

Tanja Torkar, Brigita Skela Savič

Zdrave šole na Gorenjskem – perspektiva vodij šolskih timov

Povzetek: V gorenjski regiji je petnajst šol različno dolgo vključenih v Slovensko mrežo Zdravih šol, ki deluje v okviru Evropske mreže Zdravih šol. Regijsko koordinacijo od leta 2007 naprej izvaja Zavod za zdravstveno varstvo Kranj. Z raziskavo smo želeli ugotoviti mnenja vodij šolskih timov Zdravih šol o delovanju in koordinaciji projekta na Gorenjskem ter zbrati predloge za spremembe. Izvedena je bila kvalitativna raziskava, v kateri je sodelovalo 14 od 15 vodij šolskih timov na Gorenjskem. Uporabili smo metodo pisnega anketiranja, podatke smo analizirali z uporabo analize besedila. Rezultati kažejo, da imajo vodje šolskih timov o Zdravi šoli pozitivno mnenje, saj jim je vključitev v mrežo Zdravih šol prinesla številne pozitivne učinke na področju zdravja in zdravega načina življenja šolarjev kot tudi v načinu in organizaciji dela na šoli ter povezovanju s širšo skupnostjo. Regijsko koordinacijo ocenjujejo pozitivno, poudarjajo boljšo dostopnost, strokovna srečanja in dobro sodelovanje v regiji. Probleme delovanja Zdravih šol vidijo predvsem v nekaterih pomanjkljivostih izvajanja programa na šoli, motivaciji sodelavcev ter finančnih sredstvih. V povezavi s tem poudarjajo predloge za spremembe, tako na ravni šolske skupnosti kot na regijski in nacionalni ravni. V okviru regijske koordinacije Zdravih šol pričakujejo okrepitev na področju izobraževanja, v strokovni podpori ter povezovanju med različnimi sektorji znotraj regije in širše.

Ključne besede: promocija zdravja, zdrava šola, mreža zdravih šol, vodja tima

UDK: 37.091

Pregledni znanstveni prispevek

Tanja Torkar, prof. zdr. vzgoje, Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, Gosposvetska ulica 12, SI-4000 Kranj, Slovenija; e-naslov: tanja.torkar@zzv-kr.si

Dr. Brigita Skela Savič, docentka, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, SI-4270 Jesenice, Slovenija; e-naslov: bskelasavic@vszn-je.si

Uvod

Pri promociji zdravja v šolskem okolju se je v zadnjih sedemnajstih letih veliko spremenilo. Predvsem je pomemben preskok iz tradicionalnega odnosa do zdravja v šoli do odnosa, ki ga je razvila Evropska mreža Zdravih šol (EMZŠ)¹. Od leta 1993, ko se je Slovenija med prvimi državami pilotno vključila v Evropsko mrežo Zdravih šol, je marsikje projekt prerasel v proces, ki zagotavlja, da so dejavnosti za promocijo zdravja del šolskega vsakdanjika. Mreža se je v Sloveniji dvakrat širila, spremembe pa so se zgodile tudi na področju koordinacije – mednarodna koordinacija je leta 2007 prešla s Svetovne zdravstvene organizacije na Nizozemski inštitut za promocijo zdravja, nacionalna koordinacija, ki jo še vedno vodi Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ), pa se je okrepila z regijskimi koordinacijami, ki jih izvajajo zavodi za zdravstveno varstvo. Preselitev koordinacije na regijsko raven leta 2007 skupaj s širitvijo mreže leta 2008 je prinesla nekatere spremembe v načinu delovanja Slovenske mreže Zdravih šol.

Po več kot dveh letih regijske koordinacije in leto in pol po razširitvi mreže na Gorenjskem, smo želeli ugotoviti, kako vodje šolskih timov razmišljajo o delovanju Zdravih šol, kakšne so njihove izkušnje, pogledi in stališča v zvezi s promocijo zdravja v šolskem okolju ter kakšno mnenje imajo o regijski koordinaciji projekta Zdrava šola. Zanimalo nas je tudi, kakšne spremembe predlagajo glede na izkušnje, ki jih z Zdravo šolo imajo. Ugotovitve raziskave bodo izhodišče za izboljšave pri nadaljnjem delu regijske koordinacije.

¹ Koncept promocije zdravja v šoli, ki se je razvil v okviru Evropske mreže Zdravih šol, se razlikuje od tradicionalnega modela zdravja v šolskem okolju v smislu pojmovanja koncepta zdravja in koncepta zdravstvene vzgoje, v delovanju in organiziranju celotne šole, v povezavah z lokalno skupnostjo ter v načinih evalvacije učinkov (povzeto po Gray, Young in Barnekow 2009 b).

Teoretični del

Evropska mreža Zdravih šol

Izvor šol, ki promovirajo zdravje, je močno povezan s konceptom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki je z Deklaracijo v Alma Ati leta 1978 in Ottawsko listino o promociji zdravja leta 1986 oblikovala parametre pozitivne dimenzije zdravja. Osnova je definicija zdravja, ki ga SZO opredeljuje kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne le kot odsotnost bolezni ali invalidnosti. Zdravje pomeni pozitivno blaginjo. Je telesno, duševno, socialno in okoljsko in kot tako je zdravje skrb vseh ljudi v vseh okoljih. Skupaj z Evropsko komisijo in Svetom Evrope je SZO v 80. letih prejšnjega stoletja razvila idejni koncept promocije zdravja v šoli. Zasnova koncepta, ki se je v 90. letih oblikoval v Evropsko mrežo zdravih šol (European Network of Health Promoting Schools) je temeljila na načelih in strategijah Ottawske listine (Grieg Viig in Wold 2005; Barnekow Rasmussen in Rivett 2004): tri temeljne usmeritve promocije zdravja so zagovarjanje zdravja, omogočanje pogojev za zdravje in mediacija (posredovanje) za zdravje. Ottawska listina poudarja ta ključna področja: razvoj zdrave javne politike, ustvarjanje zdravega družbenega okolja, krepitev delovanja skupnosti, izobraževanje populacije, preusmeritev zdravstvene dejavnosti h krepitvi zdravja ter načrtovanje prihodnosti (Ottawa Charter 1986). Ta področja so v okviru EMZŠ interpretirali tudi v kontekstu šolskega izobraževalnega sistema kot šole, ki promovirajo zdravje (Zdrave šole) (Barnekow Rasmussen in Rivett 2004). S tem pristopom se je pozornost premaknila z zdravstvenovzgojnih programov, ki so usmerjeni v specifične zdravstvene plati, k programom v okviru promocije zdravja, ki zahtevajo celostni pristop. EMZŠ aktivno deluje od leta 1992, vanjo pa je danes vključenih 43 držav, članic Evropske unije in SZO. Leta 2007 se je preimenovala v *Schools for Health of Europe*.

Promocija zdravja (PZ) v šoli je proces, ki pomaga institucijam usposobiti mlade ljudi, da prevzamejo nadzor nad svojim življenjem in življenjskim slogom ter izboljšajo zdravje. Šolsko okolje je pomemben prostor, v katerem lahko z usmerjenim pristopom vplivamo na bolj zdrav življenjski slog in posledično na boljše zdravje otrok, mladostnikov in kasneje odraslih ljudi (Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008). Vizija delovanja EMZŠ je vključena v Resolucijo Evropske mreže zdravih šol, ki se je oblikovala na prvi evropski konferenci leta 1997. V Resoluciji je poudarjenih deset načel², ki sestavljajo okvir, na podlagi katerih so države zgradile svoje ideje in koncepte promocije zdravja v šolskem okolju. EMZŠ je zagotovila povezovanje med članicami, oblikovanje skupnih modelov in okvirov za delovanje Zdravih šol, evalvacijo programov, izobraževanja učiteljev ter razvoj izobraževalnih programov. Zdrave šole so se, čeprav so upoštevale skupna evropska načela, lahko prilago-

² Temeljna načela za šole, ki promovirajo zdravje, so: demokracija; pravičnost; opolnomočenje; kompetence za ukrepanje; šolsko okolje; kurikulum; izobraževanje učiteljev; merjenje učinkov programov (evalvacija); sodelovanje in partnerstvo na vseh nivojih; vključevanje lokalne skupnosti ter zagotavljanje virov za vzdrževanje promocije zdravja v šolah (Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008; Barnekow idr. 2006; Stewart Burgher, Barnekow Rasmussen in Rivett 1999).

dile svojim kulturnim, političnim in ekonomskim razmeram ter razvile oblike in strukture delovanja, ki so združljive z okoljem, v katerem živijo in se razvijajo (Jensen Bruun in Simovska 2002). Bistvenih je šest elementov promocije zdravja v šolah (Ottawa Charter 1986): politika zdravja v šolah, šolsko fizično okolje, šolsko socialno okolje, individualne veščine/spretnosti, povezave v lokalni skupnosti in zdravstvena služba.

Zdravstvena vzgoja, ki poteka v šolah, je bila pogosto predmet kritike, češ da je neredna, naključna in nesistematična (Tossavainen, Vartiainen in Paavola 1996). Številne institucije zdravstveno vzgojo³ izvajajo, a vsaka ima svoje cilje. Pristop Zdravih šol dokazano vpliva na zdravje v šolski skupnosti, študije pa dokazujejo tudi, da je možno promocijo zdravja uspešno integrirati v politiko šole in kurikulum (Mukoma in Flisher 2004). Raziskave o učinkovitosti promocije zdravja (Steward Brawn v Gray, Young in Barnekow 2009 b) so pokazale, da učinkoviti šolski programi⁴ promocije zdravja obsegajo dejavnosti na več področjih (učni načrt, šolsko okolje in lokalna skupnost). To je t. i. celostni pristop⁵, ki ne poudarja samo posameznika, ki s svojim načinom življenja vpliva na svoje zdravje, ampak postavlja v ospredje tudi fizično okolje, vrednote, običaje ter medsebojne odnose. Bistvo celostnega pristopa je zagotoviti okolje, ki bo spodbudno za razvoj zdravja (Gray, Young in Barnekow 2009 a).

Oblikovanje promocije zdravja na šoli zahteva od šole (Achieving Health ... 2007):

- razvijanje podporne šolske politike za promocijo zdravja na šoli,
- zagotavljanje administrativne in svetovalno-vodstvene podpore na šoli,
- oblikovanje tima, ki bo vključen v načrtovanje, vodenje, koordiniranje dejavnosti (predstavniki učiteljev, preostalih zaposlenih, učencev, staršev, lokalne skupnosti, zdravstva),
- povezovanje vseh šestih elementov promocije zdravja v šoli (ugotoviti probleme, prioritete ipd.),
- postavljanje realističnih ciljev in strategij za doseganje le-teh,
- oblikovanje šolske vizije v zvezi z zdravjem,

³ V Sloveniji zdravstvena vzgoja (sodobnejši izraz je vzgoja za zdravje) v program OŠ ni umeščena kot samostojen predmet. Po osnovnih šolah poteka nesistematično. Mnogo vsebin s področja zdravja (prehrana, gibanje, duševno zdravje ipd.) je umeščenih v posamezne predmete, a niso medpredmetno povezane. Iz poročila projekta Spremljanje in posodabljanje učnih načrtov in katalogov znanj Zavoda RS za šolstvo (Žakelj 2007) je razvidna pobuda za medpredmetno vključevanje tem vzgoje za zdravje v sklopu vzgoje in izobraževanja za trajnostni razvoj. Vzgojo za zdravje pri učencih sistematično izvajajo zdravstveni delavci primarnega zdravstva ob obdobjih zdravniških pregledih, ta pa lahko poteka v okviru institucije primarnega zdravstvenega varstva, lahko pa tudi izven, predvsem v šolah (Koprivnikar in Pucelj 2010, str. 24).

⁴ Rezultati raziskav o učinkovitosti šolskih programov promocije zdravja kažejo, da je večdimenzionalen pristop, ki povezuje med sabo več področij in ima širok razpon ciljev, pri zagotavljanju dolgoročnih sprememb v navadah in obnašanju učencev v zvezi z zdravjem bistveno bolj učinkovit (Gray, Young in Barnekow 2009 b).

⁵ Celostni pristop pomeni, da program zajema celotno šolo; da so vsebine zdravja vključene v kurikulum; da ima pomembno vlogo prikriti kurikulum, ki podpira, omogoča in spodbuja zdravje; da je šola odprta tudi navzven in sodeluje z lokalno skupnostjo in drugimi organizacijami ter da so programi dolgoročno naravnani (Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008).

- zagotavljanje primerne osebja in partnerjev v lokalni skupnosti za vključitev v programe,
- zaznamovanje prelomnih dogodkov/mejnikov (predstavitev programa lokalni skupnosti, različni dosežki ipd.),
- zavezo, da v 3–4 letih izpolnijo svoje specifične cilje.

Slovenska mreža Zdravih šol

Slovenija je postala članica EMZŠ leta 1993, ko se je v mrežo vključila z dvanajstimi pilotnimi šolami. Od takrat se je Slovenska mreža zdravih šol (SMZŠ) dvakrat širila. Prvič leta 1998 (2. krog), ko se je na razpis odzvalo 118 ustanov (poleg osnovnih in srednjih šol tudi dijaški domovi), drugič, leta 2008 (3. krog), pa še dodatnih 138. Danes v SMZŠ deluje 268 šol in drugih ustanov – imenujejo se Zdrave šole (ZŠ), to pa pomeni 43 odstotkov vseh osnovnih in srednjih šol ter dijaških domov v Sloveniji (Širili smo Slovensko mrežo ... 2009). Mreža že od vključitve v EMZŠ deluje s podporo Ministrstva za zdravje in Ministrstva za šolstvo in šport (Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008). Do leta 2007 jo je v celoti koordiniral IVZ, nato se je mreža zaradi napovedane širitve v letu 2008 reorganizirala – območni zavodi za zdravstveno varstvo so prevzeli regijsko koordinacijo, IVZ pa je ohranil nacionalno.

Šola, ki se želi dejavno vključiti v Slovensko mrežo Zdravih šol, mora izpolnjevati te pogoje (Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008):

več kot polovica kolektiva se strinja s pristopom ter usmeritvami Zdravih šol (podpira namen in cilje EMZŠ); projekt podpira tudi vodstvo (izobraževanja, udeležba na sestankih, sredstva za dejavnosti, nagrajevanje prizadevnih učiteljev); na šoli se oblikuje šolski tim Zdrave šole s predstavniki vseh relevantnih skupin; vodi ga vodja tima; oblikuje se skupina učencev, ki bo dejavneje sodelovala pri načrtovanih nalogah in spreminjanju razmer na šoli (npr. klub Zdrave šole, krožek zdravošolcev); vsaj eno izobraževanje na leto za ves kolektiv s področja promocije zdravja oz. zdravstvenovzgojnih vsebin; šolski tim Zdrave šole v začetku šolskega leta načrtuje vsaj en program za krepitev oz. izboljševanje zdravja na svoji šoli, ga spremlja in na koncu evalvira (regijskemu koordinatorju pošlje preglednico za načrtovanje in evalvacijo) – vsako leto šola načrtuje vsaj eno novo nalogo, povezano z rdečo nitjo (vodilno temo za posamezno šolsko leto); šola s svojim delovanjem in ukrepi spoštuje, omogoča in spodbuja zdrav način življenja (na področju medosebnih odnosov, zdrave prehrane, gibanja, duševnega zdravja, zdrave spolnosti, preprečevanja nasilja, preprečevanja rabe drog, zdravega okolja in na drugih področjih zdravja); pri načrtovanju nalog upoštevajo dvanaest ciljev EMZŠ, ki so usmerjeni v podpiranje pozitivne samopodobe učencev, razvoj dobrih medsebojnih odnosov, spodbujanje za različne dejavnosti, izboljšanje šolskega okolja, povezovanje s širšo skupnostjo, krepitev zdravja in blaginje učencev in učiteljev, zagotavljanje zdrave prehrane ter v sodelovanje s specializiranimi službami, zlasti zdravstvom. Od leta 2008 dalje nacionalni koordinator IVZ vsako drugo leto preverja izpolnjevanje pogojev – če jih šola ne izpolnjuje, za tisto obdobje izgubi naziv Zdrava šola.

Evalvacija uspešnosti projekta Zdravih šol v Sloveniji, ki je bila izvedena v šolskem letu 2006/07, je pokazala, da šole ocenjujejo uspešnost projekta od vključitve s povprečno oceno 3,97 (1–5). Z izvedenimi nalogami so večinoma zadovoljni, saj kot uspešne ocenjujejo kar četrtino vseh nalog (Pucelj in Bevc Stankovič 2007). Ugotovitve kažejo, da je za uspeh ključno, da ima šolski tim zavzetega vodjo, ki zna preostale sodelujoče v timu motivirati za skupno delo, ter da projekt podpira vodstvo šole (Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008).

Empirični del

Problemi in cilji raziskovanja

V gorenjski regiji deluje 38 osnovnih in 13 srednjih šol. Od teh je 15 šol različno dolgo vključenih v Slovensko mrežo Zdravih šol, 17 let ali 12 let ali 1,5 leta (Mreža Zdravih šol na Gorenjskem 2009). Na Gorenjskem je od leta 2008 trinajst Zdravih šol v osnovnošolskem izobraževanju ter dve v srednješolskem, to pa predstavlja 5,6 odstotka vseh šol in drugih ustanov, ki so vključene v SMZŠ. Preselitev koordinacije na regijsko raven skupaj s širitvijo mreže je prelomnica, pomembna tako za ZZV Kranj kot šole, ki so vključene v mrežo. Regijska koordinacija je prinesla nekatere spremembe, zlasti za šole, ki jih je v okviru 1. in 2. kroga širitve koordiniral IVZ. Za šole, ki so se v mrežo vključile v 3. krogu, pa pomeni že sam vstop v SMZŠ spremembo, nov način dela.

Namen raziskovalnega projekta je bil ugotoviti stališča in mnenja vodij timov Zdravih šol na Gorenjskem o delovanju Zdravih šol ter zbrati njihove predloge za morebitne spremembe glede obstoječega načina dela. Želeli smo tudi primerjati mnenja in potrebe po spremembah glede na trajanje vključitve posamezne šole v SMZŠ. Šole imajo tudi raznolike izkušnje, potrebe, prednostne naloge pri načrtovanju in izvajanju dejavnosti s področja promocije zdravja. Iz poročanj vodij timov ZŠ v okviru načrtovanj in evalvacij posameznih dejavnosti (Scagnetti in Molan 2009; Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008), ki jih zbira IVZ, je vidno, da so šole pri promoviranju zdravja različno dejavne.

Rezultati raziskave bodo lahko koristili pri usmeritvah regijske koordinacije mreže Zdravih šol. Nacionalne usmeritve Slovenske mreže Zdravih šol se bodo na podlagi ugotovitev raziskave lahko uskladile s potrebami, željami in pričakovanji vodij timov ZŠ, ki so aktivni v šolah, vključenih v mrežo na Gorenjskem.

Cilji raziskave:

1. ugotoviti mnenja vodij timov Zdravih šol na Gorenjskem o delovanju Zdrave šole;
2. ugotoviti potrebe vodij timov Zdravih šol na Gorenjskem po spremembah obstoječega načina regijske koordinacije mreže Zdravih šol;
3. primerjati ugotovitve vodij timov Zdravih šol glede na trajanje vključenosti njihove šole v Slovensko mrežo Zdravih šol.

Raziskovalna vprašanja

V raziskavi smo si zastavili raziskovalna vprašanja, nismo pa postavljali raziskovalnih hipotez. Kvalitativna raziskava se ne začne s preizkušanjem postavljenih hipotez, ampak z ugotavljanjem, kaj ljudje mislijo o določeni situaciji, kako v njej ravnajo, kakšni so motivi za takšno ravnanje (Vogrinc 2008, str. 52). Razlik v mnenjih nismo preverjali statistično, ampak z opisi. Zanimalo nas je:

1. kakšna so mnenja vodij timov zdravih šol o delovanju Zdrave šole,
2. ali vodje timov Zdravih šol na Gorenjskem zaznavajo potrebe po spremembah obstoječega načina regijske koordinacije mreže Zdravih šol,
3. ali obstajajo razlike v mnenjih o delovanju Zdrave šole in v izraženih potrebah po spremembah glede na trajanje vključitve posamezne šole v Slovensko mrežo Zdravih šol.

Metodologija

Raziskovalna metoda

Izbrali smo kvalitativni raziskovalni pristop. Uporabljen je bil vprašalnik odprtega tipa; vseboval je trinajst odprtih vprašanj, ki so se nanašala na mnenja, stališča in predloge vodij timov v zvezi z delovanjem Zdravih šol. Vprašalnik je vseboval tudi osem spremenljivih vprašanj, štiri odprta in štiri zaprta, ki so se nanašala na velikost šole, zasedbo tima Zdrave šole, čas vključitve šole v mrežo Zdravih šol ipd. Vprašanja smo oblikovali glede na pregled literature (Inchley, Muldoon in Currie 2006; Grieg Viig in Wold 2005; Mukoma in Flisher 2004; St Leger 1998; Tossavainen, Vartiainen in Paavola 1996) in glede na cilje, ki smo si jih zastavili.

Postopki zbiranja podatkov

Kot metodo zbiranja podatkov smo uporabili poštno anketo. Poštna anketa ustreza sodelujočim, za katere domnevamo, da so motivirani (Flere 2000, str. 128). Vse vodje timov Zdravih šol smo prej poklicali po telefonu in jih na ta način motivirali za sodelovanje pri izpolnjevanju vprašalnika. Vsi so privolili v sodelovanje. Vprašalnike smo zbirali od 18. novembra do 4. decembra 2009.

Opis populacije

V raziskavo je bilo vključenih 15 vodij šolskih timov z vseh osnovnih in srednjih šol na Gorenjskem, ki so bile v šolskem letu 2009/10 vključene v Slovensko mrežo Zdravih šol, to pa predstavlja celotno populacijo. Vprašalnike je vrnilo štirinajst od petnajstih vodij timov ZŠ. Vprašalnike sta vrnila vodja timov z obeh srednjih Zdravih šol, od vodij timov Zdravih šol, ki delujejo na trinajstih osnovnih šolah, pa jih je vprašalnike vrnilo dvanajst. Vodje timov so na različnih delovnih mestih

na šoli, devet je učiteljev, štirje so zaposleni v šolski svetovalni službi, eden pa ima vodstveno funkcijo (pomočnik ravnatelja).

Najmanjše število učencev na šoli je 202, največje 783 (v povprečju 508). Najmanjše število zaposlenih na šoli je 25, največje 108 (v povprečju 68). Na šolah delujejo timi Zdravih šol v različni zasedbi, najmanj članov v timu je 6 in največ 17. V povprečju je v tim ZŠ na Gorenjskem vključenih 11,8 člana. Člani tima so predstavniki učiteljev razredne in predmetne stopnje, drugih zaposlenih (šolska svetovalna delavka, organizator prehrane, knjižničarka, hišnik, koordinator za otroke s posebnimi potrebami) ter zunanji sodelavci. Predstavniki vodstva šole je član tima na devetih Zdravih šolah. Poleg zaposlenih na šoli so v tim vključeni še predstavniki zdravstva (zdravniki in/ali medicinske sestre v šolski in/ali zobozdravstveni službi) v osmih šolah, predstavniki staršev v petih, predstavniki učencev v štirih ter predstavniki občine ali lokalne skupnosti v šestih šolah. Šole se razlikujejo tudi glede na čas vključitve v mrežo zdravih šol – ena se je vključila v 1. krogu (1993), šest v 2. krogu (1998) ter šest v 3. krogu (2008). Ena šola ni navedla ravni vstopa vključitve v mrežo.

Analiza podatkov

Podatke smo analizirali z uporabo analize besedila. Pri kvalitativni analizi vprašanj odprtega tipa nam ne gre za štetje frekvenc posameznih kategorij, ampak za iskanje in utemeljevanje ter vzpostavljanje povezav med različnimi pojmi in kategorijami (Cencič 2009, str. 61). Najprej smo vse pisne odgovore anketirancev natančno pregledali in večkrat prebrali, to pa nam je bilo izhodišče za analizo. Kvalitativna analiza besedila poteka tako, da najprej določimo samostojne kode (samostalnike ali besedne zveze, ki se nam zdijo pomembni), nato sorodne samostalnike oz. pojme združimo, potem definiramo podkategorije in na koncu še glavno kategorijo (Habjanič 2008). Na osnovi tega smo pri vsakem odprtem vprašanju besedilo kodirali in določili podkategorije, vanje pa smo potem razporejali posamezne izjave sodelujočih v raziskavi. Na koncu smo definirali glavne kategorije.

Rezultati

Na podlagi analize besedila smo oblikovali šest glavnih kategorij. Za vsako kategorijo smo predstavili podkategorije in značilne kode zanje (preglednica 1). Navedli smo tudi nekatere pomembne citate anketirancev, na podlagi katerih smo določali kode.

KODE	PODKATEGORIJE	KATEGORIJE
učitelji in drugi zaposleni na šoli zdravstveni delavci lokalna skupnost vodstvo šole starši mediji	pomembni akterji pri promoviranju zdravja v šoli	UČINKOVITOST PROGRAMOV
ozaveščanje zdrav način življenja sistematični pristop izmenjava izkušenj izobraževanje	prednosti vključitve v SMZŠ	
prehrana in gibanje medosebni odnosi zdrav način življenja v šoli	pomembna vsebina PZ na šoli	
zdrava prehrana in gibanje medosebni odnosi ekološka ozaveščenost pedagoški pristopi	učinki Zdrave šole	
aktivna podpora programu pasivna podpora programu	vodstvo šole	VODENJE ZDRAVE ŠOLE
koordinacija inovativnost povezovanje	vodja tima ZŠ	
aktivno sodelujoči nesodelujoči	zaposleni na šoli	IZVAJALCI PROGRAMA ZŠ
zdravstveni delavci predstavniki lokalne skupnosti	zunajši sodelavci	
dostopnost strokovna srečanja sodelovanje	obstoječi način dela	REGIJSKA KOORDINACIJA
strokovna podpora vir informacij povezovanje	vloga koordinacije	
program ZŠ motivacija finančna sredstva		PROBLEM DELOVANJA ZŠ
šola regija država		PREDLAGANE SPREMEMBE

Preglednica 1: Glavne kategorije s podkategorijami in pripadajočimi kodami pri analizi besedila vodij šolskih timov glede delovanja Zdravih šol na Gorenjskem

Prva kategorija učinkovitost programov združuje štiri podkategorije: pomembni akterji pri promoviranju zdravja v šoli, prednosti vključitve v SMZŠ, pomembna vsebina PZ na šoli in učinki Zdrave šole.

V okviru podkategorije *pomembni akterji pri promoviranju zdravja v šoli* večina vodij timov poudarja učitelje kot najpomembnejše akterje in vzornike pri promoviranju zdravja, poleg njih pa tudi druge zaposlene – šolske svetovalne delavce, zaposlene v šolski kuhinji, hišnike, čistilke ipd. Kot pomembni so bili omenjeni tudi zdravstveni delavci lokalnega zdravstvenega doma, zlasti šolski zdravniki, zobozdravniki in medicinske sestre v zobozdravstveni službi, ter lokalna skupnost. Pri tej poudarjajo predstavnike občine in krajevnih skupnosti, posameznih društev in organizacij. Nekateri vodje timov kot pomembne pri promoviranju zdravja v šolskem okolju poudarjajo vodstvo šole, starše in medije, eden pa je omenil tudi Ministrstvo za šolstvo in šport.

»Najprej učitelj, vzor dijakom.«

»šolska zobozdravnica, preventivna zobna sestra, zdravniki (sistematski pregledi)«

»... in tudi zaposleni na občini, ki lahko dajo kaj sredstev za akcije.«

Podkategorija *prednosti vključitve v SMZŠ* vsebuje te kode: ozaveščanje, zdrav način življenja, sistematičen pristop, izmenjava izkušenj in izobraževanje. Ozaveščanje pomeni, da v zdravih šolah spodbujajo učence, zaposlene in starše k zdravemu načinu življenja z različnimi dejavnostmi, ki so del šolskega vsakdanjika. Vodje timov vidijo pomembno prednost vključitve njihove šole v SMZŠ v tem, da šola sistematično realizira načela zdravega načina življenja pri izvajanju izobraževalnega programa in vzgojnega načrta. Vzgoja za zdravje je bolj organizirana in usklajena. Izmenjava izkušenj in pridobivanje novih znanj o varovanju, ohranjanju in krepitvi zdravja sta pomembni prednosti, ki ju dobijo predvsem pri sodelovanju z drugimi zdravimi šolami, ki so vključene v SMZŠ, ter tudi s sodelovanjem z lokalnimi in drugimi organizacijami.

»Učenci so na vsakem koraku spodbujani za zdrav način življenja ter tudi v vsakdanjem šolskem okolju pridejo do osnovnih navodil in smernic za zdravo življenje.«

»Spremljanje, načrtovanje dejavnosti in dejavnosti na šoli, s tem pa sistematično evidentiranje (tudi dejavnosti, ki bi na šoli tako ali tako tekle, ne glede na vključenost v mrežo).«

Podkategorija *pomembna vsebina PZ na šoli* združuje te kode: prehrana in gibanje, medosebni odnosi in zdrav način življenja v šoli. Področje prehrane in gibanja so vodje timov ZŠ izpostavili kot eno najpomembnejših na šoli, saj dosledno spodbujajo zdrav način prehranjevanja in poleg rednih ur pouka športne vzgoje z dodatnimi dejavnostmi motivirajo za redno telesno dejavnost. Drugo področje so medosebni odnosi. Svoje dejavnosti usmerjajo h krepitvi medosebnih odnosov, ki veliko prispevajo k zmanjšanju nasilja med mladimi, boljšemu počutju na šoli in večjemu zadovoljstvu, to pa lahko pripomore k boljšemu duševnemu zdravju učencev, dijakov in učiteljev. Zdrav način življenja v šoli uvajajo s pozitivno šolsko klimo in skrbjo za telesno in duševno zdravje.

»Medsebojni odnosi. Opažamo, da ni pravih odnosov, da se ne znamo poslušati in ne upoštevati mnenja drugih.«

»Šolska klima – po naše zajema zelo veliko različnih področij, ki vplivajo na počutje in učenje učencev ...; če je šolska klima pozitivna, vzpodbudna, le-to vpliva tako na fizično kot tudi psihično in duševno zdravje naših učencev.«

Podkategorija *učinki Zdrave šole* združuje te kode: zdrava prehrana in gibanje, medosebni odnosi, ekološka ozaveščenost in pedagoški pristopi. Področji zdrava prehrana in gibanje sta področji, ki ju vodje timov ZŠ navajajo kot področji, na katerih je največ pozitivnih sprememb, ki so jih zaznali, odkar je njihova šola Zdrava šola. Pri odnosih zaznavajo boljše povezovanje med starši, učenci in učitelji, opažajo manj nasilja med učenci, nekatere šole vzpostavljajo medvrstniško mediacijo, skrbijo za medgeneracijsko povezovanje, spodbujajo sprejemanje drugačnosti – s humanitarnimi akcijami, delom in druženjem z otroki s posebnimi potrebami. Pomemben dosežek v okviru Zdrave šole je tudi večja ekološka ozaveščenost učiteljev, zaposlenih in učencev; kaže se v prijaznejšem in bolj urejenem bivalnem šolskem okolju. Vključenost Zdrave šole pa je po mnenju vodij timov ZŠ šolam prinesla tudi nove oblike poučevanja, uvajanje novosti v šolsko delo, pripravljenost učiteljev za vključitev v akcije, organiziranje dejavnosti za promocijo zdravja, projektno delo in sistematični pristop.

»Bolj zdravo prehrano: več sadja in zelenjave ... Zdrav način življenja: povezanost gibanja s prehrano.«

»Uvajanje novosti v šolsko delo, alternativne oblike poučevanja, učenja.«

Druga kategorija, *vodenje Zdrave šole*, združuje dve podkategoriji: *vodstvo šole* in *vodja tima ZŠ*.

Podkategorija *vodstvo šole* združuje kodi aktivna podpora programu in pasivna podpora programu. Vsi vodje timov ZŠ razen enega navajajo, da vodstvo šole podpira program Zdrave šole, to pa se kaže v tem, da se ravnatelji ali pomočniki ravnateljev udeležujejo sestankov tima ZŠ, da vodstvo šole sodeluje s predlogi, novimi idejami za dejavnosti, da spodbujajo k izvajanju načrtovanih dejavnosti ter da javno izražajo podporo programu. Program, ki ga Zdrava šola načrtuje in izvaja, predstavljajo na pedagoških sestankih in konferencah. Če je potrebno, zagotovijo dodatna sredstva. Vodja tima ene Zdrave šole poudarja, da podpora vodstva ne izpolnjuje njegovih pričakovanj.

»Pomočnica ravnatelja je članica šolskega tima Zdrave šole, kjer aktivno sodeluje, daje nove ideje, predloge, nas podpira in vzpodbuja pri izvedbi vseh akcij v okviru Zdrave šole.«

»Na žalost se vodstvo v program zdrave šole vključuje minimalno – zelo redko je prisoten predstavnik vodstva na sestankih tima. ...Vodstvo odgovornost za delo v celoti prenaša name, zato ne morem reči, da izpolnjuje moja pričakovanja, me pa ne omejuje (izobraževanja, srečanja).«

Naslednja podkategorija je *vodja tima ZŠ*. Ta združuje te kode: koordinacija, inovativnost in povezovanje. Po izkušnjah, ki jih anketiranci imajo, je vloga vodja tima ZŠ predvsem koordinacija programa Zdrave šole, to pa pomeni sklicevanje sestankov, informiranje članov tima, usklajevanje dejavnosti, pomoč pri načrtovanju in izvajanju dejavnosti promocije zdravja, organiziranje dogodkov, vrednotenje izvedenih programov. Vodje timov prepoznavajo inovativnost kot pomembno nalogo vodje tima ZŠ ter povezovanje vseh akterjev pri Zdravi šoli.

»Vodja tima je organizator, koordinator ter akter dogajanja v ZŠ. Ima pomembno vlogo pri načrtovanju dela ter pri realizaciji idejnih predlogov. Vodja ZŠ pokriva tudi medijsko prepoznavnost ZŠ in je odgovoren za prikaz realne ocene dela v ZŠ.«

»Dobro je tudi, da ima čim več idej in da je oseba, ki je dovolj močna osebnost.«

Tretja kategorija, *izvajalci programa ZŠ*, združuje dve podkategoriji: *zaposleni na šoli in zunanji sodelavci*.

Podkategorija *zaposleni na šoli* združuje kodi: aktivno sodelujoči in nesodelujoči. Vodje timov ZŠ navajajo, da so aktivno sodelujoči tisti posamezniki, ki so entuziasti, pripravljeni izvajati dejavnosti s področja promocije zdravja, so vzor učencem, sprejemajo novosti, ne glede na to, ali so člani tima ali ne. Nesodelujoči pa so tisti, ki se pritožujejo zaradi pomanjkanja časa, redko prihajajo na sestanke timov ZŠ, so le opazovalci, niso sprejemljivi za novosti, pasivno čakajo na pobude za dejavnosti, v katerih s težavo sodelujejo in imajo odklonilen odnos do proaktivnih vsebin.

»Zaposleni bi morali biti vzor v Zdravi šoli. Izžarevali naj bi voljo in energijo za zdravje, pripravljeni na sodelovanje, dajali naj bi pobude, ne le da čakajo, kaj bodo morali storiti.«

»... se je zelo veliko zaposlenih zvrstilo skozi tim. Ostali smo nekako res najbolj zagreti in taki, ki se tudi drugače radi ukvarjamo s to tematiko, s timom ali brez.«

Podkategorija *zunanji sodelavci* združuje kodi zdravstveni delavci in predstavniki lokalne skupnosti. Vodje šolskih timov poudarjajo pomembnost sodelovanja z zdravstveno službo, predvsem s šolskimi zdravniki in medicinskimi sestrami v šolskih ambulantah ter zobozdravniki in medicinskimi sestrami v zobozdravstveni službi. V večini primerov menijo, da je sodelovanja premalo, predvsem zaradi pomanjkanja zdravstvenega osebja. Zunanje sodelavce Zdrave šole vodje timov ZŠ vidijo tudi v predstavnikih lokalne skupnosti – predstavnike občin predvsem kot finančne podpornike programov, predstavnike društev in drugih vladnih in nevladnih organizacij pa kot izvajalce dodatnih programov za učence in starše.

»Zunanje sodelavce predvsem vidim kot posamezne zdravstvene delavce iz posameznega področja. Malo več časa bi morali nameniti šolskim otrokom za promocijo zdravega načina življenja. Zdravstveni delavci so zelo zaposleni in težko je priti do njih.«

»Lokalna povezanost krajevne skupnosti in občine s šolo bi morala potekati na več nivojih. Financiranje nad standardnih programov in dejavnosti izven rednega pouka ne bi smelo biti vprašljivo, saj gre za 'doto' generacijam, ki bodo kreirale politiko kraja v prihodnosti.«

Četrta kategorija, *regijska koordinacija*, združuje dve podkategoriji: *obstoječi način dela in vloga koordinacije*.

Podkategorija *obstoječi način dela* vsebuje te kode: dostopnost, strokovna srečanja in sodelovanje. Vodje timov ZŠ so v regijski koordinaciji, ki je nadomestila nacionalno, pozitivno poudarili boljšo lokacijsko dostopnost, delo v manjših skupinah in sodelovanje. Za eno osebo je neugoden dopoldanski termin srečanj, saj v službi težko najde zamenjavo. Izrazili so mnenja, da so strokovna srečanja, ki se jih v okviru regijske koordinacije udeležujejo, kakovostna, aktualna in dobro pripravljena. Menijo pa, da bi lahko določene teme na sestankih vodij timov še dodatno poglobili in o njih razpravljali. Način koordinacije ocenjujejo kot dobro sodelovanje in ustrezen način dela. Šole, ki so se vključile v SMZŠ v 3. Krogu, posebej poudarjajo, da nimajo primerjave s koordinacijo, ki je potekala še na nacionalni ravni.

»Ta način dela je zelo dober, saj smo razdeljeni na manjše regije, lažje pridemo do informacij, ki jih potrebujemo in tudi poznamo ljudi, ki delajo na ZZV na tem področju, zato je delo bolj pristno in osebno.«

»Zelo mi je všeč, da je vedno neka strokovna tema na začetku in to s strokovnjaki, ki se zares ukvarjajo z neko tematiko, tako da so zraven bogate izkušnje, ... Nadgrajevanje potem vodjev timov bi bilo potrebno še poglobiti, ne samo s pregledom, kaj kdo počne ...«

Podkategorija *vloga koordinacije* združuje te kode: strokovna podpora, vir informacij in povezovanje. Po mnenju vodij timov ZŠ je ena od vlog regijske koordinacije strokovna podpora, vidijo pa jo predvsem v izobraževanjih za učitelje, predavanjih in delavnicah, pripravi podpornih gradiv pri dejavnostih, svetovanju, organizaciji strokovnih sestankov in predavanj ipd. Regijskega koordinatorja vidijo tudi kot vir informacij – opozarjanje na aktualne dogodke, na razpise, posredovanje aktualnih informacij v okviru regije in države, posredovanje med nacionalnim koordinatorjem in šolami. Regijski koordinator ima vlogo tudi pri povezovanju šol matične in drugih regij, pri izmenjavi in posredovanju izkušenj med šolami, pri organiziranju srečanj ipd.

»Priprava predavanj na različne teme. Priprava materiala za podporne dejavnosti.«

»Po mojem mnenju bi koordinator Zdravih šol moral šole aktivno spodbujati, jim tedensko oz. mesečno pošiljati aktualne ideje, zamisli. Opozarjati bi mogel na aktualne dogodke v zvezi z dogajanjem drugih šol po Sloveniji.«

Peta kategorija, *problemi delovanja ZŠ*, vključuje kode program ZŠ, motivacija in finančna sredstva.

Vodje timov ZŠ zaznavajo, da bi moral program Zdrave šole z vsebinami, ki jih ponuja, potekati v okviru obveznega kurikula. Nekateri vidijo problem v identiteti Zdrave šole s tem, ko navajajo, da so dejavnosti ZŠ prepletene z delom šole in da posamezne dejavnosti niso izključno dejavnosti Zdrave šole. Problem je tudi motivacija, saj občutijo, da z leti zanimanje sodelavcev usahne, zato jih je težko pridobiti za sodelovanje. Pogosto se zgodi, da je celotno delovanje ZŠ odvisno le od spodbud vodje tima ZŠ. Navajajo tudi, da zdrave šole tudi niso dovolj povezane med sabo. Naslednja težava, ki jo vodje timov ZŠ zaznavajo pri delovanju Zdravih šol, pa je pomanjkanje finančnih sredstev, ki so potrebna za izvajanje dodatnih programov v okviru ZŠ – zunanje predavatelje in izvajalce delavnic je navadno potrebno plačati.

»Vsebine dela bi morale potekati v obveznem kurikulu, saj ne more biti ločeno vzgojno delovanje šole od izobraževalnega.«

»Delovanje Zdrave šole je zelo dobro, vendar so vsi programi že vpeti v učni načrt, tako da ni posebej izpostavljeno, da je to Zdrava šola, kar je sicer v redu, to je bil cilj. Ampak otroci so že tako navajeni na te dejavnosti, da bi morali sedaj dodati še dodatne naloge ter te tudi predstaviti nekje na regijskem nivoju.«

Šesta kategorija, *predlagane spremembe*, vsebuje te kode: šola, regija, država. Vodje timov predlagajo te spremembe v šolah: več srečanj s sodelavci na timu ZŠ, poročanje z regijskih srečanj ter občasno vključevanje na pedagoških sestankih, ki so obvezni za vse učitelje. Za regijsko raven predlagajo več strokovnih srečanj, sodelovanje še drugih strokovnjakov, dejavnejše in bolj strukturirane sestanke vodij timov, občasno povezovanje s šolami iz drugih regij, organizacijo srečanja na Zdravi šoli ter srečanje z ravnateljji šol. Za državno raven predlagajo spremembe pri vrednotenju dela vodje tima zdrave šole z eno pedagoško uro na teden ter obvezno umestitev zdravstvenovzgojnih vsebin v kurikulum. Šole, ki so se vključile v SMZŠ v 3. Krogu, posebej poudarjajo, da zaradi kratkega časa delovanja njihove Zdrave šole ne zaznavajo potrebe po spremembah v delovanju ZŠ.

»Občasno povezovanje med regijami (kar je bilo že nekajkrat predlagano na srečanjih) ... lahko bi kakšno srečanje organizirali tudi na kateri od Zdravih šol – tam bi neposredno spoznali in videli primere dobrih praks, o katerih se pogovarjamo na srečanjih.«

»Srečanje z ravnateljji (prodornejša osvetlitev projekta).«

Razprava

Delovanje Zdravih šol

Raziskava je pokazala, da imajo vodje timov Zdravih šol na Gorenjskem na splošno pozitivno mnenje o delovanju Zdravih šol, saj ocenjujejo, da vključitev šole v mrežo Zdravih šol prinese številne prednosti – boljšo ozaveščenost učencev/dijakov in učiteljev, zdrav način življenja v šolskem vsakdanjiku, sistematičen pristop pri izvajanju programov promocije zdravja, izmenjavo izkušenj in dobrih praks z drugimi šolami ter izobraževanje učiteljev v zvezi z zdravjem in zdravim življenjskim slogom, ki ga v svoji izobraževalni in poklicni karieri navadno niso deležni. Med mnenji vodij timov Zdravih šol ni bistvenih razlik glede na to, ali gre za Zdrave šole, vključene v 1. in 2. krogu, ali za nedavno, v 3. krogu vključene šole.

Z raziskavo smo ugotovili, da so področja promocije zdravja, na katerih so vodje timov Zdravih šol zaznali največje pozitivne spremembe in te lahko pripisujejo projektu Zdrave šole, zdrava prehrana in gibanje, medosebni odnosi, ekološka ozaveščenost ter tudi novi pedagoški pristopi in načini dela. Deloma se področja ujemajo z vodilnimi temami *rdečih niti* v zadnjih desetih letih (Bevc, Pucelj in Scagnetti 2008), v okviru katerih so Zdrave šole v Sloveniji tematike podrobneje obravnavale. St Leger (1998) je prišel do podobnih ugotovitev, saj v njegovi raziskavi učitelji kot prednostne naloge in kot učinke programov Zdravih šol podarjajo tri področja: telesno dejavnost, prehrano ter varnost. Ta raziskava je pokazala, da tudi šole, ki so vstopile v SMZŠ v 3. krogu, zaznavajo učinke na omenjenih področjih – razen ekološke ozaveščenosti. Tu smo ugotovili razlike glede na vstop vključitve v mrežo Zdravih šol, saj se šole, ki so vstopile leta 2008, večinoma posvečajo zdravi prehrani in gibanju ter medosebnim odnosom.

Z raziskavo smo ugotovili, da vodje timov Zdravih šol na Gorenjskem kot ključne akterje pri promoviranju zdravja v šoli poudarjajo učitelje, vodstvo šole, zdravstvene delavce, lokalno skupnost ter starše. Primerljive ugotovitve lahko opazimo tudi v Slovenski mreži Zdravih šol, saj njene članice navajajo (Letošnja rdeča nit ... 2009), da so k stabilnosti projekta Zdravih šol na njihovih šolah pripomogli podpora vodstva, zavzetost sodelavcev, strokovno vodenje nacionalnega tima in kakovostna izobraževanja. Primerljive so tudi ugotovitve avstralske raziskave (St Leger 1998), na podlagi katere so oblikovali tri ključne skupine, ki so bistvene pri razvijanju programov Zdravih šol: učitelji, izobraževalni sistem, vključno z vodstvom šol, ter javno zdravje z oblikovalci politike promocije zdravja.

Raziskava je pokazala, da se vodje timov Zdravih šol zavedajo vloge učiteljev in vseh drugih zaposlenih pri promociji zdravja, saj so le-ti v zor učencem. Seveda pa za promocijo zdravja v šoli ne morejo biti odgovorni le učitelji, temveč vsi, ki so v posredni ali neposredni povezavi s šolo in mladimi. Tako vodje timov Zdravih šol na Gorenjskem v tem kontekstu navajajo še zdravstvene delavce, lokalno skupnost, vodstvo šole, starše in tudi medije. Jeriček in Pucelj (2008) poudarjata odgovornost odraslih, saj navajata, da življenjski slog in vedenje otrok in mladih v veliki meri kažeta družinske vzorce, vzorce vedenja in delovanja odraslih. Raziskava pa je tudi pokazala, da vodje timov Zdravih šol v večini primerov ne poudarjajo

odgovornosti za promocijo zdravja na ravni regionalnih/nacionalnih strokovnih institucij oz. nacionalnih politik – le nekaj vodij timov Zdravih šol namreč navaja resorna ministrstva ali Inštitut za varovanje zdravja. V raziskavi o Zdravih šolah na Škotskem Inchley, Muldoon in Currie (2006) ugotavljajo, da so za uspešno implementacijo programov od zunanjih partnerjev (poleg strokovnjakov, ki delajo na področju promocije zdravja, in ponudnikov šolskih obrokov hrane) ključni posamezniki v šolskem sektorju, saj je njihova vloga zagotavljanje trajnosti projekta, povezovanje, oblikovanje smernic šolske politike in kurikula ter podpora šolskega osebja pri izobraževanju.

Podpora vodstva šole je za projekt Zdrave šole bistvena in je tudi eden od pogojev za vključitev šole v SMZŠ. Raziskava je pokazala, da imajo Zdrave šole na Gorenjskem po mnenju vodij šolskih timov dobro podporo vodstva, saj z izjemo enega vodje tima vsi navajajo, da se podpora kaže zelo aktivno. Za uspešno delovanje pa je potreben tudi vodja tima Zdrave šole, ki koordinira dejavnosti, je inovativen in povezuje učitelje, starše, učence in vodstvo šole ter celotno šolo z zunanjimi sodelavci in institucijami, tega pa se zavedajo tudi vodje timov ZŠ na Gorenjskem. Ugotovitve so primerljive z raziskavo (Grieg Viig in Wold 2005), v kateri ugotavljajo, da ima vodja šolskega tima osrednjo vlogo pri razvoju in implementaciji programov, da spodbuja druge učitelje k vključevanju ter da mora imeti vsa pooblastila za organizacijo promocijskih dejavnosti na šoli.

Ugotovitve te raziskave so, da se v nekaterih šolah pojavlja problem motivacije drugih učiteljev in preostalih zaposlenih, ki sicer niso člani šolskih timov. Njihova pripravljenost za sodelovanje je nujna za izpeljavo načrtovanega programa po načelih Zdrave šole. Pri tem so nekoliko v prednosti šole, vključene v 3. krogu, saj je pri njih v primerjavi s šolami, vključenimi v 1. in 2. krogu, v odgovorih zaznati nekoliko boljše sodelovanje z učitelji. Najverjetneje gre še za visoko motivacijo, s katero se je šola tudi vključila v SMZŠ; drugi razlog pa lahko pripišemo kratkemu obdobju delovanja Zdrave šole, tako da še ni mogoče povsem realno ocenjevati stanja. Podatki raziskave kažejo, da se na šolah, ki so vključene v SMZŠ že od leta 1993 oz. leta 1998, pogosto dogaja, da zaradi preobremenjenosti z drugim delom učitelji ne sodelujejo oz. vidijo Zdravo šolo kot dodatno delo. Program Zdrave šole kljub temu teče, dejavnosti vodijo, načrtujejo in izvajajo zaposleni, ki vidijo v tem vsestransko prednost. St Leger (1998) ugotavlja, da se učitelji in šole zanimajo za koncept Zdrave šole, vendar potrebujejo finančno in svetovalno podporo, omogočen profesionalni razvoj ter priložnost, da oblikujejo svoj model Zdrave šole. Na podlagi teh ugotovitev lahko omenimo odgovornost vodstev šol, da nesodelujoče zaposlene spodbudijo k sodelovanju – zaposleni morajo videti koristi Zdrave šole tudi v lastni osebni in poklicni rasti, v izboljšanju delovnih razmer, v boljših odnosih, povezovanju, v izobraževanju ipd., ne le kot dodatno delo. Predvsem pa Zdrave šole ne bi smeli gledati kot samostojen projekt, ampak bi se morali zavedati, da je Zdrava šola način življenja celotne šole. V raziskavi smo ugotovili, da nekateri vodje timov Zdravih šol navajajo, da so dejavnosti že tako »vpete v šolo«, da težko opredelijo, da so to »le« dejavnosti Zdrave šole.

Raziskava je pokazala, da vodje timov kot najpomembnejše zunanje sodelavce prepoznavajo zdravstvene strokovnjake, zlasti medicinske sestre in zdravnike v

šolski in zobozdravstveni službi, vendar je vidno, da sodelovanje ni povsem zadovoljivo. Želijo si več vključevanja zdravstvenih delavcev pri izvajanju dejavnosti in strokovno podporo. Podobne ugotovitve kažeta finska in norveška raziskava (Turunen, Tossavainen, Jakonen in Vertio 2006; Grieg Viig in Wold 2005), saj poudarjata, da bi bilo potrebno nameniti več tako kadrovskih kot časovnih resorjev šolskemu zdravstvenemu osebju, saj učitelji potrebujejo podporo zdravstvenih strokovnjakov pri svojem delu. Potreben je multidisciplinaren dialog pri razvoju skupnega razumevanja promocije zdravja v šolski skupnosti (Turunen, Tossavainen, Jakonen in Vertio 2006).

Z raziskavo smo ugotovili, da vodje šolskih timov menijo, da so tudi predstavniki lokalnih skupnosti v Zdravi šoli med najpomembnejšimi zunanji sodelavci. Te vidijo kot osebe, ki jim lahko pomagajo pri pridobivanju sredstev za dodatna izobraževanja in programe za učence. Iz nekaterih odgovorov je vidno, da so kot zunanji sodelavci prepoznani tudi predstavniki društev, ki jim predvsem pomagajo z izvajanjem dejavnosti na šoli (predavanja in delavnice), ponekod pa tudi z načrtovanjem dela v okviru Zdrave šole. Iz odgovorov lahko sklepamo, da je sodelovanje predstavnikov lokalne skupnosti največkrat na načelni ravni, v resnici pa veliko šol načrtuje in izvaja program s svojimi resorji. V timih Zdravih šol ne sodelujejo vedno predstavniki vseh pomembnih akterjev. Predstavniki lokalne skupnosti so tisti, ki so poleg predstavnikov staršev in učencev, najpogosteje izvzeti iz sodelovanja v šolskem timu. Podobno St Leger (1998) ugotavlja v svoji raziskavi, ko pravi, da učitelji ne razumejo, kaj pomeni partnerstvo z lokalno skupnostjo – največkrat ga razumejo kot pomemben finančni vir za plačilo predavateljev ali informativnega gradiva, ne pa kot delo v povezovalnih dejavnostih, s katerimi izboljšujejo možnosti za zdravje učencev.

Regijska koordinacija

Raziskava je pokazala, da so vodje timov Zdravih šol na Gorenjskem s preusmeritvijo koordinacije na regijsko raven večinoma zadovoljni. Pomeni jim boljše dostopnost in komunikacijo, saj se med seboj poznajo in lažje pridejo do informacij. Na splošno so zadovoljni z obstoječim načinom dela, poudarjajo dobra strokovna srečanja in zelo dobro sodelovanje. Ugotovitve raziskave so, da vodje timov Zdravih šol od regijske koordinacije pričakujejo predvsem strokovno podporo, obveščanje in povezovanje znotraj regije in širše. V okviru tega predlagajo tudi spremembe – več strokovnih srečanj in izobraževanj učiteljev, strokovno podporo s pripravljenimi programi, ki bi jih lahko uporabili v šoli, z izdelanimi podpornimi gradivi ter občasno tudi z izvajanjem programov. Sodelujoči v raziskavi predlagajo občasno povezovanje (skupna srečanja) z Zdravimi šolami iz drugih regij, to bi bilo namreč zelo dobrodošlo pri izmenjavi izkušenj in dobrih praks, ter srečanja vodij timov Zdravih šol na Zdravih šolah, ki bi se na ta način predstavile. Raziskave kažejo (Liberman in Grolnick v Grieg Viig in Wold 2005), da mreža igra pomembno vlogo v šolah, vendar če je učitelji ne zaznavajo več kot pomembne, pogosto njihova vloga izzveni. Po avtorjih Grieg Viig in Wold (2005) se zdi, da ima mreženje med Zdravimi šolami velik pomen za razvoj.

Predlog anketirancev regijskemu koordinatorju je tudi organizacija skupnega srečanja ravnateljev, da bi jim bil podrobneje predstavljen koncept celostnega pristopa pri promociji zdravja na šoli. To je lahko priložnost za regijskega koordinatorja Zdravih šol za okrepitev povezav s šolskim področjem na regijski ravni, območno enoto Zavoda RS za šolstvo, saj tudi primerljiva raziskava ugotavlja (Inchley, Muldoon in Currie 2006), da je usmeritev šolskega sektorja pomembna pri zagotavljanju programov promocije zdravja in pri podpori učiteljev.

Mnenja vodij šolskih timov, vključenih v 1. in 2. krogu, se razlikujejo od mnenj vodij, vključenih v 3. krogu o načinu dela in po predlogih za spremembe na ravni regije. Ti namreč navajajo, da so s sedanjim načinom koordinacije zadovoljni. Ker so vključili v mrežo ZŠ šole v zadnjem obdobju, tudi ne morejo primerjati z obdobjem, ko je bila koordinacija vodena še nacionalno. Navajajo tudi, da zaradi kratkega obdobja delovanja v SMZŠ še nimajo predlogov za spremembe.

Iz raziskave je vidno, da vodje timov Zdravih šol regijskega koordinatorja ne vidijo v vlogi nadzora pri izvajanju promocije zdravja. Šole so precej samostojne pri načrtovanju programov. Regijski koordinatorji spremljajo dogajanje na šolah prek preglednic za načrtovanje in evalvacijo, ki jim jih šole enkrat do dvakrat na leto pošljejo, zbrane podatke pa posredujejo na IVZ. Na ta način ima regijski koordinator pregled nad tem, kaj se na Zdravih šolah dogaja (Bevc Stankovič 2006). Problem teh evalvacij pa je, da so lahko zelo subjektivne. Iz evalvacijskih poročil je videti, da se promocija zdravja v veliki meri razlikuje od šole do šole (Scagnetti in Molan 2009), zato Pajnik (2009) predlaga, da bi koordinatorji projekta morali šole bolj nadzorovati pri izvajanju programov. Z boljšim nadzorom bi se kakovost dejavnosti izboljšala. Poleg tega bi bilo koristno uvesti sistem za zbiranje konkretnih podatkov o uspešnosti programa, na podlagi tega pa bi program po potrebi prilagajali (prav tam). Tako že potekajo spremembe, saj je nacionalni koordinator IVZ v fazi oblikovanja enotnih kriterijev, na podlagi katerih bo delo šole mogoče ocenjevati.

Sklep

Način dela Slovenske mreže Zdravih šol se je izkazal kot uspešen pri promociji zdravja v šolskem okolju. Pomembno vlogo pri promoviranju zdravja v šolskem okolju je leta 2007 intenzivno prevzel tudi ZZV Kranj. Ključne osebe v Zdravih šolah na Gorenjskem, vodje šolskih timov, imajo o delovanju Zdravih šol pozitivno mnenje. Koordinacija Zdravih šol, ki je z nacionalne prešla na regijsko raven, je pri vodjih timov gorenjskih šol dobro sprejeta, vendar se kažejo potrebe po določenih spremembah. Zaželeno bi bilo, da bi regijski koordinator okreplil izobraževalno vlogo in vlogo strokovne podpore s pripravljenimi programi promocije zdravja in podpornimi gradivi. Hkrati šole predlagajo tudi povezovanje regijskega koordinatorja z vodstvi šol, še zlasti tiste, v katerih projekt Zdravih šol ne poteka po pričakovanjih in v katerih podpora sodelavcev in širše skupnosti ni dovolj velika. Predlogi sodelujočih v raziskavi, ki bi jih bilo potrebno reševati na nacionalnem nivoju, pa se nanašajo na umestitev vsebin promocije zdravja v obvezni kurikulum ter ovrednotenje dela vodje šolskega tima z eno pedagoško uro na teden.

Eno od pomembnih področij pri zagotavljanju učinkovite promocije zdravja je vključevanje zdravstvenega sektorja, zlasti s področja promocije zdravja. Nedvomno morajo šole v svojih okoljih same navezovati stike in okrepiti sodelovanje z zdravstvenimi domovi, saj bo na ta način le-to tudi učinkovitejše. Regijski koordinator pa lahko to podpre na skupnih strokovnih srečanjih, namenjenih tako medicinskim sestram in zdravnikom šolske/zobozdravstvene službe kot pedagoškemu kadru. Na ta način jih še dodatno vzpodbudi k intenzivnejšemu sodelovanju z Zdravimi šolami.

Rezultati omenjene raziskave lahko pomembno pomagajo ZZV Kranj pri usmeritvah regijske koordinacije in pri izboljšanju delovanja Zdravih šol na Gorenjskem kot tudi šolam v okviru svoje institucije. Smiselno bi bilo podobno raziskavo izvesti tudi v drugih regijah, jo poglobiti ter v raziskavo poleg vodij šolskih timov vključiti tudi druge ključne akterje: vodstvo šole, učitelje, vodje šolske prehrane in/ali zunanje ponudnike prehrane, posameznike iz lokalne skupnosti ter tudi zdravstvene delavce in ključne osebe v šolskem sektorju. Na podlagi skupnih ugotovitve raziskav bi se regijske in nacionalne usmeritve Slovenske mreže zdravih šol lahko uskladile s potrebami in zmožnostmi vseh Zdravih šol. Na vseh nivojih pa bi si morali prizadevati, da bi bile vse šole na Gorenjskem in v Sloveniji zdrave šole.

Literatura in viri

- Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools (2007). International Union for Health Promotion and Education, Version 2. http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_English.pdf (20. 4. 2010)
- Barnekow, V., Bujis, G., Clift., S, Bruun Jensen, B., Paulus, P., Rivett, D. idr. (2006). Health promoting schools: a resource for developing indicators. Geneve: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. http://ws10.e-vision.nl/she_network/upload/pubs/Healthpromotingschoolsaresourcefordevelopingindicators.pdf (14. 11. 2009).
- Barnekow Rasmussen, V., in Rivett, D. (2004). Setting the scene. V: Third workshop on practice of evaluation of the Health Promoting School – concepts, indicators and evidence. Executive Summary. <http://www.schoolsforhealth.eu/upload/pubs/ThirdworkshoponpracticeofevaluationoftheHPS.pdf> (8. 11. 2009).
- Bevc, M., Pucelj, V., in Scagnetti, N. (2008). Širimo slovensko mrežo zdravih šol (3. krog) – šolsko leto 2008/09. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Bevc Stankovič, M. (2006). Slovenska mreža Zdravih šol – šole, ki promovirajo zdravje. V: Zbornik prispevkov / Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2006. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, str. 63–70.
- Cencič, M. (2009). Kako poteka pedagoško raziskovanje. Primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Flere, S. (2000). Sociološka metodologija. Temelji družboslovnega raziskovanja. Maribor: Pedagoška fakulteta.

- Gray, G., Young, I., in Barnekow, V. (2009). Developing a health promoting school – A practical resource for developing effective partnership in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools. <http://euro.who.int/document/e90053.pdf> (15. 11. 2009).
- Gray, G., Young, I., in Barnekow, V. (2009). Razvijanje promocije zdravja v šolah. V: Scagnetti, N., Bevc Stankovič, M. in Pucelj, V. (ur.). Zdrava šola – bilten Slovenske mreže Zdravih šol. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, str. 14–32.
- Grieg Viig, N., in Wold, B. (2005). Facilitating Teachers' Participation in School-Based Health Promotion – A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49, št. 1, str. 83–109.
- Habjanič, A. (2008). Kvalitativno raziskovanje v zdravstveni negi z metodo analize besedila. V: Skela Savič, B., Kaučič, B. M., in Ramšak Pajk, J. (ur.). Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega. Zbornik predavanj z recenzijo 1. mednarodne znanstvene konference. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 98–100.
- Inchley, J., Muldoon, J., in Currie, C. (2006). Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. V: *Health Promotion International Advanced Access*. Oxford: Oxford University Press, str. 1–7.
- Jensen Bruun, B. in Simovska, V. (2002). Models of Health Promoting Schools in Europe. Copenhagen: International Planning Committee. <http://www.who.it/document/e74993.pdf> (16. 11. 2009).
- Jeriček, H., in Pucelj, V. (2008). Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju – primerjava med letoma 2002 in 2006. *Zdravstveno varstvo*, 47, str. 126–136.
- Koprivnikar, H., in Pucelj, V. (2010). Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0–19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Letošnja rdeča nit zdravih šol so odnosi – do sebe, drugih okolja (2009). Inštitut za varovanje zdravja RS. <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=2076> (24. 1. 2010).
- Mreža Zdravih šol na Gorenjskem (2009). Zavod za zdravstveno varstvo Kranj. <http://www.zzv-kr.si/datoteke/MrezaZdrSolGor.doc> (30. 12. 2009).
- Mukoma, W., in Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 19, št. 3, str. 357–368.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). First International conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (3. 11. 2009).
- Pajnik, Š. (2009). Socialni marketing. Primer: Projekt slovenske mreže zdravih šol. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Projekt Slovenske mreže zdravih šol (2008). Inštitut za varovanje zdravja RS. <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=558> (24. 1. 2010).
- Pucelj, V., in Bevc Stankovič, M. (2007). Evalvacija učinkovitosti programa promocije zdravja v šoli. V: Kraigher, A., Berger, T., in Piškur Kosmač, D. (ur.). Izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju: knjiga izvlečkov. 4. slovenski kongres preventivne medicine. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva, str. 54.
- Scagnetti, N., in Molan, A. (2009). Poročilo o delu Zdravih šol v šolskem letu 2006/2007. V: Scagnetti, N., Bevc Stankovič, M., in Pucelj, V. (ur.). Zdrava šola – bilten Slovenske mreže Zdravih šol. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, str. 6–13.

- St Leger, L. (1998). Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and implications for the development of school health. *Health Promotion International*, 13, št. 3, str. 223–35.
- Stewart Burgher, M., Barnekow Rasmussen, V., in Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools The alliance of education and health*. Copenhagen: International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. <http://www.who.it/document/e62361.pdf> (24. 11. 2009).
- Širili smo Slovensko mrežo Zdravih šol – III. krog (2009). Inštitut za varovanje zdravja RS. <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1718> (11. 12. 2009).
- Tossavainen, K., Vartiainen, E., in Paavola, M. (1996). *An Evaluation of Health-Promoting Schools in the Finnish Network. V: Childhood Education: International Perspectives*. http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/14/da/47.pdf (24. 11. 2009).
- Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., in Vertio, H. (2006). Did something change in health promotion practice? A three-year study of Finnish European Network of Health Promoting Schools. *Teachers and Teaching: theory and practice*, 12, št. 6, str. 675–692.
- Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Žakelj, A. (2007). *Spremljanje in posodabljanje učnih načrtov in katalogov znanj. Vmesno poročilo o izvajanju projekta*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo. http://www.zrss.si/pdf/_POROČILO%20julij%202007.pdf (20.4.2010)

Tanja TORCAR (Institute for Health Protection Kranj, Slovenia)
Brigita SKELA SAVIČ, Ph.D. (College of Nursing Jesenice, Slovenia)

HEALTH PROMOTING SCHOOLS IN THE GORENJSKA REGION – PERSPECTIVES OF SCHOOL COORDINATORS

Abstract: There are fifteen Health Promoting Schools in the Gorenjska region with varying times of engagement in the Slovenian Network of Health Promoting Schools which is organized under the European Network of Health Promoting Schools. Since 2007 regional coordination has been led by the Institute of Public Health in Kranj. With this study we wanted to determine the opinion of school coordinators on the functioning and coordination of the project in the Gorenjska region and gather proposals for changes. Qualitative research included 14 of the 15 school coordinators. The method used was a written survey and the data were analyzed by the method of textual analysis. The results show that school coordinators have a positive opinion of Health Promoting Schools. Inclusion in the Network had many positive effects on the health and healthy lifestyles of schoolchildren and on the organization of school work and cooperation with the community. Regional coordination was evaluated positively – the school coordinators revealed better accessibility, professional education and good cooperation in the region. The problems relating to the Health Promoting School are mainly seen in some deficiencies in the health promoting program, lack of staff motivation and financial resources. Regarding this, they highlighted proposals for change at the level of the school community and at a regional and national level. From a regional coordinator they expect strengthening of education areas, professional support and intersectoral integration within the region and beyond.

Key words: health promotion, health promoting school, network of health promoting schools, school coordinator