

Stavovi medicinskih sestara o njihovoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi

Ptiček, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:168213>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Martina Ptiček

**Stavovi medicinskih sestara o njihovoj
ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u
školi**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Martina Ptiček

**Stavovi medicinskih sestara o njihovoj
ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u
školi**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

Ovaj rad je izrađen na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Škole narodnog zdravlja „dr. Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc.Gordane Pavleković i predan je na ocjenu u akademskog godini 2013./2014.

Redni broj rada _____

KAZALO

1. SAŽETAK

2. SUMMARY

3. UVOD 1

3.1. Zdravlje i zdravstveno ponašanje školske djece i mladeži 1

3.2. Zdravstvena zaštita školske djece i mladeži 5

3.3. Zdravstveni odgoj u Republici Hrvatskoj 7

3.4. Zdravstveni odgoj u školi u Republici Hrvatskoj 8

3.5. Promicanje zdravlja u školi – škola koja promiče zdravlje 9

3.6. Zdravstveno – odgojna uloga medicinske sestre 12

4. PROBLEM ISTRAŽIVANJA 15

5. HIPOTEZA I CILJEVI ISTRAŽIVANJA 16

6. ISPITANICI I METODE RADA 17

7. REZULTATI RADA 19

7.1. Ispitanici i njihova obilježja 19

7.2. Mišljenje o zdravstvenom odgoju u školi danas i stav prema promjenama 22

7.2.1. Ciljevi zdravstvenog odgoja u školi 22

7.2.2. Zadovoljstvo zdravstvenim odgojem u školi	23
7.3. Zdravstveni odgoj u školi: samostalan predmet ili integrirani sadržaj	24
7.4. Uloga djelatnika iz zdravstva i prosvjete u provođenju zdravstvenog odgoja u školi	26
7.5. Moguće aktivnosti zdravstveno-odgojnog rada medicinske sestre u školi	27
7.6. Uloga medicinskih sestara u provođenju zdravstvenog odgoja u školi	29
7.7. Razina sestrinskog obrazovanja potrebna za provođenje zdravstvenog odgoja u školi	29
7.8. Značajnost provođenja zdravstvenog odgoja u školi od strane medicinskih sestara u odnosu na ostale profile djelatnika	30
 8. RASPRAVA	 31
9. ZAKLJUČCI	36
10. ZAHVALA	37
11. LITERATURA	38
12. ŽIVOTOPIS	42
13. PRIVITAK: Anketni upitnik	43

1. SAŽETAK

Zdravstveni odgoj u školi danas je vrlo aktualna tema u javnosti Republike Hrvatske. Izrađen je kurikulum i prijedlog metodologije izvođenja, a kako kod nas nikada nije bilo posebne profesije „zdravstveni odgajatelj“, za nositelje i izvođače programa predložene su osobe različitih profila i visokoškolske edukacije. Istraživanja koja su ranije provedena u Hrvatskoj ukazala su na različita mišljenja učitelja, učenika, roditelja i zdravstvenih djelatnika o potrebi njegovog uvođenja kao integriranog ili posebnog predmeta te raznolikost u odgovorima tko bi trebao biti nositelj i izvođač programa.

Medicinska sestra je aktivan nositelj zdravstvenog odgoja u praksi. Zdravstveno-odgojni rad integriran je u njen svakodnevni rad, bez obzira radi li na primarnoj, sekundarnoj ili tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Znanja i vještine tog rada medicinska sestra stječe tijekom redovnog srednjoškolskog školovanja, kao i na višim razinama obrazovanja i usavršavanja. Stoga je provedeno istraživanje među studentima prve i druge godine Sveučilišnog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu s ciljem da se (1) ispita njihovo zadovoljstvo (do)sadašnjim stanjem zdravstvenog odgoja u školi i mišljenje o radu stručnjaka koji su na različite načine uključeni u njegovo provođenje te (2) istraže stavovi o ulozi medicinskih sestara i tehničara u provođenju zdravstvenog odgoja u školi.

Istraživanje je provedeno u lipnju 2013. godine, u vrijeme eksperimentalno uvedenog zdravstvenog odgoja u škole u školskoj godini 2012/2013. U njemu je sudjelovalo 98 ispitanika, 48 studenata prve godine diplomskog studija sestrinstva i 50 studenata druge godine (odaziv 78,4%). Instrument u istraživanju bio je anonimni upitnik pripremljen prema ranijim sličnim upitnicima i prilagođen ciljevima ovog istraživanja. Većina ispitanika ima iskustva iz prakse (samo 1% bez radnog staža), a najveći broj njih radi u bolnicama (70,4%).

Rezultati pokazuju da je tek 3,1% vrlo zadovoljnih (do)sadašnjim zdravstvenim odgojem u školi, većina (45,9%) ih je djelomično zadovoljnih ili zadovoljnih (17,3%), dok je 29,6% nezadovoljno ili vrlo nezadovoljno (4,1%).

Analiza odgovora o cilju zdravstvenog odgoja u školi pokazala je da 59,2% ispitanika smatra da bi to trebao biti razvoj navika i stavova prema zdravlju, 34,7% učenje vještina za zdravi život, a tek 5,1% smatra da bi to trebalo biti informiranje i davanje znanja.

U najvećem postotku (39,8%), kao nositelja programa ispitanici - medicinske sestre predlažu medicinsku sestru s dodatnom edukacijom. Na drugom mjestu (31,6%) je zdravstveni odgajatelj, tj. osoba sa specifičnom edukacijom iz tog područja. Većina sestara sebe vidi kao stalnog vanjskog suradnika u programu (53,1%) ili predavača pojedinih tema (31,6%), a 10,2% ne vidi svoju ulogu u provođenju zdravstvenog odgoja u školi. Na pitanje o razini obrazovanja medicinskih sestara potrebnij za provođenje zdravstvenog odgoja u školi, 56,1% njih smatra da je za to potreban završeni diplomski studij sestrinstva i dodatna specifična edukacija o zdravstveno-odgojnim sadržajima.

Istraživanje je pokazalo da većina medicinskih sestara ima pozitivan stav prema njihovoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi te da ih treba uključiti u sadašnje i buduće programe. Stoga je potrebno nastaviti istraživanja na ovom području s ciljem odgovora na pitanja kako i na koji način aktivno uključiti medicinske sestre s različitim iskustvima iz bolničke i izvanbolničke prakse u zdravstveno-odgojni rad u školi.

Ključne riječi: zdravstveni odgoj, zdravstveni odgoj u školi, medicinska sestra

2. SUMMARY

Health education in schools, is newly, a hot topic in Croatia. The Health education curriculum and suggested methodology of teaching it, has been made, and since there has never been a special profession of “health education teacher”, to hold and teach this subject, high educated people of various profiles have been suggested. The studies that were previously conducted in Croatia, pointed to the different opinions of teachers, students, parents and health professionals on the need for its introduction as an integrated or stand-alone subject, and offered a diversity of opinions on who should hold and teach it.

Nurse is an active holder of health education in practice. Health education work is integrated into her every day work, regardless of the fact whether she works at the primary, secondary or tertiary level of health care. Nurse acquires knowledge and skills for the work during her regular secondary education, as well as during higher levels of education and training. Therefore, the study was conducted among students of first and second year of Undergraduate study of nursing at the University of Zagreb - School of medicine in order to (1) examine their satisfaction with the current state of health education in schools and opinions on the work of experts who were involved in various ways of its implementation, and (2) explore attitudes about the role of nurses in the implementation of health education in schools.

The survey was conducted in June 2013. , during experimentally introduced subject “Health education”, in schools, in the school year 2012 / 2013. It was attended by 98 participants, 48 of them were students of the first year of undergraduate study of nursing and 50 of them were students of the second year of undergraduate study of nursing (response 78,4%). Instrument in the survey was anonymous questionnaire, prepared in accordance with previous similar surveys, and adjusted to the goals of this research. Most survey participants have practical experience (only 1% without work experience), and vast majority of them works in hospitals (70.4%).

The results show that only 3.1% is very satisfied with the current health education in schools, the majority (45.9%) are partially satisfied or satisfied (17.3%), while 29.6% are dissatisfied or very dissatisfied (4.1%). Analysis of the responses to health education in schools showed that 59.2% of participants believe that it should be development of habits and attitudes towards health, 34.7% learning skills for a healthy life, and only 5.1% said that it should be getting information and knowledge.

The largest percentage (39.8%), as holder of the program, participants-nurses, suggest a nurse with additional education. In second place (31.6%) is a health educator, or people with specific education in this area. Most nurses see themselves as a permanent external collaborator in the program (53.1%) or a lecturer for certain topics (31.6%), while 10.2% do not see their role in the implementation of health education in schools. When they were asked about the level of education for nurses, needed to conduct health education in schools, 56.1% of them think that it is required for an undergraduate degree of nursing school and additional specific training on health education contents.

The research has shown that the most nurses have a positive attitude towards their role in the implementation of health education in schools and that they should be included in current and future programs. Therefore, it is necessary to continue research in this area to address the question of how and in which ways should nurses with different experiences in clinical and non-clinical practice be involved in health education in schools.

Keywords: health education, health education in schools, nurse

3. UVOD

3.1. Zdravlje i zdravstveno ponašanje školske djece i mladeži

Školska djeca i mladež često se opisuju kao najzdraviji dio populacije, ako su mjera zdravlja specifični mortalitet i vodeći morbiditet (Jureša 2000; Barton & Parry-Jones 2002). U ambulantnom morbiditetu kod ove populacijske skupine prevladavaju bolesti dišnog sustava (osobito akutne respiratorne infekcije), zatim zarazne i parazitarne bolesti, bolesti kože i potkožnog tkiva te ozljede. Vodeći uzrok smrti djece i mladeži su ozljede (UNICEF 2004).

Međutim, pažljivom analizom stanja te populacije slika je nešto drugačija. Razdoblje razvoja, sazrijevanja i školovanja čini tu populaciju osobito osjetljivom na poremećaje zdravlja u najširem smislu i zahtjeva specifičnu pozornost zdravstvenih djelatnika. U razdoblju adolescencije se, osim svih složenosti tjelesnih, emocionalnih i socijalnih promjena, prihvaćaju i obrasci ponašanja i izabire životni stil, što utječe na trenutačno zdravlje, ali i na zdravlje u budućnosti (Patton & Viner 2007; Kuzman 2009).

Na zdravlje te zdrava i rizična ponašanja djece i mladih u vrijeme odrastanja upozoravaju dva velika istraživanja koja se kontinuirano provode u Europi, a u kojima sudjeluje i Republika Hrvatska. To su HBSC (*eng. Health Behaviour of School Children*) i ESPAD (*eng. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) (Roberts et al. 2007; Hibell et al. 2012).

Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi (HBSC) je međunarodno istraživanje koje od 1983. godine podupire Svjetska zdravstvena organizacija, Regionalni ured za Europu. Istraživanje se provodi u 40 zemalja Europe i Sjeverne Amerike. Prva međunarodna studija provedena je u školskoj godini 1983/84. i od tada se provodi svake četiri godine, primjenjujući zajednički istraživački protokol. Svrha je istraživanja pružiti uvid u zdravlje djece i adolescenata te što bolje razumjeti ponašanje u vezi sa zdravljem i stilovima života u određenom društvenom kontekstu i okruženju. Ciljne grupe istraživanja su djeca od 11, 13 i 15 godina. Uzorak u svakoj dobnoj skupini čini oko 1.500 djece (Pejnović Franelić et al. 2010). Cilj HBSC nije samo praćenje i istraživanje već i obavještanje javnosti i svih profesionalaca koji se bave mladima, kao i utjecaj na politiku kako bi podržala i omogućila programe i aktivnosti zdravstvenog odgoja i promicanja zdravlja usmjerene upravo na potrebe proizašle iz nalaza istraživanja. Jedan od važnih rezultata dobivenih kontinuiranim HBSC

istraživanjem među mladima u Europi je zabrinjavajući podatak o povezanosti nejednakosti s njihovim zdravljem (Currie et al. 2008).

HBSC je u Hrvatskoj prvi put provedeno 2002. godine, a zatim u 2006., i 2010. godini. Izbor iz rezultata dosadašnjih HBSC istraživanja ukazuje na sličnosti i razlike hrvatskih učenika u usporedbi s vršnjacima u Europi te na trend promjena u promatranim razdobljima (Kuzman et al. 2004; Kuzman et al. 2008; Kuzman et al. 2012).

Izbor iz rezultata HBSC istraživanja provedenog u 2010. godini u Republici Hrvatskoj pokazuju sljedeće (Kuzman et al. 2012):

- Istražujući važnost školskog okruženja, vršnjačke grupe i socioekonomskog statusa obitelji u zdravstvenom ponašanju i subjektivnom zdravlju hrvatskih učenika utvrđene su veće socioekonomske nejednakosti u subjektivnom zdravlju nego u zdravstvenim ponašanjima. Tako učenici slabog imovinskog stanja imaju u dobi od 11 godina 70% veće šanse za nisku samoprocjenu zdravlja i nezadovoljstvo životom, dok u dobi od 15 godina imaju 80% veće šanse za nisku samoprocjenu zdravlja i čak 140% veće šanse za nezadovoljstvo životom.
- Dobra komunikacija s roditeljima je siguran zaštitni čimbenik kroz razdoblje i djetinjstva i mladosti, štiteći i od rizičnih ponašanja. Prema rezultatima HBSC za Hrvatsku, djevojčice u dobi od 11 i 13 godina s majkama lakše komuniciraju od dječaka, dok dječaci bolje komuniciraju s očevima. Percepcija dobre komunikacije s roditeljima smanjuje se s dobi.
- Postotak učenika koji jako vole školu je nizak, a naročito u dobi od 13 i 15 godina kada svega 5% učenika i 7% učenica izjavljuju da jako voli školu. Prema podacima za 2010. godinu, Hrvatska je na samom dnu ljestvice u Europi, a za učenike u dobi od 11. godina dijeli posljednje mjesto s Estonijom.
- Subjektivni doživljaj zdravlja velikog djela mladih je pozitivan i po tome se Hrvatska ne izdvaja u odnosu na europsko okruženje. Manja, no još uvijek značajna skupina učenika nije svoje zdravlje ocijenila odličnim ili vrlo dobrim, barem dva puta tjedno ima dva ili više zdravstvena simptoma ili nije zadovoljna svojim životom.
- Svaki šesti dječak i svaka šesta djevojčica smatraju da su u posljednjih nekoliko mjeseci bili izloženi nasilju od strane svojih vršnjaka. Svaki četvrti dječak i svaka sedma djevojčica bili su nasilni prema svojim vršnjacima u školi. Hrvatska je pri dnu

ljestvice s obzirom na udio žrtava nasilja među vršnjacima, a u donjoj trećini ljestvice prema udjelu djece koja zlostavljaju svoje vršnjake.

- Rezultati istraživanja o prehranbenim navikama su zabrinjavajući. Značajni dio djece uopće ne doručkuje (15% radnim danom), voće svakodnevno jede 33% učenika, povrće 24% učenika, slatkiše 35%, dok slatka piće svakodnevno pije 26% djece.
- Povećava se udio djece prekomjerne tjelesne težine/pretile i to osobito u mlađim dobnim skupinama. U usporedbi s ostalim europskim zemljama, hrvatska su djeca u dobi od 13 godina bila u 2002. godini na 25. mjestu, u 2006. godini na 11., a u 2010. godini na 7. mjestu. U dobi od 15 godina bila su na 23. mjestu, zatim na osmom i 2010. na desetom mjestu. Svojom tjelesnom težinom zadovoljno je 66% dječaka i 63% djevojčica u dobi od 11 godina, 62% dječaka i 60% djevojčica u dobi od 13 godina te 63% dječaka i 55% djevojčica u dobi od 15 godina. Kod djevojčica se nezadovoljstvo tjelesnom težinom povećava s dobi.
- Hrvatska djeca su umjereno tjelesno aktivna, u prosjeku 4,2 dana u tjednu, a tjelesna aktivnost opada s godinama. Dječaci su više tjelesno aktivni od djevojčica u svim dobnim skupinama. Uspoređujući podatke s 2006. godinom zamijećeno je da je malo manji udio onih koji su umjereno tjelesno aktivni, manji udio onih koji gledaju televiziju 4 i više sati dnevno tijekom radnih dana, ali veći udio onih koji provode slobodno vrijeme igrajući kompjutorske igrice.
- Među svim zemljama sudionicama Hrvatska se nalazi u sredini zemalja sudionica po pušenju cigareta najmanje jednom tjedno u dobi od 11 godina, na desetom mjestu za 13-godišnjake i na visokom četvrtom mjestu po pušenju 15-godišnjaka. Podaci ukazuju da su hrvatska djeca, u usporedbi s europskim vršnjacima, izrazito sklona pijenju alkohola.
- Prosječna dob prvog uzimanja bilo kojeg sredstva ovisnosti u Hrvatskoj je 16,1 godina, a glavnog sredstva ovisnosti s 19,7 godina.
- Pokazatelji HBSC za Hrvatsku u 2010. godini o spolnom zdravlju djece i mladih ukazuju da je 26% dječaka i 12,7% djevojčica u dobi od 15 godina imalo spolni odnos. Ispitanici su u visokom postotku naveli korištenje kondoma (80% dječaci i 79% djevojčice).

Slične podatke o zdravlju i ponašanju u vezi sa zdravljem daju i rezultati ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) istraživanja u kojima sudjeluje i

Republika Hrvatska od 1995. godine. Istraživanje se provodi svake četiri godine (1995. godina, 1999. godina, 2003. godina, 2007. godina i 2011. godina), a ciljna skupina su učenici koji u godini istraživanja navršavaju 16 godina (prvi razred srednje škole). Sadržaj istraživanja temelji se na zdravstvenim ponašanjima mladih i navikama o pušenju cigareta, konzumaciji alkohola i droga a sažetak izabranih rezultata istraživanja provedenog u 2011. godini u Republici Hrvatskoj, usporedba rezultata s Europom i trendovi promjena u višegodišnjem razdoblju su sljedeći (Kuzman et al 2010; ESPAD 2012; Hibell et al. 2012):

- U Hrvatskoj su, prema istraživanju, djeca izjavila kako je u posljednjih mjesec dana pušilo njih 41% posto, što Hrvatsku smješta na treće mjesto i daleko iznad europskog prosjeka.
- Alkohol je barem jednom u životu u prosjeku probalo 87% učenika u Hrvatskoj, u posljednjih 12 mjeseci je alkohol pilo njih 79%, a za to da su pili u posljednjih 30 dana izjasnilo se 57% učenika. Dio učenika također je izjavilo da su zbog uporabe alkohola imali ozbiljne probleme u školi, s prijateljima, roditeljima ili policijom. U svim pokazateljima pijenja alkohola hrvatski su učenici iznad europskog prosjeka.
- U Hrvatskoj u 2011. godini u prosjeku 18% učenika (21% dječaka i 15% djevojčica) izjavilo je da su uzeli neko od ilegalnih sredstava. Po konzumaciji marihuane su u prosjeku ostalih europskih zemalja: u životu je marihuanu probalo njih 18%, a da je u posljednjih mjesec dana s marihuanom i ekperimentiralo, izjasnilo se 7% učenika.
- Sažeto, Hrvatska je u usporedbi s ostalim Europskim državama o konzumaciji sredstava ovisnosti među 15 godišnjacima iznad prosjeka u pušenju u zadnjih 30 dana (3. mjesto u Europi), pijenju alkohola (7. mjesto u Europi), escesivnom ispijanju alkohola (*eng. bring drinking*) (3. mjesto u Europi), a po uporabi inhalanata 3 puta više od europskog prosjeka. Ispod prosjeka hrvatski mladi su u uporabi marihuane, drugih droga, sedativa i trankvilizatora.

Osim HBSC i ESPAD istraživanja, i drugi pokazatelji dobiveni međunarodnim i nacionalnim istraživanjima ukazuju na izazove i probleme koji imaju mladi. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije/Ured za Europu mladi se suočavaju s mnogim izazovima na polju spolnoga zdravlja, pri čemu su porast zaraze virusom HIV-a i drugim spolno prenosivim infekcijama, neželjene adolescentske trudnoće i spolno nasilje samo neki od njih (WHO/EURO 2010). Nasilništvo među učenicima (*eng. bullyng*) jedan je od dodatno važnih i prepoznatih suvremenih problema u školi. Prema podacima UNICEF-a iz 2004. godine,

prosječno je 10,4% učenika izloženo zlostavljanju 2-3 puta mjesečno i više, nasilno se ponašalo 12% učenika, a 91% žrtava nekome je reklo što se događa. (UNICEF 2004). Prema podacima Poliklinike za zaštitu djece Grada Zagreba, najmanje jedan od oblika nasilništva svakodnevno doživljava 27% djece, a 8% djece je svakodnevno nasilno prema drugim učenicima (Flander Buljan et al. 2007).

Kratak pregled izabranih zdravstvenih i socijalnih izazova školske djece i mladih ukazuje da je potrebna intervencija ne samo u obiteljskom okružju već i u lokalnom okružju (škola, zajednica) te na nacionalnoj razini (WHO/EURO 2005). Poznato je da se navike usvajaju u djetinjstvu i adolescentnoj dobi, te je od izuzetne važnosti zdravstveno-odgojni rad usmjeriti na tu populaciju (Havelka 1994). Za uspješan učinak zdravstvenog odgoja na zdravlje mlade osobe u cjelini, zdravstveni i obrazovni sustavi moraju djelovati zajedno s obitelji i zajednicom, jer su kontradiktorne poruke vrlo opasne i izazivaju nepouzdanje (Lightfoot & Bines 2000).

3.2. Zdravstvena zaštita školske djece i mladeži

U zdravstvenoj zaštiti djece i mladeži posebnu ulogu ima Školska medicina (Jureša 2001; Jureša 2006). Hrvatska je jedna od prvih zemalja koja je već 1955. godine organizirala poslijediplomski studij školske medicine i školske higijene u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, kao i specijalizaciju iz školske medicine pri Ministarstvu zdravstva (Prebeg 2003).

Školska medicina je tijekom vremena bila u sustavu zdravstva različito organizirana (Jureša 2007a; Puharić et al. 2006). Sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog stoljeća, u svim domovima zdravlja organizirani su Dispanzeri (službe) za školsku medicinu u kojima su radili školski timovi: u pravilu specijalisti školske medicine ili liječnici sa završenim poslijediplomskim studijem iz školske medicine, jedna viša medicinska sestra, jedna medicinska sestra srednje stručne spreme i u pojedinim službama psiholog i/ili defektolog. Model integrirane zdravstvene zaštite bio je temelj takve organizacije službe, a omogućio je kontinuirano praćenje učenika od početka školovanja te dobar i cjelovit uvid u njihovo zdravstveno stanje.

Početkom devedesetih godina prošlog stoljeća započela je privatizacija primarne zdravstvene zaštite. U takvim uvjetima model integrirane zdravstvene zaštite učenika i studenata bilo je teško, a ponegdje i nemoguće provoditi, a mjere preventivne zdravstvene zaštite učenika nisu više dosezale onu razinu koju je struka željela. Stoga se 1998. godine Služba za školsku i sveučilišnu medicinu izdvojila iz domova zdravlja i prešla u županijske zavode za javno zdravstvo sa zadaćom da provodi preventivne, specifične i zdravstveno odgojne mjere zdravstvene zaštite školske djece, mladih i studenata.

Takav sadašnji preventivni model zdravstvene zaštite školske djece i mladih u Republici Hrvatskoj ima prednosti i nedostatke (Jureša 2007a). Velika prednost je bolje planiranje i provođenje specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite. Plan i program mjera moguće je osmisliti, provoditi i usmjerit prema vodećim zdravstvenim, javno-zdravstvenim i socijalno medicinskim problemima školske djece i mladih. Izdvajanjem preventivne zdravstvene zaštite stvoreni su uvjeti za provođenje preventivne zdravstvene zaštite bez „pritiska“ kurative i bolesnih. Tako je preventivni rad tima školske medicine (liječnik – specijalist školske medicine i medicinska sestra) prepoznat među učiteljima, učenicima i roditeljima što olakšava bolju međusobnu suradnju. Međutim, poteškoća ovog modela je da dio djelatnika u sustavu zdravstva ne prepoznaju zadaće i ulogu školskog tima.

Školski liječnik danas je jedan od glavnih nositelja zdravstveno-odgojnog rada s mladima, primjenjujući aktivan pristup usmjeren na (Jureša 2007b):

- stjecanje zdravih životnih navika,
- primarnu prevenciju ovisnosti,
- zaštitu duševnog zdravlja,
- planiranje obitelji,
- pravovremeno i rano otkrivanje poremećaja i bolesti,
- skrb o djeci s poteškoćama u razvoju i kroničnim poremećajima zdravlja, itd.

Zdravstveno-odgojne aktivnosti s učenicima u školi definirani su Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i Programom mjera za djelatnost preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata (Narodne novine 2006). Zdravstveni odgoj se u pravilu provodi u školi, a metode su predavanja, rasprava, radionica, intervju, rad u malim grupama, parlamentarna, tribina, edukacija vršnjaka te

sudjelovanje u medijskim programima. Osim rada s učenicima u osnovnog i srednjoj školi, školski liječnik radi i s roditeljima te prosvjetnim djelatnicima.

3.3. Zdravstveni odgoj u Republici Hrvatskoj

Zdravstveni odgoj je mjera zdravstvene zaštite kojom se, putem razvijanja zdravog i mijenjanja štetnog zdravstvenog ponašanja te podučavanjem i širenjem informacija o zdravstvenim postupcima, postiže unapređenje zdravlja, sprječavanje te liječenje i ublažavanje posljedica bolesti (Pavleković 2000d; Tones 2002; Koelen & Van den Ban 2004).

Zdravstveni odgoj je sastavni dio svakodnevnog rada zdravstvenog djelatnika – prisutan je u radu sa zdravim, ali i bolesnim pojedincem te u radu sa zajednicom. Razgovor s pacijentom o njegovim poteškoćama i simptomima, priprema za izvođenje medicinsko – tehničkih zahvata, edukacija o brizi i samokontroli zdravlja sadrže zdravstveno odgojne elemente. Međutim, zdravstveni odgoj osim što je opća mjera u zaštiti zdravlja, on je i medicinska disciplina koja se oslanja na dostignuća humanističkih znanosti, a stručni dio zdravstvenog odgoja čine profesionalna iskustva stečena u radu sa zdravima i bolesnima, analizom njegovog ponašanja te odnosima u zajednici vezanim uz zdravstvene probleme (Ilić & Ilić 1999).

U Republici Hrvatskoj, razvoj i položaj zdravstvenog odgoja imali su sličnosti i razlika prema drugim sredinama. Sličnost je u promjenama u pristupu, tj. konceptu što je zdravstveni odgoj te koji su mu ciljevi. Dugo vremena zdravstveni odgoj je bio prepoznat kao prijenos znanja i pouka o činjenicama. Uz takvo zdravstveno prosvjeđivanje, javio se sredinom prošlog stoljeća bihejvioralni pristup te su trening navika i ponašanja postali važnijim od informiranja. Naglasak na razvoju stavova i utjecaju na emocije, kao obilježje psihodinamskog pristupa, doveli su do razvoja novih i drugačijih metoda rada, a rad u malim grupama primjenom kognitivno-bihejvioralnih metoda bio je izabrani način rada. Sociodinamski koncept zdravstvenog odgoja naglasio je razvoj sustava vrijednosti u zajednici, a osobito važnim bilo je provođenje kampanja i aktivno sudjelovanje stanovništva u zaštiti zdravlja (Pavleković 2000d). Razvojem bihejvioralnih nauka, napredak u izučavanju odgojnih metoda, novi pristupi ponašanju i isticanje vrijednosti navika i stavova dovelo je do orijentacije na zdravstveno odgojni rad u užem smislu te razvoja metoda rada s malom grupom i pojedincem. Stoga je način na koji se prenosi znanje postao važnijim od sadržaja koji su potrebni zdravima

i bolesnima. To je dovelo do stagnacije u zdravstvenom odgoju jer je postupno napušten tradicionalni model zdravstvenog prosvjećivanja (Pavleković 1981).

Odjeli i službe za zdravstveni odgoj nisu bili spremni prihvatiti zdravstveno-odgojni rad zbog nepripremljenosti i nepoznavanja metoda rada te su se izgubili u kampanjskim akcijama, malo je bilo kontinuiranih planova i programa, a i individualna rješavanja metodoloških pitanja dovela su do stagnacije rada. Među zdravstvenim djelatnicima i danas se raspravlja o koncepciji zdravstvenog odgoja kao struke, iako se većina slaže da je njegova djelatnost neophodno potrebna. Republika Hrvatska je jedna od rijetkih država koja nema definiran poseban profil «zdravstveni odgajatelj».

3.4. Zdravstveni odgoj u školi u Republici Hrvatskoj

U odgoju i obrazovanju djece i mladeži škola ima važnu ulogu i zadaće koje zajedno provode zdravstvo i prosvjeta. Kod nas, uz tim školske medicine, ovu zadaću provode i učitelji razredne i predmetne nastave u osnovnim i srednjim školama. Prema Planu i programu za osnovnu i srednju školu Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske, djelatnici u školi rade na zdravstvenom odgoju i promicanju zdravlja kroz integrirane sadržaje u nastavi, a od školske godine 2013/2014. i kroz poseban predmet (Nastavni plan i program za osnovnu i srednju školu 2013). Sadržaji su integrirani u obavezne i izborne predmete u osnovnoj i srednjoj školi kao što su Priroda i društvo, Biologija, Tjelesna i zdravstvena kultura, Vjeronauk i satovi razredne zajednice. U srednjoj školi postoje razlike između gimnazija i srednjih strukovnih škola.

Na sve jasnije zahtjeve javnosti da se školskoj djeci i mladeži osigura organizirana i prepoznatljiva pouka i odgoj o zdravlju i bolesti u redovnom školskom programu, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske raspisalo je 2006. godine Natječaj za prijavu prijedloga eksperimentalnih programa zdravstvenog odgoja i obrazovanja u osnovnim i srednjim školama. Od prijavljenih programa, recenzenti su odabrali dva za eksperimentalnu primjenu: program udruge GROZD (Glas roditelja za djecu) te program građanske udruge Forum za slobodu odgoja. Programi za svaki razred sadržavao je teme kao što su očuvanje zdravlja i kvalitete života, ljudska spolnost, prevencija ovisnosti, kultura društvene komunikacije te prevencija nasilničkog ponašanja. Nakon jednogodišnjeg eksperimentalnog provođenja programa, nezavisna radna skupina imenovana od strane

Nacionalnog centra za vanjsko vrednovanje obrazovanja izradila je Izvješće o provedbi projekta u kojem je utvrđeno da nema značajne razlike između skupina učenika koje su pohađale program i kontrolne skupine. Za to su navedena dva moguća razloga. Prvi se odnosio na premali broj sati u provedbi, a drugi na nezainteresiranost učenika za teme koje su im bile poznate iz ostalih predmeta u školi (Priroda, Biologija, Tjelesna i zdravstvena kultura, Vjeronauk i Etika) (Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje obrazovanja 2008).

Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske predložilo je kurikulum zdravstvenog odgoja u školi podijeljen u sljedeća četiri modula (Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja za osnovnu i srednju školu 2013):

- **živjeti zdravo:** obrada tema pravilne prehrane, pravilne i redovite fizičke aktivnosti i osobne higijene, te prevencija bolesti i ozljeda.
- **prevencija nasilničkog ponašanja:** obrada tema pravilnog odnosa prema drugoj djeci i odraslima, odnosa prema školi i općenito prema društvu i okolini i drugim institucijama, prepoznavanje i izbjegavanje fizičkog i psihološkog nasilja, nenasilno rješavanje sukoba i razvoj tolerancije prema različitosti.
- **prevencija ovisnosti:** obrada tema prepoznavanja i prevencije ovisnosti o pušenju, alkoholu, psihoaktivnim drogama, prevenciju ovisnosti o kockanju i kladenju, izbjegavanje ovisnosti vezane za informatičko-komunikacijske tehnologije
- **spolna i rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje:** obrada tema upoznavanja sa spolnošću i fizičkim i psihičkim implikacijama, odgovorno spolno ponašanje i prevencija spolnih bolesti i neželjene trudnoće, psiholoških aspekata intimnih veza, promišljanje o rodnom ulogama, te uvid u vrijednosti i svjetonazor različitih društvenih skupina.

3.5. Promicanje zdravlja u školi – škola koja promiče zdravlje

Uz pojam zdravstvenog odgoja nerijetko se kao sinonim veže pojam *promicanje zdravlja*. Međutim, u stručnoj literaturi i praksi, ova dva pojma se međusobno razlikuju (Koelen 2004). Pojam promicanje zdravlja (*eng. health promotion*) prvi se puta formalno spominje na Konferenciji o promicanju zdravlja održanoj 1986. godine u Ottawi (WHO 1986). Osnovni dokument donesen na Konferenciji poznat je pod nazivom Povelja iz Ottawe. U Povelji je promicanje zdravlja definirano kao “proces kojim pojedinac i društvo uspostavljaju kontrolu

nad svojim zdravljem” te odredila strategije razvoja na tom području: (a) razvoj zdrave javne politike, (b) razvoj zdravog okoliša, (c) razvoj osobnih vještina, (d) akcije zajednice te (e) reorijentaciju i reedukaciju sustava zdravstva. U Povelji se također ističe da se „zdravlje stvara i postoji u ljudima, u njihovim svakodnevnim prilikama za život; u prilikama gdje oni uče, igraju se ili vole. Zdravlje se stvara brigom jednih za druge, sposobnošću za donošenjem odluka kao i kontrolom nad svojim životnim prilikama. Ono je mjera društva do granice koliko to društvo kojem pojedinac pripada, omogućuje stvaranje zdravlja za svoje članove“ (WHO 1986).

Stoga je promicanje zdravlja sveobuhvatni pojam što znači da uključuje sve mjere koje doprinose očuvanju zdravlja i sprječavanju bolesti. Iz toga proizlazi da je temeljni zadatak promicanja zdravlja stvaranje pozitivne, zdravlju usmjerene javne politike te poticanje okoline u kojoj živimo na optimalni društveni razvoj. Promicanje zdravlja je dužnost i svakodnevica zdravstvenih djelatnika, no ono u svojoj suštini stavlja naglasak na aktivno uključivanje laika i šire populacije s ciljem osposobljavanja ljudi da sami preuzmu kontrolu nad životom i zdravljem. Nedugo nakon donesene Povelje o promicanju zdravlja u Ottawi, uslijedila je primjena principa u praksi. Stoga se početkom devedesetih godina javljaju programi promicanja zdravlja u okružju (*eng. settings*). Primjer za to su i danas vrlo aktivni programi kao što su „Zdravi gradovi“, „Škole koje promiču zdravlje“, „Zdravo radno mjesto“, „Zdravi vrtić“, „Zdrava bolnica“ itd.

Promicanje zdravlja u školi polazi od dobrobiti djece i mladeži kroz razvitak samopoštovanja i poštivanja drugih, u okružju mira i sigurnosti, razumijevanja i podrške te zdravog socijalnog i fizičkog okružja uz očuvanje zdravog okoliša. Početkom devedesetih godina, na inicijativu Komisije Europske zajednice i Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Europu počinje program Europske mreže škola koje promiču zdravlje (*eng. European Network of Health Promoting Schools*) (WHO/EURO 1998). Cijeli program polazi od vrlo uske suradnje dva sektora u svakoj državi-članici: sektora prosvjete i sektora zdravstva.

Razvoj Europske mreže škola koje promiču zdravlje je svjetski najobuhvatniji i najuspješniji međunarodni napor za mobilizaciju podrške promocije zdravlja školske djece. Načelo promicanja zdravlja u školama sve se češće navodi kao temeljno načelo koje bi zemlje trebale primjenjivati u cjelokupnom školskom sustavu, postavljajući i ispunjavajući kriterije promicanja zdravlja za sve škole u zemlji. Stoga je na Prvoj konferenciji Škola koje promiču

zdravlje održanoj 1997. godine zaključeno kako “svako dijete u Europi ima pravo na mogućnost školovanja i odrastanja u školi koja promiče zdravlje” (WHO/EURO 1998; Kuzman 2000a).

Škole koje promiču zdravlje imaju sljedeće ciljeve rada:

- unaprijediti zdravlje školskog osoblja, obitelji, zajednice oko škole i učenika;
- njegovati zdravlje i učenje o zdravlju pomoću svih načina koji su na raspolaganju;
- uključiti zdravstvene djelatnike i djelatnike u školi, učenike, roditelje i voditelje zajednice u naporima da školu učine zdravim mjestom;
- stvoriti zdravi okoliš, razviti zdravstveni odgoj i školsku službu koje će razviti programe prehrane i sigurne hrane, savjetovanja, socijalne potpore i promicanja mentalnog zdravlja;
- primijeniti politiku i praksu koja će uvažavati samopoštovanje pojedinca i osigurati mogućnosti za napredak i osobna dostignuća. (Pavleković 2000a, Pavleković & Kuzman 2000).

Europska mreža škola koje promiču zdravlje pokazala je da uspješna primjena školske politike, načela i metoda koje su usmjerenje promicanju zdravlja može značajno doprinjeti obrazovnom iskustvu svih mladih koji u tim školama uče i rade. Ulaganje u djecu je ulaganje u budućnost, a škole koje promiču zdravlje čine tu budućnost prepoznatljivom i dohvatljivijom.

Republika Hrvatska je vrlo rano postala članicom Europske mreže škola koje promiču zdravlje i to obvezujućim potpisom dvaju ministara (prosvjete i zdravstva) da će program podržati, podupirati i razvijati. Tako je od 1993. godine do 2000. godine, uz potporu UNICEF Ureda za Hrvatsku radila Hrvatska mreža škola koje promiču zdravlje koja je okupina 38 osnovnih škola na području cijele Hrvatske (Kuzman 2000b). Tijekom godina rada Hrvatske mreže škola koje promiču zdravlje, zabilježena su vrlo dobra iskustva u radu škola-članica koji su kao «uspješne priče – modeli dobre prakse» dostupni svima koji takav program žele raditi u svojoj sredini. Literatura o učinkovitosti škola koje promiču zdravlje kod nas i u svijetu navodi da su programi (a) uspješni u prijenosu znanja, vještina i podrške u donošenju ispravnih odluka, (b) više su uspješni ako su sveobuhvatni i uključuju sve suradnike, osobito roditelje i zajednicu te (c) jako ovise o spremnosti lokalne vlasti (ministarstava) da olakšavaju

provođenje programa (Pavleković 2000a; Pavleković & Kuzman 2000b; Pavleković 2000c; Pavleković et al. 2007).

3.6. Zdravstveno – odgojna uloga medicinske sestre

Medicinske sestre rade na području unaprjeđenja i očuvanja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja i rehabilitacije bolesnika. Dubinska autentična vrijednost sestrinstva je upravo skrb za čovjeka. Priznata je i popularna definicija Virginie Henderson: „Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kad bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje“. Iako definicija na prvi pogled upućuje na pomoć bolesnom pojedincu (jer je uvriježena pretpostavka da zdravom čovjeku nije potrebna pomoć), ona naglašava i pomoć usmjerenu zdravom pojedincu kako bi stekao znanja za obavljanje aktivnosti usmjerenih očuvanju i unaprjeđenju zdravlja te sprečavanju bolesti i nezdravstvenog ponašanja.

Medicinske sestre rade na vrlo različitim radnim mjestima – od rada u zajednici, palijativne skrbi, rada u vrtićima do rada u jedinicama intenzivne skrbi. Ono što je, međutim, zajedničko svim sestrama je sustavni pristup u radu temeljen na prepoznavanju i procjeni zdravstvenog stanja pojedinca i zajednice te aktivnom zdravstveno-odgojnom radu (Grčić et al. 2012). Stoga i Međunarodni savjet medicinskih sestara (ICN) između ostalih kompetencija i odgovornosti medicinskih sestara ističe i obvezu obavljanja zdravstveno- odgojnih aktivnosti.

Medicinske sestre pomažu pacijentima u ublažavanju i rješavanju problema koje imaju zbog bolesti, propisanih pretraga, načina liječenja, boravka u bolnici i odvajanja od obitelji. Mnoge bolesti, osobito kronične, zahtijevaju promjenu načina života i primjenu novih vještina nakon otpuštanja iz bolnice. Zato sestre moraju pripremiti bolesnike za samostalan život kod kuće, a savjetovanje kao najčešća metoda zdravstvenog odgoja, važan je integralni dio njihovog svakodnevnog rada. Osobito važnu ulogu u provođenju zdravstvenog odgoja imaju medicinske sestre koje rade u izvanbolničkoj zaštiti jer je glavna zadaća javne zdravstvene njege poboljšanje zdravlja u zajednici kao cjelini, a ne samo na razini pojedinca ili obitelji.

Javnozdravstvena skrb ima korijene u Engleskoj gdje je 1859. godine Florence Nightingale pomagala u organizaciji općinske javnozdravstvene skrbi. Svakoj sestri u to vrijeme je dodjeljeno određeno područje u Londonu gdje je bila odgovorna za zdravlje ljudi koji žive u njezinoj četvrti. Lillian Wald je prva došla do spoznaje da porijeklo bolesti s kojim se susreće moderno društvo potječe iz malih sredina, točnije iz obitelji te je uvjetovano društvenim okolnostima. Ona se zalagala za promicanje higijene, rekreacije i edukacije (Buhler-Wikerson 1993).

Tu vrsta organizacije imamo i danas: patronažna sestra je ta koja se brine za promicanje mentalnog, fizičkog i socijalnog blagostanja u zajednici dajući savjete i podršku obiteljima u svim dobnim skupinama. Tradicionalno se rad medicinskih sestara u zajednici svodio na pružanje zdravstvene zaštite bolesnog ili zdravog pojedinca u njihovim obiteljima ili domovima zdravlja. Izazov za medicinske sestre danas i u budućnosti je da se proces sestrinske skrbi (procjena, dijagnostika, planiranje, provedba i evaluacija intervencija) primijeni za poboljšanje zdravlja, ne samo pojedinaca već i organiziranih skupina stanovnika u zajednici.

Medicinske sestre imaju važnu ulogu u zaštiti zdravlja djece i mladeži u školama. Praksa školske medicinske sestre započela je u SAD-u 1902. godine kada je škola angažirala medicinsku sestru za provođenje mjera prevencije širenja zaraznih bolesti među učenicima i obiteljima kako bi se smanjili izostanci iz škole. Nakon mjesec dana dokazana je uspješnost sestrinskih intervencija u školama te je stoga Lina Rogers - prva školska medicinska sestra, ujedno i začetnica zdravstvene njege utemeljene na dokazima. Od tada do danas, školska medicinska sestra (*eng. school nurse*) postala je nositeljem zdravstvene zaštite u školi u dijelu zdravstvenih sustava u svijetu (Board C et al 2011). Korištenjem kliničkog znanja i vještina promatranja, ona pruža zdravstvenu zaštitu učenicima i osoblju, obavlja testove probira i koordinira preporuke za zbrinjavanje u zdravstvenim ustanovama, podržava uspjeh učenika u procesu učenja, pruža zdravstvenu skrb kroz procjene i sestrinske intervencije, prati i prepoznaje fizičke, mentalne, emocionalne i socijalne zdravstvene potrebe učenika, osigurava sigurnost i brine o zdravlju učenika i edukaciji nastavnika te odgovara na potrebu za provođenjem zdravstvenih intervencija u školi. Medicinske sestre u školi u dijelu sustava u svijetu najčešće rade samostalno s primarnom odgovornošću za procjenu zdravlja, razvoja i provedbe planova upravljanja.

Edukacija medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj daje preduvjete za aktivno uključivanje medicinskih sestara i tehničara u zdravstveno-odgojni rad. Srednjoškolsko obrazovanje odvija se u trajanju od 5 godina, a polaznici usvajaju temeljna znanja iz zdravstvene njege bolesnika, psihologije, pedagogije i metodike zdravstvenog odgoja te stječu bazične kompetencije za rad na području zdravstvene zaštite (Strukovni kurikulum za stjecanje kvalifikacije medicinska sestra/tehničar opće njege 2011).

Daljnjom edukacijom na stručnom studiju sestrinstva u trajanju od tri godine polaznici polaze veći broj obveznih i izbornih kolegija koji pružaju širi uvid u problematiku sestrinske profesije. Između ostalog, proširuje se krug znanja, iskustava i vještina koja doprinose razvoju zdravstveno-odgojne svijesti. Kolegiji koji pružaju određene spoznaje, znanja i vještine su: Komunikacijske vještine, Psihološka medicina, Javno zdravstvo, Zdravstvena njega u zajednici, Zdravstvena njega osoba s posebnim potrebama. Završetkom studija, stručni prvostupnik sestrinstva osposobljen je procijeniti potrebe za edukacijom te primijeniti načela i tehnike podučavanja pojedinaca, obitelji i zajednice (Zdravstveno veleučilište 2013).

Treća razina obrazovanja medicinskih sestara – tehničara je Sveučilišni studij sestrinstva. Studij donosi proširenje i nadgradnju znanja iz preddiplomskog studija, osposobljava polaznike za samostalan istraživački rad te obavljanje znanstvenog i nastavnog rada. Ovisno o usmjerenju, polaznik stječe specifične kompetencije u tri područja:

- Pružanje izravne i neizravne skrbi pojedincima, obiteljima, populacijskim skupinama sa specifičnim potrebama, zajednicama i stanovništvu;
- Promicanje zdravlja, kreiranje, upravljanje i koordiniranje procesa pružanja skrbi te
- Očuvanje i unaprjeđenje zdravlja i radne sposobnosti u odnosu na uvjete i način rada. (Program za diplomski studij sestrinstva 2009/2010).

Sustav obrazovanja medicinskih sestara od tada pa do danas prošao je različite reforme obrazovanja i procesa osposobljavanja medicinskih sestara. Za razliku od medicine koja se razvila na temelju istraživanja, u području sestrinstva i zdravstvene njege bilo je vrlo malo dostupnih istraživačkih projekata što je bila otežavajuća okolnost za razvoj sestrinstva. S današnjeg gledišta razvoja sestrinstva te očekivanih i stečenih kompetencija, neizostavna je činjenica da je potrebno osigurati jasne standarde za planiranje i pružanje zdravstvene skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite i područjima djelovanja medicinskih sestara. (Kalauz et al. 2008).

4. PROBLEM ISTRAŽIVANJA

U obrazovne ustanove u Republici Hrvatskoj se u više pokušaja pokušao uvesti zdravstveni odgoj kao organiziran i potrebama mladih prilagođen nastavni kurikulum. U dosadašnjim istraživanjima provedenim kod nas, ciljevi su bili ispitati mišljenje i stavove o zadovoljstvu zdravstvenim odgojem u školi, potrebama njegovog kontinuiranog provođenja te profilima stručnjaka koji su nositelji tog rada. Ispitivali su se stavovi profesionalaca u školi (učitelja razredne i predmetne nastave), liječnika školske medicine te roditelja i učenika (Puharić 2007). Istraživanja o stavovima medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj nisu pronađena u dostupnoj literaturi.

Medicinska sestra u Republici Hrvatskoj ima tradicionalnu ulogu zdravstveno-odgojnog djelatnika. S obzirom da u svakodnevnom radu, kroz različite metode edukacije i informiranja, zdravstveno odgojnim radom obuhvaća vrlo raznolike populacije (od novorođenčadi do osoba starije životne dobi) pretpostavka je da je i područje obrazovnog sustava moguće područje organiziranog rada medicinskih sestara.

Stoga istraživanje polazi od dva pitanja:

1. Smatraju li medicinske sestre – tehničari sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva da u obrazovnim ustanovama ima mogućnosti za njihov profesionalni rad u provođenju zdravstvenog odgoja te žele li se aktivno uključiti u program provođenja zdravstvenog odgoja u školi?
2. Koju razinu sestrinske edukacije smatraju potrebnom za provođenje zdravstvenog odgoja u školi? S obzirom da se sestrinska edukacija danas odvija na različitim razinama, završetkom kojih medicinske sestre stječu različite kompetencije, postavlja se pitanje koja bi razina sestrinskog obrazovanja, prema mišljenju medicinskih sestara, bila potrebna za uključivanje u proces provođenja zdravstvenog odgoja u školu.

5. HIPOTEZA I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Prema opisnim dosadašnjim iskustvima u zdravstvenom odgoju u školi te prema opisu problema od kojih polazi ovo istraživanje, **hipoteza** istraživanja je da medicinske sestre imaju pozitivan stav prema zdravstvenom odgoju u školi i svojoj ulozi u njegovom provođenju.

Ciljevi istraživanja su sljedeći:

1. Ispitati zadovoljstvo medicinskih sestara – tehničara sadašnjim zdravstvenim odgojem u školi te njihovu ocjenu dosadašnjeg rada stručnjaka u školi koji su na različite načine uključeni u njegovo provođenje;
2. Ispitati mišljenje medicinskih sestara – tehničara o osobnoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi.

Specifični ciljevi rada su:

1. Ispitati zadovoljstvo medicinskih sestara sadašnjim zdravstvenim odgojem u školi;
2. Utvrditi stavove medicinskih sestara o ciljevima zdravstvenog odgoja u školi;
3. Istražiti i analizirati mišljenje ispitanika o osobama koje danas provode zdravstveni odgoj u školi te načinima i sadržaju u kojem se on radi;
4. Utvrditi njihove prijedloge o nositeljima budućeg zdravstvenog odgoja u školi;
5. Ispitati mišljenje tome treba li uvesti zdravstveni odgoj u školi kao integrirani sadržaj ili poseban predmet;
6. Ispitati mišljenje o sadašnjoj i budućoj ulozi medicinskih sestara - tehničara u provođenju zdravstvenog odgoja u školi;
7. Ispitati mišljenje o razini sestrinske edukacije potrebne za provođenje zdravstvenog odgoja u školi.

6. ISPITANICI I METODE RADA

Istraživanje je provedeno u lipnju 2013. godine među studentima prve i druge godine Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u akademskoj godini 2012./2013.

Ukupan **broj upisanih studenata** te akademske godine bio je 125, i to 62 studenta prve i 63 studenta druge godine studija. Ukupan **broj studenata koji su sudjelovali u istraživanju** bio je 98 - 48 ispitanika prve godine studija (odaziv 77,4%) i 50 ispitanika druge godine studija (odaziv 79,4%).

Ukupan odaziv bio je 78,4%.

Za potrebe ispitivanja kao mjerni **instrument** primijenjen je anonimni Upitnik „Mišljenje o zdravstvenom odgoju u školi“ (Privitak). Upitnik je validiran i primijenjen u istraživanju koje je provela Puharić (Puharić 2007), a proširen je s tri pitanja koja su se odnosila na specifične ciljeve ovog istraživanja o stavovima medicinskih sestara.

Upitnik ima 11 pitanja, a za njegovo ispunjavanje trebalo je 15 do 20 minuta. Pitanja su zahtijevala različite vrste odgovora:

- upisivanje odgovora,
- zaokruživanje jednog od ponuđenih odgovora,
- skaliranje odgovora (ocjenjivanje važnosti),
- raspored ponuđenih odgovora po važnosti (rangiranje),
- kombinirani odgovori (zaokruživanje ponuđenog odgovora i dodatno upisivanje).

Prvi dio upitnika sadržavao je opća pitanja o demografskim karakteristikama ispitanika: informacije o spolu, dobi, radnom stažu i radnom mjestu. Drugi dio upitnika sastojao se od pitanja o zadovoljstvu, sadašnjem položaju i cilju zdravstvenog odgoja u školi te ima li ga uopće i u kojim predmetima (slobodan odgovor ispitanika). Sljedeća cjelina Upitnika bila je ocjena rada raznih stručnjaka vezano uz njihov angažman na zdravstvenom odgoju u školi ocjenama od 1 do 5. Zatim se od ispitanika tražilo mišljenje treba li zdravstveni odgoj uvesti

kao poseban predmet i u koje razrede osnovnih i / ili srednjih škola, koji bi mu bio cilj, koje bi teme trebao obuhvaćati (slobodni odgovori), treba li ga ocjenjivati te tko bi trebao biti nositelj tog predmeta. Dio pitanja bio je usmjeren na ispitivanje stavova medicinskih sestara prema osobnoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi, koju razinu sestrinskog obrazovanja smatraju neophodnom za tu ulogu te smatraju li da svojim stručnim znanjem, vještinama i iskustvom mogu značajnije utjecati na zdravstvenu osvještenost mladih te prevenciju nezdravstvenih oblika ponašanja i njegovih posljedica.

Prikupljeni podaci analizirani su statističkim paketom SAS 9.1, licenciranim na SRCE, site:0082452005. Priprema podataka za analizu provela se programskim paketom Enterprise Guide 3.0.

7. REZULTATI RADA

7.1. Ispitanici i njihova obilježja

Istraživanje je provedeno u lipnju 2013. godine među studentima prve i druge godine Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u akademskoj godini 2012./2013.

Ukupan **broj upisanih studenata** te akademske godine bio je 125, i to 62 studenta prve i 63 studenta druge godine studija.

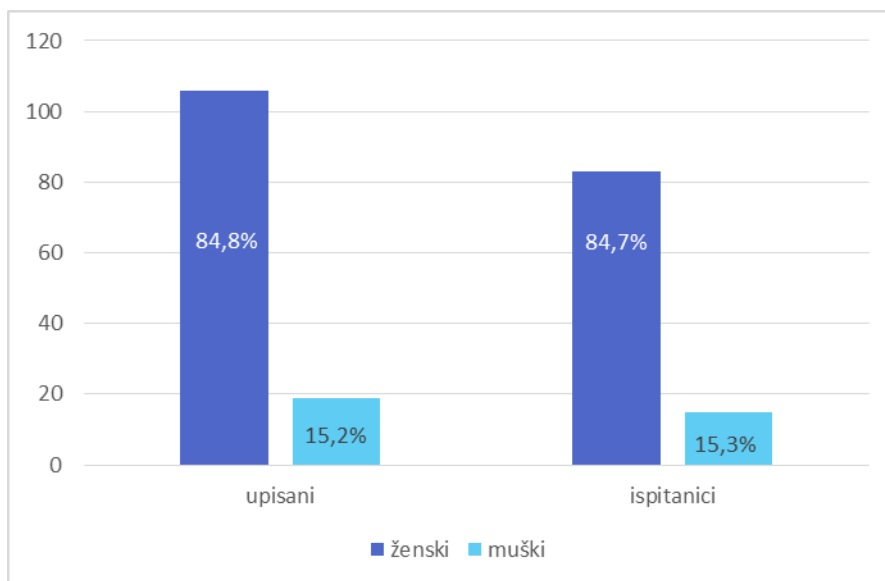
Ukupan **broj studenata koji su sudjelovali u istraživanju** bio je 98: 48 ispitanika prve godine studija (odaziv 77,4%) i 50 ispitanika druge godine studija (odaziv 79,4%).

Ukupan odaziv ispitanika bio je 78,4%.

Kako je broj studenata na prvoj i drugoj godini Sveučilišnog diplomskog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u akademskoj godini 2012./2013. bio podjednak te s obzirom na to da su svi studenti u vrijeme istraživanja završili nastavni program (podjednako predznanje iz područja promocije zdravlja, prevencije bolesti i zdravstvenog odgoja), u prikazu rezultata istraživanja zajedno su prikazani rezultati dobiveni istraživanjem među ispitanicima dvije studijske godine.

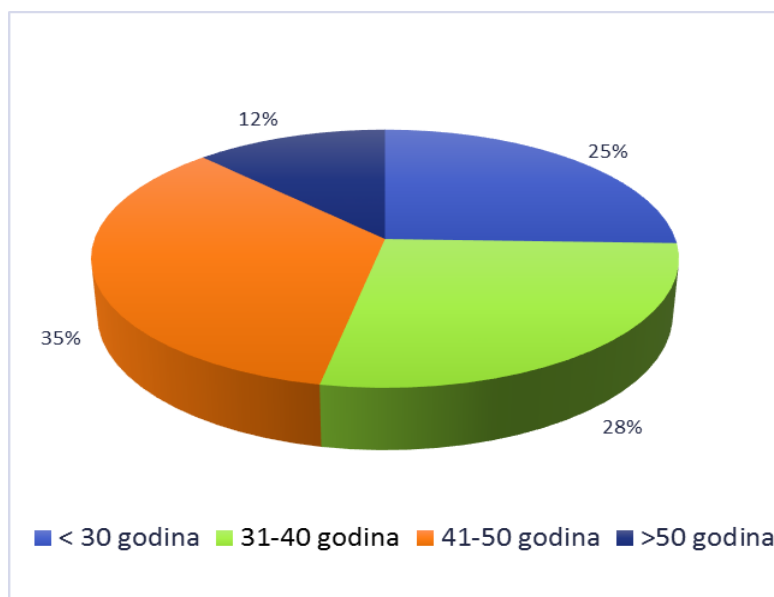
Demografske varijable ispitanika ispitane su s četiri pitanja o spolu, dobi, sadašnjem radnom mjestu te radnom stažu.

Struktura upisanih studenata u I. i II. godinu Diplomskog studija sestrinstva u akademskoj godini 2012./2013. uključivala je 106 žena te 19 muškaraca. S obzirom na odaziv studenata, među ispitanicima veći je broj žena (83 ili 84,7%), što je i očekivano s obzirom na strukturu upisanih studenata prema spolu (slika 1).

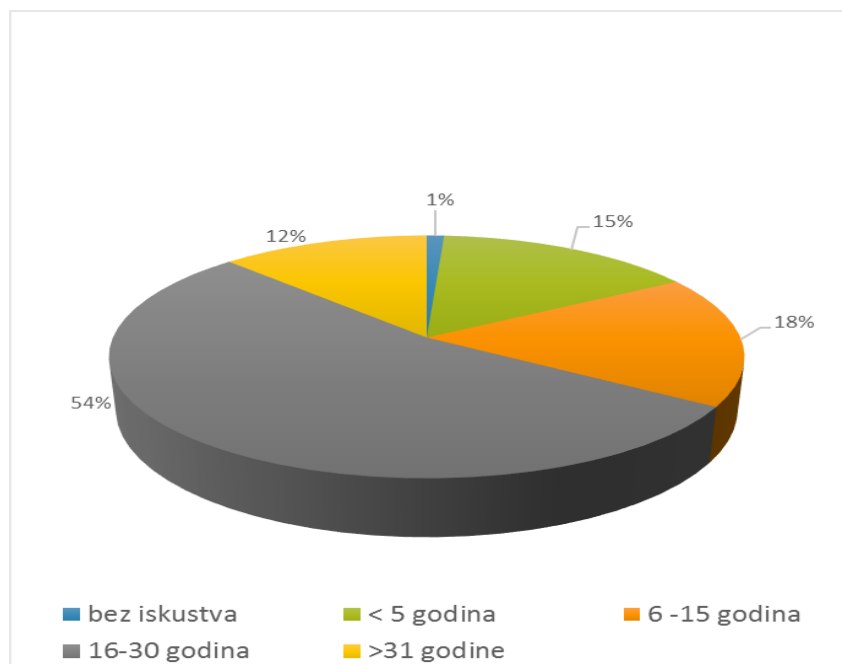


Slika 1. Broj i udio upisanih studenata te broj ispitanika prema spolu

Dobna struktura ispitanika i struktura prema godinama radnog iskustva/staža prikazani su na slici 2 i 3.



Slika 2. Ispitanici prema dobi



Slika 3. Ispitanici prema radnom stažu

U dobnim skupinama prevladavaju ispitanici u dobi od 41 do 50 godina (34,7%) te od 31 do 40 godina starosti (28%). Ovu dobnu strukturu slijede godine radnog iskustva: 54% ispitanika ima 16 do 30 godina staža, 18% od 6 do 15 godina, 15% s manje od 5 godina, a tek je 1% onih bez radnog iskustva.

Najveći broj ispitanika radi u bolnici (69 ili 70,4%) (tablica 1).

Tablica 1. Ispitanici prema mjestu rada

RADNO MJESTO	Broj Ispitanika	Postotak
nisam u radnom odnosu	3	3,1%
bolnička ustanova	69	70,4%
Primarna zdravstvena zaštita	1	1,0%
hitna medicina	4	4,1%
Patronaža	6	6,1%
sustav školstva	4	4,1%
drugo	10	10,2%
Bez odgovora	1	1,1%
UKUPNO	98	100 %

7.2. Mišljenje o zdravstvenom odgoju u školi danas i stav prema promjenama

Mišljenje ispitanika o sadašnjem stanju u zdravstvenom odgoju u školi u Republici Hrvatskoj istraženo je pitanjima o:

- (a) ocjeni koji je cilj zdravstvenog odgoja danas te što bi trebao biti u budućnosti,
- (b) osobnom zadovoljstvu sadašnjim stanjem,
- (c) predmetima u kojima je i s kojim sadržajem danas zdravstveni odgoj prisutan u školi te
- (d) tko su danas osobe koje provode zdravstveni odgoj u školi

7.2.1. Ciljevi zdravstvenog odgoja u školi

Na pitanje „Što je, prema Vašem mišljenju, zdravstveni odgoj u školi **danas?**“, 41,8 % ispitanika odgovorilo je da je zdravstveni odgoj u školi danas uglavnom razvoj navika i stavova prema zdravlju (tablica 2).

Tablica 2. Ciljevi zdravstvenog odgoja u školi danas

Zdravstveni odgoj u školi danas	Broj ispitanika	Postotak
davanje znanja	39	39,8%
razvoj navika i stavova prema zdravlju	41	41,8%
učenje vještina za zdravi život	18	18,4%
UKUPNO	98	100%

Analizom odgovora na pitanje o tome što bi zdravstveni odgoj u školi **trebao biti**, 58 ili 59,2% ispitanika smatra da bi trebao biti razvoj navika i stavova prema zdravlju (tablica 3). Suprotno odgovoru na prethodno pitanje gdje 39,8% ispitanika izjavljuje kako se danas zdravstvenim odgojem u školi prenosi znanje, tek 5,1% ispitanika smatra kako bi tako trebalo biti i u budućnosti.

Tablica 3. Mišljenje o potrebnim ciljevima zdravstvenog odgoja u školi

što bi zdravstveni odgoj trebao biti?	Broj ispitanika	Postotak
davanje znanja	5	5,1%
razvoj navika i stavova prema zdravlju	58	59,2 %
učenje vještina za zdravi život	34	34,6%
Bez odgovora	1	1,1 %
UKUPNO	98	100 %

7.2.2. Zadovoljstvo zdravstvenim odgojem u školi

Kad je zadovoljstvo zdravstvenim odgojem u školi u pitanju, dobiveni rezultatu ukazuju da je veći broj ispitanika studenata (45 ili 45,9%) djelomično zadovoljan današnjim zdravstvenim odgojem u školi. Nezadovoljnih i vrlo nezadovoljnih ispitanika je 33 ili 33,7%, a zadovoljnih i vrlo zadovoljnih tek 20,4% (tablica 4).

Tablica 4. Zadovoljstvo zdravstvenim odgojem u školi danas

Zadovoljstvo zdravstvenim odgojem	Broj ispitanika	Postotak
Vrlo nezadovoljan	4	4,1%
Nezadovoljan	29	29,6%
Djelomično zadovoljan	45	45,9%
Zadovoljan	17	17,3%
Vrlo zadovoljan	3	3,1%
UKUPNO	98	100%

7.3. Zdravstveni odgoj u školi: samostalan predmet ili integrirani sadržaj?

Kako je opisano u uvodu i problemima koji su potakli ovo istraživanje, u dosadašnjim raspravama nije bilo dileme treba li ili ne promicati zdravlje djece i mladeži te kontinuirano provoditi edukaciju o zdravlju u školi kao okružju u kojem oni stječu znanja i vještine za budući život.

Međutim, jedno od pitanja o kojem se i danas raspravlja u profesionalnim i laičkim krugovima je način kako zdravstveni odgoj u školi organizirano planirati i provoditi. Dakle, pitanje je treba li u školi zdravstveni odgoj kao poseban predmet u kurikulumu ili integrirani sadržaji o zdravlju i bolesti u sve predmete osnovnoškolskog i srednješškolskog obrazovanja. To pitanje je postavljeno ispitanicima, a njihovi odgovori su prikazani u tablici 5.

Tablica 5. Mišljenje o potrebi uvođenja zdravstvenog odgoja kao posebnog predmeta ili integriranog sadržaja

	Ne slažem se	Djelomično se slažem	U potpunosti se slažem	Bez odgovora	UKUPNO
	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)
zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet u niže razrede osnovne škole	18 (18,4%)	25 (25,5%)	51 (52,0%)	4 (4,1%)	98 (100%)
zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet u više razrede osnovne škole	5 (5,1%)	24 (24,5%)	66 (67,3%)	3 (3,1%)	98 (100%)
zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet u srednje škole	7 (7,1%)	22 (22,5%)	66 (67,3%)	3 (3,1%)	98 (100%)
zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet i u osnovnu i u srednju školu	7 (7,1%)	26 (26,6%)	60 (61,2%)	5 (5,1%)	98 (100%)
zdravstveni odgoj ne treba uvesti u školu kao poseban predmet	18 (18,4%)	16 (16,3%)	59 (60,2%)	5 (5,1%)	98 (100%)

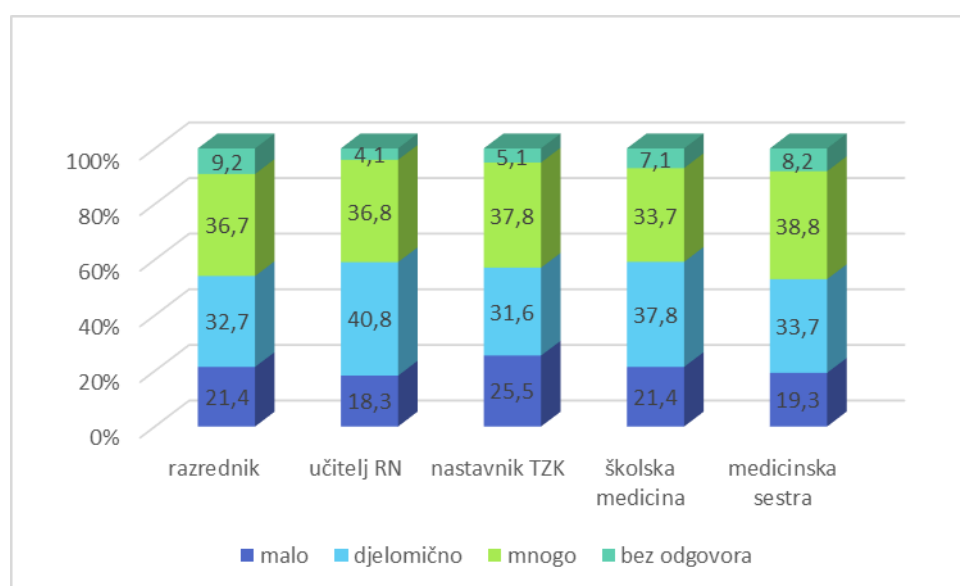
Rezultati pokazuju da je visok broj ispitanika koji se slažu s uvođenjem zdravstvenog odgoja u školu kao posebnog predmeta (od 52% do 67,3%), ali su skloniji da to bude u višim razredima osnovne škole i u srednju školu. S tvrdnjom da „zdravstveni odgoj **ne treba** uvesti u školu kao poseban predmet” u potpunosti se slaže 59 ili 60,2% ispitanika.

7.4. Uloga djelatnika iz zdravstva i prosvjete u provođenju zdravstvenog odgoja u školi

Ispitanicima su bile ponuđene osobe (medicinska sestra, učitelj razredne nastave (RN), učitelj prirode i društva, učitelj biologije, učitelj tjelesne i zdravstvene kulture (TZK), razrednik i školski liječnik) koje su danas nositelji zdravstvenog odgoja u školi prema njihovom mišljenju te su ispitanici svaku od osoba skala vrednovali od 1 (nimalo) do 5 (vrlo mnogo). Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 6 i na slici 4.

Tablica 6. Uloga različitih profila djelatnika u provođenju zdravstvenog odgoja u školi danas

	Medicinska sestra	Liječnik školske medicine	Nastavnik tjelesne i zdravstvene kulture	Učitelj razredne nastave	Razrednik
	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)	Broj ispitanika (postotak)
nimalo	7,1%	9,2%	-	2,0%	6,1
djelomicno	12,2%	12,2%	25,5%	16,3%	15,3
osrednje	33,7%	37,8%	31,6%	40,8%	32,7
mnogo	25,5%	19,4%	32,7%	28,6%	22,4
vrlo mnogo	13,3%	14,3%	5,1%	8,2%	14,3
Bez odgovora	8,2%	7,1%	5,1 %	4,1 %	9,2%
UKUPNO	100%	100 %	100%	100 %	100 %



Slika 3. Uloga različitih profila djelatnika u provođenju zdravstvenog odgoja u školi danas

Pod pretpostavkom da se zdravstveni odgoj uvede kao poseban predmet, ispitanicima je postavljeno pitanje tko je (mogući) nositelj. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 7.

Tablica 7. Mišljenje ispitanika o (mogućem) nositelju predmeta Zdravstveni odgoj u školi

Predloženi nositelj predmeta	Broj ispitanika	Postotak
Učitelj razredne nastave s dodatnom edukacijom	2	2,0%
Učitelj/nastavnik biologije s dodatnom edukacijom	4	4,1%
Razrednik s dodatnom edukacijom	2	2,0%
Liječnik školske medicine	7	7,1%
Medicinska sestra s dodatnom edukacijom	39	39,8%
Zdravstveni odgajatelj – osoba sa specifičnom edukacijom	31	31,6%
Bez odgovora	13	13,3%
UKUPNO	98	100%

39 ili 39,8% ispitanika za nositelja predmeta predlažu medicinsku sestru s dodatnom edukacijom dok je na drugom mjestu zdravstveni odgajatelj (osoba sa specifičnom dodatnom edukacijom) 31,6%. Ispitanici su najmanje skloni da odgovornost za zdravstveni odgoj preuzmu razrednik i učitelj razredne nastave (2% ispitanika).

7.5. Moguće aktivnosti zdravstveno-odgojnog rada medicinske sestre u školi

Pitanje o aktivnostima zdravstveno-odgojnog rada koje bi medicinska sestra mogla provoditi u školi sastojalo od 10 ponuđenih aktivnosti koje je bilo potrebno hijerarhijski rangirati prema važnosti upisujuću kraj svake opcije broj od 1 do 10, s time da se brojevi ne smiju ponavljati. (1-najmanje važno, 10 najvažnije). Za svaku od ponuđenih aktivnosti zbrojene su sve ocjene sudionika ljudi koji su odgovorili u skladu s uputama te nam dobiveni rezultati govore o hijerarhiji važnosti aktivnosti. Najbolje ocjenjene su aktivne radionice (prosječna ocjena 7,98) (tablica 8).

Tablica 8. Važnost aktivnosti medicinske sestre u provođenju zdravstvenog odgoja u školi

	Broj ispitanika	Srednja vrijednost (1-10)	Standardna devijacija	Nisu odgovorili u skladu s uputama
Predavanje učenicima	56	6,59	3,178	42
Aktivne radionice	56	7,98	2,583	42
Rad s grupama učenika sa zdravstvenim problemima	56	7,43	2,396	42
Individualno savjetovanje učenika	56	6,71	2,222	42
Predavanje roditeljima	56	5,27	1,940	42
Rad s grupama roditelja djece sa zdravstvenim problemima	56	5,41	1,905	42
Individualno savjetovanje roditelja	56	4,71	1,988	42
Predavanje na učiteljskom Vijeću	56	3,80	2,863	42
Rad s učiteljem razredne nastave	57	3,74	2,379	42
Rad s učiteljima pojedinih predmeta	57	3,28	2,644	42

Prema dobivenim rezultatima, hijerarhijski slijed zdravstveno odgojnih aktivnosti medicinske sestre u školi (od najvažnije prema najmanje važnom) izgleda ovako:

1. aktivne radionice
2. rad s grupama učenika sa zdravstvenim problemima
3. individualno savjetovanje učenika
4. predavanje učenicima
5. rad s grupama roditelja sa zdravstvenim problemima
6. predavanje roditeljima
7. individualno savjetovanje roditelja
8. predavanje na učiteljskom Vijeću
9. rad s učiteljem razredne nastave
10. rad s učiteljima pojedinih predmeta

Ove rezultate, međutim, treba uzeti s oprezom, jer veliki broj ispitanika (42 od 98) nije odgovorilo u skladu s uputama u Upitniku. Iako je uputa jasno navedena, ispitanici nisu razumjeli kako se radi o rangiranju važnosti od 1 do 10, već su pojedine aktivnosti rangirali na isti način. Njihovi odgovori nisu bili uključeni u obradu rezultata.

7.6. Uloga medicinskih sestara u provođenju zdravstvenog odgoja u školi

Od ukupnog broja ispitanika, najveći broj (52 ili 53,1%) vidi se kao vanjski suradnik u provođenju zdravstvenog odgoja u školi, a 10,2 % ne vidi svoju ulogu u provođenju zdravstvenog odgoja u školi. Dobiveni rezultati prikazani su u tablici 9.

Tablica 9. Uloga medicinskih sestara u provođenju zdravstvenog odgoja u školi

Uloga u provođenju zdravstvenog odgoja	Broj Ispitanika	Postotak
ne vidim svoju ulogu u provođenju zdravstvenog odgoja u školi	10	10,2%
vanjski suradnik u provođenju kurikuluma zdravstvenog odgoja	52	53,1%
nastavnik/predavač zdravstvenog odgoja	31	31,6%
Bez odgovora	5	5,1%
UKUPNO	98	100 %

7.7. Razina sestrinskog obrazovanja potrebna za provođenje zdravstvenog odgoja u školi

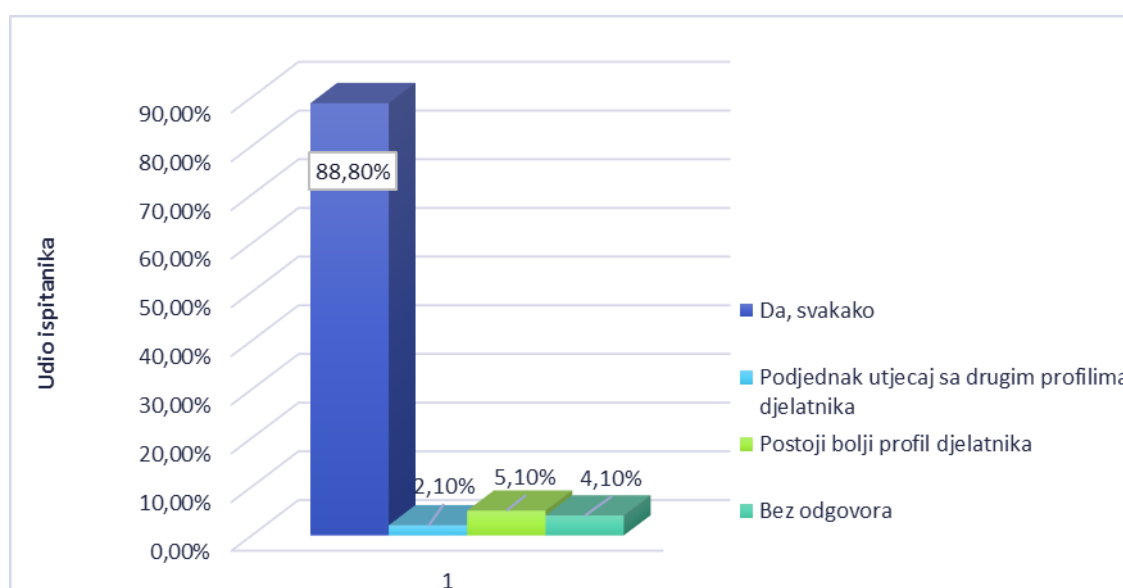
Na pitanje o razini obrazovanja medicinskih sestara potrebnog za provođenje zdravstvenog odgoja u školi, 55 ispitanih medicinskih sestara i tehničara (55 ili 56,1%) smatra da je dovoljna razina završenog diplomskog studija sestrinstva i dodatne specifične edukacije vezane uz zdravstveni odgoj (tablica 10).

Tablica 10. Razina sestrinskog obrazovanja potrebna za provođenje zdravstvenog odgoja u školi

Razine obrazovanja	Broj ispitanika	Postotak
srednja stručna sprema+specifična edukacija vezana uz zdravstveni odgoj	1	1%
Stručni studij sestrinstva	6	6,1%
Stručni studij sestrinstva +specifična edukacija vezana uz zdravstveni odgoj	16	16,3%
Diplomski studij sestrinstva	17	17,3%
Diplomski studij sestrinstva + specifična edukacija vezana uz zdravstveni odgoj	55	56,1%
UKUPNO	98	100%

7.8. Značajnost provođenja zdravstvenog odgoja u školi od strane medicinskih sestara u odnosu na ostale profile djelatnika

Na pitanje: „Smatrate li da medicinske sestre u programu provođenja zdravstvenog odgoja u školi svojim znanjem, vještinama i iskustvom mogu značajnije utjecati na zdravlje, prevenciju bolesti i nezdravstvenog ponašanja djece i mladeži u odnosu na ostale profile djelatnika?“, dobiveni rezultati prikazani su na slici 4.



Slika 4. Mogu li medicinske sestre značajnije utjecati na zdravlje i prevenciju bolesti i nezdravstvenog ponašanja u odnosu na druge djelatnike?

Stav ispitanika o svojoj ulozi u zdravstvenom odgoju u školi je vrlo pozitivan – 88 ili 88,8% ispitanih smatra da svojim kompetencijama (znanjem i vještinama) značajno mogu doprinijeti očuvanju zdravlja te prevenciji bolesti i nezdravstvenog ponašanja mladih. Tek je 4 ili 4,1% ispitanika mišljenja da za tu ulogu postoji bolji profil djelatnika.

8. RASPRAVA

Medicinska sestra na razini osnovnih i srednjih škola tradicionalno, kao dio tima školske medicine, provodi i javnozdravstvene aktivnosti, a provođenje zdravstvenog odgoja u školi u sklopu kurikuluma zdravstvenog odgoja značilo bi opsežniji angažman u sustavu školstva te u većoj ili manjoj promjeni djelokruga rada.

Rezultati istraživanja pokazuju da 41,8 % sudionika smatra da je danas zdravstveni odgoj u školi uglavnom razvoj navika i stavova prema zdravlju, 39,8% ispitanika smatra da je zdravstveni odgoj danas davanje znanja, a 18,4 % ispitanika smatra da je to učenje vještina za život. U ispitivanju koje je Puharić provela na prigodnom uzorku od 1631 ispitanika na području četiri župnije u Republici Hrvatskoj, sudjelovalo je 98 liječnika školske medicine, 311 učitelja/nastavnika u osnovnim školama, gimnazijama i srednjim strukovnim školama, 555 učenika 7. razreda osnovne škole i 3. razreda gimnazija i srednjih strukovnih škola te 490 njihovih roditelja. U dijelu istraživanja sudjelovalo je 177 učenika 4. razreda osnovne škole, dobiveni su slični rezultati (Puharić 2007). Prema njenim rezultatima, najveći broj ispitanika (44%) smatrao je da je zdravstveni odgoj danas prijenos znanja i poučavanje o činjenicama, razvoj navika i stavova prema zdravlju (31%), a najmanje je onih koji smatraju da se u školi učenici osposobljavaju u vještinama za zdrav život (14,5%). U njenom istraživanju, školski liječnici su, više od ostalih, bili mišljenja da se radi samo o poučavanju o činjenicama (68% svih školskih liječnika), dok su učenici bili skloniji tvrdnji da zdravstveni odgoj nije samo prijenos znanja već im daje određene vještine za zdrav život (21,6%). Roditelji gimnazijalaca više su od drugih roditelja smatrali da je cilj današnjeg zdravstvenog odgoja prijenos znanja, a roditelji učenika u srednjim stručnim školama više su od drugih bili mišljenja da njihova djeca u školi stječu navike i stavove za zdrav život. Učenici osnovne škole procijenili su da u školi podjednako dobivaju znanja i vještina te navika vezanim uz zdravlje i bolest, dok su srednjoškolci bili uvjereni kako se u školi dobiva uglavnom znanje.

Kad je zadovoljstvo zdravstvenim odgojem u školi u pitanju, 45,9% ispitanika u ovom istraživanju je djelomično zadovoljno, 29,6% nezadovoljno, 17,3% je zadovoljnih ispitanika, 4,1% vrlo nezadovoljnih, a 3,1% vrlo zadovoljnih ispitanika današnjim zdravstvenim odgojem u školi. Rezultati se mogu tumačiti kroz perspektivu djelokruga rada pri čemu su sudionici istraživanja svakodnevno svjedoci posljedica neadekvatnog zdravstvenog odgoja (pretilost djece i mladih, alkoholna intoksikacije, posljedice vožnje pod utjecajem alkohola,

maloljetnička trudnoća, spolno prenosive bolesti, delikventno i nasilničko ponašanje među mladima, i sl.), a dio sudionika je uključen u problematiku zdravstvenog odgoja u škola i kao roditelj, prijatelj ili član obitelji polaznika škole.

Pod pretpostavkom da se zdravstveni odgoj uvede kao poseban predmet, ispitanicima je postavljeno pitanje tko je (mogući) nositelj. U najvećem broju (39 ili 39,8%,) ispitanici za nositelja predmeta predlažu medicinsku sestru s dodatnom edukacijom, na drugom mjestu je zdravstveni odgajatelj (31,6%), tj. osoba sa specifičnom dodatnom edukacijom, a zatim slijede liječnik školske medicine (7,1%), učitelj/nastavnik biologije s dodatnom edukacijom (4,1%), razrednik i učitelj razredne nastave sa po 2%. Dobiveni rezultat označava pozitivan stav ispitanih medicinskih sestara prema ulozi medicinskih sestara u provođenju zdravstvenog odgoja u školi. S obzirom na to da se dobiveni rezultati zbog veličine uzorka ne mogu primijeniti na čitavu populaciju medicinskih sestara, navedeno pitanje otvara mogućnost za razvoj daljnjih istraživanja. Od ukupnog broja ispitanika, njih 52 ili 53,1% vidi se kao vanjski suradnik u provođenju zdravstvenog odgoja u školi, 31,6% kao nastavnik/predavač zdravstvenog odgoja a 10,2 % ne vidi svoju ulogu u provođenju zdravstvenog odgoja u školi. Trend stava sudionika ukazuje na privrženost prema ulozi vanjskog suradnika u provođenju zdravstvenog odgoja u školi što se može tumačiti kao želja za zadržavanjem unutar profesije medicinskih sestara. Razlozi dobivenih rezultata mogu se tumačiti kao posljedica naglaska preventivne uloge medicinske sestre koja se ističe na svim razinama obrazovanja medicinskih sestara.

Razlike u odgovorima o nositelju zdravstvenog odgoja u školi utvrdila je i Puharić u heterogenoj skupini ispitanika (Puharić 2007). Prema njenim rezultatima, svi ispitanici su bili mišljenja da osoba koja danas najviše radi na zdravstvenom odgoju je učitelj biologije, a zatim učitelj prirode i društva. Treće mjesto dijelili su učitelji razredne nastave i učitelji TZK (tjelesne i zdravstvene kulture), na četvrtom mjestu školski liječnik te na posljednjem razrednik. Zanimljivo je da su se razlike javile u stavovima zdravstvenih i prosvjetnih djelatnika: školski liječnici su sebe stavili na prvo mjesto, tj. smatraju da oni rade najviše na zdravstvenom odgoju u školi, dok su učitelji mišljenja da učitelji rade najviše.

Na pitanje o razini obrazovanja medicinskih sestara potrebnoj za provođenje zdravstvenog odgoja u školi, 55 ispitanih medicinskih sestara i tehničara (56,1%) smatra da je dovoljna razina završenog diplomskog studija sestrinstva i dodatne specifične edukacije vezane uz

zdravstveni odgoj (s proširenjem razina sestrinskog obrazovanja raste postotak ispitanika koji podržavaju određenu obrazovnu kategoriju). Gledano s perspektive kompetencija koje određena razina obrazovanja donosi, diplomski studij sestrinstva donosi proširenje i nadgradnju znanja iz preddiplomskog studija, osposobljava polaznike za samostalan istraživački rad, obavljanje znanstvenog i nastavnog rada te kao takav u najvećoj mjeri zadovoljava potrebe zdravstveno odgojnog rada u školi. Dodatno, sestre na ovom studiju imaju veliki broj sati iz teorije odgoja i obrazovanja što ih čini kompetentnijima od drugih u provođenju ove zadaće.

Na pitanje: „Smatrate li da medicinske sestre u programu provođenja zdravstvenog odgoja u školi svojim znanjem, vještinama i iskustvom mogu značajnije utjecati na zdravlje, prevenciju bolesti i nezdravstvenog ponašanja djece i mladeži u odnosu na ostale profile djelatnika?“ 87 ili 88,8% ispitanika odgovorilo je „da, svakako“. S obzirom na profesionalnu ulogu i djelokrug rada, medicinske sestre se svakodnevno susreću s različitim spektrom problema zdravih i bolesnih ljudi, svjedoci su pozitivnog i negativnog odnosa pojedinca i okoline prema zdravlju - pozitivan stav proizlazi najvjerojatnije iz znanja, vještina i iskustava stečenih kroz rad. Ispitanici su polaznici diplomskog studija sestrinstva čije kompetencije u najvećem postotku smatraju potrebnima za provođenje zdravstvenog odgoja u školi, stoga je dobiveni rezultat na ovo pitanje u skladu s očekivanjem.

U ranije navedenom istraživanju koje je 2007 provela Puharić također su dobiveni zanimljivi rezultati koji ukazuju na razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika, nastavnika, roditelja i učenika o budućem nositelju zdravstvenog odgoja u školi. Tako, na primjer:

- U najvećem broju, 537 ili 35% ispitanika, za nositelja predmeta predlažu zdravstvenog odgajatelja, na drugom mjestu je liječnik (dr. med.) s dodatnom edukacijom iz zdravstvenog odgoja (19%), a zatim slijede specijalista školske medicine sa 13% ispitanika i djelatnik u prosvjeti (učitelj, školski psiholog ili pedagog) sa 12%. Ispitanici se manje odlučuju za medicinsku sestru, 7,4%, a najmanje su skloni mišljenju da odgovornost za zdravstveni odgoj preuzmu učitelji predmetne ili razredne nastave.
- Školski liječnici kao nositelja predmeta na prvo mjesto stavljaju sebe (45,4%), zatim zdravstvenog odgajatelja (24,7%), dok se prosvjetni djelatnik s dodanom edukacijom nalazi na trećem mjestu (14,4%).

- Za razliku od liječnika, djelatnici u prosvjeti su mišljenja kako nositelj (na prvom mjestu) treba biti zdravstveni odgajatelj (30,9%), dok učitelje i/ili liječnike (ne školske medicine) ali obje skupine s dodatnom edukacijom iz zdravstvenog odgoja stavljaju na drugo i treće mjesto. Roditelji su uglavnom za zdravstvenog odgajatelja (43,2%), onda tek predlažu liječnika s dodatnom edukacijom (7,2%). Iako učenici predlažu zdravstvenog odgajatelja kao glavnog nositelja (29,5% ispitanika), dio njih se odlučuje i za liječnika s dodatnom edukacijom (23,4%).
- Liječnici najviše sebe vide kao predavača (34%) ili nositelja cijelog projekta (30%), a najmanje se vide kao edukator edukatora (12%) ili koordinatora aktivnosti (10%) (Puharić 2007).

Ovo istraživanje ima nekoliko **ograničenja** te rezultate treba interpretirati s oprezom. Ograničenja i slabosti istraživanja su sljedeća:

- Većina studenata-polaznika diplomskog studija radi u bolnici te se može pretpostaviti da imaju malo (profesionalnog) znanja o zdravstvenom odgoju u školi. Stoga se može pretpostaviti da su ispitanici na većinu pitanja odgovarali na temelju manje profesionalnog, a više osobnog iskustva koje imaju kao roditelji školske djece i članovi obitelji, ili prema osobnim iskustvima iz vremena svog osnovnog i srednjoškolskog obrazovanja.
- Ispitanici su homogena skupina po pitanju profesije (medicinske sestre), no istovremeno vrlo heterogena po pitanju dobi, spolu, radnom iskustvu i radnom mjestu. Zbog malog broja ispitanika, analiza rezultata po navedenim obilježjima ispitanika nije napravljena.
- Na formiranje stavova utječu i druga osobna obilježja (motivacija, osobno iskustvo, predznanje itd.) koja u ovom istraživanju nisu ispitivana.
- Rezultati istraživanja temelje se na kvantitativnim podacima. Kvalitativno istraživanje provedeno drugim metodama (fokus grupe, intervju, analiza teksta, itd.) vjerojatno bi dalo sveobuhvatniji i detaljniji uvid u stavove medicinskih sestara o svojoj ulozi u zdravstvenom odgoju u školi te razloge takvih stavova.

Bez obzira na ograničenja ove studije, rezultate treba pažljivo razmotriti, osobito danas kada se toliko intenzivno radi na zdravstvenom odgoju u školi kao posebnom predmetu. Naime, bez stalnog praćenja i uvođenja promjena u planu i programu, teško je očekivati učinkovit i

djelotvoran rad s mladima. Iako se u Kurikulumu predviđa sudjelovanje liječnika i sestara, mogućnosti rada medicinskih sestara su i veće. To se ne odnosi samo na medicinske sestre koje su dio tima školske medicine, već i medicinske sestre na drugim mjestima rada. Njihova osposobljenost u metodologiji zdravstveno odgojnog rada te potvrda hipoteze da svoju ulogu vide i u školi, osnova su za daljnja istraživanja i promjene u praksi.

9. ZAKLJUČCI

- Istraživanje provedeno među 98 studentata (odaziv 78,4%) prve i druge godine Sveučilišnog studija sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu pokazalo je da medicinske sestre imaju pozitivan stav prema svojoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi. Čak 88 ili 88,8% je mišljenja da medicinske sestre mogu utjecati na zdravlje i prevenciju bolesti u školi značajnije od drugih djelatnika.
- Rezultati pokazuju da je tek 3% ispitanika vrlo zadovoljno dosadašnjim zdravstvenim odgojem u školi, većina (46%) je djelomično zadovoljna ili zadovoljna (17%), dok je 30% nezadovoljnih ili vrlo nezadovoljnih (4%).
- Medicinske sestre smatraju da je danas zdravstveni odgoj u školi uglavnom razvoj navika i stavova prema zdravlju (42%) i prijenos znanja (40%), a najmanje razvoj vještina za zdravi život. Ispitanici smatraju da bi razvoj stavova i vještina trebao u budućem zdravstvenom odgoju biti daleko važnijim od davanja znanja i informacija.
- Istraživanje je pokazalo da medicinske sestre nisu u potpunosti zadovoljne današnjim aktivnostima i radom stručnjaka iz zdravstva i prosvjete. Tako ih 38 % smatra da je uloga školskog liječnika u provođenju zdravstvenog odgoja u školi zastupljena osrednje, dok 9% smatra da liječnik nimalo ne sudjeluje u provođenju zdravstvenog odgoja u školi.
- U najvećem postotku (40%), kao nositelja programa ispitanici-medicinske sestre predlažu medicinsku sestru s dodatnom edukacijom. Na drugom mjestu (32%) je zdravstveni odgajatelj, tj. osoba sa specifičnom edukacijom iz tog područja. Većina sestara sebe vidi kao stalnog vanjskog suradnika u programu (53%) ili predavača pojedinih tema (32%), a 10% uopće ne vidi svoju ulogu u provođenju zdravstvenog odgoja u školi.
- Prema mišljenju sestara, 56% smatra da je za rad potreban završeni diplomski studij sestrinstva i dodatna specifična edukacija o zdravstveno-odgojnim sadržajima.
- Iako ovaj rad ima nekoliko ograničenja, ono može biti poticajem za sljedeća istraživanja s ciljem da se utvrdi spremnost i kompetentnost medicinskih sestara na aktivan rad na ovom području.

10. ZAHVALA

Zahvala svima koji su svojim savjetima, strpljenjem i stručnošću pridonijeli izradi ovoga diplomskog rada, posebice mentorici prof. dr. sc. Gordani Pavleković koja je svojim stručnim angažmanom, strpljenjem i savjetima obogatila ovaj rad.

Velika zahvala mojoj obitelji, prijateljima i kolegama koji su mi pružali neizmjernu podršku i vjerovali u mene.

11. LITERATURA

American Public Health Association (1996) The definition and role of public health nursing: a statement of the APHA public health nursing section. Washington, DC: APHA.

Barton J, Parry-Jones W (2002) Adolescence. U: Detels R, McEwen J, Meaglehole R, Tanaka H (Ur.) Oxford Textbook of Public Health. London: Oxford University Press, str. 1623-38.

Board C, Bushmiaer M et al. (2011) Role of the School Nurse.
<http://www.nasn.org/PolicyAdvocacy/PositionPapersandReports/NASNPositionStatementsFullView/tabid/462/smid/824/ArticleID/87/Default.aspx>. Pristupila 7. siječnja 2014.

Buhler-Wikerson K (1993) Bringing Care the People: Lilian Wald's Legacy to Public Health Nursing. Am J Public Health 83:1778-86.

Connecticut State Department of Education (2009) Competency in school nurse practice.
http://www.sde.ct.gov/sde/lib/sde/PDF/deps/student/health/Nursing_Competencies.pdf. Pristupila 7. siječnja 2014.

Currie C, Gabghian SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Picket W, Ricjter M, Morgan A, Barnekow V (Ur.) (2008) Inequalities in young people's health (HBSC 2005/2006). Copenhagen: WHO/EURO.

ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2012) Zagreb.
http://www.hzjz.hr/skolska/espada_2011.pdf Pristupila 15.srpnja 2013.

Flander Buljan G, Durman Marijanović Z, Čorić Špoljar R (2007) Pojava nasilja među djecom s obzirom na spol, dob i prihvaćenost/odbačenost u školi. Društvena istraživanja 16:87-8.

Grčić M, Rončević T, Sindik J (2012) Zdravstveni odgoj i uloga medicinske sestre. Hčjz 3, 7. listopad 2012.

Havelka M (1994) Zdravstvena psihologija. Priručnik za srednje zdravstvene škole. Zagreb: Školska knjiga.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L (2012) The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: C.A.N.

Ilić V, Ilić R (1999) Metodika zdravstvenog odgoja. Zagreb: Školska knjiga.

Jureša V (2000) Zdravstveni problemi školske djece i studenata . U: Jakšić Ž, Kovačić L i sur. (Ur.) Socijalna medicina. Zagreb: Medicinska naklada, str. 132-35.

Jureša V (2001) Uloga i zadaće školskog liječnika. U: Pavleković G, Kuzman M, Jureša V (Ur.) Promicanje zdravlja u školi. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i UNICEF Ured za Hrvatsku, str. 43-47.

Jureša V (2006) Health care for schoolchildren and youth – school and university medicine. Paediatr Croat 3:117-119.

Jureša V (2007a) Zdravstvena zaštita školske djece i mladih - školska i sveučilišna medicina - prednosti i nedostaci pojedinih modela zdravstvene zaštite. Hčjz 3: 7. travanj 2007.

Jureša V (2007b) Preventive Programmes in School Health Care Services. U: Donev D, Pavleković G, Zaletel Kragelj Lj (Ur.) Health Promotion and Disease Prevention. Lage: Hans Jacobs Publishing Company, str. 395-405.

Kalauz S, Orlić-Šumić M, Šimunec D (2008) Nurses in Croatia: Past, present and Future. Croat Med J 49:298-306.

Kelnerić D, Kišić M, Kovačić L (2003) Patronaža. U: Kovačić L (Ur.) Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Medicinska naklada, str. 275-9.

Kleinert S (2007) Adolescent health: an opportunity not to be missed. Lancet 2007;369:1057-58.

Koelen MA, Van den Ban AW (2004) Health education and health promotion. Wageningen: Wageningen Academic Publishers, str. 25-42.

Kuzman M (2000a) Hrvatska mreža škola koje promiču zdravlje. U: Pavleković G, Kuzman M, Jureša V (Ur.) Promicanje zdravlja u školi. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. str. 90-92.

Kuzman M (2000b) Europska mreža škola koje promiču zdravlje. U: Pavleković G, Kuzman M, Jureša V. (Ur.) Promicanje zdravlja u školi. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. str. 83-89

Kuzman M, Pejnović Franelić I, Pavić Šimetin I (2004) HBSC – Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi - 2001/2002. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I (2008) Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2005/2006. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Kuzman M (2009) Adolescencija, adolescenti i zaštita zdravlja. Medicus 18:155 – 72.

Kuzman M, Pejnović Franelić I, Pavić Šimetin I, Pejak M (2010) Europsko istraživanje o alkoholu i ostalim drogama u školama (ESPAD). Hčjz 6: 7.travnja 2010.

Kuzman M, Pavić Šimetin L, Pejnović Franelić I (2012) Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2009/2010. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Lightfoot J, Bines W (2000) Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. J Public Health 22:74-80.

Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje (2008) Izvještaj o provedbi projekta vanjskog vrednovanja „Eksperimentalni program zdravstvenog odgoja i obrazovanja u osnovnim i srednjim školama 2008. godina. Zagreb: Nacionalni centar za vanjsko vrednovanje.

Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja za osnovnu i srednju školu (2013) Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje.

Nastavni program za akademsku godinu 2013/2014. Studij sestrinstva (2013). Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Patton GC, Viner R. Pubertal transition in health. Lancet 2007;369:1130-9.

Pavleković G (1981) Zdravstveni odgoj. U: Popović B, Letica S, Škrbić M (Ur.) Zdravstvo u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj: Razvoj-stanje-perspektive. Knjiga II. Medicinske struke. Zagreb: JUMENA, str.240-241.

Pavleković G (2000a) Sveobuhvatni pristup zdravlju. U: Pavleković G, Kuzman M, Jureša V (Ur.) Promicanje zdravlja u školi. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ , Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. str. 93-112

Pavleković G, Kuzman M (2000b) Promicanje zdravlja u školi U : Pavleković G, Kuzman M, Jureša V (Ur.) Promicanje zdravlja u školi. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ , Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. str. 35-39

Pavleković G (2000c) Promicanje zdravlja i zdravstveni odgoj. U: Pavleković G, Kuzman M, Jureša V (Ur.) Promicanje zdravlja u školi. Zagreb: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ , Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i UNICEF, str. 21-27.

Pavleković G (2000d) Zdravstveno ponašanje i zdravstveni odgoj. U: Jakšić Ž, Kovačić L i sur. (Ur.) Socijalna medicina. Zagreb: Medicinska naklada. str. 156 – 163

Pavleković G, Kuzman M, Jureša V, Garašić D (2007) Comprehensive view of health: Croatian network of health promoting schools. U: Donev D, Pavleković G, Zaletel Kragelj Lj (Ur.) Health Promotion and Disease Prevention. Lage: Hans Jacobs Publishing Company, str. 270-277.

Pejnović Franelić I, Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejak M, Rojnić Palavra I (2010) Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi (HBSC). hčjz 6, 7. travanj 2010.

Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (2006) Narodne novine 126/06.

Prebeg Ž (2003) Organizacija zdravstvene zaštite učenika i mladih. U: Kovačić L (Ur.) Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Medicinska naklada, str.201-208.

Program diplomski studij sestrinstva 2009/10 (2009) Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Puharić Z, Pavleković G, Jureša V (2006) The role of school medicine doctors in health education in Croatia – past, present and future. Coll Antrop 30:151-157.

Puharić Z (2007) Ocjena potreba i zahtjeva o sadržajima i metodama zdravstveno odgojnog rada u osnovnim i srednjim školama. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (magistarski rad).

Roberts C, Currie C, Samdal O, et al Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. J Public Health, 2007; 15:179-186.

Strukovni kurikulum za stjecanje kvalifikacije Medicinska sestra/tehničar opće njege (2011). Zagreb: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa.

Tones K. Health promotion, health education and the public health (2002). U: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H (Ur.) Oxford Textbook of Public Health. London: Oxford University Press, str. 829-63.

UNICEF (2004) The State of the World's Children 2004.
http://www.unicef.org/sowc04/sowc04_boys_education.html Pristupila 14. siječnja 2014.

World Health Organization, Regional Office for Europe (1986) Copenhagen: Ottawa Charter for Health Promotion.

World Health Organization, Regional Office for Europe (1998) (EUR / ICP / IVST 060102) ENHPS Technical Secretariat. The Health Promoting School – an investment in education, health, and democracy. Case study book. First Conference of the European Network of Health Promoting Schools, Thessaloniki- Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997. Copenhagen: WHO/EURO.

World Health Organization (2005) Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Copenhagen: WHO/EURO. .

12. ŽIVOTOPIS

Martina Ptiček rođena je 20.12. 1988. godine u Varaždinu. Četverogodišnju srednju školu završila je u Medicinskoj školi Varaždin, smjer medicinska sestra - tehničar. U toku srednjoškolskog obrazovanja sudjelovala je na državnom natjecanju zdravstvenih zanimanja „Schola medica“ 2007. godine u Vinkovcima te osvojila 1. mjesto u kategoriji medicinska sestra – medicinski tehničar.

2007. godine upisala je Stručni studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, a diplomirala 2010. godine. Nedugo zatim, počela je raditi kao pripravica u Kliničkoj bolnici Dubrava, na Zavodu za abdominalnu kirurgiju. Nakon jednogodišnjeg pripravničkog staža, položila je stručni ispit i dobila odobrenje za samostalni rad.

2010. godine upisala je Diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu te se zaposlila u Poliklinici dr. Bates.

13. PRILOG: Anketni upitnik

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet
Sveučilišni studij sestrinstva

Poštovane kolegice i kolege!

Ovaj upitnik je sastavljen kako bi se ispitalo mišljenje medicinskih sestara o zdravstvenom odgoju u osnovnoj i srednjoj školi i ulozi sestara u njegovom provođenju. To je tema mog diplomskog rada. Ovo istraživanje je anonimno, a podaci će biti korišteni isključivo u istraživačke svrhe. Stoga Vas molim da što iskrenije odgovorite na sljedeća pitanja, pridržavajući se uputa kako slijede.

Unaprijed zahvaljujem na suradnji!

Martina Ptiček

I. OSNOVNI PODATCI O ISPITANIKU (zaokružiti odgovor)

Spol

1. Ženski 2. Muški

Dob

1. do 30 godina
2. od 31 do 40 godina
3. od 41 do 50 godina
4. više od 50 godina

Ukupni radni staž

1. do 5 godina
2. od 6 do 15 godina
3. od 16 do 30 godina
4. više od 31 godine
5. bez radnog iskustva

Sadašnje radno mjesto

1. bolnička zdravstvena ustanova
2. ordinacija primarne zdravstvene zaštite
3. hitna medicina
4. patronaža
5. kućna njega

6. sustav školstva

7. drugo (navedite mjesto) _____

8. nisam u radnom odnosu

II. MIŠLJENJE O ZDRAVSTVENOM ODGOJU U ŠKOLI

Prema Planu i programu za osnovne i srednje škole, zdravstveni odgoj je danas integriran u razne sadržaje i provodi se na različite načine. Istovremeno se raspravlja o uvođenju zdravstvenog odgoja kao posebnog predmeta. Zanima nas Vaše mišljenje o tome.

1. Prema Vašem mišljenju, danas je zdravstveni odgoj u školi uglavnom:

(zaokružite JEDAN odgovor)

1. davanje znanja
2. razvoj navika i stavova prema zdravlju
3. učenje vještina za zdravi život

2. Uvede li se posebno organizirani zdravstveni odgoj u školu, što bi on trebao biti:

(zaokružite JEDAN odgovor)

1. davanje znanja
2. razvoj navika i stavova prema zdravlju
3. učenje vještina za zdravi život

3. Koliko ste osobno zadovoljni sadašnjim zdravstvenim odgojem u školi?

(zaokružite JEDAN odgovor)

1. vrlo nezadovoljan
2. nezadovoljan
3. djelomično zadovoljan
4. zadovoljan
5. vrlo zadovoljan

4. Prema Vašem mišljenju, koliko navedene osobe rade na zdravstvenom odgoju učenika u školi? Izrazite svoje mišljenje odabirom: 1 – nimalo, 2 – djelomično, 3 - osrednje, 4 - mnogo, 5 – vrlo mnogo

1. učitelj razredne nastave	1	2	3	4	5
2. učitelj prirode i društva	1	2	3	4	5
3. učitelj/nastavnik biologije	1	2	3	4	5
4. učitelj/nastavnik tjelesne i zdravstvene kulture	1	2	3	4	5
5. razrednik	1	2	3	4	5
6. drugi nastavnici (navedite primjer _____)	1	2	3	4	5
7. liječnik školske medicine	1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 8. medicinska sestra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. netko drugi (navedite tko _____) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Uvede li se zdravstveni odgoj kao poseban predmet u škole, koje sadržaje prepoznajete kao osobito važne?

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

6. Postoje različita mišljenja o potrebi uvođenja zdravstvenog odgoja kao posebnog predmeta u školu. Izrazite svoje mišljenje upisujući broj kraj navedene tvrdnje:

- 1 - ne slažem se
- 2 - djelomično se slažem
- 3 - u potpunosti se slažem

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet u niže razrede osnovne škole. | 1 | 2 | 3 |
| 2. zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet u više razrede osnovne škole. | 1 | 2 | 3 |
| 3. zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet u srednje škole. | 1 | 2 | 3 |
| 4. zdravstveni odgoj treba uvesti kao poseban predmet i u osnovnu i u srednju školu. | 1 | 2 | 3 |
| 5. zdravstveni odgoj ne treba uvesti u školu kao poseban predmet. | 1 | 2 | 3 |

7. Pod pretpostavkom da se zdravstveni odgoj uvede kao poseban nastavni predmet, tko bi prema Vašem mišljenju trebao biti odgovoran (nositelj predmeta)?

(molim zaokružite **SAMO JEDAN** od ponuđenih odgovora)

1. učitelj razredne nastave s dodatnom edukacijom
2. učitelj/nastavnik biologije s dodatnom edukacijom
3. razrednik s dodatnom edukacijom
4. liječnik školske medicine
5. medicinska sestra s dodatnom edukacijom
6. zdravstveni odgajatelj – osoba sa specifičnom edukacijom iz zdravstvenog odgoja
7. netko drugi (navedite tko _____)

8. Uvede li se zdravstveni odgoj kao poseban predmet u školu, gdje i kako Vi vidite svoju ulogu? (zaokružite jedan odgovor)

1. nastavnik/predavač zdravstvenog odgoja
2. vanjski suradnik u provođenju kurikuluma zdravstvenog odgoja
3. ne vidim svoju ulogu u provođenju zdravstvenog odgoja u školi
9. **Koja razina sestrinskog obrazovanja je po Vašem mišljenju dovoljna za provođenje zdravstvenog odgoja u školi?** (molim zaokružite JEDAN odgovor)

1. srednja stručna sprema
2. srednja stručna sprema + specifična edukacija vezana uz zdravstveni odgoj
3. stručni studij sestrinstva
4. stručni studij sestrinstva + specifična edukacija vezana uz zdravstveni odgoj
5. diplomski studij sestrinstva
6. diplomski studij sestrinstva + specifična edukacija vezana uz zdravstveni odgoj

10. **Kako Vi osobno vidite ulogu medicinske sestre u provođenju zdravstvenog odgoja u školi?**
Vaše mišljenje izrazite raspodjelom brojeva/rangiranjem od 1 – 10 za navedene oblike rada:
rang 1 – najmanje važno, 10 – najvažnije. Brojevi se ne smiju ponavljati!

- | | |
|---|-------|
| 1. predavanje učenicima | _____ |
| 2. aktivne radionice | _____ |
| 3. rad s grupama učenika sa zdravstvenim problemima | _____ |
| 4. individualno savjetovanje učenika | _____ |
| 5. predavanje roditeljima | _____ |
| 6. rad s grupama roditelja djece sa zdravstvenim problemima | _____ |
| 7. individualno savjetovanje roditelja | _____ |
| 8. predavanje na učiteljskom Vijeću (svim nastavnicima) | _____ |
| 9. rad s učiteljem razredne nastave | _____ |
| 10. rad s učiteljima pojedinih predmeta | _____ |

11. **Smatrate li da medicinske sestre u programu provođenja zdravstvenog odgoja u školi svojim znanjem, vještinama i iskustvom mogu značajnije utjecati na zdravlje, prevenciju bolesti i nezdravstvenog ponašanja djece i mladeži u odnosu na ostale profile djelatnika ?**
(molim zaokružite JEDAN od ponuđenih odgovora)

1. da, svakako
2. ne, njihov utjecaj je podjednak
3. postoji bolji profil djelatnika za provođenje zdravstvenog odgoja

12. Slobodan komentar:

Hvala.