

Prednosti i nedostatci sadašnjeg ustroja školske medicine (Advantages and Shortcomings of The New School Medicine Structure)

Marija Džepina, Tonka Čavlek, Mirna Đanić-Kojić

Zavod za javno zdravstvo grada Zagreba
Služba za školsku i sveučilišnu medicinu

Početak siječnja 1998. godine školska medicina u Hrvatskoj postala je isključivo preventivna djelatnost. Provođe je specijalisti školske medicine u zavodima za javno zdravstvo.

Školska medicina i u nas i u svijetu ima dugu tradiciju. Od svojih početaka sredinom 19. stoljeća razvijala se kao preventivna djelatnost usmjerena pretežno problemima organske etiologije dominirajućim u pobolu školske djece (tuberkuloza, zarazne bolesti, slaba uhranjenost). Prvi školski liječnici su imenovani u Švedskoj 1840. godine, a kao zasebna djelatnost školska medicina se zatim razvijala u mnogim europskim zemljama (1). Nastali su znanstveni temelji školske higijene, istražuju se čimbenici koji u školi utječu na zdravlje učenika i razrađuju metode za uklanjanje čimbenika koji nepovoljno utječu na njihov rast i razvoj. Prosvjetne i upravne vlasti preuzimaju zadaće uređenja školskih prostora i učila prema higijenskim postavkama, prilagođavanjem programa i opterećenja prema fiziološkim mogućnostima učenika te uvođenjem tjelesnog odgoja. Ističe se potreba redovitog liječničkog nadzora nad zdravstvenim stanjem učenika i uvjetima rada u školi. Ovi zahtjevi šire dotadašnju koncepciju zaštite zdravlja učenika, koja je bila ograničena na sanitarno-higijenski nadzor i provođenje protuepidemijskih mjera, kako bi se djecu sačuvalo od zaraznih bolesti i spriječilo širenje epidemija putem škola. Pojedini gradovi razvijaju sedamdesetih godina sistematski nadzor nad zdravljem učenika (Paris, Bruxelles, Wisbaden...) osnivanjem posebnih službi školskih liječnika s programima praćenja zdravstvenog stanja učenika koji uključuju: redovite preglede, rano otkrivanje bolesti i praćenje odvijanja nastave, posebice tjelesnog odgoja. Za siromašnu i zdravstveno ugroženu djecu osnivaju se školske kuhinje i oporavilišta, a za djecu s posebnim potrebama specijalne ustanove. Početkom dvadesetog stoljeća organiziraju se (Švicarska, Engleska, Francuska,) školske poliklinike sa zubnim i specijalističkim ambulancama.

U Hrvatskoj se u istom razdoblju i pored nepovoljnog društvenog i političkog položaja zemlje nastoje slijediti i provoditi suvremene postavke školske higijene.

Koncepciju školske higijene iznosi dr. I. Dežman na raspravi o ustroju osnovnih škola u predavanju "Škola prema zdravlju" na Prvoj općoj hrvatskoj učiteljskoj skupštini 1871. godine. Hrvatski liječnički zbor (HLZ) šalje predstavku vladi upozoravajući je na loše higijenske prilike u školama i predlaže delegiranje liječnika u školske odbore (2).

Dva školska zakona iz 1874. i 1888.god. propisuju okvirna higijenska pravila za izgradnju škola, uvode obveznu gimnastiku i određuju da svaka škola mora imati "gombalište". Liječnici javnih državnih službi su članovi mjesnih školskih odbora koji nadziru provođenje postojećih zdravstvenih propisa: "Naredba o cijepljenju protiv boginja" (1876.g.), "Naredba o nadziranju pučkih škola po zdravstvenim organima" (1883.g.), "Naredba o sprečavanju zaraznih bolesti u školama" (1889.g.), "Zakon o cijepljenju protiv boginja" (1891.g.) i "Zakon o uređenju zdravstvene službe" (1894.g.). Navedeni propisi, osim sprečavanja širenja zaraznih bolesti, uređuju i propisuju niz zdravstvenih mjera za nadzor nad zdravljem učenika. U Zagrebu je 1893. godine postavljen prvi školski liječnik za gimnazije i prvi zubni liječnik za đачke domove i obrtničku školu. Postavljanje nadležnih posebno educiranih školskih liječnika tražio je dr. R. Marković 1906. Godine, obrazlažući svoj zahtjev "jer dosljednim liječničkim nadzorom zdravlja za godine glavnog tjelesnog i duševnog razvoja može osigurati zdraviji i sposobniji podmladak" (3). U Odredbi odjela za bogoštovlje i nastavu 1908. godine traži se pregled sve djece (4). Hrvatski liječnički zbor 1909. ponovno predlaže gradskim vlastima da se za pučke škole posebno educiraju školski liječnici. Službe za školsku medicinu su u Hrvatskoj ustrojene iza prvog svjetskog rata. Tada počinje i snažan razvoj ove grane medicine. Zdravstveni odsjek Zemaljske vlade izdaje 1918. godine "Naputak za školske liječnike srednje i sličnih škola", a temeljem "Zakona za uređenje zdravstvene službe" iz 1918. godine. Odjel za bogoštovlje i nastavu postavlja iste godine školske liječnike u svakoj srednjoj školi u Hrvatskoj i Slavoniji koji su dužni podnositi izvješće o zdravstvenom stanju učenika i uvjetima rada u školi (5).

U Zagrebu je 1923.g. utemeljena prva ustanova za zdravstvenu zaštitu za oko 5000 učenika iz 11

osnovnih škola pod nazivom Gradski školski ambulatorij. Školska poliklinika za zdravstvenu zaštitu oko 7000 srednjoškolaca u 20 srednjih, stručnih i zanatskih škola otvara se 1924. godine. Obje ustanove provodile su preventivne programe i liječile bolesnu djecu uz posebnu brigu o siromašnoj djeci (6). Osnivaju se đačke ustanove na Sljemenu ("đačko oporavilište"), u Gorskom kotaru i na moru. Budući da se broj učenika povećavao, 1931. godine otvara se u Zagrebu još jedna školska i zubna ambulanta. Školska poliklinika dobiva i specijalističke ambulante: ORL, ortopedsku, pulmološku, logopedsku i savjetovalište za psihohigijenu (6).

Slijedilo je osnivanje školskih poliklinika u Karlovcu i Splitu a do II. Svjetskog rata osnovane su još 23. Velike zasluge za njihovo osnivanje imao je Andrija Štampar, promotor javnog zdravstva i socijalne medicine (7,8). Zdravstvena zaštita i prosvjeđivanje bili su organizirani i u seoskim školama. Treba istaknuti da su i pravno uređeni u dva pravilnika iz 1930. godine (9,10). Glavni nedostatak zdravstvene zaštite učenika u tom razdoblju bio je manji obuhvat seoske školske djece tada najbrojnije skupine školske djece.

Iako je još početkom stoljeća predlagana posebna edukacija liječnika koji se bave zaštitom učenika, prvi tromjesečni tečaj organizirala je Škola narodnog zdravlja tek 1931. godine, kada je propisan i program specijalizacije dječje i školske higijene. Specijalizacija školske higijene, odnosno školske medicine, započela je 1951. godine. Iza Drugog svjetskog rata zaštita učenika provodila se neučinkovito u školskim ambulantomama pri sanitarnim inspekcijama do 1953. godine. Tada počinje osnivanje školskih dispanzera pri domovima narodnog zdravlja koji preuzimaju zdravstvenu zaštitu stanovništva određenog područja (11).

Za strategiju i promicanje zdravstvene zaštite školske djece osnovana je 1965.g. pri HLZ-u Sekcija za školsku medicinu koja je od 1956. g. do tada djelovala kao podsekcija u Sekciji higijene. Četiri desetljeća, sada Hrvatsko društvo za školsku i sveučilišnu medicinu HLZ-a, nastoji dati odgovore i prijedloge učinkovite zaštite i promicanja zdravlja ove populacijske skupine (12). Posljednji doprinos je i organizacija Europskog kongresa školske i sveučilišne medicine održanog u Dubrovniku 2005. godine. Zaključak donešen u Dubrovačkoj deklaraciji određuje smjernice razvoja zaštite i edukacije timova za zaštitu školske djece i studenata u Europi.

Do 1998. godine službe za zaštitu školske djece i studenata pri domovima zdravlja su provodile integriranu zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena zaštita studenata u Zagrebu, najvećem sveučilišnom centru u kojem sada studira 50% studenata u Hrvatskoj i jedinom do 1973. godine, kada je osnovano sveučilište u Rijeci, bila je organizirana od 1939. do 1985 godine u posebnoj zdravstvenoj ustanovi, Studentskoj poliklinici, a od tada do 2002. godine u Domu zdravlja studenata. Tada se studentski dom zdravlja ukida kao samostalna ustanova, a zaštita se organizira kao za učenike.

Koliko su službe za zdravstvenu zaštitu školske djece, provodeći integriranu zaštitu, bile učinkovite govore pokazatelji iz razdoblja Domovinskog rata, tijekom kojega pa sve do mirne intergracije Hrvatskog podunavlja 1998. godine, nije bilo niti jedne veće epidemije zaraznih bolesti. Tijekom ratnih zbivanja do 6. veljače 1992. je oko 217 000 (35 %) učenika u dobi od 7 do 18 godina bilo prognano u sigurna područja Hrvatske ili je izbjeglo u druge zemlje. Bez roditelja je u Rijeci živjelo 39,5% prognanih učenika osnovnih škola i 56,7% učenika srednjih škola a u Zagrebu 42,4% učenika osnovnih škola i 81,7% prognanih učenika srednjih škola. Dio je trpio i još trpi zbog gubitka jednog ili oba roditelja, roditelja branitelja oboljelih od PTSP-a. Još 1996. godine 54 000 djece u dobi do 19. godina je imalo status prognanika (13-17).

Zdravstvenu zaštitu školske djece provodili su, temeljem tada važećeg zakona o zdravstvenoj zaštiti, timovi školske medicine prema mjestu školovanja. Timove su u pravilu činili specijalisti školske medicine, viša i srednja medicinska sestra i provodili su integriranu zdravstvenu zaštitu.

Reforma zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja 1993. godine je uvođenjem slobodnog izbora liječnika dovela školsku medicinu u novu situaciju. Mogućnost da svaki učenik ili njegov roditelj ne mora za liječenje izabrati nadležnog liječnika škole, koji je do tada provodio integriranu zaštitu za sve učenike škole, dovela je do situacije da bi, uz poštovanje načela nedjeljivosti preventivne i kurativne zaštite, u jednu školu ili razred dolazilo više liječnika. "Glavarinu" odnosno financijska sredstva za cjelokupnu zaštitu učenika dobivao je izabrani liječnik, bilo opće medicine ili školski liječnik, koji preventivne djelatnosti nije obavljao ili je obavljao samo djelomično. Nadležni liječnici škole za preventivne djelatnosti za učenike koji ih nisu izabrali za liječenje nisu dobivali nikakva sredstva.

Procijenjeno je, što se i dogodilo, da se preventivni rad zapostavljao. Školske godine 1996/97. je u Hrvatskoj od predviđenog broja učenika I, V i VIII razreda osnovnih škola, prema važećem programu, sistematskim pregledom bilo obuhvaćeno samo 35,07 % učenika, a u Zagrebu i Zagrebačkoj županiji 34,69%. U Hrvatskoj je u srednjoj školi 20,73 %, odnosno 12 187 učenika od predviđenih 58 776 bilo obuhvaćeno sistematskim pregledom, a u Zagrebu i Zagrebačkoj županiji svega 11, 85 %. Iste

ak. godine, od 26 314 redovito upisanih studenata prve godine studija sistematski je pregledano svega 5,7 % u Hrvatskoj, a u Zagrebu nije prijavljen niti jedan sistematski pregled studenta, iako su ih obavljali liječnici privatne prakse u Domu zdravlja studenata (Tablica 1.) Razlog je pravna neuređenost privatizacije djelatnosti i zakupa prostora i opreme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 1996. godine. Zdravstvenim odgojem je u Hrvatskoj bilo obuhvaćeno 13,9% od predviđenih 21 314 učenika osnovnih škola a u Zagrebu i županiji 13,3% . Procijepljenost je bila zadovoljavajuća. Epidemije morbila (1465 oboljelih) 1993. godine i rubeole (1359 oboljelih) 1995. bile su posljedica promjene programa cijepljenja iz kojeg je jedno razdoblje MPR izbačen u osnovnoj školi.

Morbiditet se tijekom vremena promijenio te sada dominiraju psihosocijalni problemi. Suvremena zaštita školske djece, a poglavito adolescenata, tijesno je povezana s odgojem i obrazovanjem jer su ti procesi sastavni dio života mladih. Najdjelotvorije se provodi suradnjom sa školom. Suradnja nastavnika i liječnika - klasičan model školske medicine - otvara velike mogućnosti promicanja zdravlja mladeži.

Budući da je najučinkovitije preventivnu i specifičnu zaštitu školske djece organizirati na razini škole, što je i načelo školske medicine od njenih početaka, 1998. godine reorganizirana je zdravstvena zaštita školske djece i mladeži te je školska medicina danas postala isključivo preventivna djelatnost koju provode specijalisti školske medicine u županijskim zavodima za javno zdravstvo za sve škole na svom području, a kurativna se zaštita provodi u slobodnom sustavu izbora liječnika.

U travnju 2005. godine, nakon sedam godina novoga ustroja zdravstvene zaštite školske djece, provedeno je pilot istraživanje anonimnom anketom kojom su obuhvaćeni svi specijalisti školske medicine s iskustvom rada u integriranoj zaštiti: 125 specijalista školske medicine u zavodima za javno zdravstvo i 119 specijalista školske medicine koji od 1998.g. rade u domovima zdravlja kao liječnici opće medicine i 121 pedagog (stručni suradnici u školi). **Svrha rada** bila je istražiti prednosti i nedostatke novog ustroja školske medicine i predložiti izmjene za boljitak zdravstvene zaštite školske djece i studenata.

Anketu je ispunilo 51 (40,80%) u preventivi i 37 (31,09 %) specijalista u kurativi. Preventivni liječnici samo djelomično mogu pratiti zdravstveno stanje učenika, kako smatra 36 (70,58%) ispitanika zbog: prevelikog broja učenika u skrbi 36 (70,58%), obimnosti programa 26 (49,01%), nezadovoljavajuće suradnje s kurativnim liječnikom učenika 24 (47,05%), nedostatkom informatičke opreme 20 (39,21%) te raspršenosti terena i loše suradnje s roditeljima 5%. Podatke o izabranim liječnicima učenika ima 22 (43,13 %) specijalista u preventivi. O važnijom zdravstvenim problemima učenika nakon preventivnih pregleda izabrane liječnike povremeno izvješćuje 64,70%. Uz postojeći normativ i obim programa, najslabije pokrivena područja preventivnog programa su prema mišljenju 24 (47,05%) preventivna liječnika zdravstveni odgoj, a za 11 (21,56%) savjetovani rad.

Specijalisti u kurativi uspostavljaju suradnju s preventivnim specijalistima najčešće radi: kontraindikacija za cijepljenje 24 (64,86%), kroničnih bolesti 20 (54,05%), mentalnog zdravlja i učenja 18 (48,65%) i programa nastave tjelesnog odgoja 15 (40,54%). Nakon preventivnih pregleda, informacije o svojim pacijentima ne dobiva 25 (67,58%). Znakovito je da 34 (91,89%) specijalista u kurativi smatra da sadašnji ustroj ne pruža učinkovitu zdravstvenu zaštitu učenicima i studentima., a specijalista u preventivi 29 (56, 86%). Većina anketiranih pedagoga, 113 (93,38%), ocjenjuje sadašnju suradnju s timom školske medicine u preventivi zadovoljavajućom. Međutim, 63 (52,06%) smatraju integriranu zaštitu uspješnijom. Ustroj zdravstvene zaštite, institucionalno odijeljeno organizirane, preventiva u zavodima za javno zdravstvo a kurativa u domovima zdravlja, ne pruža mogućnost cjelovitog praćenja i nadzora nad zdravljem učenika i epidemiološkom situacijom u školi. Sadašnji model otežava kontinuirano provođenje programa, intervencije i rješavanje najznačajnijih javno zdravstvenih problema ove populacije.

Specijalisti školske medicine u kurativi interveniraju za potrebe škole, njih 13 (35,13%), ali bez suradnje s nadležnim liječnikom škole, specijalistom u preventivi, kojega o tim postupcima ne izvješćuju. To se događa i obrnuto, no s nemogućnošću neophodne terapijske intervencije, npr. epidemiološke situacije koje posebice ugrožavaju pojedinca i kolektiv ili povreda u školi, intervencije u savjetovalištu i drugim sličnim situacijama kada je potrebna timska suradnja, a ne postoji jasan postupnik.

Zbog toga 40 (83,33%) specijalista školske medicine, koji su preventivni nadležni liječnici škole, smatraju potrebnim mogućnost intervencije, liječenja i zbrinjavanja akutnih stanja tijekom preventivnih pregleda. To je značajan problem u preventivnoj zaštiti, posebice studenata koji u mjestu studiranja nemaju izabranog liječnika, što im zakon o zdravstvenom osiguranju omogućava. Često od preventivnih liječnika očekuju, osim dijagnostičkih postupaka koje je djelomično moguće učiniti, intervenciju i liječenje.

Postojeći problemi bi se, prema mišljenju 31(60,78%) specijalista u preventivi ,uspješnije rješavali dvojnim ugovaranjem zdravstvene zaštite s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Tada bi roditelj ili učenik mogao izabrati specijalistu školske medicne i za liječenje. Sadašnji ustroj primarne zdravstvene zaštite jedino školskoj djeci onemogućuje izbor posebno educiranog liječnika za liječenje, čime su ograničena njihova ustavna prava. Mali broj učenika može izabrati za liječenje specijaliste školske medicine koji su ostali raditi u domu zdravlja kao liječnici opće medicine. Međutim, navedenim specijalistima se za liječenje učenika u financiranju ne priznaje specijalizacija.

Poseban je problem dostupnost svih preventivnih programa učenicima na otocima ili u raspršenim područjima Hrvatske sa sve manjim brojem učenika. Obuhvaćeni su obveznim preventivnim programom iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. Intervencijski preventivni programi usmjereni na prevenciju AIDS-a, ovisnosti, nasilja i zlostavljanja provode se u većim gradovima. Pristup centrima za mlade u Zagrebu, Rijeci i Splitu uglavnom su dostupni tek dijelu populacije.

Budući da većina istraživanjem obuhvaćenih specijalista u kurativi, odnosno njih 34 (91,89%), iskazuju nezadovoljstvo sadašnjim ustrojem, a u preventivi 29 (56, 86%) specijalista, možemo zaključiti da sadašnji ustroj zdravstvene zaštite učenika i studenata, podijeljene na preventivnu i kurativnu zaštitu, ne pruža učinkovitiju zaštitu populaciji.

Većina anketiranih pedagoga, 113 (93,38%), ocjenjuje sadašnju suradnju s timom školske medicine zadovoljavajućom. Međutim 63 (52,06%) smatra integriranu zaštitu uspješnijom.

Zaključak

Rezultati pilot istraživanja o učinkovitosti novog ustroja zdravstvene zaštite školske djece nakon sedam godina ukazuju da, unatoč očekivanih prednosti da sva školska djeca budu obuhvaćena preventivnim programom (NN 30/02, 2/03.) te da će se moći bolje pratiti zdravstveno stanje populacije, to se radi brojnih poteškoća nije realiziralo. U županijama u kojima je popunjena mreža i smanjen normativ zaštita je dostupnija, učinkovitija i djelotvornija te omogućuje provođenje Programa i intervencijskih mjera. Međutim, i rezultati ankete ukazali su da novi ustroj na području cjelokune RH ne pruža vrsniju, učinkovitiju i djelotvorniju zdravstvenu zaštitu školske i studentske populacije.

Preveliki normativ, preobiman program, nepopunjenost mreže stručnim kadrom, raspršen teren, neinformatiziranost, nezadovoljavajuća suradnja s kurativnim liječnicima, i obrnuto, ne onemogućuju učinkovito kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja, provođenje programa i intervencije. Zdravstveni odgoj, savjetovališni rad i rješavanje najznačajnijih zdravstvenih problema ove populacije nisu stoga optimalno obuhvaćeni.

Temeljem navedenog, za učinkovitiju zaštitu zdravlja mlade populacije predlaže se:

- izraditi nekoliko različitih modela zaštite vodeći računa o izvrsnosti, učinkovitosti, djelotvornosti i dostupnosti zaštite svoj populaciji učenika i studenata (npr. mogućnost integrirane zaštite dvostrukim ugovorom s HZZO-om, na otocima i raspršenim područjima, a u provođenje preventivnih programa uključiti specijaliste s potrebnom edukacijom)
- školske liječnike organizacijski približiti liječnicima koji obavljaju kurativnu zaštitu (dio grupne prakse)
- utvrditi metode stručne suradnje odnosno postupnike (u kojim slučajevima ili pri kojim postupcima se informacije obvezno moraju prenositi, a ne proizvoljno prema osobnim procjenama)
- informatizirati primarnu zdravstvenu zaštitu i omogućiti suradnju preventivnih i kurativnih liječnika, čime će se izbjeći nepotrebna administracija te ponavljanje postupaka
- normativ, program mjera i stručne kapacitete prilagoditi sadašnjim zdravstvenim potrebama populacije, bez obzira na gospodarsko i društveno stanje određenog područja
- sve predloženo pravno urediti
- u Hrvatskoj postoje resursi za realizaciju predloženih izmjena
- u Nacionalnoj strategiji razvoja konsenzusom utvrditi prioritet edukaciji i zdravlju djece i mladih što će u konačnici poboljšati demografsko stanje i kvalitetu ukupnog življenja.

Tablica 1. Postotak učenika i studenata obuhvaćenih sistematskim pregledima šk.god. 1996./07. i 2004./05. u Hrvatskoj, Zagrebu i zagrebačkoj županiji

Škola / fakultet	1996./1997.				2004./2005.			
	Hrvatska		Zagreb i Zagrebačka županija		Hrvatska		Zagreb i Zagrebačka županija	
Osnovna	broj	%	broj	%	broj	%	broj	%
	učenika	pregleda	učenika	pregleda	učenika	pregleda	učenika	pregleda
1.,5.,8.raz.	153272	35,07	46841	34,69	147126	96,47	35610	94,8
Srednja								
1. razred	58776	20,73	12815	47,41	52876	61,89	12705	84,34
Fakultet								
1. god.	26314	5,71	16016	0	35892	39,44	19400	40,02

Literatura

1. Prebeg Ž. Nova organizacija školske medicine: Suton ili renesansa. Liječ Vjesn 1998;120:257-308.
2. Mašović F. Nastojanja na zaštiti zdravlja školske djece i omladine u XIX i početku XX stoljeća. Zbornik radova " 50 godišnjica osnutka prvih ustanova za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine u Zagrebu". Zagreb, 1974.
3. Marković R.Školski liječnici. Liječ Vjesn 1906; 28: 261.
4. Hühn I. Raspravne vijesti. Deveta redovita mjesečna skupština Zbora liječnika Kraljevine Hrvatske i Slavonije. Liječ Vjesn 1909;31:307.
5. Vitauš F.Rad školskih liječnika u Zagrebu šk. god. 1921/22. Liječ Vjesn 1928;50:940.
6. Köhler I. Rad gradskih školskih liječnika u šk.god. 1926/27. Liječ Vjesn 1928; 50:911.
7. Novak-Reiss A. Razvoj organizirane zdravstvene zaštite školske djece i omladine u gradu Zagrebu kroz 50 godina. Zbornik radova "50 godišnjica osnutka prvih ustanova za zdravstvenu zaštitu školske djece i omladine u Zagrebu". Zagreb, 1974.
8. Pravilnik o radu školskih poliklinika. Liječ Vjesn 1924;7:221.
9. Rumbolt M. Uz sedamdesetu obljetnicu školske poliklinike u Splitu.U: 70 godina školske poliklinike u Splitu. Split 1927-1997.
10. Kuhar A. Zdravstvo grada Zagreba. Godišnje zdravstveno izvješće za godinu 1927. Liječ Vjesn 1928; 8:895.
11. Spitzer A. Zbirka zakona i uredba tičućih se zdravstva i zdravstvene službe, dodatak XXV.Zagreb; 1938:54.
12. Mašović F, Baršić B, Rulnjević N.Razvoj zdravstvene zaštite školske djece i omladine u SRHrvatskoj.zbornik radova I. Kongresa liječnika školske medicine Hrvatske, Split-Trogir 1972:610-16.
13. Prebeg Ž. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita školske djece i omladine. U: Popović B, Letica S, Škrbić M. Zdravlje i zdravstvena zaštita. Zagreb; Jumena;1981. str.242-251.
14. Živić D. Učinci rata na demografsku sliku mladog stanovništva Hrvatske. Dijete i društvo, god.4, br. 1-2, str.15-33, Zagreb2002.
15. Prebeg Ž, Jureša V, Kuzman M, Džepina M. Zaštita školske djece i mladeži u ratnim uvjetima. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1991:31.4-6.
16. Jureša V, Džepina M, Prebeg Ž. et al. School children in wartime. Arh. zašt. majke & djeteta 1992;36:165-74.
17. Džepina et al. Suffering of Croatian Schol Children during War. CMJ War Suppl. 2 1992; 33:40-44.

Kontakt:

Mr. sc. Marija Džepina, prim.dr.med
Služba za školsku i sveučilišnu medicinu
Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba
Mirogojska c. 16, 10000 Zagreb
e-mail adresa: marija.dzepina@publichealth-zagreb.hr