

# MIŠLJENJA MEDICINSKIH SESTARA I UČITELJA O PROVOĐENJU ZDRAVSTVENOG ODGOJA U ŠKOLI

---

**Možanić, Renata**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2018**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:360478>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-30**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU  
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK**

**Studij sestrinstva**

**Renata Možanić**

**MIŠLJENJA MEDICINSKIH SESTARA I  
UČITELJA O PROVOĐENJU  
ZDRAVSTVENOG ODGOJA U ŠKOLI**

**Završni rad**

**Osijek, 2017.**

Rad je ostvaren u:

Centar za odgoj i obrazovanje Čakovec

Osnovna škola Belica

Osnovna škola Kamenica

Centar za odgoj i obrazovanje Tomislav Špoljar, Varaždin

Centar za odgoj i obrazovanje Podravsko sunce, Koprivnica

Šesta osnovna škola Varaždin

Dom zdravlja Čakovec

Centar za rehabilitaciju Varaždin

Ustanova za zdravstvenu njegu „Lekić“

Dom socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe Varaždin

Dom zdravlja Varaždinske županije

Mentor rada: Prof. dr. sc. Radivoje Radić, dr. med.

Rad ima 51 list, 26 tablica.

## SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Prevalencija i epidemiološki pokazatelji javnozdravstvenih problema .....	2
1.2. Teorijski i društveni kontekst zdravstvenog odgoja i prevencije.....	4
1.2.1. Teorijsko i terminološko određenje zdravstvenog odgoja .....	8
1.2.2. Metode i oblici provođenja zdravstvenog odgoja .....	9
1.3. Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja.....	11
1.3.1. Modul Živjeti zdravo.....	12
1.3.2. Modul Prevencija ovisnosti .....	13
1.3.3. Modul Prevencija nasilja i nasilničkog ponašanja .....	14
1.3.4. Modul Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje .....	14
1.4. Uvod u probleme istraživanja .....	15
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	16
3. ISPITANICI I METODE.....	17
3.1. Ustroj studije.....	17
3.2. Ispitanici istraživanja .....	17
3.3. Metode prikupljanja podataka.....	17
3.4. Statističke metode .....	18
4. REZULTATI .....	19
4.1. Osnovna obilježja ispitanika .....	19
4.2. Mišljenje o provođenju zdravstvenog odgoja .....	20
5. RASPRAVA.....	38
7. SAŽETAK.....	45
9. LITERATURA .....	47
10. ŽIVOTOPIS.....	50
11. PRILOZI .....	51

## 1. UVOD

Sprečavanjem nastanka bolesti i širenja nepovoljnog djelovanja čimbenika okoline i ponašanja pojedinaca na neposredno zdravlje dugi niz godina bavi se medicinsko osoblje kroz mjere primarne zdravstvene zaštite. Unatoč tim mjerama, svjedoci smo sve većeg broja oboljenja ljudi, postojanja nepovoljnih stanja koja dovode do raznih bolesti i poremećaja te je za sve zdravstvene djelatnike na svim razinama obvezno i odgojno djelovanje prema pojedincima i skupinama. Stoga se zdravstveni odgoj u svom suvremenom konceptu provodi na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, ali i u sustavu odgoja i obrazovanja koje je organizacijom i ustrojstvom značajno različito od zdravstvenog sustava.

Zdravstveni odgoj temelji se na opće poznatoj definiciji zdravlja koje Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti i iznemoglosti. Prema toj definiciji zdravlje obuhvaća fizičku, psihičku i društvenu dimenziju koje tvore cjelinu.

Prema recentnoj literaturi primarna razina zdravstvenog odgoja podrazumijeva prevenciju u školskom razdoblju i kada neki od zdravstvenih problema i bolesti još nisu evidentirani. Sekundarna se razina zdravstvenog odgoja odnosi na uklanjanje rizika i umanjenje komplikacija i posljedica bolesti. Obzirom da bi preventivne aktivnosti trebalo provoditi od najranije dobi, postavlja se praktično pitanje o profesionalnim kompetencijama osoba koje bi taj važan posao trebale raditi. S aspekta odgojnog djelovanja u školama, učitelji i stručni suradnici svakodnevno su u kontaktu s djecom, a zdravstveni radnici prema rasporedu sistematskih pregleda djece određenog uzrasta i prema pozivu.

S aspekta zdravstvene zaštite i promicanja zdravlja velika se pozornost pridaje ponašanju i zdravstvenim navikama koje uvelike doprinose sprečavanju i ublažavanju bolesti, ali isto tako i njihovom nastanku. U nastojanjima promjene štetnih zdravstvenih ponašanja kombiniraju se različite tehnike i intervencije. Sve one temeljene su na teorijama i modelima učenja kako bi bile djelotvorne u odnosu na zahtjeve različitih ciljanih dobrih skupina društva. Posebna je pozornost usmjerena na intervencije u dječjoj dobi i adolescenciji jer štetna zdravstvena ponašanja imaju posljedice u odrasloj dobi.

### 1.1. Prevalencija i epidemiološki pokazatelji javnozdravstvenih problema

U kontekstu javnozdravstvenih problema, posebno se ističu pojava pretjerane pretilosti kod djece i mladih, konzumiranja sredstava ovisnosti i rano stupanje u spolne odnose. U razvijenim zemljama raste broj djece i mladih s pretjeranom tjelesnom težinom, povećava se učestalost pušenja i opijanja te rizičnog spolnog ponašanja među adolescentima (1). To potvrđuju i drugi autori koji izdvajaju pušenje, alkoholizam i konzumiranje droga kao tri velika javnozdravstvena problema u osjetljivoj dobi adolescencije s posljedicama koje mogu djelomično ili trajno perzistirati u odrasloj dobi te se prenositi na potomstvo (2).

Prema rezultatima kojeg donosi zavod za javno zdravstvo, u Hrvatskoj puši 31,1% stanovništva i 20,37% odraslog stanovništva ima debljinu (3). U odrasloj populaciji u Hrvatskoj među osobama s pozitivnom anamnezom moždanog udara prekomjernu tjelesnu težinu ima 66% muškaraca i 75% žena, među osobama s povišenim krvnim tlakom 78% muškaraca i 74% žena, a među osobama s tip 2 šećerne bolesti 79% muškaraca i 84% žena (3).

Pušenje cigareta je jedan od vodećih uzroka smrti koji se preventivnim djelovanjem može spriječiti. Ograničenje pušenja cigareta u ustanovama i na javnim mjestima koje je u posljednjim godinama na snazi u većini europskih zemalja, proizašlo je iz jasnog uvjerenja da je ne samo aktivno pušenje već i pasivna izloženost duhanskom dimu mogući potencijalni uzrok različitih kroničnih i zloćudnih bolesti (4).

U odnosu na eksperimentiranje i učestalost, u literaturi se navode podatci prema kojima dječaci počinju eksperimentirati ranije nego djevojčice te je u dobi od 11 godina 22% dječaka probalo pušiti, u sedmom razredu 41% dječaka priznaje iskustvo s cigaretom, a u prvim razredima srednjih škola 62% dječaka i 62% djevojčica. Svakodnevno puši 21% dječaka i 19% djevojčica te još minimalno jednom tjedno, ali svaki dan ne puši 7% dječaka i 7% djevojčica (4).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo objavilo je najveću opterećenost stanovništva nezaraznim kroničnim bolestima koje dominiraju prema kriteriju smrtnosti i pobola (3). Najistaknutije kronične bolesti odnose se na kardiovaskularna oboljenja, zatim maligna oboljenja, dijabetes, mentalna oboljenja, kronične bolesti dišnih organa te ozljede, a prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije kardiovaskularne bolesti na svjetskoj razini izazivaju 68% smrtnih slučajeva pa su i dalje vodeći uzrok smrti (3).

Maligna oboljenja također su na visokom mjestu po uzroku smrtnosti u populaciji, a najznačajniji rizični čimbenici za razvoj malignih bolesti su obiteljska anamneza, genetička predispozicija, čimbenici povezani sa stilom života (pušenje, alkohol, nedostatak tjelesne aktivnosti, nepravilna prehrana, prekomjerna tjelesna težina), određene skupine lijekova, rizično spolno i reproduktivno ponašanje i psihološki čimbenici (5). Na rizične čimbenike pojave malignih oboljenja može se utjecati uvođenjem promjena stila života što podrazumijeva prestanak pušenja, prestanak konzumacije alkohola, postojanje pravilne i uravnotežene prehrane uz odgovarajuću tjelesnu aktivnost i održavanje primjerene tjelesne težine te izbjegavanje štetnog zračenja (5). Iz tog je razloga iznimno važno promicanje zdravog načina života od najranije školske dobi.

Sljedeću skupinu problema javnog zdravstva čine mentalni poremećaji koju mogu imati akutnu pojavnost i mogu biti kroničnog tijeka. Mentalni poremećaji smanjuju kvalitetu života, a zbog svoje važnosti i veličine problema mentalni poremećaji predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih izazova (6).

Šećerna bolest jedan je od vodećih javnozdravstvenih problema i globalna epidemija suvremenog društva koju uzrokuju promjene načina života obilježenog sa smanjenjem tjelesne aktivnosti, konzumiranjem visokokalorične hrane i porastom prekomjerne tjelesne mase (7). Pored visoke učestalosti šećerne bolesti u odrasloj dobi, posebno je zabrinjavajuće da se ova bolest sve češće javlja u djece i adolescenata (7).

Različite bolesti drugih sustava povezane su promjenama i općim oralnim zdravljem, stoga oralno zdravlje predstavlja važan dio općeg zdravlja i kvalitete života (8). Između ostalog, istraživanja potvrđuju povezanost oralnih bolesti i povećanog rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, pogoršanja simptoma dijabetesa i povećanog rizika od plućnih infekcija (8). Literatura navodi kako su rizični faktori za nastanak bolesti duhanski proizvodi, unos veće i dugotrajne količine alkohola, dijabetes i oslabljen imunološki sustav i zaključuje da je trenutno loša slika oralnog zdravlja djece u Republici Hrvatskoj posljedica gubitka sustavnog provođenja preventivnih programa (8). Obzirom na povezanost bolesti usne šupljine i njihov utjecaj na rizik nastanka drugih bolesti, prevencija se ističe kao čimbenik zaštite i očuvanja cjelokupnog zdravlja (8).

## 1.2. Teorijski i društveni kontekst zdravstvenog odgoja i prevencije

Na odgoj nenamjerno djeluju različiti činitelji, a podrazumijevaju sve pozitivne i negativne utjecaje na kognitivni, konativni i afektivni razvitak djece (9). To mogu biti određene osobe, roditelji i/ili rođaci, literatura i drugi umjetnički doživljaji, različiti promidžbeni materijali, televizija i audiomediji, časopisi i stripovi, vršnjaci i organizirane skupine istomišljenika (9).

Poznato je da suvremeni način života i životne navike djece doprinose razvoju nepovoljnih uvjeta za očuvanje zdravlja. Suvremene tehnologije izdvojene su kao čimbenik koji odvlači djecu i mlade ljude od zdravih životnih navika kao što je, primjerice, nekretanje ili neka druga fizička aktivnost, a koje istovremeno kroz reklamne emisije potiču konzumaciju grickalica i drugih nezdravih proizvoda odnosno namirnica (10).

Važno je istaknuti da je doba osnovne i srednje škole, odnosno razvojno doba djetinjstva i adolescencije period psihofizičkog razvoja i sazrijevanja. U tom je osjetljivom periodu svaki nepovoljni utjecaj značajan za zdravlje i zahtjeva punu pozornost zdravstvenih i drugih djelatnika (11). 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 (11).

Prevencija pretilosti u djece postaje prioritet u poboljšanju javnog zdravstva jer postoje predviđanja da u Europi ima 38% pretila djece (12). Osim zdravstvenih posljedica, kao što su povišeni krvni tlak, općenito srčano-žilne bolesti i šećerna bolest, pretilost se nepovoljno odražava na socijalni i emocionalni razvoj djece, njihovu prihvaćenost među vršnjacima te njihove životne navike (12). Djeca s prekomjernom tjelesnom težinom u pojačanom su riziku za verbalno i fizičko nasilje, izrugivanje, ogovaranje i socijalno isključivanje (12). Utvrđeno je da na odabir hrane značajan utjecaj imaju komentari vršnjaka koji mogu biti usmjereni na učenike osvještavanje po pitanju odabira zdravih namirnica i na učenike koji to nisu, odnosno na učenike koji uzimaju prekomjerne količine hrane (13).

Dokazano je da postoji povezanost zdravstvenog stanja učenika s njihovim školskim uspjehom i postignućima (14). Povezanost se pronalazi između prehrane i vježbanja, astme, pretilosti, teškoćama spavanja i kroničnim medicinskim stanjima (14). Stoga, promicanje zdravlja promatra se kao način osiguravanja uvjeta za zdravo odrastanje.



Poznato je da su strah i kazne često korištene metode odgoja kojima se djeluje na promjenu nekog ponašanja. No međutim, istraživanja pokazuju da strah i rizik doprinose izbjegavanju ili odustajanju od štetnog ponašanja, ali ne i prestanku odnosno smanjenju štetnog zdravstvenog ponašanja (15). Poznavanje činjenica i općenito znanja o štetnosti nekog ponašanja nisu značajno povezana s implementacijom i promjenom ponašanja učenika (16). Prema tome, trebalo bi provoditi one programe koji se temelje na učenju djece imitacijom i prema modelu te uvažavaju obilježja razvojne dobi djece. Takvi programi svojim utjecajem usmjereni su na djecu, mladež i odrasle osobe u njihovoj okolini.

Odrasle osobe u cijeloj osnovnoškolskoj dobi imaju vrlo značajan utjecaj na djecu, a u školi učitelji na učenike (17). Taj utjecaj s vremenom slabi te se krajem osnovnoškolskog razdoblja primjećuje jačanje utjecaja vršnjaka na usvajanje i promjenu ponašanja. U skladu s time, vrijednost postupaka učenika određuje se u odnosu na prihvatanje ili neprihvatanje vršnjaka, a ne prema autoritetu odraslih (17). Nadalje se utjecaj vršnjaka još više ističe u srednjoškolskoj dobi. Zbog tog značajnog utjecaja vršnjaka, učenici se pokoravaju pritisku grupe bez kritičkog promišljanja vlastitih i njihovih postupaka (17). U vrijeme adolescencije, mladi trećinu vremena provode sa svojim vršnjacima i prijateljima zbog osjećaja neovisnosti od roditeljskog utjecaja (17). Stoga je uloga vršnjaka presudna u stvaranju identiteta, u stvaranju samopoštovanja, razvoju osobnih i socijalnih vještina i kompetencija, u prilagodbi na nove situacije, u suočavanju sa stresnim, nepogodnim životnim događajima (4). Istovremeno utjecaj grupe vršnjaka može biti rizični i zaštitni čimbenik za ponašanje, na vike i stavove mladih.

U literaturi postoji tumačenje u odnosu na individualne i društvene aspekte ciljeva odgoja. Individualni aspekti odgoja polaze od ciljeva koji se usmjeravaju stvaranju atmosfere podrške i poticanja optimalnog razvoja svih mogućnosti pojedinog čovjeka, a društveni aspekti odgoja usmjereni su usvajanju vrijednosti i normi društva (17). Osnovni cilj zdravstvenog odgoja je da odgoji pojedince i grupe koji će zdravlje smatrati velikom vrijednošću i koji će biti spremni uložiti razuman napor za zdravlje zajednice u kojoj žive (18).

Preventivni programi često nemaju uspjeha iz razloga što su pogrešno implementirani po principu kvantitete i kvalitete intervencija što se posebno odnosi na kronološku i razvojnu dob ciljnih skupina intervencija (16). S druge strane se naglašavaju razlike i važnost intervencija usmjerenih na pojedinca i intervencija usmjerenih na okruženje (15). Istaknuto je da pod jakim utjecajem okruženja i imitacijom modela, pojedinačne intervencije često nemaju značajnog efekta na promjenu zdravstvenog ponašanja učenika (15).

Činjenicu o značajnom utjecaju okruženja na usvajanje obrazaca ponašanja pojedinca potkrepljuje grupa autora koji ističu da su neka neprimjerena i problemska ponašanja, među kojima je konzumiranje alkoholnih pića, dio običaja pa su smatrana prihvatljivima (2, 17, 18). Isto tako navode da učenici često počinju s pušenjem jer to rade njihovi roditelji, zbog želje za identifikacijom i pripadanjem određenoj vršnjačkoj skupini te izgradnje identiteta prilikom čega pribjegavaju ponašanjima koja ih čine odraslijima nego što jesu (2, 18).

U odnosu na utjecaj obitelji kao temeljne društvene jedinice na osvajanje ponašanja djece i adolescenata, istaknuto je da djelovanjem i primjerima roditelji oblikuju i utječu od rođenja do odrasle dobi (4). Već je ranije navedeno da utjecaj prijatelja i vršnjaka sve snažnije djeluje u adolescenciji, ali istraživanja jasno pokazuju da je i dalje značajan utjecaj roditelja na ponašanje i odabire tijekom izazovnog razdoblja odrastanja (4).

Školsko okruženje prepoznato je kao mjesto s velikim potencijalom za promicanje fizičkog i mentalnog zdravlja populacije učenika (10, 19). Poznato je da učenici većinu prosječnog radnog dana provode u školi pa je time škola okruženje koje utječe na njihovo cjelokupno zdravlje i život. Čimbenici u okviru školskog okruženja, važni za zdravlje učenika su prehrana, dostupnost pitke vode, mogućnost bavljenja sportom, igre i druženja na otvorenom (4). Očito je da školsko okruženje doprinosi unaprjeđenju zdravlja učenika, ali ujedno može dovesti i do povećanja razlika u zdravlju između pojedinih učenika. U odnosu na školu promatraju se zdravstvene navike učenika, njihovi obrasci ponašanja, društveni utjecaj, školsko ozračje te zdravstveni stil koji škola zagovara, a pojedinačno u odnosu na učitelje, njihov profesionalni kapacitet i kompetencije, potrebni su motivacija i stavovi za implementacijom ovakvih preventivnih programa (4). Kao najčešći razlozi zbog kojih učitelji imaju nepovoljne stavove o provođenju zdravstvenog odgoja navodi se manjak znanja o zdravstvenim sadržajima te manje vremena koje im preostaje za redovitu nastavu, a povoljni stavovi proizlaze iz osobnog zadovoljstva (4).

Od nastavnika se očekuje razvoj pozitivnih vrijednosti učenika (o sebi, učenju, svijetu i osobnom mjestu u svijetu), razvoj cjelovite ličnosti učenika, njegovih snaga i potencijala, razvoj aktivnog i odgovornog građanina usmjerenog cjeloživotnom učenju, jačanje vrijednosti, kritičnosti, svjesnosti o potrebi konzistentnosti privatne i javne sfere života (20, 21).

Ističe se nekoliko opće prihvaćenih ciljeva zdravstvenog odgoja (18):

- unaprijediti opću zdravstvenu svijest velikog broja ljudi
- unaprijediti specifična znanja i razumijevanja
- razvijati kritičnu samosvijest i samoodgovornost pojedinaca
- razvijati učinkovite stavove, vrijednosti i vjerovanja
- pomoći ljudima u donošenju zdravih odluka za sebe i druge
- pomoći ljudima u mijenjanju svojih ponašanja i navika
- pomoći ljudima u učinkovitom mijenjanju svojih fizičkih i društvenih okruženja sukladno svojim potrebama

Sukladno navedenim i prihvaćenim ciljevima zdravstvenog odgoja prepoznaju se strategije za njihovo provođenje.

Strategije provođenja i osuvremenjivanja zdravstvenog odgoja (18):

1. unapređivanje individualnih kompetencija i znanja ljudi o zdravlju i bolestima, o njihovom tijelu i njegovim funkcijama, te o prevenciji i načinima suočavanja s bolestima
2. unapređivanje kompetencija i znanja ljudi o načinima korištenja sustava zdravstvenih službi
3. unapređivanje svijesti, znanja i razumijevanja ljudi o društvenim, političkim i ekološkim čimbenicima o kojima ovisi njihovo zdravlje i kvaliteta njihovog života

Navedene strategije promiče Svjetska zdravstvena organizacija radi osuvremenjivanja zdravstvenog odgoja.

### 1.2.1. Teorijsko i terminološko određenje zdravstvenog odgoja

U literaturi se mogu pronaći različite definicije odgoja, a one se odnose na uspoređivanje odgoja i obrazovanja, izjednačavanje odgoja s obrazovanjem, odgoja kao učenja vrijednosti i stavova, učenje ponašanja i sl. (17). Na individualnom planu odgoj se odnosi na zadovoljavanje osnovnih potreba podijeljenih na biološke, socijalne i samo-aktualizacijske, a obrazovanje na realizaciju spoznajnih, doživljajnih i psihomotornih interesa (17). Isto tako ističe se društveni aspekt odgoja koji se odnosi na usvajanje egzistencijalnih, društvenih, moralnih i humanističkih vrijednosti te je stoga zdravstveni odgoj značajan dio egzistencijalnog odgoja, a odnosi se na razvijanje navika zdrave prehrane, higijenskih navika, opuštanja i odmora, redovitih tjelesnih aktivnosti, sprečavanja ovisnosti, te postupanja u slučaju bolesti (17).

Razmatrajući odgoj prema orijentaciji, naglašava se da mora biti intencionalni proces kojim nastojimo ostvariti ciljeve, norme i vrijednosti pojedinca i zajednice (20). U skladu s time, pri određivanju ciljeva odgoja i izbora sadržaja, oblika i načina rada i učenja, posebno je važno voditi brigu o osposobljavanju nastavnika da djeluju na primjeren i profesionalno kompetentan način koji će pridonijeti usvajanju i razvoju temeljnih vrijednosti kod mladih ljudi, a samim tim i obogatiti cjelokupnu kulturu i samo društvo (20).

Odgoj je po svojoj definiciji usmjeren na učenje stavova, vrijednosti i vještina, a cilj je odgoja promjena ponašanja (22). Zdravstveni je odgoj opisan kao bilo koji oblik iskustvenog učenja koje doprinosi zdravlju i usmjeren na promjenu ponašanja koje se očituje u prevenciji i unapređivanju zdravlja (23).

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, sprečavanje, te liječenje i ublažavanje posljedica bolesti (18).

Zdravstveni odgoj definiran je kao opća mjera unapređivanja zdravstvene kulture naroda, a orijentiran je na zaštitu i promicanje zdravlja te sprečavanje nastanka bolesti (24). U literaturi se navodi da je zdravstveni odgoj specijalnost javnog zdravstva, tj. medicinsko-pedagoška disciplina koja se bavi unapređenjem zdravlja među populacijom, a podrazumijeva primjenu različitih teorija učenja, planiranja te znanja iz psihologije i pedagogije (25).

Uvođenjem eksperimentalnog programa zdravstvenog odgoja spominje se odgoj i obrazovanje za zdravlje te definicija zdravstvenog odgoja kao medicinsko-pedagoške discipline koja se bavi unapređenjem zdravstvene kulture društva s ciljem povezivanja medicinskih dostignuća sa socijalnim i kulturnim ostvarenjima te da odgojnim i obrazovnim procesima omogući pretvaranje znanja u zdravstvena uvjerenja (26).

Spomenuto je da često intervencije usmjerene na promjenu zdravstvenog ponašanja nemaju željene rezultate u odnosu na učestalost tih ponašanja, a zbog postojanja objektivnih i subjektivnih uvjeta za uspješno učenje (22). Objektivni uvjeti podrazumijevaju obrazovne tehnike, literaturu, pripremljenost i organizaciju procesa poučavanja ciljne skupine, kvalitetu učitelja ili odgajatelja, predviđeno i raspoloživo vrijeme učenja te uvjeti života, a subjektivni uvjeti su intelektualne i psihomotorne sposobnosti, iskustva i predznanja te motivacija (22).

Poznato je da ekonomski aspekti govore u prilog prevencije i promicanja zdravlja te je neupitna važnost provođenja zdravstvenog odgoja na svim razinama. Aktualna zbivanja ukazuju na rasprostranjenost konzumiranja alkoholnih i sredstava ovisnosti među mladima, a dobna granica za prvo konzumiranje sve je niža. I druga rizična ponašanja dovode djecu i mlade u nepovoljan položaj što za njih ima dalekosežne posljedice na uspješnost i zdravstveni status. Smisao odgoja možemo stoga razmatrati isključivo s motrišta pojedinca, ili pronalaziti smisao odgoja s motrišta društva (27). Pojedinaac se može prilagoditi društvenim zahtjevima, ali je poželjno da razvije i zadrži osobno mišljenje i stav te uspostaviti ravnotežu između potreba i društvenih zahtjeva (27).

### **1.2.2. Metode i oblici provođenja zdravstvenog odgoja**

Promicanje zdravlja, provođenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanje stanovništva predviđeno je kroz individualni rad i rad u malim grupama s osobama u skrbi „*poticanjem usvajanja i potpomaganjem zdravijih načina življenja (nepušenje, pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost, unaprjeđenje duševnog zdravlja uključujući prevenciju ovisnosti, odgovorno spolno ponašanje)*, u cilju unaprjeđenja zdravlja stanovništva i smanjenja proširenosti određenih rizičnih čimbenika“ (28). Istim je dokumentom predviđeno uključivanje patronažne službe i tima školske medicine u zdravstvenu zaštitu djece školske dobi.

Patronažna djelatnost u odnosu na dijete školske dobi 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 (28). Nadalje ova djelatnost uključuje kontrolu prehrane, uočavanja pothranjenosti ili pretilosti te uvid u socijalno-gospodarsko stanje obitelji. Jedno od važnih područja patronažne djelatnosti je utvrđivanje rizičnog ponašanja, edukacija o spolno prenosivim bolestima, kontracepciji te suradnja u edukacijskim programima sa školskim ustanovama.

Program za djelatnost preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata (28):

- sistematski pregledi
- ostali preventivni pregledi
- probir u tijeku osnovnog i srednjoškolskog obrazovanja
- zdravstvena i tjelesna kultura
- mjere zaštite od zaraznih bolesti
- zaštita i unapređenje školskog okruženja
- savjetovani rad
- zdravstveni odgoj i promicanje zdravlja i dr.

Zdravstveno-odgojne aktivnosti tima školske medicine s učenicima od 1. do 4. razreda osnovne škole obuhvaća sljedeće sadržaje (28):

- osobna higijena u očuvanju zdravlja
- značaj pravilne prehrane i njezin utjecaj na rast i razvoj
- društveno neprihvatljivo i nasilničko ponašanje i zlostavljanje

Zdravstveno-odgojne aktivnosti tima školske medicine s učenicima od 5. do 6. razreda osnovne škole obuhvaća sljedeće sadržaje (28):

- psihičke i somatske promjene u pubertetu, menstruacija
- ovisnosti (pušenje, alkohol i psiho-aktivne droge)

Zdravstveno-odgojne aktivnosti tima školske medicine s učenicima 7. i 8. razreda osnovne škole obuhvaća sljedeće sadržaje (28):

- zaštita od HIV/AIDS-a i drugih spolno prenosivih bolesti

- zdravo sazrijevanje i odrastanje

Zdravstveno-odgojne aktivnosti tima školske medicine s učenicima od 1. do 3. razreda srednje škole obuhvaća sljedeće sadržaje (28):

- planiranje obitelji, pobačaj, metode kontracepcije, brak, obitelj, djeca
- odgovorno spolno ponašanje, spolno prenosive infekcije
- samozaštita i briga za vlastito zdravlje

Zdravstveni odgoj se u pravilu provodi u školi, a metode provođenja su predavanja, rasprave, radionice, intervju, rad u malim grupama, „parlaonica“, tribine, edukacija vršnjaka i sudjelovanje u medijskim programima (28).

### **1.3. Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja**

Cilj uvođenja zdravstvenog odgoja u škole usmjeren je informiranju djece odnosno učenika o načinima prevencije i zaštite vlastitog zdravlja te omogućavanje izbora ponašanja koja tome doprinose.

Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja planiran za provedbu na satu razrednika čini struktura četiriju modula: *Živjeti zdravo*, *Prevencija ovisnosti*, *Prevencija nasilničkog ponašanja* i *Spolno/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje* (29). U svim je modulima naglasak usmjeren na razvoj sposobnosti za kritičko prosuđivanje svih životnih situacija u kojima se nalazimo, ali i prosuđivanje vlastitih postupaka u donošenju odluka (29). Stvaranje i raspodjela sadržaja Zdravstvenog odgoja u module i razrede opravdano je specifičnostima razvoja, sposobnostima i interesima koji se pojavljuju u određenoj razvojnoj dobi. Ova područja sadržajno su slična programima koja se provode u razvijenijim europskim zemljama, a koja u osnovnim školama promiču zdravu prehranu, dentalnu higijenu i motoričke vježbe učenika dok skandinavske zemlje naglašavaju područje sporta i fizičkih aktivnosti, razvoj socijalnih vještina i osobnu higijenu (1).

Nacionalni okvirni kurikulum sadržajem donosi međupredmetne teme među kojima se *Zdravlje, sigurnost i zaštita okoliša* odnose na značajne aspekte zdravstvenog odgoja (30).

Sukladno sadržaju, u međupredmetnim temama izdvojeni su neki očekivani ciljevi za učenike (30):

- usvojiti zdrav način života i razumjeti kako prehrana, tjelesna aktivnost i odluke o vlastitom ponašanju i odnosima s drugim ljudima utječu na tjelesno, mentalno, emocionalno i socijalno zdravlje
- donositi osviještene i odgovorne odluke i razumjeti posljedice svojega izbora
- steći znanje i razumijevanje sigurnosnih i zaštitnih mjera i radnja u različitim situacijama te razviti vještine sigurnoga ponašanja i postupanja
- biti osposobljeni za prepoznavanje, procjenu i upravljanje rizicima i opasnostima u različitim situacijama

Postojeći sadržaji i aktivnosti nastavnih programa promiču poželjno zdravstveno ponašanje učenika, a Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja dodatno ih upotpunjava sadržajima i temama za koje je potrebno izdvojiti više vremena i pozornosti. Predviđeno je da kroz dvanaest sati na razini školske godine sadržaje zdravstvenog odgoja provode razrednici uz podršku stručnih suradnika odgovarajućeg profila i timovi školske medicine kao vanjski suradnici (30).

### **1.3.1. Modul *Živjeti zdravo***

Ovaj modul usmjeren je prenošenju informacija i sadržaja o pravilnoj prehrani, osobnoj higijeni, tjelesnoj aktivnosti i mentalnom zdravlju. Sadržajno je najviše zastupljen u razrednoj nastavi, no sadržaji ovog modula zastupljeni su i u ostalim razredima predmetne nastave i u svim razredima srednje škole (29).

Svrha odabranih sadržaja je, koje obuhvaća ovaj, ukazati na važnost zdrave prehrane i odabir zdravih namirnica te stjecanje navika osobne higijene koje promiču zdravlje (29). Važno je istaknuti da se kroz ovaj modul, uvažavajući vjerska i osobna uvjerenja učenika, nastoji osigurati dostupnost znanstveno utemeljenih informacija o prehrambenim namirnicama (29). Ovaj modul važan je upravo iz ranije navedenih činjenica o porastu prekomjerne tjelesne težine i pretilosti kod sve većeg broja djece i mladih, ali i dokazano nepovoljnog utjecaja prehrambenih navika na ponašanje i ispunjavanje školskih obaveza djece kao karakteristika mentalnog zdravlja (14).



Mentalno zdravlje je povezano s višestrukim i kompleksnim interakcijama socijalnih, psiholoških i bioloških čimbenika, a prepoznato je kao temelj fizičkog zdravlja i kvalitete života. Autori ističu indikatore dobrog mentalnog zdravlja koje je moguće promatrati kroz školski uspjeh učenika, produktivnost u radu, stvaranje i održavanje odnosa s vršnjacima, izbjegavanje nepoželjnih ponašanja i sredstava ovisnosti (31). Sukladno svemu navedenome može se zaključiti o iznimnoj važnosti promicanja mentalnog zdravlja učenika jer je povezano sa svim ostalim aspektima zdravlja i poželjnog ponašanja.

### **1.3.2. Modul *Prevenција ovisnosti***

Modul prevencija ovisnosti planiran je za provedbu kroz sve razrede, odnosno dobne skupine učenika te je pripremljen za provedbu uz postojeće programe prevencije ovisnosti u školskom okruženju (29). Svrha ovog modula je poticanje i stvaranje poželjnih i prihvatljivih stavova i oblika ponašanja te kritičko odnošenje i prosudba vlastitih rizičnih ponašanja i rizičnih ponašanja drugih osoba (29). Zbog sve veće pojavnosti i pomicanja dobne granice ranijeg početka konzumacije sredstava ovisnosti, modul obuhvaća teme vezane za prevenciju pušenja, korištenja alkoholnih pića i zlouporabe različitih droga.

Kada se govori o intervencijama za prevenciju ovisnosti kod mladih, onda se one najčešće odnose na pušenje, konzumiranje alkohola i droge. Kao što je spomenuto u uvodnom dijelu poglavlja, uzimanje droga uvijek je izloženo društvenoj osudi, a neka nepoželjna ponašanja kao što su uzimanje alkohola i pušenje se u našoj kulturi prihvaćaju i toleriraju kao uobičajena (17). Iz tog je razloga otežano provođenje intervencija i preventivnih aktivnosti za smanjenje i apstinenciju od provođenja navedenih nepoželjnih ponašanja.

Isto tako se kroz modul *Prevenција ovisnosti* posebna pozornost posvećuje novim i naizgled bezazlenim oblicima rizičnih ponašanja mladih, kao što su kockanje, klađenje, pretjerano gledanje televizije i sadržaja bez nadzora roditelja, igranje kompjuterskih igrica i sl. Ovim nastojanjima doprinose istraživanja koja ukazuju da zbog povećanja vremena koje djeca i mladi provode ispred televizijskih ekrana i osobnih računala spojeni na društvene mreže i aplikacije za zabavu značajno malo vremena provode u fizičkim aktivnostima, ostvaruju manje neposrednih osobnih kontakata s vršnjacima i drugim važnim društvenim skupinama ljudi, konzumiraju više štetnih prehrambenih namirnica obogaćenih mastima i šećerima (10).

Nadalje, sva se ponašanja bilo ona štetna ili dobra, nikad ne pojavljuju izolirano od drugih ponašanja (32). S time se slažu autori koji ističu povezanost pušenja s drugim rizičnim i/ili nepoželjnim ponašanjima kao što su pijenje alkohola, uzimanje droga, delinkventno i antisocijalno ponašanje (4). Prema međunarodnim epidemiološkim istraživanjima među mladima uporaba alkohola je u gotovo svim europskim zemljama u porastu (4).

### **1.3.3. Modul *Prevenција nasilja i nasilničkog ponašanja***

Sadržaji ovog modula usmjereni su na poticanje tolerancije među učenicima i uvažavanje različitosti. Cilj je osposobiti učenike za nenasilno rješavanje potencijalnih i nastalih konflikata koji nastaju zbog nečijeg ponašanja ili načina komunikacije. Svrha upoznavanja učenika sa sadržajima ovog modula je u prihvaćanju tuđih mišljenja i stavova te njihovo argumentirano zagovaranje (29).

Nasilje među djecom definirano je kao negativna tjelesna ili verbalna akcija s neprijateljskom namjerom (4). Poznati oblici nasilja su verbalno, fizičko, društveno ili psihičko. Razvoj novih tehnologija stvorio je i nove mogućnosti nasilja među vršnjacima – virtualno nasilje (4). Istraživanja pokazuju da djeca žrtve nasilja imaju probleme prilagodbe, razvijaju poremećaje raspoloženja, depresivnost i agresivnost, imaju probleme u socijalnim kontaktima i probleme tjelesnog zdravlja. Žrtve nasilja postaju usamljene, nesretne i prestrašene s narušenim i niskim samopouzdanjem i samopoštovanjem te često odbijaju ići u školu i družiti se s djecom (4). Istraživanjima je utvrđeno da djeca zlostavljači često s takvim ponašanjem nastavljaju u odrasloj dobi pa i njihova djeca pokazuju slične obrasce ponašanja. Isti obrazac ponašanja vrijedi i za djecu koja su žrtve te i oni imaju djecu koja su sklona sličnom ponašanju (4).

### **1.3.4. Modul *Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje***

Spolni odgoj u našim prilikama ima posebno značenje jer je to područje izloženo najvećem broju zabrana, tajnovitosti i predrasuda. Pojava i širenje spolno prenosivih, danas još uvijek neizlječivih ili teško liječivih bolesti jača značenje provođenja spolnoga odgoja (17).

Ovaj modul sadrži znanstveno utemeljene informacije o spolnosti, a naglasak je stavljen na razvoj onih vještina kojima će mladi ljudi prakticirati odgovorno ponašanje s ciljem osobne zaštite i smanjenja rizika za nastanak spolno prenosivih bolesti i neželjenih trudnoća (29). Stoga se smatra da i djeci u osnovnoj školi trebaju biti dostupne informacije o

spolnim odnosima i ulogama, načinima kontracepcije i začeću (17). Kroz sadržaje ovog modula učenici dobivaju informacije o fiziološkim promjenama koje se događaju u tijelu te stvaraju vlastite predodžbe i očekivanja. Uloga zdravstvenog odgoja, a posebno ovog modula je stvaranje uvjeta da djeca i mladi prihvate specifičnosti svoje spolne uloge, da se uklone ili umanje predrasude o suprotnom spolu (29).

Priprema aktivnosti, mjera prevencije i zaštite temelje se na pedagoškim i metodičkim načelima koja uvažavaju dobnu prilagođenost sadržaja i metoda poučavanja, uvažavaju različite vrijednosne perspektive te podrazumijeva aktivno uključivanje roditelja u provedbu ovog modula (13).

#### **1.4. Uvod u probleme istraživanja**

U teorijskom dijelu ovoga rada izneseni su podaci dobiveni u različitim istraživanjima, a oni ukazuju na potrebu rane prevencije poremećaja i bolesti. Istovremeno, društvo svojim normama ponašanja često šalje kontradiktorne informacije svojim najmlađim, ali i onim najosjetljivijim članovima u periodu formiranja stavova i navika. Utvrđeno je da izolirano djelovanje samo zdravstvenog sustava ne može biti djelotvorno u prevenciji rizičnog ponašanja i nastanka dugoročnih posljedica po zdravlje u kontekstu značajnog utjecaja vršnjaka i medija. Isto tako, poznato je da bolesti jednog sustava mogu značajno narušiti funkcioniranje nekog drugog ili cijelog organizma. Stoga se mjere zdravstvene zaštite i mjere promicanja zdravlja provode od najranije školske dobi, a započinju u obitelji kada djeca usvajaju određeni stil života prema uzoru na svoje roditelje.

U odnosu na profesionalne kompetencije i primarno usmjereno djelovanje učitelja i stručnih suradnika osnovnih škola te medicinskih sestara, u ovom radu problematizira se provođenje modula zdravstvenog odgoja u osnovnoj školi od strane školskih djelatnika i od strane timova školske medicine i drugih zdravstvenih djelatnika. Uz sve navedeno, u istraživanju se ispituju mišljenja i razlike u mišljenjima među provoditeljima odgoja i obrazovanja o dobnim granicama za početak i mjerama zdravstvenog odgoja, kao i o sadržajima koje mora obuhvaćati.

## 2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj je utvrditi razlike u mišljenjima ispitanika o provođenju zdravstvenog odgoja u školama.

Specifični ciljevi su:

1. Ispitati mišljenja medicinskih sestara o provođenju zdravstvenog odgoja u školama.
2. Ispitati mišljenja učitelja o provođenju zdravstvenog odgoja u školama.
3. Utvrditi postoje li razlike u mišljenjima ispitanika u odnosu na spol, dob i usmjerenje njihovog obrazovanja.
4. Utvrditi postoje li razlike u mišljenjima medicinskih sestara i učitelja o provođenju zdravstvenog odgoja u odnosu na kronološku dob i spol djece.

### **3. ISPITANICI I METODE**

#### **3.1. Ustroj studije**

Studija je ustrojena kao presječna studija (33)

#### **3.2. Ispitanici istraživanja**

U svrhu ostvarivanja postavljenih ciljeva, uzorak istraživanja formiran je od dvije skupine ispitanika. Jedna skupina uključuje medicinske sestre s minimalno tri godine visokoškolske naobrazbe. Drugu skupinu čine učitelji i stručni suradnici škola. Nakon dobivenog mišljenja Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Osijeku, poziv za sudjelovanjem u istraživanju upućen je 150 medicinskih sestara i 150 učitelja i stručnih suradnika onih ustanova za koje su ravnatelji dali suglasnost. Ispitanici iz skupine medicinskih sestara kontaktirani su preko voditelja službi i timova. Skupina učitelja kontaktirana je pojedinačno i preko stručnih suradnika škola te se sukladno tome može reći da je uzorak istraživanja bio prigodni. Ispitanicima je predstavljena svrha istraživanja te njihov doprinos uz uvažavanje svih načela etičnosti istraživanja i poštujući privatnost i tajnost podataka ispitanika.

#### **3.3. Metode prikupljanja podataka**

Za prikupljanje podataka korišten je "Upitnik o provođenju zdravstvenog odgoja" koji je kreiran za potrebe ovog istraživanja. Upitnik je podvrgnut pilot ispitivanju na prigodnom uzorku studenata diplomskog studija sestrinstva, a u svrhu provjere razumljivosti čestica. Upitnik se sastoji od 28 tvrdnji zatvorenog tipa i 5 pitanja koji se odnose na demografska obilježja ispitanika, godine radnog staža i mjesto zaposlenja. Tiskani upitnik ispitanici su ispunjavali po principu papir-olovka na zajedničkim sastancima, konzultacijama, razrednim vijećima i sjednicama u srpnju i kolovozu 2017. godine. Tvrdnje u upitniku su praćene skalom Likertovog tipa, u rasponu "1 - uopće se ne slažem; 2 - uglavnom se ne slažem; 3 - niti se slažem niti ne slažem; 4 - uglavnom se slažem; 5 - u potpunosti se slažem".

### 3.4. Statističke metode

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike među kategoričkim varijablama testirane su Hi-kvadrat testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli, zbog odstupanja od normalne raspodjele, testirane su Mann-Whitneyevim U testom. Razlike numeričkih varijabli u tri i više nezavisnih skupina, zbog odstupanja od normalne raspodjele, testirane su Kruskal-Wallisovim testom. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na  $\text{Alpha} = 0,05$  (34). Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc (inačica 16.2.0, MedCalc Software bvba, Ostend, Belgija).

## 4. REZULTATI

### 4.1. Osnovna obilježja ispitanika

Kako je navedeno u poglavlju o ispitanicima, poziv za sudjelovanjem u istraživanju upućen je medicinskim sestrama i učiteljima na koji se odazvalo njih 254 (84,6%). Istraživanje je stoga provedeno na 254 ispitanika, od kojih je 140 (55,1%) medicinskih sestara i 114 (44,9%) učitelja. Žena je 233 (91,7%), a muškaraca 21 (8,3%), bez značajne razlike u odnosu na zanimanje. U dobi od 51 i više godina, značajno je više učitelja ( $\chi^2$  test,  $P < 0,001$ ) (Tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
<b>Spol</b>				
Muškarci	13 (9,3)	8 (7)	21 (8,3)	0,65*
Žene	127 (90,7)	106 (93)	233 (91,7)	
<b>Dob ispitanika</b>				
do 30 godina	46 (32,9)	12 (10,5)	58 (22,8)	< 0,001 <sup>†</sup>
31 – 40	46 (32,9)	38 (33,3)	84 (33,1)	
41 – 50	35 (25)	29 (25,4)	64 (25,2)	
51 i više godina	13 (9,3)	35 (30,7)	48 (18,9)	
Ukupno	140 (100)	114 (100)	254 (100)	

\*Fisherov egzaktni test; <sup>†</sup> $\chi^2$  test

Analizom dobivenih podataka vidljivo je da su učitelji značajno stariji (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ) od medicinskih sestara, veći im je ukupni radni staž (Mann Whitney U test,  $P = 0,002$ ) i značajno im je dulji radni staž na trenutnom radnom mjestu (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ) (Tablica 2).

Tablica 2. Dob ispitanika, duljina radnog staža, te duljina radnog staža na trenutnom radnom mjestu u odnosu na zanimanje ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
Dob ispitanika [godine]	37(28 – 42)	44 (36 – 52)	39 (31 – 48)	< <b>0,001</b>
Ukupni radni staž [godine]	15 (7 – 21)	20 (10 – 29)	17 (8 – 25)	<b>0,002</b>
Radni staž na trenutnom radnom mjestu [godine]	4,5 (2 – 10)	15 (8 – 25)	9 (3 – 18)	< <b>0,001</b>

\*Mann Whitney U test

#### 4.2. Mišljenje o provođenju zdravstvenog odgoja

Da zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole u potpunosti se slaže 83 (32,8%) ispitanika, a 80 (31,5%) ispitanika navodi da se uopće ne slaže s tvrdnjom da se zdravstveni odgoj treba provoditi izvan školskih ustanova. Najviše ispitanika se uglavnom ili u potpunosti slaže s tvrdnjom da teme zdravstvenog odgoja treba kao i do sada provoditi unutar nastavnih predmeta. Da bi zdravstveni odgoj trebao biti kao zasebni predmet u višim razredima osnovne i srednjoj školi podjednak broj ispitanika se uglavnom slaže ili ne slaže, a većina njih 92 (36,2%) se u potpunosti slaže da zdravstveni odgoj treba provoditi i na visokoškolskim institucijama (Tablica 3).



Tablica 3. Raspodjela ispitanika u odnosu na to kako bi se trebao provoditi zdravstveni odgoj

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole	39 (15,4)	35 (13,8)	19 (7,5)	77 (30,4)	83 (32,8)	253 (100)
Zdravstveni odgoj treba se provoditi izvan školskih ustanova	80 (31,5)	56 (22)	39 (15,4)	62 (24,4)	17 (6,7)	254 (100)
Teme zdravstvenog odgoja treba kao i sada provoditi unutar nastavnih predmeta	25 (9,9)	44 (17,4)	31 (12,3)	81 (32)	72 (28,5)	253 (100)
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama	67 (26,4)	52 (20,5)	27 (10,6)	73 (28,7)	35 (13,8)	254 (100)
Zdravstveni odgoj treba provoditi i na visokoškolskim institucijama	18 (7,1)	23 (9,1)	44 (17,3)	77 (30,3)	92 (36,2)	254 (100)

Nema značajne razlike u mišljenju o tome kako bi se trebao provoditi zdravstveni odgoj u odnosu na spol ispitanika (Tablica 4).

Tablica 4. Način provedbe zdravstvenog odgoja u odnosu na spol

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole	4 (3 - 5)	4 (2 - 5)	4 (2 - 5)	0,95
Zdravstveni odgoj treba se provoditi izvan školskih ustanova	2 (1 - 4)	2 (1 - 4)	2 (1 - 4)	0,77
Teme zdravstvenog odgoja treba kao i sada provoditi unutar nastavnih predmeta	4 (2 - 4)	4 (2 - 5)	4 (2 - 5)	0,35
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama	3 (1 - 4)	3 (1 - 4)	3 (1 - 4)	0,68
Zdravstveni odgoj treba provoditi i na visokoškolskim institucijama	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,64

\*Mann Whitney U test

Značajno se najmanje slažu s tvrdnjom da zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet ispitanici s 51 i više godina (Kruskal Wallis test,  $P < 0,001$ ). Mlađi ispitanici (do 30 godina) značajno su više za to da se zdravstveni odgoj treba provoditi izvan školskih ustanova (Kruskal Wallis tet,  $P < 0,001$ ), a najmanje se slažu s tvrdnjom da se teme zdravstvenog odgoja trebaju provoditi unutar nastavnih predmeta (Kruskal Wallis tet,  $P < 0,001$ ) dok se značajno više slažu s tvrdnjom da zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama (Kruskal Wallis test,  $P = 0,02$ ) (Tablica 5).

Tablica 5. Način provedbe zdravstvenog odgoja u odnosu na dobne skupine

	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	do 30 godina	31 - 40	41 - 50	51 i više godina	Ukupno	
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole	4 (4 - 5)	4 (3 - 5)	4 (2 - 4,8)	2 (1 - 5)	4 (2 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>
Zdravstveni odgoj treba se provoditi izvan školskih ustanova	4 (3 - 4)	2 (1 - 3,8)	2 (1 - 4)	2 (1 - 3)	2 (1 - 4)	<b>&lt; 0,001</b>
Teme zdravstvenog odgoja treba kao i sada provoditi unutar nastavnih predmeta	3 (2 - 5)	4 (2 - 4)	4 (4 - 5)	4 (3,3 - 5)	4 (2 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama	4 (2 - 4)	2 (1 - 4)	3 (1 - 4)	3 (1 - 4)	3 (1 - 4)	<b>0,02</b>
Zdravstveni odgoj treba provoditi i na visokoškolskim institucijama	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,72

\*Kruskal Wallis test

Medicinske sestre se značajno više slažu, u odnosu na učitelje, s tvrdnjama da bi zdravstveni odgoj trebao biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ), da ga se treba provoditi izvan školskih ustanova (Mann Whitney U test,  $P = 0,001$ ) te da zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama (Mann Whitney U test,  $P = 0,001$ ). Učitelji se značajno više slažu s tvrdnjom da teme zdravstvenog odgoja treba kao i sada provoditi unutar nastavnih predmeta (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ) (Tablica 6).

Tablica 6. Način provedbe zdravstvenog odgoja u odnosu na zanimanje

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole	4 (4 - 5)	2 (1 - 4)	4 (2 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>
Zdravstveni odgoj treba se provoditi izvan školskih ustanova	3 (1 - 4)	2 (1 - 3)	2 (1 - 4)	<b>0,001</b>
Teme zdravstvenog odgoja treba kao i sada provoditi unutar nastavnih predmeta	3 (2 - 4)	4 (3 - 5)	4 (2 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>
Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama	4 (2 - 4)	2 (1 - 4)	3 (1 - 4)	<b>0,001</b>
Zdravstveni odgoj treba provoditi i na visokoškolskim institucijama	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,11

Kako je najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja javno predavanje, slaže se 86 (33,9%) ispitanika, a radionica njih 126 (49,6%). Ispitanici se manje slažu s tvrdnjom da promjenu zdravstvenog ponašanja može izazvati samo neugodno iskustvo, a s tvrdnjom da na zdrave navike i ponašanja više utječu vršnjačke skupine i okolina nego zdravstveni odgoj, uglavnom se slaže ili se u potpunosti slaže 147 (58,1%) ispitanika (Tablica 7).

Tablica 7. Raspodjela ispitanika u odnosu na metodu provođenja zdravstvenog odgoja i utjecaja na zdrave navike

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je javno predavanje	26 (10,2)	66 (26)	63 (24,8)	86 (33,9)	13 (5,1)	254 (100)
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je radionica	5 (2)	13 (5,1)	43 (16,9)	126 (49,6)	67 (26,4)	254 (100)
Promjenu zdravstvenog ponašanja može izazvati samo neugodno iskustvo	59 (23,2)	71 (28)	66 (26)	55 (21,7)	3 (1,2)	254 (100)
Na zdrave navike i ponašanja više utječu vršnjačke skupine i okolina nego zdravstveni odgoj	13 (5,1)	36 (14,2)	57 (22,5)	119 (47)	28 (11,1)	253 (100)

Nema značajnih razlika u ocjeni najdjelotvornije metode provođenja zdravstvenog odgoja i utjecaja pojedinih čimbenika na zdrave navike u odnosu na spol ispitanika, dobne skupine i vrstu zanimanja (Tablica 8, Tablica 9, Tablica 10).

Tablica 8. Ocjena metode provođenja zdravstvenog odgoja i utjecaja na zdrave navike u odnosu na spol

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je javno predavanje	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	0,44
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je radionica	4 (3 - 4)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	0,40
Promjenu zdravstvenog ponašanja može izazvati samo neugodno iskustvo	3 (1,5 - 3)	2 (2 - 3)	2 (2 - 3)	0,62
Na zdrave navike i ponašanja više utječu vršnjačke skupine i okolina nego zdravstveni odgoj	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,29

\*Mann Whitney U test

Tablica 9. Ocjena metode provođenja zdravstvenog odgoja i utjecaja na zdrave navike u odnosu na dobne skupine

	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	do 30 godina	31 - 40	41 - 50	51 i više godina	Ukupno	
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je javno predavanje	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	0,80
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je radionica	4 (3 - 5)	4 (3 - 4)	4 (4 - 4)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	0,23
Promjenu zdravstvenog ponašanja može izazvati samo neugodno iskustvo	3 (2 - 3)	3 (1,3 - 3)	2 (2 - 3)	2 (1,3 - 4)	2 (2 - 3)	0,98
Na zdrave navike i ponašanja više utječu vršnjačke skupine i okolina nego zdravstveni odgoj	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (2 - 4)	4 (3 - 4)	0,17

\*Kruskal Wallis test

Tablica 10. Ocjena metode provođenja zdravstvenog odgoja i utjecaja na zdrave navike u odnosu na zanimanje

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je javno predavanje	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	0,62
Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je radionica	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	0,98
Promjenu zdravstvenog ponašanja može izazvati samo neugodno iskustvo	2,5 (2 - 3)	2 (2 - 3)	2 (2 - 3)	0,92
Na zdrave navike i ponašanja više utječu vršnjačke skupine i okolina nego zdravstveni odgoj	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,22

\*Mann Whitney U test

Kako bi zdravstveni odgoj trebali provoditi zdravstveni djelatnici iz tima školske medicine uglavnom ili u potpunosti se slaže 166 (65,4%) ispitanika. S tvrdnjom da zdravstveni odgoj u školama trebaju provoditi učitelji s dodatnom zdravstvenom naobrazbom uopće se ne slaže 27 (10,7%) ispitanika, a 21 (8,3%) ispitanik s tvrdnjom da bi zdravstveni odgoj kao zasebni

predmet trebali provoditi učitelji zdravstveni odgajatelji. Većina ispitanika se slaže s tvrdnjom da bi medicinske/zdravstvene sadržaje trebalo uvesti u formalno obrazovanje učitelja, a uglavnom se ili u potpunosti slaže 183 (72%) ispitanika s tvrdnjom da bi zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebale provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.) (Tablica 11).

Tablica 11. Raspodjela ispitanika prema odgovorima na tvrdnje vezane uz to tko bi trebao provoditi zdravstveni odgoj

	Broj (%) ispitanika					
	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ukupno
Zdravstveni odgoj trebaju provoditi zdravstveni djelatnici iz tima školske medicine	12 (4,7)	26 (10,2)	50 (19,7)	118 (46,5)	48 (18,9)	254 (100)
Zdravstveni odgoj u školama trebaju provoditi učitelji s dodatnom zdravstvenom naobrazbom	27 (10,7)	35 (13,8)	47 (18,6)	112 (44,3)	32 (12,6)	253 (100)
Zdravstvene sadržaje potrebno je uvesti u formalno obrazovanje učitelja	13 (5,1)	28 (11)	38 (15)	108 (42,5)	67 (26,4)	254 (100)
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebali bi provoditi učitelji zdravstveni odgajatelji	21 (8,3)	32 (12,6)	61 (24)	98 (38,6)	42 (16,5)	254 (100)
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.)	12 (4,7)	22 (8,7)	37 (14,6)	88 (34,6)	95 (37,4)	254 (100)
Sve teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale bi provoditi medicinske sestre po pozivu iz škole	18 (7,1)	35 (13,8)	46 (18,1)	104 (40,9)	51 (20,1)	254 (100)
Samo neke teme iz zdravstvenog odgoja trebaju provoditi medicinske sestre po pozivu	14 (5,5)	31 (12,2)	47 (18,5)	104 (40,9)	58 (22,8)	254 (100)

Muškarci se, u odnosu na žene, značajno manje slažu s tvrdnjom da bi zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebali provoditi učitelji zdravstveni odgajatelji (Mann Whitney U test,  $P = 0,03$ ), te da bi samo neke teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale provoditi medicinske sestre po pozivu (Mann Whitney U test,  $P = 0,04$ ) (Tablica 12).

Tablica 12. Ocjena osobe koja bi trebala provoditi zdravstveni odgoj u odnosu na spol

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Zdravstveni odgoj trebaju provoditi zdravstveni djelatnici iz tima školske medicine	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,43
Zdravstveni odgoj u školama trebaju provoditi učitelji s dodatnom zdravstvenom naobrazbom	4 (2,5 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,72
Medicinske/zdravstvene sadržaje potrebno je uvesti u formalno obrazovanje učitelja	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,48
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebali bi provoditi učitelji zdravstveni odgajatelji	3 (2 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	<b>0,03</b>
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,31
Sve teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale bi provoditi medicinske sestre po pozivu iz škole	4 (3 - 4,5)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,98
Samo neke teme iz modula zdravstvenog odgoja trebali bi provoditi medicinske sestre po pozivu	3 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	<b>0,04</b>

\*Mann Whitney U test

S obzirom na dob, ispitanici od 41 i više godina značajno se manje slažu s tvrdnjom da zdravstveni odgoj trebaju provoditi zdravstveni djelatnici iz tima školske medicine (Kruskal Wallis test,  $P = 0,04$ ) u odnosu na mlađe ispitanike. Stariji ispitanici, s 51 i više godina, se značajno manje slažu s tvrdnjom da zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.) (Kruskal Wallis test,  $P = 0,007$ ), a značajno se više slažu s tvrdnjom da bi samo neke teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale provoditi medicinske sestre po pozivu (Kruskal Wallis test,  $P = 0,01$ ) (Tablica 13).

Tablica 13. Ocjena osobe koja bi trebala provoditi zdravstveni odgoj u odnosu na dobne skupine

	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	do 30 godina	31 - 40	41 - 50	51 i više godina	Ukupno	
Zdravstveni odgoj trebaju provoditi zdravstveni djelatnici iz tima školske medicine	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	3 (3 - 4)	3 (3 - 4)	4 (3 - 4)	<b>0,04</b>
Zdravstveni odgoj u školama trebaju provoditi učitelji s dodatnom zdravstvenom naobrazbom	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (2,3 - 4)	3 (2 - 4)	4 (3 - 4)	0,09
Medicinske/zdravstvene sadržaje potrebno je uvesti u formalno obrazovanje učitelja	4 (3 - 5)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (4 - 5)	4 (3 - 5)	0,47
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebali bi provoditi učitelji zdravstveni odgajatelji	4 (3 - 4)	4 (2,3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (2 - 4)	4 (3 - 4)	0,83
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.)	4 (4 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	3 (2 - 5)	4 (3 - 5)	<b>0,007</b>
Sve teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale bi provoditi medicinske sestre po pozivu iz škole	4 (3 - 4)	4 (3 - 4,8)	4 (2 - 4)	4 (2 - 4)	4 (3 - 4)	0,09
Samo neke teme iz modula zdravstvenog odgoja trebali bi provoditi medicinske sestre po pozivu	3 (3 - 4)	4 (3 - 4)	3 (3 - 5)	4 (4 - 5)	4 (3 - 4)	<b>0,01</b>

\*Kruskal Wallis test

Medicinske sestre se značajno više slažu, u odnosu na učitelje, s tvrdnjama da Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.), da bi sve teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale provoditi medicinske sestre po pozivu iz škole, te da bi samo neke teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale provoditi medicinske sestre po pozivu (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ) (Tablica 14).



Tablica 14. Ocjena osobe koja bi trebala provoditi zdravstveni odgoj u odnosu na zanimanje

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
Zdravstveni odgoj trebaju provoditi zdravstveni djelatnici iz tima školske medicine	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,64
Zdravstveni odgoj u školama trebaju provoditi učitelji s dodatnom zdravstvenom naobrazbom	4 (2 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,29
Medicinske/zdravstvene sadržaje potrebno je uvesti u formalno obrazovanje učitelja	4 (3 - 5)	4 (3 - 4)	4 (3 - 5)	0,78
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebali bi provoditi učitelji zdravstveni odgajatelji	4 (3 - 4)	4 (2,8 - 4)	4 (3 - 4)	0,18
Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.)	5 (4 - 5)	4 (2 - 4)	4 (3 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>
Sve teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale bi provoditi medicinske sestre po pozivu iz škole	4 (3 - 5)	3 (2 - 4)	4 (3 - 4)	<b>&lt; 0,001</b>
Samo neke teme iz modula zdravstvenog odgoja trebali bi provoditi medicinske sestre po pozivu	4 (3 - 4)	4 (3 - 5)	4 (3 - 4)	<b>&lt; 0,001</b>

\*Mann Whitney U test

Najviše ispitanika se uglavnom ili u potpunosti slaže s tvrdnjama da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika i da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera u prevenciji zlorabe alkohola i ovisnosti. Neodlučno je 57 (22,4%) ispitanika uz tvrdnju da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera u prevenciji nasilničkog ponašanja, a 23 (9,1%) ispitanika se uopće ili uglavnom ne slaže s tvrdnjom da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera u prevenciji maloljetničkih trudnoća (Tablica 15).

Tablica 15. Raspodjela ispitanika prema utjecaju zdravstvenog odgoja

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika	2 (0,8)	13 (5,1)	39 (15,4)	129 (50,8)	71 (28)	254 (100)
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji zlouporabe alkohola i ovisnosti	6 (2,4)	23 (9,1)	46 (18,1)	133 (52,4)	46 (18,1)	254 (100)
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji nasilničkog ponašanja	6 (2,4)	27 (10,6)	57 (22,4)	128 (50,4)	36 (14,2)	254 (100)
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji maloljetničkih trudnoća	7 (2,8)	16 (6,3)	45 (17,7)	136 (53,5)	50 (19,7)	254 (100)

Nema značajnih razlika u ocjeni utjecaja zdravstvenog odgoja u odnosu na spol (Tablica 16).

Tablica 16. Ocjena utjecaja zdravstvenog odgoja u odnosu na spol ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika	4 (3 - 4,5)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	0,41
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji zlouporabe alkohola i ovisnosti	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,32
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji nasilničkog ponašanja	4 (2,5 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,29
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji maloljetničkih trudnoća	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,26

\*Mann Whitney U test

Ispitanici u dobi od 51 i više godina značajno se više slažu s tvrdnjom da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera u prevenciji nasilničkog ponašanja (Kruskal Wallis test,  $P = 0,02$ ), u odnosu na mlađe ispitanike, a po ostalim tvrdnjama nema značajne razlike (Tablica 17).

Tablica 17. Ocjena utjecaja zdravstvenog odgoja u odnosu na dobne skupine ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	do 30 godina	31 - 40	41 - 50	51 i više godina	Ukupno	
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika	4 (4 - 5)	4 (3 - 5)	4 (4 - 4)	4 (4 - 5)	4 (4 - 5)	0,93
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji zlouporabe alkohola i ovisnosti	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	0,14
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji nasilničkog ponašanja	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	3 (3 - 4)	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	<b>0,02</b>
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji maloljetničkih trudnoća	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	0,22

\*Kruskal Wallis test

Učitelji se značajno manje slažu, u odnosu na medicinske sestre, s tvrdnjom da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika (Mann Whitney U test,  $P = 0,03$ ) (Tablica 18).

Tablica 18. Ocjena utjecaja zdravstvenog odgoja u odnosu na zanimanje ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika	4 (4 - 5)	3 (3 - 4)	4 (4 - 5)	<b>0,03</b>
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji zlouporabe alkohola i ovisnosti	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,28
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji nasilničkog ponašanja	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,28
Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji maloljetničkih trudnoća	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	4 (3 - 4)	0,48

\*Mann Whitney U test

Da zdravstveni odgoj u školi može promijeniti već stečena znanja i navike, uglavnom se slaže 149 (58,7%) ispitanika, u potpunosti se slaže 133 (52,6%) ispitanika s tvrdnjom da je u provođenje zdravstvenog odgoja potrebno uključiti medije i javne ustanove. Nije sigurno u točnost tvrdnje da djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja 3 (1,2%) ispitanika dok ih se 216 (85%) u potpunosti slaže (Tablica 19).

Tablica 19. Ispitanici prema ulozi zdravstvenog odgoja, potrebe uključenosti medija te jednake edukacije prema spolovima

	Broj (%) ispitanika					
	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem	Ukupno
Zdravstveni odgoj u školi može promijeniti već stečena znanja i navike	3 (1,2)	9 (3,5)	44 (17,3)	149 (58,7)	49 (19,3)	254 (100)
U provođenje zdravstvenog odgoja potrebno je uključiti medije i javne ustanove	1 (0,4)	7 (2,8)	24 (9,5)	88 (34,8)	133 (52,6)	253 (100)
Djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja	0	0	3 (1,2)	35 (13,8)	216 (85)	254 (100)

Muškarci se značajno manje slažu, u odnosu na žene, s tvrdnjom da djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ) (Tablica 20).

Tablica 20. Ocjena uloge zdravstvenog odgoja, potrebe uključenosti medija te jednake edukacije prema spolovima učenika u odnosu na spol ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Zdravstveni odgoj u školi može promijeniti već stečena znanja i navike	4 (3 - 4)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	0,25
U provođenje zdravstvenog odgoja potrebno je uključiti medije i javne ustanove	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	0,27
Djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja	4 (4 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>

\*Mann Whitney U test

Najmlađi ispitanici, do 30 godina, značajno se manje slažu, u odnosu na ostale dobne skupine, s tvrdnjom da djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja (Mann Whitney U test,  $P = 0,001$ ) (Tablica 21).

Tablica 21. Ocjena uloge zdravstvenog odgoja, potrebe uključenosti medija te jednake edukacije prema spolovima u odnosu na dobne skupine ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	do 30 godina	31 - 40	41 - 50	51 i više godina	Ukupno	
Zdravstveni odgoj u školi može promijeniti već stečena znanja i navike	4 (3,8 - 4,3)	4 (4 - 4)	4 (3 - 4)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	0,37
U provođenje zdravstvenog odgoja potrebno je uključiti medije i javne ustanove	4 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	0,80
Djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja	4 (4 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	<b>0,001</b>

\*Kruskal Wallis test

Nema značajne razlike u ocjeni uloge zdravstvenog odgoja, potrebe uključenosti medija te jednake edukacije prema spolovima u odnosu na zanimanje (Tablica 22).

Tablica 22. Ocjena uloge zdravstvenog odgoja, potrebe uključenosti medija te jednake edukacije prema spolovima u odnosu na zanimanje ispitanika

	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
Zdravstveni odgoj u školi može promijeniti već stečena znanja i navike	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	4 (4 - 4)	0,49
U provođenje zdravstvenog odgoja potrebno je uključiti medije i javne ustanove	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	5 (4 - 5)	0,77
Djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	0,28

\*Mann Whitney U test

Zdravstveni odgoj obuhvaća četiri modula: Živjeti zdravo (sadrži teme o pravilnoj prehrani, osobnoj higijeni, tjelesnoj aktivnosti i mentalnom zdravlju), Prevencija nasilničkog ponašanja (sadrži teme o primjerenom ponašanju u domu, školi, prometu, ponašanju prema djeci i odraslima, ponašanju prema životinjama), Prevencija ovisnosti (sadrži teme vezane za lijekove, prevenciju pušenja, korištenja alkoholnih pića i zlouporabe droga, kockanje i klađenje) i Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje (sadrži teme o ulogama u obitelji, odnosu prema vlastitom tijelu, pubertetu, spolnim odnosima, trudnoći). Ispitanici su morali dati prijedlog u kojem razredu bi bilo prikladno početi s kojim modulom.

Za module Živjeti zdravo, 197 (77,6%) ispitanika navodi kao početak prvi razred osnovne škole, kao i 190 (74,8%) ispitanika za modul Prevencije nasilničkog ponašanja. Prevenciju ovisnosti bi bilo prikladno početi učiti, za 91 (35,8%) ispitanika u petom razredu, kao i za 94 (37%) ispitanika Spolnu/rodnu ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje. Od prvog razreda osnovne škole bi Prevenciju ovisnosti uvelo 43 (16,9%) ispitanika, a 22 (8,7%) i modul Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje (Tablica 23).

Tablica 23. Raspodjela ispitanika prema prijedlogu početka uvođenja pojedinog modula zdravstvenog odgoja tijekom osnovnoškolskog obrazovanja

Moduli	Broj (%) ispitanika prema razredu u kojem bi se trebao provoditi dani modul								
	1	2	3	4	5	6	7	8	Ukupno
Živjeti zdravo	197 (77,6)	13 (5,1)	20 (7,9)	5 (2)	15 (5,9)	1 (0,4)	3 (1,2)	0	254 (100)
Prevencija nasilničkog ponašanja	190 (74,8)	25 (9,8)	13 (5,1)	11 (4,3)	11 (4,3)	2 (0,8)	2 (0,8)	0	254 (100)
Prevencija ovisnosti	43 (16,9)	5 (2)	28 (11)	60 (23,6)	91 (35,8)	13 (5,1)	10 (3,9)	4 (1,6)	254 (100)
Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje	22 (8,7)	4 (1,6)	14 (5,5)	42 (16,5)	94 (37)	33 (13)	39 (15,4)	6 (2,4)	254 (100)

Nema značajnih razlika u početku uvođenja pojedinog modula zdravstvenog odgoja tijekom osnovnoškolskog obrazovanja u odnosu na spol (Tablica 24).

Tablica 24. Početak uvođenja pojedinog modula zdravstvenog odgoja tijekom osnovnoškolskog obrazovanja u odnosu na spol ispitanika

Moduli	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Muškarci	Žene	Ukupno	
Živjeti zdravo	1 (1 - 3)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	0,39
Prevenција nasilničkog ponašanja	1 (1 - 4)	1 (1 - 2)	1 (1 - 2)	0,47
Prevenција ovisnosti	4 (1 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,99
Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje	5 (5 - 6)	5 (4 - 6)	5 (4 - 6)	0,67

\*Mann Whitney U test

Mlađi ispitanici (do 40 godina) značajno radije ne bi uveli prevenciju nasilničkog ponašanja već od prvoga razreda u odnosu na starije ispitanike (Kruskal Wallis test,  $P < 0,001$ ), a isto tako značajno bi tek od petoga razreda uveli prevenciju ovisnosti, u odnosu na starije ispitanike, gdje bi ispitanici od 51 i više godina prevenciju ovisnosti uveli već od trećega razreda (interkvartilnog raspona od prvoga do petoga razreda) (Kruskal Wallis test,  $P < 0,001$ ). Stariji ispitanici bi i modul Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje, uveli značajnije u niže razrede u odnosu na mlađe ispitanike (Kruskal Wallis test,  $P = 0,01$ ) (Tablica 25).

Tablica 25. Početak uvođenja pojedinog modula zdravstvenog odgoja tijekom osnovnoškolskog obrazovanja u odnosu na dobne skupine ispitanika

Moduli	Medijan (interkvartilni raspon)					P*
	do 30 godina	31 - 40	41 - 50	51 i više godina	Ukupno	
Živjeti zdravo	1 (1 - 2)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	0,20
Prevenција nasilničkog ponašanja	2 (1 - 3)	2 (1 - 2)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	1 (1 - 2)	<b>&lt; 0,001</b>
Prevenција ovisnosti	5 (4 - 5)	5 (3 - 5)	4 (3 - 5)	3 (1 - 5)	4 (3 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>
Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje	5 (4 - 6)	5 (5 - 6)	4 (4 - 5)	4 (3 - 6)	5 (4 - 6)	<b>0,01</b>

\*Kruskal Wallis test



Učitelji bi značajno ranije, u odnosu na medicinske sestre, uveli sve module zdravstvenog odgoja: od prvoga razreda modul živjeti zdravo (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ) i prevenciju nasilničkog ponašanja (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ), dok bi od četvrtoga razreda uveli prevenciju ovisnosti (Mann Whitney U test,  $P < 0,001$ ) i modul Spolna/ rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje (Mann Whitney U test,  $P = 0,03$ ) (Tablica 26).

Tablica 26. Početak uvođenja pojedinog modula zdravstvenog odgoja tijekom osnovnoškolskog obrazovanja u odnosu na zanimanje

Moduli	Medijan (interkvartilni raspon)			P*
	Medicinske sestre	Učitelji	Ukupno	
Živjeti zdravo	2 (1 - 3)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	<b>&lt; 0,001</b>
Prevenција nasilničkog ponašanja	2 (1 - 2)	1 (1 - 1)	1 (1 - 2)	<b>&lt; 0,001</b>
Prevenција ovisnosti	5 (4 - 5)	4 (1 - 5)	4 (3 - 5)	<b>&lt; 0,001</b>
Spolna/ rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje	5 (4 - 6)	4 (4 - 6)	5 (4 - 6)	<b>0,03</b>

\*Mann Whitney U test

## 5. RASPRAVA

Kako je i prikazano u poglavlju o rezultatima istraživanja, izvršene su usporedbe među skupinama ispitanika u odnosu na dob, spol i usmjerenje njihovog zanimanja. Sukladno dobivenim rezultatima istraživanja utvrđeno je da su učitelji značajno stariji od ispitanika u skupini medicinskih sestara, imaju značajno više ukupnog radnog staža te imaju značajno dulji radni staž na trenutnom radnom mjestu.

O zdravstvenom odgoju kao zasebnom predmetu u školi dobiveni su rezultati o značajnim razlikama u odnosu na ispitanike koji imaju 51 i više godina za koje je utvrđeno da se najmanje slažu s tom tvrdnjom. Istovremeno mlađi ispitanici značajno se više opredjeljuju za provođenje zdravstvenog odgoja izvan škola i postojećih nastavnih predmeta. Mogući razlog ovakvog mišljenja je nedostatak znanja o zdravstvenim sadržajima, ali i neposrednoj uključenosti učitelja u aktivnosti higijene mlađih učenika. Također se mlađi ispitanici značajno više opredjeljuju da zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama kada je intenzivnije vrijeme tjelesnih promjena i kad postoji mogućnost veće izloženosti utjecaja vršnjaka i dostupnosti štetnih ponašanja.

U odnosu na profesionalno djelovanje ispitanika, medicinske sestre se značajno više slažu s tvrdnjama da bi zdravstveni odgoj trebao biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole te bi ga trebalo provoditi izvan školskih ustanova. Ovo je u skladu s uobičajenim načinom provođenja zdravstvenog odgoja kojeg provode liječnici i medicinske sestre na različitim razinama zdravstvene zaštite. Isto tako, medicinske sestre se značajno više opredjeljuju za mišljenje o provođenju zdravstvenog odgoja kao zasebnog predmeta samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama. Ovakvu opredijeljenost medicinskih sestara moguće je objasniti intenzivnim psihofizičkim promjenama rasta i razvoja djece i mladih kada se i provodi najviše sistematskih pregleda i preventivnih akcija različitih bolesti. Međutim, izostavlja se period ranog dječjeg razvoja kada se usvaja većina važnih navika u provođenju higijene, stila prehrane i opredjeljenje za sportske aktivnosti kao specifičnog načina života. Nadalje, dobiveni podaci pokazuju da se većina ispitanika opredjeljuje za mišljenje kako bi zdravstveni odgoj trebali provoditi zdravstveni radnici, odnosno djelatnici iz tima školske medicine, a to je i slučaj ukoliko bi zdravstveni odgoj bio opcija zasebnog nastavnog predmeta. Isto tako, ispitanici ženskog spola značajno više smatraju da bi zdravstveni odgoj trebali provoditi zdravstveni odgajatelji, a samo neke teme medicinske sestre po pozivu. U odnosu na dob ispitanika, mlađi značajno više izražavaju mišljenje da zdravstveni odgoj

trebaju provoditi djelatnici iz tima školske medicine koji isto tako smatraju da bi zdravstveni odgoj kao zasebni predmet i sve teme trebale provoditi medicinske sestre. Prema podacima može se zaključiti da prevladava mišljenje o uključivanju medicinskih sestara u izvođenje svih ili samo nekih tema zdravstvenog odgoja. Ovo mišljenje u skladu je sa svjetskim iskustvima koja ukazuju na ulogu i važnost školskih sestara koje argumentira postojeća literatura (11). Promjene u načinu obrazovanja medicinskih sestara doprinose njihovom uključivanju u odgojno-obrazovni sustav što je moguće vidjeti iz popisa i sadržaja kolegija koji se izvode na visokim učilištima za obrazovanje medicinskih sestara.

Istaknuto je u teorijskom dijelu rada da se ulaskom u doba adolescencije mladi povode za mišljenjima vršnjaka te odabiru ponašanja koja su prihvatljiva među skupinama kojima pripadaju ili žele pripadati. Tome doprinosi i mišljenje većine ispitanika koji smatraju da vršnjaci imaju veći utjecaj na ponašanja od bilo kojih oblika zdravstvenog odgoja. U odnosu na izneseno nisu utvrđene značajne razlike među ispitanicima. Dobiveni podaci potvrđuju postojeće spoznaje da preventivni programi često nemaju uspjeha iz razloga što su pogrešno implementirani po principu kvantitete i kvalitete intervencija što se posebno odnosi na kronološku i razvojnu dob ciljnih skupina intervencija, a pod jakim utjecajem okruženja i imitacijom modela, pojedinačne intervencije često nemaju značajnog efekta na promjenu zdravstvenog ponašanja učenika (15, 16).

Činjenicu o značajnom utjecaju okruženja na usvajanje obrazaca ponašanja pojedinca naveli su autori koji su ukazali da neka neprimjerena i problemska ponašanja, među kojima je konzumiranje alkoholnih pića, pripadaju običajima te se smatraju prihvatljivima (2, 18). Učenici često počinju s pušenjem, zato što to rade njihovi roditelji, zbog želje za identifikacijom i pripadanjem određenoj vršnjačkoj skupini te izgradnje identiteta prilikom čega pribjegavaju ponašanjima koja ih čine odraslijima nego što jesu (2, 18). Isto tako, već je navedeno da na odgoj nenamjerno djeluju određene osobe, literatura i drugi umjetnički doživljaji, promidžbeni materijali, mediji, časopisi i stripovi, vršnjaci i organizirane skupine istomišljenika. Sukladno tome, utjecaj grupe vršnjaka može istovremeno biti rizični i zaštitni čimbenik za ponašanje, navike i stavove mladih.

Usporedbom važnosti školskog okruženja, vršnjačke grupe i socioekonomskog statusa u zdravstvenom ponašanju i subjektivnom zdravlju hrvatskih učenika utvrđeno je kako učenici u dobi od 15 godina, koji se slabije snalaze u vršnjačkoj grupi (oni koji imaju manje prijatelja i rjeđe komuniciraju s tim prijateljima), manje puše i manje se opijaju te dnevno piju

dvostruko manje slatka pića, a oni s manjom vršnjačkom grupom bili su do 60% manje tjelesno aktivni od njihovih vršnjaka s većom vršnjačkog grupom dok je u dobi od 11 godina ta razlika iznosila čak 130% (4). Navedena ponašanja (pušenje, opijanje, pijeње slatkih pića i tjelesna aktivnost) autori objašnjavaju većim brojem prijatelja i češćim kontaktima s prijateljima jer su to aktivnosti koje se posebno u ovoj dobi odvijaju unutar vršnjačke grupe (4).

Većina ispitanika smatra da bi formalno obrazovanje učitelja trebalo sadržavati i medicinske sadržaje. Ovo može proizlaziti iz potrebe poznavanja područja rada koje učitelji moraju prezentirati učenicima u sklopu takozvanih modula, ali i iz prihvaćanja škole kao institucije koja ima ulogu da odgaja i obrazuje. Učitelji se značajno više slažu s tvrdnjom da teme zdravstvenog odgoja treba kao i sada provoditi unutar nastavnih predmeta, a s ciljem povezivanja svih znanja i njihove integracije u svakodnevni život.

Istovremeno s naglašavanjem kompleksne uloge škole u promicanju cjelovitog razvoja i napretka učenika, većina ispitanika uglavnom i u potpunosti izražava mišljenje da je zdravstveni odgoj u školi najbolji način promicanja pravilne prehrane i higijene učenika, prevencije zlouporabe alkohola i ovisnosti, prevencije nasilničkog ponašanja i sprečavanja maloljetničkih trudnoća. Usporedbom prema profesionalnom opredjeljenju, medicinske sestre značajno više smatraju da se zdravstvenim odgojem može promicati pravilna prehrana i higijena učenika. Isto tako, većina ispitanika složna je u mišljenju da se zdravstvenim odgojem mogu mijenjati već stečena znanja i vještine što je i cilj naveden u definiciji zdravstvenog odgoja.

Također većina ispitanika, bez značajnih razlika u odnosu na dob i spol, izražava mišljenje da je u zdravstveni odgoj potrebno uključiti medije i druge javne ustanove. Ovo je u skladu s istraživanjem autora koji ističu da suvremeni način života i životne navike djece doprinose razvoju nepovoljnih uvjeta za očuvanje zdravlja (10). Oni izdvajaju suvremene tehnologije kao čimbenik koji odvlači djecu i mlade ljude od zdravih životnih navika kao što je na primjer kretanje ili neka druga fizička aktivnost i koje istovremeno kroz reklamne emisije potiču konzumaciju grickalica i drugih nezdravih proizvoda odnosno namirnica (10).

Većina ispitanika smatra da bi sa sadržajima zdravstvenog odgoja jednako trebalo upoznati djevojčice i dječake, ali se s time značajno manje slažu muški i ispitanici mlađi od 30 godina dok u odnosu na zanimanje ispitanika nisu utvrđene značajne razlike na ovoj tvrdnji. Poznato je da postojeći plan i program zdravstvenog odgoja s planiranim modulima sadrži teme koje obuhvaćaju sva područja razvoja djece i djeluju na očuvanje njihovog zdravlja. Ispitanici su na temelju ponuđenih tvrdnji izražavali svoje slaganje o primjerenom početku provođenja pojedinih modula. Dakle najveći postotak ispitanika, kao što je prikazano u rezultatima, izrazio je slaganje s tvrdnjom da bi modul Živjeti zdravo trebalo početi provoditi od prvog razreda osnovne škole. U odnosu na ovaj model, učitelji bi značajno prije uveli njegovo provođenje.

Isto tako najveći se postotak ispitanika slaže s tvrdnjom da je od prvog razreda osnovne škole potrebno provoditi modul Pnasilničkog ponašanja. Spomenuto je već u tekstu da se određena ponašanja smatraju prihvatljiva ili neprihvatljiva ovisno o društvenom kontekstu. Poznati je stav starijih generacija koje zagovaraju nasilje među vršnjacima kao uobičajeno, normalno i sastavnim dijelom odrastanja i učenja kako se zalagati za vlastite stavove i kako se braniti (4). Istraživanjem su dobiveni podaci da 82% dječaka i 84% djevojčica nikad nije bilo zlostavljano od strane svojih vršnjaka, 11% dječaka i 10% djevojčica bilo je zlostavljano jednom ili dvaput u zadnjih nekoliko mjeseci, 2% dječaka i 2% djevojčica bilo je zlostavljano dva ili tri puta mjesečno, 2% dječaka i 2% djevojčica bilo je zlostavljano otprilike jednom tjedno, a 4% dječaka i 3% djevojčica bilo je zlostavljano više puta tjedno (4). Sve navedeno ukazuje na opravdanost ranog uvođenja prevencije nasilničkog ponašanja.

U odnosu na dob, ispitanici s 51 i više godina značajno se više slažu s tvrdnjom da se prevencija nasilničkog ponašanja može provoditi u školi. U odnosu na spomenuti modul Prevencije nasilničkog ponašanja, stariji ispitanici bi ga radije provodili već od prvoga razreda kao i učitelji koji bi značajno prije medicinskih sestara uveli provođenje ovog modula, odnosno od prvoga razreda osnovne škole.

U vezi s početkom provođenja pojedinih modula u osnovnoj školi, najviše ispitanika slaže se s tvrdnjom da bi modul Prevencija ovisnosti trebalo provoditi od petoga razreda osnovne škole. Kada se govori o intervencijama za prevenciju ovisnosti kod mladih, onda se one najčešće odnose na pušenje, konzumiranje alkohola i droge. Već je spomenuto u uvodnom dijelu poglavlja, da je uzimanje droga uvijek izloženo društvenoj osudi, a neka se

nepoželjna ponašanja kao što su uzimanje alkohola i pušenje u našoj kulturi prihvaćaju i toleriraju kao uobičajena (17). Iz tog je razloga otežano provođenje intervencija i preventivnih aktivnosti za smanjenje i apstinenciju od njihovog prakticiranja. U odnosu na upotrebu kanabisa tijekom adolescencije postoje tvrdnje kako je za većinu ljudi konzumacija marihuane fenomen povezan s periodom adolescencije i nije povezan s zlouporabom sredstava ovisnosti u odrasloj dobi, ali oprečno je mišljenje kako je rana konzumacija kanabisa prediktivna za kasnije probleme psihosocijalne prilagodbe te povećan rizik ovisnosti o kanabisu u odrasloj dobi (4). Prosječna dob prvoga uzimanja bilo kojeg sredstva ovisnosti u Hrvatskoj je 16,1 godina, a glavnog sredstva 19,7 godina (4). Prema izjavama osoba liječenih zbog zlouporabe opijata njih 69,7% je kao prvu drogu uzimalo marihuanu (4). Autori nadalje navode da su u mnogim istraživanjima roditeljski nadzor, školski uspjeh i struktura obitelji nađeni kao snažni prediktori rizičnih ponašanja, uključujući i konzumaciju marihuane (4). U skladu s tim, raniji početak provođenja preventivnih mjera među učenicima osnovnih škola može odgoditi ili umanjiti početak i broj djece koja eksperimentiraju ili uzimaju neko sredstvo ovisnosti. Iako su mladi svjesni opasnosti i imaju znanja o štetnosti pušenja, oni te opasnosti ne povezuju s vlastitim pušačkim iskustvima, a zbog kratkoročnih društvenih pogodnosti za koje smatraju da im pušenje donosi, djeca i mladi podcjenjuju i zanemaruju dugoročne negativne posljedice pušenja (4). Stariji ispitanici bi modul Prevencije ovisnosti uveli od trećega razreda za razliku od ispitanika mlađih od četrdeset godina koji bi modul prevencije ovisnosti uveli tek od petoga razreda. Također bi učitelji provođenje ovog modula uveli značajno prije medicinskih sestara, u četvrtom razredu.

Modul Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje većina ispitanika počela bi provoditi od petoga razreda osnovne škole, a u odnosu na spol ispitanika nisu utvrđene značajne razlike. Učitelji bi značajno ranije počeli provoditi ovaj modul, odnosno od četvrtoga razreda dok bi medicinske sestre taj modul počele provoditi od petoga razreda. Dokazano je da za mlade koji su skloni zlouporabi alkohola i drugih psiho-aktivnih tvari postoji i veći rizik upuštanja u rane i rizične seksualne odnose (4).

## 6. ZAKLJUČAK

U skladu s navedenim podacima drugih istraživanja i s dobivenim podacima u ovom istraživanju možemo s velikom sigurnošću tvrditi da ispitanici u obje skupine prepoznaju važnost ranog preventivnog djelovanja na usvajanje navika i ponašanje učenika kroz mjere provođenja zdravstvenog odgoja. Isto tako, može se tvrditi da ispitanici prepoznaju neprimjerene oblike ponašanja kao opći društveni i javnozdravstveni problem koji nastaju pod utjecajem vršnjaka i sadržaja koji se prezentiraju u medijima, a koji predstavljaju rizik ili opasnost za narušavanje zdravlja. Očekivano je da će značajno više medicinskih sestara izražavati mišljenje o dominantnosti nad područjem zdravstvenog odgoja, a posebno zato jer u sebi sadrži termin zdravstveni koji se oduvijek veže uz medicinu i zdravlje. Sukladno tome su i dobiveni rezultati na kojima medicinske sestre pretendiraju na mjesto izvoditelja zdravstvenog odgoja kao zasebnog predmeta u školi ili kao predmeta izvan školskih ustanova, a imajući u vidu profesionalnu nadmoć u poznavanju prevencije i uzroka zdravstvenih poremećaja i bolesti, ali i mogućnosti stjecanja dodatnih kompetencija u poučavanju.

Uz sve navedeno, a na temelju dobivenih podataka, mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- medicinske sestre imaju pozitivna mišljenja o provođenju zdravstvenog odgoja
- medicinske sestre značajno više smatraju da zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole te da bi ga one trebale provoditi
- medicinske sestre značajno više smatraju da zdravstveni odgoj treba provoditi izvan školskih ustanova
- medicinske sestre značajno više smatraju da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika
- učitelji imaju pozitivna mišljenja o provođenju zdravstvenog odgoja u školi, ali značajno više smatraju da zdravstveni odgoj treba provoditi unutar postojećih nastavnih predmeta
- učitelji bi značajno ranije počeli s provedbom svih modula zdravstvenog odgoja
- ispitanici mlađi od trideset godina značajno više smatraju da zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne škole i u srednjim školama
- ispitanici mlađi od trideset godina značajno više smatraju da zdravstveni odgoj trebaju provoditi medicinske sestre i djelatnici iz tima školske medicine
- ispitanici mlađi od trideset godina značajno više smatraju da zdravstveni odgoj treba provoditi izvan školskih ustanova

- ispitanici mlađi od trideset godina značajno manje smatraju da djevojčice i dječaci trebaju podjednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja
- ispitanici u dobi od 51 i više godina značajno više tvrde da je zdravstveni odgoj u školama najbolja mjera prevencije nasilničkog ponašanja
- ispitanici ženskog spola značajno više smatraju da zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju izvoditi zdravstveni odgajatelji, a samo neke teme medicinske sestre po pozivu iz škole
- ispitanici ženskog spola značajno više smatraju da djevojčice i dječaci trebaju podjednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja
- ispitanici stariji od 40 godina značajno više smatraju da modul prevencije nasilničkog ponašanje treba početi provoditi od prvoga razreda osnovne škole
- ispitanici stariji od 51 godine značajno više smatraju da modul Prevencije ovisnosti treba provoditi od trećega razreda osnovne škole
- ispitanici stariji od 40 godina značajno više smatraju da modul Spolne/rodne ravnopravnosti i odgovornog spolnog ponašanja treba provoditi od četvrtoga razreda osnovne škole



## 7. SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja je ispitati mišljenja medicinskih sestara i učitelja o provođenju zdravstvenog odgoja u školama te utvrditi razlike u mišljenjima ispitanika u odnosu na njihovu dob, spol, usmjerenje obrazovanja te kronološku dob i spol učenika.

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija.

Ispitanici i metode. Sveukupni uzorak ispitanika čini 254 medicinskih sestara i učitelja koji su putem upitnika kreiranog za potrebe ovog istraživanja izražavali svoje slaganje s tvrdnjama o zdravstvenom odgoju. Korištene su prikladne statističke metode uz razinu značajnosti 0,05.

Rezultati ukazuju na postojanje značajno izraženijeg mišljenja učitelja o provođenju zdravstvenog odgoja u školama i potrebe provođenja od ranije dobi u odnosu na medicinske sestre koje značajno više smatraju da zdravstveni odgoj treba provoditi kao zasebni predmet i izvan školskih ustanova. Medicinske sestre također smatraju da zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi zdravstveni djelatnici (medicinske sestre i djelatnici timova školske medicine).

Zaključak. Medicinske sestre i učitelji značajno se razlikuju u mišljenjima u odnosu na mjesto, početak i profesionalnu nadležnost provođenja zdravstvenog odgoja te su utvrđene neke razlike u mišljenjima u odnosu na spol i dob ispitanika.

Ključne riječi: medicinske sestre; mišljenje; škola; učitelji; zdravstveni odgoj

## 8. SUMMARY

### **Nurses and teachers opinions toward health education in school**

**Objectives.** The aim of this study was to examine nurses and teachers opinions toward health education in school. Also, this study examines differences between participants opinions about the health education implementation ways in relation to their age, gender and profesional orientation. Further, differences within groups were investigated regarding chronological age and gender of pupils.

The research is structured as cross-sectional study.

**Participants and methods.** A total sample is conducted of 254 nurses and teachers. For the purpose of this study the questionnaire was created. Participants expressed their agreement with health education claims. The differences between the category variables were tested by the Hi-square test and, if necessary, by Fisher's exact test. The normality of the distribution of numeric variables was tested by Shapiro-Wilk's test. Differences in numeric variables, due to deviations from normal distribution, were tested by Mann-Whitney's U Test. Differences in numeric variables in three and more independent groups, due to deviations from normal distribution, were tested by Kruskal-Wallis test. All P values are twotailed, and the significance level is Alpha = 0.05. Statistical program MedCalc (version 16.2.0) was used for data analysis.

**Results.** The results point out a significantly differences betwee nurses and teachers opinions about health education. Teachers have a significantly more prominent opinion about health education implementation in schools and the need to carry out in early school classes. Nurses significantly more consider that health education should be implemented as a separate subject and beyond school institutions. Nurses also consider that health education as a separate school subject should be carried out by health care professionals.

**Conclusion.** As shown in the results, nurses and teachers differ significantly in their opinions regarding the place and the beginning of health education. Also, there are pointed differences in opinions regarding sex and age of respondents. Nevertheless, nurses and teachers agree that the implementation of health education is necessary in school aged children population.

**Key words:** nurses; opinions; school; teachers; health education

## 9. LITERATURA

1. Leurs MTV, Bessems K, Schaalma HP, de Vries H. Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health education research*, 2007; 22, 1: 58-69.
2. Brlas S, Konopek S, Kovač G, Majurec M, Matošević Lj, Obradović S, i sur. Javnozdravstveni problemi među učenicima srednjih škola; *Život i škola*, 2005; 14, 2: 126-132.
3. Capak K.: Usporedba vodećih javnozdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji, Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016.
4. Kuzman M, Pavić Šimetin L, Pejnović Franelić I.: Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2009/2010, Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012.
5. Šekerija M. Maligne bolesti. U: Capak K, urednik: Usporedba vodećih javnozdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji, Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016. str. 14-19.
6. Silobrčić Radić M. Mentalni poremećaji. U: Capak K, urednik: Usporedba vodećih javnozdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji, Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016. str. 20-25.
7. Poljičanin T. Šećerna bolest. U: Capak K, urednik: Usporedba vodećih javnozdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji, Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016. str. 26-29.
8. Radić M. Oralno zdravlje. U: Capak K, urednik: Usporedba vodećih javnozdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji, Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2016. str. 30-34.
9. Bagarić M. Pedagoške nenamjernosti protiv pedagojskih pojmova: Pedagojska istraživanja, 2010; 7, 1: 43-53.
10. Harrison M, Burns CF, McGuinness M, Heslin J, Murphy NM. Influence of a health education intervention on physical activity and screen time in primary school children: switch of-get active: *Journal of science and medicine in sport*, 2006; 9: 388-394.
11. Ptiček M.: Stavovi medicinskih sestara o njihovoj ulozi u provođenju zdravstvenog odgoja u školi, Diplomski rad, Zagreb; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2014.
12. Puhl RM, Latner JD. Stigma, obesity and the health of the nation children. *Psychological bulletin*, 2007; 133, 4: 557-580.

13. Weber Cullen K, Baranowsky T, Rittenberry L, Olvera N.: Social-environmental influences on childrens diets: results from focus groups with african-, euro- and mexican-american children and their parents, *Health education research*, 2000; 15, 5: 581-590.
14. Sigfusdottir ID, Kristjansson AL, Allegrante JP.: Health behaviour and academic achievement inIcelandic school children, *Health education research*, 2007; 22, 1: 70-80.
15. Nutbeam D, Aar L, Catford J.: Understanding childrens health behaviour: the implications for health promotion for young people, *Soc.sci.med.* ,1989; 29, 3: 317-325.
16. Resnicow K, Davis M, Smith M, Lazarus-Yaroch A, Baranowski T, Baranowski J, i sur.: How best to measure implementation of school health curricula: a comparison of three measures, *Health education research*, 1998; 13, 2: 239-250.
17. Bogнар L.: Metodika odgoja, Osijek, Pedagoški fakultet, 1999.
18. Currie CE, Elton RA, Todd J, Platt S.: Indicators of socioeconomic status for adolescents; the WHO health behaviour in school-aged children survey. *Health education research*, 1997; 12, 3; 385-397.
19. St Leger L.: What is the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? *Health promotion international*, 2004; 19, 4; 405-408.
20. Jukić R.: Moralne vrijednosti kao osnova odgoja, *Nova prisutnost*, 2013; 11, 3: 401-417.
21. Radovan-Burja M.: Filozofija kao odgajateljica, *Magistra Ladertina*, 2011; 6: 45-54.
22. Pastuović, N. Edukologija,Integrativna znanost o sustavu cjeloživotnog obrazovanja i odgoja, Zagreb, Znamen, 1999.
23. Kok G, Schaalma H, Ruiter RAC, Van Empelen P.: Intervention mapping: a protocol for applying health psychology theory to prevention programmes, *Journal of health psychology*, 2004; 9,1: 85-98.
24. Ilić V, Ilić R.: Metodika zdravstvenog odgoja, Zagreb, Školska knjiga, 2006.
25. Sindik J, Rončević T: Metode zdravstvenog odgoja i promocije zdravlja, Dubrovnik, Sveučilište u Dubrovniku, 2014.
26. Jovanović Ž. :Unapređenje zdravstvene kulture društva, U: Mićanović M, urednik: Priručnik za nastavnike i stručne suradnike u srednjoj školi, Zagreb; Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, 2013. str. 7-8.
27. Silov M: Odgoj i teorija smisla, *Odgojne znanosti*, 2007; 9, 1: 75-89.

28. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine, br. 126/2006, 2006.
29. Agencija za odgoj i obrazovanje, Nastavni plan i program zdravstvenog odgoja u osnovnoj i srednjoj školi, Zagreb, 2013.
30. Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta Republike Hrvatske, Nacionalni okvirni kurikulum za predškolski odgoj i obrazovanje te općeobrazovno i srednjoškolsko obrazovanje, Zagreb, 2011.
31. Herrman H, Saxena S, Moodie R: Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, Geneva, World Health Organization; 2005.
32. Victoir A, Eertmans A, Van den Bergh O, Van den Broucke S.: Association of substance use behaviours and their social-cognitive determinants in secondary school students, Health education research, 2007; 22, 1: 81-94.
33. Marušić M. i sur.: Uvod u znanstveni rad u medicini. 4. izd., udžbenik, Zagreb, Medicinska naklada, 2008.
34. Ivanković D. i sur.: Osnove statističke analize za medicinare, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1988.

## 10. ŽIVOTOPIS

Renata Možanić rođena je u Varaždinu 31. prosinca 1978., a djetinjstvo provodi u obližnjem Maruševcu gdje je završila osnovnu školu.

Srednjoškolsko obrazovanje za zanimanje medicinske sestre/tehničara završila 1997. godine također u Maruševcu.

Na Odjelu biomedicinskih znanosti Sveučilišta Sjever, 2014. godine stekla je zvanje prvostupnica sestrinstva, a zatim u 2015. započinje obrazovanje na Diplomskom studiju sestrinstva Medicinskog fakulteta u Osijeku, Odsjek u Čakovcu.

U Općoj bolnici Varaždin obavila je pripravnički staž, a zatim 1998. godine položila stručni ispit i stekla uvjete za samostalan rad. Nakon jednogodišnjeg rada u Varaždinskoj općoj bolnici, 1999. zapošljava se u Ustanovi za zdravstvenu njegu „Lekić“ gdje na poslovima zdravstvene njege bolesnika radi do 2012. godine kada postaje voditelj Ustanove.

Član je Hrvatske komore medicinskih sestara i Udruge medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Stručno djelovanje nastavlja kroz rad u odboru za edukaciju medicinskih sestara zdravstvene njege u kući te aktivno sudjelovanje na simpozijima i kongresima u organizaciji strukovnih organizacija.

## **11. PRILOZI**

Prilog 1. Upitnik o provođenju zdravstvenog odgoja u školi

## Upitnik o provođenju zdravstvenog odgoja u školi<sup>1</sup>

Poštovani, poštovane

Pozivam Vas da u svojstvu ispitanika sudjelujete u istraživanju kojemu je opći cilj ispitati mišljenja o provođenju zdravstvenog odgoja u školama. Vaše sudjelovanje je dragovoljno, uz primjerenu zaštitu i tajnost podataka. Molimo Vas da odgovorite na pitanja i označite vrijednost na skali koja se najviše odnosi na Vaše slaganje s pripadajućom tvrdnjom.

Koliko imate godina? (upišite)	
Vaš spol ( <i>zaokružite</i> )	M      Ž
Vaše zanimanje	
Koliko imate sveukupnog radnog staža?	
Na kojem radnom mjestu trenutno radite?	
Koliko dugo radite na trenutnom radnom mjestu?	

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti ne slažem	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1. Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet u svim razredima osnovne i srednje škole	1	2	3	4	5
2. Zdravstveni odgoj treba se provoditi izvan školskih ustanova	1	2	3	4	5
3. Teme zdravstvenog odgoja treba kao i sada provoditi unutar nastavnih predmeta	1	2	3	4	5
4. Zdravstveni odgoj treba biti zasebni predmet samo u višim razredima osnovne i u srednjim školama	1	2	3	4	5
5. Zdravstveni odgoj treba provoditi i na visokoškolskim institucijama	1	2	3	4	5
6. Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je javno predavanje	1	2	3	4	5
7. Najdjelotvornija metoda provođenja zdravstvenog odgoja je radionica	1	2	3	4	5

<sup>1</sup> Renata Možanić (2017). Upitnik o provođenju zdravstvenog odgoja u školi. Sveučilište J.J.Strossmayera, Osijek; Medicinski fakultet; Diplomski studij sestrinstva.



8. Promjenu zdravstvenog ponašanja može izazvati samo neugodno iskustvo	1	2	3	4	5
9. Na zdrave navike i ponašanja više utječu vršnjačke skupine i okolina nego zdravstveni odgoj	1	2	3	4	5
10. Zdravstveni odgoj trebaju provoditi zdravstveni djelatnici iz tima školske medicine	1	2	3	4	5
11. Zdravstveni odgoj u školama trebaju provoditi učitelji s dodatnom zdravstvenom naobrazbom	1	2	3	4	5
12. Medicinske/zdravstvene sadržaje potrebno je uvesti u formalno obrazovanje učitelja	1	2	3	4	5
13. Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebali bi provoditi učitelji zdravstveni odgajatelji	1	2	3	4	5
14. Zdravstveni odgoj kao zasebni predmet trebaju provoditi medicinske sestre (bacc., dipl., mag.)	1	2	3	4	5
15. Sve teme iz modula zdravstvenog odgoja trebale bi provoditi medicinske sestre po pozivu iz škole	1	2	3	4	5
16. Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera promicanja pravilne prehrane i higijene učenika	1	2	3	4	5
17. Samo neke teme iz modula zdravstvenog odgoja trebali bi provoditi medicinske sestre po pozivu	1	2	3	4	5
18. Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji zlorabe alkohola i ovisnosti	1	2	3	4	5
19. Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji nasilničkog ponašanja	1	2	3	4	5
20. Zdravstveni odgoj u školama najbolja je mjera u prevenciji maloljetničkih trudnoća	1	2	3	4	5
21. Zdravstveni odgoj u školi može promijeniti već stečena znanja i navike	1	2	3	4	5
22. U provođenje zdravstvenog odgoja potrebno je uključiti medije i javne ustanove	1	2	3	4	5
23. Djevojčice i dječaci trebaju jednako biti upoznati sa svim temama zdravstvenog odgoja	1	2	3	4	5

Molimo odaberite jednu oznaku razreda, a koji se prema Vašem mišljenju odnosi na primjerenu dob za početak provođenja zdravstvenog odgoja.

1. Modul *Živjeti zdravo* (sadrži teme o pravilnoj prehrani, osobnoj higijeni, tjelesnoj aktivnosti i mentalnom zdravlju) treba početi provoditi u razredu:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
----	----	----	----	----	----	----	----

2. Modul *Prevenција nasilničkog ponašanja* (sadrži teme o primjerenom ponašanju u domu, školi, prometu, ponašanju prema djeci i odraslima, ponašanju prema životinjama) treba početi provoditi u razredu:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
----	----	----	----	----	----	----	----

3. Modul *Prevenција ovisnosti* (sadrži teme vezane za lijekove, prevenciju pušenja, korištenja alkoholnih pića i zlouporabe droga, kockanje i klađenje) treba početi provoditi u razredu:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
----	----	----	----	----	----	----	----

4. Modul *Spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje* (sadrži teme o ulogama u obitelji, odnosu prema vlastitom tijelu, pubertetu, spolni odnosi, trudnoća) treba početi provoditi u razredu:

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
----	----	----	----	----	----	----	----