

Uloga medicinske sestre/tehničara u promicanju zdravlja školskog djeteta

Melnjak, Alen

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:734887>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)

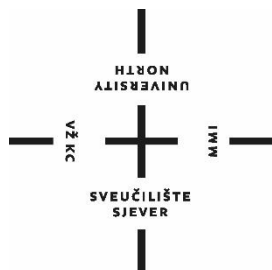


zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**

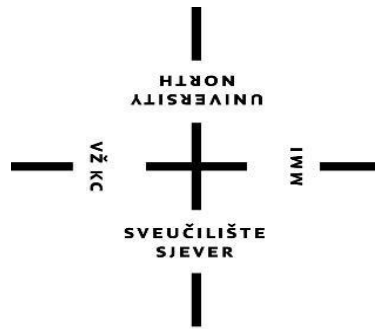


Završni rad br. 1500/ss/2021

**Uloga medicinske sestre/tehničara u promicanju zdravlja
školskog djeteta**

Alen Melnjak

Varaždin, rujan 2022.



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1500/SS/2021

Uloga medicinske sestre/tehničara u promicanju zdravlja školskog djeteta

Student

Alen Melnjak, 3067/336

Mentor

izv. prof. dr. sc. Marin Šubarić, dr. med.

Varaždin, rujna, 2022.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Alen Melnjak	JMBAG	0336029646
DATUM	09.09.2021.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo
NASLOV RADA	Uloga medicinske sestre/tehničara u promicanju zdravlja školskog djeteta		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The role of the nurse in promoting the health of the school child		

MENTOR	dr. sc. Marin Šubarić, dr. med.	ZVANJE	izvanredni profesor
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Ivana Živoder, predsjednik 2. izv.prof.dr. sc. Marin Šubarić, mentor 3. Irena Stipešević - Rakamarić, pred., član 4. Valentina Novak, pred., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ: 1500/SS/2021

OPIS

U promicanju zdravlja kroz zdravstvenu zaštitu djece vrlo važno mjesto zauzimaju preventivne mjere u cilju optimizacije rasta i razvoja djece školske dobi. Fiziološki kod djece školske dobi javljaju se različite psihosomatske promijene. Upravo sistematsko praćenje rasta i razvoja djece osnova je za poduzimanje pravovremenih odgovarajućih medicinskih intervencija i osiguranja zdravlja. Medicinska sestra/tehničar ima važnu ulogu u neometanom pružanju sveobuhvatnih zdravstvenih usluga školskoj djeci i mladima. Sve veći broj učenika ulazi u škole s kroničnim zdravstvenim stanjima koja zahtijevaju upravljanje tijekom školskog dana. Uloga je medicinske sestre/tehničare u službi multidisciplinarnog člana tima u pružanju preventivne skrbi, ranom prepoznavanju problema, intervencijama i preporukama za poticanje zdravstvenog i obrazovnog uspjeha. Za optimalnu brigu o djeci važni su čimbenici uspjeha, priprema, kontinuirano obrazovanje i odgovarajuće osoblje te medicinske sestre i tehničari. U radu su opisani rast i razvoj djece školske dobi, znakovi rizičnog ponašanja, zaštita od zaraznih bolesti, prehrana, standardi i smjernice za praćenje istih s naglaskom na ulogu medicinske sestre/tehničara u pružanju skrbi.

ZADATAK URUČEN

20. 09. 2021.

POTPIS MENTORA

Marin Šubarić



Predgovor

Zahvaljujem se svom mentoru izv. prof. dr. sc. Marinu Šubariću na ukazanom povjerenju, savjetima, uputama i stručnoj pomoći prilikom izrade ovog rada. Također hvala i članovima obitelji i radnim kolegama koji su mi strpljivošću i razumijevanjem pružili podršku tijekom mog trogodišnjeg studiranja.

Sažetak

U promicanju zdravlja kroz zdravstvenu zaštitu djece važno mjesto zauzimaju preventivne mjere u cilju optimizacije rasta i razvoja djece školske dobi. Fiziološki kod djece školske dobi javljaju se različite psihosomatske promjene. Upravo sistematsko praćenje rasta i razvoja djece osnova je za poduzimanje pravovremenih odgovarajućih medicinskih intervencija u cilju osiguranja zdravlja. Medicinska sestra ima važnu ulogu u neometanom pružanju sveobuhvatnih zdravstvenih usluga školskoj djeci i mladima. Sve veći broj učenika ulazi u škole s kroničnim zdravstvenim stanjima koja zahtijevaju upravljanje tijekom školskog dana. Uloga medicinske sestre kao člana multidisciplinarnog tima je pružanje preventivne skrbi, rano prepoznavanje problema, provođenje intervencija i pružanje preporuka za poticanje zdravstvenog i obrazovnog uspjeha. Za optimalnu brigu o djeci važni su čimbenici uspjeha, priprema, kontinuirano obrazovanje i odgovarajuće osoblje te medicinske sestre. Daju se preporuke kako bi se olakšao radni odnos između medicinske sestre i djeteta zajedno sa članovima njegove obitelji. Cilj rada je opisati rast i razvoj djece školske dobi, znakove rizičnog ponašanja, zaštitu od zaraznih bolesti, prehranu, opisati standarde i smjernice za praćenje istih s naglaskom na ulogu medicinske sestre u pružanju skrbi.

Ključne riječi: školska djeca, rast i razvoj, zdravstvena zaštita, prevencija, medicinska sestra

Abstract

In the promotion of health through the health care of children, an important place is occupied by preventive measures aimed at optimizing the growth and development of school-age children. Physiologically, school-aged children experience various psychosomatic changes. Precisely the systematic monitoring of the growth and development of children is the basis for undertaking timely and appropriate medical interventions in order to ensure health. The nurse plays an important role in the uninterrupted provision of comprehensive health services to school children and young people. An increasing number of students are entering schools with chronic health conditions that require management during the school day. The role of the nurse as a member of the multidisciplinary team is to provide preventive care, early identification of problems, implementation of interventions and recommendations to encourage health and educational success. Preparation, continuing education and appropriate staff and nurses are important success factors for optimal child care. Recommendations are given to facilitate the working relationship between the nurse and the child together with his family members. The aim of the paper is to describe the growth and development of school-age children, signs of risky behavior, protection against infectious diseases, nutrition, to describe standards and guidelines for monitoring them with an emphasis on the role of the nurse in providing care.

Key words: school children, growth and development, health care, prevention, nurse

Popis korištenih kratica

AIDS sindrom stečene imunodeficijencije

CKPB Centri za kontrolu i prevenciju bolesti

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

ŠZP Školsko zdravlje i prehrana

UNESCO Organizacija Ujedinjenih naroda za obrazovanje, znanost i kulturu

UNICEF Dječji fond Ujedinjenih naroda

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Školska djeca i zdravlje.....	3
2.1. Rast i razvoj školske djece	4
2.1.1. Razvoj djece	5
2.2. Važnost obrazovanja	6
2.3. Novi socijalni morbiditeti.....	7
2.4. Promjene obiteljskih struktura.....	9
2.5. Mentalno zdravlje školske djece.....	10
2.6. Uloga medicinske sestre u promicanju mentalnog zdravlja.....	11
2.7. Podržavanje zdravlja i dobrobiti djece školske dobi.....	12
3. Škola kao platforma u promociji zdravlja djece	13
3.1. Školsko zdravlje i prehrana	14
3.2. Zdrava djeca – bolje učenje	16
3.3. Okvir škola za promicanje zdravlja	17
3.4. Uloga školske medicine u zdravstvu i obrazovanju u Hrvatskoj.....	18
3.5. Promocija zdravlja u školskom okruženju u Republici Hrvatskoj	19
4. Uloga medicinske sestre u skrbi školskog djeteta	21
4.1. Aktivnosti medicinske sestre.....	22
4.2. Potreba za zdravstvenim odgojem	22
5. Zaključak.....	25
6. Literatura	26

1. Uvod

Školska skrb usklađena je s promicanjem zdravlja djece školske dobi u školi ili u okruženju. Povijesno gledano, školska skrb bila je zamišljena kao javnozdravstvena mjera, u okviru zdravstvene službe za rješavanje zaraznih bolesti, neadekvatne prehrane djece, loše higijene i drugih tjelesnih tegoba koje su djecu sprječavale pohađati školu. Medicinske sestre imaju važnu ulogu u promicanju zdravlju i obrazovanju školske djece. Međutim, dokazi o djelotvornosti njihovog djelovanja [uključujući utjecaj na akademski uspjeh] bili su ograničeni. Nedostatak dokaza o učinkovitosti nedavno je pokrenuo raspravu o tome je li uloga medicinske sestre u svom sadašnjem obliku i dalje potrebna u današnjem obrazovnom sustavu, posebno u kontekstu trenutne globalne ekonomske klime. Ipak, da bi školska skrb ostala relevantna, važno je da se uloga razvija kako bi se zadovoljile trenutne potrebe i obrazovnih i zdravstvenih službi, uključujući i populacijsku skupinu kojoj služe [1]. Na primjer, u većini zemalja sve veći broj učenika ulazi u škole s dodatnim i kroničnim zdravstvenim potrebama, što može zahtijevati dodatnu pažnju medicinskih sestara. Kako bi optimalno zadovoljile potrebe takve djece, sestre moraju osigurati da se njihova praksa temelji na najboljim dostupnim dokazima.

Uloga medicinske sestre čini dio zdravstvene službe univerzalno dostupne čije usluge se pružaju djeci i mladima u dobi od 5 do 18 godina i njihovim obiteljima [2]. Tijekom godina rad školske zdravstvene službe, uključujući ulogu medicinske sestre, uvelike se razlikovao u cijelom svijetu. One uključuju uloge i intervencije usmjerene na škole, uključujući imunizaciju sve djece školske dobi, kao i one koja imaju širu funkciju javnog zdravstva i zajednice. U posljednjih nekoliko godina, opterećenje medicinskih sestara, posebno u obliku novih smjernica imunizacije, znatno se povećalo, što je izazvalo preispitivanje njihove uloge. 2013. godine, preporučena je reorganizacija uloge medicinske sestre [3]. Reorganizacijom se željelo preusmjeriti na ulogu medicinske sestre kako bi se diljem svijeta pružile dosljedne i učinkovitije usluge za rješavanje nekih od temeljnih uzroka lošeg zdravlja. Utvrđivanjem potreba školske djece i mladih u dobi od 5 do 18 godina omogućuje se kvalitetnije pružanje sigurnih i djelotvornih usluga stavljajući naglasak na individualni pristup svakom djetetu. Na temelju dostupnih dokaza i trenutnih smjernica politike, nova je uloga osmišljena kako bi se osigurao veći naglasak na posjete kućama i rješavanje širih prioriteta politike i javnog zdravstva. Kao takva, nova uloga usredotočena je na devet prioritetnih područja ili putova: mentalno zdravlje i dobrobit, zlouporaba opojnih droga, zaštita djece, zlostavljanje u obitelji,

beskućništvo, skrb o djeci (djeca za koju je država preuzela roditeljske odgovornosti), pravda za mlade (mladi ljudi uključeni u pravosudni sustav). Medicinske sestre rade procjenu djece, a zatim se djecu uputi na odgovarajuće službe ili sestre same pružaju izravnu intervenciju. Medicinske sestre imaju pristup djetetovom kliničkom kartonu i evidentirat će sve preporuke i njihove ishode u bazu podataka primarne zdravstvene zaštite, kao i u posebno razvijeni nacionalni temeljni minimalni skup podataka za školsku skrb s ciljem promicanja zdravlja školskog djeteta.

2. Školska djeca i zdravlje

Vremena su se promijenila, pa tako i školski zdravstveni programi. Mnogi se odrasli sjećaju „školskog zdravlja“ koje se sastojao od lekcija o prvoj pomoći i četiri skupine hrane, uz povremene posjete školskoj sestri zbog lakših bolesti ili ozljeda. Iako ovi problemi nisu nestali, današnji školski zdravstveni programi također se suočavaju s nizom teških i naizgled nerješivih problema: "novi socijalni morbiditeti" - nasilje, zlouporaba droga i alkohola, sindrom stečene imunodeficijencije (AIDS) i druge spolne bolesti, tinejdžerska trudnoća i depresija; nedostatak pristupa studentima pouzdanim zdravstvenim informacijama i zdravstvenoj zaštiti; promjena obiteljskih struktura; i povećanje siromaštva [4]. Tradicionalni pristupi školskim zdravstvenim programima možda više neće biti dovoljni za rješavanje ovih složenih problema.

Novi koncept školskog zdravstvenog programiranja - "sveobuhvatni školski zdravstveni program" - predložen je 1980-ih kao način rješavanja mnogih zdravstvenih problema djece i mladih [5]. Sveobuhvatni školski zdravstveni programi osmišljeni su kako bi iskoristili škole za unapređenje i edukaciju djece i obitelji o temama iz područja zdravstvenog odgoja, promicanja zdravlja i prevenciju bolesti te pristup zdravstvenim i socijalnim uslugama u školi. Programi se provode zajedno s drugim obrazovnim reformama kako bi se udružili s ciljem prema kvalitetnom obrazovanju s poboljšanjem zdravlja. Programi obećavaju ne samo poboljšanje zdravstvenih i obrazovnih rezultata za školsku djecu već i smanjenje ukupnih troškova zdravstvene zaštite. Naglasak je stavljen na prevenciju usvajanjem ponašanja koja poboljšavaju zdravlje i rano prepoznavanje zdravstvenih problema te pružanje lakšeg pristupa skrbi.

Povjerenstvo za sveobuhvatne školske zdravstvene programe u razredima sazvaio je Medicinski institut kako bi proveo petnaestomjesečno istraživanje radi razvijanja okvira za [6]:

- određivanje poželjnih i izvedivih zdravstvenih ishoda [uključujući mentalno, emocionalno i socijalno zdravlje] opsežnih školskih zdravstvenih programa
- ispitivanje odnosa između zdravstvenih ishoda i obrazovnih rezultata
- razmatranje koji su čimbenici neophodni u školskom okruženju za optimizaciju ovih ishoda

- procjenu postojećih podataka o učinkovitosti [uključujući isplativost] sveobuhvatnih zdravstvenih programa u školama i utvrđivanje mogućih dodatnih strategija za procjenu učinkovitosti tih programa
- promicanje i daljnje poticanje provedbe onih školskih zdravstvenih programa koji su se pokazali učinkovitima.

Međutim, sveobuhvatan, integriran i sinergijski program ostaje koncept u većini školskih sustava. Zadatak odbora bio je ispitati opravdanost, strukturu i status ovih programa te razmotriti može li i kako taj koncept postati stvarnost. Povjerenstvo je započelo svoje istraživanje sa sljedećim osnovnim pretpostavkama [7]:

- Primarni cilj škola je obrazovanje
- Obrazovanje i zdravstvo su povezani. Ishodi obrazovanja povezani su sa zdravstvenim statusom, a zdravstveni ishodi s obrazovanjem
- Postoje određene osnovne zdravstvene potrebe djece i mladih. To uključuje skrb i podršku; pravovremene i relevantne zdravstvene informacije, znanja i vještine potrebne za usvajanje zdravog ponašanja; i pristup zdravstvenoj zaštiti
- Škola ima potencijal biti važan dio sustava za pružanje ovih osnovnih zdravstvenih potreba. U školama djeca i mladi provode znatan dio svog vremena, a škole mogu doći do cijelih obitelji. Međutim, škola je samo dio šireg sustava zajednice; odgovornost nije i ne bi trebala biti samo na školama.

2.1. Rast i razvoj školske djece

Dinamika ljudskog rasta je različita u različito doba života. Nadalje postoje i razlike u stopama između spolova, a različita tkiva istodobno imaju različite stope rasta. Očiti primjer je činjenica da su djevojke od 13 ili 14 godina često iste ili veće visine od svojih vršnjaka, dok ih muškarci u roku od nekoliko godina nadmašuju stasom. Limfoidne strukture djeteta rastu tako brzo da u roku od 6 ili 7 godina postignu status veći od odrasle osobe i zapravo se povlače tijekom adolescencije kada se tijelo u cjelini [kostur, mišićna masa i volumen krvi] povećava u stopi rasta [8]. Tako krajnici djeteta drugog razreda mogu biti vrlo veliki, ali ipak ne i povećani; slezena malog djeteta može postati opipljiva tijekom bilo koje infekcije, a mezenterijska adenopatija je uvijek prisutna u diferencijalnoj dijagnozi slijepog crijeva u djece.

Ljudska glava raste tako brzo da dostigne veličinu odrasle osobe za samo 6 godina. Budući da se lubanja tako lako širi, porast intrakranijalnog tlaka može pokazati nekoliko drugih znakova; na primjer, papiledem se možda neće dogoditi ako šavovi nisu stegnuti.

Krivulje ljudskog rasta karakteristične su za vrstu. Nakon začeća slijedi faza zaostajanja koja ubrzo postaje logaritamska. Termin rođenja događa se tijekom logaritamske faze, tako da po rođenju djeteta raste brzinom od 9 do 10 kg/god. Ova stopa rasta pada gotovo asimptotski, a do kraja prve godine rast se odvija znatno sporijim tempom od 2 do 2,5 kg/god [9]. Ovo izrazito smanjenje stope može se smatrati fiziološkim obilježjem kraja djetinjstva.

Značajno je da su glavni pregibi krivulje rasta također povezani sa razvojnim događajima, na primjer, postignuće kretanja i njegov psihodinamski pratilac, prva borba za autonomiju. Prehrambene potrebe su visoke tijekom razdoblja brzog rasta, pa su stoga stanja nedostatka najvjerojatnije na njihovom putu. Karakteristični klinički skorbut, rahitis i anemija s nedostatkom željeza javljaju se tijekom druge polovice prve godine [10]. Slično tome, pri sljedećem previranju, skoku adolescentnog rasta, nalazimo na još jednu borbu za autonomiju, koja ovog puta uključuje odvajanje od kuće i oba roditelja, dok je prva, "strašna dvojka", uglavnom odvojenost od majke. Poznavanje faza rasta i pripadajuće psihodinamičke implikacije omogućuje zdravstvenim djelatnicima predvidjeti ponašanje djeteta i olakšavanje uspostavljanja učinkovitog odnosa sugerirajući normalne i patološke pojave koje treba tražiti.

2.1.1. Razvoj djece

Djeca u dobi od 6 do 12 godina su u dobnom razdoblju koje se obično naziva srednjim djetinjstvom. Povijesno gledano, u mnogim kulturama starost od 6 ili 7 godina bila je vrijeme kada su djeca bila integrirana u svijet odraslih, pomažući obiteljskim obvezama i ispunjavajući radne obaveze zajedno sa svojim roditeljima [9]. Tek su posljednjih stoljeća promjena koncepta obitelji i pojava formalnog školovanja uklonili djecu ove dobi iz širokog sudjelovanja u društvu odraslih. Danas i tijekom većeg dijela ovog stoljeća, dob od 6-12 godina i dalje se odvaja od mlađe dobi, jer odgovara prvim 6 od 12 obveznih školskih godina. Karakteristika razvoja osnovnoškolske djece u dobi od 6 do 12 godina jest pružanje prepoznatljive osnove za socijalnu definiciju i socijalnu strukturu koja sputava i usmjerava razvoj tijekom ovog razdoblja [11].

Međutim, sve su češće društvene norme i strukture koje određuju dobnu ocjenu 6 do 12-godišnjaka zamagljeni svjetovnim trendovima prema ranijem školovanju i ranijem pubertetu. Sve veći broj djece mlađe od 6 godina započinje neku vrstu formalnog obveznog školovanja. Trend prema ranijem pubertetu znači da mnogi 10, 11 i 12-o godišnjaci proživljavaju fizičke promjene tradicionalno povezane s adolescencijom, ali neusklađeno s prijelazom u tinejdžerske godine [12]. Učinak ovog sekularnog trenda može se vidjeti u eksperimentima sa školskim organizacijama u proteklom desetljeću u pokušaju pronalaska djelotvornih dobnih skupina za djecu čija su fizička, kognitivna i socijalna obilježja u tranziciji.

2.2. Važnost obrazovanja

Briga oko akademskog uspjeha učenika i naše nacionalne konkurentnosti dovela je do nacionalnog pokreta za reformu obrazovanja i dobrovoljnih nacionalnih standarda u osnovnim akademskim predmetima te preispitivanje odnosa između akademskih postignuća i zdravstvenog stanja učenika. Među svojim direktivama, Nacionalni obrazovni ciljevi pozivaju na sljedeće [13]:

- učenici trebaju biti spremni za školu sa zdravim umovima, tijelima i mentalnom budnošću potrebnom za učenje
- sigurno i disciplinirano školsko okruženje bez opojnih sredstava i alkohola
- pristup svim učenicima tjelesnom i zdravstvenom odgoju kako bi se osiguralo da su djeca zdrava i u formi
- povećana roditeljska partnerstva s školama u svrhu promicanja socijalnog, emocionalnog i akademskog rasta djece.

Budućnost naše zemlje ovisi o obrazovanoj, produktivnoj radnoj snazi. Nekvalificirani poslovi iz prethodnih generacija nestaju, a od škola se očekuje da pripreme sve učenike, a ne samo nekolicinu odabranih, za zahtjevno radno mjesto u budućnosti. Također, ukoliko se situacija ne poboljša, djeci i adolescentima prijeti širok spektar zdravstvenih problema i problema u ponašanju, sve veće siromaštvo i pogoršanje uvjeta u obitelji i zajednici.

Zabrinutost zbog utjecaja napuštanja škole na nacionalni proračun, radnu snagu i sposobnost globalne konkurencije ogleda se u Nacionalnom obrazovnom cilju da se do kraja 2022. godine stopa maturanata poveća na najmanje 90% [15]. Stopa matura je znatno niža u

mnogim užim gradskim i ruralnim područjima. Nadalje, Ured za popis stanovništva predviđa da će populacija djece s akademskim rizikom i dalje rasti. Budući da je veća vjerojatnost da će ta djeca uspjeti odustati od škole, cilj od 90% može biti teže postići nego što podaci pokazuju. Kako bi pomogli sve većem broju djece školske dobi s rizikom od školskog neuspjeha potrebno je omogućiti provođenje dodatnih intervencija kako bi se taj rizik smanjio na najmanju moguću razinu.

2.3. Novi socijalni morbiditeti

Prije jednog stoljeća zarazna bolest i neliječeni tjelesni nedostaci izlagali su učenike rizicima od neuspjeha u školi. Danas se većina ovih problema može u cijelosti ili djelomično riješiti imunizacijom, antibioticima i drugim medicinskim tretmanima. Međutim, tadašnji su problemi zamijenjeni posebnim zdravstvenim potrebama, kroničnim bolestima i novim nizom problema koji se temelje na ponašanju i odabiru životnog stila, a ti problemi nisu dostupni jednostavnim dobro definiranim rješenjima.

Centri za kontrolu i prevenciju bolesti (CKPB) utvrdili su da je sljedećih šest kategorija ponašanja odgovorno za 70% smrtnosti i morbiditeta kod adolescenata [16]:

1. ponašanja koja uzrokuju nenamjerne i namjerne ozljede
2. zlouporaba droga i alkohola
3. seksualno ponašanje koje uzrokuje spolno prenosive bolesti i nenamjernu trudnoću
4. upotreba duhana
5. neadekvatna tjelesna aktivnost i
6. prehrambeni obrasci koji uzrokuju bolest.

Ti se problemi temelje na ponašanju koje se može spriječiti ili promijeniti. Ta se ponašanja obično uspostavljaju tijekom mladosti, zadržavaju se i u odrasloj dobi, međusobno su povezana i istovremeno doprinose lošem zdravlju, obrazovanju i socijalnim ishodima.

Istraživanje CKBP-a o rizičnom ponašanju mladih iz 2013. godine pokazalo je da se 19,1% svih srednjoškolaca rijetko ili nikada nije koristilo sigurnosnim pojasom tijekom vožnje, 35,3% vozilo se s vozačem koji je konzumirao alkohol tijekom 30 dana prije istraživanja, 22,1% ih je nosilo oružje tijekom prethodnih 30 dana, 80,9% je konzumiralo alkohol, 32,8% je

koristilo marihuanu, a 8,6% je pokušalo samoubojstvo tijekom 12 mjeseci prije istraživanja [17]. Među srednjoškolicima 89% prijavilo je da je koristilo alkohol, a 39% starijih da je u posljednja dva tjedna konzumiralo pet ili više pića. Uz to, 53% učenika od 5. do 8. razreda imalo je spolni odnos, a 19% njih imalo je četiri ili više seksualnih partnera tijekom svog života. Među učenicima 8. razreda, 68% ih je imalo spolni odnos, a 27% njih imalo je četiri ili više spolnih partnera [17].

Uz to, ponašanja koja ugrožavaju zdravlje često se javljaju u klasterima; pojedinci koji se bave jednom vrstom rizičnog ponašanja imaju tendenciju da se uključe i u druge vrste rizičnog ponašanja. Oni koji puše također imaju veću vjerojatnost da piju alkohol, voze nakon što su pili i imaju nezaštićeni spolni odnos.

Izvan ovih glavnih rizičnih područja, adolescenti se također uključuju u značajne zdravstvene postupke koji dugoročno ugrožavaju zdravlje u odrasloj dobi. Istraživanje CKPB-a o rizičnom ponašanju mladih otkrilo je da 30,5% srednjoškolaca puši cigarete, samo 15,4% jede pet ili više porcija voća i povrća tjedno, a samo 34,3% svakodnevno pohađa nastavu tjelesnog i zdravstvenog odgoja [18]. Na glavne uzroke kroničnih bolesti i smrti kod odraslih – karcinomi, bolesti srca, ozljede, moždani udar i bolesti jetre i pluća - utječu zdravstvena ponašanja i životni stilovi uspostavljeni tijekom djetinjstva i mladosti.

Zdravstvena služba identificirala je četiri glavna čimbenika koji su doveli do ranih bolesti ili smrti te opseg svakog doprinosa [19]:

- nasljeđe (20%)
- okoliš (20%)
- neodgovarajući sustav pružanja zdravstvene zaštite (10%) i
- nezdravi način života (50%).

Procjene predviđaju da se prevencijom može spriječiti samo 10% prerane smrti, dok pristupi javnog zdravstva na razini cijele populacije mogu spriječiti 70% ranih smrtnih slučajeva. U raspravi oko reforme sustava pružanja zdravstvene zaštite bilo bi dobro razmotriti činjenicu da bi se zadržavanje troškova moglo postići pomicanjem fokusa s financiranja zdravstvene zaštite na naglasak na prevenciji bolesti i nesreća.

2.4. Promjene obiteljskih struktura

Uključivanje obitelji presudno je za postignuća učenika. Kada škole uključuju obitelji na značajne načine kao potporu učenju, učenici obično uspijevaju ne samo u školi, već i tijekom cijelog života. Studije su otkrile da je najtočniji prediktor dječjeg uspjeha u školi stupanj u kojem obitelj stvara kućno okruženje koje potiče učenje, ima velika očekivanja od djetetovih postignuća i uključuje se u djetetovo obrazovanje. Učenici kojima obitelj pruža podršku vjerojatnije će dobiti više ocjene, imati bolji prosjek pohađanja nastave, ispuniti više domaćih zadataka, imati manje smještaja u specijalno obrazovanje, postići veće stope diplomiranja i češće se upisivati u srednjoškolsko obrazovanje.

Društvene i ekonomske promjene smanjile su podršku i skrb koja je dostupna iz obitelji te povećali obiteljski stres. Broj tradicionalnih dvoroditeljskih obitelji s proširenom obitelji u blizini za podršku i pomoć je u padu. Prema podacima popisa stanovništva iz 2010. godine, samo 14% djece živi u takvim "tradicionalnim" obiteljima s očevima koji rade tijekom cijele godine i majkama koje ostaju kod kuće, a samo 3% djece koja žive u dvoroditeljskim obiteljima te imaju djeda i baku u kući [20].

U mnogim obiteljima roditelji sve češće donose odluku da oba roditelja rade izvan kuće; 15% djece živi u dvoroditeljskim obiteljima u kojima oba roditelja rade puno radno vrijeme, a još 24% živi u dvoroditeljskim obiteljima u kojima otac radi puno radno vrijeme, a majka honorarno. Za djecu koja žive s majkama, bilo u jednoroditeljskim ili dvoroditeljskim obiteljima, samo 28% imalo je majke koje su 2010. godine stalno boravile kod kuće, u usporedbi s 40% 2000. godine. Ambicija za poboljšanje obiteljskog životnog standarda frustrirana je zbog nedostatka rasta plaća. Sve veći broj djece ne živi u dvoroditeljskim obiteljima [21].

Uz nedostatak financijskog napretka, postoji zabrinutost da vrijeme posvećeno zapošljavanju umanjuje sposobnost roditelja da pružaju odgojne i pomoćne funkcije. Roditeljima koji rade može biti teško odvesti djecu kod liječnika ili provesti vrijeme kod kuće s bolesnim djetetom. Za odrasle, sati izvan kuće potrebni za puno radno vrijeme, često se ne podudaraju sa satima koje djeca provode u školi. Rezultat su djeca bez nadzora. Često su jedina "dadilja" razni ekrani (mobitel, tablet, računalo, igrice). Institut za istraživanja, u svojoj analizi od 15 000 adolescenata, otkrili su da je kombinacija neadekvatnog nadzora nad djecom i gledanje televizije više od tri sata dnevno izravno povezana sa životnim stilom obilježenim više

narušavajućim zdravstvenim ponašanjima nego što je to bio slučaj s mladima koji su bili pod strožim nadzorom [22]. S povećanim obiteljskim stresom i smanjenim vremenom i izravnim nadzorom koji roditelji mogu pružiti svojoj djeci, od škola se sve češće traži da ispune ulogu zamjenskih ili dopunskih roditelja.

2.5. Mentalno zdravlje školske djece

Problemi s mentalnim zdravljem čine 16% globalnog tereta bolesti i ozljeda među 10-19-godišnjacima. Broj neurorazvojnih psihijatrijskih dijagnoza među maloljetnicima povećao se na globalnoj razini. Tijekom posljednjih deset godina u svijetu su se ove dijagnoze u specijaliziranim službama za mentalno zdravlje povećale za 50% među 12-17-godišnjacima [15]. Istodobno, problemi s mentalnim zdravljem i dalje su nedovoljno dijagnosticirani i nedovoljno liječeni kod školske djece. Procjenjuje se da samo 10–15% adolescenata prima odgovarajuće liječenje u zdravstvenim ustanovama [23]. Kako je adolescencija kritično razvojno razdoblje kada se povećava rizik od razvoja mentalnih poremećaja, važna je rana identifikacija simptoma depresije i anksioznosti. Ako se ne liječe, ovi se problemi s mentalnim zdravljem mogu proširiti na odraslu dob i narušiti tjelesno zdravlje, radne učinke i kvalitetu života.

Škole su dobra postavka za olakšavanje ranog prepoznavanja i putokaza za liječenje mentalnih poremećaja i promicanje intervencija mentalnog zdravlja utemeljenih na dokazima. Prethodno je predloženo da se usluge mentalnog zdravlja pružaju u okruženju zajednice, posebno u školama, gdje adolescenti provode mnogo vremena. Promicanje mentalnog zdravlja u školama isplativo je budući da u većini škola radi multidisciplinarno osoblje koje može prepoznati probleme i pružiti psihosocijalnu podršku. Primjerice, u Finskoj su godišnji zdravstveni pregledi i savjetovanja adolescenata u školi regulirani zakonom i nacionalnim smjernicama. Učenici osmih razreda [u prosjeku u dobi od 14 godina] posebno su pregledani zbog depresije. Adolescenti i njihovi skrbnici također su pozvani da se pridruže sastanku koji organiziraju školske medicinske sestre radi identifikacije bilo kojeg zdravstvenog problema vezanog za dobrobit adolescenata [24]. Školske medicinske sestre u Finskoj dio su multidisciplinarnog tima za socijalnu skrb u školi. Ako se pojave bilo kakve zabrinutosti u vezi s mentalnim zdravljem adolescenata, školska sestra o njima može razgovarati s adolescentom, obitelji, učiteljima, psiholozima i liječnikom u školi, a može se uputiti na psihijatrijske službe. Ipak, adolescenti nisu toliko aktivni u traženju pomoći od stručnjaka. Nedostaje im znanje o

mentalnim poremećajima, a često ne vjeruju u vlastite mogućnosti. Također im nedostaje povjerenje za interakciju sa profesionalcima i pristup skrbi. Često doživljavaju stigmatu i sram povezan s problemima mentalnog zdravlja.

Međutim, na temelju studije finskog registra, većem broju adolescenata u Finskoj dijagnosticirana je depresija u odnosu na ranija razdoblja. To ukazuje na povećanje identifikacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, poput školske zdravstvene zaštite, i na pozitivniji stav prema problemima i liječenju mentalnog zdravlja. Kao što se vidjelo tijekom posljednjih deset godina, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti još uvijek postoji velika potreba za poboljšanjem pristupa zaštiti mentalnog zdravlja. Posebno su preventivna skrb o mentalnom zdravlju djece i adolescenata i intervencije zasnovane na dokazima za depresiju i anksioznost u školskom okruženju istaknute u novom nacionalnom programu centara za zdravstvo i socijalne usluge. Nadalje, Zakon o socijalnoj skrbi u školama precizira da školske sestre, savjetnici i psiholozi moraju učenicima pružiti neposredan pristup svojim uslugama [22].

2.6. Uloga medicinske sestre u prevenciji mentalnog zdravlja

Medicinske sestre/tehničari smatraju da je mentalno zdravlje važan dio njihovog rada i da bi njihova uloga trebala biti usredotočena na promicanje zdravlja, procjenu i aktivnosti rane intervencije. Ključne komponente opterećenja medicinskih sestara potječu od promicanja mentalnog zdravlja i preventivnih radnji u vezi s anksioznošću, simptomima depresije i samoubojstvima. Iako medicinske sestre imaju profesionalne kompetencije u mentalnom zdravlju, studije su utvrdile nedostatak znanja među školskim sestrama o promicanju mentalnog zdravlja, kao i potrebu za daljnjim usavršavanjem. Globalni pregled zdravstvenih usluga u školama iz 102 zemlje pokazao je da se mentalnom zdravlju možda neće dovoljno pridavati pažnja u rutinskim uslugama [25]. Stoga je važno da medicinske sestre imaju podršku i savjetovanje od stručnjaka za mentalno zdravlje. Uz to, literatura ističe važnost njihove suradnje s obiteljima i drugim školskim osobljem.

Unatoč tome što su za škole razvijene promotivne intervencije u mentalnom zdravlju, među medicinskim sestrama još uvijek nedostaje iskustva kako realizirati zaštitu mentalnog zdravlja u školskim okvirima i biti dio zajedničke mentalne zdravstvene skrbi. Istraživanje stavova medicinskih sestara ključno je za utvrđivanje svrhovitih praksi i razvojnih područja za

promicanje mentalnog zdravlja u školskim ustanovama kada se, na primjer, suočavaju sa sve većim brojem adolescenata koji pate od neurorazvojnih dijagnoza ili kulturno raznolike djece i adolescenata s mentalnim zdravstvenim problemima.

Stoga su postavljena sljedeća istraživačka pitanja [26]:

- Kakva je percepcija medicinskih sestara o unapređenju mentalnog zdravlja u zdravstvenoj zaštiti u školi?
- Koje su potrebe sestara u pogledu znanja, vještina i podrške u promicanju mentalnog zdravlja djece i adolescenata u školi?
- Što medicinske sestre predlažu da se poduzima u cilju napretka u promicanju mentalnog zdravlja i dobrobiti djece i adolescenata u školi?

Potrebne su specifične temeljne kompetencije za učenje, kao što su komunikacijske vještine, prisustvo, čuvanje povjerljivosti i sposobnost motiviranja djece i adolescenata da redovito posjećuju školsku zdravstvenu ambulantu. Međutim, medicinskim sestrama često nedostaju osnovni resursi za promicanje mentalnog zdravlja. Područja razvoja mentalnog zdravlja uključivala su suradnju s roditeljima te razvoj anonimnih usluga s jednostavnim pristupom. Važno je da medicinske sestre imaju potrebne vještine i dovoljno sredstava za ispunjavanje svojih zahtjevnih zadataka u školskim zdravstvenim službama.

2.7. Podržavanje zdravlja i dobrobiti djece školske dobi

Školska skrb usklađena je s promicanjem zdravlja djece školske dobi bilo u školi ili u okruženju. Povijesno gledano, školska skrb je osmišljena kao mjera javnog zdravstva, u sklopu Nacionalne zdravstvene zaštite zbog pojave zaraznih bolesti, neadekvatne prehrane kod djece, loše higijene i drugih fizičkih bolesti koje su spriječile dolazak djece u školu. Uloga medicinske sestre je upravo u promociji zdravlja školske djece. Međutim, dokazi o djelotvornosti njihove prakse [uključujući utjecaj na akademski uspjeh] bili su ograničeni. Nedavna istraživanja su pokrenula raspravu o tome da li je uloga medicinske sestre u ovom sadašnjem obliku dovoljna u obrazovnom sustavu ili su kompetencija medicinske sestre nedovoljno iskorištene kroz školski sustav. Ipak, da bi školska skrb ostala relevantna, važno je da se uloga razvija kako bi se zadovoljile trenutne potrebe i obrazovnih i zdravstvenih službi, uključujući i populacijsku

skupinu kojoj služe. Na primjer, u većini zemalja sve veći broj učenika ulazi u škole s kroničnim bolestima, što može zahtijevati veću pažnju medicinskih sestara. Kako bi optimalno zadovoljile potrebe takve djece, medicinske sestre moraju osigurati da se njihova praksa temelji na najboljim dostupnim dokazima.

Uloga medicinske sestre jest pružanje usluga putem zdravstvene službe djeci i mladima u dobi od 5 do 19 godina te njihovim obiteljima [27]. Tijekom godina rad školske zdravstvene službe, uključujući ulogu medicinske sestre, uvelike se razlikovao u cijelom svijetu. One uključuju uloge i intervencije usmjerene na škole, uključujući imunizaciju djece školske dobi, prevenciju i promociju zdravlja djece. U posljednjih nekoliko godina, znatno se povećalo provođenje dodatnih intervencija, posebno u obliku opsežnih novih imunizacija, što je izazvalo dodatno opterećenje medicinskih sestara, te se 2013. godine preporučila reorganizacija uloge medicinske sestre [14]. Reorganizacijom se željela postići učinkovitija skrb za školsku djecu tako da se prema nacionalnom programu skrb usmjerila na individualne potrebe djece [19]. Na temelju dostupnih dokaza i trenutnih smjernica, nova je uloga osmišljena kako bi se osiguralo da se veći naglasak stavlja na posjete kućama i rješavanje širih prioriteta politike i javnog zdravstva. Kao takva, nova se uloga fokusira na devet prioriternih područja ili putova: mentalno zdravlje i dobrobit, zlouporaba opojnih droga, zaštita djece, zlostavljanje u obitelji, beskućništvo, skrb o djeci (djeca za koju je država preuzela roditeljske odgovornosti), pravda za mlade [mladi ljudi koji su uključeni u pravosudni sustav], mladi njegovatelji (djeca i mladi koji se brinu o članovima obitelji s određenim potrebama) i prijelazi (djeca koja prelaze s jednog obrazovnog sustava na drugi). Medicinske sestre trebaju prepoznati problem, a zatim će djecu uputiti na odgovarajuće službe ili će same pružiti izravnu intervenciju. Medicinske sestre imaju pristup djetetovom kliničkom kartonu i evidentirat će sve preporuke i njihove ishode u bazu podataka primarne zdravstvene zaštite, kao i u posebno razvijeni nacionalni temeljni minimalni skup podataka za školsku skrb.

3. Škola kao platforma u promociji zdravlja djece

Zdravstveni i prehrambeni programi usmjereni na djecu školske dobi jedan su od najprisutnijih programa javnog zdravstva na svijetu. Od uključivanja školskog zdravlja i prehrane u pokretanje poziva za obrazovanje za sve 2000. godine, bilo je teško pronaći zemlju koja na nekoj razini ne pokušava pružiti te usluge. Procjenjuje se da je više od 368 milijuna školaraca svakodnevno opskrbljeno školskom prehranom, a prema statistikama Svjetske

zdravstvene organizacije [SZO], u 2015. godini je 416 milijuna djece školske dobi zaštićeno, što je jednako 63,2% ciljne populacije djece u endemskim područjima [27]. Ti se uglavnom javni naponi razlikuju u kvaliteti, a pokrivenost je najveća u bogatijim zemljama, ali razmjor pokazuje javno priznanje spremnosti za ulaganje u djetinjstvo i adolescenciju.

Zdravstveni status utječe na kognitivne sposobnosti, obrazovanje, kvalitetu života i sposobnost doprinosa društvu. Neka od najčešćih zdravstvenih stanja u djetinjstvu imaju posljedice na obrazovanje. Intervencije mogu podržati ranjivu djecu kroz ključne faze njihovog razvoja u djetinjstvu i adolescenciji.

Škole su isplativa platforma za pružanje jednostavnih, sigurnih i učinkovitih zdravstvenih intervencija djeci i adolescentima školske dobi. Mnoga zdravstvena stanja koja su najzastupljenija među siromašnim učenicima imaju važne učinke na obrazovanje, uzrokujući izostajanje s nastave, dovodeći do ponavljanja razreda ili odustajanja i negativno utječu na postignuća učenika, a opet se lako mogu spriječiti ili prevenirati [28]. Intervencije su važne međusektorske suradnje između ministarstava zdravstva i obrazovanja radi promicanja zdravlja, spoznaje i tjelesnog rasta tijekom cijelog životnog ciklusa.

Obrazovni je sustav posebno dobro smješten na promicanje zdravlja djece i adolescenata u siromašnim zajednicama bez učinkovitih zdravstvenih sustava koji inače ne bi mogli dobiti zdravstvene intervencije. U tim je okruženjima obično više škola nego zdravstvenih ustanova, a ruralna i siromašna područja imaju znatno veću vjerojatnost da će imati škole nego domove zdravlja. Ekonomija, zajedno s učinkovitošću korištenja postojeće infrastrukture i potencijalom za provođenje dodatnih intervencija kroz isti mehanizam isporuke, čine intervencije posebno isplativima. Kao rezultat toga, škole mogu doseći neviđeni broj djece i adolescenata i igrati ključnu ulogu u nacionalnim razvojnim naporima unapređivanjem zdravlja i obrazovanja djece. Budući da su škole u središtu svih zajednica, može se iskoristiti škola kao održiva opcija za jednostavno pružanje zdravstvenih usluga.

3.1. Školsko zdravlje i prehrana

Školsko zdravlje i prehrana opisuju širok spektar intervencija koje se provode kroz škole radi poboljšanja obrazovnih i zdravstvenih rezultata poboljšavanjem prehrane, ublažavanjem gladi i sprečavanjem bolesti. Školske intervencije mogu ciljati najčešće lokalne zdravstvene

uvjete koji utječu na djecu školske dobi, a mogu ih pružiti učitelji i drugi opunomoćenici zdravstvenog sustava [10,11]. Pružanje zdravstvenih intervencija kroz škole omogućava djeci da iskoriste ulaganja u obrazovni sektor i poboljšava konkurentnost zemlje, s obzirom na to da je svaka povećana godina školovanja povezana s većim sposobnostima zarade i nižim razinama smrtnosti, bolesti i zdravstvenih rizika. Kako sve više djece napreduje, uloga škola postaje sve važnija.

Ovi programi imaju dugu povijest. Na prijelazu u dvadeseto stoljeće inicijative za školsko hranjenje bile su među prvim programima socijalne skrbi koji su se pojavili u zemljama s visokim dohotkom. Prepoznavanje da školstvo koristi učenju bilo je jasno još od 1920-ih, kada su širom juga Sjedinjenih Država uspostavljeni školski programi za uklanjanje glista, posebno za promicanje obrazovanja i smanjenje siromaštva. Do 1980-ih školski programi postali su sveprisutni u zemljama s višim i srednjim dohotkom i zemljama s visokim dohotkom. Promjene su također započele 1980-ih u zemljama s niskim i srednjim dohotkom, preusmjeravanjem s tradicionalnog složenog, medicinskog pristupa, koji je bio usmjeren na elitnu urbanu sredinu ili internate, i na intervencije usmjerene na najsiromašnije škole [16].

I zdravstvena i obrazovna zajednica zauzele su se za te smjernice. Ottawska povelja za promicanje zdravlja, pokrenuta 1986. godine, dala je zamah globalnom prepoznavanju važnosti rješavanja pitanja zdravlja u obrazovnom kontekstu [5]. Ovo je priznanje dodatno potaknuto radom Stručnog odbora SZO-a za sveobuhvatno obrazovanje i promicanje zdravstvenog stanja i prehrane u školama sredinom 1990-ih. Serija informacija SZO o zdravlju i prehrani škola, zajedno s Organizacijom Ujedinjenih naroda za obrazovanje, znanost i kulturu (UNESCO) i Centrom za obrazovanje, započela je krajem 1990-ih. Također je bio pokušaj promicanja razmišljanja o ŠZP-u na Svjetskom obrazovnom forumu 1990. u Jomtien u Tajlandu, ali tek 10 godina kasnije koncept je stekao snagu u globalnoj predanosti postizanju „Edukacijom za sve“ pokrenutoj na Svjetskom obrazovnom forumu u Dakaru, Senegal, 2000. godine [24]. Da bi se ojačao fokus na ŠPZ, nekoliko organizacija, uključujući UNESCO, Dječji fond Ujedinjenih naroda (UNICEF), SZO i Svjetsku banku, koristilo je forum u Dakaru kako bi pokrenulo organizacijski okvir pod nazivom „Fokusiranje resursa na učinkovitost škole - Zdravlje i prehrana“. Od tada, sve veći broj zemalja s niskim i nižim bruto domaćim proizvodom usvojio je sveobuhvatnije politike ŠPZ-a sa specifičnim ciljevima postizanja edukacije zajedno sa Milenijskim razvojnim ciljevima specifičnim za obrazovanje univerzalnog osnovnog obrazovanja i ravnopravnosti spolova u pristupu obrazovanju. U Africi

postotak zemalja koje provode programe koji ispunjavaju minimalne kriterije jednakosti i djelotvornosti škola za promicanje zdravlja SZO popeo se s 10% u 2000. na više od 80% u 2014. godini [25].

3.2. Zdrava djeca – bolje učenje

Pristup školi, pružanje kvalitetnih materijala za podučavanje i učenje i dostupnost educiranih učitelja neophodni su, ali nedovoljni za postizanje dobrih ishoda učenja. Djeca također trebaju biti zdrava i redovito pohađati školu kako bi mogla u potpunosti iskoristiti mogućnosti učenja. Loše zdravlje može biti katalizator duljeg izbivanja ili potpunog napuštanja škole; infekcije mogu smanjiti upis; anemija može utjecati na kogniciju, raspon pozornosti i učenja; a bol povezana s karijesom može utjecati i na pohađanje nastave i na učenje [25]. Potencijal školskih zdravstvenih intervencija za oblikovanje tjelesnog i psihosocijalnog zdravlja kao i ishodi obrazovanja za mlade u većoj su mjeri istraženi u zemljama s visokim dohotkom, posebno u Sjedinjenim Državama. Neki od najzastupljenijih zdravstvenih stanja djece školske dobi značajno utječu na sudjelovanje djece u obrazovanju i ishode učenja.

Tipične intervencije i njihovi ciljni uvjeti uključuju sljedeće [20]:

- Zaštita od infekcija
- Čista odjeća
- Pranje ruku i prevencija bakterijske infekcije
- Pravilno četkanje zubi te prevencija karijesa
- Ispravan vid i redoviti pregledi
- Pravilna prehrana.

Iako samo bolje zdravlje ne može nadoknaditi propuštene mogućnosti učenja, djeci može pružiti potencijal da iskoriste mogućnosti učenja. Djeca su također zadovoljnija te samim time i spremnija za učenje ukoliko se njihov potencijal za učenje može učinkovito koristiti u adekvatno opremljenoj učionici. Sektor obrazovanja odgovoran je za kvalitetu pruženog obrazovanja i poticanje već uložениh sredstava. Intervencije školskog zdravlja i školskog hranjenja temelje se na intervencijama ranog razvoja djeteta i iskorištavaju pristupačnost djece u školama.

Jednostavno, zdrava djeca bolje uče. Na primjer, određeni uvjeti koji prevladavaju među djecom i adolescentima školske dobi mogu naštetiti kogniciji, rasponu pažnje i učenju. Kao primjer, prosječni gubitak kvocijenta inteligencije za djecu s neliječenim infekcijama procjenjuje se na 3,75 IQ bodova po djetetu, a prosječni gubitak kvocijenta inteligencije zbog anemije još je veći [21]. Dobra je vijest da je većina ovih stanja lako izlječiva. Školske zdravstvene intervencije u područjima u kojima prevladavaju ovi uvjeti mogli bi rezultirati s 2,5 dodatne godine školovanja za pogođenu djecu.

Iako je odnos između zdrave djece i sposobnih učenika dobro uspostavljen, u praksi mnoga djeca i dalje nemaju odgovarajuću potporu. Prethodne procjene u zemljama s niskim i nižim bruto domaćim proizvodom utvrdile su da je godišnja javna potrošnja za zdravstvo u dobi od 5 do 20 godina manja od 3 milijarde američkih dolara. Za usporedbu, procjenjuje se da će javni izdaci za obrazovanje u istom dobnom rasponu biti veći od 200 milijardi [19]. Budući da je zdravlje preduvjet za učenje, ova značajna ulaganja u obrazovanje vjerojatno neće ostvariti svoje stvarne značaje jer neadekvatno zdravlje služi kao ograničenje za učenje i razvoj.

3.3. Okvir škola za promicanje zdravlja

Djetinjstvo i adolescencija izuzetno su važni za javno zdravstvo. Ove su godine ključna razdoblja bioloških i socijalnih promjena, postavljajući temelje budućem zdravlju i ekonomskoj dobrobiti odraslih. Utjecaj dječjih iskustava na zdravlje kasnije u životu dobro je dokumentiran, a stavovi i ponašanja stečeni su tada "praćenjem" u odrasloj dobi. Svjetska zdravstvena organizacija istaknula je uspostavljanje pozitivnih iskustava u ranom djetinjstvu u zdravstvu i obrazovanju kao ključno za smanjenje globalnih nejednakosti u zdravstvu. Kao što je primijetila Sawyer [8] u posebnom izdanju časopisa *The Lancet* o zdravlju adolescenata, "mnoge mogućnosti za prevenciju nezaraznih bolesti, mentalnih poremećaja i ozljeda kod odraslih proizlaze iz usredotočenosti na procese rizika koji započinju u adolescenciji ili prije nje". Promicanje zdravlja tijekom ovog ranog životnog razdoblja ključno je za mnoge programe javnog zdravstva.

S obzirom na značaj ovog životnog razdoblja, škole su važno mjesto za promicanje zdravlja, nudeći sveobuhvatno, održivo i učinkovito sredstvo za promociju zdravlja školske djece. Budući da promicanje zdravlja u školama može pomoći u smanjenju nejednakosti u zdravlju. Imati zdravo, sretno školsko tijelo također je važno za učenje: zdrava djeca postižu bolje obrazovne ishode koji su, pak, povezani s poboljšanim zdravljem kasnije u životu.

3.4. Uloga školske medicine u zdravstvu i obrazovanju u Hrvatskoj

Ulaganje u djecu i mlade znači ulaganje u budućnost. Iz tog je razloga Svjetska zdravstvena organizacija, postavljajući svoje ciljeve za 21. stoljeće, posebnu pozornost posvetila djeci i mladima. U Hrvatskoj školska djeca i studenti čine 15,5% cjelokupnog stanovništva [15]. Vrlo često su opisani kao njegovi najzdraviji dio ako se preuzme mjera za zdravlje, specifični mortalitet i vodeći morbiditet. Međutim, obrazovanje, razvoj, sazrijevanje i školovanje čine ovu populaciju posebno osjetljivom na razvoj psiholoških poremećaja. Budući da se u tom razdoblju socijalizacije usvajaju stavovi i navike zdravog načina života i razvija se odgovornost za vlastito zdravlje, te je važno kontinuirano i aktivno raditi sa djecom školske dobi.

Rat i poratno razdoblje u Republici Hrvatskoj još uvijek utječe na zdravlje stanovništva. Djeca i mladi bili su žrtve ratnih vremena, izgubljeno djetinjstvo, život u progonstvu, gubitak bliskih ljudi i članova obitelji, nije lako zaboraviti. Danas intenzivno ekonomske, političke i socijalne promjene utječu na zdravlje mladih izravno i neizravno. Roditelji koji gube posao, koncentracija na tržišnu ekonomiju [privatizacija], manje vremena kojeg roditelji provode sa svojom djecom i promjene sustava u obiteljima i samom društvu, samo su dio intenzivnih promjena koje vode do novih zdravstvenih potreba i problema mladih, uz tradicionalne i već postojeće.

Hrvatska nikada nije imala zasebno zvanje [zanimanje] zdravstvenog pedagoga. Zdravstveni odgoj jedan je od glavnih zadataka u dugoj tradiciji preventivnog rada liječnika specijalista školske medicine. Uz to, u školskom programu u Republici Hrvatskoj zdravstveno-obrazovni sadržaji integrirani su u različite predmete, a provode ih učitelji. Međutim, postoje zahtjevi za uvođenjem novog predmeta u škole pod nazivom Zdravstveni odgoj [16]. Liječnici školske medicine smatraju da bi školski kurikulum trebao sadržavati i zasebni predmet, kao i

integraciju zdravstvenog odgoja u druge predmete. Prije uvođenja bilo kakvih promjena u zdravstveni ili obrazovni sustav, potrebno je ispitati stavove učenika i roditelja. Promjene treba usmjeriti prema promicanju suradnje između zdravstvenog sustava, obrazovanja, civilnog društva, škole i zajednice.

3.5. Promocija zdravlja u školskom okruženju u Republici Hrvatskoj

Hrvatska ima dugu tradiciju u razvoju i organizaciji zdravstvene zaštite djece i mladih [17,18]. Organiziranje i provođenje promicanja zdravlja školske djece u Hrvatskoj temelji se na zajedničkoj suradnji zdravstvenog i obrazovnog sustava. Zdravstvena zaštita školske djece usmjerena je promicanju zdravlja, prevenciji i ranom otkrivanju vodećih zdravstvenih problema u toj dobnoj skupini. Veliki značaj u promociji zdravlja djece školske dobi unutar zdravstvenog sustava ima primarna zdravstvena zaštita. U zdravstvenoj zaštiti djece i mladeži posebnu ulogu ima školska medicina, koja je tijekom vremena u sustavu zdravstva bila različito organizirana [19]. Danas je organizirana unutar mreže županijskih zavoda za javno zdravstvo na način da nekoliko škola pripada jednom timu školske medicine. Prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja [20], njihove glavne aktivnosti su: sistematski pregledi, zdravstveni odgoj i prosvjeđivanje, savjetovanje (glavna područja savjetovanja su kronične bolesti, poteškoće u učenju, mentalno zdravlje, rizična ponašanja i reproduktivno zdravlje), cijepljenja i skrb za učenike oboljele od kroničnih bolesti i učenike koji imaju druge poteškoće koje ih ometaju u učenju i ponašanju [21].

Tim školske medicine sastoji se od jednog liječnika specijalista školske medicine i jedne medicinske sestre, pri čemu je liječnik temeljni nositelj zdravstvene djelatnosti, a medicinska sestra član tima. Pritom medicinska sestra ne djeluje samostalno i neovisno, već kao produžena ruka i suradnik liječniku. Osobito važnu ulogu u promociji zdravlja imaju medicinske sestre koje djeluju izvan zdravstvenih ustanova, odnosno u zajednici. Postojanje patronažnih sestara kao dijela sustava zdravstvene zaštite na našim prostorima ima dugogodišnju tradiciju. U Republici Hrvatskoj patronažna djelatnost ujedno je i jedina djelatnost unutar zdravstvene njege za koju su Planom i programom mjera uz obavezno zdravstveno osiguranje definirane mjere koje ona samostalno provodi te prema tome ima najveći stupanj autonomije. Prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite u patronažnoj zaštiti školske djece, predlaže se jedan posjet tijekom školske dobi, više puta prema procjeni patronažne sestre i u dogovoru s

izabranim doktorom [22]. Obuhvaća mjere individualnog i grupnog zdravstvenog odgoja – u svrhu praćenja rasta i razvoja te kontrole zdravstvenog stanja i utvrđivanja poremećaja zdravlja, rizičnih ponašanja i navika, kao i prilagodbe na školu, kontrolu prehrane, uočavanja pothranjenosti ili pretilosti, uvid u socijalno i gospodarsko stanje obitelji, utvrđivanje rizičnog ponašanja, edukacija o spolno prenosivim bolestima, edukacija o kontracepciji, evaluacija usvojenih znanja, upućivanje liječnicima specijalistima i ostalim stručnjacima ovisno o uočenoj problematici; suradnja u edukacijskim programima sa školskim ustanovama [23].

Nadalje obuhvaća sudjelovanje u provođenju zdravstveno-preventivnih i zdravstveno-promotivnih programa na lokalnoj razini prema vodećim javnozdravstvenim problemima na području za koje je patronažna sestra nadležna – u dogovoru s izabranim doktorima, sa službom školske medicine i drugim stručnjacima – predavanja, rad u malim grupama, djelovanje putem lokalnih medija. Provođenje nacionalnih kampanja za promociju zdravlja obilježavanjem pojedinih dana [npr. Svjetski dan srca, Svjetski dan AIDS-a, Svjetski dan nepušenja] koji su posvećeni određenim temama važnim za promociju zdravlja i prevenciju bolesti patronažne sestre provode prema „kalendaru javnog zdravlja“ u sklopu čega posjećuju i škole. Republika Hrvatska uključena je u Međunarodni projekt Europske mreže škola koje promiču zdravlje. Škole koje promiču zdravlje definirane su kao škole koje stalno jačaju svoje kapacitete kao zdravo okruženje za život, rad i učenje. Tijekom godina rada Hrvatske mreže škola koje promiču zdravlje, zabilježena su vrlo dobra iskustva u njihovu radu [21]. Posljednjih godina predmetom brojnih javnih rasprava bilo je uvođenje zdravstvenog odgoja u škole. Rasprave su se odnosile na prijedloge vezane za način izvođenja kao zasebnog ili izbornog predmeta, obrazovni profil stručnjaka, planiranu satnicu, uvođenje dodatnih sadržaja u predmet zdravstveni odgoj. S obzirom na to da u Hrvatskoj ne postoji poseban profil stručnjaka zdravstvenog odgojitelja, vođene su brojne diskusije na temu tko bi trebao biti nositelj ovog programa u školama. Pritom su se u javnosti spominjali razni profili stručnjaka kao mogući nositelji zdravstvenog odgoja u školama: učitelji razredne nastave, profesori biologije, teolozi i drugi. Sadržaji zdravstvenog odgoja u Republici Hrvatskoj prvi put su uvedeni u sve osnovne srednje škole u školskoj godini 2012./2013. Program propisanoga Kurikuluma zdravstvenog odgoja podijeljen je u četiri modula: „Živjeti zdravo“, „Prevenција ovisnosti“, „Prevenција nasilničkog ponašanja“ i „Spolna/rodna ravnopravnost“ [24]. S obzirom na to da u aktualnim nastavnim programima već postoje brojni sadržaji, a u školama provode brojne aktivnosti vezane za zdravstveni odgoj, program uvažava sve što već postoji i pokazalo se dobrim, a kao dodatne sadržaje ističe ono čemu je potreban kontinuitet provođenja. To dodatno vrijeme

pronađeno je u satima razrednika – do 12 sati godišnje. Dio predviđenih tema ostvarit će razrednici, a u njihovoj pripremi pomoći će im stručni suradnici [24].

4. Uloga medicinske sestre u skrbi školskog djeteta

Školska skrb temelji se na javnom zdravstvu putem kojeg medicinska sestra provodi intervencije temeljene na ciljevima: utvrđivanje potreba, promicanje zdravlja u zajednici te prevencija bolesti putem nacionalnih programa.

Medicinska sestra provodi primarnu prevenciju pružajući zdravstveno obrazovanje koje promiče tjelesno i mentalno zdravlje i informira o zdravstvenim odlukama, sprečava bolesti i poboljšava školski uspjeh. Obraćajući se temama kao što su zdrav način života, ponašanja koja smanjuju rizik, razvojne potrebe, svakodnevne aktivnosti i preventivna briga o sebi, sestra koristi nastavne metode koje odgovaraju razvojnoj razini učenika, potrebama za učenjem, spremnošću i sposobnošću za naučiti [26]. Projekcije, uputnice i praćenje sekundarne su strategije prevencije koje medicinske sestre koriste za otkrivanje i skrb zdravstvenih problema u njihovoj ranoj fazi. Medicinske sestre pružaju tercijarnu prevenciju rješavanjem dijagnosticiranih zdravstvenih stanja i problema.

Izostanak učenika zbog zarazne bolesti uzrokuje gubitak milijuna školskih dana svake godine (Centri za kontrolu i prevenciju bolesti, 2021.) [3]. Na temelju standarda prakse i

zdravstvene perspektive zajednice, medicinska sestra osigurava sigurno i zdravo školsko okruženje kroz kontrolu zaraznih bolesti, što uključuje promociju cjepiva, uporabu mjera za suzbijanje zaraze u cijeloj školi te nadzor i izvještavanje o bolestima.

Medicinska sestra nastoji promicati zdravstvenu pravednost, pomažući učenicima i obiteljima u povezivanju sa zdravstvenim uslugama, financijskim resursima, skloništem, hranom i promicanjem zdravlja. Ova uloga obuhvaća odgovornost za sve učenike u školskoj zajednici, a medicinska sestra često je jedini zdravstveni radnik koji je svjestan svih usluga uključenih u skrb učenika.

4.1. Aktivnosti medicinske sestre

Raspon školskih zdravstvenih usluga razlikuje se ovisno o školi. Prema priručniku Američke akademije za pedijatriju School Health sljedeće zdravstvene usluge minimum su koji bi se trebali ponuditi [27]:

- Procjena zdravstvenih pritužbi, primjena lijekova i skrb za učenike s posebnom zdravstvenom zaštitom
- Sustav za upravljanje hitnim situacijama
- Sistematizirani programi zdravstvenog pregleda, provjera imunizacije i izvještavanje o zaraznim bolestima
- Identifikacija i skrb o kronično bolesnim učenicima čije zdravstvene potrebe utječu na obrazovna postignuća.

Prepoznaju se potrebe za odgovarajućom skrbi zdravstvenih uvjeta učenika u njihovoj školskoj ustanovi. Također prepoznaje potrebu za skrbi u hitnim medicinskim situacijama koje se mogu dogoditi u školi i uloga medicinske sestre u razvoju i provedbi ovih smjernica. Medicinska sestra provodi zdravstvene usluge u zajednici osiguravajući kontinuitet, usklađenost i profesionalni nadzor unutar školskog sustava.

4.2. Potreba za zdravstvenim odgojem

Primarni ciljevi školskog zdravstvenog odgoja su pomoći pojedincima u usvajanju pravilnog zdravstvenog ponašanja i stvoriti uvjete koji pogoduju zdravlju. Jasna i precizna razgraničenja ponašanja i uvjeta posebno relevantnih za zdravu prehranu ključna su za razvoj učinkovitih napora u školskom zdravstvenom odgoju i obrazovanju [27, 28]. Uska suradnja između djelatnika u obrazovnom sustavu, zdravstva, školskih zdravstvenih timova, savjetodavni odbor zajednice i ostalih članova škole i zajednice, neophodni su za utvrđivanje ponašanja i stanja povezanih s prehranom koja su važna za zdravlje u svakoj zajednici.

Školski zdravstveni odgoj osmišljen je da pomogne učenicima u stjecanju znanja, stavova, uvjerenja i vještina potrebnih za donošenje utemeljenih odluka, prakticiranje zdravog ponašanja i stvaranje uvjeta koji pogoduju zdravlju.

- **Znanje** - pruža činjeničnu pozadinu na kojoj će se temeljiti odluke, poput znanja o odnosu prehrane i zdravlja te o planiranju zdrave prehrane pomoću procjena i nutricionističkih smjernica
- **Stavovi** - pružaju osobnu percepciju donošenja odluka, poput osjećaja odgovornosti za vlastito zdravlje i zdravlje drugih
- **Uvjerenja** - pružaju uvjerenje za odluke, poput uvjerenja da zdrava prehrana pozitivno mijenja dobrobit
- **Vještine** - pružaju praktičnu osnovu za savladavanje zadataka i postupaka povezanih sa zdravom prehranom, poput vještina za odabir i pripremu zdravih obroka i uvježbavanje sigurnosti hrane [29].

U školi za promociju zdravlja, školsko zdravstveno obrazovanje o prehrani, bavi se hranom, njezinom pripremom i konzumacijom kao ključnim pozitivnim i ugodnim aspektom života. Škola za promociju zdravlja pruža mogućnost učenicima da vježbaju važne vještine, poput donošenja odluka o izboru hrane. Da bi bila relevantna za potrebe učenika, iskustva učenja trebala bi biti povezana s prednostima hrane i ostalim motivacijskim čimbenicima koji vode učenike da poboljšaju svoju prehranu i prehranu svoje obitelji i zajednice. Školsko zdravstveno obrazovanje o prehrani također bi trebalo učenike naučiti da način života utječe na čovjekove potrebe za hranom.

Zdravstveno obrazovanje trebalo bi biti predviđeno kao planirani slijed tečaja od osnovne do sekundarne razine, baveći se tjelesnom, mentalnom, emocionalnom i socijalnom

dimenzijom zdravlja. Može se predavati kao zasebni predmet, kao dio drugih predmeta, ili idealno, kao kombinacija oba. Stoga bi zdravstveni odgoj trebao biti važan dio školskog kurikulumu o zdravlju; integriran u predmetna područja kao što su znanost, kućna ekonomija, matematika i poljoprivreda i uključen u izvannastavne aktivnosti škole [30]. Prehrambena edukacija poboljšat će cjelokupni okvir škole koja promiče zdravlje ako je integrirana u druge zdravstvene dijelove škole, poput tjelesne aktivnosti i promicanja zdravlja osoblja, kao i u komponentu školskog zdravstvenog odgoja.

Obrazovanje o prehrani trebalo bi kombinirati s naporima koji se bave drugim zdravstvenim problemima, poput reproduktivnog zdravlja, životnih vještina i prevencije upotrebe alkohola i droga, kako bi se iskustva učenja nadopunjavala i ojačavala. Povezivanje ovih pitanja može se postići organiziranjem u školski kurikulum zdravstvenog odgoja i koordinacijom simultanog ili uzastopnog izlaganja srodnih tema u različitim razredima. Poveznice zdravstvenih i prehrambenih pitanja i drugih relevantnih tema također se mogu olakšati zajedničkim poučavanjem, dijeljenjem nastavnih resursa, upućivanjem učenika na srodne lekcije i uključivanjem učenika iz različitih razreda u grupne aktivnosti.

Kurikulumi za prehranu i druga zdravstvena pitanja mogu biti dostupni putem vladinih i nevladinih agencija i organizacija, sveučilišta ili sindikata učitelja [31]. Dodatne materijale specifične za lokalnu situaciju mogu kreirati i sami nastavnici, zdravstveni djelatnici i učenici.

Sveobuhvatan, kvalitetan školski program zdravstvenog obrazovanja trebao bi koristiti standarde u svrhu promocije zdravlja školske djece. Standardi se usredotočuju na povećanje funkcionalnog zdravstvenog znanja i prepoznavanje ključnih vještina koje su primjenjive na sve aspekte zdravog života. Te vještine uključuju prepoznavanje utjecaja obitelji, vršnjaka, kulture, medija, i tehnologija o zdravstvenom ponašanju. Znati kako pristupiti i koristiti valjane zdravstvene podatke i koristeći se komunikacijskim vještinama, odlučivanjem, postavljanjem ciljeva i vještinama zagovaranja kako bi se uključili u poboljšanje ponašanja [32]. Nadalje, djelotvornost i kvaliteta programa zdravstvenog obrazovanja imaju svrhu biti povezani s odgovarajućim nastavnim vremenom posvećenim zdravstvenom odgoju u učionici.

Postoji čvrst odnos između školskog zdravstvenog odgoja i zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost je sposobnost pojedinaca da pribave, protumače i razumiju osnovne zdravstvene informacije i usluge na načine koji poboljšavaju zdravlje. Razvoj zdravstvene pismenosti je presudan za učenike, kako bi usvojili i održali zdravo ponašanje i poboljšali kvalitetu života [13]. Uloga medicinske sestre u promociji zdravstvenog odgoja i zdravstvene

pismenosti je upravo u samom provođenju iste. Medicinske sestre svojim vještinama i znanjem kroz zajednicu prenose važne informacije te kroz školske dispanzere educiraju djecu i roditelje o važnosti očuvanja zdravlja i prevenciji bolesti ili štetnog ponašanja.

5. Zaključak

Ottawska povelja Svjetske zdravstvene organizacije za promicanje zdravlja nastojala je stvoriti okvir za promicanje zdravlja koji je prenosio pojam izgradnje kapaciteta u vezi s određenim postavkama. Pružio je katalizator iz kojeg je proizašao zdravstveni školski pokret, u pozadini zdravstvenih stručnjaka koji se prilagođavaju promjenjivim potrebama i zahtjevima učenika u skladu s zajednicom u kojoj žive. Od tada je međunarodni školski pokret za promicanje zdravlja jedan od najuspješnijih projekata temeljenih na postavkama i znatno se proširio tijekom posljednjih godina. Opsežni pregled dostupne literature o školskom promicanju zdravlja daje osnovu za kritičku raspravu i preporuke.

Međutim, literatura je općenito kritična prema njezinu doprinosu tijekom godina, pogotovo jer je njezina uloga uglavnom ograničena na 'konvencionalnu' funkciju zdravstvenog odgoja i nema puno veze sa školskim projektima koji promiču zdravlje. Medicinske sestre trebale bi promatrati zdravstveno obrazovanje u školstvu kao još jednu priliku da prihvate široko zasnovane koncepte promicanja zdravlja te ih iskoriste za napredovanje već usvojenih znanja i vještina. Škole se također trebaju prilagoditi i proširiti svoje napore kako bi se usredotočile na aktivnosti promicanja zdravlja u suradnji sa sve širom mrežom zdravstvenih i socijalnih službi unutar zajednice. To zahtijeva predanost svih zdravstvenih skupina.

Medicinske sestre koje rade u svim sredinama, a ne samo školske medicinske sestre, trebale bi imati za cilj pokretanje i promicanje radikalne reforme promicanja zdravlja kako je

utvrđeno u školskom pokretu za promicanje zdravlja. Ako zdravstveni radnici žele biti na čelu trenutnih školskih strategija za promicanje zdravlja, moraju prihvatiti radikalne reforme promicanja zdravlja koje proizlaze iz trenutne literature i iznesene u ovom radu. Izgradnja takvog kapaciteta grupe, razvojem socijalne interakcije, kohezija, sudjelovanje i političko djelovanje mogu samo koristiti zajednici u cjelini i dodatno naglasiti ulogu promicanja zdravlja. Promicanje zdravlja u školstvu uistinu je međunarodni koncept i kao takav zaslužuje usklađenu sestrinsku zastupljenost i resurse daleko iznad svoje trenutne obveze.

U Varaždinu, 09. rujna 2022.

Alen Melenjak

6. Literatura

[1]. S. Williams, A. Dickinson. The provision of nurse-led school-based health services. *Contemp Nurse*. 2017

[2]. P. Wainwright, J. Thomas, M. Jones. Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2000;32(5):1083–1091

[3]. RTL. Lee. The role of school nurses in delivering accessible health services for primary and secondary school students in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2011;20:2968–2977

[4]. KS. Canter, MC. Roberts. A systematic and quantitative review of interventions to facilitate school reentry for children with chronic health conditions. *J Pediatr Psychol*. 2012;37(10):1065–1075

[5]. S. Adams, AM. McCarthy. Evidence-based practice and school nursing. *J Sch Nurs*. 2005;21(5):258–265

[6]. Public Health Nursing Services – Future Focus. 2013

Dostupno na: http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2013_13.pdf.

Pristupano: 09.09.2021.

[7]. J. Ketz. Scottish Government. A guide to getting it right for every child. 2012.

- [8/]. SM. Sawyer, RA. Afifi, LH. Bearinger, SJ. Blakemore, B. Dick, AC. Ezeh, et al. Adolescencija: temelj budućeg zdravlja. Lanceta. 2012; 379 (9826): 1630–40
- [9]. M. Olfson, C. Blanco, S. Wang, G. Laje, SU. Correll. National Trends in the Mental Health Care of Children, Adolescents, and Adults by Office-Based Physicians. JAMA Psychiatry. 2014;71:81–90
- [10]. D. Gyllenberg, M. Marttila, R. Sund, E. Jokiranta-Olkonieni, A. Sourander, M. Gissler, T. Ristikari. Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence: An analysis of two national Finnish birth cohorts. Lancet Psychiatry. 2018;5:227–236
- [11]. MA. Muggeo, GS. Ginsburg. School Nurse Perceptions of Student Anxiety. J. Sch. Nurs. 2019;35:163–168
- [12]. T. Moses. Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. Soc. Sci. Med. 2010;70:985–993
- [13]. A. Hagell, J. Coleman, F. Brooks. Key Data on Adolescence 2015. 10th ed. Association for Young People's Health; London, UK: 2015
- [14]. P. Butterworth, LS. Leach. Early Onset of Distress Disorders and High-School Dropout: Prospective Evidence from a National Cohort of Australian Adolescents. Am. J. Epidemiol. 2017;187:1192–1198
- [15]. A. Woodhouse, J. Bainbridge, J. Miller, C. Thomson, H. Gray. School nursing service review: consultation with children and young people. Children in Scotland 2016
- [16]. Ž. Prebeg. Organizacija zdravstvene zaštite učenika i mladeži. U: Kovačić L. Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Medicinska naklada; 2003.
- [17]. Z. Puharić. Ocjena potreba i zahtjeva o sadržajima i metodama zdravstveno odgojnog rada u osnovnim i srednjim školama. Magistarski rad. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2007
- [18]. G. Pavlekovic, M. Kuzman, V. Jureša. Promicanje zdravlja u školi, 2. izd. Zagreb: Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar", Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i UNICEF; 2001

[19]. Plan i program mjera zdravstvena zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. (Narodne novine br. 126/06.) Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2006

[20]. I. Pavić Šimetin, D. Mayer. Preventivna i specifična zdravstvena zaštita djece školske dobi i mladih. Hčjz. 2013; 9 (36):67-75.

[21]. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta. Odluka o uvođenju, praćenju i vrednovanju provedbe kurikuluma zdravstvenog odgoja u osnovnim i srednjim školama. Narodne novine 17/2013.

Dostupno na adresi: <http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/view/242/247>

Datum pristupa: 15.4.2022.

[22]. C. Kieling, H. Baker-Henningham, M. Belfer, G. Conti, I. Ertem, O. Omigbodun, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. Lancet. 2011;378:1515–1525

[23]. G. Schulte-Körne. Mental health problems in a school setting in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2016;113:183–190

[24]. P. Patalay, E. Fitzsimons. Mental ill-health among children of the new century: trends across childhood with a focus on age 14. London: Centre for Longitudinal Studies; 2017

[25]. Scottish Government. Scottish Schools Adolescent Lifestyle and Substance Use Survey (SALSUS) 2015: Mental Wellbeing Report. 2017

[26]. P. Wilson, J. Furnivall, RS. Barbour, G. Connelly, G. Bryce, A. Stellard. The work of health visitors and school nurses with children with psychological and behavioural problems. J Adv Nurs. 2008;61[4]:445–455

[27]. WM. Reinke, M. Stormont, KC. Herman, R. Puri, N. Goel. Supporting children's mental health in schools: teacher perceptions of needs, roles, and barriers. Sch Psychol Q. 2011;26(1):1–13

[28]. MA. Schaffer, LJW. Anderson, S. Rising. Public health interventions for school nursing practice. The Journal of School Nursing. Advance online publication. 2015

[29]. R. Shannon, S. Kubelka. Reducing the risks of delegation. Use of procedure skills checklists for unlicensed assistive personnel in schools, part 1. NASN School Nurse, 2013;28[4], 178-181

- [30]. R. Shannon, S. Kubelka. Reducing the risks of delegation. Use of procedure skills checklists for unlicensed assistive personnel in schools, part 1. *NASN School Nurse*, 2013;28[4], 178-181
- [31]. R. McClanahan, PC. Weismuller. School nurses and care coordination for children with complex needs: An integrative review. *The Journal of School Nursing*, 2015;31[1] 3443
- [32]. Z. Mojsović. *Sestrinstvo u zajednici. 2. Dio. Korisnici u zajednici. Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006*

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ALEM MELNJAK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PROMICANJU ZDRAVLJA ŠKOLSKOG DJETETA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Melnjak
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ALEM MELNJAK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ULOGA MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARA U PROMICANJU ZDRAVLJA ŠKOLSKOG DJETETA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Melnjak
(vlastoručni potpis)