprivnikar & Pucelj, 2010; Pucelj, 2008).

Naši rezultati so pokazali, da izvajanje zdravstvene vzgoje poteka poteka precej različno, odvisno od posameznega izvajalca. Iz rezultatov je mogoče razbrati, da tisti izvajalci, ki so zaposleni v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine, gotovo posvečajo manj časa izvajanju zdravstvene vzgoje, kar je seveda razumljivo glede na obseg dela, ki ga imajo v ambulantah, samo delo pa je lahko tudi manj kvalitetno, saj ne morejo celotnega delovnega časa nameniti pripravi in izvajanju zdravstvene vzgoje, ampak morajo del časa nameniti tudi delu v ambulanti, kar se ujema z navedbami Gaubejeve in Frankičeve (2006). Izvajalcev, ki namenijo manj kot polovico delovnega časa izvajanju zdravstvene vzgoje, je slaba polovica vseh anketirancev. Tu pa bi se pokazal pomen diplomirane medicinske sestre, zaposlene v šolstvu, saj bi zagotovila optimalno skrb za otroke, stalno izobraževanje in ustrezna izobrazba izvajalk pa bi zagotovila boljše zdravje otrok in mladostnikov (Torkar, 2012; AAP, 2008).

V pogodbi ZZZS je razvidno, da mora vsak izvajalec zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine redno poročati o izvedbi le-te na Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)

ter dvakrat letno na ZZZS (Klemenc & Bizjak, 2015). Naša raziskava je pokazala, da 93 % v razisksavi sodelujočih izvajalcev zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine redno poroča o izvedbi le-te. Kljub pogodbi ZZZS pa 2 izvajalca le občasno pišeta poročila, 1 izvajalec pa nikoli.

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) je eden od glavnih pripomočkov za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki bi jih moral poznati vsak izvajalec zdravstvene vzgoje in s katerimi bi moral biti seznanjen pred pričetkom dela. Naša raziskava je pokazala, da z vsebino Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) niso seznanjeni vsi izvajalci, med tistimi, ki pa so, pa se jih je polovica seznanila samoiniciativno, tretjina je bila seznanjena s strani delodajalca, ostali pa so bili seznanjeni z vsebino s strani sodelavcev, v času študija ali na ustreznih izobraževanjih. Glede na rezultate naše raziskave, ki so ga izpostavili anketiranci, bi lahko bil vzrok slabe seznanjenosti in posledično neenotnega izvajanja zdravstvene vzgoje premalo konkretno napisano Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998), ki so potrebno prenove, saj je Puceljeva že leta 2008 ugotovila, da si izvajalci za prihodnje želijo predvsem ustrezno vrednotenje dela, časovno in kadrovske ureditev področja izvajanja zdravstvene vzgoje, kar bi imelo velik vpliv na enotno izvajanje zdravstvene vzgoje.

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998) predpisuje, da mora imeti vsaka šola imenovanega zdravnika s pripadajočim timom, vsako leto mora javni zavod in zasebnik pripraviti načrt na osnovi analiz iz predhodnega leta, iz katerih so razvidne specifične potrebe določenega zdravstvenega območja in aktualne problematike. V naši raziskavi smo ugotovili, da se izvajalci le delno strinjajo, da vsako leto pripravljajo načrt skladno z Navodilom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998).

V raziskavi Puceljeve (2008) so izvajalke izpostavile predvsem probleme pri organizacijskih in prostorskih zahtevah. Nekateri nimajo ustreznega prostora za izvajanje zdravstvene vzgoje, spet drugi pa imajo težave s prostori, ki niso ustrezno

opremljeni. Izvajalci zdravstvene vzgoje dobijo premalo gradiv oziroma jih dobijo ob nepravem času. Nekateri lažje izvajajo dejavnosti v šoli kot v zdravstvenem domu, kjer so otroci bolj nesproščeni, drugi pa so npr. poročali, da so v šoli otroci bolj nemirni. Težava, s katero se soočajo nekateri izvajalci, je tudi slaba discipliniranost otrok, neresnost mladostnikov oziroma nezainteresiranost za sodelovanje. Velika težava, ki se pojavlja pri zdravstvenovzgojnem delu, pa je tudi odnos do zdravstvene vzgoje s strani vodstva, sodelavcev, šol in otrok.

Naša raziskava je pokazala, da so izvajalci zdravstvene vzgoje bolj zadovoljni s prostorom in opremo, ki jim jo omogoči šolsko okolje, kakor s prostori in opremo organizacijske enote, kar bi lahko pomenilo, da je izvajanje zdravstvene vzgoje bolj kakovostno v šolskem okolju. Prav tako pa so tudi bolj zadovoljni s sodelovanjem vodstva šol in pedagoških delavcev, kakor s podporo lastnih organizacijskih enot in sodelovanjem s kolegi. Velik problem pa je tudi organizacijski, saj ob odsotnosti izvajalke zdravstvene vzgoje ni urejenega nadomeščanja, kar prinaša veliko nezadovoljstvo med izvajalci. To lahko negativno vpliva na izvajalca ter posledično zmanjšuje kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje.

Zdravstvena vzgoja običajno poteka v dveh skupinah, kasneje pa je predviden razgovor z razrednikom o posamezniku in skupini. V 5. in 7. (8. devetletke) razredu osnovne šole ter 1. in 3. letniku srednje šole je predvidena še anketa v manjših skupinah z individualnim razgovorom, kjer preverimo počutje učenca-ke/dijaka-inje v šoli, družini, med vrstniki, življenjske navade, morebitno obremenjenost, stres, depresivnost, zlorabo drog, tvegan način življenja, šolski uspeh in izostanek od pouka (Gaube & Frankič, 2006; Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998; Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002).

Z začetkom veljave Splošnega dogovora za leto 2015 je prišlo do sprememb pri izvajanju zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, saj predpisuje izvajanje zdravstvene vzgoje po šolah za učence od 1. do 9. razreda po dve pedagoški uri na teden. Izvajalke še niso povsem enotne glede novih navodil pri izvajanju zdravstvene vzgoje, ki jih predpisuje Splošni dogovor, saj tudi same še niso povsem seznanjene z dogovorom. Z raziskavo smo ugotovili, da je po mnenju anketirancev ob trenutni

situaciji skoraj nemogoče dosegati normative za obseg izvajanja zdravstvene vzgoje, ki ga predpisuje Splošni dogovor, kljub temu pa so izvajalci mnenja, da je Splošni dogovor zelo koristen in korak v pravo smer ter da bo pripomogel k boljšemu izobraževanju otrok in mladostnikov, krepitvi zdravja in preprečevanju bolezni. Cilj izobraževanja otrok je namreč zagotavljanje splošne izobrazbe, spodbujanje skladnega telesnega, spoznavnega, čustvenega, moralnega, duhovnega in socialnega razvoja posameznika, omogočanje osebnostnega razvoja otrok v skladu z njegovimi sposobnostmi in interesi, vključno z razvojem njegove pozitivne samopodobe itd. (Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o osnovni šoli, 2013, p. 2).

"Točnega podatka o tem, koliko medicinskih sester v Sloveniji izvaja zdravstveno vzgojo, nimamo. Iz podatkov o nosilcih zdravstvene vzgoje ni možno razbrati, koliko časa ali kadrov se nameni zdravstveni vzgoji. Za medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno vzgojo za otroke in mladostnike, normativi niso določeni" (Koprivnikar & Pucelj, 2010, p. 72), zato si za prihodnje izvajalci želijo predvsem časovno in kadrovsko urediti področje izvajanja vse vzgoje za zdravje v zdravstvenih ustanovah, ne samo ob sistematskih pregledih. Izvajalci poudarjajo, da je potrebno zagotoviti tudi ustrezno vrednotenje dela, obenem pa programe, kot so Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladine ter Za boljše zdravje otrok in mladostnikov, zakonsko urediti (Pucelj, 2008).

Omejitve pri raziskovanju so majhnost vzorca, preveč splošen in premalo zanesljiv vprašalnik ter dejstvo, da je v času nastajanja diplomskega dela prišlo do sprememb, kar je spremenilo izvajanje zdravstvene vzgoje. Na te spremembe je vplival predvsem Splošni dogovor za leto 2015. V prihodnje bi bilo potrebno kvalitativno raziskati področje, da bi dobili bolj poglobljeno in podrobno sliko ter mnenja izvajalcev zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine.

4 ZAKLJUČEK

Zdravstvena vzgoja šolskih otrok in mladine je pomembna dejavnost, ki prispeva velik delež k boljšemu zdravju otrok in mladostnikov, pomaga pri krepitevi zdravja in preprečevanju bolezni. Velik vpliv na to dejavnost pa imajo izvajalci zdravstvene vzgoje, ki s svoj motivacijo, znanjem in izobrazbo pripomorejo k temu. Seveda pa zgolj to ne zadostuje za končni cilj, ki je: zdravi in vzgojeni otroci in mladostniki. Brez prave podpore organizacijske enote, sodelavcev je cilj težko uresničljiv. Prav tako je brez pravih prostorov, ustrezne opreme in gradiva izvajanje zdravstvene vzgoje težko kakovostno. Prvenstveno pa seveda brez natančno napisanih navodil, v katerih bi imeli natančno določene normative, vsebine ter kadrovske in časovno urejenega področja izvajanja zdravstvene vzgoje. Vse to bi omogočilo poenoteno izvajanje ZV in s tem pripomoglo tudi k zmanjševanju neenakosti med otroki in mladostniki.

Iz ugotovitev raziskave izhaja, da prihaja do razlik pri izvajanju zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov. Anketiranci se v večini strinjajo, da so bolj zadovoljni s podporo šolskega okolja kakor s podporo lastnih organizacijskih enot, zato lahko iz teh rezultatov zaključimo, da bi bilo potrebno celoten program zdravstvene vzgojecelotno zdravstveno vzgojo izvajati v šolskem okolju, seveda pa bi jim organizacijske enote morale zagotavljati tehnične pripomočke, brošure in delovni material za čim večjo kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti. Rezultati kažejo tudi, da izvajalci nimajo enakega načina priprave letnega načrta, temveč nekateri pripravljajo načrt timsko v sodelovanju s šolo, nekateri ga pripravljajo sami, spet drugi se držijo smernic, ki jih je pripravil Nacionalni inštitut za javno zdravje, ali pa letni načrt pripravi vodja enote.

Na osnovi ugotovitev izvedene raziskave zaključujemo, da bi bilo potrebno, da so vsi izvajalci zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti v slovenskem prostoru deležni enotnih navodil, ki bi bila osnova za pripravo ustreznih letnih načrtov in vrednotenj, kar bi prispevalo tudi k zmanjševanju neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov v Sloveniji.

5 LITERATURA

American Academy of Pediatric (AAP), 2008. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. [pdf] *Pediatrics: Official Journal of the American Academy of Pediatrics*. [online] Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/121/5/1052.full.pdf> [Accessed 1. February 2016].

Brcar, P., 2007. *Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Brener, N.D., Wechsler, H. & McManus, T., 2013. How school healthy is your state? A state-by-state comparison of school health practices related to a healthy school environment and health education. *Journal of School Health*, 83(10), pp. 743-744.

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Domjanko, N., 1987. Zdravstvena vzgoja v procesu zdravstvene nege. *Zdravstveni obzornik*, 21, pp. 89-96.

Foley, M., 2007. School-age temperament: implications for school nurses. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing*, 12(2), pp. 128-131.

Gaube, A. & Frankič, M., 2006. *Zdravstvena vzgoja v okviru preventivnih pregledov službe za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine*. In: B.M. Kaučič, T. Geč & A. Kranjc, eds. *Skupaj delamo za zdravje: seminar za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ob mednarodnem dnevu zdravja, 5. april 2006: zbornik predavanj*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Dejavnost zdravstvene nege, Služba za promocijo zdravja in izobraževanja: kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za primarno zdravstveno nego, pp. 51-57.

Green, J. & Tones, K., 2010. *Health promotion: Planning and strategies*. London: SAGE Publications, pp. 55.

Hall, D., & Elliman, D., 2005. *Healthier Scotland: Scottish executive 2005. Health for all children 4: Guidance of Implementation in Scotland. Getting it right for Scotland's children*. Edinburg. [online] Available at: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/37432/0011167.pdf> [Accessed 1. February 2016].

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola zdravstvo Ljubljana.

Jeriček, H., 2007. Predstavitev raziskave. In: H. Jeriček, D. Lavtar & T. Pokrajac. *Health Behavior in Schol-Aged Children (HBSC) Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 11–3.

Klemenc, D., & Bizjak, T., 2015. Programirana zdravstvena vzgoja - vzgoja za zdravje. *Utrip*, XXIII(7), pp. 12–3.

Konec Juričič, N. & Podkrajšek, D., 2007. Izbrani dejavniki tveganja za zdravje otrok in mladostnikov. V: B. Štern, ed. *Izbrani dejavniki tveganja za zdravje otrok in mladostnikov: zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nalezljive bolezni, v osnovni zdravstveni dejavnosti, december 2007: zbornik predavanj*. Ljubljana: CINDI Slovenija, p. 13.

Koprivnikar, H. & Pucelj, V., 2010. *Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0–19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji: pregled stanja s predlogi: strokovna monografija*. Inštitut za varovanje zdravja. [online] Available at: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:NRZXWGIP/> [Accessed 15. Januar 2015].

Luznar, N., 2009. Programirana zdravstvena vzgoja za odrasle/Program svetovanja za zdravje in delovanje zdravstvenovzgojnih centrov (2002-2008). In: S., Verbovšek, ed. *Skupaj varujmo in krepimo zdravje - Kaj smo dosegli v prvih osmih letih?* Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 44–53.

Luznar, N. & Šmit, M., 2004. Sistem zdravstvene vzgoje v zdravstvenem domu Ljubljana-Vič-Rudnik: programirana zdravstvena vzgoja v šolah in vrtcih. In: V. Rajkovič, T. Urbančič & M. Bernik, eds. *Vzgoja in izobraževanje v informacijski družbi: zbornik referatov 7. mednarodne multi-konference Informacijska družba IS 2004*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport, Fakulteta za organizacijske vede, Institut Jožef Stefan, Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp. 1–4.

Marjanovič Umek, L., Zupančič, M., Fekonja, U., Kavčič, T., Svetina, M., Tomazo Ravnik, T. & Bratanič, B., 2004. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

Merrell, J., 2010. Focusing zpstrean - The Role of Nurses in health promotion. Poudarek na preventivi: vloga medicinske sestre pri promociji zdravja. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, J. Zorc & S. Hvalič Touzery, eds. *Trajnost razvoja zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 16.-17- September 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 70–8.

Moyer, V.A. & Butler, M., 2010. Gaps in the Evidence for Well-Child Care: A Challenge to Our Profession. Pediatrics. In: H. Koprivnikar & V. Pucelj, 2010. *Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0–19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji: pregled stanja s predlogi: strokovna monografija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. [online] Available at: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:NRZXWGIP/> [Accessed 15. Januar 2015].

Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998. Uradni list Republike Slovenije št. 19.

Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, 2002. Uradni list Republike Slovenije št. 33.

Papalia, D., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R., 2003. *Otrokov svet: Otrokov razvoj od spočetja do konca mladostništva*. Ljubljana: Educy.

Pucelj, V., 2008. *Poročilo o izvajanju vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih otrok in mladostnikov po prvem letu izvajanja po enotnih navodilih*. [online] Available at: http://www.ivz.si/projekti_programi?pi=5&_5_Filename=31.pdf&_5_MediaId=31&_5_AutoResize=false&pl=15-5.3. [Accessed 1. February 2015].

Sočan, M., 2013. *Javno zdravje*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Spence Cagle, C., 2006. School-Age Child. In: C. Edelman, & C.L. Mandle, eds. *Health promotion throughout the life span*. Missouri: Elsevier Mosby, pp. 467.

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015, 2015. *Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*. Uradni list Republike Slovenije, št. 72/06.

Stanko-Flakus, M., 2009. Dispanzer za šolske otroke in mladino. In: M. Jurčič & J. Mugoša. *100 let šolske medicine na Slovenskem: 1909-2009. V. kongres šolske in visokošolske medicine Slovenije. Zbornik prispevkov. Ljubljana, 9-10 oktober*. Ljubljana: sekcija za šolstvo in visokošolsko medicino pri SZO, p. 47.

Šmit, M., 2014. *Pobuda za uvedbo šolske medicinske sestre v vzgojno varstvene in izobraževalne institucije v Sloveniji*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. [online] Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/pobuda-zbornice-zveze-za-uedbo-solske-medicinske-sestre> [Accessed 23. February 2016].

Torkar, T., 2012. *Stališča strokovnih delavcev v šolstvu in zdravstvu do koncepta "school nurse" v osnovnih šolah: magistrsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo Jesenice.

Torkar, T., Grmek Košnik, I. & Skela Savič, B., 2013. Vključevanje poklicnega profila šolska medicinska sestra v slovenske šole: vidik učiteljev in zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(3), pp. 224–235.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o osnovni šoli – ZOsn-I, 2013. Uradni list Republike Slovenije št. 63.

Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992. Uradni list Republike Slovenije št. 9.

Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. & Premik, M., 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.

Zupančič, T. & Jeriček Klanšček, H., 2012. Uvod in metodologija. In: H. Jeriček Klanšček, H. Koprivnikar, T. Zupančič, V. Pucelj & M. Bajt, eds. *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002-2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, pp. 23–9.

Zupančič Tisovec, B., Janc Jagrič, J., Kunšek, D., Rupnik, K., Mesarič, E. & Toth, G., 2014. *Za boljše zdravje otrok in mladostnikov: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. [online] Available at: http://www.ivz.si/Mp.aspx/?ni=78&pi=6&_6_Filename=attName.png&_6_MediaId=7696&_6_AutoResize=false&pl=78-6.3. [Accessed 2. March 2015].

Wills, J., Hesman, A., Husbands, J., Jackson, L. & Sykes, S., 2007. *Promoting health. Vital notes for nursing*. Oxford: Wiley-Blackwell.

World Health Organization, 2015. *School and youth health*. [online] Available at: http://www.who.int/school_youth_health/facts/en/ [Accessed 18. March 2015].

Young, M., Denny, G. & Donnelly, J., 2012. Lessons from the trenches: Meeting evaluation Challenges in school health; *Jurnal of school health*, 82(11), pp. 528–529.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Sem Simon Krek, študent Fakultete za zdravstvo Jesenice. V okviru diplomskega dela, ki se pripravlja pod mentorstvom Tanje Torkar, mag. zdr. neg., pred., želim raziskati zdravstveno vzgojno delo v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine na primarni ravni. Prosim vas za sodelovanje v anketi. Sodelovanje v anketi je prostovoljno in anonimno. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni izključno za pripravo diplomskega dela.

Pri vprašanjih, kjer so odgovori že ponujeni, obkrožite tistega, ki velja za vas, oz. tistega, s katerim se najbolj strinjate. Pri odprtih vprašanjih, prosim, prosto napišite vaše mnenje. Prosim, bodite osredotočeni le na zdravstveno vzgojo pri šolskih otrocih in mladostnikih.

Hvala za Vaše sodelovanje.

Simon Krek

1. Kje je vaše delovno mesto v zdravstvenem domu?
 - a) V zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine.
 - b) V Zdravstveno vzgojnem centru.
 - c) Drugje: _____

2. Katera je vaša dokončana stopnja izobrazbe?
 - a) Srednja šola (V).
 - b) Višja/visoka šola (VI, VII/1).
 - c) Univerzitetni/strokovni magisterij (VII/2).
 - d) Znanstveni magisterij / doktorat (VIII/IX).

3. Koliko let delovne dobe imate?

_____ let.

4. Ali imate poleg izobrazbe s področja zdravstvene nege opravljeno še katero formalno pedagoško-andragoško usposabljanje? (Če ste obkrožili Da, prosim, napišite, katero).

a) Da

Katero: _____

b) Ne

c) Ne vem, ne poznam

5. Ali ste seznanjeni z vsebino *Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (UL 19/1998)*?

a) Da

b) Ne

c) Delno

6. Kdo vas je seznanil z vsebino *Navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (UL 19/1998)*?

a) Sam

b) Delodajalec

c) Nihče

d) Drugo: _____

7. Kot izvajalec zdravstvene vzgoje vodim Evidenco zdravstveno vzgojnega dela in letno poročam o izvedbi le-te na Nacionalni inštitut za javno zdravje ter dvakrat letno na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije?

a) Redno

b) Občasno

c) Nikoli

8. Za vsako od naslednjih trditev opredelite, kako močno se ne strinjate oz. se strinjate z njo.

	1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam
V našem območju ima vsaka šola imenovanega zdravnika šole s pripadajočim timom (diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege).					
Vsako leto v ZD pripravimo načrt ukrepov, na osnovi analiz predhodnega leta, iz katerih so razvidne specifične potrebe določenega zdravstvenega območja in aktualne problematike mladih.					
Zdravstveno vzgojo izvajam za šolske otroke in mladostnike.					
Zdravstveno vzgojo izvajam za pedagoške delavce in starše					
Pri zdravstveni vzgoji uporabljam različne didaktične oblike in metode, kot so: predavanja, delavnice, posvetovalnico, posvete, preventivne akcije ipd.					
Za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov so obstoječa <i>Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni</i> (1998) nepogrešljiva.					

9. Kako poteka izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladostnikov za vašo opredeljeno populacijo?

- a) Samo ob sistematskih pregledih v zdravstvenem domu
- b) Samo programirana zdravstvena vzgoja, ki jo izvajam v šoli
- c) Ob sistematskih pregledih in dodatno programirana zdravstvena vzgoja v šoli
- d) ZV šolskih otrok in mladostnikov ne izvajamo
- e) Drugo: _____

10. Kolikšen delež vašega celotnega delovnega časa (npr. v 40-urnem delavniku) v povprečju predstavlja izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine? (Delež v %.)

% _____

11. Prosimo, opredelite, kolikšen delež od 100 % izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, le-to v povprečju izvajate (delež v %).

- a) V zdravstvenem domu _____ %
- b) V šoli _____ %
- c) Drugje, kje: _____ %

12. Kdo večinoma pripravlja letni program za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine. Možen je le en odgovor.

- a) Osebno, sam/-a
- b) Vodja enote zdravstvene vzgoje
- c) Vodja tima v zdravstvenem varstvu šol otrok in mladine - zdravnik
- d) Pripravljamo ga timsko (v sodelovanju s pediatrom in medicinskimi sestrami iz drugih enot v zdravstvenem domu ipd.)
- e) Pripravljamo ga timsko (v sodelovanju s šolo)
- f) Letnega programa ne pripravljam, ZV izvajam po potrebi
- g) Drugo: _____

13. Za vsako od naslednjih trditev, ki se nanašajo na izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, opredelite, kako močno se ne strinjate oz. se strinjate z njo.

	1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam
Za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine sem zelo motiviran/-a.					
S podporo svoje organizacijske enote glede izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine sem zelo zadovoljen/-na.					
S sodelovanjem med sodelavci/-kami pri izvajanju zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine sem zelo zadovoljen/-na					
V šolah, kjer izvajam zdravstveno vzgojo, sem s sodelovanjem vodstva šole in pedagoških delavcev zelo zadovoljen/-na.					
Zelo sem zadovoljen/-na s prostorom in opremo za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki mi ga omogoča organizacijska enota v ZD.					
Zelo sem zadovoljen/-na s prostorom in opremo za izvajanje zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine, ki mi ga omogoča šola.					
Z odzivom šolskih otrok in mladostnikov na zdravstveno vzgojo sem zelo zadovoljen/-na.					
Za izvajanje zdravstvene vzgoje imam urejeno nadomeščanje, kadar sem odsoten/-na.					

14. Za vsako od naslednjih trditev, ki se nanašajo na Splošni dogovor med ZZZS, MZ in izvajalci storitev (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), opredelite stopnjo strinjanja z njo.

	1 Se sploh ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Se strinjam	5 Se zelo strinjam
Izvajanje zdravstvene vzgoje v vseh razredih osnovne in srednje šole bo pripomoglo k boljšemu izobraževanju otrok in mladostnikov, krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni.					
Splošni dogovor (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), ki določa izvajanje zdravstvene vzgoje v vseh razredih osnovne šole, je po mojem mnenju zelo koristen.					
Obseg izvajanja ZV, opredeljen v Splošnem dogovoru (začetek veljavnosti 1. 10. 2015), je ob trenutni situaciji izvedljiv.					
Uvedba stalne šolske medicinske sestre v vzgojno varstvenih in izobraževalnih institucijah v Sloveniji bi zagotovila večjo kakovost, dostopnost in racionalnost zdravstvene oskrbe šolajoče se populacije.					

15. Za vsakega od navedenih priročnikov, ki jih uporabljate ob izvajanju zdravstvene vzgoje, opredelite, kako uporaben se vam zdi, ter enako dopolnite še z eventuelnimi drugimi, ki jih pretežno uporabljate.

	1 Popolnoma neuporaben	2 Neuporaben	3 Sem nevtralen, ne vem	4 Koristen	5 Zelo koristen
<i>Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladine (NIJZ, 2014)</i>					
<i>Za boljše zdravje otrok in mladostnikov (IVZ, 2007)</i>					
Drugo:					
Drugo:					
Drugo:					

16. Kaj po vašem mnenju vpliva na kakovost izvajanja zdravstvene vzgoje šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti?

17. Kakšno je vaše mnenje o *Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni* (UL 19/1998) v delu, ki je namenjeno izvajanju zdravstvene vzgoje?

18. Napišite vaše predloge glede izboljšav izvajanja zdravstvene vzgoje pri šolskih otrocih in mladostnikih na primarni ravni.

Hvala za sodelovanje!