

## Timski pristup u zbrinjavanju djece oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti - model i učinkovitost

### (Team Approach to The Treatment of School Children with Chronic Noncommunicable Diseases: A Model and Efficiency)

Tonka Čavlek<sup>1</sup>, Sanja Režek<sup>2</sup>, Andreja Bartolić<sup>2</sup>, Dubravka Došen<sup>3</sup>, Aleksandra Jakšić<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, Služba za šolsku medicinu

<sup>2</sup>O.Š. A.G. Matoš, Zagreb

<sup>3</sup>Ordinacija opće medicine, Hirčeva 1, Zagreb

<sup>4</sup>Pedijatrijska ordinacija, Šeferova bb, Zagreb

#### Sažetak

Cilj ovog istraživanja je bio evaluacija kontinuiranog osmogodišnjeg rada zbrinjavanja školske djece s kroničnim nezaraznim bolestima koristeći principe timskog rada. Stručni tim su činili nadležni školski i izabrani liječnik, psiholog, pedagog, defektolog, učitelj, socijalni radnik i drugi stručnjaci ovisno o bolesti.

Istraživanjem su obuhvaćeni svi učenici od I do VIII razreda šk. god. 2000/01 O.Š. A.G. Matoš u Zagrebu (658 učenika), Ž 337, M 321. Probir je izvršen retrospektivnom analizom zdravstvenih kartona, sistematskim pregledom i putem druge zdravstvene dokumentacije, a prema kriterijima definicije kronične bolesti i prema orijentacijskoj listi bolesti djece s teškoćama u razvoju.

Rezultati rada su pokazali da je 13,4% djece boluje od kroničnih nezaraznih bolesti s većom učestalošću u dječaka 15,1 %, a u djevojčica 11,5%. U pobolu najčešće su kronične respiratorne bolesti s 4,4%, slijede neurološke s 2,3%, cirkulacijske ili srčanožilne s 1,4 %, urogenitalne s 1,1%, zatim bolesti senzornih organa te druge bolesti. U tijeku istraživanja, nije bilo dugih izostanaka s nastave (više od dva tjedna).

Odličan ili vrlo dobar uspjeh u školi imalo je 87,5% kronično bolesnih učenika. Teškoće u učenju iskazivalo je 11,4% kronično bolesne djece a poremećaje ponašanja i psihološkog razvoja 19,3% svih kronično bolesnih učenika od kojih 82,4% dolazi iz socijalno-ekonomski depriviranih sredina. Psihologijsko testiranje skupina ukazalo je da nema statistički značajne razlike u psihosocijalnim osobinama istraživanih grupa odnosno percepcije vlastite kompetentnosti ( $t=1,15$ ;  $p>0,05$ ), nivoa razvijenog samopoštovanja ( $t=1,22$ ;  $p>0,05$ ), te prisutnosti dva čimbenika ličnosti: introverzije-ekstroverzije i neuroticizma-emocionalne stabilnosti ( $t=1,06$ ;  $p>0,05$ ). Prema anketi učitelja kronično bolesna djeca ne koriste svoju bolest da bi postigla bolji uspjeh.

Primjenom principa timskog rada, koristeći stručne kompetencije članova višestrukovnog tima i provedbom mjera može se postići učinkovita zaštita kronično bolesnog djeteta odnosno uspješna psihosocijalna prilagodba i uspjeh djeteta u školi, dobra kontrola bolesti, smanjenje izostanaka i hospitalizacije te uspostaviti dobra komunikacija s djetetom, obitelji i unutar tima.

**Ključne riječi:** djeca, kronične nezarazne bolesti, timski pristup

#### Abstract

The aim of this investigation was evaluation of continued eight year caring for school children with chronic non-communicable diseases using the team work principles. The expert team consisted of school doctor and general practitioner, psychologist, pedagogue, special teacher, primary teacher, social worker, and other expert depends on disease.

The study comprised pupils enrolled in grades 1 – 8 of the elementary school «A.G. Matoš» in Zagreb during school year 2000/2001. There were 337 girls and 321 boys. The selection was made based on the retrospective analysis of health charts, systematic examinations and other medical records as well as according to the definition of chronic diseases and orientation list of diseases found in children with developmental disorders. The results of the study showed that 13.4% of pupils suffered from chronic non-communicable disease, the incidence being higher in boys (15.1%) than in girls (11.5%). Most frequent diseases were chronic respiratory diseases (4.4%), neurological diseases (2.3%), vascular and cardiovascular diseases (1.4%), urogenital diseases (1.1%), sensory organ diseases and etc.

87.5% of pupils suffering from chronic diseases had very good and good school performance. Learning problems were found in 11.4% of pupils with chronic diseases, whereas behavioral or

psychological disorders were present in 19.3% of all pupils with chronic diseases. 82.4% of these came from socially and economically deprived communities. Psychological testing of this group showed no statistically significant difference either in the psychological features of examined groups or in the perception of self-competence ( $t= 1.15$ ;  $p > 0.05$ ), the level of developed self-esteem ( $t=1.22$ ;  $p > 0.05$ ), and the presence of two character factors: introversion-extroversion and neuroticism – emotional stability ( $t= 1.06$ ;  $p > 0.05$ ). According to the survey conducted in the teachers, pupils with chronic diseases did not use their disease for achievement of higher grades. By applying team work principles, using expert competence of multiexpert team and implementing adequate measures the following goals can be achieved: efficient protection of school children with chronic diseases, efficient psychosocial adaptation and good school performance, good disease control, reduced absence from school and reduced hospitalization, as well as establishment of good communication with the child, its family and members of the team.

**Key words:** child, chronic non-infectious diseases, team approach

Bolest je dinamični proces koji ima svoj razvojni tijek u kojem može ući u kroničnu fazu. Kronično bolesnim djetetom smatra se dijete koje je tri mjeseca u godini bolesno od neke bolesti ili je radi nje bilo u bolnici više od mjesec dana. U dječjoj dobi prema američkoj literaturi kronično bolesne djece ima 10-15%. Podjednaka učestalost, 11-15,7%, ustanovljena je u Hrvatskoj (1,2,3).

U kroničnoj fazi, bolest može izazvati različite fizičke i psihičke teškoće i komplikacije s oštećenjem pojedinih organa, mogućom invalidnošću i hendikepom. Uslijed nastalih okolnosti dijete ima posebne potrebe u rastu, razvoju i životu. Kako će kronična bolest utjecati na razvoj osobnosti djeteta ovisi o prirodi bolesti, trajanju, načinu pojavljivanja, prognozi, razdoblju prvog pojavljivanja, ličnosti djeteta i djetetovoj okolini (1,4). Da bi se spriječio razvoj poteškoća neophodno je rano otkrivanje bolesti, optimalno liječenje uz dobru kontrolu bolesti specifičnom timskom višestrukovnom zaštitom. Veliki napredak danas je novorođenački skrining na neke bolesti koje se mogu liječiti, a koje se klinički ne mogu rano prepoznati, dok je za mnoge druge značajno rano prepoznavanje na sistematskim pregledima koje provode pedijatri i/ili obiteljski liječnici za predškolski uzrast, a liječnici školske medicine za školsku djecu i studente tijekom školovanja (5,6).

Većina kroničnih bolesti odraslih su uglavnom posljedica odabranih stilova života u mladosti. S gledišta zdravlja cjelokupnog pučanstva od posebnog značenja su čimbenici rizika i bolesti koje smanjuju kvalitetu života u zreloj dobi. Posljedice su rani pobol i u konačnici razvoj kroničnih bolesti s oštećenjem, invalidnošću i hendikepom te prerana smrt. Danas se u dobi od 37 - 57. godine života javljaju 3-4 kronične bolesti, a u 65-toj se udvostručuju (7,8). Istraživanja pokazuju važnost prepoznavanja rizika u dječjoj i adolescentnoj dobi i provodjenja preventivnih programa i intervencija za njihovo smanjenje ili otklanjanje. Većina čimbenika rizika pojavljuje se u djetinjstvu, ali ostaje otvoreno pitanje koji rizici ostaju prisutni u odrasloj dobi. Čak 30 - 60 % djece do 12 godina ima najmanje jedan čimbenik rizika (9,10,11).

Da bi se dijete s kroničnom bolesti moglo razviti u odraslog sa što manje posljedica bolesti potrebno je da uz mjere specifične zaštite budu ispunjena tri uporišta: predispozicije samog djeteta, obitelj i okolina - prije svega škola. Poželjno je da roditelji izbjegnu najčešće pogreške, a to su skrivanje, odbacivanje ili prezaštićivanje koje vodi razvoju suvulnerabilnog djeteta. Uz obitelj u odgoju i obrazovanju važno mjesto zauzima škola. Škola je najrelevantnija u poticanju razvoja psihosocijalnih osobina, poučava životnim vještinama, pruža prigodu za uspjeh i pomaže razvoju djece u samostalnoj, odgovornoj i kreativnoj osobi, a dužna je voditi brigu i o zdravlju. Prema literaturi 30 do 40 % kronično bolesne djece, premda urednog intelektualnog razvoja, ima poteškoće u školi s učenjem i/ili ponašanjem (1,12,13). Međutim neka domaća istraživanja ukazuju da su kronično bolesna djeca pretežito vrlo dobra i odlična (2,3). Da bi se maksimalno moguće smanjile ili eliminirale poteškoće, ako postoje, u skrbi oko kronično bolesnog djeteta treba uključiti tim neophodnih stručnjaka.

Tim je skupina stručnjaka odgovornih za postizanje cilja koordiniranim suradničkim odnosom različitih struka i uskom suradnjom s obitelji bolesnog djeteta. Stalni članovi tima su nadležni školski liječnik, izabrani liječnik, psiholog, pedagog, defektolog, učitelj, socijalni radnik i drugi specijalisti prema indikaciji. Pristup u radu je istovremeno pojedinačni i sveobuhvatni, okrenut djetetu kao osobi u društvenom okruženju. Tim prije djelovanja jasno definira ciljeve, planira djelovanje, provedbu planova i evaluaciju. Ciljevi učinkovitog timskog rada su olakšati prilagodbu i povećati kompetentnost obitelji, okoline i djeteta u brizi za djetetovo zdravlje, zadovoljiti potrebe djeteta a da se ne zanemare ostali članovi obitelji. Najvažnije je pritom osposobiti bolesno dijete za što kvalitetniji život uz postojeće oštećenje i/ili invalidnost, smanjenjem hendikepa i olakšavanjem psihosocijalne prilagodbe te uspješnom integracijom u svakidašnji život (1, 14, 15).

#### **CILJ**

Prikazati model i osnovne karakteristike timskog pristupa u radu stručnjaka na zbrinjavanju školske djece oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti i/ili djece s posebnim potrebama.

Istražiti i prikazati broj kronično oboljele djece i djece s više čimbenika rizika za razvoj kroničnih

bolesti u jednoj osnovnoj školi u gradu Zagrebu (OŠ A. G. Matoša). Pratiti tijek bolesti i uspjeh u školi. Prikazati moguće poteškoće u učenju i / ili ponašanju kronično bolesne djece. Istražiti psihosocijalne osobine kronično bolesne i zdrave djece kao kontrolne skupine. Ispitati stav učitelja i njihov odnos prema kronično bolesnom djetetu.

Temeljem rezultata istraživanja, na bazi osmogodišnjeg kontinuiranog timskog rada u jednoj osnovnoj školi u gradu Zagrebu, procijeniti učinkovitost modela timskog pristupa u zbrinjavanju kronično bolesne djece i/ili djece s posebnim potrebama.

## **ISPITANICI I METODE**

Redoviti profesionalni rad stručnjaka pojedinih struka s kronično bolesnom djecom povezan je u tim koji je sačinjavao nadležni školski liječnik, izabrani liječnik, psiholog, pedagog, defektolog, učitelj, socijalni radnik, prema potrebi drugi specijalisti prema vrsti bolesti te druge struke po potrebi. Tim je u radu uvažavao pristup partnerstva i stručnosti, uključujući i obitelj bolesnog djeteta. Koordinacija i zbrinjavanje djeteta vršila se timskim sintezama i drugim oblicima komunikacije; e-mailom, telefonom, dopisom, konzultacijama (15,16). Roditelji su prema potrebi bili uključivani u timske sinteze.

Istraživanjem su obuhvaćeni svi učenici od I do VIII razreda šk. god. 2000/01 OŠ. A.G. Matoš u Zagrebu (658 učenika), Ž 337, M 321. OŠ. A.G. Matoš po broju učenika i njihovim društveno - ekonomskim karakteristikama predstavlja reprezentativnu školu za gradska područja. Probir je izvršen retrospektivnom analizom zdravstvenih kartona, sistematskim pregledom i putem druge zdravstvene dokumentacije, a prema kriterijima definicije kronične bolesti i prema orijentacijskoj listi bolesti djece s teškoćama u razvoju (1, 16). U svrhu utvrđivanja psihosocijalnih osobina kronično bolesne djece 45-ero kronično bolesne djece od V do VIII razreda i 45-ero slučajno odabranih učenika kao kontrolna grupa iste dobi, spola i mjesta stanovanja obuhvaćeni su psihologijskim testiranjem. Primjenjeni su slijedeći psihologijski testovi: EPQ Junior-Eysenckov upitnik ličnosti za djecu - 1975 (17), Skala perceptivne nekompetentnosti (18) i Skala samopoštovanja (19). Navedeni testovi ukazuju na psihosocijalne osobine ispitanika: percepciju kompetencije, razinu samopoštovanja i karakteristike ličnosti (ekstroverzija - introverzija i neuroticizam -emocionalna stabilnost). Uvažavajući razvojne karakteristike djece navedeni testovi nisu primjenjeni na svu kronično bolesnu djecu već na djecu u dobi 11 do 14 godina. Obrazovni uspjeh praćen je iz učeničkih mapa. Teškoće učenja i ponašanja te tijek bolesti iz pedagoške i medicinske dokumentacije. Stav učitelja ispitan je anketom. Dobiveni podaci su statistički obrađeni deskriptivnim metodama, prikazani tablično i slikovno, te testirani Studentovim t - testom .

## **MODEL VIŠESTRUKOVNOG TIMSKOG PRISTUPA – primijenjen u ovom istraživanju**

Osim sistematskih i namjenskih pregleda, skrininga i zdravstveno-odgojnih mjera koji su u državnom Programu specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite za djecu i mladež školske dobi te redovite studente, provode se preventivni projekti i intervencijski programi kao što su Europska mreža škola koje promiču zdravlje u manjem broju škola, Svi za protiv ( usmjeren na ovisnosti), O zdravlju odlučujete sami (na KVB ) te Nacionalne strategije prevencije pojedinih kroničnih bolesti, nasilja i drugo. Međutim nisu postigli razmjere kontinuirane nacionalne intervencijske mreže i premda su usmjereni na višestrukovni pristup i grupni rad, nisu u postupnik uspjeli uvesti timski rad i timske sinteze kao obvezu. U školi u kojoj je provedeno istraživanje provedeni su i navedeni intervencijski programi koje je provodio isti tim stručnjaka dok su u program ovisnosti bili uključeni i policijski stručnjaci a u programu prevencije nasilja i zlostavljanja nevladine udruge.

Nakon reorganizacije 1998. nadležni školski liječnici u Službi školske medicine pri Zavodima za javno zdravstvo provode isključivo Program preventivnih i specifičnih mjera zaštite školske djece i mladih što omogućuje obuhvat ukupne populacije školske djece i redovitih studenata te sudjelovanje u gore navedenim projektima. Provođenje Mjera podrazumijeva primjenu timskog rada i sinteza, posebice s početkom školovanja već pri radu komisija za procjenu psihofizičkog stanja i zrelosti djeteta pri polasku u školu. Takav pristup u radu treba nastaviti tijekom cijelog školovanja. Međutim, treba konstatirati, za predviđeni program premalen je broj specijalista a normativ od 5000 učenika po liječniku previsok osobito ako zbrinjava isključivo OŠ u kojoj je opsežan program mjera a nadasve ako pokriva terenski široku mrežu (6,20).

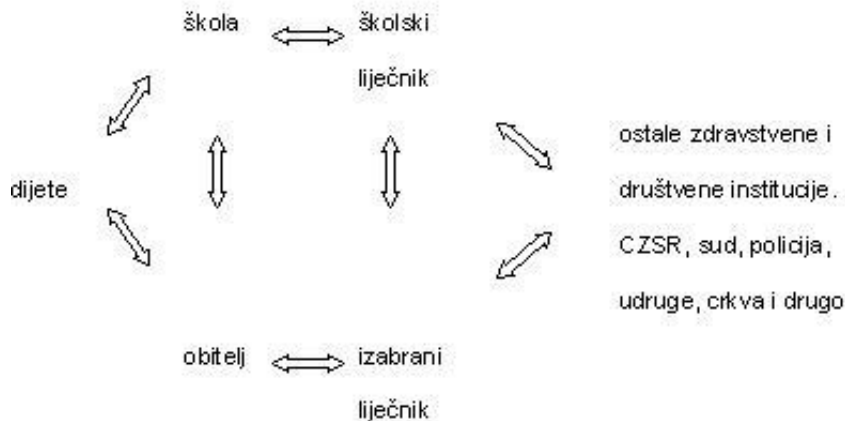
Mjere Programa obuhvaćaju unaprjeđenje zdravlja, zaštitu te primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. Dugogodišnjom suradnjom, postignutim rezultatima i promišljanjem formirali smo naš model višestrukovnog timskog pristupa u radu koristeći zakonske, stručne i znanstvene preporuke (1,4,6,7,14,15,20).

U središtu pozornosti rada tima bilo je kronično bolesno dijete i njegova obitelj s nezaobilaznom povezanošću zdravstvenih institucija, škole i drugih društvenih institucija prema potrebi. Stručni tim škole čine pedagog, psiholog, defektolog i učiteljica koji sudjeluju u radu komisije za procjenu psihofizičkog stanja djeteta pri upisu u OŠ i u tijeku školovanja.

Nadležni školski liječnik koji provodi program preventivnih i specifičnih mjera zaštite, koordinator je i veza s ostalim članovima tima u školi i izvan, a to su izabrani liječnik koji može biti pedijatar, liječnik školske medicine ili liječnik opće medicine u ulozi obiteljskog izabranog liječnika a koji skrbi o kurativnoj zaštiti školskog djeteta i ostalim potrebnim stručnjacima. Za efikasnost mjera nužan je

integrativni višestrukovni timski pristup djetetu a istovremeno pojedinačni i sveobuhvatni. Takav pristup treba provoditi kroz sustav zdravstva ali i drugih institucija. (1,2,3,4,8,14,15,).

Graf. 1. Model višestrukovnog timskog pristupa u zbrinjavanju kronično bolesnog djeteta



U našem višestrukovnom timskom pristupu koji je bio temelj modela u zbrinjavanju kronično bolesne djece svi članovi tima poštivali su pravila timskog pristupa, međusobno se konzultirali na timskim konzultacijama ili drugim načinima komunikacije realizirajući sve ciljeve Programa mjera i rada tima. To se nastojalo postići brigom za najpovoljnije moguće uvjete života i rada u školi i kući, praćenjem rasta i razvoja, vakcinacijom, individualizacijom i prilagodbom nastave, pravilnom školskom i profesionalnom orijentacijom i uspješnom integracijom u svakodnevni život uz kontinuiranu kontrolu i samokontrolu bolesti (6,16).

O osiguravanju optimalnih uvjeta u školi osim učitelja, nastavnika, profesora, posebno razrednika i ravnateljice, brigu je vodio stručni tim škole psiholog, pedagog i defektolog čija je suradnja sa zdravstvenim, socijalnim i drugim institucijama od velike važnosti. Stručni tim škole u suradnji sa školskim liječnikom vodio je brigu o zdravstvenom stanju te psihosocijalnim osobinama kronično bolesne djece, obrazovnom uspjehu, te eventualnim poteškoćama u učenju i ponašanju, savjetovanju učitelja i roditelja uz pružanje psihološke i druge podrške.

Naš pristup bio je također u skladu s integriranom razvojnom intervencijskom piramidom čiji je model utemeljen na individualnim razlikama i odnosima s bihevioralnim i drugim pristupima prema Greenspanu i sur (21). Svi kronično bolesni učenici, prema potrebi, bili su uključeni u tretmane različitih terapijskih tehnika i postupaka uz individualno i grupno savjetovanje. U radu su korištene pretežno bihevior kognitivne tehnike. Posebna pažnja posvećena je radu na stjecanju socijalnih vještina, radu na ekspresiji emocija, treningu u strategiji i metodama učenja u radionicama te senzibiliziranju okoline kronično bolesnog djeteta za njegove poteškoće s uvažavanjem različitosti u sposobnostima i sklonostima. Kod takvih poteškoća radilo se na tri nivoa: sa samim učenikom razvoj kompetentnosti, odgovornosti, samostalnosti i samokontrole; s roditeljima autoritativan odgojni stil, a s prijateljima u razredu prihvaćanje različitosti (22,23,24,25,26,27).

Učiteljice mogu znatno pridonjeti boljoj integraciji bolesne djece, djece s poteškoćama ako unaprijed pobliže upoznaju prirodu djetetove smetnje, ali i njegove jake strane, pripreme učenike na dolazak takvog učenika, predvide moguće reakcije učenika u razredu, utvrde učenikovo vjerovanje o vlastitim sposobnostima učenja i njegove moguće reakcije na školske zadatke (28). U našem timskom pristupu, prikazanom u ovom radu učiteljice su primjenjivale gornje postavke.

Ovaj opći model je primjenjen i u našoj proceduri rada s kronično bolesnom djecom. Za svako dijete je protokol bio prilagođen njegovim poteškoćama, ako ih je bilo. Odabir terapijskih tehnika i postupaka, broj primjene tretmana, broj uključenih subjekata (samo učenik, roditelji, ostali učenici iz razreda, učitelji) određen je individualno, u odnosu na određene poteškoće kod učenika.

Provjere efikasnosti ovih metoda vršene su na osnovi uspjeha u učenju, evaluaciji učenika, roditelja i učitelja te ciljnim raspravama na timskim sintezama i konačno u evaluaciji postignuća cilja ovog rada.

## REZULTATI

Istraživanjem je utvrđeno 13,4% djece oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti s većom učestalošću u dječaka 15,1 %, a u djevojčica 11,5%. U pobolu najčešće su kronične respiratorne bolesti s 4,4%, slijede neurološke s 2,3%, cirkulacijske ili srčanožilne s 1,4 %, urogenitalne s 1,1%, zatim bolesti senzornih organa te druge kako slijedi u tab. 1.

U strukturi kroničnih bolesti (tab.2) respiratorne bolesti zauzimaju prvo mjesto s 33%, a to su astma, bronchitis obstructiva najčešće alergijske prirode, alergijske bolesti gornjeg respiratornog



trakta, mukoviscidosa i dr.

Slijede neurološke bolesti sa 17%, a to su epilepsija, tm CNS-a, neurološke posljedice traume, te neurorizična djeca koja zahtijevaju posebnu pozornost radi utjecaja na edukacijsko zdravlje. Od srčanožilnih, kojih ima 10,2% su kongenitalne greške srca kao ASD, zatim LGL sy, hipertenzija, purpura anafilactoides te talasemija.

Slijede bolesti urogenitalnog sustava s 8% i to nefrotski sy, stanja iza operirane hidronefroze, VUR-a, hipospadije te komplicirane displazije urogenitalnog trakta te recidivnih upala, a ova stanja često upućuju na posebne potrebe učenika.

Posebnu pozornost zahtijevaju učenici s bolestima senzornih organa. U našem istraživanju to su učenici sa slabovidnošću uglavnom radi strabizma, s oštećenjem sluha, rascijepom nepca te drugim govornim poteškoćama. Specifične teškoće učenja kao i Sy ADD/H kod učenika u našem istraživanju uglavnom je pridružen s drugim zdravstvenim poteškoćama. Od kroničnih bolesti drugih sustava a prisutnih u učenika naše škole treba spomenuti osteodistrofiju, sy Turner, psorijas, anoreksiju te celijakiju gdje je zamijećen poremećaj ponašanja. Treba napomenuti da 11 učenika, odnosno 12,5% sa zdravstvenim teškoćama ima dvije kronične bolesti ili je prisutan visoki rizik za razvoj još jedne kronične bolesti uz postojeću, a što još više otežava odgoj i obrazovanje.

Uvidom u medicinsku dokumentaciju kronično bolesnih učenika utvrdili smo da nije došlo do pogoršanja zdravstvenog stanja učenika, da je bolest dobro kontrolirana, nije bilo hospitalizacije u vremenu praćenja.

Uvidom u učeničke mape kod kronično bolesnih učenika u tijeku istraživanja, nije bilo dugih zostanaka s nastave (više od dva tjedna).

Tablica 1. Učestalost kronično bolesnih učenika prema sustavu i spolu u OŠ. AG Matoš, šk.god. 2000 / 01.

	Muški - Male		Ženski -Female		Ukupno - Total	
Bolesti sustava / MKB 10	N = 337		N = 321		N = 658	
Disease System / ICD 10	Br/No	%	Br/No	%	%	%
Dišni / Respiratory	15	4,5	14	4,4	29	4,4
Živčani / Nervous	9	2,7	6	1,9	15	2,3
Cirkulacijski i krvni /						
Circulatory and blood	5	1,5	4	1,2	9	1,4
Spolno - mokraćni /						
Reproductive and urinary	4	1,2	3	0,9	7	1,1
Vida / Sight	5	1,5	2	0,6	7	1,1
Sluha i govora /						
Hearing and speech	6	1,8	-	-	6	0,9
Koštano - mišićni /						
Skeletal and muscular	2	0,6	2	0,6	4	0,6
Probavni / Digestive	2	0,6	1	0,3	3	0,5
Kožni / Skin	1	0,3	2	0,6	3	0,5
Psihički / Mental	1	0,3	2	0,6	3	0,5
Endokrini i metabolički /						
Endocrine and metabolism	-	-	1	0,3	1	0,2
Novotvorine / Cancer	1	0,3	-	-	1	0,2
UKUPNO / TOTAL	51	15,1	37	11,5	88	13,4

Tablica 2. Udio kroničnih bolesti učenika prema bolesti sustava u ukupnom broju kroničnih bolesti u

Bolesti sustava - MKB 10 / Disease System - ICD 10	Ukupno – Total	
	Broj	%
Dišni / Respiratory	29	33,0
Živčani / Nervous	15	17,0
Cirkulacijski i krvni / Circulatory and blood	9	10,2
Spolno - m okračni / Reproductive and urinary	7	8,0
Vida / Sight	7	8,0
Sluha i govora / Hearing and speech	6	6,8
Koštano - mišićni / Skeletal and muscular	4	4,5
Probavni / Digestive	3	3,4
Kožni / Skin	3	3,4
Psihički / Mental	3	3,4
Endokrini i metabolički / Endocrine and metabolism	1	1,1
Novotvorine / Cancer	1	1,1
UKUPNO / TOTAL	88	100

Odličan ili vrlo dobar uspjeh u školi imalo je 77 odnosno 87,5% kronično bolesnih učenika. Teškoće u učenju iskazivalo je 10 učenika, tj. 11,4% kronično bolesne djece, uglavnom radi prirode same bolesti i posebnih potreba. Većini je ukazana pomoć korištenjem zakonske mogućnosti prilagodbe programa po intenzitetu i ekstenzitetu, uvjeta rada i učenja (kod 6 učenika čl. 4.) ili uvođenjem samo individualiziranih metoda (kod 3 učenika, čl. 4) te nisu iskazali neuspjeh u školi. (16).

Uvidom u medicinsku dokumentaciju i učeničke mape te tretmane školskog psihologa i defektologa željelo se utvrditi kod svih 88 učenika s kroničnim bolestima prisutnost poremećaja ponašanja i psihološkog razvoja. Poremećaje ponašanja i psihološkog razvoja ima 17 djece, tj. 19,3% svih kronično bolesnih učenika. Utvrđeni su slijedeći poremećaji ponašanja i psihičkog razvoja: neposlus, nemir, impulzivnost, agresivnost i autoagresivnost, povučенost, strašljivost, anksioznost, ovisničko ponašanje, tikovi i enureze. Međutim treba naglasiti da njih 14 od ukupno 17, tj. 82,4% djece s takvim teškoćama dolazi iz socijalno-ekonomski depriviranih sredina: niskog standarda, nasilja, alkoholizma ili zanemarivanja te su s roditeljima uključeni u primjeren program mjera tima.

Psihologijsko testiranje 45 kronično bolesnih učenika u dobi od petog do osmog razreda i 45 zdravih učenika kontrolne skupine ukazalo je da nema statistički značajne razlike u psihosocijalnim osobinama istraživanih grupa odnosno percepcije vlastite kompetentnosti ( $t=1,15$ ;  $p>0,05$ ), nivoa razvijenog samopoštovanja ( $t=1,22$ ;  $p>0,05$ ), te prisutnosti dva čimbenika ličnosti: introverzije-ekstroverzije i neuroticizma-emocionalne stabilnosti ( $t=1,06$ ;  $p>0,05$ ).

Anketa za učitelje ukazala je na slijedeće rezultate:

- 63,2 % smatra da ih o bolesti učenika treba obavijestiti roditelj
- 58,2 % liječnik treba dati upute o ponašanju prema djetetu
- 67,5 % bolesnoj djeci treba individualan pristup
- 71,3 % bolest djeca ne koriste za utjecaj na uspjeh
- 95,9 % zadovoljni su suradnjom sa školskim liječnikom
- 51,5 % nema razlike između zdrave i kronično bolesne djece u uspjehu
- 10,2 % kronično bolesna djeca su agresivnija
- 15,6 % kronično bolesna djeca su stidljivija i nesigurnija

Značajno je uočiti da učitelji smatraju kako kronično bolesna djeca ne koriste svoju bolest da bi postigla bolji uspjeh. Međutim da bi mogli iskazati svoje sposobnosti učitelji smatraju da im je potrebna pomoć i individualizirani pristup u radu.

## RASPRAVA

Istraživanjem je dobiveno 13,4% školske djece oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti s većom

učestalosti u dječaka što je u skladu s vanjskim i domaćim istraživanjima (1,2,3). Analiza i usporedba učestalosti pojedinih bolesti u ukupnoj populaciji školske djece kao i analiza strukture kroničnih bolesti otežana je jer nema jedinstvenih državnih registara osim prijedloga za uvođenje npr. registra rizične novorođenčadi i početka registra djece s invalidnošću (29).

Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis, izvješće o zdravstvenom stanju i zdravstvenoj zaštiti u RH te pojedinačna istraživanja ukazuju da su vodeće kronične bolesti kod djece bolesti respiratornog sustava i to s 3 do 10% astme; neurološke bolesti s 8% epilepsija i 5-10% neuroloških oštećenja u nedonešene djece; slijede kardiovaskularne bolesti od kojih su najčešće djeca rođena s anomalijom - godišnje oko 400, zatim su urogenitalne te bolesti senzornih organa (30,31,32,33). Naši rezultati se podudaraju s navedenim istraživanjima.

Danas se sve veća pozornost posvećuje ranom otkrivanju čimbenika rizika i ranoj dijagnostici, uslijed čega se ranije otkrivaju alergijske bolesti, povećani rizik za razvoj kardiovaskularnih i drugih bolesti, intenzivnije se prate djeca s neurološkim rizicima koje utječu na kognitivnu sposobnost učenika a posljedica su rizičnih trudnoća, prometnih nesreća ili tumorskih procesa. I u našem istraživanju mnoga stanja nisu utvrđena kao definitivna kronična stanja već stanja s više čimbenika rizika za razvoj kroničnih bolesti te postoji mogućnost da se timskim višestrukovnim pristupom u zbrinjavanju i ne razviju. Osobito se stanja i bolesti vezana uz stil i način života smatraju preventabilnima te se mogu poboljšati jačanjem zaštitnih čimbenika i učenjem zdravih stilova života i odgovornim ponašanjem (33,34,35).

Većina ranijih istraživanja navodi 30-40% kronično bolesne djece s teškoćama u učenju i/ili ponašanju kao i utjecaj na poteškoće u psihosocijalnom funkcioniranju (1,21,32,33).

Uspjeh kronično bolesnih učenika u našem istraživanju s 87,5% vrlo dobrih i odličnih, a u kontrolnoj skupini s 84,1%, a sa svega 11,4% s teškoćama u učenju i s 19,3% učenika sa poteškoćama u ponašanju koje uglavnom proizlaze iz prirode same bolesti i posebnih potreba te obiteljskih okolnosti, bio je bolji u odnosu na rezultate ranijih istraživanja. Psihosocijalne osobine, percepcija kompetentnosti i nivoa samopoštovanja kronično bolesnih učenika nisu se statistički razlikovale od kontrolne skupine zdravih učenika. Bolji uspjeh i osobine kronično bolesnih učenika vjerojatno se mogu pripisati vrlo angažiranom timskom višestrukovnom pristupu.

Prema literaturi razlike i bolji rezultati između rada tima u odnosu na grupni rad prvenstveno se očituje u kvaliteti odnosa među članovima tima, osjećaju pripadnosti timu koji je i izvor zadovoljstva i povjerenja. U timu je bolja komunikacija, motivacija i realizacija. Učinkovitost rada bitno određuje poštivanje načela uspješne komunikacije. Komunikacija je proces postizanja zajedničke razmjene i razumijevanja poruka - dvosmjernan proces koji vodi unaprjeđenju interpersnalnih odnosa, skrbi i ukupne kvalitete rada (14,15,36,37).

S obzirom na problem kronično bolesnog djeteta danas, a još više u budućnosti biti će potrebno razvijati optimalne modele specifične zaštite, ali i raditi evaluaciju zaštite. Takva su istraživanja nužna da bi se poboljšala vrsnoća, učinkovitost i djelotvornost medicinske skrbi. Vrsnoća se procjenjuje temeljem vrsnoće tehničke skrbi, međusobnog odnosa i pogodnosti okružja. Početkom privatizacije i reorganizacije u zdravstvu mnogi autori navode važnost istraživanja kako bi se potrebne izmjene postojećeg sustava provodile na znanstveno utemeljen način (38,39,40,41).

"Što učiniti s kroničnim nezaraznim bolestima u 21. stoljeću" bila je tema triju sastanaka Svjetske zdravstvene organizacije te pokretanje projekta CINDI odnosno Sveobuhvatnoga nacionalnog programa prevencije kroničnih nezaraznih bolesti, započet u 2002. Težište djelovanja stavlja se na edukaciju o očuvanju zdravlja i sprječavanju bolesti a usmjerena je na: pravilnu prehranu, redovitu tjelovježbu, izbjegavanje pušenja i pijenja alkohola te o načinima svladavanja stresa (42). Naš model timskog pristupa u zbrinjavanju školske djece oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti i njegova evaluacija kroz neke pokazatelje pokušaj je doprinosa razvoju što boljeg modela specifične i preventivne zaštite školske djece i adolescenata.

## ZAKLJUČAK

Primjenom principa timskog rada, koristeći stručne kompetencije članova višestrukovnog tima i provedbom mjera može se postići učinkovita zaštita kronično bolesnog djeteta odnosno uspješna psihosocijalna prilagodba i uspjeh djeteta u školi, dobra kontrola bolesti, smanjenje izostanaka i hospitalizacije te uspostaviti dobra komunikacija s djetetom, obitelji i unutar tima.

Međutim, da bi se izbjegle poteškoće u radu i postigla vrsna zdravstvena i opće društvena višestrukovna skrb o kronično bolesnoj djeci nužno je poboljšanje i osuvremenjivanje komunikacije, kontinuirana edukacija i doedukacija stručnjaka, uvođenje republičkih registara kronično oboljele djece, definiranje i popunjavanje mreže odgojno obrazovnih institucija i mreže timova preventivne i kurativne zdravstvene zaštite djece i mladih. Također je potrebno jasno i realno zakonsko definiranje minimuma i maksimuma preventivnih i specifičnih mjera i izvora financiranja na nivou Republike i dodatnih mjera prema potrebama županija s normativima koji bi osim probira omogućavali slijed timskih višestrukovnih intervencija na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou kao i ostale potrebne zakonske regulative te razvoj i povezivanje drugih potrebnih stručnih službi za pomoć

djetetu i obitelji. Vrlo je važno jačati ulogu savjetovališta za djecu, mlade i obitelji s višestrukovnim pristupom te osigurati primjerene uvjete u školama za odgoj, obrazovanje i uredan psihofizički razvoj školske djece i mladih.

Takvo ustrojstvo, uz stručni nadzor osiguralo bi jedinstveni pristup i doktrinu, identičnu razinu i kvalitetu zdravstvene zaštite i sveukupnog zbrinjavanja.

## LITERATURA:

1. Švel J., Grgurić J.: Zdravstvena zaštita kronično bolesnog djeteta, Sveučilišna tiskara, Zagreb, 1998.
2. Holjevac J.: Specijalistički rad, Odnos roditelja i nastavnika prema kronično bolesnoj djeci s osvrtnom na ulogu školskog liječnika u njihovoj zaštiti, Zagreb, 1991.
3. Jureša V.: Holistički pristup predikciji školskog uspjeha, doktorska disertacija. Med. fakultet. Sveučilišta u Zagrebu, 1997.
4. Votava-Raić A., Malčić I.: Invalidnost – stari i novi pogledi na trajni problem, u "Invalidnost u djece", Pedijatrija danas, 14 poslijediplomski tečaj obnove znanja, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2002; 1 - 5.
5. Sarnavka V.: Uloga skrininga novorođenčadi u prevenciji invalidnosti djece, u "Invalidnost u djece", Pedijatrija danas, 14 poslijediplomski tečaj obnove znanja, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2002; 10 - 18.
6. Program specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite za djecu i mladež školske dobi te redovite studente, NN 30/2002.
7. Prebeg Ž.: Nova organizacija školske medicine: Suton ili renesansa, Liječ Vjesn 1988;120: 257-308.
8. Lovasić S.: Kronične nezarazne bolesti u odrijnaciji liječnika opće/obiteljske medicine, Medicus 2001; 9 (1): 107-112.
9. Gidding SS. Preventive pediatric cardiology. Tobacco, Cholesterol, Obesity, and Physical Activity. Pediatric Cardiology 1999; 46:253-262.
10. Freedman DS, Khan LK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. Relationship of Childhood Obesity to Coronary Heart Disease Risk Factors in Adulthood: The Bogalusa Heart Study. Pediatrics 2001;108 (3):712-718.
11. Čavlek T., Mandac V., Perković N., Gršić K.: Čimbenici rizika za kardiovaskularne bolesti u školske djece, Paediatr Croat 2002; 46: 163 – 168.
12. Begovac I.: Psihijatrijski aspekti djece s posebnim potrebama, u "Invalidnost u djece", Pedijatrija danas, 14 poslijediplomski tečaj obnove znanja, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2002; 86 – 90.
13. Beck-Dvoržak M.: Bolesno dijete, u "Medicinska psihologija, Zagreb, Jumena, 1984; 103 - 116.
14. Hilton D.: Pomozimo bolesnoj djeci. Priručnik za roditelje kronično bolesne djece ili djece s teškoćama u telesnom ili duševnom razvoju, Slap, Jastrebarsko 1998.
15. Ajduković, D.: Tinski pristup školskom djetetu, Školske novine 2001; 13.
16. Pravilnik o upisu djece s teškoćama u razvoju, NN 23/91, 1991.
17. Eysenck, H.J., Sybil B.G Eysenck: Komplet EPQ Junior - Eysenckov upitnik ličnosti za djecu, Naknada Slap, Jastrebarsko, 1993.
18. Bezinović, I.: Skala perceptivne nekompetentnosti, Filozofski fakultet, 1988
19. Rosenberg M.: Society and the Adolescent Self-image, Princeton, New Yersey, 1965; p. 17-36:297-319.
20. Toth M., Šabijan D.: Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima. vremenski i kadrovski normativi. Republički fond Zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske, Zagreb, 1992; 1-36 i 105-118.
21. Greenspan S. I., Wieder S., Simons R.: Dijete s posebnim potrebama, Lekenik: Ostvarenje, 2003; 342-363.
22. Miljković, D., Rijavec, M.: Bolje biti vjetar nego list, IEP, Zagreb, 2002.
23. Zarevski, P., Mamula, M.: Pobjedite sramežljivost, Naknada Slap, Jastrebarsko, 1998.
24. Miljković, D., Rijavec, M.: Vodič za preživljavanje u školi, IEP, Zagreb, 2003.
25. Dryden, G., Vos, J.: Revolucija u učenju, Educa, Zagreb, 2001.
26. Zarevski, P.: Psihologija pamćenja i učenja, Naknada Slap, Jastrebarsko, 1995.
27. Miller, V.H.: Dječja psihologija, Naknada Slap, Jastrebarsko, 1997.
28. Vizek Vidović, V., Vlahović-Štetić, V., Rijavec, M., Miljković, D.: Psihologija obrazovanja, IEP-VERN, Zagreb, 2003.
29. Modrušan-Mozetić Z., Križ M., Paučić-Kirinčić E., Sasso A., Prpić I., Vlašić Cicvarić I.: Registar rizičnog novorođenčeta, Paediatr Croat 2003; 47: 91-100.
30. Hrvatski zdravstveni statistički ljetopis za 2000. godinu, HZJZ. Zagreb. 2001.
31. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj, Republika Hrvatska Ministarstvo zdravstva, HZJZ, Zagreb, 2001.
32. Malčić I., Carin R., Aberle M., Grubić M., Ivanković Ž.: Potreba za psihosocijalnom potporom djeci



s kroničnim srčanim bolestima, u "Invalidnost u djece", Pedijatrija danas, 14 poslijediplomski tečaj obnove znanja, Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2002; 46-48.

33. Pospiš M.: Neurološki pristup školskom neuspjehu, Varaždinske Toplice: Tonimir; 1997; 171-173.
34. Prebeg Ž.: Školska medicina u svijetu na pragu 21 st., II kongres hrv. ped. društva i II kongres Društva za školsku i sveučilišnu medicinu, Dubrovnik, Pediatr Croat 1996; 40 (supl. 1): 37.
35. Mustajbegović J.: Način života i zdravlje, Medicus 2001; 9 (1): 7-15. Zakanj Z.: Komunikacija zdravstvenih djelatnika u okviru pedijatrijske skrbi, Liječ Vjesn 2002; 124:187-189.
36. Zakanj Z.: Komunikacija zdravstvenih djelatnika u okviru pedijatrijske skrbi. Liječ Vjesn 2002, 124:187-189.
37. Budak A., Moro Lj., Pavleković G., Vrcić M.: Osnovne komunikacijske vještine. Priručnik Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
38. Eldar R.: Uloga liječnika u poboljšanju vrsnoće medicinske skrbi. Liječ Vjesn 2002; 124:179-181.
39. Katić M., Pavlović J., Jurković Lj., Repalust-Vinter N., Lamaić Z., Budak A.: Obiteljski liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece predškolske dobi – prikaz rada savjetovališta za zdravu djecu u dvije ordinacije obiteljske medicine, Liječ Vjesn 200;122:56-60.
40. Gjurić G.: Vrsnoća medicinske skrbi u uvjetima smanjenih financijskih sredstava, Liječ Vjesn 2002;124:395-396.
41. Hebrang A., Henigsberg N., Erdeljić V., Foro Š., Turek S., Zlatar M.: Privatizacija u hrvatskom privatizacijskom sustavu: Učinak na neke pokazatelje dostupnosti usluge u ordinacijama opće medicine. Liječ Vjesn 2002;124:239-243.
42. Metelko Ž.: Što učiniti s kroničnim nezaraznim bolestima u 21. stoljeću, Liječ Nov 2002;168:19-20.

Preuzeto iz PAEDIATRIA CROATICA 2006, Vol. 50, 2,: 79-84.

Kontakt:

Mr. sc. Tonka Čavlek, dr. med

Služba za školsku medicinu

Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba

Mirogojska c. 16, 10000 Zagreb