



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**STALIŠČA STROKOVNIH DELAVCEV V
ŠOLSTVU IN ZDRAVSTVU DO KONCEPTA
'SCHOOL NURSE' V OSNOVNIH ŠOLAH**

**SCHOOL NURSES IN ELEMENTARY
SCHOOLS: VIEWS OF EDUCATION
WORKERS AND HEALTH CARE
PROFESSIONALS**

Mentorica: doc. dr. Brigita Skela Savič
Somentorica: doc. dr. Irena Grmek Košnik

Kandidatka: Tanja Torkar

Jesenice, september, 2012

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Brigiti Skela Savič in somentorici doc. dr. Ireni Grmek Košnik za strokovno podporo in usmeritve.

Zahvaljujem se vsem ravnateljicam in ravnateljem slovenskih osnovnih šol, ki so si vzeli čas in odgovorili na vprašalnik.

Zahvaljujem se strokovnjakinjam, ki so se prijazno odzvale in sodelovale v fokusnih skupinah in intervjujih.

Iz srca se zahvaljujem mami Miri Stušek za lektoriranje dela in vso podporo ter sestri izr. prof. dr. Sergeji Slapničar za nasvete in usmeritve pri statistični obdelavi.

Hvala tudi Domnu, Tinkari in Uršuli.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Šola je prostor, kjer otroci preživijo večino svojega dneva, zato ima pomembno nalogo tudi pri medinstitucionalni skrbi za zdravje otrok in mladostnikov, zlasti pri sodelovanju z zdravstvom. V tujini so pomembna povezava v tem kontekstu šolske medicinske sestre ('school nurse').

Cilj: Opredeliti in opisati poklicni profil šolska medicinska sestra ter ugotoviti vidik vodstev osnovnih šol ter strokovnih delavcev v šolstvu in zdravstvu o pomenu, smotnosti in možnosti umestitve poklica v naš sistem zdravstva in šolstva.

Metode: Uporabili smo mešanje metod kvantitativnega in kvalitativnega pristopa. Podatke smo na enem vzorcu zbrali s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, na drugem pa s polstrukturiranimi intervjuji (štiri fokusne skupine in dva individualna intervjuja). Vzorec v kvantitativni analizi je zajemal 55,6 % (n = 266) celotne populacije ravnateljev osnovnih šol, v kvalitativni pa 14 strokovnjakov iz šolstva in zdravstva. Kvantitativne podatke smo obdelali s programom SPSS, uporabili smo deskriptivno statistiko. Soodvisnost smo analizirali z multiplo regresijsko analizo in dimenzije odvisne spremenljivke s faktorsko analizo. Besedila intervjujev smo analizirali z metodo odprtega kodiranja.

Rezultati: Na šolah najbolj pogosto ukrepajo zaradi akutnega bolezenskega stanja (povprečna vrednost (PV) = 3,48), psihosomatskih (PV = 3,42) in kroničnih bolezni (PV = 3,22) (lestvica 1-6). Ravnatelji so visoko ocenili potrebo po predlaganih nalogah šolske medicinske sestre, vezane na promocijo zdravja in druge zdravstvene storitve, saj je 11 od 13 predlogov dobilo v povprečju oceno nad 4 (lestvica 1-5). Najprimernejša lokacija delovanja šolske medicinske sestre je deloma v zdravstvenem domu, deloma v šoli (60,2 %), najprimernejši delodajalec je zdravstveni dom (59,4 %). Mnenja ravnateljev se ne razlikujejo glede na velikost šole in vključitev v mrežo Zdravih šol. Ravnatelji s šol, kjer pogosteje ukrepajo zaradi telesnih poškodb učencev, izražajo značilno večjo potrebo po delovanju šolske medicinske sestre (b = 0,208, p < 0,014), kar velja tudi za ravnatelje, ki so mnenja, da je usposabljanje učiteljev za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah v odgovornosti zdravstvenega doma (b = 0,270, p < 0,000). V kvalitativni analizi smo oblikovali pet glavnih kategorij: zdravstvene težave učencev v šoli, ukrepanje ob zdravstvenih težavah v času bivanja na šoli, usposobljenost učiteljev za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev, promocija zdravja v šoli ter potreba po delovanju zdravstvenega kadra v šolskem prostoru.

Razprava: Učitelji se v šolah soočajo z zdravstvenimi težavami učencev, a za ukrepanje nimajo niti dovolj znanja niti kompetenc. Zdravstveni delavci se zavedajo pomena sprememb, vendar ob trenutni organizaciji ne vidijo veliko možnosti vstopa diplomirane medicinske sestre v šolski prostor, kar sicer ocenjujejo kot smotno. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave za umestitev proučevanega koncepta dela v prihodnosti.

Ključne besede: diplomirana medicinska sestra, osnovna šola, otroci in mladostniki, zdravstvene težave, zdravstvena vzgoja

ABSTRACT

Background: Children spend most of their days in schools, therefore schools play an important role in children's inter-institutional health care, particularly in connection with the health care services. In many countries, school nurses act as an important link in this respect.

Aims: The aim of the study was to identify and describe the profession of school nurse. Moreover, we wanted to identify views of school principals, education workers and health care professionals on the importance, relevance and possible placement of school nurses in Slovenian health care and education systems.

Methods: A combination of quantitative and qualitative methods was employed. A structured questionnaire was used for the first sample; for the second sample, semi-structured interviews were conducted (four focus groups and two individual interviews). The sample in the quantitative analysis consisted of 55.6% (n=266) of the total population of elementary school principals; the qualitative analysis sample included 14 education workers and health care professionals. Quantitative data were analyzed with SPSS software, descriptive statistics was used. Interdependence was analyzed with multiple regression while dependent variable dimensions were obtained with factor analysis. Interviews were analyzed with the open coding method.

Results: The most frequent interventions in schools are the result of acute medical conditions (M=3.48), psychosomatic disorders (M=3.42) and chronic diseases (M=3.22) (1-6 scale). School principals ranked the need for suggested services of school nurses highly, as 11 out of 13 suggestions received a mean value of over 4 (on a 1-5 scale). The most appropriate work location of school nurses is partly in primary health centres and partly in schools (60.2%); the most appropriate employer is the primary health centre (59.4%). Opinions of principals do not differ according to the size of school or participation of a school in the network 'Schools for health'. Principals of schools with a higher number of interventions due to children's injuries expressed a significantly higher need for school nurse services in the school (b=0.208, p<0.014); the same also goes for principals who feel that training teachers to recognize and act upon children's health problems has to be organized by a primary health centre (b=0.270, p<0.000). Qualitative analysis yielded five main categories: children's health problems at school, interventions conducted while children are at school, teachers' ability to recognize and act upon children's health issues, health promotion at school, and the need for health care professionals at schools.

Discussion: Teachers are faced with children's health problems at schools but do not have enough knowledge or competences to take appropriate measures. Health care professionals are aware of the need for changes in providing children's health care, but with the current organizational structure in mind do not see much possibility for school nurses to be permanently introduced into the school setting. Otherwise, that possibility is viewed as reasonable. Further research is needed to place the studied work concept in future plans.

Key words: registered nurse, elementary school, children and adolescents, health problems, health education

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 Šolska medicinska sestra ('school nurse').....	3
2.1.1 Opredelitev poklicnega področja.....	3
2.1.2 Izobraževanje šolskih medicinskih sester	8
2.1.3 Vpetost v sistem šolstva in zdravstvenega varstva	9
2.2 Zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji	13
2.2.1 Ključni javno-zdravstveni problemi mladostnikov.....	15
2.2.1.1 Doživljanje zdravja in duševno zdravje	15
2.2.1.2 Prehranjevalne navade	15
2.2.1.3 Telesna (gibalna) dejavnost	16
2.2.1.4 Alkohol, tobak in druge psihoaktivne snovi	17
2.2.1.5 Spolno vedenje	17
2.2.1.6 Poškodbe	18
2.2.2 Obolevnost otrok in mladostnikov	19
2.2.3 Sistem zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov	22
2.2.4 Promocija zdravja v šoli	25
3 EMPIRIČNI DEL	27
3.1 Opis raziskovalnega problema in cilji raziskovanja	27
3.2 Raziskovalna vprašanja in raziskovalne hipoteze	30
3.3 Raziskovalna metodologija	31
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	31
3.3.2 Opis spremenljivk merskega instrumenta	33
3.3.3 Opis vzorca	37
3.3.4 Postopek zbiranja podatkov in opis obdelave podatkov.....	39
3.4 Rezultati	40
3.4.1 Kvantitativna raziskava	40
3.4.2 Kvalitativna raziskava	52
3.4.2.1 Zdravstvene težave učencev v šoli	53

3.4.2.2	Ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev v času bivanja na šoli	55
3.4.2.3	Usposobljenost šolskega osebja za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev	60
3.4.2.4	Promocija zdravja v šoli	65
3.4.2.5	Delovanje zdravstvenega kadra v šolskem prostoru	69
3.5	Razprava	75
4	ZAKLJUČEK	86
5	LITERATURA	89

6 PRILOGE

6.1 Instrument

6.1.1 Anketni vprašalnik

6.1.2 Vabilo za sodelovanje v fokusni skupini

6.1.1. Vabilo za sodelovanje v individualnem intervjuju

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vrnjeni vprašalniki po zdravstvenih regijah	38
Tabela 2: Pogostost ukrepanja ob zdravstvenih težavah učencev v šoli	41
Tabela 3: Potreba po izvajanju predlaganih nalog šolske medicinske sestre na lokaciji šole	46
Tabela 4: Področja delovanja dipl.m.s. iz šolskega dispanzerja v šolskem prostoru.....	47
Tabela 5: Indikatorji faktorja predlogov izvajanja nalog šolske medicinske sestre na lokaciji šole	49
Tabela 6: Lastne vrednosti, pojasnjena varianca in dobljeno število faktorjev predlogov izvajanja nalog šolske medicinske sestre na lokaciji šole	50
Tabela 7: Rezultati multiple regresijske analize vpliva mnenj ravnateljev na potrebo po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli.....	50
Tabela 8: Rezultati multiple regresijske analize vpliva pogostosti ukrepanja ob zdravstvenih težavah na potrebo po izvajanju nalog šolske medicinske sestre	51
Tabela 9: Rezultati multiple regresijske analize vpliva značilnosti šol na potrebo po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli	52
Tabela 10: Glavne kategorije analize besedila s podkategorijami	53
Tabela 11: Kategorija Zdravstvene težave učencev v šoli s podkategorijami in značilnimi kodami	54
Tabela 12: Kategorija Ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev v času bivanja na šoli s podkategorijami in značilnimi kodami	56
Tabela 13: Kategorija Usposobljenost šolskega osebja za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev s podkategorijami in značilnimi kodami	61
Tabela 14: Kategorija Promocija zdravja v šoli s podkategorijama in značilnimi kodami	66
Tabela 15: Kategorija Delovanje zdravstvenega kadra v šolskem prostoru s podkategorijama in značilnimi kodami	70

KAZALO SLIK

Slika 1: Število šol, vključenih v Slovensko mrežo zdravih šol po zdravstvenih regijah	26
Slika 2: Pogostost postopkov ukrepanja ob zdravstvenih težavah učencev	43
Slika 3: Mnenja glede usposabljanja učiteljev za prepoznavanje in ukrepanje	44
Slika 4: Mnenja glede sodelovanja šole s šolskim dispanzerjem	45
Slika 5: Najprimernejša lokacija delovanja dipl. m. s. iz šolskega dispanzerja	48
Slika 6: Najprimernejši delodajalec dipl. m. s., delujoče na šoli	48

1 UVOD

V razvitih državah se dandanes rojeva vedno manj otrok, hkrati pa se življenjska doba podaljšuje. Prebivalstvo se stara in trend staranja se bo nadaljeval tudi v prihodnje, zato je pomembno, da otrokom zagotovimo zdravo odraščanje in ohranjanje zdravja v pozna leta. V obdobju otroka in mladostnika je učinkovita tako promocija zdravja kot tudi preprečevanje bolezni in zdravstvenih težav. Zdravje v otroštvu določa zdravje preko celega življenja in tudi zdravje naslednje generacije (Koprivnikar, 2008).

Za zagotavljanje najvišje stopnje zdravja prebivalstva vseh starostnih skupin in s tem za podaljševanje zdrave pričakovane življenjske dobe je odgovorna celotna družba. Pri tem je potrebno usklajeno delovanje države, lokalne skupnosti, strokovne javnosti, nevladnih organizacij in posameznikov. Večjo skrb bo treba nameniti programom za posamezne skupine prebivalstva, kot so npr. otroci in mladostniki (ter tudi starejši, ženske, invalidi) (Resolucija, 2008). Za zdravje otrok je odgovorna tako družina kot vrsta institucij: država, zdravstveni, vzgojno-izobraževalni in socialni sistem ter drugi. V okviru omenjenih sistemov je mogoče ustvariti pogoje za zdrav in vsestranski razvoj otrok in mladostnikov (Koprivnikar in Pucelj, 2010). Za ustvarjanje takih pogojev pa je v skrbi za otroka in mladostnika nujno medinstitucionalno sodelovanje in povezovanje. Tudi Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 nalaga, da bo v ukrepe za ohranjanje in krepitev zdravja poleg zdravstvenega dejavno vključenih več resorjev, predvsem pa šolski, socialni, kmetijski, okoljski in prometni (Resolucija, 2008).

Populacija otrok in mladostnikov je praviloma zdrava, vendar so problemi, bolezni in stanja, s katerimi se srečujejo, povsem drugačni od problemov odrasle populacije oziroma se posledice tveganega vedenja pokažejo v kasnejšem življenjskem obdobju (Brcar, 2007). Za otroke in mladostnike so značilni zdravstveni problemi, povezani s posebnostmi rasti, razvoja in načinom življenja, ki vplivajo na njihovo telesno, duševno, duhovno in družbeno zdravje. Danes zaradi napredka medicine na področju diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in tehnike preživi veliko otrok s prirojenimi nepravilnostmi,

hudo zbolelih in kronično bolnih, pri katerih se razvijejo zapleti bolezni, redko pa se končajo s smrtjo. Poleg teh bolezni mlada populacija zboleva tudi za boleznimi sodobnega časa, ki so povezane z nezdravim preživljanjem prostega časa, motnjami prehranjevanja, nezadostno telesno aktivnostjo, rabo in zlorabo drog in drugimi zasvojenostmi, tveganim spolnim vedenjem, zanemarjanjem, trpinčenjem in zlorabami, motnjami duševnega zdravja in dobrega počutja, ki se v težjih oblikah kažejo v slabem učnem uspehu, težavami pri komunikaciji z vrstniki, starši in odraslimi, nizko samopodobo, depresivnostjo, samomorilnostjo (Brcar, 2005; Brcar, 2007). Po podatkih raziskave »Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju HBSC« sicer večina mladih ocenjuje svoje zdravje kot dobro ali odlično, redko navajajo psihosomatske simptome in večina jih je s svojim življenjem zadovoljna. Vendar pa raziskava nadalje ugotavlja, da obstaja manjšina otrok in mladostnikov, ki občuti slabo zdravje, ne spijo, so razdražljivi, nervozni in na splošno nezadovoljni z življenjem, kar nakazuje na heterogenost skupine otrok in mladostnikov, v kateri se že pojavljajo neenakosti (Jeriček, 2007). Te neenakosti so povezane s spolom, starostjo, socio-ekonomskim statusom; kažejo se tudi v drugih študijah (Tomori idr., 1998; cit. po Jeriček, 2007; HBSC, 2002; cit po Jeriček, 2007) in pri odrasli populaciji (Mackenbach, 2006; cit po Jeriček, 2007).

Za otrokovim domom šola predstavlja drugo najpomembnejše okolje v otrokovem življenju. Ker vedno več učencev stopa v šolo z zdravstvenimi težavami ali s težavami s področja duševnega zdravja, se otroški in šolski zdravniki srečujejo z izzivom, kako zagotavljati njihovo oskrbo skozi celoten šolski dan (Council, 2008). V tujini delujejo v šolskem okolju medicinske sestre, ki v najširšem pomenu skrbijo za zdravje šolskih otrok in mladostnikov. Razumevanje vloge šolske medicinske sestre (ang. school nurse) je bistveno za zagotovitev koordinirane zdravstvene oskrbe učencev v šoli.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ŠOLSKA MEDICINSKA SESTRA

2.1.1 Opredelitev poklicnega področja

Angleška besedna zveza »school nurse«, je osrednji izraz v magistrskem delu in tudi predmet proučevanja. School nurse pomeni poklic oz. poklicni profil medicinske sestre znotraj specialne zdravstvene nege, ki se v angleščini imenuje »school nursing«. V slovenščini uradnega prevoda za ta poklic v zdravstveni negi nimamo niti za zg. omenjeno specialno zdravstveno nego, ki pokriva šolske otroke in mladostnike. Zato v celotnem magistrskem delu uporabljamo slovenski besedni zvezi »šolska medicinska sestra« za school nurse ter »šolska zdravstvena nega« za school nursing. Uporaba besedne zveze 'šolska medicinska sestra' skozi celotno besedilo pomeni osebo, ki ima končano najmanj visoko strokovno izobrazbo s področja zdravstvene nege in strokovni naziv diplomirana medicinska sestra (dipl. m. s.) ter pridobljena dodatna podiplomska znanja in veščine na tem specialnem področju.

Royal College of Nursing je, upoštevajoč raznolikost izobraževalnega okolja, različne politike in prakse v vseh štirih deželah Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske, opredelil tri načela šolske zdravstvene nege (Royal College of Nursing, 2008):

- (1) šolska medicinska sestra je diplomirana medicinska sestra z opravljenim strokovnim izpitom (ang.: registered nurse) in uspešno končanim podiplomskim programom; registrirana je kot strokovnjakinja za področje javnega zdravja v skupnosti (ang.: »Specialist Community Public Health Practitioner [school nurse]«);
- (2) šolska zdravstvena nega mora biti celoletna storitev, ki vključuje člane tima različnih izobrazbenih stopenj ter raznolikih znanj in veščin. Člani tima morajo imeti jasno opredeljene vloge in odgovornosti ter opise delovnih mest, ki te vloge podpirajo;
- (3) šolske medicinske sestre so odgovorne za

- promocijo zdravja, dobrega počutja, zaščite za vse šolske otroke in mladostnike (do 19. leta starosti) v vseh okoljih,
- prepoznavanje zdravstvenih potreb posameznikov in skupnosti z uporabo ustreznih orodij za ocenjevanje ter razvijanje programov za zadovoljevanje teh potreb,
- planiranje dela na osnovi lokalnih potreb, dokazov in nacionalnih prioritet, ne na osnovi navad in splošne prakse;
- sodelovanje s partnerji z namenom vplivanja na politiko javnega zdravja tako na strateški kot na lokalni ravni,
- sodelovanje s pedagoškim osebjem in širšim multiinstitucionalnim timom,
- zagotavljanje varne in učinkovite prakse v šolskem zdravstvenem timu, klinični nadzor, management, poučevanje in mentorstvo,
- ohranjanje in krepitev osebnega profesionalnega razvoja v skladu z regulativnimi in strokovnimi telesi,
- uporabo raziskav za zagotavljanje z dokazi podprte prakse z jasnimi izidi ter revizijo in evalvacijo kot sestavnima deloma.

Ameriška nacionalna zveza šolskih medicinskih sester - National Association of School Nurses (NASN) opredeljuje šolsko zdravstveno nego kot specializirano prakso zdravstvene nege, ki pospešuje blaginjo, učni uspeh, vseživljenjski uspeh in zdravje učencev. V ta namen šolska medicinska sestra pospešuje normalen razvoj učencev, promovira zdravje in varnost, vključno z zdravim okoljem, ukrepa ob aktualnih in potencialnih zdravstvenih težavah, skrbi za vodenje primerov (ang. case management) ter aktivno sodeluje z drugimi v razvijanju zmogljivosti učenca in družine za prilagajanje, samovodenje (ang. self-management), samoposredovanje (ang. self-advocacy) in učenje (National Association, 2011). NASN identificira sedem osrednjih vlog, ki jih šolska medicinska sestra izpolnjuje za pospeševanje zdravja in učnega uspeha otrok in mladostnikov. Vloga šolske medicinske sestre vključuje tako zdravstvene kot izobraževalne cilje (Telljohann, Dake in Price, 2004; cit. po Council, 2008; Allen, 2003; cit. po Council, 2008; Guttu, Engelke in Swanson, 2004; cit. po

Council, 2008). Vloge so krovne in so aplikativne za šolske medicinske sestre na vseh nivojih prakse, na vseh geografskih območjih ter za vse uporabnike (NASN, 2002; Council, 2008):

(1) zagotavljanje neposredne oskrbe/nege učencem (poškodbe, akutne bolezni, vodenje kroničnih bolezni in posebnih zdravstvenih stanj; (2) vodenje oskrbe z zdravstvenimi storitvami; (3) izvajanje pregledov (npr. screening vida, sluha, indeksa telesne mase) in ob spremembah zdr. stanja napotitve v zdravstvene domove in druge institucije; (4) promocija zdravega šolskega okolja; (5) promocija zdravja; (6) vodenje zdravstvene politike in programov na šoli; (7) povezovanje med šolskim osebjem, zdravstvenimi strokovnjaki in lokalno skupnostjo.

Vloge in obveznosti šolske medicinske sestre vključujejo torej mrežo aktivnosti, ki pomembno prispevajo k razvoju in blagostanju šolskih otrok in mladostnikov, kar v svojem članku dokazujeta Krause Parello in Samms (2010). Podobno navaja tudi ameriška avtorica, da je šolska medicinska sestra v funkciji številnih vlog, zlasti zagotavlja storitve primarnega zdravstvenega varstva, vključuje se v šolski tim in izvaja izobraževanje za zdravje/zdravstveno vzgojo; pogosto pa se zavzema za učenca pri postopkih s starši, učitelji ali zdravstvenimi delavci (Foley, 2007). Študije so potrdile, da šolska medicinska sestra dejansko izvaja vrsto dnevnih aktivnosti v šolskem okolju, ki vključuje oskrbovanje z zdravili, izvajanje negovalnih intervencij, opravljanje presejalnih pregledov, zagotavljanje z zdravjem povezanih napotitev (Krause Parello in Samms, 2009).

Aktivnosti šolske medicinske sestre se na posameznih šolah razlikujejo. Ameriška akademija za pediatrijo - American Academy of Pediatrics (AAP) izpostavlja štiri minimalne zdravstvene storitve, ki bi jih šola v okviru šolske zdravstvene nege morala zagotavljati (Council, 2008): (1) ocenjevanje kroničnih bolezni, oskrba z zdravili, nega in skrb za učence s posebnimi zdravstvenimi potrebami; (2) zagotovitev sistema v primeru izrednih razmer in nujnih stanj; (3) pooblastilo za izvajanje zdravstvenih presejalnih programov, cepljenj in poročanje o nalezljivih boleznih; (4) identifikacija in

vodenje kroničnih bolnikov. Šolske medicinske sestre imajo ključno pozicijo za zagovorništvo z družinami, učitelji in drugimi zdravstvenimi delavci z namenom doseganja najbolj optimalnih izidov za učenca (Foley, 2007). Funkcija šolske medicinske sestre se odraža v številnih vlogah, zlasti v zagotavljanju primarnih zdravstvenih storitev, članstvu šolskega tima ter izvajanju izobraževanja o zdravju. Šolske medicinske sestre pogosto zagovarjajo otroka, ko sodelujejo s starši, učitelji in drugimi zdravstvenimi delavci, kar je razvidno tudi iz literature (NASN, 2002; cit po Foley, 2007; Selekmán in Guolday, 2003; cit po Foley, 2007).

Ameriški avtorici v svojih raziskavah ugotavljata, da se je v ZDA povečalo število učencev s kroničnimi stanji (astma, diabetes, epilepsija), vključenih v redne programe, skladno s tem pa se spreminjajo tudi vloga in obveznosti šolske medicinske sestre, da bi zadovoljila naraščajoče potrebe in zdravstvene zahteve otrok skozi šolski dan (Krause Parello in Samms, 2010; Krause Parello in Samms, 2009). V ZDA od 53 milijonov otrok, vključenih v javne šole, več kot 20 milijonov trpi za kronično boleznijo (American Federation of Teachers Healthcare, b.l.; cit. po Krause Parello in Samms, 2010). Drugi avtorji dodajajo, da je obseg delokroga šolske medicinske sestre odvisen od števila šol, ki jih ena medicinska sestra pokriva, od deleža časa, ki ga porabi za otroke s kroničnimi boleznimi, ter od vrste delodajalca (ali je to šolski sektor ali zdravstveni) (Kruger, Toker, Radjenovic, ComenauX in Macha, 2009).

Raziskovalci in strokovnjaki v več člankih opisujejo pomembnost vloge šolske medicinske sestre pri izobraževanju za zdravo in varno spolnost mladostnikov in izboljševanju reproduktivnega zdravja (Hayter, Piercy, Massey in Gregory, 2008; Westwood in Mullan, 2009; Strunk, 2008; Schmiedl, 2004; Fantasia, 2008). Šolska medicinska sestra ima tudi odgovornost pri skrbi za učence s kroničnimi obolenji. Njena vloga pri zdravljenju sladkornih bolnikov je koordinacija oskrbe učenca diabetika, izobraževanje šolskega osebja, zagovorništvo za učenca znotraj šole in izven nje ter spremljanje načrta zdravljenja diabetika (Silverstein, Jackson, Bobo, Kaufman, Butler in Marschilok, 2009). Pomembno vlogo ima tudi pri zdravstveni oskrbi učencev z drugimi

kroničnimi stanji, kot so astma in alergije (Krause Parello in Samms, 2010; Kruger idr., 2009), debelost (Stewart, 2008), slabo duševno zdravje (Puskar in Barnardo, 2007), sindrom ADHD-hiperaktivnost (Kruger idr., 2009; Krause Parello in Samms, 2010) in tudi anemija srpastih celic, depresija, epilepsija, cerebralna paraliza (Krause Parello in Samms, 2009). Med vsemi kroničnimi obolenji, navajata ameriški avtorici v raziskavi, šolske medicinske sestre prepoznavajo alergijo kot najbolj pogosto kronično stanje med učenci (Krause Parello in Samms, 2009). Študija med šolskimi medicinskimi sestrami v ameriški zvezni državi New Jersey je pokazala, da izvedejo največ naslednjih medicinsko-tehničnih oz. zdravstveno-negovalnih intervencij: prva pomoč, inhalacije z inhalacijskim aparatom, inhalacije z razpršilcem, oskrba rane, merjenje krvnega sladkorja, terapija z inzulinom, urinska kateterizacija, hranjenje preko gastro stome, fizioterapija prsnega koša (Krause Parello in Samms, 2009). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi drugi raziskovalci (Kruger idr., 2009).

Šolska medicinska sestra ima vlogo tudi pri zagotavljanju zdravstvenih storitev za otroke s posebnimi zdravstvenimi potrebami, vključno s kroničnimi bolniki in invalidi različnih stopenj (Committee, 2001). Otroci s posebnimi zdravstvenimi potrebami (kronične bolezni, zdravstveno-vedenjske težave) imajo večje tveganje za slab učni uspeh, zato je bistveno, da zdravstveni in šolski strokovnjaki sodelujejo z namenom zgodnjega odkrivanja takih otrok in ustrezno intervenirajo z zdravstvenimi in izobraževalnimi storitvami ter tudi spremljajo dolgoročne učinke (Forrest, Bevans, Riley, Crepsio in Louis, 2011).

Podobno avstralski avtorji v svoji raziskavi ugotavljajo, da šolske medicinske sestre identificirajo kot najpomembnejše svoje vloge podpora učencem, napotitve, marketing in promocijo zdravja (Barnes, Courtney, Pratt in Walsh, 2004): podpora vidijo predvsem v tem, da pri učencih spodbujajo zdrave odločitve glede zdravja; vloga napotitev pomeni, da učence usmerjajo v vladne ali nevladne zdravstvene ustanove v nadaljnje obravnave, so mediatorji med učenci in starši; marketing pomeni promocijo vloge šolske medicinske sestre in spodbujanje učencev k uporabi storitev, ki jih ponuja;

vloga promocije zdravja pa zajema izobraževanje s področja zdravja za celotno šolsko skupnost skozi posvetovanja, predavanja in druge promocijske aktivnosti.

Tudi švedski avtor opisuje podobne glavne naloge šolske medicinske sestre v okviru primarnega zdravstvenega varstva, in sicer promocijo zdravja, preventivne preglede, cepljenje, svetovanje in delo z otroki s posebnimi potrebami ter tudi podporo in pomoč pedagoškimi delavcem pri izvajanju vsebin zdravja v okviru kurikulumu (Bremberg, 2009; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010).

2.1.2 Izobraževanje šolskih medicinskih sester

V Veliki Britaniji imajo šolske medicinske sestre visoko strokovno oz. univerzitetno izobrazbo, opravljen strokovni izpit ter dodatno specializacijo s področja javnega zdravja in so registrirane kot šolske medicinske sestre pri zbornici zdravstvene in babiške nege kot »School Nursing/Specialist Community Public Health Practitioner« (Royal College of Nursing, 2008; National Health, 2011). Medicinske sestre, ki delujejo na šolah in nimajo zahtevanih kvalifikacij, so zaposlene običajno pod drugimi nazivi kot npr. »zdravstveni svetovalec mladim« (ang. young person's health adviser) ali »šolska zdravstvena sestra« (ang. school health nurse) (National Health, 2011). Britanska nacionalna služba za zaposlovanje v zdravstvu (National Health Service Careers) priporoča za zaposlitev v šolski zdravstveni negi poleg formalnih kvalifikacij tudi znanje s področja promocije zdravja, zaščite otrok, družinskega planiranja, izobraževanja, presejanj, ugotavljanja zdravstvenih potreb otroka in mladostnika ter tudi izkušnje z delom z otroki, razvijanjem promocijskih programov, delovanjem v lokalni skupnosti in dodatno priporoča, naj ima šolska medicinska sestra odlične komunikacijske sposobnosti in sposobnost nepristranskosti (National Health, 2011).

V Združenih državah Amerike imajo šolske medicinske sestre raznolika izobrazbena ozadja, ki variirajo od višjih strokovnih šol (ang. associate degree) do magistrske in doktorske stopnje (Denehy, 2007). V nekaterih državah so kot šolske medicinske sestre zaposlene »Licensed practical nurse«, ki ustrezajo slovenskim tehnikom zdravstvene

nege. Strokovnjaki opozarjajo, da zaradi povečanja vključenosti šolskih otrok s kroničnimi obolenji (kot so diabetes, astma, alergije, depresija, cerebralna paraliza, ADHD) v redne šolske programe šolske medicinske sestre potrebujejo strokovno znanje in izkušnje iz široke javnozdravstvene in biomedicinske prakse (Krause Parello in Samms, 2009); od šolske medicinske sestre se pričakuje, da bo prepoznala bolezen, da bo izvajala svetovanja glede zdravja, da bo zaznala potencialne zdravstvene težave ter da bo izvajala zdravstvene storitve v času bivanja otroka v šoli (NASN in ANA, 2005; cit. po Krause Parello in Samms, 2009). Poleg tega šolske medicinske sestre potrebujejo tudi izobraževanja iz metodik poučevanja (Westwood in Mullan, 2006).

Na Švedskem kompetence šolskih medicinskih sester temeljijo na izobraževanju iz pediatrične ali patronažne zdravstvene nege (Morberg, Lagerstrom in Dellvile, 2008). Na Švedskem večino preventivnega dela pri šolajočih se otrocih in mladostnikih opravi posebej usposobljena medicinska sestra (tri leta doizobraževanja s področja javnega zdravja) (Bremberg, 2009; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010).

2.1.3 Vpetost v sistem šolstva in zdravstvenega varstva

Šolska medicinska sestra ima ključno vlogo pri nemotenem zagotavljanju celostnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov (Committee, 2001; Council, 2008). Ameriški, britanski in drugi raziskovalci ugotavljajo, da vloge in odgovornosti šolske medicinske sestre pomembno vplivajo na celotno zdravje učencev, blagostanje in učni uspeh (Krause Parello in Samms, 2009; Maenpaa in Astedt Kurki, 2008; Maughan, 2009; Keehner Engelke, Guttu, Warren in Swanson, 2008; Weber, 2006; Council, 2008; Committee, 2001).

V Veliki Britaniji je šolska medicinska sestra lahko zaposlena tako pri lokalnem zdravstvenem organu kot v primarnem zdravstvenem varstvu, lokalni skupnosti ali neposredno na šoli (National Health, 2011). Običajno so šolske medicinske sestre zaposlene v primarnem zdravstvenem varstvu in so uporabnikom lahko dostopne neposredno, brez napotitve zdravnika. Delujejo pa v šolah, kjer izvajajo cepljenje,

promocijo zdravja in druge preventivne aktivnosti. Na posameznem področju pokrivajo več osnovnih in srednjih šol. Večinoma praksa poteka tako, da šolske medicinske sestre same kontaktirajo z otrokovim zdravnikom, kadar je to potrebno, ta pa lahko otroka napoti v nadaljnjo obravnavo (Jezernik, 2011).

Medicinske sestre so v Združenih državah Amerike del šolskega sistema že od konca 19. stoletja, ko so učencem zagotavljale obravnavo zaradi nalezljivih bolezni (Nurses, 2011). Organizirano delovanje šolske zdravstvene nege se je pričelo leta 1902, ko je bila ključna vloga šolske medicinske sestre s svojimi aktivnostmi zmanjšati absentizem zaradi nalezljivih bolezni (NASN, 2002). Ker se je kasneje razširila uporaba antibiotikov in cepljenj, ki preprečujejo najbolj pogoste otroške bolezni, se je vloga šolskih medicinskih sester do danes spremenila. Učenci s kroničnimi boleznimi, težavami v duševnem zdravju ter učenci s tveganim vedenjem zahtevajo od šolske medicinske sestre znanje ne le s področja javnega zdravja, ampak tudi iz pediatrične in psihiatrične zdravstvene nege. Potreba po storitvah zdravstvene nege v šolskem okolju je najbolj narasla po letu 1975, ko je bilo uzakonjeno vključevanje otrok s fizičnimi in duševnimi ovirami v splošno populacijo, ter po letu 1999, ko so z zakonom naložili šolam zagotavljanje šolske zdravstvene nege. Danes šolska medicinska sestra kot zdravstveni strokovnjak skrbi za celotno šolsko skupnost, obseg njenih nalog pa vključuje tudi ugotavljanje zdravstveno-negovalnih potreb učencev v posebnih izobraževalnih programih, izvajanje zdravstveno-negovalnih storitev, med drugimi tudi hranjenje po nazogastrični sondi, urinsko kateterizacijo, nego traheostome ipd. (Nurses, 2011).

Ameriška akademija za pediatrijo - American Academy of Pediatrics priporoča na vsaki šoli zaposlitev ene šolske medicinske sestre oz. vsaj ene na 750 učencev, z možnostjo odstopanj glede na lokalno skupnost in populacijo učencev; za šole z visokim deležem učencev s posebnimi zdravstvenimi potrebami pa priporoča celo manjše razmerje med šolsko medicinsko sestro in učenci, in sicer 1: 225 oz. 1: 125 pri učencih s kompleksnejšimi zdravstvenimi potrebami (National Association, 2010).

Tudi na Švedskem, kjer imajo šolske medicinske sestre na šolah dolgoletno tradicijo, se je fokus šolskega zdravstvenega varstva preusmeril od preprečevanja bolezni k promociji zdravja. Strokovnjaki ugotavljajo, da so se v zadnjih desetletjih povečale potrebe na psihološkem in psihosocialnem področju (Danielsson, 2003; Bremberg, 2004; Swedish National Board of Health and Welfare, 2004; vse cit. po Morberg, Lagerstrom in Dellve, 2008). Občine so odgovorne za zagotavljanje šolskega zdravstvenega varstva, za katerega je zadolžen vodja dejavnosti; v praksi se kaže, da je vodja dejavnosti lahko občinski referent, ravnatelj, šolski zdravnik ali odgovorna šolska medicinska sestra (Morberg, Lagerstrom in Dellve, 2008). Ravnatelj je na Švedskem vodilni pri pomembni nalogi zagotavljanja zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov na lokalni šoli. Šolske medicinske sestre so večinoma zaposlene na šolah, ravnatelj pa je njihov prvi vodja.

Na različnih območjih Švedske ima glavna medicinska sestra v šolski zdravstveni negi odgovornost za šolsko zdravstveno varstvo v svojem opredeljenem območju (Morrberg, Dellve, Karlson in Lagerstorm, 2006; cit. po Morberg, Lagerstrom in Dellvile, 2008), podobno je urejeno tudi v drugih nordijskih deželah in Veliki Britaniji, vendar pa je v številnih drugih evropskih državah šolska medicinska sestra slabše izobrazena in le v vlogi zdravnikove pomočnice (Bremberg, 2004; cit. po Morberg, Lagerstrom in Dellve, 2008).

Vloga in odgovornost medicinskih sester na področju primarnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov se torej od države do države razlikuje. Avtorici Koprivnikar in Pucelj (2010), ki sta primerjali različne sisteme med seboj, sta bili usmerjeni sicer bolj v izvajanje in zagotavljanje vzgoje za zdravje, ki jo izvaja delavec iz primarnega zdravstvenega varstva, a njune ugotovitve prikazujejo raznolikost vlog medicinskih sester. Že pri skrbi za predšolske otroke je razvidno, da v razvitih deželah (razen v ZDA) preventivne storitve izvajajo splošni zdravniki in t.i. medicinske sestre s področja javnega zdravja, pediatri pa delujejo zgolj v bolnišnici kot specialisti. Ponekod te storitve izvajajo le medicinske sestre (»javno zdravstvene medicinske sestre«), na

Švedskem in v Veliki Britaniji imajo interdisciplinarne time, v Avstraliji pa celotno t.i. »well-child care« izvajajo medicinske sestre, pediatri izvajajo le del razvojnih skriningov pri izbranih otrocih, ki jih izberejo medicinske sestre ali splošni zdravniki. Tudi v Franciji in na Nizozemskem imajo vzpostavljen sistem z ločenimi nalogami in odgovornostmi za zdravnike in medicinske sestre. V Nemčiji izvajajo te storitve splošni zdravniki in pediatri, v Kanadi pa splošni zdravniki (Kuo, Inkelas, Lotstein, Samson, Schor in Halfon, 2006; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010). Najpogosteje so prvi kontakt medicinske sestre, ki izvajajo starosti primerno svetovanje iz vsebin promocije zdravja, odgovarjajo na vprašanja staršev glede otrokovega razvoja in drugih preventivnih tematik (Koprivnikar in Pucelj, 2010). Za šolske otroke in mladostnike pa v mnogih zahodnih državah, vključno z ZDA, skrbijo šolske medicinske sestre. V ZDA naj bi na priporočila American Academy of Pediatrics šole nudile zdravstvene storitve kot so cepljenja, skriningi, poročanje o nalezljivih boleznih, oceno in zdravljenje zdravstvenih problemov ter urgentnih stanj ter delo s posamezniki s posebnimi potrebami – pri vodenju in izvajanju omenjenih storitev pa ima glavno vlogo šolska medicinska sestra (Council, 2008). Glede na definicijo vloge šolske zdravstvene nege, pa je delovanje šolske medicinske sestre mnogo širše in zajema tudi vzgojo za zdravje (NASN, 2002). Na Finskem za šolske otroke in mladostnike skrbita splošni zdravnik in javno zdravstvena medicinska sestra, storitve pregleda v devetletnih osnovnih šolah opravita vsaj trikrat, medicinska sestra pa ima s šolarji čez leto več kontaktov, v okviru česar sta promocija zdravja in svetovanje prioritetni področji. Zdravstveni delavci na Finskem sodelujejo tudi pri pripravi šolskega kurikulima, s čimer zagotovijo, da šolsko okolje promovira zdravje (Ministry of Social Affairs and Health, 2009; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010). V Veliki Britaniji šolo prepoznavajo kot ključno okolje za multidisciplinarni pristop k zdravju otrok in mladostnikov, s tem pa je povezan velik poudarek na vlogi šolske medicinske sestre, ki jo dojemajo kot ključno za premoščanje vrzeli med zdravstvenim in izobraževalnim sektorjem. Medicinske sestre v šolah predstavljajo pomemben način izvajanja storitev za zdravje šolskih otrok na vseh aktualnih področjih. Njihova vloga se je v zadnjih letih močno spremenila, danes nudijo šolam strokovno znanje, zaupno svetovanje o zdravju za otroke in mladostnike, nadzor

nad zdravjem šolske populacije in delo s šolskim timom z namenom oblikovanja okolja, ki promovira zdravje (Department for Children, Schools and Families 2009; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010). Tudi na Danskem je šolska zdravstvena služba locirana na šolah; šolska medicinska sestra vabi šolarje na redne posvete glede na njihove potrebe v zvezi z zdravjem, jih poučuje in informira o zdravju ter opravlja določene skrininge (merjenje telesne teže, višine, pregled oči, sluha ipd.) (Borup, 2009; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010).

2.2 ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV V SLOVENIJI

Prebivalci Slovenije pripadamo populaciji, ki se stara. Število otrok je leta 2011 v primerjavi z letom 1990 nižje za 43 %, število starejših od 65 let pa višje za 60 % (Statistični urad RS, 2011). V šolskem letu 2010/11 je bilo v Sloveniji v redne programe vključenih 159.500 učencev v 450 osnovnih šolah in nekaj več kot 1.500 otrok v 28 osnovnih šolah s prilagojenim programom (Statistični urad RS, 2011; Ministrstvo za šolstvo, 2011).

V evropski regiji imajo danes otroci boljše zdravje in razvojne možnosti kot kadarkoli prej. Območje EUR-A, kamor sodi Slovenija, ima pri otrocih nižjo umrljivost in breme bolezni zaradi respiratornih in infekcijskih bolezni v primerjavi z drugimi območji, vendar pa ima sorazmerno več nenalezljivih kroničnih bolezni, ki izvirajo iz kompleksnega prepletanja genetskih, vedenjskih in okoljskih dejavnikov, to so astma, alergije, diabetes, debelost in nevropsihiatrične motnje (The health of children, 2003; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010). Slika zdravja otrok se v zadnjih desetletjih hitro spreminja (prav tam), zdravje otrok in mladostnikov pa je vedno bolj ogroženo zaradi dejavnikov družbe, okolja in skupnosti (Satcher, Kaczorowski in Topa, 2005).

Mladostniki iz družin z nizkim socioekonomskim statusom (v primerjavi z mladostniki z visokim socioekonomskim statusom) pogosteje slabše ocenjujejo svoje zdravje, so manj zadovoljni s svojim življenjem, manj pogosto uživajo sadje vsak dan, so manj pogosto telesno aktivni, se pogosteje ocenjujejo kot predebeli, si manj pogosto umivajo

zobe in so se manjkrajkrat poškodovali v zadnjih 12 mesecih (Jeriček Klanšček, Gabrijelčič Blenkuš in Zupanič, 2012). Podobne razlike glede na socioekonomski položaj se kažejo tudi v drugih državah. V večini držav, vključenih v mednarodno raziskavo HBSC, je tako kot pri nas nižji socioekonomski status družine mladostnika povezan s slabšo samooceno zdravja, nižjo stopnjo uživanja sadja in manj rednim umivanjem zob, le v manjšini držav pa obstaja statistično značilna povezava med socioekonomskim statusom in prepoznavanjem sebe kot debelega; v manj kot polovici držav so raziskovalci ugotovili statistično povezanost nizkega socioekonomskega položaja in manjšo pogostostjo zmerne do močne fizične aktivnosti (WHO, 2008; cit. po Jeriček Klanšček, Gabrijelčič Blenkuš in Zupanič, 2012). V evropskih državah iz skupine EU-15 se ocenjuje, da je okoli 30-50 % vseh smrti in zdravstvenih težav pri otrocih povezanih s socioekonomskim položajem staršev, socialne razlike pa so večinoma večje znotraj posameznih držav kot med državami (WHO, 2005; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010).

Za otroke in mladostnike do 19. leta starosti so značilni zdravstveni problemi, povezani s posebnostmi rasti in razvoja ter načinom življenja, kar vpliva na njihovo telesno, duševno in družbeno zdravje (Bracar, 2005). V Sloveniji so bile v letih 2005-2007 vodilni vzrok smrti med otroki, starimi od 7 do 14 let, poškodbe (slabih 40 %), sledijo prirojene anomalije, novotvorbe in bolezni živčevja, pri mladostnikih od 15. do 19. leta starosti pa poškodbe (več kot 70 % vseh smrti), sledijo novotvorbe in bolezni živčevja (Rok Simon idr., 2010)

V adolescenci je povečana možnost tveganih vedenj, to pa so vsi poizkusi, občasna vedenja, vzorci, dejanja, ki predstavljajo tveganje za posameznika in/ali okolje. Tveganja lahko vplivajo na mladostnikovo zdravje tako, da ogrozijo mladostnikovo zdravje ali življenje bodisi zaradi vključevanja škodljivih navad v življenjski slog bodisi zaradi stopnjevanja konfliktov z okoljem, delikventnega obnašanja in ogrožanja drugih, kar lahko vodi do prekinitve šolanja in do prezgodnjega prevzemanja vloge odraslih. Med omenjena tvegana vedenja sodijo prekomerno uživanje alkohola, tvegano spolno življenje, mladostniška nosečnost, tvegane igre, visoko rizični športi, pomanjkanje

gibanja, uživanje tobaka, alkohola in nelegalnih drog, neustrezne prehranjevalne navade, nasilništvo in drugo (Koprivnikar in Pucelj, 2010).

2.2.1 Ključni javno-zdravstveni problemi mladostnikov

2.2.1.1 Doživljanje zdravja in duševno zdravje

Raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC) 2002, 2006 in 2010 so pokazale, da so dekleta bolj kritična do svojega zdravja in se ocenjujejo kot manj zdrava in so manj zadovoljna z življenjem ter pogosteje zaznavajo psihosomatske težave (Jeriček in Pucelj, 2008; Jeriček Klanšček, 2011). Podobno avtorji zaznavajo v mednarodni raziskavi HBSC, kjer poročajo, da dekleta in starejši mladostniki slabše ocenjujejo svoje zdravje; Slovenija je v primerjavi z drugimi državami v boljšem položaju, saj se po deležu mladih, ki svoje zdravje ocenjujejo kot slabo, pri obeh spolih in pri vseh starostnih skupinah uvršča pod povprečje HBSC držav (WHO, 2008). Raziskava med slovenskimi srednješolci je pokazala, da je klinično pomembna stopnja depresivnosti ugotovljena pri 21 % fantov in 14% deklet, starih od 14 do 19 let, poleg depresivne simptomatike izstopajo tudi težave s samopodobo in nizko samospoštovanje, ki je bolj kot depresija izstopajoč dejavnik za samomorilno tveganje pri mladostnikih - kar 7 % fantov in 14 % deklet je poročalo, da so že poskušali narediti samomor. V Sloveniji pa je samomor drugi najpogostejši vzrok smrti pri otrocih in mladostnikih (Rok Simon idr., 2010).

2.2.1.2 Prehranjevalne navade

Nezdrave prehranjevalne navade so izrazite prav pri otrocih in mladostnikih. Glede na priporočila uživajo premalo zelenjave in sadja ter rib, dekleta pa tudi premalo mleka, mlečnih izdelkov in mesa. Prepogosto posegajo po energijsko gostih jedeh, sladkih in slanih prigrizkih ter sladkanih pijačah. To so tudi najpogosteje oglaševane skupine živil, ki vplivajo na prehransko vedenje. Zaužijejo manjše število dnevni obrokov od priporočenega, prehranjujejo se neredno, predvsem opuščajo zajtrk. (povz. po Rok Simon idr., 2010). V primerjavi z evropskimi in severno ameriškimi državami se Slovenija po uživanju zajtrka 11, 13 in 15-letnikov uvršča na rep lestvice, saj vsak dan

zajtrk uživa le polovica 11-letnikov ter manj kot polovica starejših mladostnikov. V nekoliko boljšem položaju je Slovenija po vsakodnevnem uživanju sadja, saj se pri obeh spolih in pri vseh starostnih skupinah uvršča nad povprečje držav HBSC (WHO, 2008). Rezultati raziskave Inštituta za varovanje zdravja kažejo, da največ učencev na šoli (97,5 %) uživa dopoldansko malico, najmanj pa zajtrk (3,5 %), kosilo pa v povprečju na šolah uživa le 53 % učencev. Z raziskavo ugotavljajo, da šole pri načrtovanju jedilnikov najmanj sledijo delu priporočil, ki se nanaša na vključevanje odsvetovanih živil, in delu, ki se nanaša na izbiro živil (Gregorič, Gabrijelčič Blenkuš, Klančar in Fajdiga Turk, 2011).

2.2.1.3 Telesna (gibalna) dejavnost¹

Podatki raziskave HBSC Slovenija 2006 kažejo, da priporočila o enourni dnevni telesni dejavnosti vsaj pet dni na teden dosega le slabih 40 % otrok in mladostnikov, starih 11, 13 in 15 let, hkrati pa se povečuje sedeč način življenja (Scagnetti, 2007). Delež otrok in mladostnikov, ki sledijo priporočilom o dnevnem gibanju, se je v letih 2002-2006 znižal s 45 % na 40 % (Rok Simon idr., 2010). Podobno kažejo podatki raziskave, ki je bila v šolskem letu 2006/07 izvedena na vzorcu 1783 slovenskih učencev, ki so obiskovali 4. in 5. razred osemletke oz. 4. in 6. razred devetletke, da je 45,84 % otrok vsak dan v prostem času telesno dejavnih, 24,24 % od dva do trikrat na teden, neredno telesno dejavnih pa je 29,92 % otrok (Zurc, 2008). Raziskava HBSC 2010 celo ugotavlja, da je vse dni v tednu 60 minut na dan telesno dejavnih le 20,3% mladostnikov v starosti 11-15 let (Drev, 2011). Podobno je v drugih državah Evrope in severne Amerike, saj je v skoraj vseh sodelujočih državah v raziskavi HBSC manj kot polovica mladih telesno dejavnih v skladu s priporočili. V vseh državah in vseh starostnih skupinah (11, 13 in 15 let) so dekleta manj dejavna od fantov in ta vrzel s starostjo narašča (WHO, 2008). Zdravstveni podatki kažejo, da pri otrocih in mladostnikih naraščajo ključni zdravstveni problemi, ki so povezani tudi s telesno (ne)dejavnostjo, zlasti prekomerna telesna teža

¹ Uporaba termina je usklajena z dokumentom Strategija Vlade RS na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012, ki je dostopen na spletni strani Ministrstva za zdravje: http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/dokumenti_strategije_resolucije/. Zaradi omejenega obsega magistrskega dela v celotnem besedilu uporabljamo termin *telesna dejavnost*, brez navedbe *gibalna* v oklepajih.

in debelost, obolenja kostno-mišičnega sistema, težave na področju duševnega zdravja ter akutna obolenja dihal in astma (Gabrijelčič, Drev, Rok Simon, Kofol Bric in Jeriček, 2009; cit. po Drev, Bevc Stankovič, Kuštrin Pocrnič, Karpljuk in Gabrijelčič Blenkuš, 2010).

2.2.1.4 Alkohol, tobak in druge psihoaktivne snovi

Raziskovalci (Rok Simon idr., 2010) navajajo, da je v Sloveniji alkohol že pilo 85 % 15-letnikov, dve tretjini 13-letnikov in dobrih 40 % 11-letnikov. Z alkoholnimi pijačami se mladostniki v povprečju srečajo pri 13. letu, redno pa jih uživa 28 % 15-letnikov. Večji delež mladostnikov, ki se opijajo oz. redno pijejo alkoholne pijače, je med fanti, med učenci s slabšim šolskim uspehom in med mladostniki, ki obiskujejo srednjo šolo z manj zahtevnim programom, med mladimi, ki imajo enega ali oba starša nezaposlena, ki imajo večje število prijateljev in med tistimi iz rekonstruiranih družin (Kovše in Hočevar, 2011). Slovenski petnajstletniki so bili leta 2006 ob prvem kajenju cigaret v povprečju stari 13 let, redno jih je kadilo 18 % (Rok Simon idr., 2010). Z raziskavo HBSC 2010 so ugotovili, da je v življenju poskusilo kaditi 29,2% mladostnikov, starih 11-15 let, in da delež s starostjo značilno narašča pri obeh spolih. Kadilske navade mladostnikov se razlikujejo glede na starost, spol in socioekonomski položaj, se pa s starostjo učinek socioekonomskega položaja zmanjšuje (Koprivnikar, 2011). Za alkoholom in tobakom pa je marihuana naslednja psihoaktivna snov, ki jo mladostniki najpogosteje uživajo. Leta 2010 je 23,2 % petnajstletnikov poročalo, da je že kadilo marihuano, statistično značilno več fantov kot deklet (Scagnetti, 2011). Še leta 2006 je bil delež nižji, saj je 14 % deklet in 21 % fantov poročalo, da so že kadili marihuano, kar Slovenijo v primerjavi s preostalimi 41 državami pri dekletih uvršča nekoliko pod povprečje, fante pa v povprečje HBSC držav (WHO, 2008).

2.2.1.5 Spolno vedenje

Spolnost je področje, ki ima pri mladih velik pomen za samopodobo in samospoštovanje ter za oblikovanje medosebnih odnosov. Zato so tvegana vedenja v povezavi s spolnostjo lahko dolgoročna in odločilna za celotno poznejše življenje

posameznika in niso vezana le na neželjeno oz. prezgodnjo nosečnost oz. spolno prenosljive okužbe. Mladi danes vstopajo v partnerske zveze v povprečju mlajši in tudi prej kot nekoč pričenjajo s spolno aktivnostjo (Rok Simon idr., 2010). V Sloveniji ima spolne odnose polovica mladih že do 17. leta starosti, leta 1995 pa je bila srednja starost ob prvem spolnem odnosu, ko ima polovica srednješolcev že spolne odnose, še 18,5 let (Pinter, 2005; cit. po Bajt in Gorenc, 2007; Rok Simon idr., 2010). Raziskave ugotavljajo, da se v zadnjih letih oz. desetletjih večja delež spolno dejavnih mladostnikov, nižja starost ob prvih spolnih izkušnjah, krajša obdobje med začetkom drugih oblik spolnega vedenja in spolnim odnosom, poveča podobnost vzorcev spolnega vedenja pri dekletih in fantih (Tomori, 2007; Pinter, 2005; cit. po Bajt in Gorenc, 2007; Bajt in Gorenc, 2007). Leta 2010 je o tem, da so že imeli spolne odnose, poročalo 28,5 % petnajstletnikov, značilno več fantov (32,4 %) kot deklet (24,8 %) (Drglin, Mihevc Ponikvar in Zupančič, 2011); še leta 2006 pa je o tem poročalo 30 % fantov in 17 % deklet, kar je Slovenijo takrat uvrščalo pri dekletih pod (24 %) in pri fantih v povprečje (30 %) držav HBSC (WHO, 2008). Raziskava HBSC 2010 ugotavlja, da je več spolno aktivnih petnajstletnikov med tistimi, ki obiskujejo manj zahtevne šolske programe. Raziskovalci predstavljajo, da obstaja povezava bolj tvegane vedenja mladostnikov z različnimi dejavniki njihovega socio-ekonomskega položaja, saj je vloga družine (socioekonomski položaj, odnosi, vrednostni sistem) pomembna pri spodbujanju rabe zanesljive kontracepcije in zaščite pred spolno prenosljivimi okužbami (Drglin, Mihevc Ponikvar in Zupančič, 2011).

2.2.1.6 Poškodbe

Poškodbe so velika grožnja za zdravje ljudi v vseh državah sveta. V Sloveniji so poškodbe in zastrupitve glavni vzrok umrljivosti otrok, starejših od enega leta, ter mladostnikov, saj predstavljajo 25 % do 69 % njihove skupne umrljivosti (Rok Simon, 2007b). Zaradi prometnih nezgod z motornimi vozili je v obdobju 2005-2007 umrlo 27 otrok in mladostnikov letno; v zadnjem desetletju stopnja umrljivosti otrok in mladostnikov v prometu počasi pada, a je še vedno 1,5 krat višja kot jo imajo najvarnejše evropske države (Rok Simon idr., 2010). Mladostniki so med najbolj

ogroženimi skupinami v prometu, saj v avtomobilu umirajo 10-krat pogosteje kot starejši šolski otroci (Rok Simon idr., 2010). Rezultati raziskave HBSC 2006 kažejo, da se je med anketiranimi v preteklih 12 mesecih poškodovalo skoraj 38 % mladih, kar Slovenijo v primerjavi z evropskimi in severno ameriškimi državami pri vseh treh skupinah mladostnikov uvršča pod povprečje HBSC držav (WHO, 2008); sklada pa se s podatkom, da v Sloveniji zaradi poškodb in zastrupitev išče zdravniško pomoč v osnovni zdravstveni dejavnosti in bolnišnicah vsak tretji šolski otrok in mladostnik (Rok Simon, 2007a).

2.2.2 Obolevnost otrok in mladostnikov

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS otroci in mladostniki iščejo zdravniško pomoč pri izbranem zdravniku povprečno trikrat letno, najpogosteje zaradi boleznih dihal, nalezljivih boleznih ter poškodb in zastrupitev. Pri zdravniku specialistu so obravnavani predvsem zaradi kroničnih boleznih kože, dihal in boleznih oči, mladostniki pa tudi zaradi mišično-kostnih boleznih. Pomemben del akutne obolevnosti otrok in mladostnikov predstavljajo bolezni dihal, ki so najpogostejši vzrok za obisk pri izbranem zdravniku in glavni vzrok za zdravljenje v bolnišnici. Od kroničnih boleznih so v ospredju in porastu alergijske bolezni, predvsem astma, alergijski dermatitis in alergijski nahod. V porastu je tudi sladkorna bolezen tipa 1. Zaradi slabih prehranjevalnih navad in nezadostne telesne dejavnosti se otroci in mladostniki že srečujejo s težavami uravnavanja primerne telesne teže in z boleznimi gibal. Vse več je otrok in mladostnikov s prekomerno telesno težo (Rok Simon idr., 2010).

Najpogostejša kronična bolezen pri otroku je astma; prevalenca astme in drugih alergijskih boleznih je v zadnjih desetletjih naraščala tako pri otrocih kot pri odraslih (Besednjak Kocijančič, 2008). V Sloveniji je prevalenca astme pri otrocih približno 14% (Kopriva, Maček, Župevc, Kos in Kopriva Pirtovšek, 2003; cit. po Oštir, 2008; Rok Simon idr., 2010) in v zadnjih dvajsetih letih se je podvojila (Oštir, 2008). Pogostost astme pa narašča zlasti v industrializiranih in gosto naseljenih krajih, saj je znano, da onesnaženje zraka neugodno vpliva na zdravje, otroci pa so zaradi fizioloških

in drugih razlogov bolj dovzetni za škodljive vplive iz okolja (Besednjak Kocijančič, 2009).

Tudi prevalenca alergijskih bolezni je v zadnjih desetletjih naraščala (Besednjak Kocijančič, 2008). Simptomi alergijskih bolezni, ki so posledica senzibilizacije na prehranske in inhalacijske alergene iz našega okolja, so predvsem atopijski dermatitis, alergijski rinokonjunktivitis in alergijska astma (Žitnik in Podboj, 2006). Atopijsko bolezen naj bi imelo 35 % populacije (Porenta Bešić, 2002; cit. po Besednjak Kocijančič, 2008). Alergijski rinitis je najpogostejša alergijska bolezen, ki prizadene 40 % šolskih otrok v razvitem svetu (Nathan, Meltzer Selner in Storms, 1997; cit. po Žitnik in Podboj, 2006). Incidenca zaradi dednih dejavnikov in dejavnikov okolja povsod po svetu narašča (Žitnik in Podboj, 2006).

V Sloveniji zbolijo za sladkorno boleznijo tip 1 vsako leto okrog 45 do 50 otrok, mladostnic in mladostnikov. Pogostnost bolezni se postopno veča iz leta v leto, žal je v največjem porastu prav pri otrocih v predšolskem obdobju. V Sloveniji so izračunali, da je incidenca bolezni 9,5/100.000. To pomeni, da bo v enem letu med 100.000 otroki, mlajšimi od 15 let, z znaki sladkorne bolezni zbolelo skoraj 10 otrok. Ta verjetnost se vsako leto poveča za 3,6 % (Uršič Bratina, Žerjav, Tanšek, Bratanič, Kržišnik, Avbelj in Battelino, b.l.) .

V številnih razvitih državah v zadnjih dvajsetih letih ugotavljajo naraščanje števila čezmerno prehranjenih otrok. Podatki za Slovenijo, zbrani v letih 2003-2005, kažejo, da je prevalenca čezmerne prehranjenosti med petletnimi otroki 18,4 % pri dečkih in 20,9 % pri deklicah, 9 % dečkov in 7,9 % deklic pa izpolnjuje merila za debelost. Med mladostnicami in mladostniki je 17,1 % fantov in 15,4 % deklet čezmerno prehranjenih ter 6,2 % fantov in 3,8 % deklet debelih. Rezultati kažejo, da je prevalenca debelosti v Sloveniji podobna kot v drugih razvitih evropskih državah (Avbelj idr., 2005). Slovenija se med 41 evropskimi in severno ameriškimi državami po deležu čezmerno hranjenih in debelih 15-letnikov uvršča v prvo tretjino (Rok Simon idr., 2010.). Debelost v času

adolescence je napovedni dejavnik za debelost v odrasli dobi ter večjo smrtnost in obolevnost v odrasli dobi (Plourde, 2002; cit. po Avbelj idr., 2005; Guo in Cahumlea, 1999; cit. po Avbelj idr., 2005; Yarnel, Patterson, Thomas in Sweetnam, 2000; cit. po Avbelj idr., 2005).

Otroci z epilepsijo v Sloveniji sodijo med otroke s posebnimi potrebami (dolgotrajno bolni otroci) in večina se jih šola v rednih osnovnih šolah (približno 90 %), tisti, ki imajo poleg epilepsije še dodatne razvojne težave, pa se šolajo v prilagojenih programih (Kesič, 2011). Epilepsija zavzema vrsto pojavov, ki puščajo telesne, psihološke in socialne posledice (Kobilšek, Zaviršek, Ravnik in Tomori, 2005). Neubauer (2003) navaja, da naj bi bila pojavnost epilepsije med 30 in 50 obolelih na 100.000 prebivalcev. Upoštevajoč dejstvo, da se večina epilepsij pojavi v otroštvu, mladostniškem obdobju ali v obdobju mladih odraslih, je ta številka za to skupino prebivalstva še večja. Razširjenost simptomatskih oblik je okoli 300 na 100.000 prebivalcev (Neubauer, 2003). V Sloveniji ima približno 2.500 otrok epilepsijo (Osredkar in Neubauer, 2012).

Z razvojem medicine in preživetjem zelo zgodaj rojenih otrok in tistih z zelo nizko porodno težo se pogostost cerebralne paralize povečuje. Študije tujih avtorjev kažejo, da je cerebralna paraliza v porastu, saj je v zadnjih štiridesetih letih prevalenca narasla na 2,0 na 1000 živorojenih otrok, kar delno pojasnjujejo s tem, da danes več kot polovico hudih primerov te bolezni odpade na otroke s pod 2500 g porodne teže; v šestdesetih letih pa je bil ta delež ena tretjina (Odding, Roebroek in Stam, 2006). Tudi slovenski avtorji v svoji študiji, v kateri so zajeli 52.450 živorojenih v obdobju 1988-2003, pojasnjujejo povečane stopnje cerebralne paralize v letih 1999-2001 s povečanjem števila živorojenih z zelo nizko porodno težo v zadnjem petletnem obdobju povezano z istočasno povečanim preživetjem nedonošenčkov gestacijske starosti 28-32 tednov (Seme Ciglencečki, Burja, Hajdinjak in Mičetić Turk, 2010).

2.2.3 Sistem zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov

Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov ima v Sloveniji dolgoletno tradicijo, saj so prvo ambulanto na primarni ravni organizirali že leta 1906, začetki preventivnega zdravstvenega varstva šolarjev pa segajo v leto 1909, ko sta prva zdravnik nadzirala pogoje v šolah in zdravstveno stanje šolarjev (Brcar, 2005). Po drugi svetovni vojni se je mreža zdravstvenega varstva otrok in mladine razširila v vse zdravstvene domove po občinah Slovenije, delo so postopno prevzeli specialisti šolske medicine in pediatrije, po letu 1991 pa smo dobili tudi prve zasebne pediatrične in šolske ordinacije (Rus, 1909; Brcar, 1999; Jeras, 1983; Kržišnik, Kuhar, Brcar, 2000; vse povz. po Brcar, 2005).

Danes je zdravstvena skrb za otroke in mladostnike opredeljena v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter v Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki nalaga, da je za ohranjanje kakovostnega zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine na primarni ravni nujno zagotoviti mrežo javne zdravstvene službe (Navodilo, 1998). Mrežo na osnovi zakona o zdravstveni dejavnosti (Zakon, 1992) na primarni ravni določajo in zagotavljajo občine na podlagi kadrovskih standardov za področje zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine (od vstopa v šolo do dopolnjenega 19. leta starosti), določenih v predlogih nacionalnega programa zdravstvenega varstva. V Sloveniji je merilo glavarine ob trenutnem stanju kadra za dejavnost zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov 1700 otrok na pediatra (ali šolskega zdravnika) v primerih organiziranosti zdravstvenega varstva za šolske otroke in mladostnike 6-19 let ali 1400 otrok na pediatra (ali šolskega zdravnika) v primerih organiziranega zdravstvenega varstva otrok 0-19 let (Resolucija, 2008). Normativ sestave tima šolskega zdravnika za izvajanje zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti za 1700 otrok, ki naj bi bil osnova za načrtovanje, je en zdravnik, ena medicinska sestra »VMS« in en oziroma minimalno 0,5 zdravstvenega tehnika »SMS« (Navodilo, 1998). Dodatno je opredeljena zdravstvena obravnava razvojno in vedenjsko motenih otrok in mladine v Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Namen vsakoletnega sistematičnega preventivnega spremljanja je celostna obravnava otroka in mladostnika z

razvojno ali vedenjsko motnjo, prilagojeno zdravstveno-vzgojno delo, kakor tudi tesno sodelovanje z družino prizadetega in vzgojno izobraževalnimi ustanovami ter društvi (Navodilo, 1998; člen 3.9.). Navodilo nalaga, da praviloma poteka pregled v zdravstveni ustanovi, izjemoma na domu, medicinska sestra pa se vključuje v okviru usposobljenega tima, ki preglede opravlja, razen ko gre za pregled na domu, ki vključuje delo patronažne medicinske sestre. Na splošno pa mladi s fizičnimi in intelektualnimi ovirami v Sloveniji niso enakopravno vključeni v običajno življenje, saj se kljub dobro urejeni zakonodaji to v praksi počasi uresničuje (Brcar, 2007).

Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov na primarni ravni je organizirano v zdravstvenih domovih in zasebnih otroških in šolskih ordinacijah po Sloveniji, ki ga zagotavljajo timi predšolskega in/ali šolskega zdravnika, ki so dodatno usposobljeni za delo z otroki in mladostniki. Zdravniki so specialisti pediatri, specialisti šolske medicine in splošni zdravniki s trimesečnim podiplomskim tečajem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine, redkeje specialisti splošne medicine; z zdravnikom pa v timu sodeluje višja ali diplomirana medicinska sestra, ki je dodatno usposobljena za izvajanje preventivne dejavnosti, zlasti zdravstveno-vzgojnega dela, in tehnik zdravstvene nege (srednja medicinska sestra). Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov na primarni ravni vključuje odkrivanje in zdravljenje bolezni in poškodb, preiskave, ki se lahko opravijo v okviru zdravstvenega doma ali ordinacije, preventivne preglede, svetovanja, cepljenja, zdravstveno vzgojo, ki so predpisani z nacionalnim preventivnim programom, ter napotitve za preglede in zdravljenje na višji ravni (Brcar, 2005).

Država ugotavlja (Resolucija, 2008), da glede na spremembe, ki so nastale leta 1992, precejšnje število zdravstvenih domov v Sloveniji nima več vseh teh dejavnosti, ki jih opredeljuje zakon, in nalaga, da je potrebno na novo opredeliti vsebino primarne ravni, kjer izpostavlja prednostno ohranitev posameznih služb, tudi zdravstvenega varstva otrok in mladine ter mladinskega zobozdravstva. Slovensko zdravstvo se srečuje tudi s pomanjkanjem ključnih profilov zdravstvenega osebja – zdravnikov, zobozdravnikov in medicinskih sester z visoko in višješolsko izobrazbo (Albreht, Pribaković Brinovec in

Pokrajac, 2010; Resolucija, 2008). Med regijami so velike razlike v številu zdravstvenih delavcev (zdravnikov in medicinskih sester) na enoto prebivalstva, saj analiza razporejenosti kadra po državi kaže, da je v nekatere kraje zdravnike težko pridobiti in tam je dostopnost zdravstvene službe za prebivalce slabša (Resolucija, 2008). Delo medicinske sestre v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine je vezano na zdravnika, saj deluje v timu, katerega nosilec je zdravnik (Navodilo, 1998). Tim zdravnika v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine opravlja kurativne obiske, preventivne preglede ter aktivnosti iz nacionalnega preventivnega programa, ki po definiciji ne sodijo med obiske (svetovanje, timske obravnave, zdravstvena vzgoja) in primerjalne analize obremenitev zdravnikov kažejo, da so zdravniki v Sloveniji izraziteje obremenjeni v primerjavi z zdravniki v državah zahodne Evrope (Brcar, 2005).

Večina razvitih držav ima v osnovi podobno organiziran sistem glede pristopa k zdravju otrok, in sicer s periodičnimi obiski in usmerjanjem v svetovanje oziroma vzgojo za zdravje. Kljub nekaterim posebnostim med sistemi je zaradi raznolikosti in kompleksnosti teh sistemov nemogoča enostavna primerjava med seboj (Koprivnikar in Pucelj, 2010). Slovenski strokovnjaki Klančar, Švab in Kersnik (2010) s področja primarnega zdravstvenega varstva, kamor sodi tudi zdravstveno varstvo otrok in mladine, navajajo, da tudi najbolj razvite države na svetu utemeljujejo svoje zdravstvene sisteme na načelu timskega dela in osnovni zdravstveni dejavnosti, usmerjeni v skupnost. Nadalje ugotavljajo, da je Slovenija bila na tem področju dolga leta pred razvito Evropo, ni pa pravočasno upoštevala Svetovne zdravstvene organizacije v smislu krepitve timskega dela in potrebe po izobraževanju vseh članov tima. Medtem ko imamo npr. kakovostno specializacijo družinske medicine, medicinska sestra ostaja administrator, ki ji zaradi preobremenjenosti primanjkuje časa za delo z bolnikom (prav tam). Podobno velja za področje šolske medicine, kjer se situacija razlikuje le v tem, da medicinska sestra izvaja tudi zdravstveno vzgojo, vendar Gaube in Frankič (2006) ugotavljata, da je ena sama diplomirana medicinska sestra v timu

šolskega zdravnika premalo za izvajanje kakovostne zdravstvene vzgoje po programu in vsebinah, ki naj bi bile postavljene enotno za vso Slovenijo (Navodilo, 1998).

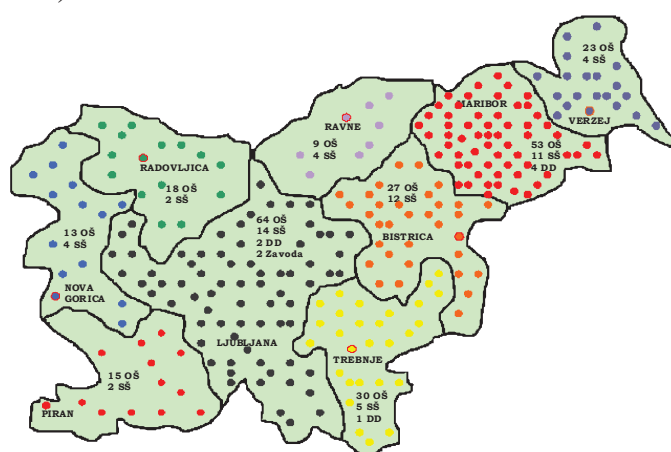
Težave, ki jih diplomirane medicinske sestre v šolskih dispanzerjih v zvezi z izvajanjem vzgoje za zdravje/zdravstvene vzgoje pri šolskih otrocih izpostavljajo, so povezane s kadrovsko problematiko, z neustreznimi prostorskimi pogoji in s pomanjkanjem ustreznega gradiva. Medicinske sestre, ki izvajajo vzgojo za zdravje med šolskimi otroki in mladostniki, imajo deljena mnenja glede lokacije izvajanja – nekatere lažje izvajajo dejavnosti v šolskem prostoru kot v zdravstvenem domu, saj naj bi bili otroci v šoli bolj sproščeni, nekatere pa ravno obratno (Pucelj, 2008).

2.2.4 Promocija zdravja v šoli

V šolskem prostoru poteka promocija zdravja z zdravstveno vzgojo preko različnih formalnih oz. neformalnih programov, ki jih izvaja bodisi šola v okviru kurikulumu oz. dodatnih dejavnosti ali pa se povezuje z drugimi vladnimi in nevladnimi organizacijami. Zaradi omejenega obsega bomo v magistrskem delu predstavili le enega od programov promocije zdravja, ki poteka v šoli, to je Slovensko mrežo zdravih šol. Slednjega smo izbrali zato, ker s svojim programom in načinom delovanja neposredno spodbuja vključevanje kadra iz zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov k sodelovanju s šolo ter tudi zato, ker se izvaja na skoraj celotnem območju Evrope (Bevc, Pucelj in Scagnetti, 2008; Bevc Stankovič, 2006; Slovenska mreža, 2012).

Svetovna zdravstvena organizacija, Evropska komisija in Svet Evrope so že v osemdesetih letih prejšnjega stoletja razvili idejni koncept promocije zdravja v šoli. Zasnova koncepta, ki se je v devetdesetih letih oblikoval v European Network of Health Promoting Schools - Evropsko mrežo zdravih šol (v nadaljevanju EMZŠ), je temeljila na načelih in strategijah Ottawske listine iz leta 1986, ki so jih v okviru EMZŠ interpretirali tudi v kontekstu šolskega izobraževalnega sistema (Barnekow Rasmussen in Rivett, 2004; Grieg Viig in Wold, 2005). EMZŠ aktivno deluje od leta 1992, vanjo pa je danes vključenih 43 držav, članic Evropske unije in SZO. Mednarodno koordinacijo

je vse do leta 2007 vodila SZO, takrat pa se je koordinacija preselila na Nizozemski inštitut za promocijo zdravja, hkrati pa se je tudi preimenovala v Schools for Health of Europe. Slovenija je postala članica EMZŠ leta 1993, ko se je v mrežo vključila z 12 pilotnimi šolami. Danes v Sloveniji deluje 324 šol in drugih ustanov (slika 1) – imenujejo se Zdrave šole, kar pomeni 57 % vseh slovenskih osnovnih šol oz. 52 % vseh osnovnih in srednjih šol ter dijaških domov v Sloveniji (Slovenska mreža, 2012). Mreža že od vključitve v EMZŠ deluje s podporo Ministrstva za zdravje in Ministrstva za šolstvo in šport (Bevc, Pucelj in Scagnetti, 2008). Do leta 2007 je celotno Slovensko mrežo zdravih šol koordiniral Inštitut za varovanje zdravja RS (v nadaljevanju IVZ), danes pa območni zavodi za zdravstveno varstvo in IVZ. Značilnosti Zdravih šol so v tem, da na vsaki šoli deluje skupina - tim Zdrave šole, ki ga sestavljajo predstavniki vodstva šole, učiteljev, učencev, staršev, šolske zdravstvene in zobozdravstvene službe in lokalne skupnosti; da dejavnosti s področja PZ sistematično načrtujejo in evalvirajo; da pri načrtovanju nalog sledijo 12 ciljem EMZŠ; da se udeležujejo srečanj Zdravih šol; da v okviru vodilne teme za posamezno šolsko leto pripravljajo aktivnosti po šolah; da sodelujejo na strokovnih srečanjih s primeri dobrih praks ter da se učitelji in drugi zaposleni izobražujejo na področju promocije zdravja (Bevc, Pucelj in Scagnetti, 2008; Slovenska mreža, 2012).



Slika 1: Število šol, vključenih v Slovensko mrežo zdravih šol po zdravstvenih regijah

Vir: Slovenska mreža zdravih šol, 2012

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 OPIS RAZISKOVALNEGA PROBLEMA IN CILJI RAZISKOVANJA

Zdravstveno stanje otrok in mladostnikov je povezano s posebnostmi rasti, razvoja in načinom življenja. Kljub temu da populacija velja na splošno za zdravo, poleg pojavov prirojenih nepravilnosti in kroničnih bolezni pogosto oboleva tudi za boleznimi sodobnega časa, ki so povezane z nezdravim preživljanjem prostega časa, nezdravim prehranjevanjem, nizko telesno aktivnostjo ter nizko samopodobo. Skrb za zdravje šolskih otrok in mladostnikov je opredeljeno v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva, ki nalaga usklajeno delovanje države, lokalne skupnosti, strokovne javnosti, nevladnih organizacij in posameznikov. Šola je prostor, kjer otroci preživijo večino svojega dnevnega vsakdana, zato ima pomembno nalogo pri medinstitucionalni skrbi za zdravje otrok in mladostnikov, zlasti pri sodelovanju z zdravstvenimi institucijami. V Sloveniji Zakon o osnovni šoli osnovnim šolam nalaga, da morajo sodelovati z zdravstvenimi zavodi pri izvajanju zdravstvenega varstva učencev, zlasti pri izvedbi obveznih zdravniških pregledov za otroke, vpisane v 1. razred, rednih sistematičnih zdravstvenih pregledih v času šolanja in cepljenjih (Zakon 1996; Zakon, 2006). Podrobneje sodelovanje ni opredeljeno.

V tujini raziskave kažejo, da je za izboljšanje učnega uspeha učencev potrebno sodelovanje šolske medicinske sestre in učiteljev. V ZDA je dokazana potreba prisotnosti šolske medicinske sestre v šoli, da izpolnjuje številne potrebe otrok s kroničnimi ali akutnimi stanji (Krause Parello in Samms, 2009). V Sloveniji je delo medicinske sestre v šolskem dispanzerju vezano na tim šolskega zdravnika, vodja tega je zdravnik. Pomanjkanje šolskih zdravnikov in pediatrov povečuje razlike v zdravju šolskih otrok in mladostnikov. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 v enem od ciljev izpostavlja povečanje vloge medicinskih sester pri prevzemanju novih in samostojnih vlog pri obravnavi kroničnih bolnikov, in sicer v okviru reorganizacije zdravstvenih ustanov predvideva prenos določenih pristojnosti in

strokovnih nalog na medicinske sestre (Resolucija, 2008). Reorganizacija in prenos strokovnih nalog (nekatero medicinska sestra že sedaj izvaja samostojno) – npr. po vzoru šolske medicinske sestre (ang. school nurse) bi lahko omogočila večjo dostopnost do zdravstvenih storitev tudi v šolskem zdravstvenem varstvu. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija v svojem poročilu o zdravju in zdravstvenih sistemih v Evropi za leto 2009 izpostavlja nov pristop v primarnem zdravstvenem varstvu t.i. k ljudem usmerjeno oskrbo (people-centered care) kot rešitev na spremenjene potrebe populacije ter kadrovske (zlasti zdravnikove) obremenitve z vedno starejšo in zahtevnejšo populacijo, ki prihaja z večjimi in kompleksnejšimi zdravstvenimi težavami, pomanjkanjem časa za svetovanje, večanje administrativnih bremen, pomanjkanjem časa za klinične inovacije ipd. ter tudi pomanjkanje zdravnikov; pri tem še posebej izpostavlja Slovenijo skupaj s Kirgizijo in Litvo (WHO, 2009). Evropska strategija zdravja in razvoja za otroke in mladostnike (WHO Europe, 2005; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010) želi državam članicam pomagati zagotoviti polno pokritost otrok vseh družbenih slojev in etničnih skupin preko najboljših dosegljivih javno-zdravstvenih storitev, pri čemer upošteva vodilna načela: vse-življenjski pristop (od spočetja do 19. leta starosti), enakost, medsektorsko delovanje in sodelovanje.

Diplomirana medicinska sestra v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji deluje v službi za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladostnikov. Obseg njenih nalog zajema naloge s področja zdravstvene nege pri kurativnih obiskih, preventivnih obiskih ter tudi na aktivnosti izvajanja nacionalnega preventivnega programa (npr. izvajanje programirane zdravstvene vzgoje). Deluje na lokaciji zdravstvenega doma, v šolski prostor pa vstopa izjemoma, predvsem z namenom izvajanja zdravstvene vzgoje. Iz pregleda literature slovenskih člankov je zgolj iz dveh člankov razvidno (Luznar in Šmit, 2004; Šmit, 2010), da v enem od ljubljanskih zdravstvenih domov redno izvajajo tudi programirano zdravstveno vzgojo, ki je z Navodilom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (z dopolnili) sicer predpisana enotno za vso Slovenijo (Navodilo, 1998). To je zdravstvena vzgoja, ki se izvaja dodatno, torej ne v sklopu sistematskih pregledov šolskih otrok in mladostnikov, in praviloma poteka v

šolskem prostoru. V omenjenem zdravstvenem domu so medicinske sestre nosilke dejavnosti zdravstvene vzgoje in so pri svojem delu samostojne; skrbijo za načrtovanje, organizacijo, koordinacijo in izvedbo programov, ki zajemajo splošne zdravstvene in zobozdravstvene vsebine, delo pa izvajajo v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah (Luznar in Šmit, 2004). Razen zdravstvene vzgoje drugih zdravstvenih storitev v šolskem prostoru medicinska sestra ne opravlja.

Pri obravnavi otroka s kronično boleznijo je pomemben multidisciplinaren tim, v katerem ima medicinska sestra lahko vlogo koordinatorja. Pri kontinuirani obravnavi otroka vzpostavi povezavo s socialnimi delavci, učitelji, zdravstvenimi delavci drugih ustanov, ki jih bodo obiskovali starši in otrok (Oštir, 2008).

Namen magistrskega dela je predstaviti poklicni profil šolske medicinske sestre (school nurse) in področje šolske zdravstvene nege, kot ju poznajo v tujini, zlasti v Veliki Britaniji, Združenih državah Amerike in na Švedskem, ter zbrati mnenja strokovnjakov, ki v Sloveniji delujejo na različnih področjih v posredni ali neposredni povezavi z zdravstvenim varstvom otrok in mladostnikov, o omenjenem konceptu, o primerjavi z našim sistemom zdravstvenega varstva ter ugotoviti, ali bi ga bilo po njihovem mnenju možno in smiselno aplicirati v naš sistem zdravstvenega varstva in šolstva z namenom povečati dostopnost do določenih zdravstvenih storitev in na ta način zmanjšati razlike v zdravju v tej ciljni populaciji

Cilji:

1. Opredeliti in opisati poklicni profil šolska medicinska sestra, kot ga poznajo ponekod v tujini.
2. Ugotoviti vidik vodstev slovenskih osnovnih šol o prepoznavanju pomena poklicnega profila šolska medicinska sestra in možnosti njegove umestitve v slovenski šolski sistem.
3. Ugotoviti možnosti in smotrnost umestitve proučevanega poklicnega profila v slovenski šolski in zdravstveni sistem glede na mnenja strokovnjakov s področja šolstva in zdravstva.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA IN RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Zastavili smo si šest raziskovalnih vprašanj. Zanimalo nas je:

1. kako pogosto in kateri problemi v zvezi z zdravjem učencev se dogajajo v šoli,
2. kako in če sploh so učitelji in strokovni delavci usposobljeni za prepoznavanje problemov in potreb v zvezi z zdravjem učencev ter za ukrepanje ob problemih,
3. kako ravnatelj slovenskih osnovnih šol prepoznavajo pomen poklicnega profila šolska medicinska sestra in njegovo umestitev v slovenski šolski sistem,
4. kakšna so mnenja strokovnjakov s področja šolstva in zdravstva o poklicnem profilu medicinske sestre, kot ga poznajo ponekod v tujini,
5. kako lahko koncept šolske medicinske sestre po mnenju strokovnjakov s področja šolstva in zdravstva primerjamo s slovenskim sistemom zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov,
6. kakšni sta po mnenju strokovnjakov s področja šolstva in zdravstva možnost in smiselnost razvoja proučevanega poklicnega profila in umestitev v slovenski sistem šolstva in zdravstva.

Stališča ravnateljev o proučevani tematiki smo zbirali v okviru kvantitativnega dela raziskave. Predvidevali smo, da nekatera mnenja ravnateljev oz. nekatere značilnosti šol vplivajo na moč potrebe po izvajanju nalog šolske medicinske sestre na lokaciji šole. V okviru 3. raziskovalnega vprašanja smo oblikovali tri raziskovalne hipoteze:

H1: Izražena potreba po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli je odvisna od mnenj ravnateljev glede:

- učiteljeve odgovornosti za dajanje zdravil učencem,
- kompetenc učiteljev za prepoznavanje zdravstvenih težav učencev,
- odgovornosti zdravstvenega doma za zdravstvena usposabljanja učiteljev.

H2: Izražena potreba po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli je odvisna od pogostosti ukrepanja:

- zaradi kroničnih bolezni učencev v času bivanja na šoli,

- ob akutnih stanjih učencev v času bivanja na šoli,
- ob telesnih poškodbah učencev v času bivanja na šoli.

H3: Izražena potreba po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli je odvisna od značilnosti šole glede na:

število učencev, vključenost v Slovensko mrežo zdravih šol, napisan postopek ukrepov ob nujnih stanjih, rednost izobraževanj učiteljev iz prve pomoči, rednost izobraževanj učiteljev iz prepoznavanja zdravstvenih problemov.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Metoda pregleda literature je bila uporabljena v teoretičnem delu raziskovalne naloge. Uporabili smo vzajemno bibliografsko kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice v Sloveniji (COBIB.SI) ter Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Education Resources Information Center (ERIC) in bazo podatkov MEDLINE. V slovenskem jeziku smo uporabili različne kombinacije naslednjih ključnih besed: šolska medicinska sestra, šolski dispanzer, šola, zdravstveno varstvo, otroci in mladina; v angleškem jeziku pa: school nurse, role, school health, health education, pupils, student. V CINAHL-u, kamor smo sočasno vključili tudi bazi ERIC in MEDLINE, smo uporabili napredno iskanje, Boolov logični operator »and«, iskalne zahteve smo omejili še s »celotno besedilo« in letnicama od 2001 do 2011. Najprej smo uporabili ključne besede »school and nurse« in dobili 4773 zadetkov, nato smo omejili poizvedbo s »schools nurse« in dobili 480 zadetkov. Ker smo iskali predvsem članke, ki se nanašajo na koncept, opredelitev in vlogo šolske medicinske sestre, smo poskusili še s ključnimi besedami »school nurse and role« in dobili 146 zadetkov ter "school nurse and health and education" in dobili 172 zadetkov. Nadaljevali smo še z besedami "school nurse and pupils and health", kar je dalo 12 zadetkov, ter "school nurse and student and health", kar je izpisalo 19 zadetkov. Literaturo smo pregledovali v obdobju od januarja do septembra 2011. V bazi COBIB.SI smo uporabili osnovno iskanje, kjer smo poizvedovali s ključnimi besedami »šolska medicinska sestra« in dobili en zadetek iz leta 1963. Nadaljevali smo z besedno zvezo »šolski dispanzer« in dobili 17 zadetkov

ter »zdravje otrok in mladine«, kar nam je dalo 74 zadetkov. Zardi majhnega števila ustreznih zadetkov drugih omejitev in filtrov nismo uporabili, niti nismo iskanja omejili po letnicah. Pri izbirnem iskanju v bazi COBIB.SI smo poizkusili še s ključnimi besedami »zdravstveno vzgoja v šoli« ter »šolsko zdravstveno varstvo« in dobili 65 oz. 35 zadetkov. Zaradi malega števila zadetkov slovenskih člankov smo si pomagali še z brskalnikom Google učenjak in na podlagi vpisanih ključnih besed »šolska medicinska sestra« dobili dva relevantna članka, ki smo ju uporabili. Za dokončni nabor uporabljenih zadetkov smo se odločili na podlagi pregleda besedil izvlečkov. Končno smo uporabili 26 člankov, od tega 19 tujih in sedem slovenskih. Kriterij za uporabo članka je bil vsebnost opisov poklicnega profila šolske medicinske sestre, njene vloge, pomena in aktivnosti, ki jih opravlja v skrbi za zdravje otrok in mladostnikov, ter organiziranost v sistemu šolstva in zdravstva. Kriterij izbire članka je bil tudi angleški jezik. Za slovenske članke smo uporabili še dodaten kriterij za uporabo članka, in sicer vsebnost analiz in prikazov zdravstvenega stanja otrok in mladostnikov v Sloveniji. Za članke s področja tvegane vedenja in obolevnosti otrok in mladostnikov smo preko CINAHLa in brskalnika Google učenjak dodatno uporabili še šest tujih in 30 slovenskih virov.

V empiričnem delu smo uporabili mešanje metod kvalitativnega in kvantitativnega raziskovalnega pristopa. Komplementarni način mešanja metod nam odpira možnosti za bolj celostni pristop k merjenju, analizi in interpretaciji (Lobe, 2006). Želeli smo proučiti različne vidike raziskovalnega problema. Pri kvalitativni raziskavi sestavljajo temeljno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi in tudi analiza poteka besedno, brez uporabe merskih postopkov, ki dajo števila, ter brez operacij nad temi števili (Mesec, 1998, str. 26). S kvalitativnim delom pridobimo bolj poglobljene rezultate in podrobnejšo osvetlitev problema, ki se dopolnjujejo z opisnim kvantitativnim delom, ki omogoča analitično širino in posploševanje rezultatov (Lobe, 2006). Uporabili smo sočasni triangulacijski načrt, ki ga Creswell s sodelavci (2003; cit. po Lobe, 2006) opredeljuje kot enega od načrtov mešanja metod. Z anketnimi vprašalniki smo zbrali in statistično analizirali

kvantitativne podatke, neodvisno pa s fokusnimi skupinami in poglobljenima individualnima intervjujema zbrali še kvalitativne podatke in jih obdelali z metodo analize besedila. Izvedli smo štiri fokusne skupine ter dva individualna intervjuja. Avtorici Klemenčič in Hlebec (2007) ugotavljata, da je fokusnih skupin dovolj, ko dosežemo teoretično zasičenost oz. ko razkrijemo celoten obseg obravnavanega primera, in priporočata tri do pet fokusnih skupin, kadar je tema zahtevna ali raznovrstna, ter dodajata, da če uporabljamo pri zbiranju podatkov triangulacijo (več različnih virov podatkov), je lahko tudi manj fokusnih skupin. V vsaki fokusni skupini so sodelovale tri osebe. Primerna velikost fokusne skupine je odvisna od več dejavnikov: števila vprašanj, stopnje vključenosti, emocionalne zavezanosti in zavzetosti udeležencev za obravnavano temo. Manjša fokusna skupina je primernejša, ko se udeleženci zelo zanimajo za obravnavano temo, če so udeleženci strokovnjaki na proučevanju področju, ko je tema problematična ali zahtevna (Klemenčič in Hlebec, 2007), kar je bilo v primeru pričujoče raziskave izpolnjeno. V fazi interpretacije smo rezultate obeh metod združili – z uporabo rezultatov ene metode smo želeli podpreti in potrditi rezultate druge metode ter tako povečati skupno veljavnost (Lobe, 2006).

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Kvantitativni instrument

Merski instrument, vprašalnik, smo razvili na podlagi pregleda literature o področjih delovanja šolske medicinske sestre. Uporabljena literatura je navedena pri vsakem sklopu vprašalnika v nadaljevanju. Dva sklopa vprašanj (*praksa ukrepanja in usposobljenost učiteljev*) sta bila večinoma oblikovana na podlagi razgovorov s petimi učitelji iz različnih šol, saj gre za področje, ki v literaturi ni opisano, navedeno literaturo smo uporabili le v delu, ki se nanaša na prvo pomoč. Anketni vprašalnik vsebuje uvodoma pet demografskih vprašanj, ki se nanašajo na vrsto osnovne šole, velikost šole glede na število učencev in zaposlenih, vključenost v SMZŠ ter regionalnost glede na zdravstveno regijo. Vprašalnik je sestavljen iz devetih vprašanj zaprtega tipa ter enim odprtega. Prvo vprašanje je dvodelno – prvi del vprašanja je izbirnega tipa, v drugem pa se do posameznega sklopa opredeljujejo na 6-stopenjski ocenjevalni lestvici. Sledi

vprišanje, ki je edino dihotomno. Nadalje vprašalnik vsebuje 6 kompleksnih vprašanj zaprtega tipa, od katerih vsako vprašanje vsebuje sklop trditev, do katerih se anketiranci opredeljujejo na 5-stopenjski ocenjevalni lestvici. Deveto vprašanje je izbirnega tipa in je dvodelno. Zadnje vprašanje pa je odprtega tipa, kjer imajo anketiranci možnost prosto napisati oz. dopisati svoje mnenje oz. stališče. Celoten instrumentarij vsebuje 85 enot.

Vprašalnik smo po pošti poslali vsem ravnateljem slovenskih osnovnih šol.

Zanesljivost vprašalnika smo preverjali v več fazah. V fazi nastajanja vprašalnika smo se povezali s posameznimi učitelji v redni osnovni šoli in osnovni šoli s prilagojenim programom in sproti testirali vprašanja. V naslednji fazi smo vprašalnik dali izpolnit petim učiteljem iz različnih šol in takrat večino nejasnih, nepotrebnih oz. nesmiselnih vprašanj izpustili oz. preoblikovali. V prvi polovici februarja 2012 smo izvedli pilotno študijo. Pilotni vprašalnik smo poslali naključno izbranim 47 ravnateljem osnovnih šol po Sloveniji in dobili vrnjenih 32 vprašalnikov oz. 68 %. Zanesljivost smo preverjali z metodo analize notranje konsistentnosti. Za posamezne trditve znotraj vsebinskih sklopov smo naredili teste zanesljivosti. Test Cronbach alfa smo naredili na trditvah iz vprašanja 7 in jih razdelili v dva sklopa, ki smo ju poimenovali *Predlogi izvajanja nalog šolske medicinske sestre – zdravstvene storitve* in *Predlogi izvajanja nalog šolske medicinske sestre – promocija zdravja*. Rezultate testa zanesljivosti predstavljamo v strukturalni predstavitvi vprašalnika v nadaljevanju.

Strukturalna predstavitev anketnega vprašalnika:

Zdravstvene težave (Clausson, Petersson in Berg, 2003; Sweeny in Sweeny, 2001; Krause Parello in Samms, 2009; Rok Simon, 2011)

Ugotavljali smo pojavnost zdravstvenih težav ali bolezni pri učencih v šoli ter pogostost ukrepanja za posamezno zdravstveno težavo s strani učiteljev in drugih šolskih delavcev. Anketiranci so se opredeljevali do šestih sklopov zdravstvenih težav oz. bolezni: kronične bolezni, psihosomatske bolezni, akutno bolezensko stanje, ušivost, telesne poškodbe in tvegano vedenje. Imeli so možnost dopisati drugo zdravstveno težavo.

Praksa ukrepanja (Pravilnik, 2006)

Kakšna je praksa ukrepanja na šolah v primeru akutne bolezni učenca, poslabšanja kronične bolezni oz. poškodbe, smo ugotavljali s šestimi trditvami, za katere so se anketiranci opredeljevali s petstopenjsko lestvico pogostosti. Tudi pri tem sklopu so imeli možnost dopisati drug postopek. Ugotavljali pa smo tudi, kdo in kako pogosto poskrbi za učenca ob zgoraj opisanih zdravstvenih težavah, ki se pojavijo v času bivanja na šoli. Anketiranci so se opredeljevali s 5-stopenjsko lestvico pogostosti do sedmih sklopov služb oz. osebja, pri čemer so imeli možnost dopisati drugo osebo. Stopnje zanesljivosti tukaj nismo preverjali, saj gre za posnetek stanja.

Usposobljenost učiteljev (Pravilnik, 2006)

Zanimalo nas je področje usposobljenosti učiteljev in drugih strokovnih delavcev šole za prepoznavanje problemov v zvezi z zdravjem učencev in ukrepanje ob problemih, kar smo ugotavljali s pomočjo 11 trditev, do katerih so se anketiranci opredeljevali s 5-stopenjsko lestvico strinjanja. Stopnje zanesljivosti nismo preverjali, saj gre za posnetek stanja.

Sodelovanje s šolskim dispanzerjem (Koprivnikar in Pucelj, 2010; Rok Simon, 2011; Luznar in Šmit, 2004; Gaube in Frankič, 2006)

Sodelovanje šole in službe za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine - šolskim dispanzerjem smo ugotavljali z osmimi trditvami, do katerih so se anketiranci opredeljevali s 5-stopenjsko lestvico strinjanja. Stopnjo zanesljivosti smo testirali le na petih trditvah (b-f pri vprašanju št. 6), ki merijo strinjanje glede sodelovanja s šolskim dispanzerjem, in ugotovili stopnjo zanesljivosti Cronbach alfa 0,802.

Predlogi izvajanja nalog šolske medicinske sestre (Clausson, Petersson in Berg, 2003; Sweeny in Sweeney, 2001; Kruger, Toker, Radjenovic, Comenau in Macha, 2009; Barnes, Courtney, Pratt in Walsh, 2004; Krause Parello in Samms, 2009; Krause Parello in Samms, 2010; Maenpaa in Astedt Kurki, 2008)

S trinajstimi trditvami smo ugotavljali potrebe po izvajanju nalog, ki jih v tujini izvaja šolska medicinska sestra, locirana na šoli, in so celostna in kompleksna skrb za zdravje učencev, vezane tako na zdravstvene kot izobraževalne cilje. Do trditev so se anketiranci opredeljevali s 5-stopenjsko lestvico potrebe. Trditve smo razdelili v dva

sklopa, ki smo ju poimenovali *Predlogi izvajanja nalog šolske medicinske sestre – zdravstvene storitve* in *Predlogi izvajanja nalog šolske medicinske sestre – promocija zdravja*. Stopnja zanesljivosti je visoka, saj je Cronbach alfa za vsakega od obeh sklopov nad 0,9: za prvega 0,917 in za drugega 0,948.

Delovanje diplomirane medicinske sestre na šoli (Koprivnikar in Pucelj, 2010; Luznar in Šmit, 2004; Gaube in Frankič, 2006; Navodilo, 1998; Maenpaa in Astedt Kurki, 2008)

Možnost vključevanja diplomirane medicinske sestre iz obstoječega t.i. šolskega dispanzerja v šolski prostor smo preverjali s sedmimi trditvami, do katerih so anketiranci strinjanje izražali s 5-stopenjsko lestvico. Stopnja zanesljivosti je 0,956. Ugotavljali smo tudi stopnjo strinjanja anketirancev s petimi vsebinskimi področji, ki bi jih taka oseba lahko pokrivala.

Kvalitativni instrument

Cilj kvalitativnega raziskovanja je zbrati vsebinsko bogate opise ljudi, dogodkov, položajev, spoznati poglede proučevanih oseb ter podatke besedno obdelati in ugotovitve povezati v koncept oz. utemeljeno teorijo, ki je kontekstualno vezana (Vogrinc, 2008b). Zato smo v kvalitativnem delu raziskave uporabili polstrukturiran vprašalnik odprtega tipa s predlaganimi temami: (1) težave v zvezi z zdravjem učencev; (2) ukrepanje ob zdr. težavah; (3) krepitev zdravja v šoli, zdravstvena vzgoja, (4) delovanje zdravstvenega kadra v šoli. Podatke smo zbirali s poglobljenimi intervjuji. Intervjuvali smo s kombinacijo dveh metod: izvedbo fokusnih skupin in poglobljenih individualnih intervjujev. Metoda fokusnih skupin je ena od kvalitativnih metod za zbiranje, analizo in interpretacijo podatkov. Pri tej se uporabljajo nestandardizirane tehnike anketiranja ali opazovanja; le-te niso zelo strukturirane, npr. skupinske diskusije ali poglobljeni individualni intervjuji (Klemenčič in Hlebec, 2007).

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli na populaciji ravnateljev osnovnih šol v Sloveniji ter na namenskem vzorcu strokovnjakov v šolstvu in zdravstvu.

Kvantitativni del raziskave

V kvantitativni del raziskave smo vključili vse ravnatelje osnovnih šol v Sloveniji. V Sloveniji je bilo v šolskem letu 2011/12 po podatkih Ministrstva za šolstvo in šport 478 osnovnih šol, od tega 450 z rednim programom in 28 s prilagojenim programom. Po pošti smo poslali anketne vprašalnike vsem ravnateljem 478 osnovnih šol. Seznam sedežev šol smo pridobili na spletni strani Ministrstva za šolstvo in šport (Ministrstvo za šolstvo, 2011). Ravnatelji so anonimne vprašalnike izpolnjevali sami. Vabilo za izpolnjevanje smo jim poslali enkrat, ponovno jih k sodelovanju nismo vabili. Vrnjenih smo dobili 267 vprašalnikov, od tega smo enega izločili, saj je bil skoraj v celoti prazen. V raziskavo smo vključili 266 izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 55,6 % celotne populacije, od tega je 252 šol (94,7 %) z rednim programom ter 14 (5,3 %) s prilagojenim programom. Od 450 osnovnih šol z rednim programom je vprašalnike vrnilo 252 šol (56 %), od 28 osnovnih šol s prilagojenim programom pa 14 (50 %). Več kot polovica anketiranih šol (149 ali 56 %) je vključenih v Slovensko mrežo zdravih šol (SMZŠ), kar je približno enako kot siceršnji delež vključenih slovenskih osnovnih šol. V šolskem letu 2011/12 je namreč po podatkih Inštituta za varovanje zdravja v SMZŠ vključenih 57 % vseh slovenskih osnovnih šol. Vprašalnike so vrnilo z vseh devetih zdravstvenih regij v Sloveniji. Največ vrnjenih vprašalnikov (63 ali 23,7 %) smo prejeli iz ljubljanske in mariborske zdravstvene regije (42 ali 15,8 %), najmanj, manj kot 20 vprašalnikov, so poslali iz zdravstvenih regij Nova Gorica (14 ali 5,3 %) in Ravne (11 ali 4,1 %). Na izpolnjevanje vprašalnika je bil največji odziv v regiji Novo mesto, saj je vprašalnike vrnilo 73 % tamkajšnjih ravnateljev, sledita regiji Murska Sobota (71 %) in Koper (68,6%); pod 50 % pa so se odzvali v regijah Celje (38 %) in Maribor (47,7 %). Podrobneje so rezultati prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Vrnjeni vprašalniki po zdravstvenih regijah

Zdravstvena regija	Število šol	Število vrnjenih vprašalnikov, ki so vsebovali navedbo regije	Delež vrnjenih vprašalnikov, ki so vsebovali navedbo regije (%)
Ljubljana	119	63	52,9
Maribor	88	42	47,7
Celje	79	30	38
Murska Sobota	38	27	71
Novo mesto	37	27	73
Kranj	38	26	68,4
Koper	35	24	68,6
Nova Gorica	25	14	56
Ravne	19	11	57,9
Skupaj	478	264	55,2

Kvalitativni del raziskave

V kvalitativni del raziskave smo vključili 14 oseb, ki so neposredno ali posredno povezane s konceptom šolske medicinske sestre. Udeleženci v raziskavi so bili izbrani kot namenski vzorec, ki je bil določen na podlagi prepričanja, da raziskovalec lahko samostojno oceni in izbere subjekte znotraj populacije (Polit in Beck, 2004; cit. po Habjanič, 2011). Oblikovali smo nehomogene fokusne skupine, v kateri so sodelovali strokovnjaki različnih lastnosti in položajev, saj smo želeli po Klemenčič in Hlebec (2007) primerjati različne poglede na isto stvar. V vsaki od dveh fokusnih skupin na področju šolstva so sodelovale učiteljica razredne stopnje, učiteljica predmetne stopnje in svetovalna delavka; v fokusni skupini na področju zdravstva so v prvi skupini sodelovale zdravnica, specialistka šolske medicine, diplomirana medicinska sestra z dolgoletnimi izkušnjami in diplomirana medicinska sestra mlajše generacije, v drugi pa strokovnjakinje javno zdravstvene institucije: zdravnica, specialistka javnega zdravja, profesorica zdravstvene vzgoje in univ. dipl. pedagoginja; v dveh individualnih intervjujih sta sodelovali zdravnica, specialistka socialne medicine, in doktorica znanosti s pedagoškega področja. Vključili smo torej strokovnjake s področja javnega zdravja, šolske medicine, zdravstvene nege v šolskem zdravstvenem varstvu, učitelje ter

svetovalne delavce. Izvedli smo poglobljene intervjuje v obliki štirih fokusnih skupin s strokovnjaki iz osnovne šole z rednim programom (OŠ A. T. Linhartova Radovljica) in iz osnovne šole s prilagojenim programom (OŠ P. Stražišarja Jesenice), s strokovnjaki iz službe za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine Zdravstvenega doma Kranj, s strokovnjaki Inštituta za varovanje zdravja, Oddelka za krepitev zdravja, ter dva poglobljena individualna intervjuja – z vodjo Oddelka za socialno medicino, analitiko in promocijo zdravja Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj in vodjo kranjske Območne enote Zavoda RS za šolstvo in šport. Sodelujoči v intervjujih in fokusnih skupinah so predstavljali svoja mnenja glede na izkušnje v svojih praksah in niso zastopali omenjenih institucij in ne izražali mnenj institucij.

3.3.4 Postopek zbiranja podatkov in opis obdelave podatkov

Vprašalnike smo zbirali od 6. do 23. marca 2012. Kvantitativne podatke, zbrane s pomočjo anketnega vprašalnika, smo analizirali z različnimi statističnimi metodami s pomočjo programa SPSS, verzija 18. Uporabili smo deskriptivno statistiko ter dve multivariatni metodi: multiplo regresijsko analizo in faktorsko analizo. Raziskovalni vzorec smo predstavili na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov, ravno tako nekatere rezultate. Večina rezultatov je bila predstavljena na podlagi povprečnih vrednosti (PV) in standardnih odklonov (SO). Analize odvisnosti spremenljivk smo naredili z multiplo regresijsko analizo. S faktorsko analizo smo preverili dimenzije odvisne spremenljivke.

Intervjuje, ki so se snemali, smo izvedli v marcu in aprilu 2012. Besedila smo kvalitativno analizirali. Vse fokusne skupine in oba intervjuja so bili najprej ločeno analizirani. Pri kvalitativni analizi vprašanj odprtega tipa nam ne gre za štetje frekvenc posameznih kategorij, ampak za iskanje in utemeljevanje ter vzpostavljanje povezav med različnimi pojmi in kategorijami (Cencič, 2009, str. 61). Za preverjanje povedanega smo s privolitvijo udeležencev uporabili zvočni zapis. Zvočni zapis pomaga pri procesu poslušanja in omogoči nepopačen zapis pogovora (Esterby-Smith, Thorpe in Lowe, 2005, str. 119; cit. po Bregar, 2010). Za vse zvočne zapise intervjujev smo

naredili dobeseđen transkript. Oseba, ki je analizirala besedila, je tudi izvajala intervjuje in naredila transkripte posnetkov. Vsa besedila smo večkrat prebrali. Za tem smo najprej določili samostojne kode posameznih besed ali besednih zvez, nato pa sorodne pojme združevali ter na osnovi tega definirali podkategorije ter na koncu še glavne kategorije (Habjanič, 2008). Vsak intervju oz. fokusno skupino smo šifrirali. Vsak transkript besedila je dobil oznako področja (Š – šolstvo, Z – zdravstvo) ter naključno zaporedno številko (od 1 do 3). Označili smo tudi zaporedja oseb, ko so sodelovale v posamezni fokusni skupini (od 1 do 3) oz. intervjuju (1). Pri vsakem dobeseđenem citatu, ki ga prikazujemo v rezultatih, smo dodali še zaporedno stran transkripta besedila. V prikaz smo naključno vključili nekatera mnenja, ki najbolj reprezentativno predstavljajo oblikovane kode in kategorije. S pripadajočo šifro se je izgubila imenska identiteta posameznega zapisa, hkrati pa smo omogočili sledljivost vsebine. Menimo, da razkritje identitete za posamezne izjave ni relevantno za raziskavo, zato smo tudi značilne fraze ali izjave posameznikov, ki bi lahko razkrile njihovo identiteto, preoblikovali v knjižni jezik. Zaradi zagotavljanja varnosti identitete posameznih izjav smo sklenili, da transkripti razgovorov ne bodo priloženi magistrskemu delu, hranili pa jih bomo v arhivu pri avtorici raziskave. Primer sestave šifre »2Z-1/3«:

2: zaporedna oznaka fokusne skupine/intervjuja

Z: strokovnjaki s področja zdravstva

1: zaporedna številka osebe, ki je sodelovala v posamezni fokusni skupini/intervjuju

3: zaporedna številka strani posameznega šifriranega transkripta besedila

3.4 REZULTATI

3.4.1 Kvantitativna raziskava

Ravnatelj, ki so sodelovali v raziskavi, so poročali o tem, ali je v šolskem letu 2011/12 v šolo bil vključen učenec, ki ima oz. je imel posamezno zdravstveno težavo ali bolezen. Rezultati so pokazali, da je 234 anketirancev (88 %) odgovorilo, da je vključen učenec s kronično boleznijo (diabetesom, astmo, alergijo, celiakijo, epilepsijo ipd.), 215 (80,8 %) jih je odgovorilo, da je vključen učenec s psihosomatsko boleznijo (glavobol/migrena, bolečine v trebuhu, tesnoba, omedlevica ipd.), 220 (82,7%)

anketirancev je v šolskem letu 2011/12 v času učenčevega bivanja na šoli doživelo pri učencih pojav akutnega stanja (poviš. tel. temperatura, glavobol, bolečine v trebuhu, epi. napad, akutna alergijska reakcija, hiper/hipo glikemija, ipd.), 223 (83,8 %) pojav ušivosti ter 234 (88 %) pojav telesnih poškodb, povzročenih v času pouka (npr. zvini, zlomi, rane, udarci ipd.). Manj anketirancev, 76 (28,6 %), je na šoli zaznalo pojav tveganega vedenja (raba alkohola/tobaka/drog, neodgovorno spolno vedenje, namerne poškodbe ipd.), o drugem pa je poročalo le 7 (2,6 %) anketirancev. Zanimalo nas je, ali in kako pogosto je običajno potreben kakršenkoli ukrep/pomoč s strani učiteljev/šolskih delavcev v primeru omenjenih zdravstvenih težav pri učencih, do česar so se anketirani opredeljevali s 6-stopenjsko lestvico, pri kateri 1 pomeni nikoli, 6 pa vsakodnevno. Rezultate prikazujemo s povprečnimi vrednostmi ter v deležih za posamezno stopnjo pogostosti v tabeli 2.

Tabela 2: Pogostost ukrepanja ob zdravstvenih težavah učencev v šoli

zdravstvene težave/bolezni	1 nikoli %	2 1-2 krat letno %	3 3-9 krat letno %	4 1-3 krat mesečno %	5 1-3 krat tedensko %	6 vsakodnevno %	manjkajoči odgovori %	skupaj %	lestvica pogostosti 1-6 PV (SO)
akutno bolezensko stanje	1,8	18,6	27,7	35	11,4	4,1	1,4	100	3,48 (1,106)
psihosomatske bolezni	1,4	21,4	28,8	32,1	11,6	3,3	1,4	100	3,42 (1,096)
kronične bolezni	16,2	29,1	16,2	9,4	3,4	22,2	3,4	100	3,22 (1,802)
telesne poškodbe	0,4	35	51,3	7,3	1,7	0,9	3,4	100	2,77 (0,744)
ušivost	2,2	50,2	30,5	8,5	3,1	2,7	2,7	100	2,67 (0,985)
tvegano vedenje	3,9	64,5	19,7	7,9	1,3	0	2,6	100	2,36 (0,751)

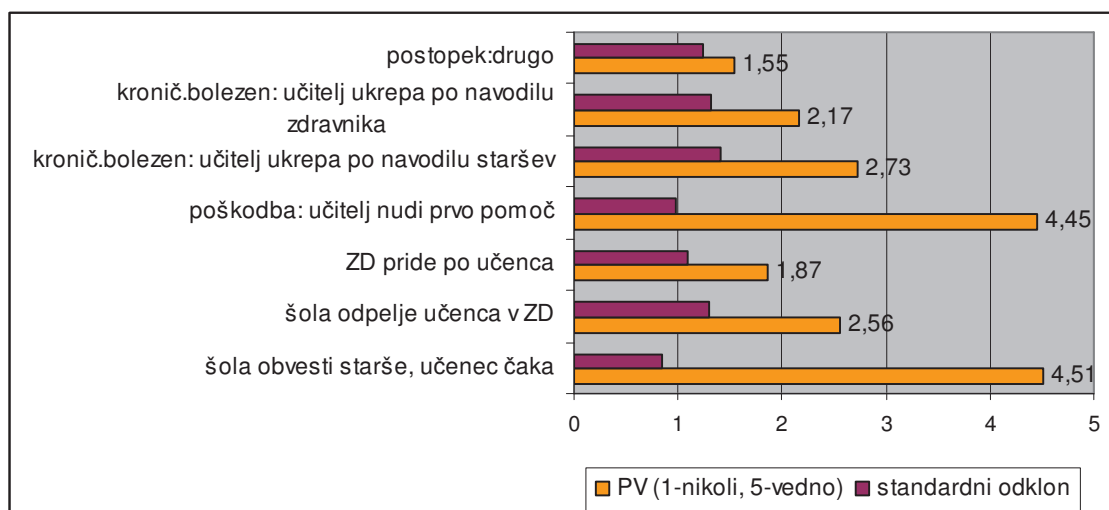
PV: povprečna vrednost, SO: standardni odklon

Na prvem mestu po pogostosti ukrepanja oz. pomoči učencem s strani učiteljev so ukrepanja ob akutnem bolezenskem stanju, saj je povprečna vrednost pogostosti 3,48. Ukrep učiteljev ob akutnem bolezenskem stanju učencev je največkrat (35 %) potreben

3-5 krat mesečno, 27,7 % ravnateljev je odgovorilo, da je ukrep potreben 3-9 krat letno, 18,6 % 1-2 krat letno, 11,4 % 1-3 krat tedensko in 4,1 % vsakodnevno, le 1,8 % jih poroča, da ukrep ni bil potreben nikoli. Na drugem mestu so s povprečno oceno pogostosti ukrepanja 3,42 ukrepanja ob psihosomatskih boleznih. Zaradi psihosomatskih težav je največ anketirancev (32,1 %) odgovorilo, da morajo ukrepati 1-3 krat mesečno, sledijo odgovori: 28,8 % 3-9 krat letno, 21,4 % 1-2 krat letno, 11,6 % 1-3 krat tedensko ter le 1,4 % ravnateljev je poročalo, da nikoli. S povprečno oceno pogostosti ukrepanja 3,22 sledijo ukrepanja ob kroničnih boleznih. Največ ravnateljev (29,1 %) je odgovorilo, da je zaradi kroničnih bolezni 1-2 krat letno potreben kakršen koli ukrep oz. pomoč s strani učiteljev in drugih šolskih delavcev, vsakodnevno pa morajo ukrepati na 22,2 % šol, 3-9 krat letno na 16,2 % šol ter nikoli na 16,2 % šol. Ostali odgovori so bili zastopani v manj kot 10 %. Po pogostosti ukrepanja na šoli s povprečno vrednostjo 2,77 sledijo ukrepanja ob telesnih poškodbah. Glede ukrepanja ob telesnih poškodbah je največ ravnateljev (51,3 %) poročalo, da so ukrepi potrebni 3-9 krat letno, na drugem mestu pa 35 % šol poroča, da so ukrepi potrebni 1-2 krat letno. Drugi odgovori so izbrani v deležu manj kot 10 %, da pa ob telesnih poškodbah ni bil potreben ukrep pa poroča le 1 anketiranec (0,4 %). Na predzadnjem mestu po pogostosti potrebnega ukrepanja na šoli so s povprečno vrednostjo odgovorov 2,67 ukrepanja zaradi uši. Ob pojavu ušivosti na šoli učitelji najpogosteje ukrepajo 1-2 krat letno (50,2 % odgovorov) ter 3-9 krat letno (30,5 % odgovorov), ostale frekvence pogostosti ukrepanja so bile izbrane v manj kot desetih odstotkih. Rezultati kažejo, da je na šolah najmanj pogosto potrebno ukrepati ob tveganih vedenjih, saj je povprečna vrednost odgovorov na lestvici od 1 do 6 le 2,36. Več kot polovica (64,5 %) ravnateljev je ocenila, da je potrebno ukrepati ob tveganem vedenju le 1-2 krat letno, ter 19,7 % 3-9 krat letno, drugih izbranih odgovorov je manj.

Na vprašanje, ali ima šola napisan postopek ukrepov za primer ogroženosti zdravja učenca (poškodba, nujno zdravstveno stanje, akutna bolezen, poslabšanje kronične bolezni) je 172 (64,7 %) anketirancev odgovorilo, da ga ima in 75 (28,2 %), da ne. Kako pogosti so postopki ukrepanja ob zgoraj naštetih dogodkih na posamezni šoli, pa

so ravnatelji potrjevali preko šestih trditev s 5-stopenjsko lestvico pogostosti, kjer je 1 pomenilo nikoli in 5 vedno (slika 2). Najbolj pogosto se dogaja, da v primeru ogroženosti zdravlja učencev šola obvesti starše in učenec pod nadzorom šolskega osebja počaka v šolskem prostoru (povprečje 4,51), manj pogosto se dogaja, da šola obvesti zdravstveni dom in starše, nekdo od šolskega osebja pa učenca odpelje v zdravstveni dom (2,56), redkeje pa, da osebje iz zdravstvenega doma na poziv šole pride po učenca na šolo (1,87). Glede ukrepanja ob poškodbi zelo pogosto (4,45) šolsko osebje nudi učencem prvo pomoč. Ob poslabšanju kronične bolezni pa šolsko osebje pogosteje učencu da predpisana zdravila oz. kako drugače ukrepa po navodilu staršev učenca (2,73) kot po navodilu zdravnika (2,17).

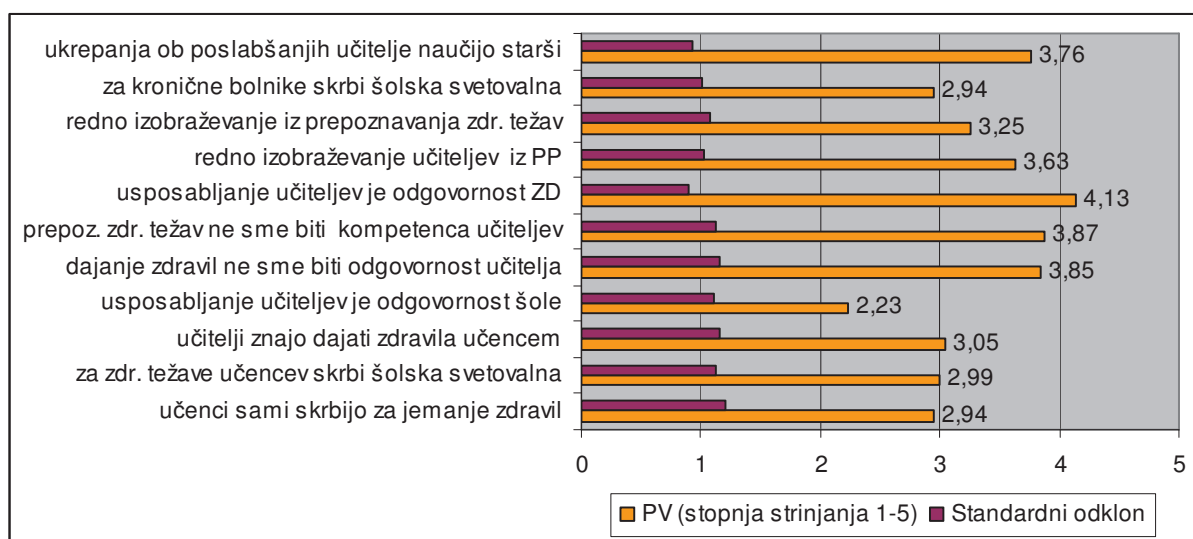


Slika 2: Pogostost postopkov ukrepanja ob zdravstvenih težavah učencev

Ravnatelji so se na lestvici pogostosti od 1-5 opredeljevali tudi o tem, kako pogosto izbrano osebje v primeru akutne bolezni, poslabšanja kronične bolezni oz. poškodbe učenca, ki se pojavijo v času bivanja na šoli, poskrbi za učenca (ga prevzame in ostane ob njem) do prihoda staršev oz. do transporta v zdravstveni dom. Najbolj pogosto poskrbi za učenca osebje iz šolske svetovalne službe (povprečna vrednost 3,63), na drugem mestu je razrednik oz. učitelj (3,53), na tretjem mestu osebje iz uprave (npr. pomočnik ravnatelja, tajnica ipd.) (2,86), manj pogosto pa zdravstveno osebje (1,58),

tehniško osebje (npr. hišnik, kuharice ipd. - 1,44), šolsko zobozdravstveno osebje (1,20) oz. druga oseba (1,61).

Zanimalo nas je, če sploh in kako so učitelji in strokovni delavci šole usposobljeni za prepoznavanje problemov v zvezi z zdravjem učencev in za ukrepanje ob problemih, kar smo merili z 11 trditvami, do katerih so anketirani izražali stopnjo strinjanja na 5-stopenjski lestvici (1, sploh se ne strinjam, in 5, popolnoma se strinjam) (slika 3).

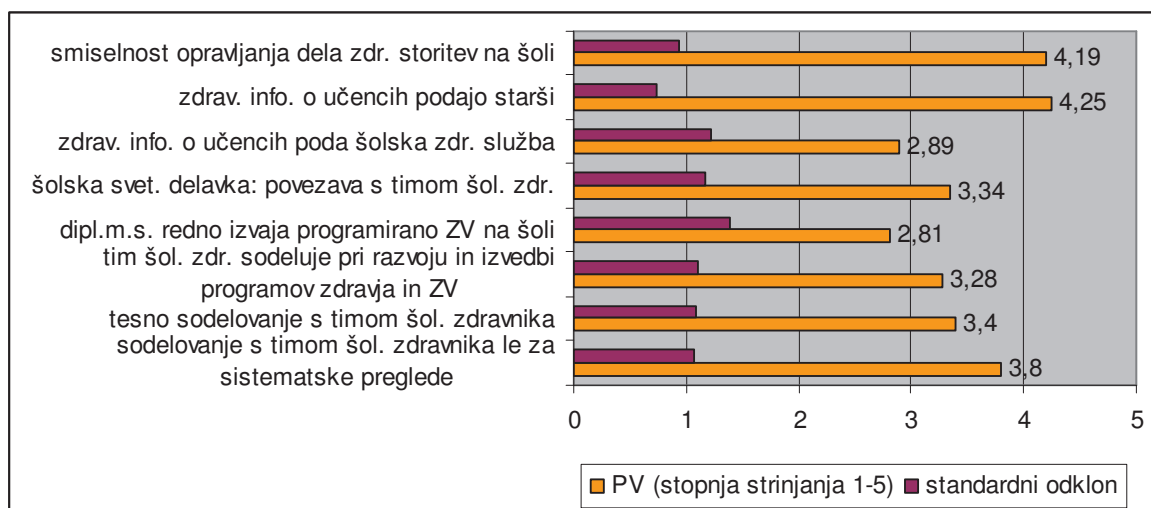


Slika 3: Mnenja glede usposabljanja učiteljev za prepoznavanje in ukrepanje

Anketirani ravnatelji so se s povprečno stopnjo strinjanja 3,63 opredelili, da se učitelji na njihovih šolah redno izobražujejo za nudenje prve pomoči; s stopnjo 3,25, da se učitelji redno izobražujejo iz prepoznavanja zdravstvenih problemov; s stopnjo 3,76, da jih ukrepanja v primeru poslabšanja stanja pri kroničnih bolnikih običajno naučijo starši učencev; ter s stopnjo 3,05, da učitelji znajo dajati zdravila učencem s kroničnimi boleznimi. Obenem so izrazili tudi relativno visoko stopnjo strinjanja s trditvijo, da dajanje zdravil v nobenem primeru ne bi smela biti odgovornost učitelja (3,85), da prepoznavanje zdravstvenih težav učencev ne more biti kompetenca učiteljev (3,87) ter da bi usposabljanje učiteljev glede prepoznavanja zdravstvenih težav učencev in ukrepanja ob tem morala biti odgovornost zdravstvenega doma – tima šolskega zdravnika (4,13), ne strinjajo pa se, da bi za tovrstno usposabljanje morala biti

odgovorna šola (2,23). Da za zdravstvene težave učencev ter za učence s kroničnimi boleznimi na šoli skrbi osebje iz šolske svetovalne službe, se ravnatelji v povprečju srednje strinjajo (2,99 ter 2,94) kot tudi s trditvijo, da na njihovi šoli učenci sami poskrbijo za jemanje predpisanih zdravil (kot npr. inhalator, inzulinska injekcija ipd.) (2,94).

Sodelovanje šole in službe za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine (t.i. šolski dispanzer), ki vključuje tim šolskega zdravnika: zdravnik, diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehnik, smo preverjali z osmimi trditvami, do katerih so se anketiranci opredeljevali na 5-stopenjski lestvici strinjanja (slika 4).



Slika 4: Mnenja glede sodelovanja šole s šolskim dispanzerjem

Rezultati kažejo, da se ravnatelji v povprečju strinjajo (3,8), da s timom šolskega zdravnika v večini primerov sodelujejo le za izvedbo sistematskih pregledov, a hkrati, da tim šolskega zdravnika poznajo in z njim tesno sodelujejo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva učencev (3,4) ter da v primeru zdravstvenih težav učenci iščejo pomoč v šolski svetovalni službi, ki se nato poveže s šolskim dispanzerjem (3,34). Kljub temu pa se anketiranci strinjajo, da zdravstvene informacije o učencih, ki so pomembne za varno bivanje otroka v šoli, pridobivajo od staršev (4,25), manj se strinjajo, da informacije poda šolska zdravstvena služba (2,89). V povprečju se srednje

strinjajo (3,28), da tim šolskega zdravnika sodeluje pri razvoju in izvedbi programov s področja zdravja in zdravstvene vzgoje na šoli, ter se ne strinjajo (2,81), da je diplomirana medicinska sestra iz šolskega dispanzerja prisotna na šoli za izvajanje programirane zdravstvene vzgoje. Relativno visoko pa se anketirani ravnatelji strinjajo (4,19), da bi lahko bil zdravstveni delavec (npr. dipl. m.s.) tesneje povezan s šolo in bi del storitev opravljal na lokaciji šole.

Tabela 3: Potreba po izvajanju predlaganih nalog šolske medicinske sestre na lokaciji šole

Predlogi izvajanja nalog	Stopnja potrebe od 1 do 5	Standardni odklon
	PV	SO
Izvajanje izobraževanj krepitve zdravja in preprečevanje bolezni za učence, starše, učitelje.	4,36	0,847
Spremljanje učencev s kronično boleznijo in posebnimi zdravstvenimi stanji.	4,33	0,881
Vodenje zdravstvenovzgojnih programov in programov promocije zdravja na šoli.	4,30	0,901
Ključna povezave med šolo in šolskim dispanzerjem (timom šolskega zdravnika).	4,29	0,897
Vključenost v šolski tim in aktivno sodelovanje pri politiki zdravja v šoli.	4,26	0,907
Ukrepanje ob nujnih stanjih učencev (poškodbe, poslabšanje kroničnih bolezni ipd.).	4,22	0,892
Tesno sodelovanje s starši in učitelji pri krepitvi zdravja in preprečevanju bolezni.	4,22	0,936
Prepoznavanje problemov v zvezi z zdravjem v času bivanja učenca na šoli.	4,21	0,960
Povezovanje šole, zdravstva in lokalne skupnosti na področju krepitve zdravja.	4,14	0,926
Oskrbovanje učencev z zdravstvenimi storitvami v času pouka.	4,08	1,056
Ob spremembah zdravstvenega stanja naročanje in spremljanje učencev v zdravstveni dom.	4,02	1,097
Sodelovanje pri pripravi uravnoteženih jedilnikov.	3,98	1,017
Izvajanje določenih presejalnih testov na šoli in usmerjanje učencev na nadaljnje preglede.	3,90	1,163

Predloge nalog, ki jih v tujini opravlja šolska medicinska sestra, locirana na šoli, smo preverjali s 13 trditvami, do katerih so anketiranci izražali mnenja s 5-stopenjsko lestvico potrebe (od 1, zelo nepotrebno, do 5, zelo potrebno). Rezultate prikazujemo s povprečno vrednostjo (PV) v tabeli 3.

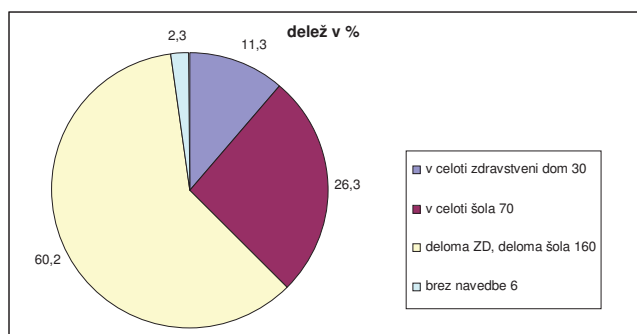
Diplomirana medicinska sestra iz zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov ima tudi v Sloveniji v šolskem prostoru možnost delovanja na številnih področjih, zato nas je zanimalo mnenje ravnateljev glede področij, na katerih bi tovrstni kader deloval na šoli. Anketirani ravnatelji so se opredeljevali s petstopenjsko lestvico strinjanja (od 1, sploh se ne strinjam, do 5, popolnoma se strinjam) do sedmih trditev. Rezultate prikazujemo s povprečnimi vrednostmi v tabeli 4. Anketirane smo vprašali tudi po mnenjih glede vsebinskih področij, ki bi jih diplomirana medicinska sestra v okviru zgoraj naštetih dejavnosti na šoli pokrivala, in rezultati kažejo, da se ravnatelji najbolj strinjajo z vsebinskim področjem zdravstveno stanje/obolevnost/preprečevanje bolezni (4,36) ter s področjem tveganega vedenja (spolnost, alkohol, poškodbe ipd.) (4,34). Sledi duševno zdravje (4,22), zdrava prehrana (4,14), najmanj pa se strinjajo s področjem telesne dejavnosti (4,13).

Tabela 4: Področja delovanja dipl. m. s. iz šolskega dispanzerja v šolskem prostoru

Področja delovanja dipl.m.s. iz šolskega dispanzerja na šoli	Stopnja strinjanja od 1 do 5	Standardni odklon
	PV	SO
Individualno svetovanje in podpora učencem in staršem s področja zdravja.	4,24	0,840
Promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in izobraževanje s področja zdravja v okviru pouka.	4,23	0,907
Sodelovanje pri oblikovanju in realizaciji šolske politike zdravja.	4,21	0,874
Delo s šolskim osebjem (izobraževanje s področja zdravja).	4,19	0,839
Vodenje interesnih dejavnosti (npr. »zdrav krožek«).	4,18	0,926
Sodelovanje v pedagoškem timu (medpredmetno povezovanje vsebin zdravja).	4,15	0,902
Vodenje podpornih skupin (npr. za kronične bolnike).	4,06	0,929

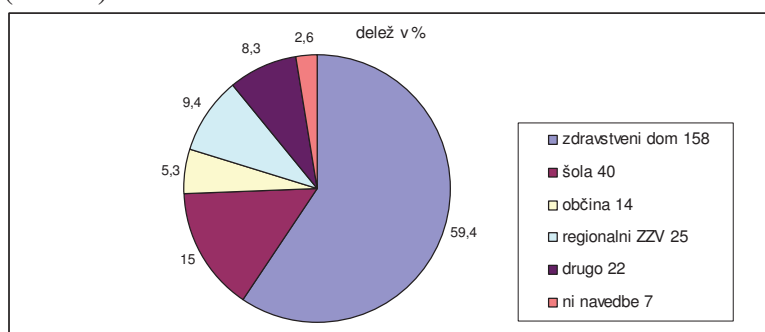
Ravnatelje smo vprašali tudi, kakšna oblika zaposlovanja in lokacija delovanja diplomirane medicinske sestre, ki v okviru zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine skrbi za zdravje učencev, je po njihovem mnenju najprimernejša za naše okolje. Rezultati kažejo, da se je več kot polovica anketiranih (160 ali 60,2 %) opredelilo za

kombinirano lokacijo delovanja, torej deloma zdravstveni dom, deloma šola. Dobra četrtina (70 ali 26,3 %) je na drugo mesto v celoti postavila lokacijo šole, šele na tretje mesto se je uvrstila možnost, da naj tak kader v celoti deluje v zdravstvenem domu, kar je izbralo 30 (11,3 %) anketirancev (slika 5).



Slika 5: Najprimernejša lokacija delovanja dipl. m. s. iz šolskega dispanzerja

Na vprašanje, kdo naj tovrstni kader zaposluje, se jih večina, t.j. 158 (59,4 %), strinja, da zdravstveni dom, 40 (15 %) jih je kot delodajalca izbralo šolo, 25 (9,4 %) regionalni zavod za zdravstveno varstvo ter 14 (5,3 %) občino. Nekaj ravnateljev (22 oz. 8,3 %) je navedlo druge možnosti, kjer so se v večini opredeljevali za kombinacijo delodajalca: šola-zdravstveni dom oz. zdravstveni dom - regionalni zavod za zdravstveno varstvo (slika 6).



Slika 6: Najprimernejši delodajalec dipl. m. s., delujoče na šoli

Želeli smo analizirati, kaj vpliva na potrebo po tem, da bi šolska medicinska sestra delovala na šoli in izvajala naloge, povezane tako s promocijo zdravja kot s preventivo in kurativo bolezni. Da bi izmerili, ali vse trditve merijo ta pojav, smo najprej izvedli

faktorsko analizo. Faktorska analiza mnenj anketiranih ravnateljev o predlogih izvajanja nalog šolske medicinske sestre na šolah je pokazala, da lahko latentno strukturo prostora opišemo le z enim samim faktorjem; vsi indikatorji se z visokimi utežmi uvrščajo v ta faktor (tabela 5). Faktor smo poimenovali »Potreba po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli«. Trditve, zajete v faktorju, pojasnjujejo 69,61 % variance faktorja (tabela 6). V nadaljnji statistični obdelavi smo uporabili ta faktor.

Tabela 5: Indikatorji faktorja predlogov izvajanja nalog šolske medicinske sestre na lokaciji šole

	Faktor
	1
Tesno sodelovanje s starši in učitelji pri krepitevi zdravja in preprečevanju bolezni.	0,897
Vključenost v šolski tim in aktivno sodelovanje pri politiki zdravja v šoli.	0,888
Prepoznavanje problemov v zvezi z zdravjem v času bivanja učenca na šoli.	0,881
Povezovanje šole, zdravstva in lokalne skupnost na področju krepiteve zdravja.	0,876
Ključna povezava med šolo in šolskim dispanzerjem (timom šolskega zdravnika).	0,876
Ob spremembah zdravstvenega stanja naročanje in spremljanje učencev v zdravstveni dom.	0,827
Vodenje zdravstvenovzgojnih programov in programov promocije zdravja na šoli.	0,826
Izvajanje izobraževanj krepiteve zdravja in preprečevanje bolezni za učence, starše, učitelje.	0,825
Oskrbovanje učencev z zdravstvenimi storitvami v času pouka.	0,817
Ukrepanje ob nujnih stanjih učencev (poškodbe, poslabšanje kroničnih bolezni ipd.).	0,813
Spremljanje učencev s kronično boleznijo in posebnimi zdravstvenimi stanji.	0,794
Izvajanje določenih presejalnih testov na šoli in usmerjanje učencev na nadaljnje preglede.	0,770
Sodelovanje pri pripravi uravnoteženih jedilnikov.	0,741

Metoda ekstrakcije: metoda glavnih osi

Tabela 6: Lastne vrednosti, pojasnjena varianca in dobljeno število faktorjev predlogov izvajanja nalog šolske medicinske sestre na lokaciji šole

Faktorji	Začetne lastne vrednosti			Dobljeno število faktorjev		
	Skupaj	% pojasnjene variance	Kumulativa %	Skupaj	% pojasnjene variance	Kumulativa %
1	9,346	71,891	71,891	9,050	69,613	69,613
2	0,660	5,078	76,969			
3	0,568	4,372	81,341			
4	0,440	3,387	84,728			
5	0,380	2,925	87,653			
6	0,280	2,150	89,803			
7	0,251	1,928	91,731			
8	0,241	1,856	93,588			
9	0,204	1,566	95,154			
10	0,185	1,420	96,573			
11	0,168	1,295	97,868			
12	0,142	1,094	98,962			
13	0,135	1,038	100,000			

Metoda ekstrakcije: metoda glavnih osi

Tabela 7: Rezultati multiple regresijske analize vpliva mnenj ravnateljev na potrebo po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli

Potreba po izvajanju nalog šolske med. sestre v šoli	Značilnosti	b	Beta	t	p
prilag. $R^2=0,045$ F=4,933 p=0,002	Konstanta	-0,895		-2,671	0,008
	Dajanje zdravil ne sme biti odgovornost učitelja.	-0,035	-0,041	-0,516	0,606
	Prepoznavanje zdravstvenih težav ne more biti kompetenca učiteljev.	-0,022	-0,025	-0,306	0,760
	Usposabljanje učiteljev za prepoznavanje zdr. težav in ukrepanje je odgovornost ZD.	0,270	0,244	3,833	0,000

S preverjanjem zastavljenih hipotez smo želeli ugotoviti, kaj vpliva na potrebo po delovanju šolske medicinske sestre na lokaciji šole. Najprej smo ugotavljali odvisnost med mnenji ravnateljev v zvezi z dajanjem zdravil v odgovornosti učiteljev, v zvezi s prepoznavanjem težav v kompetenci učiteljev ter v zvezi z usposabljanjem učiteljev iz prepoznavanja zdravstvenih težav v odgovornosti zdravstvenega doma in močjo potrebe po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli (hipoteza 1). Hipotezo 1 smo preverjali z multiplo regresijsko analizo, ki je pokazala, da le mnenje glede odgovornosti zdravstvenega doma za izobraževanja učiteljev o prepoznavanju in ukrepanju ob zdravstvenih težavah značilno vpliva na stopnjo izražene potrebe po nalogah šolske medicinske sestre ($b = 0,270$, $p < 0,000$), kar pomeni, da hipotezo 1 lahko le delno potrdimo. Rezultate prikazuje tabela 7.

Tabela 8: Rezultati multiple regresijske analize vpliva pogostosti ukrepanja ob zdravstvenih težavah na potrebo po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli

Potreba po izvajanju nalog šolske med. sestre na lokaciji šole	Značilnosti	b	Beta	t	p
prilag. $R^2=0,021$ $F=2,495$ $p=0,061$	Konstanta	-0,630		-2,168	0,031
	Pogostost ukrepanja ob kroničnih boleznih	0,031	0,057	0,795	0,428
	Pogostost ukrepanja ob akutnih stanjih	-0,003	-0,004	-0,052	0,959
	Pogostost ukrepanja ob telesnih poškodbah	0,208	0,173	2,485	0,014

Nato smo želeli ugotoviti, ali tiste šole, na katerih učitelji bolj pogosto ukrepajo zaradi kroničnih boleznih učencev, zaradi akutnih bolezenskih stanj in zaradi telesnih poškodb, povzročenih v času bivanja učencev na šoli, izražajo večjo potrebo po izvajanju nalog, ki bi jih šolska medicinska sestra lahko opravljala na lokaciji šole (hipoteza 2). Z multiplo regresijsko analizo smo preverjali hipotezo 2 in ugotovili, da šole, ki pogosteje ukrepajo zaradi telesnih poškodb učencev, izražajo značilno večjo potrebo po delovanju

šolske medicinske sestre na lokaciji šole ($b = 0,208$, $p < 0,014$), pogostost ukrepanja ob kroničnih boleznih in pogostost ukrepanja ob akutnih stanjih pa s tem nista povezani. Hipotezo 2 lahko le delno potrdimo (tabela 8).

Zanimalo nas je tudi, ali posamezne značilnosti šol vplivajo na izraženo potrebo ravnateljev po delovanju šolskih medicinskih sester (hipoteza 3). Multipla regresijska analiza, s katero smo potrjevali hipotezo 3, je pokazala, da velikost šole glede na število učencev, vključenost v Slovensko mrežo zdravih šol, napisan postopek ukrepov v primeru nujnih stanj, redno izobraževanje učiteljev iz prve pomoči in iz prepoznavanja zdravstvenih težav ne vplivajo na moč potrebe po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli. Hipotezo 3 v celoti ovržemo (tabela 9).

Tabela 9: Rezultati multiple regresijske analize vpliva značilnosti šol na potrebo po izvajanju nalog šolske medicinske sestre v šoli

Potreba po izvajanju nalog šolske med. sestre v šoli	Značilnosti	b	Beta	t	p
prilag. $R^2 = -0,015$ $F = 0,348$ $p = 0,883$	Konstanta	-0,327		-0,789	0,431
	Število učencev	0,000	-0,025	-0,372	0,710
	Zdrava šola (da, ne)	-0,018	-0,009	-0,131	0,896
	Napisan postopek ukrepov ob nujnih stanjih	0,073	0,034	0,498	0,619
	Redno izobraževanje učiteljev iz PP	0,032	0,032	0,420	0,675
	Redno izobraževanje učiteljev iz prepoznavanja zdravstvenih problemov	0,058	0,061	0,797	0,426

3.4.2 Kvalitativna raziskava

Na podlagi analize besedila smo oblikovali pet glavnih kategorij. Za vsako kategorijo predstavljamo podkategorije (tabela 10) in za vsako podkategorijo značilne kode zanjo

(tabele 11 do 15), ki jih prikazujemo posebej za šolstvo in zdravstvo. Navedli smo tudi nekatere reprezentativne izjave sodelujočih, na podlagi katerih smo določali kode.

Tabela 10: Glavne kategorije analize besedila s podkategorijami

	Glavne kategorije	Podkategorije
1	Zdravstvene težave učencev v šoli	-Kronične bolezni -Akutne nalezljive bolezni -Poškodbe
2	Ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev v času bivanja na šoli	-Oseba, ki ukrepa -Praksa ukrepanja -Dajanje zdravil -Vloga zdravstvene službe
3	Usposobljenost učiteljev za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev	-Odgovornost vodstva šole -Odgovornost učitelja -Odgovornost šolske zdravstvene službe
4	Promocija zdravja v šoli	-Pedagoški zbor -Šolska zdravstvena služba
5	Potreba po delovanju zdravstvenega kadra v šolskem prostoru	-Vključevanje dipl. m.s. iz šolske zdravstvene službe -Umestitev šolske medicinske sestre ('school nurse')

3.4.2.1 Zdravstvene težave učencev v šoli

Prva kategorija *zdravstvene težave učencev v šoli* združuje tri podkategorije: kronične bolezni, akutne nalezljive bolezni in poškodbe. Podkategorijo *kronične bolezni* smo določili na podlagi izoblikovanih kod: z alergijami povezane težave, z diabetesom povezane težave, z astmo povezane težave ter epileptični napadi; kode smo določili na podlagi analize besedila izjav strokovnjakov s področja šolstva in zdravstva, pri področju šolstva smo dodali še kodi težave s srcem in psihosomatske težave. Podkategorija *akutne nalezljive bolezni* združuje kode viroze, vročinska stanja, bolezni dihal, glavobol, slabosti, bolečine v trebuhu in uši. Na podlagi analize besedila razgovorov obeh poklicnih skupin smo določili iste kode, z izjemo slabosti in bolečin v trebuhu, ker sta slednji značilni le za področje šolstva. Podkategorija *poškodbe* pa pri izjavah strokovnjakov iz šolstva združuje tri kode: ureznine, poškodbe kosti in poškodbe sklepov, pri področju zdravstva pa smo kodo poimenovali enako kot kategorijo, saj vrst poškodb posebej ne izpostavljajo. Rezultate prikazujemo v tabeli 11.

Tabela 11: Kategorija Zdravstvene težave učencev v šoli s podkategorijami in značilnimi kodami

KATEGORIJA	PODKATEGORIJE	KODE	
		šolstvo	zdravstvo
Zdravstvene težave učencev v šoli	Kronične bolezni	Z alergijami povezane težave Z diabetesom povezane težave Z astmo povezane težave Epileptični napadi Težave s srcem Psihosomatske težave	Z alergijami povezane težave Z diabetesom povezane težave Z astmo povezane težave Epileptični napadi
	Akutne nalezljive bolezni	Viroze Vročinska stanja Bolezni dihal Glavobol Slabosti Bolečine v trebuhu Uši	Viroze Vročinska stanja Bolezni dihal Glavobol Uši
	Poškodbe	Ureznine Poškodbe kosti Poškodbe sklepov	Poškodbe

Učitelji in drugi strokovni delavci šole se srečujejo z vrsto zdravstvenih težav, ki se dogajajo učencem v času bivanja na šoli. Izmed kroničnih bolezni izstopajo alergije in diabetes tipa 1, za katere navajajo, da so v porastu. Težave, ki jih imajo učenci ob kroničnih boleznih, so vezane na zaplete zaradi uživanja neprimerne hrane, kontaktov z alergeni iz okolja, psihosomatskih vplivov in drugih vzrokov. Pozornost je usmerjena tudi na redno jemanje predpisane terapije. Akutne težave učencev se pojavljajo v obliki viroz, prehladov, povišane telesne temperature, glavobolov, slabosti in bolečin v trebuhu, kar strokovnjaki v šolstvu pojmujejo kot manjše stvari. Pojavljajo pa se tudi nalezljivi naglavni paraziti. Strokovnjaki v zdravstvu opažajo podobno. Pri poškodbah gre običajno za ureznine, zlome, zvine, ki se največkrat zgodijo pri pouku športa, pri predmetih praktičnega pouka ter na izletih.

1Š-1/1

Najpogostejše take zahtevnejše zdravstvene težave učencev se kažejo kot epileptični napadi pri nekaterih učencih, potlej smo opazili pogostejše alergije, potem so pa manjše stvari: glavoboli, zoboboli, kakšne drobne poškodbe.

2Š-2/1

Imamo tudi sladkorne bolnike, v letošnjem letu je bilo kar nekaj primerov odkritih in to bi znal biti kar problem, poznam primer, da bi učiteljica velikokrat potrebovala pomoč.

1Z-3/4

Kroničnih bolnikov je zmeraj več, ker se tudi rodijo otroci s takimi boleznimi, ki so včasih že pri porodu umrli in zdaj preživijo in imajo potem celo življenje težave in jemljejo zdravila že od rojstva dalje, so hendikepirani in imajo probleme.

3.4.2.2 Ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev v času bivanja na šoli

Druga kategorija *ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev v času bivanja na šoli* združuje štiri podkategorije: oseba, ki ukrepa, praksa ukrepanja, dajanje zdravil ter vloga zdravstvene službe. Podkategorijo *oseba, ki ukrepa*, smo izoblikovali na podlagi kod: razrednik, učitelj, ki je trenutno pri otroku, usposobljeni učitelji za prvo pomoč (PP), svetovalna delavka, kar je enotno pri obeh poklicnih skupinah. Pri zdravstvu se pojavita še kodi hišnik in pomočnik ravnatelja. V podkategorijo *praksa ukrepanja* smo združili značilne kode: osrednja vloga staršev, napotitev v svetovalno službo ali tajništvo, samostojno izvajanje nujnih ukrepov, šola po potrebi poskrbi za transport v ZD, hude poškodbe transport dežurne službe, kar je značilno za obe strokovni področji, pri področju šolstva se pojavlja še obvezna oprema in tim PP. Podkategorija *dajanje zdravil* združuje skupno kodo obeh področij, ki je pisno pooblastilo in navodilo staršev, šolstvu smo določili še kodi: učitelji prevzemajo dajanje zdravil kroničnim bolnikom in medsebojno obveščanje učiteljev, zdravstvu pa kodo strokovno usposabljanje učiteljev. Zadnja podkategorija v tem sklopu *vloga zdravstvene službe*, pa je bila izoblikovana na podlagi kod: pomoč dežurne službe in sprejem učenca v šolskem dispanzerju brez naročanja. Pri zdravstvenem področju sta se pokazali še kodi: varovanje osebnih podatkov ter šolski zdravnik ni nujno izbrani zdravnik učenca (tabela 12).

Glede ukrepanja ob zdravstvenih težavah, ki se pri učencih pojavljajo v času bivanja na šoli, t.j. ob poškodbah, akutnih obolenjih, ob poslabšanih kroničnih boleznih ter ob skrbi za redno jemanje terapije, je bilo izpostavljenih več pomembnih področij. V prvi vrsti se je izkazalo, da je pomembna oseba, ki ukrepa oz. nudi pomoč učencu. Pri kroničnih

bolnikih so pomembne osebe razrednik ter vsi učitelji, ki se srečujejo z učencem kroničnim bolnikom. Tukaj gre predvsem za ukrepe glede jemanja predpisane terapije in glede prilagoditve prehrane. Ob akutnih nalezljivih boleznih je praksa običajno taka, da učitelj pospremi otroka k svetovalni delavki, ki potem nadalje ureja zadeve. Ob nujnih stanjih, kot so poškodbe in akutna poslabšanja kroničnih bolezni pa najprej ukrepa učitelj, ki je trenutno pri otroku, obrne pa se tudi na enega od usposobljenih učiteljev za PP oz. na svetovalno delavko. Če je kasneje potreben transport v zdravstveno ustanovo, pa sodelujejo tudi druge osebe, kot so hišnik oz. pomočnik/ca ravnatelja.

Tabela 12: Kategorija Ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev v času bivanja na šoli s podkategorijami in značilnimi kodami

KATEGORIJA	PODKATEGORIJE	KODE	
		šolstvo	zdravstvo
Ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev v času bivanja na šoli	Oseba, ki ukrepa	Razrednik Učitelj, ki je trenutno pri otroku Usposobljeni učitelji za PP Svetovalna delavka	Razrednik Učitelj, ki je trenutno pri otroku Usposobljeni učitelji za PP Svetovalna delavka Hišnik Pomočnik ravnatelja
	Praksa ukrepanja	Osrednja vloga staršev Napotitev v svetovalno službo ali tajništvo Samostojno izvajanje nujnih ukrepov (osnovno PP) Obvezna oprema in tim za PP Šola po potrebi poskrbi za transport v ZD Hude poškodbe transport dežurne službe	Osrednja vloga staršev Napotitev v svetovalno službo ali tajništvo Samostojno izvajanje nujnih ukrepov (osnovno PP) Šola po potrebi poskrbi za transport v ZD Hude poškodbe transport dežurne službe
	Dajanje zdravil	Pisno pooblastilo in navodilo staršev Učitelji prevzemajo dajanje zdravil kroničnim bolnikom Medsebojno obveščanje učiteljev	Pisno pooblastilo in navodilo staršev Strokovno usposabljanje učiteljev
	Vloga zdravstvene službe	Pomoč dežurne službe Sprejem učenca v šolskem dispanzerju brez naročanja	Pomoč dežurne službe Sprejem učenca v šolskem dispanzerju brez naročanja Varovanje osebnih podatkov Šolski zdravnik ni nujno izbrani zdravnik učenca

2Š-1/1

Pomaga tisti delavec šole, ki je trenutno ob otroku, ga pošlje v tajništvo ali v šolsko svetovalno službo in potem se oceni, ali se ga bo peljalo v zdravstveni dom, ali se ga bo v šoli oskrbelo, ali se ga bo poslalo domov.

1Z-1/1

Običajno, se mi zdi, da kar razredničarke ukrepajo in starše pokličejo; pri poškodbah pa običajno hišniki ali kakšni socialni delavci, vsaj ti jih običajno pripeljejo, ali pa pomočnik ravnatelja, včasih pa tudi razrednik.

3Z-1/1

Sistemsko ne vem, kako je to rešeno v Sloveniji, ampak če sodim po naših osnovnih šolah, je tako, da predvsem ob poškodbah največkrat ukrepajo šolski športni pedagogi, če se to dogaja ob športnih dnevih, v okviru športne vzgoje, drugače pa večinoma razredniki in razredniki pokrivajo pri nas tudi vsa ta akutno nastala obolenja, predvsem akutne nalezljive bolezni. Kar je pa drugih težav se pa obračajo na razrednike, kronične razrednik naprej pelje, to se pravi, da obvesti recimo kuharje, da obvesti kuhinjo, da začnejo pripravljat; preko razrednika gre to pri nas, ne vem pa, kako drugod teče.

Nadalje je bilo izpostavljeno področje prakse ukrepanja. Izkazalo se je, da učitelji izpostavljajo pomembno vlogo staršev, ki je odločilna pri ukrepanjih ob zdravstvenih težavah učencev. Šolski strokovnjaki so navajali, da se je pogosto dogajalo, da so starši učiteljem določene izvedene ukrepe očitali kot slabo izvedene. Zdravstveni delavci pa so izpostavili vlogo staršev zaradi varovanja osebnih podatkov, saj je pogosto prav zaradi slednjega ogrožena varnost otroka, ker starši ne predajo vedno informacij o zdravstvenem stanju učiteljem oz. zdravstveno osebje iz šolskega dispanzerja ne sme predati informacij šoli. Samostojno se učitelji torej ničesar ne odločajo, razen v primeru nujnega stanja, ko je treba učencem nuditi osnovno PP. Na šolah imajo obvezno opremo za PP ter usposobljen tim učiteljev, ki v takih primerih ukrepa. V primerih akutnih nalezljivih boleznih oz. poslabšanja kroničnih boleznih obvezno najprej pokličejo starše in se v skladu z njimi dogovorijo, kako postopati. Možnosti je več, ali otrok do prihoda staršev počaka v posebnem prostoru (v takem primeru ukrepa učitelj po navodilih

staršev, prevzame ga pa šolska svetovalna delavka oz. osebje v tajništvu) ali ga šolski delavec odpelje v zdravstveni dom, kjer ga kasneje prevzamejo starši. V primeru hudih poškodb ali hudih poslabšanj kroničnih bolezni, pa za transport poskrbi dežurna služba, ki jo pokliče šola.

2Š-3/1

Sicer pa imam zdaj drugačno prakso. Naučila sem se, da takoj pokličem starše in da če ne morejo v doglednem času priti, pa če je primer dosti resen, ga odpeljem, sicer pa raje prepustim to staršem, ker je odgovornost kar velika, v tolikšni meri, kljub temu da sem jaz usposobljena za to, se zgodi, da je kakšen od staršev nehvaležen v smislu, ja, a ga je blo treba peljat, saj bi lahko počakal ... Torej, starše pokličemo in jih vprašamo, ali ga peljem jaz ali ga boste vi, ne pustimo pa nikoli otroka čakati.

1Z-3/1

... recimo v šoli ugotovijo, da imajo vročino, da zjutraj niso izmerili, niso vedeli in so otroka poslali v šolo. Ampak, kaj je pa tu problem, če oni izmerijo vročino, namesto da bi obvestili starše ali pa rekli, pridite po otroka, ker je zbolel, in ga odpeljite domov ali k lečečemu zdravniku, ga direktno tisti trenutek po nepotrebnem odpeljejo v najbližjo ambulanto, ki dela, ne k lečečemu zdravniku. Tako da ni treba, takoj prvo minuto, ko se vročina izmeri, da ga nek hišnik odpelje v dežurno ambulanto, kar se dogaja. Je pa odvisno od šol, nekatere takoj pripeljejo, nekatere pa obvestijo starše, pa rečejo, otrok je zbolel, odpeljite ga k lečečemu zdravniku.

1Z-2/1

Je pa tako, da pri kroničnih boleznih so ponavadi že razredniki zelo dobro obveščeni s strani staršev in se potem na podlagi tega, se mi zdi, da se že kar starši posvetujejo, sploh pri kakšnih epileptičnih, pri astmatikih, take stvari, tako da se mi zdi, da ob poslabšanjih ali kakšni taki stvari, so nekako obveščeni, da niso prav presenečeni, če do tega pride.

Naslednje pomembno področje pri ukrepanju ob zdravstvenih težavah je dajanje zdravil. Praksa je taka, da je nemalokrat potrebno, da učitelji dajejo kroničnim bolnikom predpisana zdravila. Za to potrebujejo pisno soglasje staršev ter pisna navodila, ki jim

jih tudi posredujejo starši. Izpostavljeno je bilo tudi nujno medsebojno obveščanje med učitelji, ki določenega kroničnega bolnika poučujejo; za povezavo običajno poskrbi razrednik. Mlajšim učencem na razredni stopnji dajejo zdravila učitelji, starejši učenci pa jemljejo zdravila samostojno, ob zapletih pa se obrnejo k učitelju/razredniku po pomoč. Zdravstveni strokovnjaki še izpostavljajo, da se za specifične kronične bolezni (kot diabetes ali epilepsija) učitelji dodatno usposabljujejo pri specialistih tega področja.

3Š-1/1

Veste pa, normalno, da pa ne smejo zdravil dajati, samo, kadar je res kaj nujnega, je treba poseči, da zavaruje otrokovo zdravje.

1Š -1/2

Če je tako, da mora otrok v času pouka jemati zdravila, starši dajo pisno pooblastilo in tudi prinesejo zdravila. Zdravila so vedno shranjena v tej varovani omari. Za primer hudega epileptičnega napada pri enem dečku so pa vsi strokovni delavci obveščeni, kje so zdravila; so pa v hladilniku v kuhinji in je tudi zraven navodilo, kako, kaj, kdaj.

2Š -1/2

V petem razredu ima deklica celiakijo in sladkorno, tudi veš ne, kdaj jemlje zdravila, vse poskrbi sama, pa primer v sedmem razredu. Večji otroci si dajejo zdravila izključno sami, dokler je vse v redu, ko je pa enkrat nekaj narobe ali pa česa zmanjka ali pa je kaj nenavadnega, se pa obračajo na učitelja.

2Š -2/2

Mlajšim pa dajejo učitelji zdravila striktno po navodilih staršev, npr. črpalka, jaz poznam ta primer, ko ima fantek črpalko, samo po navodilih staršev, natančno, samo tisto hrano, ki jo zaužije, natančno, in če te hrane ne zaužije, potem je treba spreminjat te vnose na črpalki.

1Z-1/1

Vem, da imajo šolo za epileptike, pa za bolnike, ki imajo inzulinske črpalke, se učitelji prav pridejo izpopolnjevati in, to v Ljubljano, ne k nam, ampak pa v Ljubljano.

Zadnje pomembno področje v sklopu ukrepanja ob zdravstvenih težavah je vloga zdravstvene službe. Predvsem je prišla v ospredje vloga dežurne službe oz. nujne

medicinske pomoči, ki jo pokličejo v nujnih zdravstvenih stanjih in ne toliko služba za zdravstveno varstvo šolskih otrok. Slednja ima vlogo takrat, ko šola poskrbi za transport učenca k zdravniku, kamor ga lahko pripeljejo brez predhodnega naročila, kar je izpostavilo tako šolstvo (pozitivno) kot zdravstvo (negativno). Sicer šole na svojo pobudo dobro sodelujejo s šolsko zdravstveno službo, a običajno se nanjo prav pogosto ne obračajo. Problem, ki je bil izpostavljen s strani zdravstva, je tudi ta, da šolski zdravnik ni nujno vedno tudi izbrani osebni zdravnik učenca. V tej povezavi je bil kot problematičen izpostavljen pretok informacij in varovanje osebnih podatkov.

3Z-1/1

Odkar je pa institut izbranega pediatra in pa šolskega zdravnika, je pa tudi manj tega sodelovanja, vsaj po mojem prepričanju, ker prej so samo poklicali v ambulanto, ki je takrat delala in je tisti pediater ali pa šolski, ki je delal, poskrbel za to.

1Z-3/2

Nas niti ne kličejo po telefonu, če je kaj nujnega kličejo dežurno službo. Se ne spomnijo, da bi nas, niti ne vedo, kje bi iskali številko, najbrž. Kar dežurno službo, če je kaj nujnega, če pa ni nujno, pa pripeljejo sami, se ne naročajo, kar pridejo.

2Š-1/1

Otroke samo odpeljemo tja, ob takem primeru se ga samo naloži v avto, če se ga lahko, ali se pa pokliče NMP, pa potem itak ne pride šolski dispanzer, ampak pride dežurni zdravnik.

2Š-3/1

Moram reči, da z njihove strani je naklonjenost naši šoli – nikoli se ne čaka, če jaz pridem gor z otrokom, sem na vrsti takoj, nenazadnje vedo, da otrok potrebuje oskrbo, da ga hendikepiraš, če nima staršev zraven.

3.4.2.3 Usposobljenost šolskega osebja za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev

Tretja kategorija *usposobljenost šolskega osebja za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev* združuje tri podkategorije: odgovornost vodstva šole, odgovornost učitelja in odgovornost šolske zdravstvene službe. Podkategorijo

odgovornost šole smo izoblikovali na podlagi kod: skrb za redna izobraževanja iz PP ter skrb za seznanjenost učiteljev z zdravstvenimi težavami učencev, ki sta skupni tako področju šolstva kot zdravstva; ločeno pa smo v sklopu analize besedila šolstvu določili še kodi: pobuda za sodelovanje z ZD, zagotoviti usposobljen tim za PP in prostor, zdravstvu pa: skrb za dopolnjevanje znanja učiteljev s področja zdravja ter protokol ukrepov za nujna stanja.

Tabela 13: Kategorija Usposobljenost šolskega osebja za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev s podkategorijami in značilnimi kodami

KATEGORIJA	PODKATEGORIJE	KODE	
		šolstvo	zdravstvo
Usposobljenost šolskega osebja za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev	Odgovornost vodstva šole	Skrb za redna izobraževanja PP Skrb za seznanjenost učiteljev z zdravstvenimi težavami učencev Pobuda za sodelovanje z ZD Zagotoviti usposobljen tim za PP in prostor	Skrb za izobraževanja PP Skrb za seznanjenost učiteljev z zdravstvenimi težavami učencev Skrb za dopolnjevanje znanja učiteljev s področja zdravja Protokol ukrepov za nujna stanja
	Odgovornost učitelja	Poznavanje PP in osnovno ukrepanje Samoiniciativnost glede usposabljanja Osebne izkušnje Nekompetentnost glede prepoznavanja zdravstvenih težav in ukrepanja Prevzem navodil od staršev Medučiteljska izmenjava informacij	Poznavanje PP in osnovno in ukrepanje Samoiniciativnost glede usposabljanja Osebne izkušnje Nekompetentnost glede prepoznavanja zdravstvenih težav in ukrepanja Strah pred ukrepanjem
	Odgovornost šolske zdravstvene službe	Posredovanje navodil Redna usposabljanja za učitelje Aktivnejše sodelovanje s šolo	Kompetetnost za prepoznavanje in ukrepanje Pomoč ob akutni bolezni in poslabšanju kronične bolezni Redna usposabljanja za učitelje Aktivnejše sodelovanje s šolo

Podkategorija *odgovornost učitelja* je nastala na podlagi značilnih kod za obe strokovni področji: poznavanje PP in osnovno ukrepanje, samoiniciativnost glede usposabljanja, osebne izkušnje ter nekompetentnost glede prepoznavanja zdravstvenih težav in ukrepanja. Pri izjavah strokovnjakov iz šolstva smo izluščili še kodi: prevzem navodil

od staršev ter medučiteljska izmenjava informacij, pri zdravstvenih delavcih pa strah pred ukrepanjem. Zadnja podkategorija v tem sklopu je *odgovornost šolske zdravstvene službe*, ki vsebuje le dve skupni kodi, to sta redna usposabljanja za učitelje ter aktivnejše sodelovanje s šolo. Na področju šolstva smo imenovali še eno značilno kodo, vezano na odgovornost zdravstvene službe, in sicer posredovanje navodil, pri zdravstvu pa še dodatno dve kodi kompetentnost za prepoznavanje in ukrepanje ter pomoč ob akutni bolezni ter poslabšanju kronične bolezni. Rezultate prikazujemo v tabeli 13. Sodelujoči v intervjujih se v svojih izjavah večinoma izrekajo, da je za usposobljenost šolskega osebja za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah deljena odgovornost tako vodstva šole kot učiteljev ter zdravstva, ki mu pripisujejo največjo odgovornost. Ravnatelj je odgovoren za redna izobraževanja iz prve pomoči; ocenjujejo, da jih imajo premalo. Nadalje pripisujejo vodstvu šole odgovornost za specifična izobraževanja v primeru kroničnih bolezni posameznih učencev. Strokovnjaki s področja šolstva poudarjajo, da bi vodstvo moralo biti pobudnik za sodelovanje z zdravstvenim domom (šolsko zdravstveno službo) ter tudi, da je ravnatelj odgovoren za zagotavljanje usposobljenega tima za PP ter posebnega prostora, ki mora biti v vsaki šoli na razpolago za nujne primere. Strokovnjaki iz zdravstva posebej izpostavljajo, da bi moralo vodstvo zagotoviti redna dopolnjevalna izobraževanja s področja zdravja ter da bi šole morale imeti napisan protokol ukrepov za nujna stanja.

3Š-1/1

Odgovoren je zagotovo kot pedagoški vodja, ravnatelj, to je vedno, da seznanja kolektiv z ukrepi. Seveda, niso ravnatelji zdravniki, tako da jih po potrebi tudi napoti na usposabljanje oz. da poskrbi, da kadarkoli druga institucija, povezana z zdravstvom, organizira izobraževanja, je njegova dolžnost pravzaprav, da jih obvesti in da so podučeni, poleg tega, kar običajno morajo imet, varstvo pri delu in take stvari

2Z-3/2

Jaz pa mislim, da bi mogli učitelji imet vsi osnovno izobrazbo o prvi pomoči, tako da lahko reagirajo v vseh situacijah in to bi mogla šola uredit. Če imajo pa otroka, ki ima ali epilepsijo ali neko kronično bolezen, bi se mogli pa posebej podučit pri zdravstveni službi. Če šola lahko poskrbi za izobraževanje, lahko tudi zdravstvena služba pride, saj

je vseeno. Šola je po moje odgovorna, da so učitelji seznanjeni, da se ves čas dopolnjuje to znanje. Za to dodatno, če ima pa eden en tak primer, gre pa k zdravniku v dispanzer, pa se posebej podučiti, kaj lahko stori v takem primeru.

3Z-1/2

Za to, da bi se za prvo pomoč usposabljali, je odgovoren ravnatelj, drugo je pa vse tako tako – konec koncev za zdravje ne skrbi učitelj, mislim za zdravje, za pomoč ob neki akutni bolezni ali pa za poslabšanje kronične bolezni, za to je zdravstvena služba.

Glede odgovornosti učitelja do usposobljenosti za prepoznavanje in ukrepanje ob zdravstvenih težavah učencev so si zdravstveni delavci enotni, da imamo od učiteljev prevelika pričakovanja, da glede tega niso kompetentni, čeprav bi bili zaradi situacije na šolah potrebni omenjenega znanja. Pogosto učitelji ukrepajo na podlagi osebnih izkušenj, usposobljeni za to pa niso, kar se kaže tudi v njihovem strahu pred ukrepanjem. Mnenja so še, da morajo učitelji poznati in ukrepati le v okviru osnovne prve pomoči, s čimer se strinjajo tudi strokovnjaki iz šolstva. Slednji poudarjajo tudi, da bi potrebovali predvsem redna izobraževanja iz PP, saj imajo premalo znanja. Glede ukrepanja ob drugih zdravstvenih težavah in ob poslabšanju kroničnih bolezni pa izpostavljajo, da niso kompetentni, da je to zanje prevelika odgovornost. Vendar kljub temu prevzemajo navodila od staršev učencev, si medsebojno izmenjujejo informacije, pri tovrstnih ukrepanjih pa jim pomagajo osebne izkušnje in samoiniciativnost glede usposabljanja.

2Š-3/2

Je prišlo do ene psihične zadeve, travme, je bil tako hud astmatičen napad, da so nam starši očitali, da bi ga učiteljica skoraj ubila. Ker učiteljica znakov ni prepoznala, bila pa je res nova in ni vedela vseh znakov. Starš je odreagirал neprimerno. Je pa piskal, je bil res ubog.

1Š-2/2

Učitelji pogrešamo, da bi imeli še neko dodatno izobraževanje, npr. prva pomoč, tega je premalo, in tudi učitelji bi verjetno želeli. Opažamo, da imamo tega znanja premalo, o prvi pomoči, kako reagirat.

1Š-1/2

Največ znanja imamo, po mojem mnenju, delavci iz lastnih izkušenj ali pa po tem, ko dobiš učenca, za katerega veš, da ima določene težave, in se o problematiki pozanimaš, vprašaš starše, naučiš se.

1Š-3/2

Pa imeli smo tudi enega sladkornega bolnika, ta si je dajal injekcije, ampak on je sam poskrbel. Ne vem pa, če bi bil primer, da bi v komo padel, ali kaj takega, to pa nismo imeli, recimo, kaj naredit takrat. Če bi pa v komo padel, pa ne vem, kaj bi naredili.

3Š-1/2

Kot kompetenca učiteljev tudi v izobraževanju zdaj ni navedena, mogoče bi morala, tako kot mora imet, če jih pelje v šolo v naravi, na plavanje, mora imet reševanje iz vode, vsaj nekdo izmed njih mora imet ta izpit, mora nekdo poskrbet za to ...

1Z-3/2

Odkvisno od učitelja, če ima svoje otroke, najbrž ve, kako in kdaj ukrepa pri svojih otrocih, če imajo vročino, če kašljajo, če so prehlajeni, ne vem, kaj; če je pa kakšen mlad učitelj in nima še sploh teh izkušenj, niti ne ve, tako da učitelj ni zmeraj najboljši, ne prepozna ta stanja, tako da, kdo bi zdaj to moral – težko reči.

3Z-1/1

Ne moreš pričakovat, da bo vedel, kako naj takrat ukrepa, saj, dobro, če ima osebne izkušnje, drugače mu pa tega ni treba znat. Se srečujejo, ampak se bojijo.

Z3-1/2

Seznanjen mora bit, da ima bolnika s kronično boleznijo ali pa da ima invalidno osebo, saj zdaj imamo tudi s posebnimi potrebami, ki jih nismo še niti omenili, to se pravi, toliko mora bit seznanjen, ne moreš pa pričakovat, da bo ne vem kaj ukrepal, edino morebiti hipo - hiper pri diabetesu, ampak tudi tam, kje bo on vedel, kaj je. Ker problem, ki ga navajajo sami je, da je panika.

Doprinos šolske zdravstvene službe k usposobljenosti učiteljev za prepoznavanje zdravstvenih težav in ukrepanje vidijo učitelji predvsem v posredovanju navodil, v rednih usposabljanjih za učitelje ter aktivnejšem sodelovanju s šolo v takih primerih. Ta

praksa v večini primerov ni prisotna, a poudarjajo, da se zdravstvena služba na pobudo šole vedno odzove in da je sodelovanje v tem smislu dobro. Tudi strokovnjaki s področja zdravstva vidijo svojo vlogo v usposabljanjih učiteljev in aktivnejšem sodelovanju s šolo. Izpostavljajo, da so za prepoznavanje zdravstvenih težav in ukrepanje kompetentni zdravstveni delavci in vidijo svojo vlogo tudi v pomoči šolam.

1Š-1/2

Imamo enega, ki ima drenažo narejeno, smo enostavno prosili v zdravstveni dom, tudi delovne terapevte, fizioterapevte, nevropsihologinjo, če nam povejo, na kaj je treba paziti, na kaj biti pozoren, in smo zmeraj dobili pozitiven odziv, osebno so prišli na šolo, ob otroku pokazali. To sodelovanje z zdravstveno službo, na pobudo šole, je odlično. Ne moremo reči, da ni.

3Š-1/2

Zagotovo bi tudi s strani šolskega dispanzerja ali pa iz pediatrije, karkoli že rečete, bilo bolj dobrodošlo večje vključevanje, kakšne akcije, in za otroke in starše, kot seveda vabljeni na usposabljanje učiteljev.

1Z-2/2

Usposabljat bi moral strokovnjak. To bi moral, ne vem, vsako leto. To ni to, da enkrat grejo na to, potem je pa konec. Saj take situacije niso tako pogoste, da bi, no, saj poškodbe že, kakšne druge stvari pa po moje ne toliko.

Z3-1/2

Fino bi bilo, da bi jim zdravstvena služba enkrat letno predstavila te glavne zdravstvene probleme, en drugemu malo povedali, neka srečanja bi se odvijala, in da bi vedel, kaj je na tem področju, kaj se dogaja in kaj so njihove kompetence.

3.4.2.4 Promocija zdravja v šoli

Četrta kategorija *promocija zdravja v šoli* združuje dve podkategoriji: pedagoški zbor ter šolska zdravstvena služba. Podkategorijo *pedagoški zbor* smo izoblikovali na podlagi kod: vsebine v učnem načrtu, medpredmetno vključevanje ter dodatne vsebine/projektno delo, ki so kot značilne kode prišle do izraza pri obeh poklicnih skupinah, dodatne kode, ki opredeljujejo podkategorijo pedagoški zbor pa so pri šolstvu

še letni delovni načrt ter notranji in zunanji izvajalci, pri zdravstvu pa prepuščenost vodstvu, samoiniciativnost učiteljev ter nekompetentnost učiteljev na področju zdravja. Podkategorija *šolska zdravstvena služba* vsebuje značilne kode za obe poklicni področji: ZV ob sistematskih pregledih ter nesodelovanje pri načrtovanju ZV vsebin. Analiza besedil strokovnjakov iz zdravstva je še dodatno pripeljala do treh kod: pomen vključevanja staršev, potreba po izvajanju ZV v šolskem prostoru ter vzor zobozdravstvene službe; strokovnjakov iz šolstva pa dve kodi: potreba po tesnejšem sodelovanju s šolo ter organizacija zdravstvene službe (tabela 14).

Tabela 14: Kategorija Promocija zdravja v šoli s podkategorijama in značilnimi kodami

KATEGORIJE	PODKATEGORIJE	KODE	
		šolstvo	zdravstvo
Promocija zdravja v šoli	Pedagoški zbor	Letni delovni načrt Vsebine v učnem načrtu Medpredmetno vključevanje ZV Dodatne vsebine/projektno delo Notranji in zunanji izvajalci	Vsebine v učnem načrtu Medpredmetno vključevanje ZV Dodatne vsebine/projektno delo Prepuščenost vodstvu Samoiniciativnost učiteljev Nekompetentnost učiteljev za področje zdravja
	Šolska zdravstvena služba	ZV ob sistematskih pregledih Pomen vključevanja staršev Nesodelovanje pri načrtovanju ZV vsebin Potreba po izvajanju ZV v šolskem prostoru Vzor zobozdravstvene službe	ZV ob sistematskih pregledih Nesodelovanje pri načrtovanju ZV vsebin Potreba po tesnejšem sodelovanju s šolo Organizacija zdravstvene službe

Promocija zdravja v šoli z vidika pedagoških delavcev je opisana kot pomembna dejavnost, ki je vključena v vse pore šolskega življenja. Aktivnosti krepitev zdravja načrtujejo v letnem delovnem načrtu, ki ga vsaka šola sprejema enkrat letno, ko določijo tudi vsebine. Poleg tega so vsebine zdravja in zdravstvene vzgoje vključene v učni načrt, v okviru česar poteka t.i. medpredmetno vključevanje vsebin zdravstvene vzgoje, imajo pa tudi dodatne vsebine ob naravoslovnih oz. tehniških dnevih, šolah v naravi in dodatno projektno delo kot npr. vključenost v mrežo Zdravih šol. Izvajalci ZV vsebin so v veliki meri šolski svetovalni delavci ter vsi učitelji, še največ športni pedagogi, učitelji naravoslovja in prehrane. Pokrivajo vsebine tako telesnega kot duševnega zdravja, na

splošno pa je duh celotne šole usmerjen v zdrav življenjski slog. Tudi strokovnjaki iz zdravstva navajajo, da imajo šole vsebine zdravja določene v učnem načrtu, da jih medpredmetno povezujejo, da se vsebine vnašajo tudi v skrit učni načrt ter da se šole veliko ukvarjajo z dodatnimi projekti in vsebinami s področja zdravja. Kritični pa so do tega, da vsebine zdravja niso sistematično vpeljane v šole, da je bolj ali manj vse prepuščeno vodstvu šole oz. samoiniciativnosti posameznih učiteljev ter poudarjajo, da je bil ukinjen predmet zdravstvena vzgoja, ki naj bi jo nadomestilo že omenjeno medpredmetno vključevanje vsebin. Pri zdravstvenih delavcih je bila izpostavljena tudi nekompetentnost učiteljev za področje zdravja in zdravstvene vzgoje.

2Š-2/4

Sistematski pregledi v 1. in 3. razredu so tudi dobrodošli, vendar, da starši mogoče premalo potem izvejo. Zdravnik malenkostne poudarke pove učiteljicam, me pa naj bi naprej povedale staršem, če je res kaj posebnega.

3Š-1/2

To pa moram reči, da je zadnje čase, pa ne samo zadnje čase, ampak že kar nekaj časa, velik poudarek na to, da imajo različne projekte, ali je to zdrava hrana, skratka o zdravem življenju - res se veliko posvečajo – v obliki projektne dela, povabijo koga, tukaj ima pomembno vlogo tudi vodja šolske prehrane ali učitelj gospodinjstva, ki to promovira, mogoče se poveže še z drugimi učitelji.

1Z-1/3

V tretjem razredu, če pridejo proti koncu šolskega leta, že kar nekaj vejo o zdravi prehrani, zakaj jemo, kako jemo, tako da kar nekaj tega se učijo v šolah in jim kar nekaj dajo, mislim pa da bi tukaj bilo potrebno sodelovanje zaradi tega, da se ne ponavljamo, ampak, da se dopolnjujemo eden drugega.

1Z-3/3

Težave imamo pa včasih z zdravstveno vzgojo edino v tem, ko jih na kakšnih šolah učijo o stvareh, ki so zdaj moderne, pa mogoče niso vedno najbolj strokovne, recimo, kaj je zdrava prehrana, in jim oni vsiljujejo neko svoje videnje, neke smernice. Recimo konkretno smo zadnjič imeli primer, da mleko ni zdravo, da ne smejo jesti mleka in mlečnih izdelkov, ker to telo zakisa in da se potem razvije kandida in ne vem, kaj še vse.

1Š-2/3

Mi z letnim delovnim načrtom načrtujemo določene projekte, na osnovi tega povabimo tudi zunanje, na to navezujemo potem - enkrat imamo osebno higieno, enkrat spolno vzgojo.

2Z-2/5

Pri nas se kar nekaj stvari dogaja, a je še vseeno preveč prepuščeno posameznemu učitelju. Teli se zaganjajo, zdaj zgublajo malo entuziazma, ker so se iztrošle te učiteljice, res so se iztrošle, pa imele so fajn ideje, pa so fajn delale, ampak enkrat ne moreš več.

3Z-1/2

To ni sistemsko rešeno, predmet Zdravstvena vzgoja je bil ukinjen, promocija zdravja, zdravstvena vzgoja naj bi tekla medpredmetno, kar je zelo težko, v kurikulumu je zelo malo tem, ki bi se direktno dotikale zdravja, posredno se ga morebiti še, direktno pa zelo malo.

3Z-1/2

Po drugi strani pa ne čutijo učitelji kompetence za to pokrivat, no, nekateri. Imaš pa druge, ki se pa čutijo zelo kompetentne, in imajo dostikrat alternativne poglede, ti se pa zelo radi izpostavljajo in v bistvu presegajo svoje kompetence.

Za promocijo zdravja v šoli skrbi tudi šolska zdravstvena služba, in sicer večinoma preko zdravstvene vzgoje ob sistematskih pregledih, ki se dogaja na lokaciji zdravstvenega doma. Pedagoški delavci izpostavljajo, da bi pri tem moralo biti več sodelovanja zdravstvene službe in staršev, predvsem z vidika pretoka informacij. Tako zdravstveni kot pedagoški delavci navajajo, da šolska zdravstvena služba ne sodeluje pri letnem načrtovanju ZV vsebin, a bi po mnenju učiteljev to bilo zelo smiselno, strokovnjaki iz zdravstva pa so mnenja, da bi se ob trenutni organizaciji težko na ta način vključevali v šolo. Si pa želijo tesnejšega sodelovanja, saj pravijo da bi bilo nujno potrebno poenotiti vsebine ZV med zdravstvom in šolstvom in se tako dopolnjevati. Učitelji izražajo potrebo po izvajanju ZV v šolskem prostoru ter predlagajo, da bi bilo to

lahko urejeno po modelu šolske zobozdravstvene službe, v okviru katere se preventivna medicinska sestra v šoli veliko vključuje.

2Š-1/4

Kar se tiče sodelovanja s šolskim dispanzerjem, imajo pa v šestem razredu, ko gredo na sistematsko pregled, imajo tam predavanje in zelo podobno tudi v 8.- v šestem imajo na temo puberteta, v osmem pa mislim, da zdrav življenjski slog. Koliko pa bi imel šolski dispanzer še več, pa ne vem, že itak sistematično dosti težko podelajo, kolikor jaz vem.

2Š-3/4

Preventiva naj bi bila tako kot je sestavni del zdravstva tudi sestavni del šolstva. Mi iz psihosocialnih področij lahko več naredimo, zdravstveni delavci pa bolj iz zdravstvenega področja.

2Š-1/6

Jaz mislim, da bi bilo lahko v podobnem smislu kot npr. zobozdravstvena vzgoja - se je bistveno bolj organizirala. Oni imajo kontinuiteto. Prvič povabijo že eno leto stare otroke, potem triletnike, potem imamo v šoli, točno določeno, kaj ima zobozdravnica in zobna sestra ter še kaj ima preventivna sestra.

2Z-1/4

Drugače pa nekatere šole zelo dobro sodelujejo z zdravstvenimi domovi, imajo narejene cele programe od 1. do 9. razreda – katere vsebine, ali so to predavanja, delavnice, za starše, za učitelje, za učence; ponekod pa, v večjih mestih, pa to ne pride do izraza – nimajo časa, nimajo kadra.

3.4.2.5 Delovanje zdravstvenega kadra v šolskem prostoru

Peta kategorija *delovanje zdravstvenega kadra v šolskem prostoru* (tabela 15) združuje dve podkategoriji: vključevanje dipl. m. s. iz obstoječega šolskega dispanzerja ter umestitev šolske medicinske sestre ('school nurse'). Značilne kode, na podlagi katerih smo oblikovali podkategorijo *vključevanje dipl.m.s. iz obstoječega šolskega dispanzerja*, so skupne obema področjema - šolstvu in zdravstvu: promocija zdravja, izobraževanja iz PP in organizacija dela. Analiza besedila izjav strokovnjakov iz šolstva je dodatno razkrila še kodi: načrtovanje ZV vsebin za medpredmetno povezavo ter

sodelovanje pri letnih delovnih načrtih; analiza besedil strokovnjakov iz zdravstva pa preprečevanje bolezni/poškodb, neenakost zagotavljanja storitev ter negotovost v šolskem okolju. Podkategorija *umestitev šolske medicinske sestre ('school nurse')* pa združuje skupne kode: potreba po umestitvi v šolo, spremljanje kroničnih bolnikov, obravnava akutno bolnih, ukrepanje ob nujnih stanjih, delodajalec ter vzor obstoječih praks. Pri področju zdravstva sta dodani še kodi: prednost zunanjšega izvajalca ter problem tradicije.

Delovanje zdravstvenega kadra v šolskem okolju je po izjavah strokovnjakov iz šolstva in zdravstva smiselno in potrebno. Pedagoški delavci so izpostavili, da bi se kader, zlasti diplomirana medicinska sestra iz obstoječega šolskega dispanzerja, aktivneje vključeval v šolski prostor z izobraževanji iz PP in promocije zdravja tako za učence in učitelje kot starše, da bi sodeloval pri pripravi letnega delovnega načrta in pri načrtovanju zdravstveno vzgojnih vsebin, ki so medpredmetna tema. Izpostavljajo problem trenutne organizacije zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, ki eventuelno vključevanje omenjenega kadra v šolsko okolje otežuje.

Tabela 15: Kategorija Delovanje zdravstvenega kadra v šolskem prostoru s podkategorijama in značilnimi kodami

KATEGORIJE	PODKATEGORIJE	KODE	
		šolstvo	zdravstvo
Delovanje zdravstvenega kadra v šolskem prostoru	Vključevanje dipl. m.s. iz obstoječega šolskega dispanzerja	Promocija zdravja Izobraževanja iz PP Sodelovanje pri letnih delovnih načrtih Načrtovanje ZV vsebin za medpredmetno povezavo Organizacija dela	Promocija zdravja Preprečevanje bolezni/poškodb Izobraževanja iz PP Organizacija dela Neenakost zagotavljanja storitev Negotovost v šolskem okolju
	Umestitev šolske medicinske sestre ('school nurse')	Potreba po umestitvi v šolo Spremljanje kroničnih bolnikov Obravnava akutno bolnih Ukrepanje ob nujnih stanjih Promocija zdravja Delodajalec Vzor obstoječih praks	Potreba po umestitvi v šolo Spremljanje kroničnih bolnikov Obravnava akutno bolnih Ukrepanje ob nujnih stanjih Promocija zdravja Delodajalec Vzor obstoječih praks Prednost zunanjšega izvajalca Problem tradicije

To so izpostavili tudi zdravstveni delavci, predvsem zaradi kadrovske problematike, čeprav se zavedajo, da bi lahko zdravstveni kader kompetentno pokrival izobraževanja iz promocije zdravja, prve pomoči in preprečevanja bolezni/poškodb. Zaznati je bilo, da obstaja tudi negotovost s strani zdravstvenih delavcev v šolskem okolju, saj je njihovo delo v veliki meri vezano tudi na kurativo in »varno« lokacijo zdravstvenega doma. Zdravstveni delavci so izrazili, da je tesnejše sodelovanje šole in dispanzerja potrebno, že zaradi poenotenja zdravstveno vzgojnih vsebin ter pretoka pomembnih zdravstvenih informacij učencev. Glede vključevanja kadra iz šolskega dispanzerja v šolsko okolje pa v Sloveniji obstajajo različne prakse, kar pomeni neenakost zagotavljanja zdravstvenih storitev s področja promocije zdravja in zdravstvene vzgoje.

2Š-1/6

Preventivne dejavnosti na področju kajenja, alkoholizma, nasilja, vse to bi bil lahko del vsebin, prenesen na zdravstveno službo, ki bi se vključevala, ali druga možnost, da bi imeli nek zdravstveno vzgojni predmet, ki bi bil nujen vsaj na predmetni stopnji, npr. 6., 7. in 8. razred. Je pa tako, da učence te stvari zelo zanimajo, recimo biologijo imajo najraje v 8. in 9. razredu, ko se učijo o človeku, ne moremo reči, da niso zainteresirani.

3Š-1/3

Mogoče pri načrtovanju, ko šole pripravljajo letne delovne načrte, kaj bo njihova prioriteta, tudi pri razvojnih načrtih, kaj bo njihova prioriteta naloga, da se jo pokliče torej že prej, preden pride do nečesa, da jih pokličejo, zaradi tega, ker so neke specifične potrebe, vidim ravno tukaj, pri načrtovanju programov zdravstvene vzgoje.

1Z-1/3

Smo tako kadrovsko podhranjeni, vsaj kar se zdravnikov tiče, delamo pod minimumom, sploh nimamo štirih zdravnic, kot bi jih mogli imet, sester imamo za enkrat dosti, ampak za delo, ki ga opravljamo tukaj. Tukaj krijemo preventivo, kurativo, vsa cepljenja, veliko področje, in ne vem, kje bi se našel tisti čas, da bi še na šole lahko šli.

2Z-1/6

Recimo, Bistrica ob Sotli, majhna šola, majhen kraj, odlično sodelujejo z zdravstvenim domom že od nekdanj – to je primer, ko je naredila program od 1. do 9. razreda. In to še vedno, čeprav se je medicinska sestra zamenjala – so zahtevali, ker je bilo dobro

ustoličeno, so pričakovali in je šla zadeva pač naprej. Če je interes in podpora: tam imajo podporo tudi župana – ampak je vodja tima taka, je bil ravnatelj tak, je bila medicinska sestra in župan je bil tak.

1Z-2/4

Da bi DMS delala tukaj in v šoli ne bi šlo, to je preveč, če bi bila res samo del šole, pač bi imela sedež tukaj, ja, da bi pa bila malo tukaj malo tam, pa se ne bi verjetno izšlo.

1Z-3/5

Fajn bi bilo, da bi to, kar mi že itak imamo v zdravstvenem domu, zdravstveno vzgojo, da bi se nekako poenotila, da ne bi mi tukaj govorili nekaj, v šoli pa počeli čisto nekaj drugega in potem so otroci čisto zmedeni, pa ne vejo, kaj je prav, kaj ni prav – rečejo, v šoli smo slišali tako, v zdravstvenem domu slišimo tako.

2Z-3/9

Mislím, da je velik problem zdravstvenih delavk kot vzgojiteljic, da so premalo usposobljene za zdravstvenovzgojno delo. One so odlično usposobljene za ambulanto, za prvo pomoč, za rane oskrbovat, za epileptične napade, to so usposobljene, niso pa usposobljene z mladostniki govorit o ne vem o katerih temah – ni jim problem govoriti o spolnosti, po moje imajo tukaj manj zadržkov kot učiteljice, samo to, z mladostniki, kako v razredu jih umirit, kako jih motivirat.

3Z-1/4

Da bi preko OZG-ja formirali šolske sestre, ki bi bile resnično šolske sestre, s tem bi lahko tudi manjše šole pokrili, ker problem bodo manjše šole, problem bodo podružnice. Mogle bi krožit, mogel bi nek sistem bit narejen. Nikjer nimaš pa garanta, da tisti dan, ko diplomirane sestre ni v šoli ali pa ni na podružnici, se ne bo nekaj zgodilo. Je pa povezanost večja, učitelji jo lahko vsak trenutek pokličejo.

Ideja o umestitvi šolske medicinske sestre na šole se je intervjuvanim strokovnjakom iz šolstva in zdravstva zdela zelo smiselna, čeprav tega kadra v večini ne poznajo. Oboji navajajo, da je kroničnih bolnikov vedno več in da potrebe po tovrstnem kadru v šolah so. Enotni so si v tem, da bi šolska medicinska sestra lahko izvajala številne naloge, in sicer spremljanje kroničnih bolnikov, obravnava akutno bolnih, ukrepala bi ob nujnih

stanjih, načrtovala in izvajala bi izobraževanja s področja zdravja in preprečevanja bolezni za učence, starše in učitelje, vodila svetovalnico, imela pa bi stike s starši glede zdravja učencev, ki bi jih lahko kontinuirano spremljala. Zdravstveni delavci posebej izpostavljajo tudi prednost zunanjega izvajalca – kot zdravstveni delavec ne bi bila obravnavana kot del šolskega kolektiva s strani učencev. Obe poklicni skupini se zavedata problema zaposlovanja tovrstnega kadra, prednost vidijo v tem, da je kader še vedno zaposlen v zdravstvenem domu, deluje pa na lokaciji šole. Podobnost vidijo s sistemom šolskega zobozdravstva, ki ima ravno tako t. i. preventivno medicinsko sestro vsakodnevno prisotno na šoli, oz. s patronažno zdravstveno službo, ki ima tudi sedež v zdravstvenem domu, kjer so dipl. m. s. zaposlene, delujejo pa pretežno na terenu. Zdravstveni delavci v šolskem dispanzerju, ki pokrivajo preventivno zdravstveno varstvo šolarjev, pa so tradicionalno locirani v zdravstvenem domu, kar se odraža tudi v razmišljanju o tovrstnih spremembah.

1Š-1/4

Bi bilo pa fajn, če bi imeli tako šolsko medicinsko sestro, da je tak »multipraktik« za področje. Pri nas je, da bi bilo nekaj tudi znanja s področja fizioterapije, delovne terapije, antialergenskih pristopov, pa tega, kar imamo največ, pa predavanja bi lahko pokrila.

1Š-1/4

Na misel mi hodijo te preventivne sestre za zobe. Recimo, one pridejo enkrat na mesec. Že to je zelo pomembno. Mi vemo, da pride, jo lahko pričakujemo, lahko pripravimo tudi kakšna vprašanja. In je ena kontinuiteta. In tudi spremljajo otroke in otroci so jih navajeni. Tako da če bi bila ena oseba, ki bi se tukaj pojavila na šoli vsake toliko časa...

1Z-1/4

Saj pravim, imamo pa čisto drug sistem delovanja. Se mi zdi, da v tujini so bolj - družinska medicina je, vsaj kolikor jaz vem, gredo zdravniki svoje paciente obiskat tudi v bolnico in podobno, čisto drug način dela imajo kot pri nas. Verjetno se zdravniki v tujini tudi čisto drugače obnašajo do kroničnih pacientov otrok kot pri nas. Pri nas pa imamo že tako ali tako specializirano šolsko medicino, ki se ukvarja s temi otroci, tako da je čisto drug način dela.

2Š-3/7

Jaz sem pristaš te službe in dejansko vidim to osebo v vlogi preventivca na šoli in pa kurative. Tako da bi imela dovolj dela. Verjetno pa bi združevala več šol ..., ker navsezadnje 8 ur pri nas samega dela ni.

1Z-2/4

Mislim, da bi bilo to fajn. Samo naj bi bila potem res zaposlena v šoli, po moje, skrbela za vse take stvari, ampak v okviru zdravstvenega doma, da bi pač spremljala vse nove smernice, bi imela sedež v zdravstvenem domu, ampak, da bi ona to tam vodila, ali pa ob težjih situacijah ali ob nečem takem bi bila pa tam.

1Z-3/4

Celo tako je v tujini, da otrok oz. šolar pride najprej do medicinske sestre in ona pogleda te osnovne stvari, za katere je naučena, in presodi, ali potrebuje naprejšo obravnavo pri zdravniku ali ne, ali gre samo za navaden prehlad in moraš kaj drugega početi. Tako da niti ni nujno, da potem vsi do zdravnika pridejo; kot neka triaža, se reče. To bi bilo sigurno smiselno, še posebej na velikih šolah, ta medicinska sestra bi imela ogromno dela.

2Z-3/9

Neke screeninge – zdaj to je pa dodatna vloga, ki jo je treba verjetno malo drugače razmisliti kot samo vzgojo za zdravje. Za ta predavanja verjetno res ni treba, da je medicinska sestra skozi na šoli, če bi pa dodali še vse te stvari, pa več kompetenc, potem je pa za razmisliti. Sicer ne vem, če je šola pravi prostor za vse to izvajati, ne vem, no. Mi nismo navajeni tega.

3Z-1/3

To je treba sistemsko rešiti. Lahko je zaposlena v lokalnem zdravstvenem domu, da imajo pač nek referat za promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo, ne vem, kaj, lahko je pa zaposlena tudi v šolskem prostoru, samo to je pa že težje izvedljivo. Obakrat je pa kar malo iluzorno pričakovati, da bi bilo soglasje. Pri šoli bi to pomenilo širitev nekega profila v šolo, ki ga drugače nimajo, med tem ko pa, če je zaposlena v zdravstvenem domu, bi pa pomenilo eno spremembo.

3.5 RAZPRAVA

Poklic šolske medicinske sestre ('school nurse'), kot ga poznajo ponekod v tujini, pomeni za naš prostor nov pristop. Deloma se ponekod v Sloveniji diplomirane medicinske sestre vključujejo v šolo z izvajanjem programirane zdravstvene vzgoje, a za izvajanje širšega obsega del in nalog s področja zdravstvene nege šolskih otrok in mladostnikov v okviru primarnega zdravstvenega varstva imamo tradicijo delovanja v zdravstvenem domu. Namen raziskave v okviru magistrskega dela je bil predstaviti poklicni profil in področje delovanja šolske medicinske sestre ter preko mnenj strokovnjakov v šolstvu in zdravstvu ugotoviti, kakšen odnos imajo do koncepta 'school nurse'. V ta namen smo si zastavili šest raziskovalnih vprašanj, na katera bomo odgovorili v razpravi, saj želimo rezultate obeh raziskovalnih metod, ki smo ju uporabili (kvantitativne in kvalitativne), povezati in združiti, kar pomeni zaključek uporabljene metode, ki jo Creswell s sodelavci (2003; cit. po Lobe, 2006) imenuje sočasni triangulacijski načrt in je eden od načrtov mešanja metod v raziskovanju.

Rezultati obeh analiz kažejo, da se na osnovnih šolah pojavljajo različni problemi v zvezi z zdravjem učencev z različno pogostostjo, ki je odvisna od vrste problema. Najbolj pogosto se strokovni delavci na šolah srečujejo z akutno bolnimi učenci, s psihosomatskimi težavami učencev in z učenci kroničnimi bolniki, poročajo pa tudi o telesnih poškodbah, ki se v povprečju dogajajo nekajkrat letno. Rezultati kvalitativnega dela dodatno pojasnjujejo, da gre pri kroničnih boleznih največkrat za težave v zvezi s poslabšanjem alergij, astme, diabetesa tipa 1 in epilepsije in dodajajo, da so težave zaradi kroničnih bolezni na šolah v porastu. Omenjene ugotovitve lahko primerjamo z raziskavami ameriških avtorjev, ki opisujejo povečanje števila učencev s kroničnimi stanji (astma, diabetes, epilepsija) v rednih šolskih programih (Krause Parello in Samms, 2009; Krause Parello in Samms, 2010; Kruger idr., 2009). Podobno ugotavljajo slovenski strokovnjaki, ki od kroničnih bolezni v ospredje postavljajo alergijske bolezni, ki so v porastu, zlasti astma, alergijski dermatitis in alergijski nahod, prav tako pa je v porastu sladkorna bolezen tipa 1, dodatno izpostavljajo še bolezenske posledice slabih prehranjevalnih navad in nezadostne telesne dejavnosti (Rok Simon idr., 2010),

česar pa anketiranci v tej raziskavi niso navajali. Debelost je v otroškem in mladostniškem obdobju v Sloveniji problem, ki zahteva večjo pozornost v zdravstvenih ustanovah in aktivnejše ukrepe na nacionalni ravni. Potrebno je raziskati vzroke za tako stanje in sestaviti uravnotežene programe za spodbujanje telesne dejavnosti in zdravega prehranjevanja otrok in mladostnikov (Avbelj idr., 2005).

Nedvomno je na naših šolah učitelj oz. drugi strokovni delavec šole tisti, ki je ves čas ob učencu in zato tudi najbolj pomembna oseba, ki mora ob nujnem stanju učenca oz. ob poslabšanju kronične bolezni ali ob poškodbi biti na licu mesta, ustrezno reagirati in sprejeti odločitve glede ukrepanja. Analizi obeh metod kažeta, da se učitelji ne čutijo kompetentne za obvladovanje zdravstvenih problemov v šolskem okolju. Nekaj imajo izobraževanj iz prve pomoči, a nesistematično, neredno in ne ves kolektiv. Rezultati raziskave kažejo, da to učitelje spravlja v stisko. Zavedajo se, da morajo pomagati, nuditi osnovno prvo pomoč, a ker je na šoli med učenci vse več zdravstvenih težav, ki za primer ukrepanja zahtevajo več znanj, si želijo dodatnega izobraževanja. Tudi zdravstveni delavci ugotavljajo podobno in od učiteljev ne pričakujejo, da bi morali ukrepati ob težavah. Vodstva šol se zavedajo, da so do neke mere odgovorna za izobraževanje učiteljev in jih v okviru zmožnosti in zahtevane zakonodaje pošiljajo na izobraževanja, predvsem gre za izobraževanja delavcev, ki so po pravilniku določeni za izvajanje prve pomoči (Pravilnik, 2006). Iz kvalitativne analize je razvidno, da je teh izobraževanj po mnenju učiteljev premalo, zlasti si želijo znanj iz prve pomoči in ukrepanj ob poslabšanih kroničnih boleznih. Slaba tretjina v anketo vključenih šol nima pisnega postopka ukrepov za primer ogroženosti zdravja učencev. Tem in tudi drugim šolam bi prav gotovo bila v pomoč priporočila za ukrepanje ob nujnih stanjih in nenadnih nastalih boleznih po vzoru priporočil, ki jih je Inštitut za varovanje zdravja RS izdal za vrtce (Rok Simon, 2011), in so pomembna opora in vodilo vzgojiteljicam. Praksa glede ukrepanja na šolah je zelo različna, odvisno od učenca, starša, primera nujnega stanja. Tako učitelji kot zdravstveni delavci poudarjajo, da se šole brez staršev ne smejo odločati, zato vsakršen ukrep poteka v sodelovanju z njimi. Za učenca na šoli najbolj pogosto poskrbi osebje iz šolske svetovalne službe, nato razrednik oz. drug

učitelj, redkeje pa drugo osebje. Zelo malo pa je sodelovanja s šolskim dispanzerjem, saj se običajno obračajo na službo nujne medicinske pomoči - pri nas ni praksa, da bi se odzvalo osebje iz šolskega dispanzerja in prišlo po učenca, kar potrjujejo tudi izjave v raziskavi sodelujočih zdravstvenih strokovnjakov. Zanimiva je ugotovitev obeh analiz, da učitelji najbolj pogosto prejmejo navodila za učence kronične bolnike samo od staršev, ki so običajno tudi edini vir izobraževanja za prepoznavanje zapletov in ukrepanja ob poslabšanjih. Izjema je epilepsija ali diabetes tipa 1, saj gre včasih kakšen učitelj na izobraževanje v specializirano zdravstveno ustanovo, večinoma pa se učitelji samoiniciativno pozanimajo pri starših in drugih učiteljih, torej laikih. Ravnatelji se strinjajo, da dajanje zdravil ne sme biti odgovornost učitelja, da prepoznavanje težav ni kompetenca učiteljev in da je usposabljanje učiteljev za prepoznavanje zdravstvenih težav in ukrepanje ob tem odgovornost zdravstvene službe.

Ravnatelji, ki so sodelovali v raziskavi, na splošno pozitivno prepoznajo pomen poklicnega profila šolske medicinske sestre in se jim umestitev v slovenski šolski sistem zdi smiselna z vidika vseh v vprašalniku predlaganih nalog, ki bi jih šolska medicinska sestra lahko na šoli opravljala. Zanimiva je ugotovitev, da ne ocenjujejo visoko samo potreb po izvajanju nalog s področja promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in skrbi za zdravje, pač pa tudi s področja bolj t.i. zdravstvenih storitev, ki se v obstoječi praksi trenutno izvajajo v zdravstvenih domovih (npr. presejanja, aplikacija terapije, skrb za kronične bolnike ipd.). Analiza rezultatov ankete nakazuje tudi visoko stopnjo strinjanja ravnateljev s tem, da bi obstoječa diplomirana medicinska sestra iz šolskega dispanzerja lahko že sedaj intenzivneje delovala na šoli na številnih področjih, povezanih s promocijo zdravja in vključevanjem v t.i. šolsko politiko zdravja. To se ujema s študijo v ljubljanskih šolah, ki je pokazala, da učitelji medicinske sestre, ki v šolah izvajajo zdravstveno vzgojo, doživljajo pozitivno ter da njihove aktivnosti ocenjujejo kot potrebne in sodelovanje zelo dobro, želeli pa bi si še več obiskov v razredih in dodatnih vsebin (Luznar in Šmit, 2004). Visok delež ravnateljev (dve tretjini) navaja, da je najprimernejša lokacija delovanja diplomirane medicinske sestre iz šolskega dispanzerja kombinacija šole in zdravstvenega doma, presenetljivo jih dobra četrtnina navaja, da v

celoti šola, in le desetina, da v celoti zdravstveni dom kot je trenutna praksa v Sloveniji. Pričakovano je veliko ravnateljev (dve tretjini) izbralo zdravstveni dom kot najprimernejšega delodajalca omenjenega kadra, a jih je presenetljivo kar 15 % navedlo, da bi bil najprimernejši delodajalec kar šola sama. Vse to potrjuje, da na anketiranih šolah zaradi številnih razlogov obstaja velika potreba po vključevanju zdravstvenega kadra v šolo. Zanimivo je, da se mnenja ravnateljev ne razlikujejo glede na velikost šole oz. vključenost v mrežo Zdravih šol.

Mnenja strokovnjakov s področja šolstva in zdravstva o poklicnem profilu šolske medicinske sestre kot ga poznajo ponekod v tujini, so različna. Večina, zlasti učitelji, tega kadra podrobneje ne pozna, imajo pa mnenje o njem. Strokovnjaki s področja šolstva so si enotni, da bi bil tak kader, zaposlen v kakršnikoli obliki na šoli, zelo smiseln in upravičen. To opravičujejo s tem, da imajo mnogo težav na področju zdravja in bolezni učencev in da jim niso kos. Navajajo neznanje, strah ob kritičnih situacijah in predvsem to, da je delo učitelja poučevanje, medicinska sestra pa bi bila kompetentna in suverena na področju ukrepanja ob zdravstvenih težavah in širši skrbi za zdravje šolarjev. Nasprotno pa imajo zdravstveni delavci iz šolskega dispanzerja do takega kadra nekoliko bolj zadržano mnenje, čeprav se zavedajo, da je kroničnih bolnikov vse več in s tem potreb po storitvah diplomirane medicinske sestre, ki bi predvsem, tu vidijo prednost, strokovno lahko delovala v primerjavi z učitelji, ki tega znanja nimajo. Tisti zdravstveni delavci, ki delujejo na področju javnega zdravja, vidijo smiselnost takega kadra predvsem v skrbi za promocijo zdravja in izvajanju zdravstvene vzgoje v šoli. Tudi v tujini, kjer imajo zdravstveni delavci, predvsem medicinske sestre, dolgo tradicijo dela na šolah, ki je bilo v preteklosti bolj vezano na rutinske preglede, ugotavljajo, da se danes zaradi spremenjenih tveganj za zdravje to delo spreminja in vključuje vzgojo za zdravje kot eno najpomembnejših področij (Lighfoot in Bines, 2000; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010). V zadnjih 25 letih je bila primarna vloga medicinskih sester v šolah povezana z izobraževanjem o zdravju in izboljševanjem zdravstvenih navad učencev skozi kritično obdobje otroštva in adolescence (Weber, 2006). Tudi Hall je že leta 1999 izpostavil med petimi zdravstvenimi potrebami v

šolskem okolju, poleg rutinskih presejanj in zdravstvenih pregledov ter podpore otrokom z zdravstvenimi težavami, prav promocijo zdravja, podporo družinam ter zaupno svetovanje (Hall, 1999).

Kvalitativna analiza kaže, da je primerjava koncepta 'school nurse' s slovenskim sistemom šolstva in zdravstvenega varstva po mnenju strokovnjakov šolstva in zdravstva možna. Učitelji so pogosto spontano pomislili na primerjavo z našim obstoječim zobozdravstvenim varstvom, kjer je t.i. preventivna medicinska sestra ločena od zobozdravstvene ambulante in deluje samostojno na področju zobozdravstvene vzgoje, kar pomeni, da večinoma deluje v šolskem prostoru. Učitelji navajajo, da je to zelo spodbudno, da redno prihaja na šolo, da so je navajeni tako učitelji kot učenci in da jo tudi pričakujejo z vprašanji, dilemami. Primerljivo bi lahko že ob minimalni spremembi organizacije tako uredili za diplomirano medicinsko sestro iz šolskega dispanzerja. Podobno se strinjajo tudi strokovnjaki s področja zdravstva, zlasti iz javnega zdravja. Strokovnjaki v šolskem dispanzerju so kritični do ideje, da bi v trenutnem sistemu lahko ena oseba delovala samo po šolah, saj so v dispanzerju že s samimi preventivnimi pregledi in kurativo dovolj obremenjeni, podpirajo pa predlog, da je to možno v primeru dodatnega kadra. Po drugi strani pa strokovnjaki iz zdravstva izražajo zadržke, da bi šolska medicinska sestra delovala samo na šoli, saj je po njihovem mnenju pomembno, da vzdržuje stik z zdravstveno ustanovo. Tudi avtorici Gaube in Frankič (2006) v svojem članku ugotavljata, da je ena sama diplomirana medicinska sestra v timu šolskega zdravnika premalo za izvajanje kakovostne zdravstvene vzgoje po programu in vsebinah, ki naj bi bile postavljene enotno za vso Slovenijo in zaključujeta, da bi po takem obsegu bila medicinska sestra bolj članica šolskega kolektiva, izgubila pa bi stik z matičnim šolskim dispanzerjem, kar ocenjujeta kot nedopustno.

Rezultati analize kažejo, da po mnenju strokovnjakov šolstva in zdravstva obstajajo ovire pri možnosti razvoja poklicnega profila šolske medicinske sestre v Sloveniji, čeprav se jim ta možnost zdi zelo smiselna. Smiselnost vidijo v vse večjih potrebah

kroničnih pacientov po kontinuirani obravnavi, v večji dostopnosti zdravstvenih storitev, v razbremenitvi učiteljev, kjer niso kompetentni, v boljših povezavah zdravstvene službe in šole ter v boljši skrbi za zdravje in promocijo zdravja otrok v celoti. Glavne ovire za razvoj tega profila smo razbrali iz izjav sodelujočih in se kažejo predvsem v dodatnih finančnih obremenitvah bodisi šolstva bodisi zdravstva zaradi dodatnih zaposlitev, v tradiciji delovanja dipl. m.s. v zdravstvenem domu, v tradiciji razumevanja šolskega prostora – niso navajeni zdravstvenega kadra v šoli. Nasprotno pa pri kvantitativni analizi vprašalnikov ravnateljev ni bilo razbrati pretiranih ovir za razvoj novega poklicnega profila, ki bi deloval v šolskem okolju, celo nasprotno, iz dopisanih izjav je bilo možno zaznati velike potrebe po tem kadru, predvsem zaradi zdravstvenih težav učencev, s katerimi se srečujejo, npr.: *»Če bi bilo možno zaposliti šolsko medicinsko sestro, bi bila naša šola kandidat ne jutri – temveč že včeraj.«*

Šole delujejo bolj prilagodljivo v primerjavi z zdravstvom, kar lahko sklepamo iz rezultatov obeh analiz. Morda se pozna, da je osnovno šolstvo v preteklosti doživelo veliko reformo, ko so prešli iz osemletnega obveznega šolanja na devetletno, kar je za seboj potegnilo vrsto sprememb in prilagoditev. Zdravstveni domovi, konkretnije dispanzerji za zdravstveno varstvo šolskih otrok, pa bolj ali manj delujejo v isti organizacijski obliki že desetletja, kar se pozna že pri razmišljanju glede sprememb. To se ujema z navedbami strokovnjakov, da zdravstveni dom, kakršen je sedaj, ne odgovarja več potrebam moderne dobe in je potreben prenove, je pa še vedno temelj osnovnega zdravstva (Klančar, Švab in Kersnik, 2010). V praksi je sprejemljivo, da ima preventivna zobozdravstvena medicinska sestra sedež v zdravstvenem domu, deluje pa predvsem po šolah, ali primer patronažne službe, da kader deluje v domačem okolju pacientov; da bi pa diplomirana medicinska sestra iz okolja dispanzerja prešla (vsaj delno) v šolsko okolje, pa je z vidika v raziskavi sodelujočih strokovnjakov iz zdravstva manj možno. Znotraj ene zdravstvene institucije, kot je zdravstveni dom, poznamo torej različne zakoreninjene prakse. V tem kontekstu so Klančar, Švab in Kersnik (2010) mnenja, da medtem ko se večina kurativnih dejavnosti lahko izvaja preko posamičnih ambulant, predstavlja koordinacija preventive in promocije zdravja temeljno nalogo

zdravstvenega doma. Zdravstveni domovi bi s kombinacijo populacijskega in individualnega pristopa lahko poskrbeli za zdravje opredeljene populacije ter zdravje posameznika v skupnosti, torej bi usklajevali kurativne in preventivne pristope, povezovanje z regionalnimi zavodi za zdravstveno varstvo (ZZV-ji) pa bi pripomoglo k dvigu javnega zdravja (Klančar, Švab in Kersnik, 2010). Delno povezovanje z ZZV-ji poteka že sedaj, saj pod okriljem MZ, ZZZS in IVZ v regijah potekajo že nekaj let koordinacije zdravstvene vzgoje v službi zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov ter zdravstvenovzgojnega programa za odrasle v t.i. Zdravstveno vzgojnih centrih (Nacionalni program primarne preventive srčno žilnih bolezni), vzpostavljena pa je koordinacija tudi za šole za starše in zobozdravstveno vzgojo. Eden od namenov koordinacij je poenotenje zdravstvenovzgojnih vsebin za omenjene ciljne publike po vseh regijah. Za šolsko zdravstveno varstvo je bil leta 2007 v ta namen izdelan Priročnik vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladostnikov (Pucelj, 2007), ki pa žal ni obvezujoč za izvajalke, saj vsebine niso umeščene v noben pravilnik.

Vloga diplomirane medicinske sestre je v skrbi za zdravstveno varstvo otroka in mladostnika žal premalo izpostavljena. Njeno delo je vezano na zdravnika, saj deluje v timu, katerega nosilec je zdravnik (Navodilo, 1998), in ocenjujemo, da ni ustrezno usmerjeno v pacienta. Tudi drugi avtorji ugotavljajo, da imamo npr. kakovostno specializacijo družinske medicine, medicinska sestra v splošni medicini ostaja administrator, ki ji zaradi preobremenjenosti primanjkuje časa za delo z bolnikom (Klančar, Švab in Kersnik, 2010). V zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine je podobno, z razliko, da ima dipl. m. s. še dodatno vlogo, t.j. izvajanje zdravstvene vzgoje, ki je nemalokrat podcenjena – praksa kaže, da pogosto primanjkuje časa za kakovostno pripravo in izvedbo. Tudi s Švedske, kjer ima šolsko zdravstveno varstvo in s tem šolska zdravstvena nega dolgoletno tradicijo, šolske medicinske sestre poročajo, da je njihova vloga s strani političnih odločevalcev in direktorjev organizacij na splošno podcenjena (Morberg, Lagerstrom in Dellvile, 2008). Omejene priložnosti, restriktivni pogoji in regulative, pomanjkanje interesa ter znanja o šolskem zdravstvenem varstvu

otežujejo informiranje političnih in organizacijskih odločevalcev o doprinosu šolskega zdravstvenega varstva kot tudi o delu šolske medicinske sestre (Morberg, Lagerstrom in Dellvile, 2008). V hitro spreminjajoči se družbi se tudi vloge posameznih poklicnih skupin zaradi spremenjenih potreb prebivalstva hitro spreminjajo. Šolske medicinske sestre imajo ključno vlogo pri ugotavljanju zdravstvenonegovalnih potreb otrok in mladostnikov, a britanski strokovnjaki ugotavljajo, da se v prihodnje ne bodo več mogle zanašati le na svoje marljive delovne navade, spretnosti in izkušnje (British Journal, 2009). Avtor nadalje svetuje, da bi medicinske sestre morale uporabljati strategije marketinga ne le za promocijo zdravja in promocijo drugih svojih aktivnosti, pač pa tudi za promocijo svojega poklica in vloge, ki jo imajo – prikazati vrednost svojega profesionalnega dela. Wainwright s sodelavci (2000; cit. po Morberg, Lagerstrom in Dellve, 2008) in Crohgan (1999; cit. po Morberg, Lagerstrom in Dellve, 2008) v svojih raziskavah ugotavljajo, da je šolska medicinska sestra glede svoje vloge zmedena zaradi omejenega razumevanja vodstva glede njenega dela, profesionalnega razvoja in vrednot. Šolske medicinske sestre morajo ob širjenju obsega alternativnih ponudnikov izvajati najboljšo prakso in izpostavljati svoje prednosti, da bodo ohranile osrednjo in vplivno vlogo v javnem zdravju (British Journal, 2009). Podobno bi morali v Sloveniji na novo postaviti tudi vlogo diplomirane medicinske sestre iz zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov.

Omeniti še velja, da je Univerza v Ljubljani v preteklosti že izobraževala višje medicinske sestre na univerzitetni stopnji, na programu zdravstvena vzgoja. Program, ki sta ga izvajali Visoka šola za zdravstvo in Pedagoška fakulteta, in je bil žal kasneje ukinjen, je bil izdelan na osnovi načel strategije »Zdravje za vse do leta 2000« in ob podpori Svetovne zdravstvene organizacije. Predstavljal je nadgradnjo in izpopolnitev na področju zdravstvene nege, upoštevajoč, da je zdravstvenovzgojna dejavnost zahtevna in povezuje znanja s področja zdravstva, pedagoških, psiholoških in socioloških ved; pridobljen naziv je bil profesor zdravstvene vzgoje (Pahor in Grbec, 1993). Znanja, ki so jih diplomanti na programu zdravstvena vzgoja absolvirali, so primerljiva z zahtevanimi znanji šolske medicinske sestre v tujini. V obstoječem

sistemu izobraževanja bi lahko ta program primerjali z 2. bolonjsko stopnjo, iz česar sledi, da za medicinske sestre, ki bi vstopale v šolski prostor z izvajanjem zdravstvene vzgoje in krepitevijo zdravja učencev oz. celo z določenimi zdravstvenimi storitvami za učence, priporočamo zaključen program zdravstvene nege na 1. bolonjski stopnji (dipl. m. s.) ter obvezna dodatna znanja s področja javnega zdravja, pedagogike, psihologije, sociologije in drugih področij, kar bi se lahko izvajalo v obliki magistrskega programa (2. bolonjska stopnja) ali specializacije.

Na osnovi pregleda literature in ugotovitev rezultatov raziskave zaključujemo, da je v Sloveniji potrebno vlogo diplomiranih medicinskih sester znotraj sistema zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov preoblikovati. Predvsem je potrebno povečati vlogo promocije zdravja in zdravstvene vzgoje, ki jo diplomirana medicinska sestra lahko samostojno načrtuje, koordinira, vodi in izvaja. Iz ugotovitev raziskav namreč izhaja, da šolski sektor prepoznava pomen vloge zdravstvenega kadra pri izvajanju nalog v šolskem prostoru, saj se s spreminjanjem načina življenja mladih in družbe kot celote spreminjajo tudi potrebe učencev znotraj šolskega prostora. Šole si želijo več sodelovanja in povezovanja z zdravstvenim varstvom, tako s področja izobraževanja o zdravju kot s področja kurative, zlasti vodenja kroničnih bolezni učencev. Obstaja več možnosti oblikovanja novega poklicnega profila, lahko znotraj zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine, lahko ločeno v t.i. preventivnem centru, kjer bi se združevale preventivne izvajalke iz drugih varstev (zobozdravstvo, šola za starše, zdravstveno varstvo odraslih). Ena od možnosti je tudi ta, da bi po vzoru referenčne medicinske sestre, ki skrbi za odraslo populacijo kroničnih bolnikov in drugih ogroženih, razvili tudi referenčno medicinsko sestro za otroke in mladostnike, ki bi se imela možnost pogosteje vključevati v šolski prostor oz. bi lahko bila tudi v okviru patronažne zdravstvene službe zadolžena za populacijo otrok v šoli.

Na osnovi tega predlagamo ukrepe izboljšav:

- opredelitev samostojne vloge in nalog diplomirane medicinske sestre v službi zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov (preventivna in kurativna dejavnost);
- sistemizirati delovno mesto 'šolske medicinske sestre' v okviru službe za preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov;
- zagotoviti kontinuirano sodelovanje lokalne skupnosti (šola, zdravstveni dom, občina) pri skrbi za zdravje otrok in mladostnikov;
- okrepiti vlogo koordinacije programov vzgoje za zdravje šolskih otrok in mladostnikov, ki jo izvajajo regijski zavodi za zdravstveno varstvo.

Kvalitativna raziskava, ki smo jo izvedli med strokovnjaki šolstva in zdravstva, predstavlja omejitev, saj zaradi relativno majhnega števila sodelujočih ne moremo posploševati ugotovitev na vso populacijo učiteljev oz. zdravstvenih delavcev. Omejitev kvalitativnega dela raziskave je tudi subjektivni izbor sodelujočih v raziskavi. Z eno od 14 sodelujočih oseb smo tesno strokovno povezani, saj delujemo na isti instituciji, s preostalimi pa tesnih strokovnih povezav ni; osem oseb nismo poznali in z njimi še nikoli nismo strokovno sodelovali. Velja omeniti, da ni bilo možnosti, da bi bili že v naprej seznanjeni z njihovimi stališči, saj gre pri proučevanju šolske medicinske sestre za novo temo, ki v slovenskem prostoru še ni opisana. V tej raziskavi je omejitev tudi to, da je zlasti zdravstveni sektor bil premalo proučevan, v primerjavi s šolskim, ki smo ga obogatili z odgovori več kot polovice slovenskih ravnateljev osnovnih šol. Pridobili smo torej mnenja visokega deleža vodstev šol, ki so tudi v vlogi strokovnih vodij. Omejitev kvantitativnega dela raziskave pa je, da smo z vprašalnikom nagovorili celotno populacijo ravnateljev, sodelovali pa so tisti, ki so želeli. Predvidevamo lahko, da so ogovarjali le najbolj motivirani ravnatelji, ki se pogosteje soočajo s proučevano problematiko. Omejitev raziskave je tudi to, da imajo vsi trije regresijski modeli, ki smo jih izvedli, izredno šibko pojasnjevalno moč, kar pomeni, da na mnenja ravnateljev na potrebo po izvajanju nalog šolske medicinske sestre vplivajo tudi druge stvari, ki pa jih v tej raziskavi nismo merili. Vsekakor bi bilo dobrodošlo o tej temi podrobneje pridobiti tudi mnenja direktorjev zdravstvenih domov, glavnih medicinskih sester ter relevantnih

političnih in strokovnih odločevalcev na nivoju države, kar bi lahko bila osnova za sistematičen pristop k preoblikovanju vloge diplomirane medicinske sestre v zdravstvenem varstvu šolskih otrok s ciljem zmanjševanja neenakosti v zdravju šolskih otrok in mladostnikov.

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo želeli proučiti nov poklicni profil za slovenski prostor, to je šolska medicinska sestra (ang. school nurse). Nekatere države v Evropi in drugod po svetu imajo že dolgo tradicijo delovanja šolskih medicinskih sester na šolah. Sistem zaposlovanja, izobraževanja in delovanja tega kadra se razlikuje glede na lokalne in regionalne potrebe, skupno pa jim je, da je šolska medicinska sestra strokovnjakinja, ki je na svojem področju samostojna.

V Sloveniji imamo dolgoletno tradicijo timov šolskih zdravnikov, ki delujejo v primarnem zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladostnikov. Diplomirana medicinska sestra je članica tima, katerega vodja je zdravnik. V Sloveniji je tradicija in praksa dela taka, da za šolske otroke skrbijo strokovnjaki, ki so locirani v zdravstvenem domu, saj na enem mestu izvajajo tako preventivne kot kurativne dejavnosti. Otroci in mladostniki v šoli preživijo veliko svojega življenja, zato je šola prostor, ki ima pomembno nalogo pri medinstitucionalni skrbi za zdravje otrok. Zdravstveni sektor pa je med glavnimi deležniki za uspešno izvedbo politik, usmerjenih v zdravje otrok. Diplomirana medicinska sestra bi se lahko v delu preventivnega varstva, ki se nanaša na izobraževanje populacije o zdravju, že danes vključevala v šolski prostor, kar bi bilo celo v skladu z aktualnim Navodilom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Navodilo, 1998), a v praksi se to redko dogaja. Navodilo predpisuje namreč tudi programirano zdravstveno vzgojo, ki ni le del sistematskega zdravniškega pregleda, pač pa je celovitejša in zajema sodelovanje z učitelji, starši, lokalno skupnostjo, izvajanje zdravstvene vzgoje pa se vrši tudi na lokaciji šole. Iz raziskave je razvidno, da sta kadrovska in organizacijska problematika razlog za neizvajanje programirane zdravstvene vzgoje na ta način. Analiza je pokazala tudi, da ponekod v Sloveniji delujejo medicinske sestre, ki so večino svojega delovnega časa v šoli in izvajajo programirano zdravstveno vzgojo za vso populacijo učencev. To so sicer izjeme, a kljub temu je razvidno, da se ob isti zakonodaji in sistemu financiranja, izvajajo različne prakse, kar lahko povzroča neenakosti.

Evropska unija v okviru programa ukrepov Skupnosti na področju javnega zdravja 2008-2013 poudarja pomen izboljšanja zdravja otrok in mladih ljudi ter promocije zdravega življenjskega sloga in kulture preprečevanja, vključno z zmanjševanjem neenakosti (Decision, 2007; cit. po Koprivnikar in Pucelj, 2010). Zdravstveni sektor je izpostavljen tudi med glavnimi dejavniki za uspešno izvedbo politik, usmerjenih v zdravje otrok in mladostnikov, a z oznako, da je le eden od pomembnih deležnikov in da je pomembno multisektorsko delovanje in vzpostavljen mehanizem koordinacije med sektorji (The health of children, 2003; cit po Koprivnikar in Pucelj, 2010).

Iz raziskave je razvidno, da se učitelji srečujejo z različnimi in vedno bolj pogostimi zdravstvenimi težavami učencev, zlasti kroničnimi, ob katerih morajo ukrepati, primanjkuje jim pa znanja in tudi kompetenc. To se kaže tudi v tem, da ravnatelj izražajo močno potrebo po delovanju medicinskih sester v osnovnih šolah ne glede na značilnosti šol, kot so velikost šole glede na število učencev ali vključenost v mrežo Zdravih šol. To nedvomno odpira nove priložnosti za sodelovanje zdravstva in šolstva.

Skrb za zdravje otrok in mladostnikov zajema tako dejavnosti s področja krepitve zdravja in preventive pred boleznimi kot tudi s področja zdravljenja in zdravstvene nege akutno in kronično bolnih. Profil šolska medicinska sestra, ki bi pretežno delovala v šolskem prostoru, torej tam, kjer šolarji preživljajo dan in delajo (se učijo). Tudi Svetovna zdravstvena organizacija je že v letu 2009 opisala nov pristop v primarnem zdravstvenem varstvu t.i. k ljudem usmerjeno oskrbo (people-centerde care) kot rešitev za spremenjene potrebe populacije ter kadrovske (zlasti zdravnikove) obremenitve. Na konceptualni ravni se krepitev zdravja loči od preventive pred boleznijo in še bolj od kurative, a v praksi to pogosto poteka povezano. Ravno tako se povezujejo in prepletajo potrebe zdravega šolarja in šolarja, ki zboli. Šolska medicinska sestra pozna učenca z vsemi specifikami in trenutnim zdravstvenim stanjem, zato zanj lahko skrbi celovito. Tudi v Sloveniji bi diplomirana medicinska sestra, dodatno educirana s področja javnega zdravja in drugih relevantnih področij, lahko bila pomembna povezava med krepitvijo zdravja, preprečevanjem bolezni, zdravljenjem in izobraževanjem, kar bi

pozitivno vplivalo na rast in razvoj otrok in mladostnikov ter na uspešnost pri učenju. Naša država v Resoluciji o nacionalne planu zdravstvenega varstva 2008-2013 v enem od ciljev izpostavlja povečanje vloge medicinskih sester pri prevzemanju novih in samostojnih vlog pri obravnavi kroničnih bolnikov, saj predvideva prenos določenih nalog in pristojnosti na medicinske sestre. To bi lahko tudi v šolskem zdravstvenem varstvu omogočilo večjo dostopnost do zdravstvenih storitev in s tem zmanjševanje neenakosti in posledično boljše zdravje otrok in mladostnikov.

5 LITERATURA

Albreht T, Pribaković Brinovec R, Pokrajac T. Ključni profili zdravstvenega osebja v Sloveniji. In: Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden Dobrin P, Albreht T, eds. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010: 108-17.

Avbelj M, Saje Hribar N, Seher Zupančič M, Brcar P, Kotnik P, Iršič A, et al. Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. Zdrav Vestn 2005; 74: 753-9.

Bajt M, Gorenc M. Spolno vedenje. In: Jeriček H, Lavtar D, Pokrajac T, eds. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007: 173 – 81.

Barnekow Rasmussen V, Rivett D. Setting the scene. In: Third workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School – concepts, indicators and evidence. Executive Summary. Siggriswil, Switzerland, 19-22 November, 2004. Dostopno na: <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/ThirdworkshoponpracticeofevaluationoftheHPS.pdf> (8.9.2011).

Barnes M, Courtney MD, Pratt J, Walsh AM. School-Based Youth Health Nurses: Roles, Responsibilities, Challenges and Rewards. Public Health Nursing 2004; 21 (4): 316-22.

Besednjak Kocijančič L. Ocena uporabe zdravilskih metod za zdravljenje alergijskih bolezni pri otroku. Zdrav Vestn 2008; 77: 19-24.

Bevc Stankovič M. Slovenska mreža Zdravih šol – šole, ki promovirajo zdravje. In: Zbornik prispevkov / Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2006. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2006: 63-70.

Bevc M, Pucelj V, Scagnetti N. Širimo slovensko mrežo zdravih šol. (3. krog) – šolsko leto 2008/09. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2008.

Brcar P. Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. In: Črnak Meglič A, eds. Otroci in mladina v prehodni družbi: analiza položaja v Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino; 2005.

Brcar P. Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. In: Posvet Z in za otroke in mladostnike. Nacionalni posvet o zdravju otrok, mladostnic in mladostnikov (editorial), Ljubljana 14. marec 2007. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.

Bregar B. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema [magistrsko delo]. Koper: Univerza na Primorskem; 2010.

British Journal of School Nursing. Marketing the role of the school nurse. British Journal of School Nursing 2009; 4 (8): 395-8.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009: 61.

Clausson E, Petersson K, Berg A. School nurse's view of school children's health and their attitudes to document it in the school health record – a pilot study. Scand J Caring Sci 2003; 17: 392-8.

Committee on School Health. The Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Pediatrics 2001; 108 (5): 1231-2.

Council on School Health. Role of the School Nurse Providing School Health Services. *Pediatrics* 2008; 121: 1052-6.

Denehy J. Educational preparation for School Nurses. *Journal of School Nursing* 2007; 23: 191-2.

Drev A. Telesna dejavnost in sedeča vedenja. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 174-87.

Drev A, Bevc Stankovič M, Kuštrin Pocnič V, Karpljuk D, Gabrijelčič Blenkuš M. Priložnosti za uvajanje gibanja med šolsko učno uro. In: Pišot R, Štemberger V, Šimunič B, Dolenc P, Malej R, eds. Sodobni pogledi na gibalni razvoj otroka. Zbornik prispevkov 6. mednarodnega znanstvenega in strokovnega simpozija, Portorož, 2010. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno raziskovalno središče Koper; 2010: 82-4.

Drglin Z, Mihevc Ponikvar B, Zupanič T. Spolno vedenje. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 236-47.

Fantasia HC. Concept Analysis: Sexual Decision-Making in Adolescence. *Nursing Forum* 2008; (43) 2: 80-90.

Foley M. School-Age Temperament: Implications for School Nurses. *JSPN* 2007; 12 (5): 128-31.

Forrest CB, Bevans KB, Riley AW, Crespo R, Louis TA. School Outcomes of Children With Special Health Care Needs. *Pediatrics* 2011; 128 (2): 302-12.

Gaube A, Frankič M. Zdravstvena vzgoja v okviru preventivnih pregledov službe za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine. In: Kaučič BM, Geč T, Krajnc A, eds. Skupaj delamo za zdravje. Zbornik predavanj. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca; 2006.

Gregorič M, Gabrijelčič Blenkuš M, Klančar K, Fajdiga Turk V. Vrednotenje osnovnošolske prehrane glede ponudbe, načina, planiranja in organiziranosti v letu 2010 [Elektronski vir]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011. Dostopno na: <http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7& 7 Filename=3697.pdf& 7 MediaId=3697& 7 AutoResize=false&pl=0-7.3>. (2.9.2011).

Grieg Viig N, Wold B. Facilitating Teachers' Participation in School-Based Health Promotion – A Qualitative Study. *Scand J Educ Res* 2005; 49 (1): 83-109.

Habjanič A. Kvalitativno raziskovanje v zdravstveni negi z metodo analize besedila. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Ramšak Pajk J, eds. Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega. Zbornik predavanj z recenzijo 1. mednarodne znanstvene konference, Bled 25.-26. september 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 98-100.

Habjanič A. Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzor Zdrav Neg* 2011; 45 (1): 39-47.

Hall DMB. School nursing: past, present, and future. *Arch Dis Child* 1999; 81:181-184.

Hayter M, Piercy H, Massey MT, Gregory T. School nurses and sex education: surveillance and disciplinary practices in primary schools. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 61 (3): 273-81.

Jeriček H. Doživljanje zdravja. In: Jeriček H, Lavtar D, Pokrajc T, eds. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007: 19-30.

Jeriček Klanšček H, Gabrijelčič Blenkuš M, Zupanič T. Socioekonomski položaj družine in izbrani kazalniki zdravja mladostnikov v Sloveniji. Zdrav Var 2012; 51: 87-94.

Jeriček Klanšček H. Samoocena zdravja. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 71-86.

Jeriček H, Pucelj V. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju – primerjava med letoma 2002 in 2006. Zdrav Var 2008; 47: 126-36.

Jezernik K. Child and Adolescent Health Prevention. SWOT Analysis. Posvet regijskih koordinatorjev vzgoje za zdravje; 2011 Maj 11; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2011. Gradivo pri avtorici.

Keehner Engelke M, Guttu M, Warren MB, Swanson M. School Nurse Case management for Children With Chronic Illness: Health, academic, and Quality of Life Outcomes. The Journal of School Nursing 2008; 24 (4): 205-14.

Kesič K. Otroci z epilepsijo. Dostopno na: http://www.bambino.si/otroci_z_epilepsijo (18.5.2011).

Klančar D, Švab I, Kersnik J. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. Zdrav Var 2010; 49: 37-43.

Klemenčič S, Hlebec V. Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja. Ljubljana: Andragoški center Slovenije; 2007: 22-31.

Kobilšek K, Zaviršek Ž, Ravnik IM, Tomori M. Psihosocialni dejavniki tveganja pri mladostnikih z epilepsijo. Med Razgl 2005; 44: 377-96.

Koprivnikar H. Kajenje tobaka. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 198-215.

Koprivnikar H. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike v primarnem zdravstvu. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2008. Dostopno na: <http://www.ivz.si/> (4.3.2011).

Koprivnikar H, Pucelj V. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0-19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Pregled stanja s predlogi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2010. Dostopno na: <http://www.ivz.si> (25.2.2011).

Kovše K, Hočevar T. Pitje alkoholnih pijač. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 216-27.

Krause Parello CA, Samms K. School Nurses in New Jersey: A Quantitative Inquiry on roles and Responsibilities. JSPN 2010; 15 (3); 217-22.

Krause Parello CA, Samms K. The US model: The role of school nurses in New Jersey. British Journal of School Nursing 2009; 4 (6): 287-92.

Kruger BJ, Toker KH, Radjenovic D, Comenau JM, Macha K. School Nursing for Children With Special Needs: Does Number of School Make a Difference? *Journal of School Health* 2009; 79 (8): 337-46.

Lobe B. Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod – stara praksa v novi preobleki? *Družboslovne razprave*, XXII 2006; 53: 55-73.

Luznar N, Šmit M. Sistem zdravstvene vzgoje v zdravstvenem domu Ljubljana-Vič-Rudnik: Programirana zdravstvena vzgoja v šolah in vrtcih. In: Rajkovič V, Urbančič T, Bernik M, eds. Vzgoja in izobraževanje v informacijski družbi [Elektronski vir]: zbornik referatov / 7. mednarodna multi-konferenca Informacijska družba IS 2004, Ljubljana, 15. oktober 2004. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport: Fakulteta za organizacijske vede: Institut Jožef Stefan: Zavod Republike Slovenije za šolstvo; 2004: 1-4.

Maenpaa T, Astedt Kurki P. Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents' perceptions. *Scand J Caring Sci* 2008; 22: 86-92.

Maughan E. Part II – Factors Associated with School Nurse Ratios: Key State Informants' Perceptions. *The Journal of School Nursing* 2009; 25 (4): 292-301.

Ministrstvo za šolstvo in šport. Dostopno na: http://www.mss.gov.si/si/solstvo/osnovnosolsko_izobrazevanje/seznam_os_v_sloveniji/ (9.9.2011).

Mesec B. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 1998: 26.

Morberg S, Lagerstrom M, Dellve L. The perceived perceptions of head school nurses in developing school nursing roles within schools. *Journal of Nursing Management*: 2009; 17: 813-21.

NASN National Association of School Nurses. School Health nursing services Role in Health Care. Role of school Nurse. Silver Spring: National Association of School Nurses 2002. Dostopno na: <http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=279> (31.1.2011).

National Association of School Nurses. Position Statement: Caseload Assignments. Silver Spring: National Association of School Nurses 2010. Dostopno na: <http://www.nasn.org/Portals/0/positions/2010pscasetload.pdf> (5.7.2011).

National Association of School Nurses. The Definition of School Nursing. Dostopno na: <http://nasn.org/RoleCareer> (5.7.2011).

National Health Service Career. School Nursing. Dostopno na: <http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?Id=912> (31.1.2011).

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

Neubauer D. Predlog novega programa zdravstvene dejavnosti Inštituta za razvojno pediatrijo; 2003. Dostopno na: <http://www2.arnes.si/~pednevro/ustanova/institut.doc> (18.5.2012).

Nurses for a Healthier Tomorrow. School Nurse. Dostopno na: <http://www.nursesource.org/school.html> (2.8.2011).

Odding E, Roebroek ME, Stam HJ. The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. *Disability and Rehabilitation* 2006; 28 (4): 183-91.

Osredkar D, Neubauer D. Najpogostejše epilepsije po neonatalnem obdobju. Med Razgl 2012; 51 (1).

Oštir M. Celostna obravnava otroka s kronično pljučno boleznijo. Slov Pediatr 2008; 15 (2): 162-9.

Pahor M, Grbec V, eds. Zdravstvena vzgoja. Študijski program. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Pedagoška fakulteta. Visoka šola za zdravstvo; 1993.

Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu. Uradni list Republike Slovenije št. 136/2006.

Pucelj V, eds. Vzgoja za zdravje: priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007.

Pucelj V. Poročilo o izvajanju vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih otrok in mladostnikov po prvem letu izvajanja po enotnih navodilih. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2008. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=61&pi=5&_5_FileName=31.pdf&_5_MediaId=31&_5_AutoResize=false&pl=61-5.3 (4.3.2011).

Puskar KR, Barnardo LM. Mental Health and Academic Achievement: Role of School Nurses. Journal of Specialists in Pediatric Nursing 2007; (12) 4: 215-23.

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008-2013 „Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev“. Uradni list Republike Slovenije št. 72/2008.

Rok Simon M, Bajt M, Brcar P, Drev A, Fajdiga Turk V, Gregorič M, et al. Zdravje otrok in mladostnikov. In: Trdič J, Gabrijelčič Blenkuš M, Kofol Bric T, Truden Dobrin P, Albreht T, eds. Zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2010: 50-4.

Rok Simon M. Pogostost poškodb med mladimi, In: Jeriček H, Lavtar D, Pokrajc T, eds. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007: 161-7.

Rok Simon M. Poškodbe otrok in mladostnikov v Sloveniji: analiza podatkov o umrljivosti in obolevnosti. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007.

Rok Simon M, eds. Priporočila za ukrepanje v vrtcih ob nujnih stanjih in nenadno nastalih bolezenskih znakih. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011. Dostopno na: <http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=0&pi=7&id=1712&PageIndex=0&groupId=228&newsCategory=&action=ShowNewsFull&pl=0-7.0>. (22.9.2011).

Royal College of Nursing. An RCN toolkit for school nurses. Developing your practice to support children and young people in educational settings. London: Royal College of Nursing; 2008. Dostopno na: http://www.rcn.org.uk/data/assets/pdf_file/0012/201630/003223.pdf (2.8.2011).

Satcher D, Kaczorowski J, Topa D. The Expanding Role of the Pediatrician in Improving Child Health in the 21st Century. Pediatrics 2005; 115 (3): 1125-8.

Scagnetti N. Kajenje marihuane. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, eds. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih

vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2011: 228-35.

Scagnetti N. Telesna dejavnost, In: Jeriček H, Lavtar D, Pokrajc T, eds. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2007: 53-63.

Schmiedl R. School-Based Condom Availability Programs. The Journal of School Nursing 2004; 20 (1): 16-21.

Seme Ciglencečki P, Burja S, Hajdinjak D, Mičetić Turk D. Smeri gibanja pojavnosti cerebralne paralize v odvisnosti od razvoja perinatalne medicine in intenzivnega zdravljenja novorojenčkov v Mariboru (1988-2003). Acta Medico-Biotechnica 2010; 3 (1): 15-24.

Silverstein JH, Jackson CC, Bobo N, Kaufman FR, Butler S, Marschilok K. Providing a Safe Environment for Students with Diabetes. American Journal of Health Education 2009; (40) 5: 271-5.

Slovenska mreža zdravih šol. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2012. Dostopno na: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=78&pi=6&_6_id=134&_6_PageIndex=0&_6_groupId=-2&_6_newsCategory=IVZ+kategorija&_6_action=ShowNewsFull&pl=78-6.0. (15.2.2012).

Statistični urad Republike Slovenije. Dostopno na: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3858 (9.9.2011).

Stewart L. Recognizing Childhood Obesity: The Role of the School Nurse. British Journal of School Nursing 2008; (3) 7: 323-6.

Strunk JA. The Effect of School-Based Health Clinics on Teenage Pregnancy and Parenting Outcomes: An Integrated Literature Review. *The Journal of School Nursing* 2008; (24) 1: 13-20.

Sweeney JF, Sweeney DD. Frequent Visitors to the School Nurse: The School Psychologist's Role. Annual Conference of the National Association of School Psychologists. Washington, 27.- 21. april 2001. Dostopno na: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED450334.pdf> (30.1.2011).

Šmit M. School nurse, medicinska sestra v zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine. In: Zbornik 3. strokovnega seminarja Zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja z roko v roki na temo Promocija zdravja, Strunjan, 7.-8.junij 2010. Koper: Zavod za zdravstveno varstvo; 2010: 19-22.

Tomori M. Spolnost v adolescenci. In: Beličič Kolšek A, eds. Mladostnik in ljubezen: zbornik / Seminar za strokovne delavce v zdravstvu, izobraževanju in vzgoji. Ljubljana: Društvo Šola za življenje; 2007: 7 – 12.

Uršič Bratina N, Žerjav, Tanšek M, Bratanič N, Kržišnik C, Avbelj M, Battelino T. Poznavanje in vodenje sladkorne bolezni pri otrocih in mladostnikih s sladkorno boleznijo tipa 1. Ljubljana: Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove. Dostopno na: http://www2.arnes.si/~icesni/sladkorno_tip1.pdf (23.9.2011).

Weber S. School health programs: A starring role for school nurse practitioners! *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2006; 18: 510-1.

Westwood J, Mullan B. Knowledge of School Nurses in the U.K. Regarding Sexual Health Education. *The Journal of School Nursing* 2006; (22) 6: 352-7.

Westwood J, Mullan B. Teachers' and pupils' perceptions of the school nurse in relation to sexual health education. *Sex education* 2009; 9 (3): 293-306.

WHO Regional Office for Europe. Inequalities in young people's health. Health Behaviour in School-aged Children: international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organisation, regional Office for Europe; 2008. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/inequalities-in-young-peoples-health.-hbsc-international-report-from-the-20052006-survey> (29.8.2012).

WHO Regional Office for Europe. The European Health Report 2009. Health and health systems. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe; 2009. Dostopno na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf (13.10.2011).

Zakon o osnovni šoli. Uradno prečiščeno besedilo. Uradni list Republike Slovenije št. 81/2006.

Zakon o osnovni šoli. Uradni list Republike Slovenije št. 12/1996.

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

Zurc J. Vloga gibalne aktivnosti v otrokovem socialnem razvoju v obdobju poznega otroštva. Zaključno poročilo o rezultatih raziskovalnega projekta. Koper: Univerza na Primorskem; 2008. Dostopno na: www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-PF98WHKQ/.../PDF (22.8.2012).

Žitnik SE, Podboj J. Alergijski rinitis in zapleti pri otrocih. In: Košnik M, eds. Aspirinska intoleranca in rinitis. Zbornik prispevkov. Golnik: Bilnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2006: 16-8. Dostopno na:

<http://www.klinika-golnik.si/uploads/si/ais/publikacije/aspirinska-intoleranca-in-rinitis-5.pdf#page=16> (23.9.2011).

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

6.1.1 Anketni vprašalnik

VPRAŠALNIK ZA RAVNATELJE OSNOVNIH ŠOL V SLOVENIJI

Spoštovani!

Sem absolventka magistrskega študija na **Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice**, zaposlena na **Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj** kot koordinatorka promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. Pripravljam magistrsko nalogo o konceptu 'school nurse' (t.i. šolski medicinski sestri), kot ga poznajo v nekaterih državah EU in drugod po svetu.

Namen raziskave je v teoretičnem delu predstaviti poklicni profil 'šolske medicinske sestre' in področje šolske zdravstvene nege. V raziskovalnem delu pa zbrati mnenja strokovnjakov, ki v Sloveniji delujejo na različnih področjih v posredni ali neposredni povezavi z zdravstvenim varstvom otrok in mladostnikov, o omenjenem konceptu, o primerjavi z našim sistemom zdravstvenega varstva ter ugotoviti, ali bi ga bilo po njihovem mnenju možno in smiselno aplicirati v naš sistem zdravstvenega varstva in šolstva, da bi povečali dostopnost do določenih zdravstvenih storitev, in na ta način zmanjšali razlike v zdravju v tej ciljni populaciji.

Mnenja strokovnjakov šolstva in zdravstva bomo zbirali po dveh poteh: vse ravnatelje slovenskih osnovnih šol bomo anketirali s pošto anketo. Mnenja pa bomo zbirali tudi kvalitativno, v kar bodo vključeni strokovnjaki s področja javnega zdravja, šolske medicine, zdravstvene nege v šolskem zdravstvenem varstvu, učitelji, svetovalni delavci ter strokovnjak z Zavoda za šolstvo. Izvedli bomo intervjuje v okviru štirih fokusnih skupin (dve v osnovni šoli, eno v dispanzerju zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov, eno v nacionalni javnozdravstveni instituciji) ter dva individualna intervjuja (v regionalni instituciji javnega zdravja ter v regionalni instituciji s področja šolstva).

Zavedamo se, da ste zelo zaposleni, vendar upamo, da boste našli čas za izpolnjevanje tega vprašalnika, ki je namenjen strokovnim vodjem osnovnih šol (ravnateljem). Zbrane podatke bomo uporabili izključno v raziskovalne namene.

Prosimo, da izpolnjen vprašalnik vrnete v priloženi kuverti na naslov Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj najkasneje do petka, 23. 3. 2012.

Za sodelovanje se vam vnaprej zahvaljujem.

Tanja Torkar, prof. zdr. vzg.

Podatki o šoli (za šol. leto 2011/12):

I. Šola:

- a) Osnovna šola z rednim programom
- b) Osnovna šola s prilagojenim programom

II. Število učencev: _____

III. Število zaposlenih: _____

IV. Vključenost šole v Slovensko mrežo zdravih šol (koordinator IVZ RS in regijski zavodi za zdravstveno varstvo)

- a) Da
- b) Ne

V. Zdravstvena regija:

- a) Ljubljana
- b) Kranj
- c) Nova Gorica
- d) Koper
- e) Novo mesto
- f) Ravne na Koroškem
- g) Maribor
- h) Celje
- i) Murska Sobota

1. Spodaj so naštetе nekatere zdravstvene težave oz. bolezni, ki se lahko pojavljajo pri učencih. V levem stolpcu označite, ali je v tem šolskem letu v šolo vključen učenec, ki ima oz. je imel posamezno zdr. težavo/bolezen.

V desnem stolpcu pa označite, ali je in kako pogosto običajno potreben kakršenkoli ukrep/pomoč s strani učiteljev/šolskih delavcev vaše šole v primeru pojava naštetih zdravstvenih težav/bolezni pri učencih. Prosimo, obkrožite za vsako naštetо težavo/bolezen posebej.

Ali je v tem šolskem letu v šolo vključen učenec, ki ima oz. je imel posamezno zdr. težavo/bolezen? A = da B = ne C = ne vem			Kako pogosto je običajno potreben kakršenkoli ukrep/pomoč s strani učiteljev in drugih šolskih delavcev zaradi naštetih zdr. težav učencev? 1 = nikoli 4 = 1-3 krat mesečno 2 = 1-2 krat letno 5 = 1-3 krat tedensko 3 = 3-9 krat letno 6 = vsakodnevno						
A	B	C	Kronične bolezni (diabetes, astma, alergija, celiakija, epilepsija, ...)	1	2	3	4	5	6
A	B	C	Psihosomatske bolezni (glavobol/migrena, bolečine v trebuhu, tesnoba, omedlevica ...)	1	2	3	4	5	6
A	B	C	Akutno bolezensko stanje (povišana tel. temperatura, glavobol, bolečine v trebuhu, epi. napad, akutna alergijska reakcija, hiper/hipo glikemija, ...)	1	2	3	4	5	6
A	B	C	Ušivost	1	2	3	4	5	6
A	B	C	Telesne poškodbe (povzr. v času pouka) npr. zvini, zlomi, rane, udarci ...	1	2	3	4	5	6
A	B	C	Tvegano vedenje (raba alkohola/tobaka/drog; neodgovorno spolno vedenje, namerne poškodbe ...)	1	2	3	4	5	6
A	B	C	Drugo, napišite:	1	2	3	4	5	6

2. Ali ima šola napisan postopek ukrepov za primer ogroženosti zdravja učenca (poškodba, nujno zdravstveno stanje, akutna bolezen, poslabšanje kronične bolezni)?

- a. Da
- b. Ne

3. Kakšen je postopek na vaši šoli v primeru akutne bolezni učenca, poslabšanja kronične bolezni oz. poškodbe? Označite stopnjo pogostosti za vsak opisan postopek.

	1 = nikoli; 2 = manj pogosto; 3 = pogosto; 4 = zelo pogosto; 5 = vedno				
Šola obvesti starše, učenec počaka v razredu oz. drugem prostoru pod nadzorom šolskega osebja.	1	2	3	4	5
Šola obvesti zdravstveni dom in starše, nekdo od šolskega osebja pa učenca odpelje v zdravstveni dom.	1	2	3	4	5
Šola obvesti zdravstveni dom, zdravstveno osebje prevzame učenca na šoli.	1	2	3	4	5
V primeru <u>poškodbe</u> šolsko osebje nudi prvo pomoč učencu.	1	2	3	4	5
V primeru <u>poslabšanja kronične bolezni</u> šolsko osebje učencu da predpisana zdravila oz. kako drugače ukrepa po navodilu <u>staršev učenca</u> .	1	2	3	4	5
V primeru poslabšanja kronične bolezni šolsko osebje učencu da predpisana zdravila oz. kako drugače ukrepa po navodilu šolskega oz. osebnega <u>zdravnika</u> .	1	2	3	4	5
Drugo, napišite:	1	2	3	4	5

4. Kdo in kako pogosto poskrbi za učenca (ga prevzame in ostane ob njem) v primeru akutne bolezni, poslabšanja kronične bolezni oz. poškodbe, ki se pojavi v času bivanja na šoli, do prihoda staršev oz. do transporta v zdravstveni dom? Za vsako navedeno možnost izberite pogostost na lestvici od 1-5.

	1 = nikoli; 2 = manj pogosto; 3 = pogosto; 4 = zelo pogosto; 5 = vedno				
Razrednik, učitelj	1	2	3	4	5
Šolska svetovalna služba	1	2	3	4	5
Uprava (npr. pomočnik ravnatelja, tajnica ...)	1	2	3	4	5
Tehnično osebje (npr. hišnik, kuharice ...)	1	2	3	4	5
Zdravstveno osebje iz šolske <u>zobozdravstvene ambulante</u> (locirane na šoli)	1	2	3	4	5
Zdravstveno osebje iz zdravstvenega doma (pridejo na šolo)	1	2	3	4	5
Nihče od šolskega osebja (ampak npr. dežurni učenec, starejši učenec, starejši brat/sestra ...)	1	2	3	4	5
Druga oseba, napišite:	1	2	3	4	5

5. Zanima nas vaše mnenje glede usposobljenosti učiteljev in strokovnih delavcev šole za prepoznavanje problemov v zvezi z zdravjem učencev in za ukrepanje ob problemih. Za vsako od spodaj nešteti trditve obkrožite stopnjo strinjanja na lestvici od 1-5.

	1 = sploh se ne strinjam;	2 = se ne strinjam;	3 = niti se strinjam niti se ne strinjam;	4 = se strinjam;	5 = popolnoma se strinjam
Učitelji* na naši šoli se redno izobražujejo za nudenje prve pomoči.	1	2	3	4	5
Usposabljanje učiteljev* za prepoznavanje problemov v zvezi z zdravjem učencev sodi v njihova redna izobraževanja.	1	2	3	4	5
Za učence s kroničnimi boleznimi na naši šoli pretežno skrbi šolska svetovalna služba.	1	2	3	4	5
Učitelja* običajno vsak starš individualno za svojega otroka nauči ukrepanja za primer poslabšanja učenčeve kronične bolezni.	1	2	3	4	5
Na naši šoli učenci sami poskrbijo za jemanje predpisanih zdravil (kot npr. inhalator, inzulinska injekcija, adrenalinski samoinjektor ...idr.).	1	2	3	4	5
Za zdravstvene težave učencev na naši šoli skrbi šolska svetovalna služba.	1	2	3	4	5
Učitelji* na naši šoli znajo dajati zdravila učencem s kroničnimi boleznimi (diabetes, astma, epilepsija, ipd.).	1	2	3	4	5
Za usposabljanja učiteljev* s področja prepoznavanja zdravstvenih težav učencev in ukrepanje ob tem bi morala biti odgovorna šola.	1	2	3	4	5
Dajanje zdravil učencem v nobenem primeru ne bi smelo biti odgovornost učitelja*.	1	2	3	4	5
Prepoznavanje zdravstvenih težav učencev ne more biti kompetenca učiteljev*.	1	2	3	4	5
Usposabljanje učiteljev* glede prepoznavanja zdravstvenih težav in ukrepanja ob tem bi morala biti odgovornost zdravstvenega doma (tim šolskega zdravnika).	1	2	3	4	5

* učitelji in drugi strokovni delavci šole

6. Prosimo, da za spodnje trditve glede sodelovanja šole in zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladine v zdravstvenem domu (tim šolskega zdravnika: zdravnik, diplomirana medicinska sestra, zdravstveni tehnik) označite stopnjo strinjanja.

	1 = sploh se ne strinjam;	2 = se ne strinjam;	3 = niti se strinjam, niti se ne strinjam;	4 = se strinjam;	5 = popolnoma se strinjam
S timom šolskega zdravnika sodelujemo v večini le za izvedbo sistematskih pregledov učencev.	1	2	3	4	5
Tim šolskega zdravnika poznamo in z njim tesno sodelujemo pri zagotavljanju zdravstvenega varstva učencev.	1	2	3	4	5
Tim šolskega zdravnika sodeluje pri razvoju in izvedbi programov s področja zdravja in zdravstvene vzgoje na naši šoli.	1	2	3	4	5
Diplomirana medicinska sestra iz šolskega zdravstvenega varstva je prisotna na šoli, saj redno izvaja programirano zdravstveno vzgojo (Navodilo**) na naši šoli.	1	2	3	4	5
V primeru zdravstvenih težav učenci iščejo pomoč v šolski svetovalni službi, ki se nato poveže z šolskim dispanzerjem.	1	2	3	4	5
Zdravstvene informacije o učencih, ki so pomembne za varno bivanje otroka v šoli, pridobivamo od šolske zdravstvene službe.	1	2	3	4	5
Zdravstvene informacije o učencih, ki so pomembne za varno bivanje otroka v šoli, pridobivamo od staršev učenca.	1	2	3	4	5
Smiselno bi bilo, da bi bil zdravstveni delavec (npr. dipl. med. sestra) tesneje povezan s šolo in bi del storitev opravljal na lokaciji šole.	1	2	3	4	5

** Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (UL RS št. 19/1988); Navodilo o spremembah in dopolnitvah Navodila (UL RS št. 33/2002).

7. V številnih evropskih državah in v ZDA je na šoli zaposlena t.i. šolska medicinska sestra^o (school nurse). Njena vloga in naloge, ki jih opravlja, so celostna in kompleksna skrb za zdravje učencev, vezane tako na zdravstvene kot izobraževalne cilje. **Kako potrebni bi bili po vašem mnenju spodaj naštetih predlogi izvajanja nalog 'šolske medicinske sestre' v vaši šoli? Na lestvici od 1 – 5 obkrožite stopnjo potrebe za vsako nalogo posebej.**

1 = zelo nepotrebno; 2 = nepotrebno; 3 = niti nepotrebno niti potrebno; 4 = potrebno; 5 = zelo potrebno

Šolska medicinska sestra na šoli bi ukrepala ob nujnih stanjih učencev (poškodbe, poslabšanja kroničnih bolezni ipd.).	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi izvajala izobraževanja s področja krepitve zdravja in preprečevanja bolezni za učence, starše in učitelje.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi izvajala določene presejalne teste na šoli (pregled sluha, vida, indeksa telesne mase, krvnega pritiska, holesterola ipd.) in ob odstopanjih učence usmerjala na nadaljnje preglede v zdravstveni dom.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi spremljala učence s kronično boleznijo in posebnimi zdravstvenimi stanji ter ukrepala ob poslabšanjih (učenci z diabetesom, astmo, alergijami, epilepsijo, s cerebralno paralizo ...).	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi v času pouka učence oskrbovala z zdravstvenimi storitvami (npr. aplikacija zdravil, inhalacije z razpršilci ali z aparatom, preveza rane, merjenje nivoja sladkorja, terapija z inzulinom, pregledovanje lasišča, ...).	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi tesno sodelovala s starši in učitelji v povezavi s krepitvijo zdravja učencev in preprečevanjem bolezni.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi vodila zdravstvenovzgojne programe in programe s področja promocije zdravja na šoli.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi bila ključna in pomembna povezava med šolo in dispanzerjem za zdravstveno varstvo otrok in mladine (timom šolskega zdravnika).	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi bila del šolskega tima in aktivno sodelovala pri načrtovanju in udejanjanju »politike zdravja v šoli«.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi v času pouka učence ob spremembah zdravstvenega stanja naročala in spremljala v zdravstveni dom.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi bila usposobljena in kompetentna za prepoznavanje problemov v zvezi z zdravjem učencev v času bivanja na šoli.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi sodelovala pri pripravi uravnoteženih jedilnikov.	1	2	3	4	5
Šolska medicinska sestra bi povezovala šolsko osebje, zdravstvene strokovnjake in lokalno skupnost na področju krepitve zdravja.	1	2	3	4	5

^o Uporaba besedne zveze 'šolska medicinska sestra' pomeni osebo, ki ima končano visoko strokovno izobrazbo s področja zdravstvene nege in podiplomsko izobraževanje iz promocije zdravja, javnega zdravja, strokovni magisterij ipd.

8. Diplomirana medicinska sestra iz t.i. šolskega dispanzerja ima tudi v Sloveniji v šolskem prostoru možnost delovanja na številnih področjih. Ali se strinjate in kako močno s spodaj naštetimi področji, na katerih bi dipl. medicinska sestra delovala v vaši šoli? Označite za vsako trditev posebej na lestvici od 1-5.

	1 = sploh se ne strinjam;	2 = se ne strinjam;	3 = niti se strinjam, niti se ne strinjam;	4 = se strinjam;	5 = popolnoma se strinjam
Individualno svetovanje in podpora učencem in staršem s področja zdravja (vzgoje za zdravje, preventiva, kronične bolezni ipd).	1	2	3	4	5
Vodenje podpornih skupin (npr. za kronične bolnike).	1	2	3	4	5
Delo s šolskim osebjem (izobraževanje s področja zdravja, promocije zdravja).	1	2	3	4	5
Promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in izobraževanje s področja zdravja v okviru pouka.	1	2	3	4	5
Vodenje interesnih dejavnosti (npr. »zdrav krožek«).	1	2	3	4	5
Sodelovanje v pedagoškem timu z namenom medpredmetnega povezovanja vsebin s področja (varovanja in krepitev) zdravja.	1	2	3	4	5
Sodelovanje pri oblikovanju in realizaciji »šolske politike zdravja«.	1	2	3	4	5
Drugo, dopišite:	1	2	3	4	5
Vsebinska področja, ki bi jih lahko taka oseba pokrivala, so:					
Zdrava prehrana	1	2	3	4	5
Duševno zdravje (soočanje s stresom, krepitev samopodobe ...)	1	2	3	4	5
Telesna dejavnost za zdravje	1	2	3	4	5
Tvegano vedenje (spolnost, alkohol, kajenje, poškodbe)	1	2	3	4	5
Zdravstveno stanje/obolevnost/preprečevanje bolezni	1	2	3	4	5
Drugo, dopišite:	1	2	3	4	5

9. V tujini je praksa glede zaposlovanja 'šolskih medicinskih sester' različna. Prosimo navedite, kakšna oblika zaposlovanja in lokacija delovanja dipl. medicinske sestre, ki v okviru zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov skrbi za zdravje učencev, je po vašem mnenju najprimernejša za naše okolje.

Lokacija delovanja dipl. medicinske sestre:

- v celoti naj deluje na lokaciji zdravstvenega doma
- v celoti naj deluje na lokaciji šole
- deloma naj deluje na lokaciji šole, deloma v zdravstvenem domu

Tovrstni kader naj zaposluje:

- zdravstveni dom
- šola
- občina
- regionalni zavod za zdravstveno varstvo
- drugo: _____

Želite kaj dodati?

Prosimo, napišite:

HVALA ZA SODELOVANJE!

6.1.2 Vabilo na razgovor v fokusni skupini

POVABILO ZA SODELOVANJE V FOKUSNI SKUPINI

Spoštovani!

Sem absolventka magistrskega študija na **Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice**, zaposlena na **Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj** kot koordinatorka promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. Pripravljam magistrsko nalogo o konceptu 'school nurse' (t.i. šolski medicinski sestri), kot ga poznajo v nekaterih državah EU in drugod po svetu. Namen magistrskega dela je v teoretičnem delu predstaviti poklicni profil 'šolske medicinske sestre' in področje šolske zdravstvene nege, kot ju poznajo v tujini, v drugem, raziskovalnem delu pa zbrati mnenja strokovnjakov, ki v Sloveniji delujejo na različnih področjih v posredni ali neposredni povezavi z zdravstvenim varstvom otrok in mladostnikov, o omenjenem konceptu, o primerjavi z našim sistemom zdravstvenega varstva ter ugotoviti, ali bi ga bilo po njihovem mnenju možno in smiselno aplicirati v naš sistem zdravstvenega varstva in šolstva z namenom povečati dostopnost do določenih zdravstvenih storitev in na ta način zmanjšati razlike v zdravju v tej ciljni populaciji.

Mnenja strokovnjakov šolstva in zdravstva bom zbirala po dveh poteh: vse ravnateljice slovenskih osnovnih šol bom anketirala s pošto anketo. Mnenja pa bom zbirala tudi kvalitativno, v kar bodo vključeni strokovnjaki s področja javnega zdravja, šolske medicine, zdravstvene nege v šolskem zdravstvenem varstvu, učitelji, svetovalni delavci ter strokovnjak z Zavoda za šolstvo. Intervjuvala bom s kombinacijo dveh metod: izvedbo fokusnih skupin in poglobljenih individualnih intervjujev. Izvedla bom štiri fokusne skupine (dve v osnovni šoli, eno v dispanzerju zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov, eno v nacionalni javnozdravstveni instituciji) ter dva individualna intervjuja (v regionalni instituciji javnega zdravja ter v regionalni instituciji s področja šolstva).

Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Zaradi bolj poglobljenega pridobivanja mnenj in stališč o proučevani temi želim izvesti intervju v obliki fokusne skupine, v kateri bodo sodelovale tri osebe. Zavedam se, da ste zelo zaposleni, vendar upam, da boste našli čas za pogovor v fokusni skupini, ki bo trajal predvidoma 45-60 min. Pogovor se bo snemal, zbrane podatke bom uporabila izključno v raziskovalne namene.

Predlagane teme in vprašanja razgovora v fokusni skupini:

1. Težave v zvezi z zdravjem učencev
2. Ukrepanje ob zdr. težavah
3. Krepitev zdravja v šoli, zdravstvena vzgoja
4. Delovanje zdravstvenega kadra v šoli

Za sodelovanje se vam vnaprej zahvaljujem.

Tanja Torkar, prof. zdr. vzg.

6.1.3. Vabilo na razgovor v individualnem intervjuju

INTERVJU ZA STROKOVNJAKE S PODROČJA ŠOLSTVA IN JAVNEGA ZDRAVJA

Spoštovani!

Sem absolventka magistrskega študija na **Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice**, zaposlena na **Zavodu za zdravstveno varstvo Kranj** kot koordinatorka promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. Pripravljam magistrsko nalogo o konceptu 'school nurse' (t.i. šolski medicinski sestri), kot ga poznajo v nekaterih državah EU in drugod po svetu. Namen magistrskega dela je v teoretičnem delu predstaviti poklicni profil 'šolske medicinske sestre' in področje šolske zdravstvene nege, kot ju poznajo v tujini, v drugem, raziskovalnem delu pa zbrati mnenja strokovnjakov, ki v Sloveniji delujejo na različnih področjih v posredni ali neposredni povezavi z zdravstvenim varstvom otrok in mladostnikov, o omenjenem konceptu, o primerjavi z našim sistemom zdravstvenega varstva ter ugotoviti, ali bi ga bilo po njihovem mnenju možno in smiselno aplicirati v naš sistem zdravstvenega varstva in šolstva z namenom povečati dostopnost do določenih zdravstvenih storitev in na ta način zmanjšati razlike v zdravju v tej ciljni populaciji.

Mnenja strokovnjakov šolstva in zdravstva bom zbirala po dveh poteh: vse ravnateljice slovenskih osnovnih šol bom anketirala s pošto anketo. Mnenja pa bom zbirala tudi kvalitativno, v kar bodo vključeni strokovnjaki s področja javnega zdravja, šolske medicine, zdravstvene nege v šolskem zdravstvenem varstvu, učitelji, svetovalni delavci ter strokovnjak z Zavoda za šolstvo. Intervjuvala bom s kombinacijo dveh metod: izvedbo fokusnih skupin in poglobljenih individualnih intervjujev. Izvedla bom štiri fokusne skupine (dve v osnovni šoli, eno v dispanzerju zdravstvenega varstva šolskih otrok in mladostnikov, eno v nacionalni javnozdravstveni instituciji) ter dva individualna intervjuja (v regionalni instituciji javnega zdravja ter v regionalni instituciji s področja šolstva).

Vljudno vas prosim za sodelovanje v raziskavi. Zaradi bolj poglobljenega pridobivanja mnenj in stališč o proučevani temi želim z vami izvesti osebni intervju. Zavedam se, da ste zelo zaposleni, vendar upam, da boste našli čas za intervju, ki bo trajal predvidoma 20-30 min. Pogovor se bo snemal, zbrane podatke bom uporabila izključno v raziskovalne namene.

Predlagane teme intervjuja:

1. Težave v zvezi z zdravjem učencev
2. Ukrepanje ob zdr. težavah
3. Krepitev zdravja v šoli, zdravstvena vzgoja
4. Delovanje zdravstvenega kadra v šoli

Za sodelovanje se vam vnaprej zahvaljujem.

Tanja Torkar, prof. zdr. vzg.