

Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledž

**KOOLILASTE TERVIS JA SELLE EDENDAMINE ÜHTSES
KOOLITERVISE SÜSTEEMIS**

Kädi Lepp

Haapsalu 2010

KOOLILASTE TERVIS JA SELLE EDENDAMINE ÜHTSES KOOLITERVISE
SÜSTEEMIS

Autor: Kädi Lepp

Keeletoimetaja: Victoria Parmas

Autoriõigus: Kädi Lepp, 2010

Autoriõigus: Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledž, 2010

ISBN ISBN 978-9949-463-02-2

Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledž

Lihula mnt 12

90507 Haapsalu

www.hk.tlu.ee

Sissejuhatus

Laste ja noorte tervisele ja heaolule avaldab mõju bioloogiliste, kultuuriliste, sotsiaalsete, majanduslike ja keskkonnategurite keeruline kombinatsioon. Mitmel põhjusel on sagenenud laste kroonilised haigused, kasvanud on vaimse tervise häired, probleeme tekitavad tervisekäitumise negatiivsed suunad.

Keskkond, mis soodustab ebatervislikku eluviisi, ei ole laste ja noorte loodud, sest üldjuhul ei saa nemad seda kuigi palju mõjutada. Täiskasvanute ülesanne on vähendada võimalikke terviseriske kõikides valdkondades ja paikades, kus lapsed elavad, õpivad või vaba aega veedavad. Selleks et lapsed ja noored võtaksid omaks tervislikud eluviisid, peavad täiskasvanud neid toetama ja looma võimalused parimate valikute tegemiseks. Tervise edendamisel ja probleemide ennetamisel tuleb lähtuda laiemast kontekstist, uurida elukeskkonda, tingimusi, majanduslikku ja kultuurilist tausta. Millised meetmed suurendavad või vähendavad ebavõrdsust laste ja noorte haigestumises? Millised tegurid mõjutavad turvalisust ja heaolu riigi, kohaliku omavalitsuse ja kooli tasandil? Kuidas toetab koolitervisesüsteem laste kasvamist ja arengut? Nende küsimuste üle selles artiklis arutletaksegi.

Esmalt antakse lühiülevaade kooliõpilaste tervisenäitajatest ning suundadest Eestis ja Läänemaal. Ülevaade on koostatud peamiselt koolitervishoiuteenuse osutajate andmete põhjal. Tervisekäitumise osas analüüsitakse eelkõige toitumise, kehalise aktiivsuse ja uimastite tarvitamisega seonduvat. Läänemaa 11-15-aastased õpilased on järjepidevalt osalenud rahvusvahelistes kooliõpilaste tervisekäitumise uuringutes, mis võimaldavad teha suundumuste kohta teaduspõhiseid järeldusi. Artikli teine pool keskendub koolitervishoiusüsteemi kitsaskohtadele ja võimalikele lahendustele. Lõpetuseks esitatakse rahvusvahelistele kogemustele toetuvaid soovitusi nii üksikisikutele, koolidele, kohalikele omavalitsustele kui riigi tasandil otsustajatele. Lisatud on kasutatud kirjanduse loetelu.

Koolilaste tervis ja seda mõjutavad tegurid

Kooliõpilaste tervist on keeruline kirjeldada, kuna Eestis puudub ühtne ja kättesaadav terviseandmete kogumise süsteem. Kõige ülevaatlikumalt kajastavad Eesti laste ja noorte tervist tervishoiuteenuse osutajate statistilised aruanded, mis sisaldavad esmaseid pöördumisi. Nende andmetel on viimastel aastakümnetel 0–19-aastaste laste ja noorte

haigestumusnäitajad tõusnud. Selle põhjus võib olla halvenenud tervis, kuid samas kajastab suurem esmaste pöördumiste arv ka teadlikkuse tõusu arstiabi osutajate suhtes. Aastate lõikes on pidevalt tõusnud haigestumus nakkus-, närvisüsteemi- (sh laste tserebraalparalüüsi), lihasluukonna ja sidekoehaigustesse; sagedamini on diagnoositud rauavaegusaneemiat, rasvumust, psüühikahäireid, hingamiselundite haigustest pollinoosi, bronhiaalastmat, nahahaigustest atoopilist dermatiiti. Sagenenud on esmaste pöördumiste arv vigastuste, mürgistuste jt välispõhjuste tõttu. 2005. aastal pöördus iga viies 0–14-aastane laps arsti juurde välispõhjustest tingitud haigusjuhtumi tõttu. 2006. aastal suri õnnetuste, mürgistuste, traumade tagajärjel 92 kuni 19-aastast last ja noort (RTA 2008: 8). Oluline rahvatervise probleem on laste ägedad mürgistused. Viimastel aastatel on kooliealiste laste seas ülekaalus alkoholimürgistused, moodustades kuni 57% kõigist mürgistustest (Nurm 2009: 54).

Alates 2004. aastast koostab Eesti Haigekassa (EHK) laekunud andmete põhjal koondi kooliealiste laste tervise kohta. Andmed esitatakse koolide ja klasside kaupa vaid nende koolide osas, kus koolitervishoiuteenust osutatakse. Esitatud statistilised näitajad on küllaltki üldised ning ei võimalda kõikehõlmavat ülevaadet. Terviseprobleemid, mida registreeritakse EHK aruandes, on järgmised: rühihäired, nägemisteravuse langus, üle- ja alakaalus, kõrgeenenud vererõhk. Lisaks kogutakse andmeid vaktsineerimiste, koolikeskkonna, vigastuste ja õnnetusjuhtumite, koolieine söömise jms näitajate kohta. Koolitervishoiuteenuse aruande koostamisel arvestatud indikaatoreid on võimalik kasutada koolide sise- ja välishindamisel ning kooli arengukava koostamisel.

Õpilaste ennetavaid tervisekontrolle tehakse I, III, V, VII, IX ja XII klassis. 2009. a I poolaastal vaadati läbi 826 Läänemaa koolilast ja vaid 467 õpilasel (56,5%) ei avastatud ühtki terviseiga seotud kõrvalekallet. Peamised probleemid olid **rühihäired**, mis esinesid 118 (14,4%) läbivaadatud õpilasel. Ajavahemikul jaanuar kuni juuni 2009 avastati 122 nägemisteravuse langusega õpilast, mis moodustab 15% läbivaadatud õpilaste arvust. Esmaseid juhte ehk korrigeerimata nägemisteravust oli 52 õpilasel ehk ligi pooled õpilased tuli suunata edasi silmaarsti juurde. Lühinägevus on õpilastel kõige sagedamini esinev krooniline tervisehäire. Tugevasti väljakujunenud lühi- ja kaugnägevus on haiguslikud seisundid. Lühinägevus (müopia) hakkab tavaliselt arenema 4.-5. klassis ning tõuseb esikohale keskkooliõpilaste hulgas. Ligi 25% abiturientidest astub ellu nägemishäirega. **Kuulmis- ja nägemishäired** on vaja avastada õigel ajal, et kaasaegsete ravi- ja rehabilitatsiooni meetoditega tagada lastele võimalikult normaalne areng. Koolitervishoiusüsteemil on oluline roll lapsevanemate teavitamisel õpilaste nägemislangusest, sest väga suur osa nimetatud

häireid avastatakse algklasside õpilastel. Õigel ajal korrigeeritud nägemisteravus on otseselt seotud õpilase tervise ja õppetulemustega.

Sagedamini pöörduvad õpilased tervishoiutöötajate poole seoses **väsimuse, peavalu, kõhuvalu ja masendusega**. 2008. a koostatud kooliõpilaste tervisekäitumise raporti andmetel on 27% lastest iga päev kimpus mõne terviseprobleemiga. Kui koolis on tervishoiukabinet, siis on lastel võimalik sinna pöörduda ja oma muredele leevendust saada. Enam nimetatakse pöördumise põhjustena halba tuju, närvilisust ja kurvameelsust. Sageli esineb peavalusid. (Kooliõpilaste tervisekäitumise uuring, 2008). 2004. a läbiviidud Tallinna kuue linnaosa koolide 8. klasside õpilaste turvalisuse ja riskikäitumise uuringust selgub, et väsimustunnet esineb pidevalt või sageli pooltel õpilastel (51%), nohu pidevalt või sageli 31%, peavalu 18% ja kõhuvalu 13%. (Kruusvall, Tomson 2004: 104).

Mitte ükski tervisega seotud probleem ei vähenda inimese elukvaliteeti rohkem kui välistest põhjustest tingitud **vigastused**. Eurostati andmebaasis avaldatud surma põhjused 100 000 elaniku kohta näitavad, et Euroopa Liidus on vigastussurmade osakaal kõige suurem Leedus, järgnevad Läti ja Eesti. 1996.–2000. a vigastuste tõttu tervishoiuasutustesse pöördumise analüüsist nähtub, et 39% lastest oli saanud viga kodus, 11,7% koolis, 17,4% tänaval ja 15,5% spordirajatistel. Koolis saadud vigastustest moodustasid 34,6% randme- ja käevigastused, 18,4% peavigastused, 14% jalavigastused, 12,6% küünarliigese- ja küünarvarrevigastused. Vigastuste arv Läänemaa koolides on viimastel aastatel enam-vähem muutumatu, nii 2008. a kui ka 2009. a I poolel registreerisid koolitervishoiutöötajad 103 vigastust, millest suurema osa moodustasid IV–VI klasside õpilaste vahetunnis saadud vigastused. Samal ajal on kooli tervishoiutöötajad teinud vaid üksikuid ettepanekuid vigastuste ennetamiseks. Vigastuste tekkepõhjuste ja olukordade uurimine looks võimaluse neid ennetada. Eestis puudub ühtne vigastuste registreerimise register ning vigastuste vältimiseks ei kasutata piisavalt abinõusid ja nende rakendamine on juhuslik.

Inimese toitumisharjumustele pannakse alus lapsepõlves ning ebapiisav või vale **toitumine** avaldab tervisele mõju kogu ülejäänud elu. Arvestades asjaolu, et vaid 66% lastest sööb hommikusööki (Aasvee jt 2009:27) ja umbes pooled ei saa pärast kooli sooja toitu, on koolitoitlustusel vastutusrikas osa õpilase tervisliku kasvu ja arengu tagamises (Tervislik koolipuhvet.. 2008:1).

Toitlustamist koolides reguleerib sotsiaalministri määrus (eRTL 2008) ning järelvalvet teeb terviseamet. 2008. aastal kontrollis tervisekaitseinspeksioon toitlustamist Eestimaa 448

koolis. Toiduenergia sisaldus vastas nõuetele 71% ja põhitoitained olid tasakaalus 35% kontrollitud koolidest (Toitlustamisalane järelvalve 2008: 4). Paljudes koolitoidu menüüdes oli energeetiline väärtus küll paigas, kuid selle saavutamiseks oli kasutatud üle normi rasvu või süsivesikuid.

Suhkrut sisaldavate magusate jookide joomist peetakse ebatervisliku toitumise indikaatoriks. Enamikul päevadest või iga päev joovad Coca Colat, Fantat või Pepsit ligi viiendik koolilastest (Aasvee jt 2009: 31). Selliseid suhkru- ja suure kofeiinisaldusega energiajooke ei tohiks üheski lasteasutuse müügipunktis müüa. Energiajooogi mõju avaldub kehakaalu kilogrammi kohta: mida väiksem on kaal, seda suuremat mõju avaldavad energiajoogis sisalduvad organismi virgutavad ained. Seetõttu on näiteks Iirimaa energiajookide müük alla 16-aastastele keelatud (Pikapeale närsitav energiajook 2008). Tallinna linnas ja mitmes teises Eestimaa paigas on läbi viidud konkursse tervislikuma koolipuhveti väljaselgitamiseks. Selle tulemusel on suhkru- ja gaseeritud joogid, rohke rasvasisaldusega kartulikrõpsud ja soolakõrsikud, värvilised lisainetega kommid puhvetitest kadunud ja lapsed ostavad meelsasti tervislikku toitu: puu- ja köögivilju, toorsalateid, võileibu, mahlu. Populaarse telekoka Jamie Oliveri Inglismaa koolide toitlustamises sisse viidud muudatuste tulemusel väitis suur osa sealsete koolide personalist, et pärast tervisliku toidu pakkumist paranesid õpilaste käitumine, keskendumisvõime ja õpitulemused (Jamie Oliveri koolilõunad 2010).

Viimastel aastatel on koolieinet söövate õpilaste osakaal tõusnud. See suund on eriti positiivne vanemate klasside õpilaste hulgas, kus varasematel aastatel koolis sööjate arv vähenes. Koolilõuna populaarsust on tõstnud avaliku tähelepanu pööramine selle kvaliteedile ning riigi ja omavalitsuste osaline või täielik koolilõunate kompenseerimine. 2009. a sõi koolitoitu 93,4% Läänemaa koolide õpilastest (EHK 2009). Tänu kõikidele põhikooli õpilastele võimaldatavale tasuta koolilõunale võib oletada, et õpilaste toitumisharjumused on paranemas – süüakse regulaarsemalt ja toit on paremini tasakaalus. Erilist tähelepanu tuleb pöörata erikoolide toitlustamisele, kuna puudega lapsed vajavad tunduvalt suuremaid toidukoguseid, sest sageli ei omasta nende organism toidust sama palju kui tavaõpilase oma.

Uurimistulemused näitavad, et **ülekaalulisus** maailmas kasvab väga kiiresti. Hinnanguliselt on umbes 25–28% Euroopa kooliealistest lastest ülekaalulised (Currie, 2006: 13). Nende numbrite taga on tõsine oht tervisele. Vaja on juurelda rasvumise ja ülekaalu põhjuste üle ning võtta kasutusele meetmed selle kasvusuuna peatamiseks. Tõenäoliselt on ebatervislik toitumisharjumus üks põhjus, miks kaaluprobleemid on ka Eestis tõusnud päevakorraks.

Võrreldes sama perioodiga aastatel 2008 ja 2009 on ülekaaluliste õpilaste osakaal Läänemaal kasvanud 1,2% ehk 2009. a moodustas see juba 9,2% õpilaste arvust (EHK 2009). 2008. aastal koostatud uuringu põhjal, milles hinnati kehamassiindeksi alusel kooliõpilaste tervisekäitumist, esineb Eesti 11–13-aastaste poiste seas ülekaalu 12%, tüdrukutest vähem kui kümnendikul (Aasvee jt 2009: 25). Võrreldes neli aastat tagasi läbi viidud uuringuga on nii poiste kui tüdrukute hulgas ülekaalusust kaks korda rohkem. Samas teeb murelikuks asjaolu, et eriti tütarlapsed hindavad oma keha liiga kriitiliselt. Kolmandik tütarlastest arvab, et nad on liiga paksud (Aasvee jt 2009: 25). Ehkki uuringute kohaselt on suur hulk lapsi ülekaalulised, süüakse siiski ühekülgse, olles ühe või teise toitainet osas alatoitunud.

Vaimsele tervisele ja sellega seotud probleemide varajasele avastamisele, äratundmisele ja asjakohasele abile on seni põhjendamatult vähe tähelepanu pööratud ning nende esinemissagedust oluliselt alahinnatud. Euroopa riikide andmetel esineb 10–20% noorukitest üks või mitu vaimse tervise või käitumisprobleemi (Heidmets jt 2009: 156). Et teismeliseiga on tundlik aeg, mil suureneb enesevigastuse ja suitsiidirisk, peavad olema kättesaadavad vastavad noortesõbralikud nõustamisteenused (psühholoog, sotsiaalpedagoog, tervishoiutöötaja). Laura-Liisa Heidmets jt uurijad leidsid, et depressiivsusele viitavat seisundit on kogenud 25% 7.–9. klassi uuritavatest poistest ja 33% sama vanuserühma tüdrukutest. Samas toovad uurijad välja seosed riskiva seksuaalkäitumise, depressiivsuse, suitsidaalse mõtlemise, tahtliku enesevigastamise ja suitsiidikatse sooritamise vahel (Heidmets jt 2009: 160). 10% Tallinna koolide 8. klasside õpilastest, keda valdab pidevalt või sageli elutüdimus, ning 17% sama vanuseastme õpilastest, keda on korduvalt narritud või kiusatud, moodustavad põhjendamatult suure riskirühma (Kruusvall, Tomson 2004: 25–28).

Koolikiusamine on Eestis enam levinud kui paljudes teistes Euroopa riikides. 45% 11–15-aastastest õpilastest märkis, et neid on koolis viimase kahe kuu jooksul kiusatud. Paraku on kiusatute hulgas rohkem neid, kes hindavad oma tervist rahuldavaks või väga halvaks. Ka kiusajad peavad oma tervist enam halvemaks ning neile pigem ei meeldi koolis käia. Kooliõpilaste tervisekäitumise uuringutest on mitmel korral välja tulnud asjaolu, et Eesti lastele koolis eriti ei meeldi. Kõige rohkem leidub neid, kellele kool meelepärane pole, 13-aastaste poiste grupis (Aasvee jt 2009: 16). Kooliõpilaste üldine rahulolu eluga ja nende tervis on paraku omavahel tihedalt seotud.

Hoolimata sellest, et **koolikeskkond** aasta-aastalt paraneb, on järelevalve käigus avastatud mitmeid puudusi ning mitterahuldavates tingimustes õppivate laste osakaal ei lange piisavalt kiiresti. Suur osa probleemidest tekib kasvule sobimatust mööblist, ebapiisavast valgustusest

või ruumide vähesest tuulutamisest. Ajavahemikul 2005–2006 kontrollis tervisekaitseinspeksioon 20 Läänemaa kooli õpperuumide sisekliima näitajaid. 15 koolis ei vastanud süsihappegaasi kontsentratsioon siseõhus kehtestatud nõuetele (Terviseameti koduleht). Peamisteks põhjusteks toodi, et ruume ei õhutata ja õpilased viibivad vahetunni ajal klassides. Tuulutamine on hügieenilisest vaatevinklist lihtsaim ja asendamatu abinõu ruumiõhu kvaliteedi parandamiseks. Sage ning õige tuulutamine vähendab mikroorganisme ja tolmu õhus 3–5 korda ning võimaldab alandada paljude infektsioon-, allergiliste jt haiguste levikut. Koolitervishoiu ülesanne on pöörata tähelepanu koolikeskkonnale, et ka allergiline laps võiks seal turvaliselt õppida. Iga koolidirektori ja omavalitsusjuhi vastutada on, et koolid vastaksid tervisekaitse normidele ja ei kahjustaks laste tervist. Kooli tervishoiutöötaja koos kooli tervisenõukoguga on koolijuhile abiks keskkonna hindamisel ning kõrvalekallete kaotamisel.

Koolilaste terviskäitumine

Mitme uurimistöõ tulemustest selgub, et Eesti koolilaste sagedasemad terviseriskid on ebatervislik toitumine, vähene liikumine, riskialdis seksuaalkäitumine, legaalsete ja illegaalsete uimastite tarbimine.

Lähtuvalt **kehalise aktiivsuse** mõjust tervisele on Ameerika Spordimeditsiini Assotsiatsioon ja mitmed teised rahvatervise organisatsioonid esitanud soovitusena optimaalseks kehaliseks aktiivsuseks. Sellekohaselt on tervise huvides vajalik mõõdukas või suur kehaline koormus iga päev vähemalt 60 minutit. Õpilaste enesehinnangust selgus, et sellele nõudele vastas vaid 21% 11–15-aastastest poistest ja 18% tüdrukutest (Aasvee jt 2008: 37). Tallinna koolide 15-aastaste õpilaste uuringust selgus, et 26% poeglapsi ja ligi kolmandik tütarlapsi on kehaliselt aktiivsed vaid kooli kehalise kasvatus tundides (Kruusvall, Tomson 2004: 75). Seega oleks nende tundide arvu suurendamine nädalas oluline abinõu õpilaste liikumisaktiivsuse tõstmisel. Mujal maailmas tehtud uuringud (Haug jt 2009: 63) näitavad, et suurendades kehalist aktiivsust nädalas kahelt tunnilt kolmele või neljale, paranevad õppeaasta jooksul õpilaste kehalised võimed, väheneb ülekaal ja suureneb motivatsioon liikuda (Armstrong, Mechelen 2000: 97). Samas on vaja õigesti hinnata iga lapse võimalikke eeldusi, arendada neid optimaalse koormuse juures organismile soodsas suunas.

2008. a osalesid 24 Läänemaa kooli uuringus "Kehalise kasvatusõpetamine ja olukord Eestimaa koolides". Uuringu aruandest kultuuriministeriumile selgub, et 92,6% küsitatud koolidest on loonud enda kooli juurde lisaks spordiringe. Kuigi Läänemaa õpetajate arvates on nende maakonnas kehalise kasvatusõpetamise tingimused rahuldavad ning riiklik õppekava sobiv, on viimase 5-10 aastaga õpilaste oskused ja kehaline võimekus oluliselt halvenenud. Küsitluses osalenutele teeb muret noormeeste kehaline ettevalmistus kaitseteenistusse minekuks, mitterahuldavaks hindas seda 13% ja rahuldavaks 73% uuringus osalenud läänemaalastest. Kehalisest kasvatusõpetamisest puudumise põhjuste kohta oli huvipakkuv Läänemaa õpetajate arvamus, mille kohaselt on 65% õpilastel selleks tervislikud põhjused, mida on üle kahe korra rohkem kui Põlva-, Järva- ja Hiiu maakondades ning üle 20% enam Eesti keskmisest (Kehalise kasvatusõpetamine ja olukord Eestimaa koolides 2008: 55).

Legaalsete ja illegaalsete uimastite tarbimise kohta kooliõpilaste seas ning sellega seotud asjaolude kohta on läbi viidud mitmeid uuringuid. Neist järeldub, et uimastite tarbimine noorte, eriti tütarlaste seas, on viimase kümne aasta jooksul plahvatuslikult suurenenud. Küsitlusandmete põhjal on pealinnas õppivate 15–16-aastaste õpilaste suitsu proovijate ja järjepidevate suitsetajate osakaal kasvanud kümne aastaga üle 10 korra (Suurorg, Tur 2008: 46). Uuringud on näidanud, et mida nooremalt alustatakse suitsetamisega, seda tõenäolisem on täiskasvanuna saada regulaarseks suitsetajaks. **Suitsetamine** on aga üks peamisi haigestumuse ja suremusega seotud riskitegureid maailmas. Euroopa võrdluses on Eesti kooliõpilased väga noored suitsu proovijad. 11-aastaste hulgas on ligi pooled õpilased suitsetanud, neist 35% tüdrukud ja 51% poisid. Vanuse kasvades sageneb sigarettide kasutamise sagedus, mis on ilmselt tingitud nikotiini sõltuvusest. Igapäevaste suitsetajate osakaal on 15-aastaste tüdrukute seas 12% ja poiste seas 21%. Igapäevasuutsetajaid on rohkem linnades kui maal, piirkondlikult kõige enam Ida- ja Lääne-Virumaal. Depressiivsusele kalduvate õpilaste hulgas täheldati kaks korda enam suitsetajaid (Aasvee jt 2009: 41-43).

Eesti elanike hinnangul on kõige tõsisem alkoholist tulenev probleem alkoholijoobes sõidukijuhtimise (98% vastanutest) järel **laste ja noorte alkoholi tarbimine** (96% vastanutest) (Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis 2008: 3). Kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu kohaselt joob 11-, 13- ja 15-aastastest koolilastest vähemalt kord nädalas 13%. Vanusega suurenevad alkoholi kogused, kangus ja joomise sagedus ning vähemalt kord nädalas purjutab juba veerand 15-aastastest noortest (Aasvee jt 2009: 43-44). Võrreldes teiste piirkondade Eesti noortega on Tallinna poisid-tüdrukud olnud rohkem purjus

ning 1996.–2003. aastani suurenes hüppeliselt noorte purjujoomise sagedus. 2007. a noormeeste purjujoomise sagedus aeglustus, kuid tütarlaste osas toimus endiselt tõus (Suurorg, Tur 2008: 49-50). Noorte alkoholi tarbimise kasvu toetab uuringu järeldus, et õpilaste arvates on alkoholi kerge kätte saada ning see pole viimaste aastatega keerulisemaks muutunud. Võrreldes teiste Euroopa noortega, kes tarvitavad lahjemaid alkoholiseid jooke, paistavad Eesti lapsed silma kangete alkoholsete jookide tarbimisega (Aasvee jt 2009: 45). Kui 2005. a sattus alkoholimürgistuse tõttu haiglasse ligi 100 peamiselt 13-17-aastast poiss-tüdrukut, siis 2008. a oli haiglasse sattujate arv juba peaaegu kaks korda suurem, kusjuures poiste ja tüdrukute suhe ei erinenud. Alkoholisisaldus veres kõikus 0,9–3,4 promillini (Nurm 2009: 54–55).

Illegaalsetest uimastitest on kooliõpilastele kanep esimene narkootiline aine, mida proovitakse. Eesti 13–15-aastaste seas on kanepi proovijaid kokku 13%. Nii nagu muude uimastite puhul kasvab ka kanepi tarvitamise sagedus vanusega ning veerand (25%) 15-aastastest õpilastest on seda uimastit tarvitanud. Võrreldes teiste riskikäitumistega on kanepi tarvitajate osakaal seitse korda suurem nende 15-aastaste osas, kes tarvitavad tubakatooteid, ja 30 korda suurem nende seas, kes end purju joovad (Aasvee jt 2009: 47). Uimastitega katsetava noore inimese saatuse kujunemist mõjutab sõpruskonna ja uimastitarvitajate kultuuri kõrval ka tema sotsiaal-majanduslik taust ja ühiskondlik staatus (Allaste jt 2005: 87).

Eriti keeruline on puberteediaeg, kus eneseteostus on sageli seotud riskikäitumisega. Teistega võrdlemine ja soov olla „normaalne“ kuulub küpsemise protsessi.

Koolitervishoid esmatasandi tervishoiusüsteemis

Tänased tulemused koolitervishoius toetuvad mitme sajandi kogemustele. Juba 19. sajandi lõpus alustasid tööd esimesed kooliarstid ning alates 1917. a rakendati koolides ühtne tervishoiukorraldus. Kooliarsti ülesanne oli kooliruumide, sisustuse ja koolikorra sanitaarne kontroll, õpilaste tervisliku seisukorra jälgimine ja epideemiatõrje koolides. Oma töö kohta esitati kord aastas aruanne (Gustavson 1979: 74-77). Liikudes meditsiiniliselt mudelilt sotsiaalse mudeli poole, toetub koolitervishoid muutunud paradigmale, kus on kindla koha omandanud haiguste ennetus ja tervise edendamine. Ka Eesti tervisesüsteemide arengus on varajase sekkumise käsitluses tekkinud vajadus tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna paindlikuks koostööks. Koolitervishoius tähendab see õpilastele toimetulekuks võimaluste ja

eeltingimuste loomist. Esmatasandisüsteemi osana pakub koolitervishoid kõikehõlmavat teenust: tervise edendamist, haiguste ennetamist, õpilaste ja nendega seotud täiskasvanute nõustamist, esmaabi õpetust ja selle osutamist, vajadusel ravi ja sotsiaalset tuge. Koostöös kooli tervisemeeskonnaga on oluline hinnata õpilase psühhosotsiaalseid parameetreid, avastada riskigruppi kuuluvad või erivajadusega õpilased ning nõustada neid oma kompetentsi piires. Siiski ei ole paljud laste terviseprobleemid tervisesüsteemide mõjualas. Just vanemad on need võtmeisikud, kes peaksid lapse kasvamist ja arenemist toetama.

Kuna koolilaps veedab õppeaasta kestel keskmiselt 5-8 tundi päevas koolis, siis peab talle sel perioodil olema kättesaadav vajadusest tulenev tervishoiuteenus. Koolipõhine tervishoiuteenus tähendab võrdsete võimaluste pakkumist kõikidele lastele, mis on patsiendikeskne ja järjepidev. Samas aga koordineeritud ning töötama koos teiste sektorite ja tervishoiutasanditega. Lapse probleemidele saab koolitervishoiu olemasolul koheselt reageerida ning teda jälgitakse samas keskkonnas. Toimetulek krooniliste haiguste, puuete, psühhosomaatiliste ja vaimsete häiretega on oluliselt tõhusam, kui meditsiiniabi on kombineeritud psühholoogilise, haridus- ja sotsiaalteenuste ja tegevustega (WHO 1999: 27). Esmasel sekkumisel on enim probleeme sotsiaalselt tundlikest rühmadest pärit laste ja noortega, mistõttu on võrgustikutöö tervishoiusüsteemi, lasteasutuse ja pere vahel ülioluline. Vajadusel on soovitatav rakendada juhtumikorralduslikku süsteemi (Euroopa EAA 2005).

2007. a anketeeriti koolilaste tervise ja käitumise väljaselgitamiseks esmakordselt ka Tallinna koolide vanemaid. Koolimeedikute töö osas esitati 691 ettepanekut, kus olulisemad soovid olid, et laste tervist kontrollitaks igal aastal ning paraneks koolimeedikute kättesaadavus kogu koolipäeva kestel. Vanemate rahulolu koolitervishoiuga oli üldiselt kõrge, 88% vastanud vanematest (859) oli väga või pigem rahul (Suurorg, Tur 2008: 57). Need on olulised argumendid selleks, et pakkuda koolitervishoiuteenust paigas, kus laps õpib, ja teha seda võimalikult laialt. Perearstide ja -õdede tööülesanded on liialt laiad, et keskenduda kooliõpilase kasvamist ja arengut takistavatele sotsiaalsetele probleemidele, teha koostööd erinevate tugiisikutega koolis ja väljaspool õppetööd. Pealegi on perearstide pakutav teenus ebahühtlaselt kättesaadav, ravijärjekorrad eriarstidele pikad (RTA 2009-2020). Samas viitavad Eesti ja rahvusvahelised uuringud asjaolule, et Eesti tervishoiusüsteemi tõhusus ja kulutõhusus on head (Euro Health Consumer Index 2007). Tegelikult on koolipõhise tervishoiuteenuse rakendamise võimalik hoopis tervishoiukulusid kokku hoida. See võimaldab kasutada antud ajahetkel ja ka tulevikus vähem vältimatut abi ja kiirabi teenust, mis kuluks õigeaegselt avastamata mittenakkuslike haiguste raviks (Adams, Johnson 2000: 105).

Lastele ja noortele suunatud ennetustegevus on ennetava tervishoiumeetmena tõhus ning võimaldab vähendada umbes 15% võrra sihtgrupi haigestumusi, mis omakorda hoiab kokku tervishoiukulutusi.

Riskirühma kuuluvate (diagnoositud krooniline haigus, esineb kroonilise haiguse riskitegur, või puue, riskiv tervisekäitumine) ja hariduslike erivajadustega õpilaste järjest suurenev arv tavakoolides nõuab tugisüsteemide (sh koolitervishoiuteenus) läbimõeldud ümberkorraldust, et luua võrdsed võimalused kõikidele koolilastele ja vähendada koolist väljalangevust. Riskirühmade ja hariduslike erivajadustega õpilaste täpne arv pole teada, nii näiteks on koolitervishoiutöötajad täheldanud erinevatel aastatel keskmiselt poolte või enamate õpilaste kohta, et nad kuuluvad riskirühma. Dr Lagle Suuroru ja Inna Turi läbi viidud 15-aastaste kooliõpilaste mittenakkuslike haiguste riskitegurite uuringus on arvesse võetud nelja riskitegurit: kõrgeenenud vererõhk, ülekaalulisus, väheliikuv eluviis ja suitsetamine. Sellekohaselt esineb rohkem kui pooltel (55,6%) õpilastel ilma soolise erinevusega nimetatud riskitegureid (Suurorg, Tur 2008: 25).

Koolitervishoiuteenuse osutamiseks on Eesti Haigekassal 2008. a seisuga 242 lepingupartnerit, kes erinevates vormides osutavad teenust rohkem kui 170 000 õpilasele. Kõige suurem teenuse osutaja on SA Tallinna Koolitervishoid, kes koordineerib kõikide Tallinna munitsipaal-, era- ja riigikoolide (kokku 83 kooli) tervishoiuteenust ligi 43 000 õpilasele. Teine suurem ettevõtte on OÜ Tartu Koolitervishoid (12 000 õpilast). Teenuse pakujatest ligi 200 on perearstiabi osutavad ettevõtted, lisaks 10 haiglat, füüsilisest isikust ettevõtjad (8 kooliõde ja 4 pediaater-kooliarsti) ja iseseisva õendusabiteenuse osutajad. Läänemaal on suuremad koolitervishoiuteenuse osutajad SA Läänemaa Haigla (üle 2000 õpilase) ja OÜ Taebala Perearst (üle 200 õpilase). Kahetsusväärset pole rohkem kui 2000 koolilapsele 17 Eesti koolis kooliõde või -arsti leitud. Ka Haapsalu Sanatoorses Internaatkoolis puudub koolitervishoiuteenus ning erivajadustega õpilasi teenindatakse meditsiiniliselt vaid hariduslikest vahenditest (EHK 2010). Koolitervishoiuteenust osutatakse 2004. a tegevusjuhendi (Koolitervishoiuteenuse tegevusjuhend 2004) alusel. Kuna kavandatud reformi kohaselt on koolitervishoiuteenus muutumas õenduspõhiseks tegevuseks, siis koolilaste profülaktilised läbivaatused II, V ja IX klassis on määratud perearstide ülesandeks (RTL 2010). Kuivõrd efektiivne saab olema perearstide koostöö koolipersonali ja lapsevanematega, näitab aeg. Otsuste tegemise eel pole võimalike tagajärgede kohta vastavaid analüüse koostatud. Teadmata on, missugust mõju võivad tehtud muudatused kaugemas tulevikus tervisele osutada. Kui me ei taha sellist kooli, kus kooli sekretär jagab ravimeid ja

plaastrid, kus pole võimalik hoida õpilase astmat kontrolli all, kus raskes depressioonis õpilane ei saa koolipäeval abi, kus tervisekontrollid jäävad tegemata või nende tõttu lähevad kaotsi mitmed olulised koolitunnid, kus kiirabi peatub regulaarselt kooli ees, et anda abi või viia kaasa mõni laps, siis tuleb arendada koolipõhist esmatasandi tervishoiuteenust.

Koolitervishoiuteenuse jätkumise vajalikkus pole arutelu küsimus. Pigem tuleks leida võimalusi selle efektiivsemaks toimimiseks ja arendamiseks. Võrdne kättesaadavus, koolipõhisus või -lähedus, interdistsiplinaarsus on põhimõtted, millest tuleb lähtuda. Kõikidele lastele peab olema kätte saadav võrdse kvaliteediga teenus, olenemata geograafilisest asukohast, sest ka väikeste maapiirkondade koolide lapsed vajavad oma koolimeedikut. Seadusega tuleks kehtestada ühtsed nõuded ja luua nende täitmist kontrolliv süsteem. Koolitervishoid tegutseb ühtses koolitervise ja tervishoiusüsteemis, kus on toimiv infovahetus, rollide jaotus, koostöö ja kooskõlastamine ning loomulikult ühtne õigusruum.

Tervisedendus ja -kasvatus koolis

Terminit "tervisedendus" hakati kasutama 1980. aastatel seoses järjest laiema arusaamisega, et suures osas on haiguste põhjustajateks keskkonna ja sotsiaal-majanduslikud tingimused. Levis teadmine, et elanike tervise parandamiseks ei piisa üksnes inimese eluviisi muutmisest, vaid on vaja süsteemseid ümberkorraldusi. Tervisekasvatus on üks osa tervisedendusest, mis on erinevate kontseptsioonide alusel olnud aastakümnete vältel osa kooliprogrammist. Varasemad kooli tervisekasvatuse programmid olid üles ehitatud enamasti teatud haiguste etioloogia tundmaõppimisele. Et tänapäeval ohustavad laste tervist enam sotsiaalsed ja käitumuslikud determinandid, on kooli tervisekasvatuse ülesanne mõjutada eelkõige õpilaste väärtushinnanguid ja hoiakuid. Tervisedenduse all koolis mõistetakse mistahes tegevust, mis viiakse läbi koolipere tervise kaitseks või edendamiseks. Koolides läbiviidava tervise edendamise tegevussuunad on tervisekasvatus, tervisetabe levitamine, eluviisi mõjutamine ja käitumisriski vähendamine, tervist soodustava õpikeskkonna kujundamine. Õpilaste terviseprobleemid ja nende tekkimise riskifaktorid on laiaulatuslikud ning nõuavad interdistsiplinaarset lähenemist. Seetõttu on parim viis tegutseda meeskonnas, kuhu kooli personali esindajate kõrval peavad kindlasti kuuluma ka kooliõde, lapsevanem ning ilmtingimata mõned õpilased. Sellised tervisenõukogud on moodustatud kõikides Tallinna ja rohkem kui kolmandikus Eesti koolides. Tervisenõukogude liikmete võimestamine ja suutlikkuse arendamine toimub riiklike ja kohalike omavalitsuste vahenditest ja tahtest.

Lahendamata probleeme on palju. Alljärgnevas loetelus on kokkuvõtte mõnest eelpool kirjeldatud laste ja noorte valdkonna probleemist:

- laste tervise valdkond pole riiklikul tasandil prioriteetne, plaanid on suuresti vaid paberil;
- terviskäitumise trendid on negatiivsed;
- Eesti alkoholipoliitika on liberaalne;
- suureneb krooniliste haiguste ja riskitegurite esinemissagedus;
- puudub laste tervise andmete seire ja monitooringusüsteem;
- esmatasandi tervishoiuteenuse ja eriarstiabi ebäühtlane kättesaadavus;
- sotsiaaltöötajate, lastepsühholoogide, logopeedide, lastepsühhiaatrite vähesus;
- erivajadustega laste õppimis- ja ravivõimalused on praktikas lahendamata;
- ebavõrdsus rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavuses ja pakkumises;
- esmatasandi tervishoiuteenuse osutajate vahel puudub infosüsteem;
- võrgustikutöö sageli ei toimi.

Tervist edendav kool

Heast koolist rääkides rõhutatakse sageli vaid õpitulemusi. Samas on aga tervis ja haridus lahutamatu seotud. Kõige lihtsamad näited selle kohta on järgmised:

- terved lapsed ja noored õpivad tõenäoliselt paremini;
- tervisedendus on abiks hariduslike ja kooli üldiste eesmärkide saavutamisel;
- need õpilased, kes on oma kooliga rahul ja kel on õpetajate ning vanematega head suhted, harrastavad tõenäoliselt harvem riskikäitumist ja saavad õppimisega paremini hakkama;

- koolid on töökeskkond personalile ning töökoha tervisedendus toob kasu õpetajatele, lõppkokkuvõttes ka õpilastele.

Juba eelmise sajandi lõpus töötati Maailma Terviseorganisatsiooni ja Euroopa Komisjoni juhtimisel välja tervist edendavate koolide põhimõtted. Selle kontseptsiooni kohaselt on parema tervise saavutamiseks vajalik ühtne kooli tervisepoliitika, mis mõjutaks psühho-sotsiaalset ja füüsilist keskkonda, ning õppekava, kus tehakse koostööd paikkonnaga ja pakutakse vajalikke tervise teenuseid. Selline kool annab õpilasele emotsionaalset ja sotsiaalset tuge, aitab leida kindlustunnet, suurendab aktiivsust koolielus osalemiseks — on hea kool.

Koolide tervisealase tegevuse edukuse võti on õpilaste, õpetajate ja spetsialistide kaasamine. Õpilastega partnerlussuhte loomine suurendab nende aktiivsust teha ise valikuid, võtta vastu otsuseid ja nende eest ka vastutada. Pedagoogide ülesanne on olla oma teadmiste ja kogemustega toeks ning vajadusel juhendada. Koolitervishoiuteenuse osutaja (arst või õde) teab kõige paremini, missugune on antud kooli laste tervis, missugused on peamised riskifaktorid, mida on koolikeskkonnas vaja muuta, mida tugevdada. Seetõttu on ta oluline inimene, keda kaasata tegevuste planeerimisse ja elluviimisse (Lepp, Hansen 2006: 16-18). Oskused ja võimed tegutseda üheskoos loovad eelduse kontrolli saavutamiseks tervise mõjurite üle, mis on tervisedenduse peamine eesmärk.

Eesti Tervist Edendava Kooli võrgustikku kuulub 2009. a septembri seisuga 146 liiget üle Eesti. Läänemaa koolidest on teadliku tervisedenduse arengusuuna valinud 8 kooli: Haapsalu Sanatoorne Internaatkool, Haapsalu Gümnaasium, Haapsalu Linna Algkool, Haapsalu Nikolai Kool, Haapsalu Wiedemanni Gümnaasium, Kullamaa Keskkool, Palivere Põhikool, Ridala Põhikool (Terviseinfo...2010). Kõikides neis koolides on tervisealase tegevuse eesotsas grupp pühendunud inimesi, kes tegutsevad oma parima teadmise ja kogemuse baasil ühise eesmärgi saavutamiseks. Kuigi soovitud tulemused pole alati kiiresti saavutatavad ja mõnes valdkonnas võib tunduda, et tegutseme tühja, näitavad arvukad tervist edendavate koolide uuringud efektiivsust laste kasvamise, arengu ja heaolu toetamisel.

Kokkuvõte

Inimese elukvaliteet oleneb tema tervisest, tervis aga tema eluviisist, käitumisest ja ümbritsevast keskkonnast. Tervise edendamises pole ühtset ja universaalset mudelit, kuidas

tegutseda. Samas teame, et teadliku sekkumiseta halveneksid tervisenäitajad, suureneks riskikäitumine, kannataks õppeedukus. Teadaolevalt kontrolli saavutamisel peamiste riskifaktorite üle (inaktiivsus, ebatervislik toitumine, suitsetamine ja alkoholi tarvitamine, riskiv seksuaalkäitumine, autoga kihutamine) võib ennetada 40–70% enneaegsetest surmadest. Tulemuste saavutamise võtmesõnad on tahe, teadmised ja koostöö. Just sellised teadmised, mis võimaldavad teha õigeid valikuid ning need koostöös ellu viia. Kui me ei investeeri laste tervisesse, näitab see hoolimatust oma rahvasse ja tulevikku.

Kirjandus:

Aasvee, K.; Poolakese, A.; Minossenko, A.; Kurbatova, A. (2009). *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring. 2005/2006 õppeaasta*. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

http://www2.tai.ee/Terviseinfo/Trykised/PROOF_HBSC_raport_01.10.2009_F6_grayscale_FOLD.pdf

Adams, E. K.; Johnson, V. (2000). An Elementary School-Based Health Clinic: Can It Reduce Medicaid Costs? – *Pediatrics*, 105(4): 780-788.

Allaste, A-A; Kurbatova, A.; Lagerspetz, M. (2005). *Uimastid ja uimastitarvitajad Eesti ühiskonnas*. Tallinn: Valgus.

Armstrong, N.; van Mechelen, W. (2000). *Pediatric Exercise Science and Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Aro, I., Tõemets, T., Oolo, T. (2004). *Koolitervishoiuteenuse tegevusjuhend*. Tartumaa Trükikoda.

Currie, C. (2006). The scientific context: what is HBSC telling us? Socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents, WHO/HBC FORUM 2006. Firenze 10-11 March 2006. Report of Forum proceeding.

Eesti Konjunktuuriinstituut. (2009). *Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis 2008.. Aastaraamat 2008*. Tallinn.

EHK 2009 = Eesti Haigekassa kodulehekülg. URL (kasutatud 2010). Haiguste ennetamise ja tervise edendamise projektide 2008. aasta tulemused.

<http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Kokkuvõte%20haiguste%20ennetamise%20projekte%20tegevustest%20ja%20tulemustest%202008%20aastal.doc>

EHK 2009 = Eesti Haigekassa kodulehekülg. URL (kasutatud 2010). Koolitervishoiunäitajad 2009. <http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/tervisedendus/kool>

Euro Health Consumer Index (2007). Stockholm: Health Consumer Powerhouse.

http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf

Euroopa EAA 2005 = Euroopa Eripedagoogika Arendamise Agentuuri analüüs 2005.

Euroopa Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile, Nõukogule, Euroopa Majandus- ja Sotsiaalkomiteele ning Regioonide Komiteele. Koole käsitlev Euroopa koostöökava. Brüssel, 2008. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0425:FIN:ET:PDF>

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0425:FIN:ET:PDF> Haug,

E.; Torseim, T; Samdal, O. (2009). Local school policies increase physical activity in Norwegian secondary schools. — *Health Promotion International*, 25 (1), 63–71.

Heidmets, L.; Samm, A.; Sisask, M.; Kõlves, K.; Visnapuu, P.; Aasvee, K.; Värnik, A. (2009). Depressiivsete ja suitsidaalsete kooliõpilaste seksuaalkäitumine. – *Eesti Arst*, 3, 156–162.

Jamie Oliveri koolilõunad 2010. ETV saade, 4/4, 28.02. Inglismaa 2005.

Jürgenson, M. (2008, aprill 05). Pikapeale närtsitav energiajook *Pärnu Postimees*. <http://www.parnupostimees.ee/070408/tarbija/10084275.php>

Gustavson, H. (1979). *Tallinna meditsiin XIX sajandist kuni 1917. a.* Tallinn: Valgus.

Kruusvall, J.; Tomson, L. (2004). *Tallinna kuue linnaosa koolide 8. klasside õpilaste turvalisuse ja riskikäitumise uuringu tulemused.* Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuamet, Tallinna Pedagoogikaülikooli sotsioloogia osakond. Tallinn.

Lepp, K.; Hansen, S. (2006). *Tervedendus koolis. Juhendmaterjal tervisenõukogudele.* – Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Nurm, H. (2009). Ägedad mürgistused lastel Tallinna lastehaigla näitel. *Eesti Arst*, 88, 53-58.

RTA 2008 = Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020.

http://www.valitsus.ee/failid/Rahvastiku_tervise_AK_2009_2020.pdf

RTL 2008 = Elektrooniline Riigi Teataja Lisa. Tervisekaitseõuded toitlustamisele koolieelses lasteasutuses ja koolis. Sotsiaalministri 15. jaanuari 2008. a määrus nr 8 ([RTL 2008, 7, 81](#))

RTA 2010 = Elektrooniline Riigi Teataja. Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Sotsiaalministri 6. jaanuari 2010. a määrus nr 2.

<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13263878>

Spordikoolituse ja Teabe Sihtasutus. (2009) *Kehalise kasvatusõpetamine ja olukord Eestimaa koolides 2008*. Tallinn. http://www.kul.ee/webeditor/files/KK_aruanne_2008.pdf

Suurorg, L.; Tur, I 2008. Tallinna 9. klassi kooliõpilaste tervise ja käitumise uuring. Eesti laste CINDI programm. Tallinn. <http://www.lastekaitseliit.ee/public/g21s278.pdf>

Terviseinfo kodulehekülge, URL (kasutatud 2010) www.terviseinfo.ee

Tervislik koolipuhvet 2008. Terviseamet.

http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Keskkonnatervis/haridus_ja_sotsiaal/tervislik_kooli_puhvet.pdf

Toitlustamise korraldamine 2008. Terviseamet.

http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Keskkonnatervis/haridus_ja_sotsiaal/Toitlustamise_korraldamine_2008.pdf

World Health Organization (WHO). Health 21, 1999.