

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

SKAISTĖ LAURA URVELYTĖ

VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO IR
VAIKO GEROVĖS POLITIKŲ
INTEGRACINĖS GALIMYBĖS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovė
lekt. dr. Aldona Jociutė

VILNIUS
2015

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
POLITIKOS IR VADYBOS FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO IR
VAIKO GEROVĖS POLITIKŲ
INTEGRACINĖS GALIMYBĖS

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas
Studijų programa 621L22004

Vadovė

_____ lekt. dr. Aldona Jociutė
2015

Recenzentas

2015-05-15

Atliko

_____ stud. S. L. Urvelytė
2015

VILNIUS
2015

TURINYS

ĮVADAS	7
1. VAIKŲ SVEIKATOS, JOS STIPRINIMO IR GEROVĖS SAMPRATOS BEI JŲ SĄVEIKOS RAIŠKA	10
1.1. Sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sampratos bei jų sąveika	10
1.2. Vaikų sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveikos ypatumai	13
1.3. Sveikatos stiprinimo ir gerovės integravimui palankus valdymas	17
1.4. Sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveikos raiška naujausiuose ir reikšmingiausiuose politiniuose dokumentuose	18
2. VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO IR GEROVĖS INTEGRACINĖS GALIMYBĖS	23
2.1. Tarpsektorinės ir tarpžinybinės vaikų sveikatos stiprinimo bei gerovės politikų koordinavimo galimybės	23
2.2. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų ir savivaldybių administracijos vaiko gerovės komisijų veiklos integracinės galimybės	25
2.3. Vaikų sveikatos stiprinimo ir sveikatos ugdymo bei vaiko gerovės komisijos veiklą mokyklose pasidalijimo ypatumai ir integracinės galimybės	29
2.4. Vaikų sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir prevencinės veiklos finansavimo ypatumai bei integravimo galimybės	39
2.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų privalumai integruojant sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės veiklas bei šių mokyklų plėtros tendencijos	42
3. PASIRINKTO RAJONO SAVIVALDYBĖS VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO IR GEROVĖS KOORDINAVIMO BEI ĮGYVENDINIMO ATVEJO ANALIZĖ	46
3.1. Pasirinkto rajono savivaldybės ypatumai	46
3.2. Tyrimo formavimas ir atlikimas	47
3.3. Informantų nuomonės ir įžvalgos vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės integruoto koordinavimo bei įgyvendinimo klausimais	49
3.4. Tyrimo rezultatų apibendrinimas ir aptarimas	59
IŠVADOS	61
REKOMENDACIJOS	62
LITERATŪRA	63
SANTRAUKA	72
SUMMARY	73
PRIEDAI	74

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Sveikatos metmenys ir gerovė	10
2 pav. Sveikatos ir gerovės sąveika	13
3 pav. Sveikatai palankus valdymas 21 amžiuje	17
4 pav. Vaikų dalyvavimo lygmenys	36
5 pav. Sveikatos stiprinimo ir ugdymo bei vaiko gerovės komisijos veiklos integravimo galimybės .	38
6 pav. Integrali sveikatą stiprinančios mokyklos koncepcija	45

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Su sveikata siejamų objektyvių rodiklių skirstymo palyginimas tarp vaiko gerovės indeksų	14
2 lentelė. Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos kūrimo principų skirstymas pagal lygmenis	16
3 lentelė. Prioriteto „Sveikata visiems“ tikslų, uždavinių ir priemonių kiekio priskyrimas atsakingoms ministerijoms	23
4 lentelė. Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisijos ir savivaldybės visuomenės sveikatos biuro veiklą sugretinimas	27
5 lentelė. Detalizuotos sveikatos ugdymo sritys	34
6 lentelė. Mokyklos vaiko gerovės komisijos (MVGK) pirmininko funkcijų ir mokyklos vadovo įgaliojimų komisijos atžvilgiu palyginimas	37
7 lentelė. Tradicinės sveikatinimo veiklos ir sveikatos stiprinimo mokyklos principais grindžiamos veiklos palyginimas	43
8 lentelė. Konkretinantys informantų atrankos kriterijai	47
9 lentelė. Bendri gerą mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą ir gerovę lemiantys veiksniai	49
10 lentelė. Atsakomybės už vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimą pasidalijimas	50
11 lentelė. Savivaldybės už vaiko gerovės koordinavimą atsakingų struktūrų ir visuomenės sveikatos biuro bendradarbiavimo galimybės	51
12 lentelė. Su vaikų sveikata susijusių aktyvių veiklų planavimas ir koordinavimas bendrojo ugdymo įstaigose	53
13 lentelė. Mokyklų administracijos indėlis į su vaikų sveikata susijusių veiklų organizavimą bei koordinavimą	54
14 lentelė. Tėvų ir pačių vaikų vaidmuo jų su sveikata susijusių veiklų planavimo ir įgyvendinimo procesuose	54
15 lentelė. Mokyklų vaiko gerovės komisijų sudėtis ir tarpusavio ryšiai visapusiškam su vaikų sveikata susijusių funkcijų vykdymui	55
16 lentelė. Mokyklose vykdomų su vaikų sveikata susijusių veiklų finansavimo galimybės	56
17 lentelė. Sveikatą stiprinančių mokyklų privalumai siekiant integruoto vaikų sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir vaiko gerovės koordinavimo	57
18 lentelė. Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo ryšių su savivaldybių koordinacinėmis struktūromis galimybės	58
19 lentelė. Sveikatą stiprinančių mokyklų galimybės dalintis gerąja patirtimi tarpusavyje ir skleisti ją už tinklui priklausančių mokyklų ribų	59

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 PRIEDAS. Mokykloje dirbančio visuomenės sveikatos priežiūros specialisto (VSPS) kvalifikacijos ir kompetencijų palyginimas su funkcijomis ir sveikatos ugdymo (SU) uždaviniais	73
2 PRIEDAS. Socialinio pedagogo ir mokyklos psichologo funkcijų ir veiklų palyginimas	75
3 PRIEDAS. Mokyklos vaiko gerovės komisijos funkcijų sąrašas	77
4 PRIEDAS. Salutogeninis sveikatos stiprinimo modelis	78
5 PRIEDAS. PRECEDE-PROCEED modelis	79
6 PRIEDAS. Klausimai respondentams	80

IVADAS

Vaikų sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės politikos Lietuvoje buvo formuojamos ir įgyvendinamos remiantis sektoriniu požiūriu, jos atitinkamai priklauso sveikatos ir socialinei politikoms, už jas iki šiol atsakingos skirtingos ministerijos. Remiantis Jungtinių Tautų Vaikų fondo (UNICEF) tyrimų centro 2009–2010 metų apibendrintais objektyvios vaiko gerovės duomenimis, Lietuva pagal bendrą vaiko gerovės reitingą užėmė 27 vietą iš 29 Europos šalių, o Elgsenos ir rizikų (sveikatos elgsena, rizikinga elgsena, smurto patyrimas) rodiklių grupėje užėmė paskutinę vietą¹. Tačiau Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO), kurios narė yra Lietuva, reaguodama į visuomenės, ypač vaikų, sveikatos padėtį, mokslo pateikiamus įrodimus ir valstybių patirtį pastaraisiais metais ėmė aktyviai tvirtinti politinius dokumentus ne tik skatinančius sveikatos integravimą į visas politikas, bet ir iškeliančius bendrus tikslus sveikatai ir gerovei siekti. Europos sąjunga (ES), kuriai priklauso Lietuva, ėmė skatinti visuomenės sveikatos plėtrą ir sveikatos integravimo į kitas politikas procesus. Lietuvoje taip pat jau pasirodė bendrų planavimo dokumentų, kuriuose bandoma jungti sveikatos ir socialinę sritis, tačiau pagrindinė problema tai, kad dar nesukurti mechanizmai kaip integruoti ir koordinuoti vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės politikas visuose lygmenyse ypač bendrojo ugdymo įstaigose, kur jos iš esmės turėtų būti įgyvendinamos.

Nagrinėjamos problemos sudedamąsias dalis įvairiais aspektais tyrinėjo užsienio ir Lietuvos mokslininkai. P. Adamson (2013), J. Bradshaw et al. (2013), J. Bradshaw ir D. Richardson (2009), C. Currie et al. (2012) nagrinėjo vaiko gerovės rodiklių sudėties, socialinių sveikatos veiksnių (determinantų) skirtumus tarp valstybių. Z. Jakab ir A. D.Tsouros (2013), A. Guogis (2012), I. Kickbusch ir D. Gleicher (2012, 2014) nagrinėjo naujojo valdymo ypatumus, taikytinus sveikatos ir gerovės politikoms susieti. Z. Javtokas et al. (2009, 2014), A. Jonušaitė ir I. Čaplinskienė (2012), R. Kalėdienė et al. (2011), A. J. Klimavičiūtė (2013), Ščeponavičius et al. (2010), V. Vetrenkienė (2011) pateikė visuomenės sveikatos biurų sveikatos priežiūros specialistų veiklos problemas ir tobulinimo kryptis. J. P. Allegrante et al. (2009), V. Barštienė (2011), A. Gaidienė (2011), V. Gudžinskienė (2007), V. Gudžinskienė ir J. Česnavičienė (2013), R. Jankauskienė ir B. Miežienė (2011), A. Petrauskienė ir S. Ustilaitė (2013) nagrinėjo sveikatos stiprinimo ir sveikatos ugdymo sąveiką bei šių veiklų vykdytojų ugdymo įstaigose vaidmenis įvairiais aspektais. A. Petruitytė (2013), D. Pūras et al. (2013) parodė psichikos sveikatos stiprinimo problemas ugdymo įstaigose. Y.O. John-Akinola ir Nic-Gabhainn (2014), K. G. Gadin et al. (2009), V. Simovska (2012) tyrė vaikų dalyvavimo sveikatos stiprinime galimybes ir naudą. G. J. Buijs (2009), G. Gray et al. (2006), A. Jociutė et al. (2008, 2013), R. Sketerskienė (2013) atskleidė sveikatą stiprinančių mokyklų privalumus sveikatos stiprinimo ir

¹ Adamson P., Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, *Innocenti Report Card 11*, Florence: UNICEF Office of Research, 2013, p. 2.

gerovės koordinavimui. Tačiau šiam darbui naujumo suteikia tai, kad nerasta mokslo darbų analizuojančių šio tyrimo problemą visa apimtimi pagal dabartinę Lietuvos politinę sistemą. Todėl šio tyrimo objektas yra vaikų sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės politikų integracinės galimybės, o dalykas – šių politikų koordinavimo ir integruoto įgyvendinimo bendrojo ugdymo įstaigose galimybės.

Darbo tikslas – nustatyti vaikų sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės politikų integracines galimybes. Tikslas siekiama įgyvendinant šiuos uždavinius:

1. Išnagrinėti vaikų sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveiką politiniame kontekste.
2. Išnagrinėti vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimo visuose lygmenyse ir įgyvendinimo bendrojo ugdymo įstaigose ypatumus bei integracines galimybes teoriniu aspektu.
3. Išanalizuoti vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimo ir įgyvendinimo bendrojo ugdymo įstaigose galimybes praktiniu aspektu.

Darbe panaudojami tyrimo metodai:

- Teorinė darbo dalis (I ir II skyriai) pagrįsti sisteminė analize, naudojant tarptautinių ir nacionalinių politinių dokumentų abstrahavimą; nacionalinių teisės aktų ir mokslinių įrodymų idealizaciją; apibendrinimą.
- Empirinėje darbo dalyje atliekama išskirtinio rajono atvejo analizė, grįsta interviu metodu ir atsakymų turinio analize.

Pirmajame teoriniame darbo skyriuje nagrinėjama kaip interpretuojamos sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sampratos bei kokia jų tarpusavio sąveika; kokie vaikų sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveikos ypatumai bei kur ši sąveika pasireiškia; koks turėtų būti valdymas palankus sveikatos stiprinimo ir gerovės integravimui; kokios Europos regiono ir Lietuvos naujausių politinių dokumentų vyraujančios nuostatos sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveikos atžvilgiu bei kokia vieta juose skiriama vaikams.

Antrajame teoriniame skyriuje nagrinėjama kokios tarpsektorinio ir tarpžinybinio vaikų sveikatos stiprinimo bei gerovės politikų koordinavimo galimybės; kas bendro tarp vaikų sveikatos stiprinimo organizavimo ir vaiko gerovės užtikrinimo veiklų savivaldos lygmenyje bei kokie šių veiklų tobulinimo poreikiai; kaip bendrojo ugdymo įstaigose sveikatos stiprinimo vykdymas siejasi su sveikatos ugdymu, kokios šių veiklų vykdymo pasidalijimo galimybės ir kaip jos siejasi su vaiko gerovės užtikrinimo veikla; kokie sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir prevencinės veiklos finansavimo ypatumai bei galimybės; kokie sveikatą stiprinančių mokyklų privalumai integruojant sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės veiklas bei kokios jų plėtros tendencijos.

Trečiajame skyriuje metodiškai pagrindžiamas tyrimas ir analizuojami bei apibendrinami empirinio tyrimo duomenys.

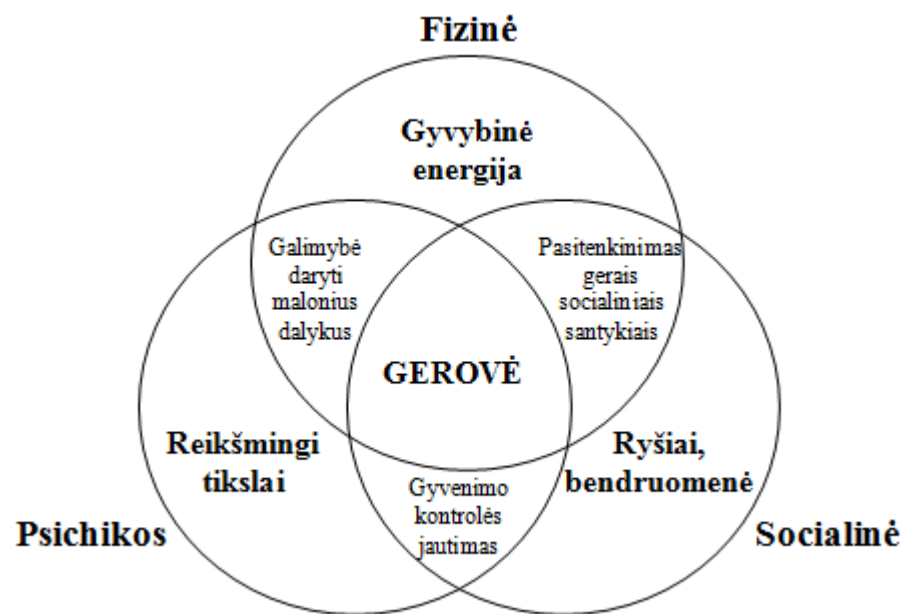
Šis darbas gali būti naudingas tiek ugdymo įstaigoms, tiek savivaldybėms, tiek nacionalinio lygmens institucijoms kuriant naujo laikotarpio vaiko gerovės politikos programą, atliepiančią Pasaulio sveikatos organizacijos ir Europos sąjungos politines tendencijas. Darbas pagrįstas inkrementine (laipsniškų pokyčių) teorija. Nagrinėjant esamų ryškiausiai su vaikų sveikatos stiprinimu ir gerove susijusių Lietuvos koordinacinių struktūrų veiklą, ieškoma galimybių kaip jas panaudojant palaipsniui pereiti prie mokslu ir gerąja patirtimi pagrįstos integraliau koordinuotos vaikų sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės politikos įgyvendinimo bendrojo ugdymo įstaigose. Tuo pačiu darbas atliepia ketvirtosios Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos „Odensės teiginiai: teisingumo, švietimo ir sveikatos ABC“ metu jaunų žmonių išsakytą mintį, kad „sveikatos link turime žengti mažais žingsneliais, o ne daryti revoliucijas“².

² Ketvirtosios Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos Odensės teiginiai: teisingumo, švietimo ir sveikatos ABC, 2013, prieiga per internetą <http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/4oji%20konferencija/Odenses_teiginiai.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

1. VAIKŲ SVEIKATOS, JOS STIPRINIMO IR GEROVĖS SAMPRATOS BEI JŲ SĄVEIKOS RAIŠKA

1.1. Sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sampratos bei jų sąveika

Siekiant išanalizuoti vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės sąveiką pravartu pirmiausia išnagrinėti sveikatos sampratą. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) savo Konstitucijoje apibrėžia kad „sveikata – tai visapusė fizinės, psichikos ir socialinės gerovės būseną, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“³. Šis apibrėžimas taikytinas visuotinai, neskirstant nei pagal amžiaus grupes, nei pagal kitus parametrus. Pagal sakinio dalių jungimo būdą trys išvardintos sveikatos sudedamosios dalys yra lygiavertės, todėl siekiant sveikatos nei viena neturėtų būti užmirštama. Šį argumentą sustiprina ir antroji teiginio dalis, patvirtinanti, kad tik ligų ar negalavimų nebuvimo dar negalima vadinti sveikata. Kita vertus, gerovės būseną šiame apibrėžime pripažįstama subjektyviu individo savo būklės vertinimo matu⁴, todėl kiekvienam individui paliekama nuspręsti kokį fizinės, psichikos ir socialinės gerovės santykį jis pats laikys sveikata. Sveikatos sudedamųjų dalių ryšius⁵ galima iliustruoti kaip pavaizduota 1 paveiksle.



Cit. pagal Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies, 2012.

1 pav. Sveikatos metmenys ir gerovė

³ Constitution of The World Health Organization, Geneva: World Health Organization, 1948, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006, prieiga per internetą <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>, (žiūrėta 2014-07-12).

⁴ The European Health Report 2012: Charting The Way to Well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.

⁵ Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. A foundation document to guide capacity development of health educators, Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012, p. 54.

Lietuvoje taip pat plačiai vartojamas teisinis apibrėžimas „sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“⁶. Jame atsisakoma PSO apibrėžime naudojamos antrosios teiginio dalies. Taip pat išryškinamas Lietuvos sveikatos sistemos asmens ir visuomenės sveikatos atskirtumas, o LR Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme kaip „gyventojų visapusė dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė“ apibrėžiama visuomenės sveikata⁷. Tai leidžia objektyviai remtis šiuo apibrėžimu, toliau nagrinėjant sveikatos stiprinimo sampratą, kaip visuomenės sveikatos sudedamąją dalį.

Lietuvoje visuomenės sveikatos stiprinimu gali būti laikytinas „sveikatos mokymas, informacijos apie sveiką gyvenseną skleidimas, sveikos gyvensenos propagavimas, formavimas ir nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimas bei kitos visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktuose numatytos priemonės“⁸. Tačiau nuo sveikatos stiprinimui skirtos Otavos chartijos pasirašymo visuotinai paplitęs chartijoje pasiūlytas apibrėžimas „Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją pagerinti“⁹. Iš jo aišku, kad sveikatos stiprinimas, priešingai nei pati PSO apibrėžta sveikata, nėra baigtinė būseną, be to, apibrėžimas parodo asmeninių individo pastangų poreikį aktyviai pasinaudoti galimybėmis besirūpinant sveikata bei ją gerinant. Ir nors sveikatos stiprinimo samprata buvo plėtota vėlesnėse tarptautinėse konferencijose¹⁰, būtent Otavos chartija įvardijama pagrindu¹¹ kuriant ir plėtojant šiuolaikinę Europos sveikatos ir gerovės politikos strategiją.

Gerovės sampratą apibrėžti vienareikšmiškai sudėtinga, N. Fahy nurodo, kad nėra aiškaus gerovės apibrėžimo¹². Tačiau vis labiau gerovės vertinimu besidominčiai PSO ekspertų grupė pasiūlė naudoti apibrėžimą įvardijantį gerovę kaip egzistuojančią dvejuose matavimuose – subjektyvią ir objektyvią (abiejų matavimų elementai sudaro bendrąją gerovę) ir kaip „apimančią individualią savo gyvenimo patirtį taip pat gyvenimo aplinkybių palyginimą su socialinėmis normomis ir vertybėmis“¹³. Susitarta, kad gerovė gali būti kaip koncepcija ir subjektas savaime (siejant su sveikata kaip ją lemiantis veiksnys ir kaip jos padarinys) ir kaip įvairių elementų kompozicija (tarp kurių yra

⁶ LR sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231; TAR, 2014, Nr. 2014-19560.

⁷ LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 56-2225; *Valstybės žinios*, 2013, Nr. 107-5277.

⁸ LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-918 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-11-24, Nr.121-4983.

⁹ The Ottawa charter for Health Promotion, The first International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986-11-21, prieiga per internetą <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>>, (žiūrėta 2014-07-12).

¹⁰ Ottawa charter for Health Promotion, Better Health Channel, Fact sheet, 2014, prieiga per internetą <[http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion/\\$File/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion/$File/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf)>, (žiūrėta 2014-07-12).

¹¹ Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, 12 p.

¹² Fahy N., Defining and contextualizing well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

¹³ Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, Second meeting of the expert group, Paris, 25-26 June 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/180048/E96732.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).

sveikata)¹⁴. Taigi, gerovės samprata ir jos sąsajos su sveikatos bei jos stiprinimo sampratomis priklausys nuo to, kuriuo požiūriu į gerovę bus vadovaujamasi.

Požiūris, kad gerovė yra savaiminė koncepcija ir daro įtaką sveikatai, artimesnis medicininiam (klinikiniam) nei sveikatos visose politikose koncepcijai. Nustatyta, kad subjektyvi gerovė veikia sveikatą ir gyvenimo trukmę per tam tikrus mechanizmus (širdies iš kraujagyslių veiklą; imuniteto veiklą; genetinį senėjimą; reprodukcinę sveikatą; mažesnį skausmą ir didesnį skausmo toleravimą; didesnį ilgaamžiškumą (ypač per santykį su savižudybe)) ir įrodytas patikimas gerovės poveikis sveikatai (poveikio objektyviai sveikatai dydis 0,14; palyginami „tradiciniai“ rizikos veiksniai; gali prilygti papildomiems 7-10 gyvenimo metų)¹⁵. Taigi, tokia gerovės ir sveikatos sąveika turėtų būti itin aktuali visam sveikatos sektoriui, siekiant geresnių sveikatos (kaip tikslo) rodiklių.

Kitas gerovės kaip savaiminės koncepcijos variantas, kai kreipiamas dėmesys į tai, kad sveikata daro įtaką gerovei, išplečia suinteresuotųjų šalių ratą. Šiuo požiūriu sveikata visuotinai įvardijama kaip vienas iš svarbiausių gerovę lemiančių veiksnių¹⁶. Nustatomas stipresnis fizinės sveikatos ryšys su gerove per pačių įvardijamą (subjektyvią) sveikatą, nei matuojant objektyviai, taip pat teigiama, kad sergant lėtinėmis ligomis nepatiriama visiška gerovė, dar stipresnis ryšys nustatomas tarp psichikos sveikatos ir gerovės (ypač per santykį su savižudybe)¹⁷. Šis požiūris artimesnis Otavos chartijoje išsakytai minčiai, kad „sveikata ne gyvenimo tikslas, o jo pagrindas“ ir „sveikatos stiprinimas nėra vien tik sveikatos sistemos, o visų politikos sričių reikalas, siekiant ne tik sveikos gyvensenos, bet ir visapusiškos gerovės“¹⁸. Taigi, individo gerovės kaip tikslo iškėlimas leistų išplėsti tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos labui, įrodant sveikatos kaip vieno svarbiausių veiksnių naudą bendrai gerovei.

Pastarajam požiūriui sąveikos su sveikata kryptimi artimas požiūris – gerovė kaip įvairių elementų kompozicija, išsiskiria tuo, kad gerovė praranda savitumą, tampa tik kaip dalių suma ir sveikatos, kaip komponento, reikšmingumas bendrame gerovės kontekste sumažėja. Taip pat šiam požiūriui vertinant gerovę būdingas komponentų tik objektyvių rodiklių parinkimas¹⁹, taip supaprastinant jų palyginimus. Tačiau vien toks požiūris tampa nebepakankamu vadovaujantis

¹⁴ Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, Second meeting of the expert group, Paris, 25-26 June 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/180048/E96732.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).

¹⁵ The European Health Report 2012: Charting The Way to Well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, p. 91. (schema)

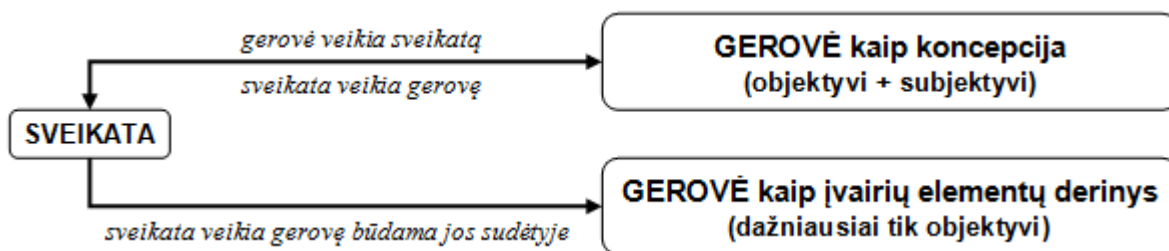
¹⁶ Measuring What Matters – national Statistician's Reflections on the National Debate on Measuring National Well-being, ONS, 2011.

¹⁷ The European Health Report 2012: Charting The Way to Well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, p. 91. (schema)

¹⁸ Ottawa charter for Health Promotion, Better Health Channel, Fact sheet, 2014, prieiga per internetą <[http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion/\\$File/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion/$File/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf)>, (žiūrėta 2014-07-12).

¹⁹ Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, Second meeting of the expert group, Paris, 25-26 June 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/180048/E96732.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).

naujuoju PSO gerovės apibrėžimu ir atsiradus poreikiui valstybėms narėms rinkti informaciją apie subjektyvią gerovę. Apibendrinta sveikatos ir gerovės sąveika pavaizduota 2 paveiksle.



Sudaryta darbo autorės pagal Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, Second meeting of the expert group, Paris, 25-26 June 2012 ir The European Health Report 2012: Charting The Way to Well-being, 2013

2 pav. Sveikatos ir gerovės sąveika

Apibendrinant galima teigti, kad su sveikatos samprata glaudžiau siejasi gerovės kaip koncepcijos samprata (poveikis abipusis), ryškiausią sveikatos stiprinimo naudą individui galima įžvelgti vadovaujantis požiūriu, kad sveikata daro įtaką gerovei kaip savaiminei koncepcijai, pastarasis požiūris artimiausias vyraujančioms PSO politinėms nuostatoms apie sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveiką.

1.2. Vaikų sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveikos ypatumai

Vaikai yra visuomenės dalis ir iš esmės tos pačios sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sampratos bei jų sąveikos būdai jiems galioja kaip ir likusiems visuomenės nariams. Tačiau ne visais atvejais vaikais laikomi tos pačios amžiaus kategorijos individai. Pagal Jungtinių Tautų (JT) Vaikų Teisių Konvenciją „vaiku laikomas kiekvienas žmogus, neturintis 18-os metų, jei pagal taikomą įstatymą jo pilnametystė nepripažinta anksčiau“²⁰, taigi toks vaiko apibrėžimas būdingas JT valstybių narių (tarp jų ir Lietuvos) teisinėms sistemoms. Detalizuojant, brendimo laikotarpį galima sąlyginai skirstyti amžiaus tarpsniais: kūdikystė 0–1 m.; priešmokyklinis amžius 1–3 m.; ikimokyklinis amžius 3–6 m.; jaunesnysis mokyklinis amžius 6–10 m.; paauglystė 10–15 m.; jaunystės pirmasis periodas 15–17 m.; jaunystės antrasis periodas 17–21 m.²¹ Tačiau dėl vaikų institucinės priklausomybės paplitęs terminas „mokyklinio amžiaus vaikai“ gali apimti ir daugiau nei 18 metų turinčius asmenis (paprastai 7–19 m.), priklausančius bendrojo ugdymo įstaigai (mokyklai)²². Sąvoka paauglys gali būti apibrėžiama ir kaip „asmuo nuo 10 iki 19 m.“²³, o paaugliai nuo 14 m. ir suaugusieji iki 29 m. gali būti vadinami jaunimu²⁴ kaip specifinė visuomenės kategorija. Todėl sąvokos vaikas apimamo amžiaus

²⁰ Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija (1989), *Valstybės žinios*, 1995-07-21, Nr. 60-1501.

²¹ Kaip bręsta asmenybė?, prieiga per internetą <www.asu.lt/file.doc?id=24109>, (žiūrėta 2014-07-12).

²² LR švietimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1991, Nr. 23-593; *Valstybės žinios*, 2013, Nr.114-5683.

²³ LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-817 „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairių patvirtinimo“, *TAR*, 2014-07-17, Nr.2014-10330.

²⁴ LR Jaunimo politikos pagrindų įstatymas, *Valstybės žinios*, 2003, Nr. 119-5406; *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 144-523.

ribos gali priklausyti nuo konteksto ir nuo to, kiek pati sąvoka išplėsta konkrečiomis aplinkybėmis.

Įvairaus amžiaus kategorijų vaikų gerovė, kaip įvairių elementų kompozicija, periodiškai vertinama tarptautiniuose tyrimuose. Pagrindinės stabilios objektyvios gerovės sritys apima asmeninius santykius, materialinius išteklius, išsilavinimą, namų ūkius ir aplinką^{25, 26}. Su sveikata siejamų gerovės sričių objektyvūs rodikliai skiriasi nežymiai, tačiau sudarinėjant vaiko gerovės indeksą Europoje į jį buvo įtrauktos „Sveikatos“, sveikatą ir gerovę lemiančių veiksnių (determinantų) turinti „Rizikos ir saugumo“ bei „Subjektyvios gerovės“ (jos vieno iš komponentų „pačių apibrėžiama sveikata“ rodiklis: „procentas vaikų vertinančių savo sveikatą kaip tinkamą ar prastą“) sritys²⁷, o kiek vėliau Jungtinių tautų Vaikų fondo tyrimų centrui lyginant vaiko gerovę išsivysčiusiose šalyse su sveikata sieti tik „Sveikatos ir saugumo“ bei „Elgsenos ir rizikų“ matmenys²⁸. Nors iš esmės su sveikata siejami baziniai objektyvūs rodikliai analogiški, jų interpretacijos skirtumai matomi rodiklių priskyrimo skirtingoms sritims (matmenims), kurių pavadinimuose ne vienodai išreikštas ryšys su sveikata (1 lentelė).

1 lentelė. Su sveikata siejamų objektyvių rodiklių skirstymo palyginimas tarp vaiko gerovės indeksų

Vaiko gerovės indeksas Europoje		Sutampantys rodikliai	Bendra vaiko gerovė išsivysčiusiose šalyse	
Sritis	Komponentai		Komponentai	Matmenys
Sveikata	Sveikata gimus	Kūdikio mirtingumas Gimusių mažo svorio skaičius	Sveikata gimus	Sveikata ir saugumas
	Skiepijimų skaičius	Nuo tymų, DPT3, Pol3/ bendras skiepijimų skaičius	Prevencinės sveikatos paslaugos	
Rizika ir saugumas	Vaikų mirtys	Netyčinės mirtys/ 1-19 m. vaikų mirčių skaičius	Mirtingumas vaikystėje	Elgsena ir rizikos
	Rizikinga elgsena	Paauglių gimdymų skaičius Rūkymas Girtavimas/ alkoholis Kanapių vartojimas	Rizikinga elgsena	
	Smurtas ir smurtinė elgsena	Mušasi Patiria patyčias	Smurto pasireiškimas	
Sveikata	Sveikatos elgsena	Valgo pusryčius Valgo vaisius Mankština Nutukimas/ turi viršsvorio	Sveikatos elgsena	

Sudaryta darbo autorės pagal Bradshaw J., Richardson D., 2009 ir Adamson P., 2013

Tarp lentelėje pateiktų rodiklių, kaip vienas iš jų skirstymo kriterijų pastebėtinas vaikų amžius, kuris didžia dalimi nulemia rodiklių priklausomybę nuo aplinkinių daromos įtakos vaikams (medicinos personalo, tėvų) ir pačių vaikų sąmoningumo. Su elgsena susijusių komponentų rodikliams teigiamą

²⁵ Bradshaw J., Richardson D., An Index of Child Well-Being in Europe, *Child Ind Res*, 2009, p. 4-5, prieiga per internetą <<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/unicef/EU29.pdf>>, (žiūrėta 2014-01-10).

²⁶ Adamson P., Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, *Innocenti Report Card 11*, Florence: UNICEF Office of Research, 2013, p. 5.

²⁷ Bradshaw J., Richardson D., *op. cit.*

²⁸ Adamson P., *op. cit.*

įtaką gali daryti ne tik vaikų sąmoningumo ar atsparumo neigiamai įtakai nulemti sprendimai, bet ir įvairių lygių politinis apsisprendimas taikyti priemones, skatinančias ar stabdančias tam tikros elgsenos pasireiškimą.

Mokslininkai atkreipia dėmesį, kad vien objektyvūs rodikliai neatspindi tikrosios vaiko gerovės visa apimtimi. P. Adamson pastebi, kad prisiimdami atsakomybę už vaikus suaugusieji linkę primesti jiems savo vertybinius sprendimus, todėl nepaisant kultūrinių skirtumų, verta rinkti informaciją apie subjektyvią vaikų gerovę, tačiau interpretuoti ją reikėtų atskirai nuo objektyviosios²⁹. Nors C. Currie ir kt. tarptautiniame PSO valstybių narių vaikų socialinių sveikatą lemiančių veiksnių (determinantų) ir gerovės bei sveikatos elgsenos tyrime plačiai išskleidė subjektyvią vaikų gerovę³⁰, J. Bradshaw ir kt. ją sistemingai suglaudė į 4 komponentus: pasitenkinimas gyvenimu; santykiai (lengvai susikalba su mama, lengvai susikalba su tėvu, klasės draugai yra mandagūs ir paslaugūs); subjektyvus švietimas (spaudžiami mokyklos darbų, labai mėgsta mokyklą) ir subjektyvi sveikata (prasta ar tinkama sveikata, nusiskundimai sveikata), šie tyrėjai atkreipia dėmesį, kad paprastai vertinama mokyklinio amžiaus vaikų subjektyvi gerovė, atliekant apklausas jų ugdymo įstaigose³¹. L. H. Lippman vaiko gerovę įvardija kaip daugiamatę sąvoką egzistuojančią 3 lygmenyse: makro (kultūros normos ir vertybės, politika, ekonominės sąlygos ir globalus vystymasis plačiame socialiniame kontekste), mezo (ryšiai atskirų sistemų ir struktūrų viduje) bei mikro (asmeninės vertybės, santykiai su šeima, draugais, kaimynais ir kitomis sistemomis, tokiomis kaip sveikatos priežiūra, mokykla, aplinka), pastarasis lygmuo, anot autorės, turi didžiausią poveikį vaikams³². Taigi, pateikti skirstymai leidžia susidaryti bendrą vaizdą, kas tarptautiniu lygiu tyrinėjama kaip vaikų gerovė ir kokią vietą joje užima sveikata.

Lietuvoje vaiko gerovės ribas apibūdina „Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcija“, kurioje apibrėžiama, kad „vaiko gerovės politika – socialinės politikos dalis, kuri remiantis tarptautiniais dokumentais yra nusakyta trimis principais: vaiko teise į apsaugą, aprūpinimą ir dalyvavimą“³³. Taip pat koncepcijoje teigiama, jog „koncepcija siekiama daryti įtaką socialinei ir ekonominei politikai, kad vaikams būtų sudarytos sąlygos gyventi visavertį gyvenimą, užtikrinant jų interesus ir Vaiko teisių konvencijos įgyvendinimą Lietuvoje“, nurodoma, kad pagrindinių vaiko gerovės principų įgyvendinimas pirmiausiai turi būti pasiektas „tarpžinybinėje veikloje“, numatyta

²⁹ Adamson P., Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, *Innocenti Report Card 11*, Florence: UNICEF Office of Research, 2013, p. 5.

³⁰ Currie C., et al., Social Determinants of Health and Well-being among Young People, Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, p. 17-79.

³¹ Bradshaw J. et al. Children's Subjective Well-being in Rich Countries, Working paper, Florence: UNICEF Office of Research, 2013, p. 9.

³² Lippman L. H., 2004, cit. pgl. Jociūtė A., Visuomenės darnus vystymasis. Metodinė priemonė, Vilnius: MRU, 2013, p. 35.

³³ LR Seimo 2003 m. gegužės 20 d. nutarimas Nr. IX-1569 „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2003-05-30, Nr. 52-2316.

parengti strategines priemones visuose 3 vaiko gerovės lygmenyse (makro, mezo ir mikro)³⁴. Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos kūrimo principų Lietuvoje skirstymas pagal lygmenis pateiktas 2 lentelėje, kurioje matoma, kad aktyvios vaiko teisės ir galimybės reiškiasi mikrolygmenyje.

2 lentelė. Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos kūrimo principų skirstymas pagal lygmenis

Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos kūrimo principai	Lygmenys
Vaiko gerovės klausimai yra politiniai, o vaiko gerovės užtikrinimas yra valstybės politinis prioritetas	makro
Šeima ir valstybė dalijasi vaiko gerovės užtikrinimo atsakomybe Priimant sprendimus ar imantis bet kokių veiksmų, vadovaujamosi vaiko interesais	makro, mezo, mikro
Vaikui garantuojamos teisės ir galimybės: • augti kiek įmanoma sveikam; •gauti gerą išsilavinimą, priežiūrą ir gydymą; •gyventi saugioje aplinkoje; •jaustis mylimam ir vertingam; •tapti kompetentingam rūpintis savimi kasdieniame gyvenime; •jaustis oriam ir saugiam dėl savo rasinės, kultūrinės ir tautinės tapatybės; •jaustis visaverte asmenybe, kad ir kokio amžiaus būtų; •plėtoti savo socialinius tarpasmeninius santykius ir pasitikėjimą.	mikro

Sudaryta darbo autorės pagal Vaiko gerovės valstybės politikos koncepciją, 2003 ir L. H. Lippman, 2004

Atsakomybės pasidalijimo už vaiko gerovę ir sveikatą skiriamąja riba Lietuvoje galima laikyti septintuosius vaiko gyvenimo metus. Iki 7 metų už vaiką atsako tėvai (ar globėjai, rūpintojai) ir neprivalo vaiko leisti į jokią ugdymo įstaigą (jei atskirais atvejais nenustatyta kitaip), o nuo 7 iki 16 metų vaikai privalo lankyti mokyklą, kuri kaip įstaiga prisiima dalį atsakomybės ir įsipareigoja vykdyti vaikų sveikatos priežiūrą, į kurios sudėtį įeina sveikatos stiprinimas³⁵ bei užtikrinti nuo jos priklausančią vaiko gerovę³⁶, taip pat mokyklose numatomas sveikatos ugdymas³⁷. Tačiau pati ugdymo įstaiga gali tapti socialinės prigimties rizikos veiksnių, tokių kaip „patyčios mokymo įstaigoje, smurto atvejai ir mokymosi krūvis“ pasireiškimo šaltiniu³⁸, kita vertus mokykla gali tapti ir apsauginiu sveikatos veiksniu, jei sukuria palankų psichosocialinį klimatą³⁹. Taigi, mokykloms (priklausančioms vaiko gerovės mikrolygmeniui) tenka svarbus vaidmuo derinant tarpusavyje vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės turinį bei užtikrinant sklandų jo realizavimą.

Apibendrinant teigtina, kad vaikas – plati sąvoka, tačiau gerovės (ypač subjektyvios) tyrimai (sietini su aktyvaus sveikatos stiprinimo galimybėmis) nukreipti į mokyklinio amžiaus vaikus, kuriems akivaizdžiausiai pasireiškia socialinių sveikatą lemiančių veiksnių poveikis. Todėl siekiant geresnės

³⁴ LR Seimo 2003 m. gegužės 20 d. nutarimas Nr. IX-1569 „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2003-05-30, Nr. 52-2316.

³⁵ LR švietimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1991, Nr. 23-593; *Valstybės žinios*, 2013, Nr.114-5683.

³⁶ LR švietimo ir mokslo ministro 2011 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-579 „Dėl mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011-04-13, Nr. 45-2121.

³⁷ LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

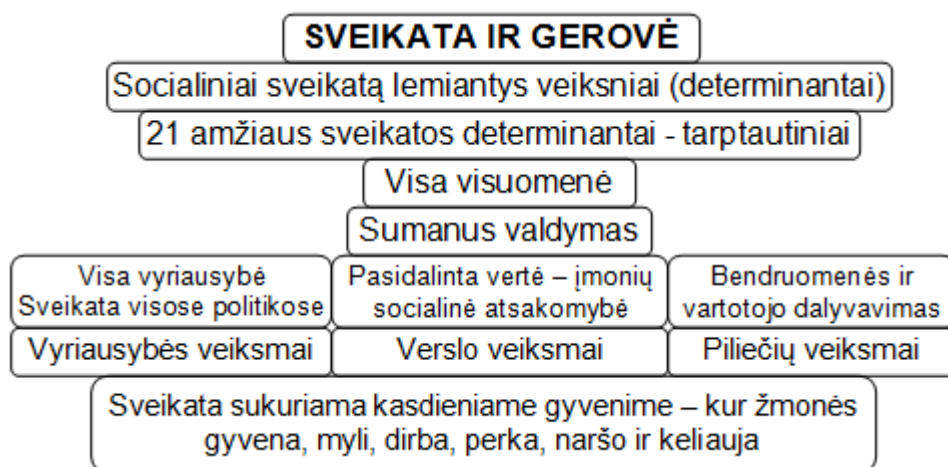
³⁸ Pūras D., et al., Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką. Mokslo studija, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013, p. 56.

³⁹ Mental health and well-being: why pay attention to this issue during adolescence?, Fact sheet, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/163514/HBSC-Fact-sheet-mental-health-revised.pdf?ua=1>, (žiūrėta 2014-10-18).

vaikų sveikatos ir didesnės gerovės svarbu sutelkti skirtingų sektorių pastangas palankių sąlygų šio amžiaus vaikams Lietuvoje sudarymui, ypač jų socialinės realizacijos vietose.

1.3. Sveikatos ir gerovės integravimui palankus valdymas

Renkantis sveikatai ir gerovei palankios politikos prieigą svarbu kokios vertybės iškeliamos. Pasak A. Guogio „pastaruoju metu visų gerovės modelių atstovai prabilo apie „naujojo viešojo valdymo“ įgyvendinimo būtinybę, tačiau dar dažnai jis suvokiamas tik kaip abstraktus teorinis modelis be konkrečių įgyvendinimo metodų“⁴⁰. Autorius pastebi, kad tokio valdymo „akcentai sudėti ties atvirumu, skaidrumu, demokratija, [...], aktyvia ne vyriausybinių organizacijų veikla, socialine kokybe ir įgalinimu“⁴¹. Sumanus valdymas sveikatai ir gerovei apima penkias tarpusavyje susijusias sritis: bendradarbiavimą; dalyvavimą; reguliavimo ir įtikinėjimo derinį; nepriklausomas agentūras ir ekspertų organizacijas; prisitaikančias politikas, lanksčias struktūras ir įžvalgas⁴². Visos visuomenės ir visos vyriausybės požiūriai sveikatai ir gerovei suprantami kaip apjungta vyriausybė sveikatai visose politikose; pagerintas koordinavimas, integracija ir gebėjimai nukreipti į pasidalintus tikslus bei galia ir atsakomybė už sveikatą ir gerovę išsklaidytos per vyriausybę ir visuomenę⁴³. Geras valdymas sveikatai ir gerovei grįstas vertybiniais principais, kad sveikata yra žmogaus teisė, visuotinė viešojo gėrybė, centrinis gerovės komponentas ir suprantama kaip socialinis teisingumas/lygybė, I. Kickbusch⁴⁴ apibendrina sveikatai palankų valdymą 21 amžiuje, kaip pateikta 3 paveiksle.



Cit. pagal Kickbusch I., 2012.

3 pav. Sveikatai palankus valdymas 21 amžiuje

⁴⁰ Guogis A., Palyginamoji gerovės modelių ir socialinio administravimo analizė, *Tiltai*, Nr. 1 (58), 2012, p. 31-44.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Kickbusch I., Gleicher D., Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014, p. 143.

⁴³ Kickbusch I., Gleicher D., Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, p. 50.

⁴⁴ Kickbusch I., Gleicher D., Smart governance for health and well-being: the evidence, *op. cit.*, p. 141-142.

Formuojant sveikatos ir gerovės siekių integravimui palankią politiką prieiga gali skirtis. Atnaujintas sveikatos visose politikose požiūris į viešąsias politikas tarp sektorių numato, kad būtų sistemingai atsižvelgiama į sprendimų poveikį sveikatai, siekiama sinergijos ir išvengta žalingų padarinių sveikatai, siekiant pagerinti gyventojų sveikatą ir padidinti sveikatos tolygumus⁴⁵. Šis požiūris padidina politikos formuotojų atskaitomybę dėl poveikio sveikatai visuose politikos formavimo lygmenyse, taip pat apima viešųjų politikų poveikio sveikatą lemiantiems veiksniams ir gerovei išryškinimą⁴⁶. Įsipareigojimo bendradarbiauti ir dalyvaujamas (horizontalusis) požiūris į valdymą ir politikos formavimą pasiekiami, nes pripažįstama, kad nors kiti sektoriai gali pasitarnauti sveikatos tikslams, sveikata taip pat gali ženkliai prisidėti prie kitų sektorių tikslų⁴⁷. Tačiau remiantis gerovės kaip tikslo požiūriu, gerovės termino naudojimas vietoj „sveikata visose politikose“ suteikia vyriausybei bendrą tikslą dėl kurio gali būti susitarta ir pasidalinta atsakomybė, taip pašalinamas jausmas, kad sveikatos sektorius prašo kitų sektorių siekti sveikatos tikslų, o ne bendro tikslo⁴⁸. Taigi, bendradarbiavimo galimybės ir valdymo būdai gali skirtis priklausomai nuo to kurios sąvokos ir koks požiūris pasirenkamas.

Apibendrinant pastebėtina, kad sveikatos ir gerovės siekiamas palankios vertybės yra sąlygojančios visos visuomenės dalyvavimą valdyme ir dalijimąsi atsakomybe. O gerovės sąvokos naudojimas vietoje „sveikata visose politikose“ suteikia kryptingumo ir palengvina susikalbėjimą tarp sektorių.

1.4. Sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveikos raiška naujausiuose ir reikšmingiausiuose politiniuose dokumentuose

Tam tikram laikotarpiui pagrindinės politikos kryptis nubrėžia tarptautiniai ir nacionaliniai politiniai dokumentai. PSO ir ES parengė ilgalaikes strategijas, pateikdamos tikslus ir siekinius, nurodančius valstybėms narėms įrodymais pagrįstas gaires sveikatos politikos formavimui ir įgyvendinimui⁴⁹. Strateginiai dokumentai gali būti tiek bendro pobūdžio išskiriant specifiskesnes rekomendacijas tikslinėms grupėms (pvz. vaikams), tiek suformuluoti konkrečiai tikslinei grupei.

Reikšmingiausias šiuo metu priimtas bendrasis PSO sveikatos politikos strateginis dokumentas Europos regionui iki 2020 metų – „Sveikata 2020: Europos politikos gairės ir strategija 21-am

⁴⁵ Health in All Policies - Framework for Country Action, 2013, prieiga per internetą <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/130509_hiap_framework_for_country_action_draft.pdf>, (žiūrėta 2014-10-17).

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, Second meeting of the expert group, Paris, 25-26 June 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/180048/E96732.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).

⁴⁹ Kisieliene I., Europos sąjungos šalyse įgyvendinamų visuomenės sveikatos strategijų ir programų patirties, Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijų visuomenės sveikatos plėtrai ir vystymui: studija, Higienos institutas, 2014, prieiga per internetą <http://www.hi.lt/images/STUDIJA_ES%20PSO.pdf>, (žiūrėta 2014-10-18).

amžiui⁵⁰. Pasak Z. Jakab ir A. D. Tsouros, pirmoji šio dokumento dalis (Europos politikos gairės padedančios vyriausybei ir visuomenei siekti sveikatos ir gerovės) skirta pateikti esmines vertybes bei veiksmų principus kaip įgyvendinti strategiją politikams ir pagrindiniams politikos įgyvendintojams, o antroje (Sveikatos 2020 politikos gairės ir strategija) pateikiama daugiau informacijos apie su sveikata ir gerove susijusius mokslinius įrodymus ir praktinę veiklą, politikos kūrimo ir įgyvendinimo praktikams⁵¹. Dokumento pirmosios dalies pavadinimas ir antroje dalyje įvardijamos informacijos pobūdis jau savaime rodo tiek sveikatos, tiek gerovės svarbą PSO rekomenduojamai atnaujintai sveikatos politikai. Vienas iš šešių regioninių tikslų „įgyvendinimo procesui apibrėžti, pažangai įvertinti ir atsiskaitomybei didinti“⁵² yra padidinti Europos gyventojų gerovę⁵³, taip pat politikoje numatyta orientotis į sveikatą ir gerovę kaip į vystymosi rodiklius⁵⁴. Bendri sveikatos stiprinimo ir gerovės didinimo siekiai strategijoje „Sveikata 2020“ taip pat reiškiasi akcentuojant, kad sveikata ir gerovė yra visos vyriausybės ir visos visuomenės reikalas bei bendri tikslai turi būti siekiami koordinuotai bendradarbiaujant įvairiuose lygmenyse⁵⁵. Svarbiais tikslais tampa aktyvus visuomenės dalyvavimas valdyme ir sveikatos netolygumų mažinimas, o prioritetinės veiklos sritys apima: investavimą į sveikatą per visą žmogaus gyvenimo ciklą (nuo užsimezgimo iki mirties) ir žmonių įgalinimą; ligų keliamų iššūkių sprendimą; į žmones orientuotos sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos pajėgumų ir pasiruošimo nenumatytiems atvejams, priežiūros ir reagavimo stiprinimą; atsparių bendruomenių ir palankios aplinkos kūrimą⁵⁶.

Su „Sveikata 2020“ strategijoje išreikštais tikslais ir vertybėmis iš esmės suderinti 2014 metais PSO patvirtintos vaikų, kaip tikslinės grupės, strategijos „Investavimas į vaikus: Europos vaiko ir paauglio sveikatos strategija 2015–2020“ pagrindiniai tikslai⁵⁷. Šiame dokumente šalims rekomenduojama išsikelti savo poreikius atitinkančius specifinius tikslus, tačiau pateikiami ir bendrieji tikslai: skatinti valdymą, partnerystę ir tarpsektorinius veiksmus visais visuomenės lygmenimis; stiprinti į žmones orientuotą sveikatos apsaugos sistemą ir visuomenės sveikatos pajėgumus, siekiant pagerinti vaikų ir paauglių sveikatą ir vystymąsi; kreiptis į vaikus, paauglius, tėvus ir globėjus dėl

⁵⁰ Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.

⁵¹ Jakab Z., Tsouros A. D., „Sveikata 2020“ siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje, *Visuomenės sveikata*, 2013, Nr. 4 (63), p. 6.

⁵² *Ibid.*, p. 11.

⁵³ Developing indicators for the Health 2020 targets, First meeting of the expert group, Utrecht, 18–19 June 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf>, (žiūrėta 2014-10-18).

⁵⁴ Jakab Z., Tsouros A. D., *op. cit.*, p. 7.

⁵⁵ Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Resolution EUR/RC64/R6. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 and the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020, 2014, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/259210/64rs06e_InvestChildren_140731.pdf?ua=1>, (žiūrėta 2014-10-18).

sveikatą lemiančių veiksnių ir lygybės atotrūkio⁵⁸. Pamatiniai strategijos siekiai yra sudaryti vaikams ir paaugliams sąlygas realizuoti visą jų sveikatos, vystymosi ir gerovės potencialą ir sumažinti išvengiamų ligų naštą bei mirtingumą⁵⁹. Ši strategija, kaip ir „Sveikata 2020“, pažymi, kad šalims svarbu plėtoti strategijas grindžiant jas ne tik gyvenimo ciklo bei partnerystės ir bendradarbiavimo, bet ir mokslinių įrodymų bei teismo principais⁶⁰. Taigi, strategijose numatomas akivaizdus sveikatos klausimų išėjimas už sveikatos apsaugos sektoriaus ribų ir bendri veiksmai stiprinant sveikatą bei didinant gerovę.

Kaip atsakas į pokrizinį materialinės gerovės sumažėjimą ES buvo patvirtinta Trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020), kuria pripažįstama, kad „sveikata nėra vien tik vertybė pati savaime, ji yra ir ekonomikos augimo variklis“⁶¹. Tuo pagrindu valstybėms buvo iškelti teminiai prioritetai iš kurių vienas „sveikatingumo skatinimas, ligų prevencija ir sveikos gyvensenos skatinimo aplinkos propagavimas, atsižvelgiant į sveikatos aspektų integravimo į visų sričių politiką principą“⁶². Prioriteto tiksluose pabrėžiama būtinybė naudoti ekonomiškai efektyvias priemones, remtis įrodymais grindžiamos gerosios praktikos pavyzdžiais, pirmiausia atkreipti dėmesį į pagrindinius su gyvenimo būdu susijusius rizikos veiksnius, jų socialinio ir aplinkos pobūdžio bei kitus aspektus⁶³. Dar viename prioritete „pagalba kuriant novatoriškas, veiksmingas ir tvarias sveikatos priežiūros sistemas“ numatoma „remti gebėjimų stiprinimą visuomenės sveikatos srityje“, [...] nustatyti ir parengti priemones ir mechanizmus Sąjungos lygiu, kad būtų galima spręsti žmogiškųjų bei finansinių išteklių trūkumo problemą ir sudaryti palankesnes sąlygas savanoriškai įsisavinti inovacijas visuomenės sveikatos srities intervencinių priemonių ir prevencijos strategijų srityje“⁶⁴. Taigi, ES kaip ir PSO numato plačios aprėpties integruotą sveikatos stiprinimo efektyvumo didinimą, kad būtų prisidėta prie gerovės didinimo, taip pat tikslų siekimui numato skirti finansines lėšas.

Savo ruožtu Lietuva patvirtino Lietuvos pažangos strategiją „Lietuva 2030“, kurioje nustatė valstybės raidos prioritetus ir jų įgyvendinimo kryptis iki 2030 metų, strategijoje numatytos trys pagrindinės pokyčių ir sumanumo reikalaujančios pažangos sritys: visuomenė; ekonomika; valdymas⁶⁵. Sumanioje visuomenėje turi būti „užtikrinama socialinė ir politinė įtrauktis, [...]

⁵⁸ Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014.

⁶¹ Trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020 m.), EUROPOS PARLAMENTO IR TARYBOS REGLAMENTAS, Nr. 282/2014, 2014.

⁶² *Ibid.*

⁶³ Trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020 m.), EUROPOS PARLAMENTO IR TARYBOS REGLAMENTAS, Nr. 282/2014, 2014.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ LR Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl valstybės pažangos strategijos Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-05-30, Nr. 61.

sudaromos plačios galimybės siekti geros žmonių sveikatos“, išsaugoma ir stiprinama socialinė, ypač vaikų, gerovė ir sudaromos lygios galimybės visiems, o veiklios visuomenės aktyvų dalyvavimą visuomeniniame gyvenime sąlygoja gera jos sveikatos būklė, sveikata pripažįstama didžiausia vertybe svarbia asmens ir visuomenės gerovei, todėl sveika gyvensena turi būti nuosekliai ugdoma nuo pat mažens ir skiriamas ypatingas dėmesys ligų prevencijai bei sveikatos išsaugojimui⁶⁶. Sumanios ekonomikos plėtra turi nesukelti neigiamo poveikio aplinkai ir žmonių sveikatai⁶⁷. Sumanaus „viešojo valdymo pokyčiai, nauji visuomenės ir jai atstovaujančių institucijų tarpusavio santykiai turi lemti pagarbų valdžios institucijų požiūrį į piliečius ir supratimą, kad tarnaujama žmogui ir visuomenės gerovei, tai padės kurti visuomenės pasitikėjimą valstybe ir skatins aktyvų dalyvavimą sprendžiant aktualius visuomeninio gyvenimo klausimus“⁶⁸. Taigi, gerovė iškeliamą kaip visuotinis tikslas, o sveikata – kaip esminė gerovės sąlyga.

Lietuvos Vyriausybės patvirtintoje 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programoje⁶⁹ sveikatos ir gerovės siekių bendrumą akivaizdžiai parodo vertikaliojo prioriteto „veikli solidari visuomenė“ paskyrimas koordinuoti Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai, o jo tikslo „didinti gyventojų gerovę ir socialinę aprėptį“ vieno iš uždavinių „siekti vaiko ir šeimos gerovės, stiprinti ir saugoti visuomenės sveikatą“ įgyvendinime be minėtosios paskyrimas dalyvauti dar trims ministerijoms (Švietimo ir mokslo, Sveikatos apsaugos, Vidaus reikalų (kaip finansinė rėmėja))⁷⁰. Nors daugumos vertikaliesiems prioritetams iškeltų tikslų siekimas numatytas tarpinstitucinėje veikloje, yra sričių „kurioms būdingos kompleksinės problemos ir kurių negalima išspręsti pasitelkus vienos ar kelių sektorių politines priemones“, „todėl išskirti horizontalieji prioritetai, kuriuose tikimasi pasiekti esminį proveržį derinant vertikaliosiose prioritetuose numatytas kryptis“⁷¹. Dviejuose iš horizontaliųjų prioritetų („regioninė plėtra“ ir „sveikata visiems“) tikslai ir uždaviniai suderinti taip, kad gerovės ir sveikatos būtų siekiama visuose lygmenyse (nuo valdymo institucijų veiklos optimizavimo iki asmeninės gyventojų savimonės ir iniciatyvos skatinimo)⁷², o tai atitinka ir ankščiau aptartų PSO dokumentų nuostatas.

Nacionalinėje pažangos programoje esminiu gerovės rodikliu (pagal kurį Lietuva gerokai atsilieka nuo ES vidurkio) įvardijama gyvenimo trukmė⁷³, kurios didėjimas 2014 metais galiausiai

⁶⁶ LR Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl valstybės pažangos strategijos Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-05-30, Nr. 61.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430.

⁷⁰ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430. (3 priedas)

⁷¹ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430.

⁷² *Ibid.*

⁷³ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430. (1 priedas)

patvirtintoje Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programoje tampa pagrindiniu rodikliu⁷⁴. Šioje programoje iškelti tikslai (sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį; sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką; formuoti sveiką gyvenseną ir jos kultūrą; užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius)⁷⁵ parodo kompleksinę palankių sąlygų sukūrimo, socialinės gerovės ir visuomenės sveikatos stiprinimo svarbą siekiant esminio gerovės rodiklio.

2012 metais Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu patvirtinta Vaiko gerovės 2013–2018 metų programa, kurioje konstatuojama, jog nors ankstesnė „Vaiko gerovės valstybės politikos strategija 2005 m. buvo patvirtinta kaip tarpinstitucinis dokumentas, [...] strategijos priemonių planas 2005–2012 m. buvo ne kartą keičiamas, dėl to už plano priemones iš esmės liko atsakinga tik Socialinės apsaugos ir darbo ministerija“⁷⁶. Vis dėlto, Vaiko gerovės 2013–2018 metų programos uždaviniui „plėsti tarpinstitucinį ir tarptautinį bendradarbiavimą“ pasiekti numatyta priemonė „skatinti tarpinstitucinį bendradarbiavimą savivaldybėse teikiant kompleksines paslaugas (socialinių, švietimo, sveikatos ir kt.) vaikui“⁷⁷, kas leidžia daryti prielaidą, kad tarp sveikatos paslaugų galėtų būti numatytos sveikatos stiprinimo paslaugos, nors remiantis programos kontekstu tokia tikimybė maža. Taigi, paradoksaliai atrodo tokios plačios srities kaip vaiko gerovė klausimų sutelkimas vienos ministerijos rankose, kai „Nacionalinės pažangos programoje“ sektorinis požiūris laikomas Lietuvos silpnybe pažangai⁷⁸, o Europos regione priiminėjama vis daugiau sveikatą ir gerovę siejančių planavimo dokumentų.

Apibendrinant galima teigti, kad tarptautiniu ir nacionaliniu lygiais pripažįstama abipusė sveikatos ir gerovės sąveika, nors gerovė ryškiau iškeliamą kaip bendras visuotinis tikslas, kuriam pasiekti būtina stiprinti sveikatą. Taip pat politiniuose dokumentuose nubrėžiamos gairės sveikatos stiprinimo ir gerovės siekių integraciniais procesams (į tai turėtų būti atsižvelgta ruošiant vaiko gerovės programą naujam laikotarpiui). Išskirtinos apibendrintos integracinės sritys: koordinuotas bendradarbiavimas visuose lygmenyse; visuomenės įtraukimas ir aktyvus dalyvavimas valdyme bei bendruomenių stiprinime; efektyvus, įrodymais grįstas išteklių panaudojimas; bendra veikla mažinant sveikatos ir gerovės rizikos veiksnius bei sveikatos netolygumus.

⁷⁴ LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, TAR, 2014-07-01, Nr. 9403.

⁷⁵ LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, TAR, 2014-07-01, Nr. 9403.

⁷⁶ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. A1-547 „Dėl vaiko gerovės 2013–2018 m. programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-05, Nr. 140-7208.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430. (1 priedas)

2. VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO IR GEROVĖS INTEGRACINĖS GALIMYBĖS

2.1. Tarpsektorinės ir tarpžinybinės vaikų sveikatos stiprinimo bei gerovės politikų koordinavimo galimybės

Lietuvai būdinga daugiametė sektorinė veikla, todėl verta panagrinėti didesniu sveikatos stiprinimo ir gerovės politikų integravimu pasižyminčių šalių patirtį. Šiaurės šalių (Švedijos, Suomijos, Estijos) patirtis rodo, kad sveikatos stiprinimo ir gerovės politikas galima integruoti įvairiai, tačiau minėtoms šalims nebūdingas asmens sveikatos atskyrimas nuo visuomenės sveikatos (kaip Lietuvoje), todėl remiantis moksliniais tyrimais ir viešomis konsultacijomis vyriausybei suformuluojami bendri sveikatai ir gerovei palankūs prioritetai, kurie įtvirtinami strateginiuose dokumentuose ir detalizuojami tikslais bei uždaviniais⁷⁹. Aukščiau įvardytose užsienio šalyse bendros strategijos įgyvendinimą dažniausiai koordinuoja socialinių reikalų ir sveikatos srities institucija, tačiau pagrindinė atsakomybė už visuomenės sveikatos tikslų įgyvendinimą gali būti priskirta vien socialinių reikalų ministerijai ir adekvačiai paskirstyta kitų sričių ministerijoms ir institucijoms⁸⁰. Lietuvoje ryškiausiai integralumu pasižyminčiu dokumentu galima laikyti 2014–2020 metų nacionalinę pažangos programą⁸¹, kuriai būdingas prioritetų įtraukiant socialines, ekonomines ir aplinkos sąlygas iškelimas (kaip Švedijoje), o numatytų uždavinių pagal bendresnius tikslus įgyvendinimas paskirstytas kompetentingoms institucijoms bei išleisti papildomi teminiai tarpinstituciniai veiklos planai (kaip Estijoje). Šios programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“, kurio bendrasis tikslas – siekti geros žmonių sveikatos⁸², smulkesnių tikslų, uždavinių ir įgyvendinimo priemonių kiekio priskyrimas atsakingoms ministerijoms matomas 3 lentelėje.

3 lentelė. Prioriteto „Sveikata visiems“ tikslų, uždavinių ir priemonių kiekio priskyrimas atsakingoms ministerijoms

Tikslai	Uždaviniai	Dalyvaujanti ministerija ir priemonių skaičius
Stiprinti ir saugoti Lietuvos gyventojų sveikatą	Skatinti sveiką gyvenseną ir jos kultūros formavimą	SAM 1, ŠMM 1
	Vykdyti ligų prevenciją, įgyvendinti tikslines visuomenės sveikatos stiprinimo ir išsaugojimo priemones	SAM 1, SADM 4, ŽŪM 2, KM+SAM 1
	Skatinti žinių sveikatos srityje kūrimą, panaudojimą ir sklaidą	ŠMM 1

⁷⁹ Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo: galutinė ataskaita: LR sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, VŠĮ Viešosios politikos ir vadybos institutas, 2012, 193 p.

⁸⁰ Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo: galutinė ataskaita: LR sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, VŠĮ Viešosios politikos ir vadybos institutas, 2012, p. 54-61.

⁸¹ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430.

⁸² LR Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. 293 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, TAR, 2014-04-04, Nr. 2014-04113.

3 lentelės tęsinys

Tikslai	Uždaviniai	Dalyvaujanti ministerija ir priemonių skaičius
Užtikrinti sveikatai palankią aplinką	Ugdyti ekologinę savimonę	AM 1
	Kurti sveikatai palankią gyvenamąją, darbo ir mokymosi aplinką	AM 1, SM 1, ŪM 1, EM 1
Užtikrinti kokybišką, prieinamą ir tvarią sveikatos priežiūrą	Didinti sveikatos specialistų gebėjimus ir pacientų įgalinimą	ŠMM 2, SAM 1
	Gerinti viešųjų sveikatos paslaugų prieinamumą ir kokybę	SAM 5, SM 1, ŪM 1, EM 1
	Tobulinti sveikatos priežiūros valdymą ir finansavimą	VRM 1

Čia: SAM – sveikatos apsaugos ministerija, ŠMM – švietimo ir mokslo ministerija, SADM – socialinės apsaugos ir darbo ministerija, ŽŪM – žemės ūkio ministerija, KM – kultūros ministerija, AM – aplinkos ministerija, SM – susisiekimo ministerija, ŪM – ūkio ministerija, EM – energetikos ministerija, VRM – vidaus reikalų ministerija.

Sudaryta darbo autorės pagal 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano 1 priedą.

Pastebėtina, kad susumavus visas priemones Sveikatos apsaugos ministerijai tenka koordinuoti tik trečdalį priemonių ir jos labiausiai siejamos su trečiajame tikslė siektina sveikatos priežiūros paslaugų kokybe. Antrajame tikslė ši ministerija neatlieka jokio vaidmens, o ties pirmuoju tikslu, nukreiptu į aktyvų sveikatos stiprinimą ir saugojimą, labiausiai dominuoja Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Nepaisant to, horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo nutarimą kartu su ministru pirmininku pasirašė sveikatos apsaugos ministras⁸³.

Švedijai ir Suomijai taip pat būdinga nacionalinio lygmens tarybų veikla, padedanti koordinuoti įvairių sričių įgyvendinimą per patariamąją ar paslaugų teikimo funkciją⁸⁴. Lietuvoje nuo 2005 metų veikia Tarpžinybinė vaiko gerovės taryba, sudaryta siekiant „pagerinti valstybės ir savivaldybių institucijų bei įstaigų veiklos koordinavimą, jų bendradarbiavimą su nevyriausybinėmis organizacijomis ir teisės aktų įgyvendinimą vaiko gerovės srityje“, o šiuo metu ją techniškai aptarnauja Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Šeimos ir bendruomenių departamento Vaikų skyrius⁸⁵. Tarp šios tarybos funkcijų numatytas ir vaikų sveikatos gerinimo bei sveikatos paslaugų prieinamumo klausimų ir priimamų sprendimų derinimas tarpžinybinėje veikloje⁸⁶, taip pat taryba turi analizuoti esamą vaiko gerovės padėtį ir teikti pasiūlymus Socialinės apsaugos ir darbo ministrui⁸⁷ (anksčiau Vyriausybei) dėl vaiko gerovės valstybės politikos tobulinimo, teisės aktų, reglamentuojančių vaiko teisių bei teisėtų interesų apsaugos ir gynimo klausimus, rengimo, pakeitimo ir papildymo⁸⁸.

⁸³ LR Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. 293 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, TAR, 2014-04-04, Nr. 2014-04113.

⁸⁴ Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo: galutinė ataskaita: LR sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, VŠĮ Viešosios politikos ir vadybos institutas, 2012, p. 147.

⁸⁵ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. A1-212 „Dėl LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymo Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2013-05-23, Nr.53-2644.

⁸⁶ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-06-28, Nr.79-2881.

⁸⁷ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. A1-212, *op. cit.*

⁸⁸ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. A1-72 „Dėl LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymo Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2006-03-14, Nr.29-1015.

Nuo 2014 metų birželio Tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudėtis papildyta ir visuomenės sveikatos srities atstovu, todėl dabar sveikatos sritį atstovauja du (Sveikatos apsaugos ministerijos Motinos ir vaiko sveikatos bei Sveikatos stiprinimo valdybos) atstovai iš 22 tarybos narių⁸⁹. Tačiau šios tarybos tarpžinybinės kompetencijos ribos taip pat išplečiamos teisėmis „kviesti į savo posėdžius valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, nevyriausybinių (taip pat vaikų) organizacijų bei kitų įstaigų atstovus, nepriklausomus ekspertus“ ir „siūlyti Socialinės apsaugos ir darbo, Švietimo ir mokslo, Sveikatos apsaugos, Vidaus reikalų bei Teisingumo ministerijoms sudaryti komisijas, kurios nagrinėtų pagal ministerijų kompetenciją vaikų gerovės klausimus, kuriems spręsti reikalingas tarpžinybinis susitarimas ir kompleksiniai sprendimai“⁹⁰. Taigi, nors panaikinta šios tarybos atskaitomybė už veiklą visuomenei ir vyriausybei⁹¹ (ir praktiškai susiaurinta iki Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ribų), šiuo metu Taryba iš tiesų pajėgi visapusiškai integraliai pagerinti vaiko gerovės ir sveikatos stiprinimo klausimų koordinavimą, ypač derinant teisinį reglamentavimą.

Apibendrintai galima teigti, kad Lietuva bent formaliai perima naujojo valdymo tendencijas ir Europos šalių integralaus bei koordinuoto valdymo gerąją patirtį. Ir nors sveikatos sektorius atlieka svarbų vaidmenį koordinuojant sveikatos klausimus, sveikatos stiprinimas vis labiau integruojamas į kitų sektorių veiklą ir siejamas su gerove, tai ypač matoma iš Tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudėties progreso.

2.2. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų ir savivaldybių administracijos vaiko gerovės komisijų veiklų integravimo galimybės

Viena iš valstybės savivaldybėms perduotų funkcijų yra „visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybės teritorijoje esančiose ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo mokyklose ir profesinio mokymo įstaigose ugdomų mokinių pagal ikimokyklinio, priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo programas, visuomenės sveikatos stiprinimas, visuomenės sveikatos stebėseną“⁹². Šiai funkcijai visa jos apimtimi vykdyti savivaldybėse įsteigtos savivaldybių visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinės įstaigos – Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai⁹³. Šiuose biuruose privalomos pareigybės yra direktoriaus, visuomenės sveikatos stebėsenos specialisto, visuomenės sveikatos stiprinimo specialisto bei vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialisto⁹⁴. Jei savivaldybė

⁸⁹ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2014 m. birželio 5 d. įsakymas Nr. A1-312 „Dėl LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymo Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“, TAR, 2014-06-05, Nr.2014-07170.

⁹⁰ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. A1-176, *op. cit.*

⁹¹ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. A1-212, *op. cit.*

⁹² LR vietos savivaldos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 55-1049; TAR, 2014, Nr.2014-21274.

⁹³ LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 56-2225; *Valstybės žinios*, 2013-10-12, Nr. 107-5277.

⁹⁴ LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-918 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybų sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-11-24, Nr.121-4983.

negali pati įsteigti biuro, pagal sutartį jos teritorijoje visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas organizuoti ir teikti gali kitos savivaldybės įsteigtas biuras, taip pat pavyzdiniuose Savivaldybės visuomenės sveikatos biuro nuostatuose⁹⁵ išskiriamos pagrindinės biurų veiklos grupės:

- visuomenės sveikatos stiprinimas savivaldybės bendruomenėje;
- savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną (monitoringą);
- pagal kompetenciją užkrečiamųjų ligų profilaktika savivaldybėje;
- neinfekcinių ligų ir traumų profilaktika ir kontrolė savivaldybėje;
- visuomenės sveikatos programų savivaldybėje įgyvendinimas;
- vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimas;
- bendradarbiavimas su socialiniais partneriais;
- savivaldybės institucijų sprendimų projektų poveikio visuomenės sveikatai vertinimas;
- kita Lietuvos Respublikos įstatymų neuždrausta veikla.

A. Ščeponavičius ir kt. pastebi, kad savivaldybės, atlikdamos visuomenės sveikatos stebėseną kartu su gyventojų bendruomenėmis ir nevyriausybinėmis organizacijomis (NVO), „geriausiai gali atskleisti jų teritorijoje vyraujančias visuomenės sveikatos problemas, nustatyti visuomenės sveikatos priežiūros prioritetus, imtis veiksmingų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo priemonių“, taip pat visuomenės sveikatos biurai daug dėmesio skiria vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūrai⁹⁶. Šią veiklą daugiausiai atlieka mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, kurių priklausymas biurui suteikia galimybę „koordinuoti jų veiklą, rinkti išsamesnius duomenis apie vaikų sveikatą, teikti metodinę pagalbą ir medžiagą“, o biure dirbantis ir koordinuojantis mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų darbą vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūros specialistas turi galimybę analizuoti vaikų duomenis bei lyginti atskirų mokyklų ar vaikų grupių duomenis⁹⁷, taip stebėdami bendrą vaikų sveikatos padėtį biuro aptarnaujamoje teritorijoje ir sprenddami apie veiklos apimtį bei kokybę.

Savivaldybėse taip pat turi būti sudaroma Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija. Ji sudaroma iš „savivaldybės administracijos struktūrinių padalinių, teritorinės policijos įstaigos, teritorinės prokuratūros, socialinių paslaugų, švietimo, sveikatos ir kitų institucijų, dalyvaujančių prevencinėje veikloje, atstovų“, jos sudėtį ir darbo reglamentą tvirtina bei pirmininką ir sekretorių skiria savivaldybės administracijos direktorius⁹⁸. Šios komisijos paskirtis – „koordinuoti ugdymo, reabilitacijos, prevencijos ir kitų programų įgyvendinimą savivaldybės teritorijoje, institucijų tarpusavio bendradarbiavimą teikiant metodinę, informacinę, konsultacinę ir dalykinę pagalbą

⁹⁵ LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. V-196 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2008-03-27, Nr. 35-1253.

⁹⁶ Ščeponavičius A., et al., Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse, *Urbanizacija – nauji iššūkiai žmonių sveikatai: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2010, p. 65-69.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ LR vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 80-3214; *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 157-796.

mokyklų vaiko gerovės komisijoms“, ji taip pat atsakinga už vaiko minimalios ar vidutinės priežiūros priemonių klausimus⁹⁹. Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisijos veikla ir su ja sugretinta bendrų bruožų turinti Savivaldybės visuomenės sveikatos biuro išskleista veikla pateiktos 4 lentelėje.

4 lentelė. Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisijos ir savivaldybės visuomenės sveikatos biuro veiklų sugretinimas

Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija	Savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
Koordinuoja socialinio ugdymo, reabilitacijos, prevencijos ir kitų programų įgyvendinimą savivaldybėje	Sveikos gyvensenos skatinimas: • veiklos organizavimas ir dalyvavimas įgyvendinant rūkymo profilaktikos, alkoholio vartojimo mažinimo, narkomanijos ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevencijos priemones
Koordinuoja institucijų tarpusavio bendradarbiavimo prevencinio darbo srityje įgyvendinimą savivaldybės teritorijoje ir mokyklų vaiko gerovės komisijų veiklą	Vaikų ir jaunimo sveikatos stiprinimas: • visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių bendrojo lavinimo mokyklose, profesinėse mokyklose ir ikimokyklinio ugdymo įstaigose, veiklos organizavimas ir koordinavimas; • kitų vaikų ir jaunimo sveikatinimo priemonių organizavimas ir įgyvendinimas
Teikia metodinę ir konsultacinę paramą prevenciniam darbui organizuoti mokyklose ir nustato priemones kartu su policijos, sveikatos priežiūros, vaiko teisių apsaugos įstaigomis, Pedagogine psichologine tarnyba, įtraukdama į prevencinio darbo organizavimą verslo atstovus, konfesines ir vietos bendruomenes, NVO, vaiko atstovus pagal įstatymą, politikus, visuomenės veikėjus	Bendradarbiavimas su socialiniais partneriais: • bendradarbiavimo sveikatos stiprinimo klausimais organizavimas ir socialinių partnerių įtraukimas; • visuomenės sveikatinimo priemonių integravimas į kitas veiklos sritis; • bendruomenės dalyvavimo skatinimas ir įtraukimas į visuomenės sveikatos stiprinimo veiklą;
Kaupia ir analizuoja savivaldybės teritorijoje veikiančių mokyklų, kitų institucijų informaciją teisės pažeidimų, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, smurto, nusikalstamumo ir kitais klausimais	Savivaldybės visuomenės sveikatos stebėseną: • socialinių, ekonominių, psichosocialinių veiksnių ir jų ryšio su sveikata stebėsenos organizavimas ir vykdymas; • gyvensenos ir jos ryšio su sveikata stebėsenos organizavimas ir vykdymas
Vertina, kaip vykdomos prevencinės priemonės švietimo, sveikatos, socialinių paslaugų įstaigose, rūpinasi prevencinio darbo veiksmingumu	Savivaldybės institucijų sprendimų projektų poveikio visuomenės sveikatai vertinimas

Sudaryta darbo autorės pagal LR Vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymą, 2010 ir Savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinius nuostatus, 2008.

Pastebėtina, kad savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisijos veikla daugiau orientuota į koordinavimą, apimanti ir sveikatai įtaką darančius veiksniai, o visuomenės sveikatos biuro veikla daugiau nukreipta į organizavimą ir vykdymą, tačiau jo veikla glaudžiai persipina ir su gerovei būdingais veiksniais (socialiniais determinantais), ypač su prevencija susijusioje veikloje. Taigi, tikslingas komisijos ir biuro tarpžinybinis bendradarbiavimas grįstas veiklų derinimas tarpusavyje ir keitimasis bendra informacija, taip mažinant perteklinę veiklą. Juo labiau, kad Lietuvos pažangos strategijoje numatoma „optimizuoti institucijų veiklos mastą, nuolat analizuojant atliekamas funkcijas ir atsisakant netikslingos ar perteklinės veiklos“¹⁰⁰, o Nacionalinė sveikatos taryba Lietuvos

⁹⁹ LR vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 80-3214; *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 157-796.

¹⁰⁰ LR Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl valstybės pažangos strategijos Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-05-30, Nr. 61.

savivaldybių asociacijai ir savivaldybių taryboms siūlo siekti, kad savivaldybių strateginiai plėtros planai būtų kompleksiniai ir sudaromi atsižvelgiant į konkrečios savivaldybės demografinius, ekonominius, socialinius rodiklius, įtraukiant į sveikatos problemų sprendimą kitų sektorių atstovus, narkotikų kontrolės komisijų, bendruomenės sveikatos tarybų, prevencinio darbo grupių narius¹⁰¹.

R. Kalėdienė ir kt. atkreipia dėmesį, kad norint sustiprinti Visuomenės sveikatos biurus bei padidinti veiklos efektyvumą, būtinas jų veiklos viešinimas, siekimas, kad visuomenės sveikatos politika būtų formuojama remiantis bendru visų visuomenės grupių sutarimu, bendradarbiaujant su bendruomenėmis, visuomeninėmis organizacijomis, taip pat būtinas stabilaus finansavimo užtikrinimas, tarpsektorinis bendradarbiavimas, ilgalaikių veiklos strategijų sukūrimas, žmogiškųjų išteklių plėtros planavimas¹⁰². A. Jonušaitė ir I. Čaplinskienė teigia, kad „dirbant su bendruomene, ieškant socialinių partnerių ar stiprinant tarpinstitucinį bendradarbiavimą yra būtinas geras bendras vadybinis pasirengimas“, tačiau 2012 metais autorių atlikta visuomenės sveikatos biuruose dirbančių daugiau nei pusės specialistų (be specialistų mokyklose) apklausa parodė, kad kas antras respondentas turi silpnas ar patenkinamas vadybos pagrindų ir sveikatos ekonomikos žinias (nors šios žinios privalomos pagal kvalifikacinius reikalavimus¹⁰³), todėl bendrosios specialistų vadybinės kompetencijos vertintinos kaip nepakankamos ir daugiau nei pusė apklaustųjų norėtų pagilinti savo žinias šiose srityse¹⁰⁴. J. Klimavičiūtė, įvertinusi visuomenės sveikatos biurų veiklos efektyvumą pastebėjo, kad labiausiai tobulintinos sritys yra procesų ir pokyčių valdymas bei politika ir strateginis planavimas¹⁰⁵. Nacionalinė sveikatos taryba pažymi, kad dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo ir kai kuriuose biuruose dirbančių specialistų profesinės patirties stokos, nepakankamai koordinuojama tarpsektorinė veikla¹⁰⁶. Taigi, tyrimai rodo, kad savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose stokojama kompetencijų bei pajėgumų planuoti ir užtikrinti efektyvų veiklą vykdymą, grįstą bendradarbiavimu.

Lietuvos pažangos strategijoje numatyta „įdiegti visus žmogiškųjų išteklių valdymo aspektus apimančią kompetencijų valdymo modelį, leidžiantį sutelkti reikalingas darbuotojų kompetencijas, kad būtų sėkmingai pasiekti institucijos tikslai ir įgyvendinti veiklos prioritetai“¹⁰⁷. Nacionalinė sveikatos

¹⁰¹ Nacionalinės sveikatos tarybos 2012 m. birželio 27 d. nutarimas Nr. N-4 „Dėl visuomenės sveikatos specialistų lyderystės sveikatos ugdymo ir stiprinimo procese“, prieiga per internetą <www3.lrs.lt/docs2/PSJPFQVT.doc>, (žiūrėta 2014-02-13).

¹⁰² Kalėdienė R., et al., Public health bureaus: new players in health improvement in Lithuania, *ACTA MEDICA LITUANICA*, No. 4(18), 2011, p. 183-189.

¹⁰³ LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-918 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-11-24, Nr. 121-4983.

¹⁰⁴ Jonušaitė A., Čaplinskienė I., Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių vertinimas ir tobulinimo poreikis, *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr. 1(4), 2012, p. 185-195.

¹⁰⁵ Klimavičiūtė J., Visuomenės sveikatos biurų veiklos ir veiklos efektyvumo vertinimas, magistro baigiamasis darbas, LSMU, Visuomenės sveikatos fakultetas, 2013, 93 p.

¹⁰⁶ Nacionalinės sveikatos tarybos 2012 m. birželio 27 d. nutarimas Nr. N-4 „Dėl visuomenės sveikatos specialistų lyderystės sveikatos ugdymo ir stiprinimo procese“, prieiga per internetą <www3.lrs.lt/docs2/PSJPFQVT.doc>, (žiūrėta 2014-02-13).

¹⁰⁷ LR Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl valstybės pažangos strategijos Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-05-30, Nr. 61.

taryba pažymi, kad visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų kvalifikacijos tobulinimo tvarka ir finansavimo mechanizmas nepakankamai reglamentuoti, todėl Sveikatos apsaugos ministerijai siūlo bendradarbiaujant su Lietuvos savivaldybių asociacija ir savivaldybėmis, spręsti žmoniškųjų išteklių trūkumo klausimus, teisiškai reglamentuoti savivaldybės visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų kvalifikacijos tobulinimo tvarką bei finansavimo mechanizmą, kartu su įstaigomis, vykdančiomis visuomenės sveikatos priežiūros specialistų tobulinimą, daugiau dėmesio skirti praktinių įgūdžių formavimui, o Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų asociacijai siūlo remti ir skatinti biurų specialistus tobulinti profesinę kvalifikaciją, pirmenybę teikiant kvalifikacijos tobulinimo kursams ir nuotolinėms studijoms¹⁰⁸. A. Jonušaitės ir I. Čaplinskienės tyrimas patvirtina, kad visuomenės sveikatos biurų specialistams priimtinausios tobulinimosi formos yra seminarai, specializuoti visuomenės sveikatos specialistams skirti tobulinimo kursai, teminės konferencijos Lietuvoje, užsienyje populiarūs tobulinimosi kursai nuotoliniu būdu (interaktyviai) neatsitraukiant iš savo darbo vietos bei savarankiškas mokymasis analizuojant mokslinius praktinius pranešimus, publikacijas¹⁰⁹. Taigi, koordinuoti nuotoliniai mokymai galėtų aprėpti didesnę kiekį specialistų taip mažinant didesnio mokymų finansavimo poreikį, o tiesioginio mokymo būdai – formuoti praktinius įgūdžius tų biurų specialistams, kuriuose susiduriama su didžiausia kompetencijų stoka.

Apibendrinant galima pastebėti, kad savivaldybių administracijų vaiko gerovės komisijų ir savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veikla turi bendrų bruožų, kas sudaro prielaidas ją vykdyti labiau integruotai, glaudžiau bendradarbiaujant. Tačiau kaip tik bendradarbiavimui reikalingų kompetencijų stoka ir tobulinimo poreikis labiausiai pastebimi tarp biurų specialistų, o tai skatina geresnio reglamentavimo ir ekonomiškai efektyvesnių tobulinimosi būdų paieškos poreikį.

2.3. Vaikų sveikatos stiprinimo ir sveikatos ugdymo bei vaiko gerovės komisijos veiklų mokyklose pasidalijimo ypatumai ir integracinės galimybės

Remiantis Švietimo įstatymu „saugoti ir stiprinti mokinių sveikatą, aktyviai bendradarbiaujant su jų tėvais (globėjais, rūpintojais)“ yra sveikatos priežiūros mokykloje paskirtis ir ši „priežiūra mokykloje apima savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų specialistų ar sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių mokyklose, vykdomą visuomenės sveikatos priežiūros veiklą“¹¹⁰, jei nuo 2012 metų šių specialistų kvalifikacija atitinka visuomenės sveikatos priežiūros specialistui keliamus reikalavimus¹¹¹. Lietuvoje (priešingai nei daugelyje PSO Europos regiono valstybių) nėra atskiros

¹⁰⁸ Nacionalinės sveikatos tarybos 2012 m. birželio 27 d. nutarimas Nr. N-4 „Dėl visuomenės sveikatos specialistų lyderystės sveikatos ugdymo ir stiprinimo procese“, prieiga per internetą <www3.lrs.lt/docs2/PSJPFQVT.doc>, (žiūrėta 2014-02-13).

¹⁰⁹ Jonušaitė A., Čaplinskienė I., Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių vertinimas ir tobulinimo poreikis, *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr. 1(4), 2012, p. 185-195.

¹¹⁰ LR švietimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1991, Nr. 23-593; *Valstybės žinios*, 2013, Nr.114-5683.

¹¹¹ LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. kovo 2 d. įsakymas Nr. V-195 „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymo Nr. V-630 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos

sveikatos stiprinimo specialisto pareigybės¹¹². Pagal nuo 2005 metų tebegaliojantį Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašą, „sveikatos priežiūros mokykloje tikslas – padėti mokiniams saugoti ir stiprinti sveikatą, organizuojant ir įgyvendinant priemones, susijusias su ligų ir traumų profilaktika“¹¹³. Taip pat, remiantis šiuo aprašu, sveikatos priežiūra mokykloje turi būti vykdoma pagal sudedamąją mokyklos metinės veiklos programos dalį – mokyklos sveikatos priežiūros veiklos planą, kurio „projektą rengia mokyklos administracija kartu su specialistu, atsižvelgdama į mokyklos poreikius ir vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros nacionalinius ir vietos prioritetus“¹¹⁴. Taigi, remiantis šiais dokumentų teiginiais, vaikų sveikatos priežiūros ir stiprinimo (kaip sudedamosios priežiūros dalies) sveikatos priežiūros specialistas negali vykdyti vienas, nebendradarbiaudamas su tėvais ir mokyklos administracija. Mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialisto vienam etatui priskiriama 1000 mokinių (gyvenvietėje, kurioje gyvena per 3000 gyventojų) ir 500 mokinių (gyvenvietėje, kurioje gyvena mažiau nei 3000 gyventojų), jei savivaldybė savo lėšomis neremia daugiau specialistų, nors dar 2011 metais rekomenduota per pusę sumažinti abu normatyvus, patikslinti specialistų funkcijas bei jas reglamentuoti¹¹⁵, iki šiol į rekomendacijas neatsižvelgta.

Daugiau komplikacijų sukelia sveikatos ugdymo mokyklose termino vartojimas. 2009 metais sveikatos stiprinimui skirtoje Galway sutarimo konferencijoje atkreiptas dėmesys, kad sveikatos ugdymas/mokymas ir stiprinimas, net jei jie nėra sinonimai, turi daug bendrų prasmų, bendras vertybes, strategijas ir ambicijas, abu nukreipti į žmonių gebėjimų kontroliuoti sveikatą lemiančius veiksniai rėmimą ir sveikatą remiančios aplinkos kūrimą, tačiau skirtingose pasaulio dalyse vienam iš terminų gali būti teikiama pirmenybė¹¹⁶. PSO linkusi laikyti sveikatos ugdymą sudedamąja sveikatos stiprinimo dalimi (lygiaverte sveikatos apsaugai ir prevencijai)¹¹⁷. Lietuvoje nuo 2012 metų mokyklose turi būti vykdomas sveikatos ugdymas, kuris pagal Sveikatos ugdymo bendrąją programą „kryptingai ir sąmoningai įtvirtina teigiamą nuostatą į sveikatą ir ją stiprinančius veiksniai, formuoja sveikos

priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2011-03-08, Nr. 29-1371.

¹¹² Javtokas Z., Sveikatos stiprinimo konspektas, elektroninis leidinys, 2009, p. 60, prieiga per internetą <http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas_Konspektas2.pdf>, (žiūrėta 2014-07-12).

¹¹³ LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-1035/ISAK2680 „Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-12-31, Nr. 153-5657.

¹¹⁴ LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-1035/ISAK2680 „Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-12-31, Nr. 153-5657.

¹¹⁵ Padaiga Ž., et al., Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, kurios gali būti priskirtos savarankiškai savivaldybės funkcijai, nomenklatūros ir minimalių normatyvų projekto parengimas: projekto ataskaita: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro užsakymu, UAB „e-sveikata“, 2011, 184 p., prieiga per internetą <[http://www.smlpc.lt/media/file/Programos_projektai/Tarptautiniai_projektai/Visuomenes_sveikatos_prieziuros_viesuju_paslaugu_sistemos_tobulinimas_savivaldybese-Nomenklatura-\(1.2.3.\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Programos_projektai/Tarptautiniai_projektai/Visuomenes_sveikatos_prieziuros_viesuju_paslaugu_sistemos_tobulinimas_savivaldybese-Nomenklatura-(1.2.3.).pdf)>, (žiūrėta 2014-11-17).

¹¹⁶ Allegrante J. P., et al., Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement, 2009, prieiga per internetą <<http://salutare.ee/files/dokumendid/Galway%20Consensus%20Conference%20Statement.pdf>>, (žiūrėta 2014-07-12).

¹¹⁷ Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. A foundation document to guide capacity development of health educators, Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012, p. 16-17.

gyvensenos įpročius, gilina žinias apie sveikatos saugojimo ir stiprinimo būdus¹¹⁸. Pagal šią programą sveikatos ugdymas turėtų būti integruojamas į kitus ugdymo dalykus ir neformalųjį švietimą pagal mokinių amžiaus tarpsnių ypatumus ir sistemingai įsivertinami pasiekimai, taip pat rekomenduojama, kad mokykloje sveikatos ugdymo programos įgyvendinimą koordinuotų ir tam skirtas pamokas/užsiėmimus vestų „mokytojas, pats propaguojantis sveiką gyvenseną, gebantis organizuoti ir vadovauti sveikatos ugdymo procesui, įtraukti mokyklos bendruomenę į sveikatinimo veiklas (sveikatos mokytojas, kūno kultūros mokytojas, bet kurio dalyko mokytojas, klasės vadovas/auklėtojas ar kitas)¹¹⁹. Taigi, sveikatos ugdymas Lietuvoje orientuotas į tęstinį sveikatos žinių vertimą įgūdžiais, kas reikalauja sistemingo ugdymo proceso ir pedagoginio pasirengimo, ugdant skirtingų amžiaus tarpsnių vaikus.

Tačiau V. Gudžinskienės ir J. Česnavičienės tyrimas parodė, kad beveik 60 proc. mokytojų jaučia žinių ir gebėjimų trūkumą kaip sveikos gyvensenos ugdymą integruoti į bendrojo ugdymo dalykų pamokas, jiems trūksta metodinės literatūros ir kvalifikacijos tobulinimo renginių¹²⁰, o R. Jankauskienės ir B. Miežienės tyrime nustatyta, kad tik kas dešimtas kūno kultūros mokytojas supranta, kas yra sveikatos ugdymas ir teisingai nurodo pagrindinį jo tikslą¹²¹, nors, prieš tai minėtų autorių teigimu, būtent kūno kultūros kaip bendrojo ugdymo dalyko tikslas ir yra ugdyti mokinių sveikatą. Pasak A. Petrauskienės ir S. Ustilaitės „kiekvienas mokytojas mokykloje atlieka savitą sveikatos ugdytojo vaidmenį, tačiau šio vaidmens įgyvendinimas praktikoje neturėtų būti paliktas savieigai, o vertinamas pasitelkiant apibrėžtus veiklos reglamentus ir kompetencijų (bendrųjų, specialiųjų, asmenybinių) sudedamąsias dalis¹²². Anot A. Gaidienės daugumoje Europos šalių sveikatos ugdymas įtrauktas į bendrąsias mokyklų programas¹²³, o Suomijoje iki 7 klasės sveikatos ugdymas integruojamas į platesnius dalykus, 7–9 klasėse – kaip atskiras dalykas, o vidurinėje mokykloje sveikatos kaip atskiro dalyko mokantys pedagogai turi būti sistemingai įgiję papildomų sveikatos ir jos stiprinimo žinių, atrenkant ir ruošiant būsimus pedagogus pagrindinis dėmesys kreipiamas į jų motyvaciją ir talentą, jiems suteikiama aukšta kvalifikacija, mokydami vaikus jie turi visišką veiklos laisvę¹²⁴. Suomijoje pastebima ne tik pedagogų vaidmens svarba vaikų sveikatos

¹¹⁸ LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ Gudžinskienė V., Česnavičienė J., Mokytojų žinios apie sveikatą ir sveiką gyvenseną kaip mokinių sveikos gyvensenos ugdymo prielaida. *Socialinis darbas*, Nr. 12(1), 2013, p. 121-136.

¹²¹ Jankauskienė R., Miežienė B., Physical education teachers' perceptions of school health education and social support for it: results of the pilot study, *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas*, Nr. 1 (80), 2011, p. 29-35.

¹²² Petrauskienė A., Ustilaitė S., Mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmenys. Mokslo studija, Vilnius: MRU, 2013, p. 152.

¹²³ Gaidienė A., Bendrojo lavinimo mokyklos prevencinio darbo organizavimas, mažinant priklausomybę sukeliančius veiksnius, magistro baigiamasis darbas, VPU, Pedagogikos ir psichologijos institutas, Vilnius, 2011, 21 p.

¹²⁴ Tossavainen K., Turunen H., Promoting social, emotional and physical well-being, child participation, educational attainment and parent engagement in later childhood – the Finnish perspective, kn. *Improving the lives of children and young people: case studies from Europe*. Volume 3. School, Barnekow W., et al., (sud.), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, p. 30.

ugdyme, bet ir būtinybė įtraukti į šį procesą tėvus ir suteikti jiems reikiamų žinių bei įgūdžių¹²⁵. Taip pat V. Gudžinskienė atkreipia dėmesį, kad „įgyvendinant sveikatos ugdymo programą negalima supriešinti vaikų su tėvais“, pastarieji kaip ir mokytojai „kiekvieną dieną bendrauja su vaikais ir ne tiek pokalbiais, kiek savo pavyzdžiu formuoja nuostatas sveikai gyventi“.¹²⁶ Taigi, žvelgiant iš šios perspektyvos, Lietuvos mokyklose sveikatos ugdymą ir jo organizavimą, nepaisant šio termino bendrumo su sveikatos stiprinimu ir kompetencijų stoka, šiuo metu švietimo sistemos atstovai gali vykdyti savo nuožiūra.

Išties mokyklos sveikatos priežiūros specialistui tiesiogiai nepriskirta funkcija ugdyti, bet jis turi atlikti tiesiogiai su mokiniais besisiekiančias sveikatos ugdymo apimčiai artimas funkcijas, tokias kaip „sveikatinimo veiklos metodinių konsultacijų [...] teikimas“, „informacijos sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo klausimais teikimas [...]“ ir „pagalba [...] ugdant sveikos gyvensenos įgūdžius“¹²⁷. Tarp šio specialisto kompetencijų taip pat tiesiogiai nenumatomas ugdymas, tačiau specialistas turi mokėti ir gebėti „paaiškinti mokiniams, tėvams bei mokytojams sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo būdus bei išmokyti juos taikyti praktiškai“¹²⁸ (šių specialistų kvalifikacijos ir kompetencijų palyginimas su jų funkcijomis bei sveikatos ugdymo uždaviniais dėl didelės apimties pateikiamas 1 priede).

Anot V. Vetrenkienės holistine (visumine) sveikatos samprata grindžiamas šiuolaikinis mokinių sveikatos ugdymas sąlygoja sveikatos priežiūros specialisto, dirbančio bendrojo lavinimo mokykloje, vaidmens pokyčius, o šiam specialistui deleguotų ugdymo funkcijų apimtis iš tiesų didelė ir reikalaujanti aukšto profesinės kompetencijos lygmens, tačiau šios autorės atliktas tyrimas parodė, kad sveikatos priežiūros specialistai pagrindiniu trūkumu savo darbe laiko būtent pedagoginės kvalifikacijos stoką, taip pat tarp dažniausiai kylančių problemų vykdant sveikatos priežiūrą ir sveikatos ugdymą yra darbo laiko trūkumas, per didelis darbo krūvis bei nepalankus paskaitų laiko išdėstymas¹²⁹. Sveikatos ugdymo programoje kaip viena iš sveikatos ugdymo gairių nurodoma rekomendacija „vengti gąsdinimo, moralizavimo, tiesmuko dėstymo, aiškinimo apie ligas, instruktavimo“¹³⁰. A. Petrauskienė ir S. Ustilaitė teigia, kad „mokyklos sveikatos priežiūros

¹²⁵ Tossavainen K., Turunen H., Promoting social, emotional and physical well-being, child participation, educational attainment and parent engagement in later childhood – the Finnish perspective, kn. Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. Volume 3. School, Barnekow W., et al., (sud.), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, p. 36.

¹²⁶ Gudžinskienė V., et al., Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose: tyrimo ataskaita: Švietimo ir mokslo ministerijos užsakymu, VPU tikslinė tyrimo grupė, 2007, p. 35.

¹²⁷ LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-1035/ISAK2680 „Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-12-31, Nr. 153-5657.

¹²⁸ LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-630 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-08-11, Nr. 88-3492.

¹²⁹ Vetrenkienė, V., Sveikatos priežiūros specialistų ugdomoji veikla bendrojo lavinimo mokyklose, *Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė: tarptautinė mokslinė praktinė konferencija*, 2011, p. 119-123, prieiga per internetą <<https://dspace.kauko.lt/handle/1/838?show=full>>, (žiūrėta 2014-03-15).

¹³⁰ LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

specialistas ir (ar) kiti kviestiniai specialistai nėra pedagoginio darbo profesionalai, todėl jų edukacinė veikla gali būti vertinama kaip mėgėjiška ar pagalbinė¹³¹, taip pat autorės kalba apie mokyklos sveikatos priežiūros specialisto ugdomosios veiklos fragmentiškumą ir veiklų dubliavimą¹³² bei atskleidžia specialisto mokykloje besivystančius organizatoriaus/ koordinatoriaus ir mokytojų rėmėjo padedančio integruoti sveikatos temas į bendrųjų dalykų programas vaidmenis¹³³, taip pat atkreipia dėmesį, kad šio specialisto „ugdymo veiklų aplinkos ir pagrindinės kryptys bei krūvis konkrečioje mokykloje, metodinė pagalba ir ugdymo kompetencijų poreikiai yra diskusijų bei veiksmingų sprendimų reikalaujančios sritys“¹³⁴. Taigi, nors sveikatos priežiūros specialistas pagal kompetenciją gali sąveikauti su suaugusiais asmenimis (vaikų tėvais, mokyklos personalu), tiesioginės sąveikos su mokiniais kompetencijos ir galimybės vykdant prasmingą sveikatos stiprinimo ir būtent ugdymo veiklą atrodo itin ribotai.

Vis dėlto, vengiant perteklinės ir kartotinės veiklos svarbus aiškus sveikatos sričių atsidalijimas tarp mokyklos specialistų. Sveikatos ugdymo bendrosios programos įgyvendinimas turėtų būti „grindžiamas mokyklos bendruomenės sutelktiniu darbu: bendradarbiavimu tarp mokytojų ir kitų specialistų, bendromis mokyklos ir šeimos bei įvairių sveikatos priežiūros ir sveikatinimo institucijų pastangomis“¹³⁵. Be daugiau į fizinę sveikatą orientuotos visuomenės sveikatos priežiūros specialisto veiklos, pagal švietimo įstatymą, mokyklos psichologas turi teikti psichologinę pagalbą, kurios paskirtis – „stiprinti mokinių psichologinį atsparumą ir psichikos sveikatą, prevencinėmis priemonėmis skatinti saugios ir palankios ugdymuisi aplinkos mokykloje kūrimą, padėti mokiniams atgauti dvasinę darną, gebėjimą gyventi ir mokytis, aktyviai bendradarbiaujant su jų tėvais (globėjais, rūpintojais)“. Tačiau ir šio specialisto funkcijose nenumatyta sisteminga psichikos sveikatos ugdomoji veikla, santykis tiesiogiai su vaikais išreikštas per konsultavimą¹³⁶, o A. Petrulytės pateikti tyrimai parodė, kad didžioji dauguma mokyklos psichologų (92 proc.) turi sunkumų savo veikloje dėl įtraukiamojo ugdymo įgyvendinimo, susiduria su mokytojų ir tėvų kompetencijos bei motyvacijos stoka¹³⁷. Taip pat švietimo įstatyme numatyta socialinės pedagoginės pagalbos paskirtis – „padėti tėvams (globėjams, rūpintojams), kad būtų įgyvendinta vaiko teisė į mokslą, užtikrinti jo saugumą mokykloje: šalinti priežastis, dėl kurių vaikas negali lankyti mokyklos ar vengia tai daryti, sugrąžinti į mokyklą ją palikusius vaikus, kartu su tėvais (globėjais, rūpintojais) padėti vaikui pasirinkti mokyklą

¹³¹ Petrauskienė A., Ustilaitė S., Mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmenys. Mokslo studija, Vilnius: MRU, 2013, p. 152.

¹³² *Ibid.*, p. 156.

¹³³ *Ibid.*, p. 222-223.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 213.

¹³⁵ LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

¹³⁶ LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. ISAK-1548 „Dėl mokyklos psichologo bendrųjų pareiginių nuostatų“, *Valstybės žinios*, 2005-08-04, Nr.94-3520.

¹³⁷ Petrulytė A., Švietimo sistemoje dirbančių psichologų patirtis ir aktualijos, *Ugdymo psichologija*, Nr. 24, 2013, p.71-76.

pagal protines ir fizines galias ir joje adaptuotis“.¹³⁸ Šią veiklą turintis vykdyti socialinis pedagogas įgyja pranašumą prieš fizinės ir psichikos sveikatos specialistus, nes jo kvalifikacija ir funkcijos leidžia jam vykdyti socialinį ugdymą neperžengiant kompetencijos ribų¹³⁹, o V. Barštienė išvelgia šį specialistą kaip galintį „koordinuoti sveikos gyvensenos ugdymą mokykloje, tėvų švietimą šiais klausimais bei moksleivių socializacijos gerinimą, ugdant sveiką gyvenseną“¹⁴⁰. Iš tiesų mokyklos specialistų veiklos glaudų persipynimą (ypač prevencinėje veikloje) ir koordinavimo stoką iliustruoja A. Gaidienės tyrimas, parodęs, kad apie priklausomybę sukeliančias medžiagas (socialinius sveikatos determinantus) ir jų žalą sveikatai pedagogų manymu mokiniams daugiausiai kalba klasės auklėtojas, visuomenės sveikatos priežiūros specialistas ir socialinis pedagogas, o mokinių manymu – visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, tačiau tik trečdaliui mokinių pakanka ar iš dalies pakanka šios informacijos¹⁴¹. Taip pat socialinio pedagogo ir mokyklos psichologo veiklą bei funkcijų palyginimas pateiktas 2 priede. Sveikatos ugdymo bendrojoje programoje išskirtos 4 sveikatos ugdymo(si) sritys¹⁴², iš kurių, be sveikatos ir sveikos gyvensenos sampratos, 3 atitinka sveikatos sudedamąsias dalis ir detalizuojamos, kaip pateikta 5 lentelėje, taigi, atsižvelgiant į visuminę sveikatos sampratą, visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, mokyklos psichologas ir socialinis pedagogas iš tiesų atitinkamai galėtų koordinuoti mokytojų įgyvendinamą sveikatos ugdymą pagal savo sritis, padėdami jiems atitinkamas žinias integruoti į bendrąsias ugdymo programas, patys atsisakydami pakartotinio tiesioginio informacijos perteikimo vaikams, vienas kito funkcijų dubliavimo ir daugiau laiko skirdami tėvų masiniam mokymui ir pavieniam konsultavimui (dirbdami keliose mokyklose specialistai gali sutaupyti laiko pasinaudodami švietimo portalo „eMokykla“¹⁴³ teikiamomis galimybėmis (paskaitų transliavimu realiu laiku, informacijos talpinimu)), specifinės pagalbos vaikam teikimui bei kitoms būtinosioms funkcijoms vykdyti.

5 lentelė. Detalizuotos sveikatos ugdymo sritys

Fizinė sveikata	Psichikos sveikata	Socialinė sveikata
•fizinis aktyvumas •sveika mityba •veikla ir poilsis •asmens ir aplinkos švara	•savivertė •emocijos ir jausmai •protas ir pozityvus mąstymas	•socialinis sąmoningumas ir kultūra •bendravimas •rizikingo elgesio prevencija

Sudaryta darbo autorės pagal Sveikatos ugdymo bendrąją programą, 2012.

¹³⁸ LR švietimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1991, Nr. 23-593; *Valstybės žinios*, 2013, Nr.114-5683.

¹³⁹ LR švietimo ir mokslo ministro 2001 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 1667 „Dėl socialinio pedagogo kvalifikacinių reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2002-03-06, Nr.24-896.

¹⁴⁰ Barštienė V., Paauglių sveikos gyvensenos programa – socioedukacinis aspektas, *Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė: tarptautinė mokslinė praktinė konferencija*, 2011, p. 124-129, prieiga per internetą <<https://ojs.kauko.lt/index.php/ssktpd/article/view/286>>, (žiūrėta 2014-03-15).

¹⁴¹ Gaidienė A., Bendrojo lavinimo mokyklos prevencinio darbo organizavimas, mažinant priklausomybę sukeliančius veiksnius, magistro baigiamasis darbas, VPU, Pedagogikos ir psichologijos institutas, Vilnius, 2011, 21 p.

¹⁴² LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

¹⁴³ Švietimo portalo „eMokykla“ vaizdo paskaitų sistema ViPS, prieiga per internetą <http://portalas.emokykla.lt/SitePages/em_Puslapiai/Naujienuos.aspx>, (žiūrėta 2014-08-06).

Didelis dėmesys sveikatos ugdymo programoje skiriamas programos įgyvendinimo planavimui pagal su sveikata susijusius konkrečios mokyklos bendruomenės poreikius ir prioritetinių sveikatos ugdymo(si) kryptių, siektinų rezultatų, įgyvendinimo būdų nustatymui veiklos planavimo dokumentuose bei nuolatiniam visuminio įgyvendinimo derinimui¹⁴⁴. Taip pat sveikatos ugdymas iškeliamas aukščiau kitų su sveikata susijusių iniciatyvų, neformaliojo švietimo ir prevencinių programų bei kitų veiklų, pabrėžiant, kad jos turi „derėti ir neprieštarauti“ ugdymo programos nuostatomis ir ypač prevencinės programos turi „integraliai prisidėti“ prie jos tikslų ir uždavinių įgyvendinimo¹⁴⁵. Galimybę nustatyti vaikų sveikatos poreikius ir įprasmiti gretutinę sveikatos ugdymui veiklą suteikia aktyvus vaikų dalyvavimas. K. G. Gadin tyrimas atskleidė, jog sveikatos stiprinimo procesas gali būti pradėtas jau 7 metų mokiniams jų mokymosi aplinkoje ir jie gali ne tik pasiūlyti pakeitimus ir apibrėžti tikslus, bet būti aktyvūs pokyčių proceso dalyviai.¹⁴⁶ V. Simovska atvejo tyrime parodė, kad jei vaikam suteikta pakankamai informacijos, jie gali veikti kaip agentai (informacijos rinkėjai) sveikatos stiprinimo pokyčius tiek mokyklos, tiek vietos bendruomenės lygmeniu, taip pat nustatyta, kad dirbant su realaus gyvenimo pokyčiais didėja mokinių atsakomybės jausmas, kuris skatina jų motyvaciją, sėkmės pojūtis, pasitikėjimas, kritinis mąstymas ir socialinis atsakingumas, o tai ilgalaikėje perspektyvoje palanki prielaida mokiniams pasirinkti geresnę sveikatos elgseną¹⁴⁷. Y.O. John-Akinola ir S. Nic-Gabhainn nustatė teigiamus ryšius tarp vaikų aktyvaus dalyvavimo mokyklos gyvenime (priimant sprendimus ir taisykles, veiklose, įvykiuose) ir subjektyvios sveikatos bei gerovės, taip pat teigia, kad dalyvavimas yra prielaida pozityviems socioekologiniams santykiams mokykloje kurti¹⁴⁸. K. Tossavainen ir H. Turunen įžvelgia vaikus kaip pagrindinius sveikatos stiprintojus, galinčius labiau įsipareigoti spręsti sveikatos problemas ir demonstruoti mažiau kenksmingą elgseną¹⁴⁹. R. A. Hart vaikų dalyvavimą suskirstė į 8 lygmenis, kaip pakopomis pateikta 4 paveiksle, iš kurių 1-3 lygmenis įvardija netikru dalyvavimu, bet pasyviais procesais, o 8 laiko aukščiausio lygmens dalyvavimu¹⁵⁰.

¹⁴⁴ LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

¹⁴⁵ *Ibid.*

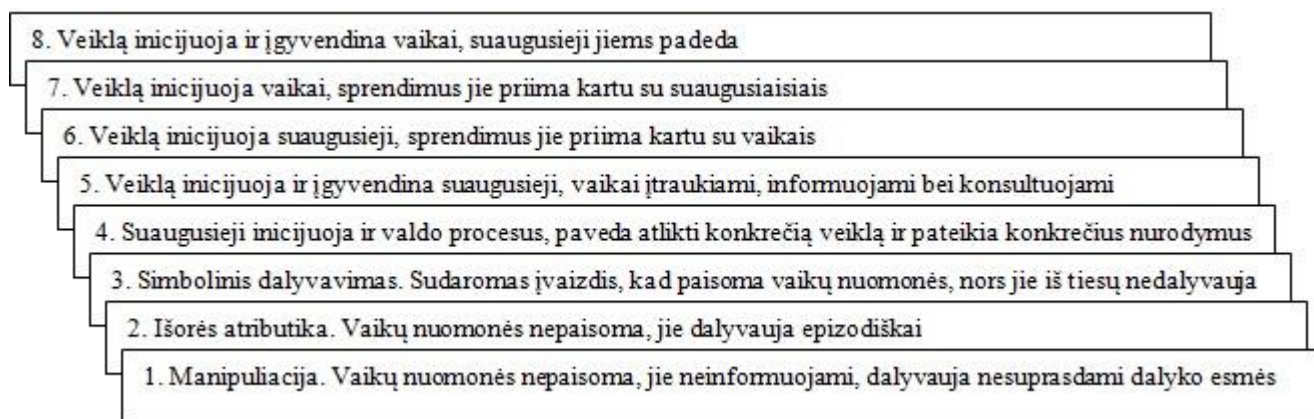
¹⁴⁶ Gadin K. G., et al., Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a Swedish elementary school, *International Journal of Circumpolar Health*, No. 68(4), 2009, p. 498-507.

¹⁴⁷ Simovska V., Case Study of a Participatory Health-Promotion Intervention in School, *Democracy & Education*, No. 20(1), 2012, p. 1-10.

¹⁴⁸ John-Akinola Y. O., Nic-Gabhainn S., Children's participation in school: a cross-sectional study of the relationship between school environments, participation and health and well-being outcomes, *BMC Public Health*, No. 14(964), 2014, p. 1-10, prieiga per internetą <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/964>>, (žiūrėta 2014-11-30).

¹⁴⁹ Tossavainen K., Turunen H., Promoting social, emotional and physical well-being, child participation, educational attainment and parent engagement in later childhood – the Finnish perspective, kn. Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. Volume 3. School, Barnekow W., et al., (sud.), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, p. 36.

¹⁵⁰ Hart R. A., Children's participation: From Tokenism to Citizenship, Innocenti Essays, No. 4, New York: UNICEF, 1992, p. 8, cit. pgl. Jociūtė A., Visuomenės darnus vystymasis. Metodinė priemonė, Vilnius: MRU, 2013, p. 76.



Cit. pagal Hart R. A., 1992, cit. pgl. Jociūtė A., 2013.

4 pav. Vaikų dalyvavimo lygmenys

Taigi, už ugdymo veiklos ribų išeinanti su visomis sveikatos dalimis besisiejanti veikla gali būti inicijuojama pačių vaikų, teikiant jiems reikiamą organizacinę pagalbą ir demonstruojama mokyklos bendruomenei, tokiu būdu stebint vaikų sveikatos suvokimo ir elgsenos pažangą bei prioritетines tobulintinas kryptis.

Kalbant apie bendrą visuminės sveikatos stiprinimo, ugdymo bei ypač prevencinės veiklos koordinavimą, atkreiptinas dėmesys, kad sveikatos ugdymo bendrosios programos paskirtis ne tik „užtikrinti sėkmingą vaiko sveikatos ugdymą mokykloje, prisidėti prie vaiko dvasinio, fizinio, psichinio, socialinio pajėgumo“, bet ir prisidėti prie vaiko „gerovės“, kas reikalauja dar labiau integruoto koordinavimo. Nuo 2011 metų kiekvienoje mokykloje turi būti sudaroma mokyklos vaiko gerovės komisija, kurios paskirtis „organizuoti ir koordinuoti prevencinį darbą, švietimo pagalbos teikimą, saugios ir palankios vaiko ugdymui aplinkos kūrimą“¹⁵¹, „švietimo programų pritaikymą mokiniams, turintiems specialiųjų ugdymosi poreikių, atlikti mokinio specialiųjų ugdymosi poreikių (išskyrus poreikius, atsirandančius dėl išskirtinių gabumų) pirminį įvertinimą ir atlikti kitas su vaiko gerove susijusias funkcijas“¹⁵². Ši komisija turi nuolat veikti organizuodama posėdžius (ne rečiau kaip kartą per 2 mėn.) ir pasitarimus (pagal poreikį), ji turi būti sudaroma iš ne mažiau kaip 3 narių, jei mokykloje mokosi iki 60 mokinių ir ne mažiau kaip 5 – jei daugiau, jos nariais gali būti „mokyklos vadovas“, šio „vadovo pavaduotojas ugdymui ar ugdymą organizuojančio skyriaus vedėjas, švietimo pagalbos specialistai (socialinis pedagogas, psichologas, specialusis pedagogas, logopedas), sveikatos priežiūros specialistas, klasių vadovai (kuratoriai), mokytojai, auklėtojai“, taip pat į komisijos sudėtį gali būti įtraukiami „tėvai (globėjai, rūpintojai), vietos bendruomenės, seniūnijos atstovai, kiti vaiko gerove suinteresuoti asmenys“, tačiau rekomenduojama įtraukti asmenis „turinčius bendravimo ir bendradarbiavimo įgūdžių, gebančius dirbti komandoje, spręsti konfliktus, greitai ir laiku priimti sprendimus, išmanančius bendravimo su įvairaus amžiaus tarpsnio vaikais ypatumus, prevencinio

¹⁵¹ LR vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 80-3214; *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 157-796.

¹⁵² LR švietimo ir mokslo ministro 2011 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-579 „Dėl mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011-04-13, Nr. 45-2121.

darbo specifiką, atsakingus ir pareigingsus“¹⁵³. Taigi, galimų komisijos narių sąrašas iš tiesų platus, tačiau narių atrankos rekomendacijos dėl vaikų amžiaus tarpsnių ypatumų išmanymo palankesnės švietimo pagalbos specialistams nei visuomenės sveikatos priežiūros specialistui, nors tarp komisijos funkcijų numatyta teikti siūlymų mokyklos vadovui dėl „mokinių sveikatos priežiūros mokykloje organizavimo“ ir siūlyti „mokykloje įgyvendinti gyvenimo įgūdžių, [...], sveikatos stiprinimo, [...] priemonės ir programas“¹⁵⁴ (visų komisijos funkcijų sąrašas pateiktas 3 priede), kas rodo šio specialisto kompetencijų komisijoje būtinybę.

Taip pat palyginus komisijos pirmininko funkcijas ir mokyklos vadovo įgaliojimus komisijos atžvilgiu (kaip pateikta 6 lentelėje), pastebėtinas mokyklos administracijos, ypač vadovo priklausymo ar net pirmininkavimo vaiko gerovės komisijai poreikis, siekiant išvengti veiklų dubliavimo ir užtikrinti sveikatos klausimų visapusiškumą bei gerą ryšį su kitomis suinteresuotomis ir koordinuojančiomis institucijomis, tokiais kaip Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija.

6 lentelė. Mokyklos vaiko gerovės komisijos (MVGK) pirmininko funkcijų ir mokyklos vadovo įgaliojimų komisijos atžvilgiu palyginimas

MVGK pirmininko funkcijos	Mokyklos vadovo įgaliojimai
•kviečia komisijos posėdžius, nustato jų vietą ir laiką, jiems pirmininkauja, o nesant pirmininko – jo pavaduotojas arba kitas mokyklos vadovo įgaliotas komisijos narys; •vadovauja komisijos darbui ir atsako už jai pavestų funkcijų atlikimą; •pasirašo komisijos sprendimus, kitus su komisijos veikla susijusius dokumentus; •atstovauja komisijai savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisijos posėdžiuose svarstant vaiko minimalios ar vidutinės priežiūros priemonių skyrimo, pakeitimo, pratęsimo ar panaikinimo klausimus arba pveda atstovauti kitam komisijos nariui; •atstovauja komisijai suinteresuotose institucijose svarstant vaiko gerovės klausimus arba pveda atstovauti kitam komisijos nariui; •pveda komisijos nariams pagal jų kompetenciją surinkti informaciją, būtiną svarstomam klausimui nagrinėti.	•sudaro mokyklos vaiko gerovės komisiją ir tvirtina jos darbo reglamentą; •užtikrina, prižiūri ir atsako už gerą ir veiksmingą vaiko minimalios priežiūros priemonių vykdymą mokykloje; •užtikrina sveiką ir saugią aplinką, užkertančią kelią bet kokioms smurto, prievartos apraiškoms ir žalingiems įpročiams; •organizuoja pašalinių asmenų patekimo į mokyklos teritoriją apskaitą ir tai kontroliuoja, organizuoja mokyklos teritorijos ir jos prieigų stebėjimą, informuoja teritorinę policijos įstaigą apie žinomus ar įtariamus smurto, prievartos, narkotinių ar psichotropinių medžiagų platinimo, viešosios tvarkos ir kitų pažeidimų atvejus; •supažindina mokyklos bendruomenę su teisės aktais, reglamentuojančiais vaiko teises, pareigas ir atsakomybę už teisės pažeidimus, mokyklos lankymą, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, smurto, nusikalstamumo prevenciją ir mokinių užimtumą; •bendradarbiauja su pagalba mokiniui, mokytojui ir mokyklai teikiančiomis įstaigomis, savivaldybės administracijos struktūriniais padaliniais, teritorine policijos įstaiga, socialinių paslaugų ir sveikatos įstaigomis, savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija ir kitomis institucijomis, dirbančiomis vaiko teisių apsaugos srityje; •prireikus sudaro su institucijomis, dirbančiomis prevencinį darbą savivaldybės teritorijoje, kitose vietovėse, sutartis dėl pagalbos teikimo mokykloje ar už jos ribų.

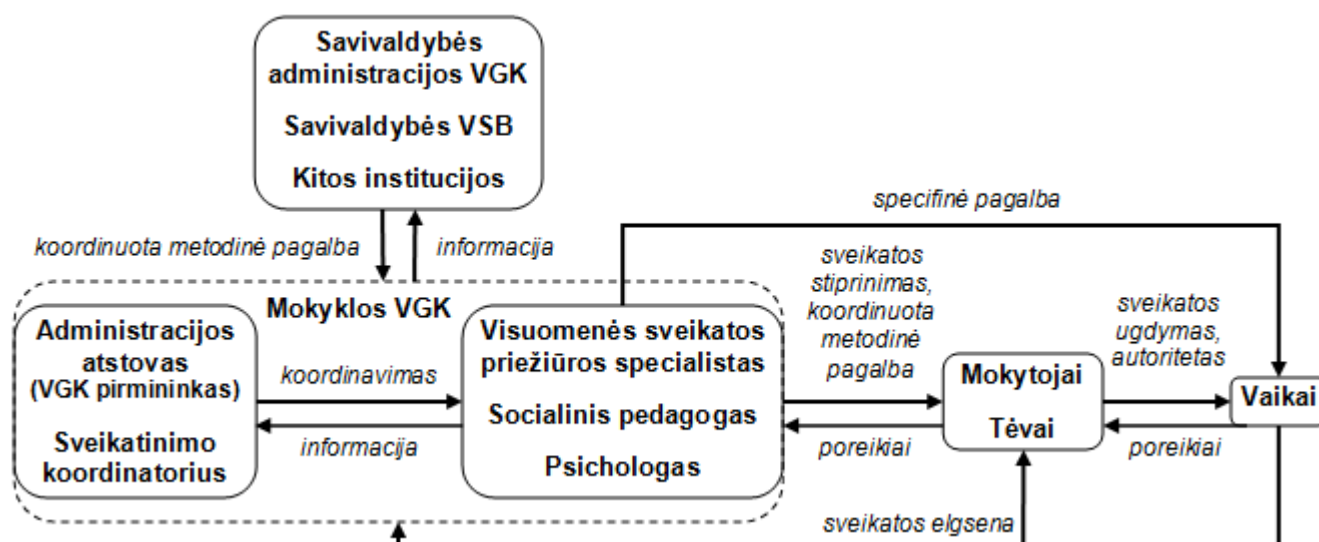
Sudaryta darbo autorės pagal Mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašą, 2011 ir Vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymą, 2010.

Apibendrinant poskyrį, galima pastebėti, kad Lietuvos teisės aktuose sveikatos stiprinimo ir sveikatos ugdymo, kurie turėtų būti vykdomi mokyklose, terminai adekvačiai nesuderinti. Iš to seka

¹⁵³ LR švietimo ir mokslo ministro 2011 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-579 „Dėl mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011-04-13, Nr. 45-2121.

¹⁵⁴ *Ibid.*

paradoksali situacija, kai viena vertus abi veiklas turėtų vykdyti visas mokyklos personalas įtraukiant tėvus, kita vertus, kaip patvirtina moksliniai tyrimai, stokojama pakankamų kompetencijų vykdyti šias veiklas visavertiškai vaikų atžvilgiu. Visuminė sveikatos samprata reikalauja koordinuoto sveikatos stiprinimo ir ugdymo, kas kelia poreikį integruoti šias veiklas su mokyklos vaiko gerovės komisijos koordinacine veikla, tačiau pagal skirtingų teisės aktų rekomendacijas sudėtinga atsirinkti prioritетines kompetencijas šios komisijos nariams ir nustatyti jų tarpusavio ryšius. Neprieštaraujant galiojantiems teisės aktams bei moksliniams tyrimams, siekiant susisteminti mokyklos bendruomenės tarpusavio ryšius, proporcingai darbo laikui paskirstyti veiklos krūvius ir išvengti netikslingo veiklų dubliavimo, apibendrinta minimalistinė sveikatos stiprinimo ir ugdymo bei vaiko gerovės komisijos integruotos veiklos schema galėtų atrodyti kaip pateikta 5 paveiksle.



Čia: VGK – vaiko gerovės komisija, VSB – visuomenės sveikatos biuras

Sudaryta darbo autorės pagal 2.3 poskyryje analizuotą medžiagą

5 pav. Sveikatos stiprinimo ir ugdymo bei vaiko gerovės komisijos veiklos integravimo galimybės

Pagal schemą mokyklos vadovas sudaro mokyklos vaiko gerovės komisiją, kuriai pageidautina, kad pirmininkautų pats ar paskirtų kitą mokyklos administracijos atstovą, pajėgų atsakyti už komisijai pavestų funkcijų atlikimą ir atstovauti komisijai už mokyklos ribų. Pirmininkas kartu su sveikatinimo veiklos koordinatoriumi (pageidautina praktikuojančiu sveiką gyvenseną ir turinčiu pedagoginį išsilavinimą) koordinuoja planingai vykdomą visuminės sveikatos (fizinės, socialinės, psichikos) specialistų komandos (atitinkamai visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, socialinio pedagogo, mokyklos psichologo) sveikatos stiprinimo veiklą, o šie specialistai teikia pirmininko ir sveikatos koordinatoriaus veiklai reikalingą informaciją. Specialistų komanda pagal savo sričių kompetencijas koordinuotai vykdo sveikatos stiprinimo veiklą, nukreiptą į mokytojus ir tėvus (juos konsultuoja, teikia metodinę pagalbą kaip integruoti sveikatos žinias į perteikiamas vaikams juos ugdant), taip pat nuolat aiškinasi vyraujančius mokytojų ir tėvų sveikatos žinių poreikius (gali pasinaudoti informacinių

technologijų teikiamomis keitimosi informacija galimybėmis). Mokytojai ir tėvai įsisavinę sveikatos žinias, autoritetingai (patys demonstruodami sveikatos elgseną) vykdo vaikų sveikatos ugdymą, nuosekliai perteikdami žinias ir formuodami įgūdžius bei nuolat aiškinasi vaikų sveikatos poreikius. Vaikai gauna iš specialistų komandos specifinę jiems reikalingą sveikatos pagalbą bei pagalbą organizuojant savo inicijuotas įsisavinto sveikatos suvokimo ir sveikatai palankios elgsenos demonstravimo mokyklos bendruomenei veiklas. Šioms veikloms turi būti sudaromos adekvačios sąlygos, jų metu stebima vaikų pažanga ir prioritetinės tobulintinos kryptys sveikatos srityse, priklausomai nuo apimčių ir formų jos galėtų būti prilygintos prevencinėms programoms. Mokyklos vaiko gerovės komisijos nariai glaudžiai bendradarbiauja su savo savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija, savivaldybės visuomenės sveikatos biuro atstovais bei kitomis reikalingomis institucijomis, pagal savo kompetenciją ir pavaldumą teikdami informaciją apie mokyklos problemas, poreikius bei gerąją patirtį ir gaudami koordinuotą tikslingą metodinę pagalbą (ir kvalifikacijos kėlimo renginius).

Mokyklos vaiko gerovės komisijos nuolatinė sudėtis gali būti išplėsta, taip pat pagal poreikį jos posėdžiuose ar pasitarimuose gali dalyvauti ir vaikai. Komisijos pirmininkas ir sveikatinimo koordinatorius, jei užsiima pedagogine veikla, atsiduria ir mokytojų kategorijoje, kur gauna sveikatos žinias iš išplėstinės sveikatos stiprinimo specialistų komandos. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistams Z. Javtoko ir kt. rekomenduojamus naudoti „Salutogeninį sveikatos stiprinimo“ (nukreipto į ne tik fizinio, bet ir psichosocialinio atsparumo didinimą)¹⁵⁵ bei „PRECEDE-PROCEED“ (leidžiančio identifikuoti platesnius sveikatą ir sveikatos elgseną lemiančius veiksnius, logiškai įvertinti priežastis, planuoti intervencijas ir jas vertinti)¹⁵⁶ modelius (kurie pateikti atitinkamai 4 ir 5 prieduose) mokyklos vaiko gerovės komisija galėtų realizuoti visa apimtimi. Dėl veiklų integravimo turėtų keistis ir jų finansavimas.

2.4. Vaikų sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir prevencinės veiklos finansavimo ypatumai bei integravimo galimybės

Pripažįstant, kad sveikatos stiprinimas, sveikatos ugdymas ir vaiko gerovė yra bendras mokyklos bendruomenės reikalas, sveikatos ugdymas neatsiejamas nuo bendrųjų ugdymo programų, o prevencinė veikla nukreipta į socialinius sveikatą lemiančius veiksnius prisideda prie bendrosios vaiko gerovės, šių veiklų finansavimas turėtų būti paskirstomas adekvačiai. Viešos diskusijos tarp įvairių institucijų ir įstaigų atstovų, skirtos nustatyti visuomenės sveikatos plėtros strategines kryptis metu buvo prieita bendrų išvadų, jog „rezultatus duoda tik ilgalaikės priemonės, įgyvendinamos kelerius

¹⁵⁵ Javtokas Z., Salutogeninio modelio panaudojimas mokinių sveikatai stiprinti. Informacinis metodinis leidinys, Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2009, p. 4.

¹⁵⁶ Javtokas Z., et al., Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms, Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2014, p. 36-37.

metus iš eilės“ ir „sėkmingam programų įgyvendinimui turi būti užtikrintas pakankamas, stabilus ir ilgalaikis finansavimas, dalis lėšų skiriama prevencijai bei visuomenės švietimui“¹⁵⁷. Švietimo įstatyme teigiama, kad „mokyklos rengia ir įgyvendina sveikatos stiprinimo programas, kurios gali būti remiamos iš valstybės ir (ar) savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo tikslinių programų“ (pagal sveikatos sistemos įstatymą šios programos nuo 2014 metų pradžios nebefinansuojamos tiesiogiai iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto¹⁵⁸) ir kitų lėšų¹⁵⁹. Pagal švietimo įstatymo 67 straipsnio 11 dalies redakciją nuo 2014 metų pradžios „sveikatos priežiūra mokykloje vyriausybės nustatyta tvarka finansuojama iš valstybės ir savivaldybių biudžetų ir kitų lėšų“, bet nebe iš PSDF biudžeto¹⁶⁰. Pagal visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti reikalingų lėšų apskaičiavimo metodiką, iš kasmet savivaldybei (apskaičiuotų pagal ugdymo įstaigas lankančių vaikų skaičių) skiriamų mokinių visuomenės sveikatos priežiūrai vykdyti lėšų sumos, 80 proc. skiriama visuomenės sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčiui (su socialiniu draudimu) ir 20 proc. kitoms išlaidoms (paslaugų teikimo priemonėms (inventorius, metodinės priemonės ir kt.) reikalingoms veiklai organizuoti ir įgyvendinti; veiklos vykdymo procese dalyvaujančių asmenų kvalifikacijai tobulinti¹⁶¹; „kitoms būtinoms išlaidoms, susijusioms su minėtos veiklos vykdymu (prekėms ir paslaugoms, darbuotojų, išskyrus visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, darbo užmokesčiui bei jų valstybinio socialinio draudimo įmokoms)“) ¹⁶². Taigi, vaikų sveikatos priežiūros ir sveikatos stiprinimo programų finansavimas atskirtas nuo kitos mokyklų vykdomos veiklos finansavimo, nors nebesiejamas su PSDF lėšomis.

Formaliojo ir neformaliojo vaikų švietimo programoms finansuoti mokymo lėšos, apskaičiuojamos ir paskirstomos pagal Vyriausybės patvirtintas metodikas iš LR atitinkamų metų valstybės ir savivaldybių biudžetų, taikant mokymo lėšų skyrimo vienam mokiniui principą¹⁶³ (mokinio krepšelį). Šis principas taikomas ir finansuojant švietimą valstybiniuose vaikų socializacijos centruose (valstybinėse bendrojo lavinimo mokyklose, vykdančiose vaiko vidutinės priežiūros priemonę (vaikui taikomas įpareigojimas, kurį vykdant vaikas yra ugdomas, prižiūrimas, jam teikiama

¹⁵⁷ Muleronkaitė L., Projekto veiklos 1.2.1. „Suorganizuoti viešą diskusiją su potencialiais partneriais aptariant bendradarbiavimo galimybes siekiant tinkamo visuomenės sveikatos plėtros priemonių įgyvendinimo“ ataskaita, Higienos institutas, 2014, prieiga per internetą <http://www.hi.lt/images/Projekto%20ataskaita_1_2_1.pdf>, (žiūrėta 2014-10-18).

¹⁵⁸ LR sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231; TAR, 2014, Nr. 2014-19560.

¹⁵⁹ LR švietimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1991, Nr. 23-593; *Valstybės žinios*, 2013, Nr.114-5683.

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 20 d. įsakymas Nr. V-1226 „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 11 d. įsakymo Nr. V-932 „Dėl valstybinėms (Valstybės perduotoms savivaldybėms) visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti reikalingų lėšų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2013-12-30, Nr. 138-6969.

¹⁶² LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. V-435 „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 11 d. įsakymo Nr. V-932 „Dėl valstybinėms (Valstybės perduotoms savivaldybėms) visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti reikalingų lėšų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2014-04-17, Nr. 2014-04540.

¹⁶³ LR Vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 80-3214; *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 157-7969.

švietimo pagalba ir kitos paslaugos))¹⁶⁴ siekiant vaiko gerovės. Ugdymas, remiantis švietimo įstatyme apibrėžiamomis sąvokomis¹⁶⁵, įeina į švietimo apibrėžimą kaip siauresnė sąvoka. Sveikatos ugdymo bendrąją programą pagal jos turinį¹⁶⁶ galima skirti ir kaip atliekančią švietimo ir kaip sveikatos (visų sudedamųjų dalių) stiprinimo funkciją, kuriai pasitelkiama visa mokyklos bendruomenė. Todėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, kurio etato steigėjas yra savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, vykdomos vaikų sveikatos priežiūros (sveikatos saugojimo ir stiprinimo) mokykloje finansavimas atskirtas nuo švietimo (pagal mokymo lėšų skyrimo vienam mokiniui principą) finansavimo šiame kontekste sudaro įspūdį, kad atskiros lėšos skiriamos veiklos dubliavimui, nors iš tiesų sveikatos ugdymo įgyvendinimui per bendrųjų dalykų programas papildomai nebuvo skirtas finansavimas, nepaisant pedagogų darbo krūvio padidėjimo, tačiau ir sveikatos priežiūros (būtent stiprinimo) finansavimas nesumažintas. O švietimo pagalbos specialistų, kurių etatų steigėja, kaip ir pedagogų, yra mokykla (tarp jų socialinio pedagogo ir mokyklos psichologo), prevencinė veikla nukreipta į psichosocialinius sveikatą lemiančius veiksnius ar pagalbą pedagogams integruoti visuminį sveikatos ugdymą į kitų dalykų programas taip pat nefinansuojama iš sveikatai stiprinti skirtų lėšų.

Viena vertus, ilgai buvo siekiama pereiti prie visiško mokyklų sveikatos priežiūros specialistų perdavimo savivaldybių visuomenės sveikatos biurams ir manoma, kad nuo priklausymo biurui priklauso šių specialistų veiklos apimtys ir kokybė¹⁶⁷. Kita vertus, anot V. Vetrenkienės, pavaldumas dviem organizacijoms turi įtakos specialistų darbo laiko stokai ir bendradarbiavimo sunkumams¹⁶⁸. Taip pat 2014-2020 metų nacionalinės pažangos programoje kalbama apie naujų investavimo formų poreikį, ypač skirtų nevyriausybinėms organizacijoms ir bendruomenėms, atkreipiamas dėmesys, kad būtina gerinti tarpsektorinį bendradarbiavimą ir integralumą, finansinėje perspektyvoje daugiau dėmesio skirti viešųjų intervencijų logikai (priežastinio ryšio tarp tam tikros problemos, tikslo ir jai spręsti naudojamų priemonių nustatymui), būtų tikslinga naudoti finansų inžinerijos įgyvendinimo būdą – investavimo fondus, kurie galėtų sukaupti kelių priemonių lėšas ir sustiprinti koordinuojamąjį vadovaujančiosios institucijos vaidmenį, pripažįstant, kad efektyviausios investicijos yra tos, kurios yra integralios politikos dalis¹⁶⁹. Tokių fondų steigėja galėtų būti kiekviena savivaldybė, o lėšas koordinuoti ir paskirstyti ugdymo įstaigoms – integraliai su savivaldybių visuomenės sveikatos biurais veikianti savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija.

¹⁶⁴ LR švietimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1991-06-25, Nr. 23-593; *Valstybės žinios*, 2013-11-01, Nr.114-5683.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

¹⁶⁷ Ščeponavičius A., et al., Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse, *Urbanizacija – nauji iššūkiai žmonių sveikatai: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2010, p. 65-69.

¹⁶⁸ Vetrenkienė, V., Sveikatos priežiūros specialistų ugdymoji veikla bendrojo lavinimo mokyklose, *Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė: tarptautinė mokslinė praktinė konferencija*, 2011, p. 119-123, prieiga per internetą <<https://dspace.kauko.lt/handle/1/838?show=full>>, (žiūrėta 2014-03-15).

¹⁶⁹ LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014-2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430. (1 priedas)

2.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų privalumai integruojant sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės veiklas bei šių mokyklų plėtros tendencijos

Trečiojoje Europos konferencijoje sveikatos stiprinimo mokyklose klausimais „Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla“, vykusioje Vilniuje, sveikatą stiprinanti mokykla įvardinta kaip „tokia mokykla, kurioje įgyvendinamas tam tikrą struktūrą ir sistemą turintis visų mokinių ir mokytojų bei kito personalo sveikatos, gerovės ir socialinio kapitalo plėtojimo planas“¹⁷⁰. PSO Europos regioninio biuro, Europos Tarybos ir Europos Bendrijos pastangomis 1991 metais buvo įkurtas Europos sveikatą stiprinančių mokyklų (dabar „Mokyklos – europiečių sveikatai“) tinklas, siekiant kurti ir plėtoti sveikatą stiprinančių mokyklų veiklą, šis tinklas remiasi pozityviaja sveikatos ir gerovės koncepcija, Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija ir Europos Tarybos Europos konvencija dėl vaikų teisių įgyvendinimo¹⁷¹. Sveikatą stiprinančios mokyklos yra svarbi „sveikatos visose politikose“ sudedamoji dalis, jos padeda Europos regiono šalims įgyvendinti strategijoje „Sveikata 2020“ išskeltus tikslus ir uždavinius¹⁷² (šios mokyklos atlieka svarbų vaidmenį gerindamos vaikų sveikatą ir didindamos gerovę, mažindamos sveikatos netolygumus ir suteikdamos vaikams sveiką gyvenimo pradžią¹⁷³). Europoje sveikatos stiprinimas mokyklose grindžiamas egzistuojančiais ir naujais mokslo tyrimais bei įrodymais, pabrėžiančiais efektyvius sveikatos stiprinimo būdus ir praktiką tiek atskirose temose, tiek apskritai visos mokyklos kompleksinėje sveikatos stiprinimo veikloje, šiose mokyklose veikla taip pat grindžiama esminėmis vertybėmis, tokiomis kaip teisingumas, darnumas, įtrauktis, įgalinimas ir veiklos kompetencija bei demokratiškumas¹⁷⁴. Tradicinės sveikatinimo veiklos mokykloje palyginimas su sveikatos stiprinimo mokyklos principais grindžiama veikla (pagal G. Gray ir kt.)¹⁷⁵ pateikiamas 7 lentelėje.

¹⁷⁰ Trečiosios Europos konferencijos sveikatos stiprinimo mokyklose klausimais „Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla“ Vilniaus rezoliucija, 2009, prieiga per internetą <http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/Vilniaus_rezoliucija.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

¹⁷¹ Trečiosios Europos konferencijos sveikatos stiprinimo mokyklose klausimais „Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla“ Vilniaus rezoliucija, 2009, prieiga per internetą <http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/Vilniaus_rezoliucija.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

¹⁷² Ketvirtosios Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos Odensės teiginiai: teisingumo, švietimo ir sveikatos ABC, 2013, prieiga per internetą <http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/4oji%20konferencija/Odenses_teiginiai.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

¹⁷³ Buijs G. J., Better Schools through Health: networking for health promoting schools in Europe, *European Journal of Education*, Vol. 44, No. 4, 2009, Part I, p. 507-520.

¹⁷⁴ Trečiosios Europos konferencijos sveikatos stiprinimo mokyklose klausimais „Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla“ Vilniaus rezoliucija, 2009, prieiga per internetą <http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/Vilniaus_rezoliucija.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

¹⁷⁵ Gray G., et al., Developing a health – promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools, International Planning Committee, 2006, p. 17-18, cit. pgl. Jociūtė A., et al., Sveikatos stiprinimas mokyklose. Metodinės rekomendacijos, Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2008, p. 16-18.

7 lentelė. Tradicinės sveikatinimo veiklos ir sveikatos stiprinimo mokyklos principais grindžiamos veiklos palyginimas

Tradicinė sveikatinimo veikla mokykloje	Sveikatos stiprinimo principais grindžiama veikla mokykloje
Sveikatos samprata	
Dėmesys sutelkiamas į individą, t.y. jo sveikatos problemas, jo įpročius sveikatos atžvilgiu ir gyvenimą	Dėmesys kreipiamas į mokyklą, kaip organizaciją ir visus jos bendruomenės narius (mokinius, visą mokyklos personalą, tėvus, globėjus), taip pat į sveikatos politikos mokykloje plėtotę
Daugiausia dėmesio skiriama fizinei sveikatai. Fizinė veikla siejama su sportu	Dėmesys protinei, emocinei ir socialinei, taip pat ir fizinei sveikatai. Fizinio aktyvumo naudą turi pajusti visi, ji turi būti patraukli, ir dalyvavimas fizinio aktyvumo veikloje teikti pasitenkinimą
Sveikata kaip ligų ir kitų sveikatos sutrikimų nebuvimas. Dėmesys ligoms, jų diagnostikai ir gydymui	Sveikata susijusi su gerovės samprata. Dėmesys gyvenimo kokybei, sveikatos problemų prevencijai, protinės, socialinės ir fizinės sveikatos stiprinimas
Sveikatos ugdymas suvokiamas kaip informacijos atskiromis sveikatos temomis perteikimas	Sveikatos stiprinimas grindžiamas aiškiais principais, tokiais kaip demokratija, lygybė, dalyvavimas
Sveikatos ugdymas pagal bendrąsias programas, kitos priemonės, kaip krizių valdymas, kampanijos	Ilgalaikės programos, pradedamos ankstyvame amžiuje, apima visus vaikus, atitinka jų amžiaus ypatumus, poreikius ir interesus
Sveikatos ugdymo koncepcija	
Dėmesys sukoncentruotas į elgsenos pokyčius, sveikos gyvenimo ir įpročių formavimą: prisiderinimas ir paklusnumas	Dėmesys sukoncentruotas į autonomiją ir sprendimų priėmimą – bendruomenės nariai patys sprendžia, ar jie nori būti sveiki
Sveikatos ugdymas organizuojamas atskirose pamokose	Sveikatos ugdymas integruotas į visą mokyimo programą
Sveikatos ugdymo tikslas – suteikti žinių	Tikslas – ne tik suteikti žinių, bet padėti vaikams įgyti įgūdžių, susiformuoti vertybines nuostatas
Moralizuojančio pobūdžio mokymas: mokytojai nusprendžia ko mokytis, kokius metodus pasirinkti. Dažniausiai tai pamokos apie „gerą sveikatą“. Pabrėžiamas „gerų darbų darymas“. Vaikai paprastai pasyvūs	Mokiniai dalyvauja priimančios sprendimus. Dėmesys labiau sukoncentruotas į mokymąsi nei į mokymą. Taikomi aktyvaus mokymo(si) metodai, įtraukiantys į mokymąsi, metodai, tokie kaip darbas grupėmis, diskusijos, žaidimai, problemų sprendimas ir kt.
Labiau koncentruojamasi į pamokymus, įspėjimus, tarp jų ir baimes	Koncentravimasis į pozityvius metodus, buvimo sveiku privalumus, pasirinkimą ir sprendimo priėmimą
Mokykla	
Visas dėmesys sutelkiamas į mokinius	Mokytojų protinė, emocinė ir socialinė sveikata tiek pat svarbi kaip ir mokinių. Parama mokytojams ir jų mokymui – būtina
Fizinės ugdymo aplinkos svarbos pripažinimas	Fizinės ir psichosocialinės aplinkos svarbos sveikatai pripažinimas
Ryšys su bendruomene	
Išorės ekspertai kviečiami į mokyklą	Mokyklos bendruomenės nariai, tarp jų ir mokiniai, dalyvauja visuomenėje vykstančiuose procesuose kaip partneriai. Mokiniai inicijuoja veiksmus ir juose dalyvauja
Tėvai, kiti bendruomenės nariai ignoruojami arba jų prašoma tik paremti mokyklą	Tėvai ir kiti bendruomenės nariai aktyviai įtraukiami į sprendimų priėmimą ir tai planuojama
Vertinimas	
Vertinama mokinio elgsena, susijusi su rūkymu, alkoholio vartojimu, mityba ir kt.	Vertinama mokinių veiklos kompetencija (mąstysena, išpareigojimai, vizijos)
Veikla grindžiama tuo, ką įprasta daryti	Veikla grindžiama įrodymais, kurie tikėtina bus įgyvendinti konkrečioje situacijoje ir įžvalgomis

Cit. pagal Gray G., et al., 2006, cit. pgl. Jociūtė A. ir kt., 2008.

Lietuvos pirmosios mokyklos į Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą oficialiai įsitraukė 1993 metais¹⁷⁶. O nuo 2007 metų pagal mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašą Lietuvos mokyklos (ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo, profesinės)

¹⁷⁶ Jociūtė A., Sveikatą stiprinanti mokyklos politika. 20 veiklos metų, Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas – svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2013, p. 68-73.

laisvanoriškai gali tapti sveikatą stiprinančiomis, jei atitinka pirmo lygio kriterijų (sveikatos stiprinimo veiklos valdymo struktūros, politikos ir kokybės garantavimo; psichosocialinės aplinkos; fizinės aplinkos; žmoniškųjų ir materialųjų išteklių; sveikatos ugdymo; sveikatą stiprinančios mokyklos veiklos sklaidos ir tęstinumo laidavimo srityse) reikalavimus ar prasitęsti 5 metus galiojantį sveikatą stiprinančios mokyklos pripažinimo pažymėjimą pasibaigus jo galiojimui, jei atitinka antro lygio kriterijų (sveikatos stiprinimo mokyklos veiklos veiksmingumo vertinimo; sveikatos stiprinimo mokyklos veiklos plėtojimo vizijos rengimo srityse) reikalavimus, mokykla turi būti parengusi sveikatos stiprinimo programą 5 metams (kuriai pritaria mokyklos taryba) ir subūrusi sveikatos stiprinimo veiklą mokykloje organizuojančią grupę¹⁷⁷, mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis veiklą ir koordinavimą vykdo sveikatos apsaugos ministro sudaryta „Mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis komisija“¹⁷⁸. Sveikatą stiprinančių mokyklų tvarkos reglamentavimas buvo inicijuotas siekiant „Vaiko gerovės valstybės politikos strategijos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų“ plane iškelto tarpžinybinės veiklos gerovės srityje tikslo, vienos iš priemonių „plėtoti sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą“ įgyvendinimo, už kurią atsakingos turėjo būti sveikatos apsaugos ministerija, švietimo ir mokslo ministerija bei savivaldybės¹⁷⁹, į vėlesnę strategiją ši priemonė neperkelta. 2014 metų pirmoje pusėje Lietuvoje buvo 360 sveikatą stiprinančių mokyklų (įskaičiuojant ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo, profesinio mokymo įstaigas ir 1 universitetą)¹⁸⁰, t.y. 38-iomis daugiau nei buvo pasibaigus strategijos galiojimui 2012 metais¹⁸¹, iš veikiančių daugiau nei 1000 įvairaus tipo mokyklų. Taigi, nors nepasiektas dar PSO „Sveikata visiems 21 amžiui“ strategijoje iškeltas tikslas, kad iki 2015 metų mažiausiai 95 proc. vaikų turi turėti galimybę mokytis sveikatą stiprinančiose mokyklose¹⁸², šių mokyklų plėtra Lietuvoje toliau laipsniškai vyksta sveikatos sektoriaus iniciatyva.

Pastebimas ir savivaldybių esamas bei galimas indėlis į sveikatą stiprinančių mokyklų plėtrą. Pasak R. Sketerskienės tikimasi, kad Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų specialistai atsakingi už vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūrą, koordinuojantys mokyklose dirbančius visuomenės sveikatos priežiūros specialistus bus pagrindiniais pagalbininkais mokykloms tampant sveikatą stiprinančiomis, šią idėją propaguoja Sveikatos apsaugos ministerija ir Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, kuris teikia metodinę pagalbą savivaldybėse sveikatą stiprinančias mokyklas imantiems telkti

¹⁷⁷ LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2007 m. rugpjūčio 16 d. įsakymas Nr. V-684/ISAK-1637 „Dėl mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-08-23, Nr. 91-3656.

¹⁷⁸ *Ibid.*

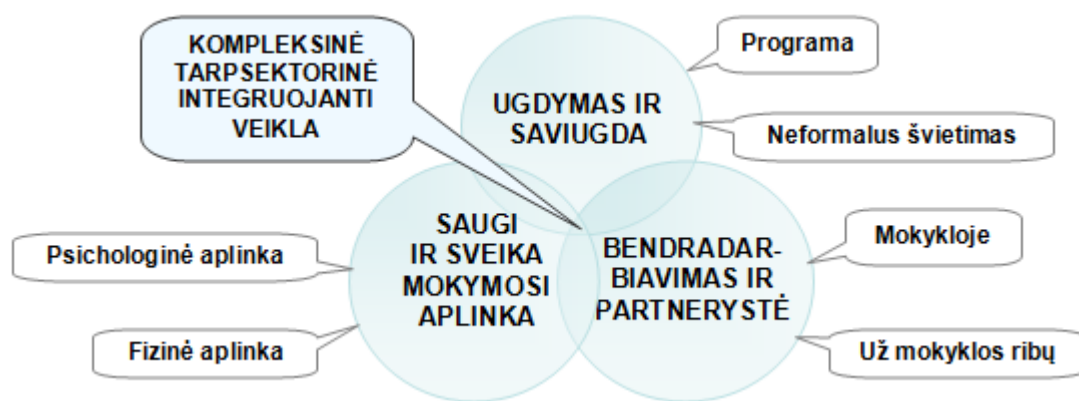
¹⁷⁹ LR Vyriausybės 2005 m. vasario 17 d. nutarimas Nr. 184 „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos strategijos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų plano patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 25-802.

¹⁸⁰ Sveikatą stiprinančių mokyklų sąrašas 2014 m. gegužės 15 d., prieiga per internetą <http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/SSM-SARASAS-2014_1.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

¹⁸¹ Sveikatą stiprinančių mokyklų sąrašas 2012 m. gegužės 15 d., prieiga per internetą <http://www.kaunovsb.lt/tl_files/Failai/SSM/SSM-SARASAS-2012M-05.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

¹⁸² Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series No. 6, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999, p. 100.

savivaldybių visuomenės sveikatos biurams, taip pamažu kuriant sveikatą stiprinančių mokyklų regioninio tinklo koordinavimo sistemą¹⁸³. A. Jociutė teigia, kad Lietuvoje jau yra koordinavimo savivaldybės mastu pavyzdžių, savivaldybėse suburtos koordinavimo grupės užtikrina ne tik veiklos koordinavimą, bet ir „partnerystę grindžiamą bendradarbiavimą, jų pastangomis sutelkiami ištekliai, garantuojama veiklos sklaida“, per jas „palaikomas nenutrūkstamas ryšys su vaikų ugdymo institucijomis“, jos padeda „išvengti veiklos dubliavimo, fragmentacijos, skirtingos sąvokų interpretacijos skirtinguose sektoriuose“, taip pat atkreipia dėmesį, kad, siekiant didesnio integralumo ir atliepiant naujosios PSO strategijos „Sveikata – 2020“ nuostatas, reikėtų svarstyti galimybes, kaip šių grupių funkcijas sujungti su esamomis savivaldybių administracijos vaiko gerovės komisijų funkcijomis¹⁸⁴, juo labiau, kad į sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą įsitraukusios mokyklos pastebi akivaizdžius ryšius tarp į sveikatos stiprinimą ir vaiko gerovę nukreiptų veiklų¹⁸⁵. Integrali sveikatą stiprinančios mokyklos koncepcija¹⁸⁶ vizualiai pateikiama 6 paveiksle.



Cit. pagal Jociutė A., et al., 2008.

6 pav. Integrali sveikatą stiprinančios mokyklos koncepcija

Apibendrinant pastebėtina, kad sveikatą stiprinančių mokyklų plėtra yra siekiamybė visame Europos regione, todėl Lietuvoje reikalingos sutelktos pajėgos plėsti ir koordinuoti šių mokyklų veiklą, ypač pasitelkiant savivaldybes. V. Gudžinskienė konstatavo, kad „pats geriausias būdas sveikatai stiprinti – tai bendruomenių mokymasis aktyviai ir sveikai gyventi“¹⁸⁷, o sveikatą stiprinančios mokyklos stipriai orientuotos tiek į visuminio sveikatos stiprinimo plėtojimą per sistemingą ugdymą (įtraukiant aplinką ir mokyklos bei išplėstinę bendruomenę), tiek į gerovės didinimą.

¹⁸³ Sketerskienė R., Sveikata visose politikose: ar tai įmanoma Lietuvoje?, kn. Vizija: sveikesnė mokyklos bendruomenė: gerosios patirties knyga, Sabaliauskienė D. (sud.), Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2013, p. 8.

¹⁸⁴ Jociutė A., Sveikatą stiprinanti mokyklos politika. 20 veiklos metų, *Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2013, p. 68-73.

¹⁸⁵ Jociutė A., Strategic planning for health promotion sustainability at local level: Lithuanian case, *Abstracts: Equity, Education and Health: the 4th European Conference on Health Promoting Schools*, Odense, 7-9 October 2013, p. 86-88, prieiga per internetą <<http://schools4health.dk/wp-content/uploads/2013/09/S4H-Abstract-book-linkable.pdf>>, (žiūrėta 2013-12-15).

¹⁸⁶ Jociutė A., et al., Sveikatos stiprinimas mokyklose. Metodinės rekomendacijos, Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2008, p. 12.

¹⁸⁷ Gudžinskienė V., et al., Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose: tyrimo ataskaita: Švietimo ir mokslo ministerijos užsakymu, VPU tikslinė tyrimo grupė, 2007, p. 35.

3. PASIRINKTO RAJONO SAVIVALDYBĖS VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO IR GEROVĖS KOORDINAVIMO BEI ĮGYVENDINIMO ATVEJO ANALIZĖ

3.1. Pasirinktos rajono savivaldybės ypatumai

Nuo 1965 metų tyrimui pasirinkto rajono savivaldybės geografinė sudėtis yra tokia kaip šiandien. Savivaldybėje veikia su sveikata ir gerove susijusios struktūros, tokios kaip Savivaldybės tarybos sudaryta Bendruomenės sveikatos taryba, šio rajono nevyriausybinių organizacijų taryba, Socialinės paramos skyrimo komisija, Šeimos ir vaiko reikalų komisija prie Vaiko teisių apsaugos skyriaus, Mero sudaryta Narkotikų, alkoholio ir tabako vartojimo kontrolės komisija, Administracijos direktoriaus sudaryta Specialiųjų poreikių nustatymo ir socialinių paslaugų skyrimo komisija. Taip savivaldybėje veikia Socialinių reikalų ir sveikatos komitetas¹⁸⁸, Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija. 2009 metais savivaldybės įsteigta biudžetinė įstaiga – šio rajono visuomenės sveikatos biuras, veikia atskirose patalpose. Biuro atstovai bendradarbiauja su keliomis aukščiau įvardytomis savivaldybės struktūromis. Biure vykdoma visuomenės sveikatos stiprinimo ir stebėsenos veikla, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai vykdo vaikų ir jaunimo sveikatos priežiūrą mokyklose, koordinuojamą biuro¹⁸⁹.

Nuo 1994 metų rajone veikia šio rajono švietimo centras. Šiuo metu jis yra Kauno rajono savivaldybės biudžetinė švietimo įstaiga, kurioje veikia Suaugusiųjų ir jaunimo neformalaus švietimo tarnyba bei Pedagoginė psichologinė tarnyba teikianti pagalbos mokiniui, mokytojui ir mokyklai paslaugas. Įstaiga akredituota Švietimo ir mokslo ministerijos ir yra įgaliotasis Europos kompiuterio vartotojo pažymėjimo (ECDL) testavimo centras, taip pat turi Vidaus reikalų ministerijos sertifikatą valstybės tarnautojų mokymams organizuoti. Švietimo centras užsiima ir programų bei projektų rengimu, suaugusiųjų kvalifikacijos tobulinimu, profesiniu informavimu ir konsultavimu, mokytojų metodinės veiklos, mokinių olimpiadų ir konkursų organizavimu, rajono sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo veiklos koordinavimu. Centras bendradarbiauja su Lietuvos ir Europos Sąjungos suaugusiųjų mokymo organizacijomis, todėl centre sudaromos sąlygos dalyvauti švietimo programose ir projektuose bei pagal klientų poreikius mokytis tokių dalykų kaip vadyba, dokumentų vadyba, pedagogika, specialioji pedagogika ir psichologija, kompiuterinis raštingumas, sveika gyvensena ir kitų. Centro darbuotojai kuria mokymo modulius, metodikas, leidžia metodinę medžiagą, rekomendacijas, atlieka tyrimus¹⁹⁰. Švietimo centras bendradarbiauja su Visuomenės sveikatos biuru organizuojant bendrus renginius (pavyzdžiui konferencijas) ir gauna iš jo finansavimą veikloms.

¹⁸⁸ Pasirinkto rajono savivaldybės struktūra pateikta savivaldybės tinklapyje.

¹⁸⁹ Pasirinkto rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuro struktūra pateikta biuro tinklapyje.

¹⁹⁰ Pasirinkto rajono švietimo centro struktūra pateikta ir veikla aprašyta centro tinklapyje.

3.2. Tyrimo formavimas ir atlikimas

Empirinis tyrimas formuojamas pagal teorinėje darbo dalyje nagrinėtą medžiagą, jis grįstas sveikatos ir gerovės siekimo per bendrus socialinius sveikatą lemiančius veiksnius teorine prielaida, ryškiausiai remiamasi Pasaulio sveikatos organizacijos visuminės sveikatos, visos vyriausybės ir visos visuomenės atsakomybės, I. Kickbusch ir D. Gleicher bendruomenės dalyvavimo, A. Petrauskienės ir S. Ustilaitės sveikatos ugdytojų vaidmenų mokykloje idėjomis.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti su vaikų sveikatos stiprinimu ir gerove susijusių asmenų nuomones ir įžvalgas vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimo bei įgyvendinimo procesų integravimo klausimais. Iškelti uždaviniai tyrimui organizuoti:

1. Parengti teorine darbo dalimi paremtus konkrečius klausimus ir juos sutraukti į bendresnius.
2. Atrinkti informatyvius ir prieinamus informantus pasirinkto rajono įstaigų tinklapiuose.
3. Susisiekti su atrinktais informantais supažindinant juos su tyrimu.
4. Apdoroti iš pasiektų informantų surinktus duomenis ir išanalizuoti atsakymų į klausimus turinį.
5. Apibendrinti išanalizuotus atsakymus ir palyginti su teorinėje dalyje nagrinėtais aspektais.

Tyrimui pasirinktas kokybinio interviu metodas, nes leidžia plačiau ir giliau surinkti informaciją apie tyrimo objektą, o klausimai struktūruoti, nes leidžia išvengti per didelių atsakymų nukrypimų nuo objekto. Pirminiai konkretūs klausimai apibendrinti, sublokuoti ir nuosekliai išdėstyti atsižvelgiant į teorinės darbo dalies I skyrių (1 bendras klausimas) ir pagal II skyriaus visus poskyrius (10 klausimų), kaip pateikta 6 priede. Formuojant apibendrintus klausimus taip pat atsižvelgta į numatomų informantų bendras pareigybines funkcijas bei atstovaujamų įstaigų vykdomas veiklas. Klausimų tvarka svarbi, nes ne tik atspinti darbo teorinę analizę, bet ir leidžia informantams susidaryti bendresnį vaizdą bei laipsniškai pereiti prie konkretesnių struktūrų ir veiklų galimų ryšių apibūdinimo.

Pasirinktas išskirtinio rajono savivaldybės, kurioje didžioji dauguma ugdymo įstaigų yra sveikatą stiprinančios, ir kuri yra sukūrusi vietiniu lygmeniu koordinuojamą sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą, atvejo tyrimas. Analizuojant rajono savivaldybės, visuomenės sveikatos biuro ir švietimo centro tinklapių struktūros ir kontaktų sritis, buvo ieškoma informantų, susijusių su sveikata, gerove ar koordinavimu. Atlikus pirminę analizę, informantams, kurių kontaktai (asmeninis elektroninis paštas) viešai prieinami, iškelti konkretinantys atrankos kriterijai, kaip pateikta 8 lentelėje.

8 lentelė. Konkretinantys informantų atrankos kriterijai

Savivaldybėje	Visuomenės sveikatos biure	Švietimo centre
•pagal pareigas ir narystę tarybose bei komisijose susiję su sveikata (ar jos stiprinimu) ir su gerove (socialine sritimi)	•tiesiogiai susiję su vaikų sveikatos stiprinimo koordinavimu •vykdantys sveikatos stiprinimą bendrojo ugdymo įstaigose	•užimantys vadovaujamas pareigas centre bei susiję su koordinavimu ir švietimu •priklausantys pedagoginei psichologinei tarnybai ir susiję su socialine sritimi

Sudaryta darbo autorės pagal pasirinkto rajono savivaldybės, visuomenės sveikatos biuro ir švietimo centro tinklapiuose prieinamą aktualią informaciją

Savivaldybės tinklapyje rasti 3 tinkami informantai (vienas iš jų priklausė ir visuomenės sveikatos biurui), visuomenės sveikatos biure – 16 (iš jų 15 (dirbantiems bendrojo ugdymo įstaigose) taikytas pakoreguotas tyrimo metodas), švietimo centre – 3.

Atrinktiems informantams (išskyrus 15 iš visuomenės sveikatos biuro) išsiųsti individualūs elektroniniai laišakai, kuriuose prisistatyta, pristatytas tyrimas, klausimų pobūdis ir kiekis, asmens duomenų apsaugos principai ir paklausta, ar informantai sutiktų duoti interviu. Iš pagal savivaldybės tinklapio duomenis atrinktų informantų skirtingu laiku gauti 2 sutikimai (1 informanto elektroninis paštas laiško nepriėmė). Iš visuomenės sveikatos biuro gautas pageidavimas atsakyti raštu (ir suteikta informacija apie galimybių surinkti bendrojo ugdymo įstaigose dirbančius sveikatos priežiūros specialistus į vieną vietą diskusijų grupės organizavimui nebuvimą dėl didelių geografinių nuotolių rajone). Iš švietimo centro nebuvo sulaukta jokio atsako, net vėliau pasiūlius atlikti interviu telefonu (to galima priežastimi vienas savivaldybės atstovas, papildomai pats rekomendavęs apklausti ir švietimo centro atstovus, įvardijo itin didelį darbuotojų užimtumą). Sutikusiems kalbėtis informantams pagal pageidavimą buvo nusiųsti klausimai susipažinimui ir, patvirtinus sutikimą bei suderinus laiką, buvo susisiektas jų pateiktais telefonų numeriais ir paimti interviu pagal klausimus bei gauta papildomos tikslinamosios informacijos (trukmė 25 – 30 minučių), įrašant pokalbį per garsiakalbį.

Iš atsakiusių 3 informantų, 2 buvo itin informatyvūs ir gebantys atstovauti ne tik subjektyvią savivaldybės ar visuomenės sveikatos biuro poziciją, bet ir pateikti įžvalgas, remdamiesi jiems žinoma švietimo centro vykdomo sveikatą stiprinančių mokyklų koordinavimo vietiniu lygiu patirtimi. Pastarieji informantai dėl veiklos patirties ir mokslinės veiklos galėtų būti laikomi savo sričių ekspertais. Vienas iš informantų dėl atvirumo pabrėžtinai pageidavo neviešinti pasirinkto rajono savivaldybės pavadinimo, pareigų ir užtikrinti anonimiškumą. Kadangi informantų imtis maža ir jiems buvo žadėta visiška asmens duomenų apsauga, o tiriamojo rajono apraše ir tyrimo pagrindime pateikiama informacija sudaro dalinę galimybę identifikuoti tiriamo rajono pavadinimą, informantų išsamesnė charakteristika nepateikiama. Tyrimo analizėje taip pat bus naudojama tik termino „informantas“ vyriškoji giminė. Atsiradus būtinybei identifikuoti papildomus duomenis apie informantus, turi būti kreipiamasi į darbo autorę, o ši turi gauti atskirą informantų sutikimą.

Bendrojo ugdymo įstaigose dirbantiems sveikatos priežiūros specialistams (dėl sąlygų organizuoti diskusijų grupę nebuvimo) taip pat išsiųsti elektroniniai laišakai su pridėtais tais pačiais klausimais ir pagal 2.4. poskyrį teoriškai išvesta sveikatos stiprinimo ir ugdymo bei vaiko gerovės komisijos veiklos integravimo galimybių aprašyta schema (kuri pateikta teorinės darbo dalies 5 paveiksle). Pristačius tyrimą, specialistų buvo paprašyta atsakyti į klausimus ir/ ar įvertinti bei pakomentuoti schemą (pavyzdžiui, ką joje reikėtų tobulinti), jei schema atrodė visiškai priimtina, į 4–7 klausimus buvo galima neatsakinėti. Taip pat specialistų papildomai prašyta nurodyti savo amžių; išsilavinimą; dabartinio darbo stažą; ar priklauso (bent vienos bendrojo ugdymo įstaigos, kurioje dirba)

sveikatą stiprinančią veiklą mokykloje organizuojančiai grupei; ar priklauso (bent vienos) mokyklos vaiko gerovės komisijai. Vienos specialistės elektroninio pašto adresas visuomenės sveikatos biuro tinklapyje buvo pateiktas neteisingai ir laiško nepriėmė, kiti specialistai nieko neatsakė. Todėl tiesiogiai iš mokyklų lygmens jokios nuomonės ar įžvalgos negautos ir nei planuotas, nei vykdytas informacijos rinkimo būdai tarp metodų neįtraukti.

Tyrimas atlikinėtas 2015 metų pirmame ketvirtyje. Tyrimo duomenys transkribuoti naudojant „Android Balso įrašytuvas“ ir „Microsoft Office Word“ programas. Informantų atsakymų turinys kokybiškai analizuotas nuosekliai pagal klausimus sisteminant respondentų atsakymus į kategorijas ir subkategorijas pagal prasmę.

3.3. Informantų nuomonės ir įžvalgos vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės integruoto koordinavimo bei įgyvendinimo klausimais

Sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveika

Pirmuoju klausimu „Kokius bendrus veiksnius lemiančius gerą mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą ir gerovę galėtumėte įvardyti?“ siekta išanalizuoti kokius bendrus gerą vaikų sveikatą ir gerovę lemiančius veiksnius išskiria informantai laisvai interpretuodami sveikatos ir gerovės sąvokas. Taip pat pirmasis klausimas įveda į tolesnius klausimus ir leidžia geriau suprasti apie kokį sveikatos ir gerovės sąvokų turinį kalba informantai. Išanalizavus atsakymų turinį išskirta 1 kategorija ir 8 subkategorijos, kaip pateikta 9 lentelėje.

9 lentelė. Bendri gerą mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą ir gerovę lemiantys veiksniai

Kategorija	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Bendri vaikų sveikatą ir gerovę lemiantys veiksniai	Planingai suderinti veiksmai vaikų atžvilgiu	<i>gerai organizuotas ugdymo procesas, ilgalaikės, tęstinės, kompleksinės stiprinimo, profilaktinės programos, probleminis požiūris į visa tai, apjungiant įvairias disciplinas, o ne tik atskirai, kaip sakant visus tuos sveikatinimo; tarpsektorinis bendradarbiavimas</i>
	Visuminė sveikata	<i>tai čia įeina ne tik fizinė, bet ir psichinė sveikata jų, elgsena ir kiti dalykai turėtų įeiti</i>
	Teigiama psichoemocinė aplinka	<i>pirmas dalykas – vaikas turi būt apsuptas meile, pasitikėjimu, pripažinimu, gerumu, geru pavyzdžiu namuose ir mokykloje</i>
	Fizinės sveikatos priežiūra	<i>vaikas turi būti žiūrimas reguliariai šeimos gydytojo, jo sutvarkytas dienos režimas turi būt, pakankamas fizinis aktyvumas, turtingas – sveikas maitinimasis</i>
	Žalingų įpročių nebuvimas	<i>vaikas turi neturėti jokių žalingų medžiagų</i>
	Sveikatos ugdymas	<i>psichinės sveikatos komponentus galima integruoti į ugdymo procesą; vaiko sveikatos įgūdžių ugdymas</i>
	Teigiama šeimos įtaka	<i>tėvų pastangos; šeimos požiūris</i>
	Vaikų savivoka	<i>ir pačių vaikų atsakomybė, ne tik kaip sakant teisės, bet ir pareigos</i>

Apibendrinant pirmojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai plačiai žvelgia į sveikatos bei gerovės sąvokas ir išskiria visapusiškus veiksnus, apimančius tiek subjektyvius, tiek objektyvius sveikatos elementus, būdingus gerovei. Tačiau būtų sudėtinga vienareikšmiškai suskirstyti informantų pasisakymus į stambesnes kategorijas. Pagrindinis dėmesys skiriamas artimiausios vaiko aplinkos asmenų atsakomybei už palankių vaiko sveikatai ir gerovei sąlygų sudarymą.

Tarpsektorinis ir tarpžinybinis vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimas

Antruoju klausimu „Kaip, Jūsų manymu, (ypač nacionaliniu lygiu) turėtų būti pasidalijama atsakomybė už vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimą?“ siekta išanalizuoti informantų nuomonę kaip turėtų būti dalijamasi atsakomybė už vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimą, paliekant laisvę informantams patiems nuspręsti tarp ko ši atsakomybė turėtų būti dalijamasi. Išanalizavus atsakymų turinį išskirtos 3 kategorijos ir 7 subkategorijos, kaip pateikta 10 lentelėje.

10 lentelė. Atsakomybės už vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimą pasidalijimas

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Koordinavimas per makrolygmenį	Nacionaliniai tikslai sveikatos stiprinimui	<i>sveikatos stiprinimas tai žinoma turėtų būt koordinuojamas ir pagrindiniai momentai, ir pagrindiniai tikslai turėtų būt formuluojami nacionaliniu lygmeniu</i>
	Priemonių sveikatos stiprinimui parengimas	<i>bet tai yra ir daroma (formuluojami nacionaliniai tikslai), bet viskas pasibaigia tuo, kad gražiai surašomi tikslai, uždaviniai, o priemonių kaip nėra, taip nėra ir lieka visa Respublika, tiek biurai, tiek sveikatos ugdymo kokie ten tokie besiblaškantys, ieškantys teisingo kelio, bet dažnai pasiklystantys, mano požiūriu; jeigu mes einame link to, kad mes turime kovoti su priklausomybę keliančiom medžiagom ir dideliais pinigais, dideliais finansavimais, su ta reklama, su tuo marketingu, tai mes turim turėt adekvatų priešuodį, adekvačias priemones, o ne tik šnekom</i>
	Valstybinių institucijų veiklos nukreipimas į pagrįstų ilgalaikių programų kūrimą	<i>yra valstybinės institucijos, kurios turėtų ne savintis tik tai, ten rinkti kažkokią informaciją kaip ten ko padarė ar kiek ten paskaitų praskaitėte, ar ten kiek laiko kitus sugaišinate, bet tikslinių programų, testinių, integruotų, kompleksinių, tai to pasigendu, mokslu pagrįstų; nacionaliniu lygmeniu paruoštos, aprobuotos testinės sveikatinimo programos</i>
Adekvatūs veiksmi mezolygmeniu	Suharmonizuoti veiksmi	<i>nacionaliniu lygiu turėtų būti suharmonizuoti visi veiksmi, tiek mokyklos, tiek sveikatos priežiūros įstaigų.</i>
	Vaiko teisių apsaugos tarnybų teisinė priežiūra	<i>koordinavimas turėtų būt toks, kad ta aplinka vaiko yra pradedant namais, turėtų būt vaiko teisių tarnybos, jos turi teisiškai žiūrėt ar tėvai atlieka tinkamai savo pareigas, ar ta aplinka, kurioje vaikas gyvena yra palanki jo sveikatai, ar jis pavalgo, išsimiega, ar jis nemato blogo pavyzdžio, ar jisai yra nemušamas, nesmurtaujama</i>
Mikrolygmens atsakomybė	Mokyklų administracijos atsakomybė už vaikui palankią aplinką	<i>ta aplinka kur jisai (vaikas) mokykloj yra tai atsako ne koks nors visuomenės specialistas kaip pas mus dabar yra, svetimas žmogus mokykloje, taip sakant atsako su administracija už fizinę aplinką [...] ir turi būti mokykloje teigiamas psichologinis klimatas, profesionalus orientavimas, pozityvus orientavimas, mąstymas, elgesys ir taip toliau</i>

10 lentelės tęsinys

	Tėvų atsakomybė už požiūrį į sveikatą	<i>visų pirma tėvų atsakomybė. Turėtų būt kaip Norvegijoje, jeigu vaikas atsineša [...] „bulkutę“, o ne morką, klaust iš karto, kas yra su jūsų neišprusimu sveikatos požiūrio klausimais. Bet kuriuo atveju tėvai yra pirmas dalykas, jeigu tėvai šviesūs tuo požiūriu, turi teisingai elgtis</i>
--	---------------------------------------	--

Apibendrinant antrojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad du informantai visą dėmesį skyrė nacionaliniu lygmeniu suderintam dokumentiniam koordinavimui. Vienas informantas išskyrė ir ryšius bei veiksmus mezolygmenyje, taip pat su artimiausia vaiko aplinka (mikrolygmeniui) susijusių asmenų atsakomybę. Įžvelgtinas informantų požiūris, kad esamos institucijos turi lygiavertiškai atlikti savo esamas veiklas ir nekeliamas didesnis už sveikatą ir gerovę atsakingų institucijų integravimo poreikis, taip pat neišskiriama jokia institucija, galinti ar turinti vykdyti bendrą sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimą.

Savivaldybių vykdomas vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimas

Trečiuoju klausimu „Kokių įžvelgiate savivaldybės už vaiko gerovės koordinavimą atsakingų struktūrų ir visuomenės sveikatos biuro bendradarbiavimo galimybių (koordinuojant mokyklose vykdomas sveikatos stiprinimo ir prevencines veiklas)?“ siekta išanalizuoti informantų įžvalgas apie bendradarbiavimu grįstas vaikų sveikatos stiprinimo ir prevencinių (bendrų gerovei ir sveikatai) veiklų koordinavimo galimybes ar bendradarbiavimą kitose srityse. Išanalizavus atsakymų turinį išskirtos 2 kategorijos ir 8 subkategorijos, kaip pateikta 11 lentelėje.

11 lentelė. Savivaldybės už vaiko gerovės koordinavimą atsakingų struktūrų ir visuomenės sveikatos biuro bendradarbiavimo galimybės

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Savivaldybių struktūrų tarpusavio bendri tikslai	Savivaldybės komisijų su vaikų sveikata ir prevencija susijusių atvejų nagrinėjimas	<i>tokios komisijos (Šeimos ir vaiko reikalų komisija, Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisija), kurios žiūri tuos atvejus, kurie patenka į jų akiratį. Normaliais atvejais, jei vaikas gerai elgiasi ir gerai mokosi, jeigu jisai sveikas, tai jis neturėtų papulti į jokių komisijų akiratį; tenais (Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisijoje) jie atsakingi už prevencinę veiklą, už mokinių rūkymą ir visa kita ir va tuos visus klausimus, kur galėtų būt tiriami. Yra ten jie nagrinėja ir daugiau tų klausimų ir socialinių ir su spec. poreikių vaikais, ir panašiai</i>
	Motyvuoto personalo veiklų integravimas	<i>galimybės tokios, kad kaip sakant, kuo daugiau žiūrima į sveikatinimo ir sveikatos stiprinimo, ir profilaktines tas veiklas, kuo daugiau žmonių integruos į tą veiklą bus ar aukščiausiu lygiu, ar mokyklos lygiu, tuo rezultatas gali būt geresnis. Tai turi būt tikslingi žmonės, motyvuoti žmonės ir turintys viziją, arba bent geri vykdytojai; bendradarbiavimas organizuojant renginius</i>
	Seniūnijų įtraukimas į prevencinę veiklą	<i>atkakliai vaikų gerovės komisija, jeigu jai nepasirodo (rūkantis vaikas), tai gal būt yra pavyzdžių, kad per seniūniją galima visa tai. [...] kartais vaikai būna iš socialiai remtinų šeimų, seniūnijos moka išmokas ir jeigu tėvai nesirūpina savo vaiku, galima būtų sustabdyti išmokų teikimą, tai yra vaiko nepriežiūra. [...] tikslingas, tendencingas ir atkaklus darbas, kaip sakant, turi būt ir bendradarbiavimas užtikrintų sėkmę, aš manau</i>

11 lentelės tęsinys

	Mokyklų vaiko gerovės komisijų vaidmens stiprinimas	<i>su tais pačiais rūkymais ir darymu mokyklose, tenai (savivaldybės prevencinėse komisijose) diskutuojame mes ir sprendžiame, bet tiesiog iš tiesų tai turėtų būt principinis mokyklos, tiek vaiko gerovės komisijos, tiek visos bendruomenės sprendimas, kad mūsų mokykloje rūkyti griežtai draudžiama, jeigu to nesilaikysi, bus imtasi tam tikrų priemonių</i>
Savivaldybių struktūrų įtaka mokyklų veikloms	Pedagogų vaikų sveikatos raštingumo ugdymas	<i>dėl su sveikatos biuru bendradarbiavimo tai manau, kad mokyklos be reikalo yra atleidžiamos nuo sveikatos raštingumo ugdymo, tai yra vadinkim „pirminė visuomenės sveikatos priežiūra“ yra ugdymo vaikų supratimo apie sveikatos raštingumo klausimus turi atlikti pedagoginis personalas, tam jie paruošti turi pedagoginį instrumentą</i>
	Mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų poveikių metodikų naudojimas	<i>na dabar turim tokią gana naują nuo 2008 metų instituciją Visuomenės sveikatos biurus ir visuomenės sveikatos specialistus mokyklose, tai bent jau jie turi naudoti paveikias arba efektyvias metodikas. Tai neturi vaikas žinių, kurių reiktų profilaktikai, turi šiaip sau iš bendros erdvės prisirinkęs, iš to, ką mokosi biologijoje, jam nereikia žinot kiek tūkstančių medžiagų yra cigarečių</i>
	Vaikų ugdymas ir prevencija per pavyzdį	<i>o priemonės kokios yra tai žinot ne paskaitos, ne pamokos, ne vadovėlių turėjimas, ne atviros pamokos sveikatos išpiešiant aš sakau, o turėtų būt pamokos paremtos hermeneutiniu ugdymu, tai būtent per pažinimą, vaikas turi parodyti mąstymą, vaikas turi būti veikiamas per tokį neurolingvistinį programavimą, kitaip sakant jam pateikiama, užprogramuojama į tuos požiėvinius centrus, kad blogas elgesys, psichotropinių medžiagų vartojimas yra negeras. Tokie dalykai padaromi ne per žodžius, ne per verbalinį tokie dalykai, bet per pavyzdį ir per tokias visokias priemones, kurios veikia, per spalvinimą knygučių, per paaiškinimą; kai kurie mokytojai rūko, nesvarbu kad jie ne visai mokykloj, kaip sakant pasislėpę katilinėse ar dar kaip nors, bet ateina į pamokas prisirūkę, žodžiu čia yra daug, kaip sakant, taisytinių dalykų, bet visų pirma tai svarbu yra nuo mokyklos administracijos požiūrio ir principinių pasakymų</i>
	Paskaitų organizavimo vaikams atsisakymas	<i>o paskui augant vaikui tas dalykas vis sudėtingėja ir eina prie to, kad vaikai klausia, jiems atsakoma tą, ką klausia. Svarbu, kad jokių būdu jiems būtų ne organizuojama paskaita, ateina koks nors storas diedas ir papasakoja tas paskaitas</i>

Apibendrinant trečiojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai, remdamiesi asmeniniais pavyzdžiais, labiau linkę nurodyti, kokioms mokyklų veikloms ar struktūroms savivaldybės struktūros galėtų padaryti įtaką, nei kaip sąveikauti tarpusavyje. Taip pat vienas informantas pateikė seniūnijų vaidmens įtraukimo pavyzdį sprendžiant per kitas struktūras nepaveikias problemas.

Vaikų sveikatos stiprinimo, ugdymo ir gerovės įgyvendinimas bei koordinavimas mokyklose

Ketvirtuoju klausimu „Kaip, Jūsų manymu, bendrojo ugdymo įstaigose galėtų būti planuojamos ir koordinuojamos su vaikų sveikata susijusios aktyvios veiklos (sveikatos stiprinimo, ugdymo, prevencinės)?“ siekta išanalizuoti informantų nuomonę kaip būtų galima planuoti ir koordinuoti su vaikų sveikata susijusias veiklas bendrojo ugdymo įstaigose. Išanalizavus atsakymų turinį išskirta 4 kategorija ir 5 subkategorijos, kaip pateikta 12 lentelėje.

12 lentelė. Su vaikų sveikata susijusių aktyvių veiklų planavimas ir koordinavimas bendrojo ugdymo įstaigose

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Fizinių veiklų planavimas	Fizinio aktyvumo didinimas	<i>čia turėtų būti toks dalykas, kad mokykla pirmiausia turėtų kai yra kūno kultūros pamokos, jų yra dvi savaitėje, labai retai mokykloje trys, bet nei 2, nei 3 pamokos neišpildo jų poreikio fiziniam aktyvumui, jų poreikis yra į savaitę minimum 7 valandos, o tai turėtų būti 7 pamokos, tai niekad nebuvo, jokioje šalyje, nėra ir nebus; o mūsų bendrojo lavinimo mokyklose kūno kultūra jina miršta, iš tiesų jeigu jina numirs, tai ją prikelt bus labai sunku</i>
	Fizinio pajėgumo vertinimo atsisakymas	<i>svarbiausia, kad pamokos būtų teigiamų emocijų šaltinis, [...], dalis vaikų aišku nori, kad būtų vertinami pažymiais, ypač jeigu yra Dievo apdovanoti fizinėmis galimybėmis, bet didžiuliai vaikų tai to negalima daryti. Vaikai turėtų būti giriami už pastangas, atžymimi jo pasiekimai, bet jokia būdu jokios prievartos, kad neatpratinti vaiko nuo noro judėti visą gyvenimą</i>
Preveninės veiklos organizavimas	Universali psichologinė prevencija	<i>dėl prevencinių priemonių, jos turėtų būti paremtos ugdymo pagrindais pagal amžių, orientuotos, pagal neurolingvistiniais dalykais, psichologinio bendravimo dalykais, ugdymosi ir svarbiausia tai, kad vaiką paruošti psichologiškai aukštesnei kondicijai. Tai būtų jo pasitikėjimas savimi, kitais dalykais, kaip universali pirminė prevencija, nes pirminė prevencija, ar tai bus alkoholio, ar tai bus narkotikų, tabako ar blogo elgesio dilekventinė prevencija yra ta pati, vienoda, šaknys tos pačios. Tai yra prosocialus elgesys, tai yra pavyzdys, pavyzdys dar kartą ir paskutinį dalyką, atsakymą į klausimus, kad žinios yra labai saikingos ir jų daug nereikia tokiam dalykui; mokyti etikos tam tikrų taisyklių, normų, [...], kaip pagirti kitą, kaip, taip sakant, pasakyti komplimentą, kaip reaguoti į vieną ar kitą situaciją ir taip toliau. Tai yra tendencingas darbas, o ne momentinis, patogumo principu, tai yra gal būtų sunkiau tai pamatuoti, ta prasme sunkus darbas, atkaklus, sunku parodyti tokį darbą</i>
Programinės veiklos planavimas	Sveikatos ugdymas per pamokas	<i>sveikatinimo veiklos integruotos į kitas pamokas; mano nuomonė yra tokia, kad iš tiesų pusę šių veiklų ir didžiąją dalį šių veiklų turėtų sudaryti kompleksinės nuo 1 iki 10, ar net 12 klasės programos. Na tai atitinkamomis temomis, jeigu priklausomybių prevencija, tai rūkymas, alkoholis ir kitos psichotropinės psichoaktyvinančios medžiagos, mityba, fizinis aktyvumas irgi galėtų būti integruojama tarp biologijos, gal būtų dar gali kūno kultūros pamokas jungiant, apjungiant ar kažkaip</i>
Neprograminė veikla	Mokyklų saviraiška	<i>na ir ketvirtadalis būtų – paliktumėm mokyklom tiesiog saviraiškai, ar ten pasikviest kokį gydytoją, ar ten kokį odontologą ar dar kitą žmogų, kuris taip sakant gal būtų įdomus, gal kunigas, gal dar kažkas, prisitraukt žmonių į bendruomenę, į veiklą, užmotyvuot žmones, jaunos žmones, vaikus ir taip toliau. [...] ketvirtadalis tos kokios veiklos [...], gali būti ir protmūšiai, gali būti ir tos jų viktorinos, reakcijos propagavimas, tas visas viešinimas irgi yra svarbu, bet tai neturėtų būti pagrindinis tikslas</i>

Apibendrinant ketvirtojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai teikė prioritetą sudėtingesnių, bet prasmingesnių veiklų planavimui, skatino atsisakyti pseudo sveikatinančių veiklų. Taip pat pastebėjo, kad veiklos pirmiausiai turi būti grįstos vaikų psichologiniu komfortu, prioritetą skyrė sveikatos ugdymajai programinei veiklai.

Penktuoju klausimu „Koks, Jūsų manymu, turėtų būti mokyklų administracijos indėlis į su vaikų sveikata susijusių veiklų organizavimą bei koordinavimą?“ siekta išanalizuoti informantų

nuomonę kaip mokyklų administracija turėtų prisidėti prie su vaikų sveikata susijusių veiklų organizavimo ir koordinavimo. Išanalizavus atsakymų turinį išskirta 1 kategorija ir 3 subkategorijos, kaip pateikta 13 lentelėje.

13 lentelė. Mokyklų administracijos indėlis į su vaikų sveikata susijusių veiklų organizavimą bei koordinavimą

Kategorija	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Mokyklų administracijos prioritetai	Pedagoginio personalo elgesio su vaikais stebėjimas	<i>administracija turėtų žiūrėti per didžiulį, taip vadinamą, padidinamąjį stiklą koks yra pedagoginis kolektyvas. Jeigu mokytojas nemylia vaiko, jeigu jis yra piktas, aštrus ar koks nors, jis neturi teisės dirbt mokytoju, pirmas dalykas. [...] turėtų žiūrėti pedagoginio personalo, ar yra pagarba vaikui, dėmesys, šiluma ir jeigu tų dalykų nėra, jisai turėtų būti tas kolektyvas prižiūrimas, kolektyvas turi būti šioje vietoje sveikas; tai turėtų būti pats didžiausias indėlis, turėtų būti vienas iš pagrindinių tikslų, kaip vaiką paruošti sveikatos klausimais raštingą</i>
	Mokymo programos krūvio vaikams adekvatus perskirstymas	<i>vaikai yra ne vienodi [...] šiaip jau pati mokymo programa yra kelianti stresą, arba kitaip sakant jinai dar yra persunki programa, nes daliai vaikų [...] jinai yra neįveikiama. Todėl turėtų būti labai stipri diferenciacija ir reikėtų atskirti tuos vaikus labai gabius, kuriems šitos apsukos yra per mažos nuo vidutinių arba žemesnio intelekto. Svarbiausias dalykas turi būti, kad vaikas turi suprasti, kad jis yra bet koks mylimas.</i>
	Bendradarbiavimas su visuomenės sveikatos biuru ir jo atstovu mokykloje	<i>bendradarbiavimas, konsultavimasis su visuomenės sveikatos priežiūros specialistu, bendrų renginių organizavimas; aš matau biuro perspektyvoje efektyvesnę veiklą, kad kaip konsultantą, kaip patarėją, kaip motyvuotoją sveikatingumo klausimais veikloje</i>

Apibendrinant penktojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai nurodo administracijos įtakos pedagoginiam personalui ir pedagoginės veiklos optimizavimui svarbą. Taip pat nurodo bendradarbiavimo su Visuomenės sveikatos biurais per konsultavimąsi poreikį.

Šeštuoju klausimu „Koks, Jūsų manymu, mokyklose turėtų būti tėvų ir pačių vaikų vaidmuo jų su sveikata susijusių veiklų planavimo ir įgyvendinimo procesuose?“ siekta išanalizuoti informantų nuomonę apie tėvų ir vaikų vaidmenis planuojant ir įgyvendinant su vaikų sveikata susijusias veiklas. Išanalizavus atsakymų turinį išskirtos 2 kategorijos ir 4 subkategorijos, kaip pateikta 14 lentelėje.

14 lentelė. Tėvų ir pačių vaikų vaidmuo jų su sveikata susijusių veiklų planavimo ir įgyvendinimo procesuose

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Tėvų vaidmuo	Bendruomeninis tėvų ryšys su pedagogais	<i>tai yra neabejotinai turi būti mokyklos bendruomenė. Negali būti, kad mokykla yra kažkokia uždara teritorija, į kurią tėvai nesikiša. [...] turi būti labai glaudus ryšys tarp, ir ypač kuo mažesni vaikai, tarp tėvų [...] ir pedagogų</i>
	Tėvų pavyzdینگumas	<i>sveikatos ugdytas ne tik mokykloje, bet ir namų aplinkoje; visų pirma tai vaidmuo tai atsakomybė aišku, tėvų irgi prisidėjimas kaip pavyzdžio, kaip pagrindinio pavyzdžio</i>
	Užklasinė veiklų organizavimas	<i>ir veiklų planavimas ir įgyvendinimo procesai turėtų būti viskam visokie užklasiniai, turistiniai žygiai ir kiti</i>

14 lentelės tęsinys

Vaikų vaidmuo	Vaikai veiklų iniciatoriai	<i>būtų gerai, kad vaikai patys inicijuotų veiklas, tai būtų aukščiausias lygis, kad suprastų. Kad, taip sakant, tokia būtų sudaroma iliuzija, kad jie patys daro, tai būtų aukščiausias dalykas. Jeigu organizuoja kažkas iš šono, tai vadinasi tam organizatoriui daro. Jeigu tai kyla iš apačios, tai yra pats aukščiausias lygis, sakau organizatoriai taip protingai padaro, kad vaikam atrodo, kad jie patys organizuoja. Tai būtų idealus dalykas. O visokie ten darymai dėl „varnelių“ yra niekas; čia klausimas pedagogams turėtų būt, kaip čia tą įtraukimą padaryt</i>
---------------	----------------------------	---

Apibendrinant šeštojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai akcentuoja tėvų nuomonės mokykloje prioritetą, įžvelgia jų vaidmenį kaip užklasinių veiklų organizatorių ir dalyvių bei kaip asmeninio pavyzdžio vaikams perteikėjų. Taip pat numato vaikų iniciatyvos svarbą.

Septintuoju klausimu „Kokia, Jūsų manymu, turėtų būti mokyklų vaiko gerovės komisijų sudėtis ir tarpusavio ryšiai, kad ji galėtų visapusiškai vykdyti su vaikų sveikata susijusias funkcijas?“ siekta išanalizuoti informantų nuomonę apie mokyklų vaiko gerovės komisijų sudėtį ir tarpusavio ryšius suteikiančius galimybę visapusiškai vykdyti su vaikų sveikata susijusias funkcijas. Išanalizavus atsakymų turinį išskirtos 2 kategorijos ir 7 subkategorijos, kaip pateikta 15 lentelėje.

15 lentelė. Mokyklų vaiko gerovės komisijų sudėtis ir tarpusavio ryšiai visapusiškam su vaikų sveikata susijusių funkcijų vykdymui

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Mokyklų vaiko gerovės komisijų sudėtis	Administracijos atstovas	<i>manyčiau, kad vaiko gerovės komisija tai turėtų būti, žinoma, ir iš administracijos turėtų įeiti</i>
	Švietimo pagalbos specialistai	<i>turėtų įeiti ir mokyklos socialinis pedagogas. Ir mokyklos psichologas. socialinis darbuotojas, logopedas, psichologas</i>
	Visuomenės sveikatos priežiūros specialistas	<i>na dabar yra visuomenės sveikatos specialistas</i>
	Pedagogų atstovas	<i>pedagogas</i>
	Komisijos įvairovė	<i>komisija turėtų būti sudaryta iš kuo įvairesnių specialistų, kad kiekvienas žvelgtų iš savos perspektyvos; aišku gali ir mokinių, tėvų kažkoks atstovas ir taip toliau</i>
Mokyklų vaiko gerovės komisijų tarpusavio ryšiai	Bendra vaikų atvejų analizė	<i>bet komisija turėtų būti kiekvienas atvejis, kur ten patenka turėtų būt pagrindas panagrinėt kas darosi mokykloje negerai. Ar vaikui reikia geresnio auklėjimo, ar jisai nesistengia, ar dar kažkas yra.</i>
	Bendra pedagogų elgesio su sudėtingais vaikais priežiūra	<i>dažniausiai problema būna tame, kad yra netikę pedagogai. Mano patirtis, kadangi aš daug metų tose komisijose, tai yra mokykla stengiasi išgrūsti iš savo tarpo bent kiek vaiką kitokį. Tai gali jis būt tas vaikas kartais ar hiperaktyvus, ar nepatogus vaikas, arba blogai elgiasi, arba iš blogų šeimų ir tokiu būdu pasiliikt tik su patogiais. O ką daryt su nepatogiais? Mokyklose yra tas pedagogų vaikui individualus dėmesys netaikomas, mokykla labai arogantiškai elgiasi su tėvais tokių vaikų ir tie vaikai keičia mokyklą po mokyklos ir neranda vietos niekur</i>

Apibendrinant septintojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai mokyklų vaiko gerovės komisijų sudėtį sieja su visu mokyklos personalu, taip pat vienas informantas numato galimybę įtraukti tėvus ar vaikų atstovus. Kitas informantas akcentavo bendrą (komandinę) komisijos veiklą nukreiptą į įvairiapusių vaikų sudėtingų atvejų nagrinėjimą ir apsaugą nuo pedagogų netinkamo elgesio.

Sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir prevencinių veiklų finansavimas

Aštuntuoju klausimu „Kokių išvelgiate galimybių finansuoti mokyklose vykdomas su vaikų sveikata susijusias veiklas (sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo, prevencines)?“ siekta išanalizuoti informantų įžvalgas apie mokyklose su vaikų sveikata susijusių veiklų finansavimo galimybes. Išanalizavus atsakymų turinį išskirtos 2 kategorijos ir 4 subkategorijos, kaip pateikta 16 lentelėje.

16 lentelė. Mokyklose vykdomų su vaikų sveikata susijusių veiklų finansavimo galimybės

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Projektinis finansavimas	Europos (sąjungos) projektai	<i>matau vieną iš tokių galimybių tai žinoma mokyklos gali dalyvauti įvairiuose ten ir europiniuose projektuose</i>
	Ministerijų projektai	<i>ir Švietimo ministerijos vykdomuose ir kultūros vykdomuose projektuose</i>
Nuolatinis finansavimas	Savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo programa	<i>savivaldybėse yra tokia visuomenės sveikatos rėmimo programa tokia patvirtinta, ir jina turi tokį fondą visuomenės sveikatos rėmimo, na programa [...], anksčiau visuomenės sveikatos fondas buvo; yra visuomenės sveikatos vykdoma specialioji programa, kurios veikloje mokyklos dalyvauja</i>
	Biudžetinės lėšos	<i>valstybės skirtos lėšos, savivaldybių parama</i>

Vienas informantas nurodė privalumą visoms mokykloms tapti sveikatą stiprinančiomis, kad gautų didesnę finansavimą („visuomet pasisakau už tai, kad sveikatą stiprinanti mokykla turėtų galimybę laimėti šituose fonduose savo veikloms, nors ir mažus pinigus, bet tas padeda joms dalyvauti veikloje.“). Kitas informantas pastebėjo lėšų panaudojimo efektyvumo stoką („Čia galima vienaip žiūrėti ar čia tų lėšų visiems trūksta. Kita vertus, jeigu mes atmestume visas neefektyvias veiklas ir paskirtume visas pajėgas ir finansus efektyvesniam dalykam, pagrįstiem neurolingvistiniu kažkokiu programavimu, šiandien ką daro verslas, ką daro pažangūs vadybininkai, pažangūs marketingo specialistai. Čia klausimas aišku, ar mes sugebėsime tai vykdyti.“).

Apibendrinant aštuntojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai išvelgia papildomo finansavimo galimybes mokykloms dalyvaujant projektuose (nacionaliniuose, europiniuose). Taip pat pagrindiniu veiklų finansavimo šaltiniu įvardija egzistuojantį programinį finansavimą.

Sveikatą stiprinančių mokyklų privalumai ir plėtra

Devintuoju klausimu „Kokie, Jūsų manymu, sveikatą stiprinančių mokyklų (SSM) privalumai siekiant integruoto vaikų sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir vaiko gerovės koordinavimo?“ siekta išanalizuoti informantų nuomonę apie sveikatą stiprinančių mokyklų galimus privalumus siekiant integruoto vaikų sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir vaiko gerovės koordinavimo. Išanalizavus atsakymų turinį išskirtos 3 kategorijos ir 7 subkategorijos, kaip pateikta 17 lentelėje.

17 lentelė. Sveikatą stiprinančių mokyklų privalumai siekiant integruoto vaikų sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir vaiko gerovės koordinavimo

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Mokyklos personalo sutelktumas	Mokyklų administracijos pritarimas veiklai	<i>tos mokyklos privalumai yra tokie, kad mokyklos administracija pasirašo; ir gerai, kad yra mokyklos projektas, o ne (visuomenės sveikatos) biuro projektas, nes jei būtų biuro projektas, būtų vėl viskas numesta ir atsiribota nuo šios veiklos</i>
	Pedagogų supratingumas	<i>visas pedagoginis personalas turi suprasti kas tai yra sveikatą stiprinanti mokykla, turi žinoti kuo ji skiriasi nuo paprastos mokyklos</i>
	Personalo (ypač pedagogų) sąmoningas pavyzdinumas	<i>visi turi būt patys šviesesni, ir pedagogai, negali būt net minties, kad koks nors mokytojas būtų pamatytas rūkantis arba išgėręs arba prisirūkęs, kaip tokių būna, turi būt teigiamas pavyzdys iš mokytojų</i>
Palankesnių vaikams sąlygų sudarymas	Dėmesingumas sveikatai	<i>didesnis dėmesys; parodomas dėmesys vaiko sveikatai</i>
	Palanki aplinka	<i>žinoma ten įeina ir aplinkos visi dalykai, tai yra irgi labai svarbu, kaip užtikrinti saugią, sveiką aplinką vaikui, kaip užtikrinti sporto aikštinę, kaip užtikrinti dar erdves vaikui judėti</i>
Didesnis prioritetas bendrų veiklų koordinavimui	Didesnis koordinavimas	<i>ir indėlis didelis, idėja gera per koordinacines komisijas</i>
	Didesnė informacijos sklaida	<i>dabar tie klausimai yra keliami sveikatingumo ir koordinacinės komisijos vienos veikia efektyviau, kitos prasčiau, bet jos veikia ir ta geroji žinia eina</i>

Nors klausime buvo prašoma įžvelgti sveikatą stiprinančių mokyklų privalumus integruotesniam veiklų koordinavimui, vienas informantas pažvelgė į klausimą kritiškai ir taip pat išsakė asmeniškai pastebimas šių mokyklų veiklos silpnąsias vietas, vertas atskiro dėmesio („Gražus pavadinimas [...], bet vėl gi, taip sakant man trūksta tenai konkretumo, konkrečių sveikatinimo efektyvių veiklų.“, „Vėl gi daroma kiekybiškai, o ne kokybiškai“, „aš visada už, kad siekti tobulinant veiklų efekto, o ne kažkokių muilo burbulų, pūsk muilo burbulus, ne tabako dūmus, ir minėk juoko dieną per pertrauką – kvatokis už pilvo susiėmęs, per muzikos dieną įjunk fojė magnetofoną ir vaizduok, kad jau čia didelė sveikatos stiprinimo ar profilaktinė veikla.“, „Ar tenais vandens dieną pastatyk šotį su vandeniu ir leisk vaikams atsigerti. Gali taip būt, gali būt, bet tai neturėtų būt pagrindinė tokio skambaus pavadinimo kaip sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo veikla.“, „trūksta pačio turinio, turinio kokybės, kiekybės tai užtenka, bet kokybės turinys, jeigu pasigilinant ir einant į priemones tai iš tiesų yra pakankamai neišvirta sriuba“) siekiant sveikatą stiprinančių mokyklų veiklų tobulinimo.

Apibendrinant devintojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad vienas informantas kaip pagrindinį sveikatą stiprinančių mokyklų integruotesnio veiklų koordinavimo privalumą nurodo didesnę šių mokyklų personalo pasiruošimą ir pritarimą veikloms. Kiti prioritetą daugiau teikia šių mokyklų papildomam koordinavimui per sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą, taip pat įvardija palankesnes sąlygas vaikams sudarančius aspektus.

Dešimtoju klausimu „Kokias įžvelgiate SMM tinklo ryšių galimybes su savivaldybių koordinacinėmis struktūromis (Visuomenės sveikatos biuru, už vaiko gerovę atsakingomis struktūromis)?“ siekta išanalizuoti informantų ryšių galimybių tarp sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo ir savivaldybių koordinacinių struktūrų įžvalgas. Išanalizavus atsakymų turinį išskirta 1 kategorija ir 2 subkategorijos, kaip pateikta 18 lentelėje.

18 lentelė. Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo ryšių su savivaldybių koordinacinėmis struktūromis galimybės

Kategorija	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Sveikatą stiprinančių mokyklų ir savivaldybės koordinacinių struktūrų bendradarbiavimas	Bendras veiklų planavimas	<i>bendradarbiavimas, bendrų programų rengimas; (visuomenės sveikatos priežiūros specialistai) irgi priklauso tai koordinacinei (sveikatos stiprinimą mokykloje organizuojančiai) grupei [...], mokyklos nusimato rašydamos projektus visuomenės (sveikatos) veiklas vykdyti</i>
	Tikslingų priemonių parinkimas	<i>tie ryšiai yra, bet čia vėl gi užburtas ratas. Trumpalaikėm intervencijom, momentiniais kažkokiais tai veiksmiais, atsitiktinėm veiklom, atsitiktiniais vaikais. Priemonės turėtų būt jautrios kiekvienam vaikui, realizuotai, intervencijos vykdomos, vietoj patikrintos, kad neatneštų žalos daugiau negu naudos</i>

Vienas informantas pateikė kontraversišką nuomonę parodančią ne tik galimybių, bet ir poreikio sveikatą stiprinančioms mokykloms ar jų tinklui palaikyti ryšius su Visuomenės sveikatos biuru ar jo atstovais mokykloje nebuvimą („tai yra mokyklos projektas ir neprileistų visuomenės sveikatos stiprinimo specialistų mokykloj, kad jis būtų priimamas kaip kažkoks reikalingas visuomenės sveikatos biurui“). Tačiau atsižvelgiant į visų informanto atsakymų kontekstą ir vėlesnį pareiškimą („Kitaip sakant mokykla turi jaust, kad tai jos projektas yra, o visuomenės sveikatos biuras, tas visuomenės specialistas turėtų būti aktyvus ten kur komitete mokyklos (vaiko gerovės komisijoje), tai ir psichologas, socialinis pedagogas, administracijos kas nors tokie. Aišku pirmu smuiku turėtų grot kūno kultūros mokytojai.“), informantas norėjo pabrėžti, kad Visuomenės sveikatos biuras ir jo atstovai, dirbantys mokykloje, neturėtų perimti pagrindinio, koordinacinio vaidmens sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos koordinavime, nes visuomenės sveikatos priežiūros specialistai nėra pedagoginio personalo atstovai ir tiesioginiai mokyklų darbuotojai, todėl sustiprinus jų vaidmenį, likęs mokyklų personalas prarastų iniciatyvumą.

Apibendrinant dešimtojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad išoriškai informantų įžvalgos išsiskyrė, tačiau atsižvelgiant į kontekstą, nei vienas informantas neatmeta sveikatą stiprinančių

mokyklų tinklo ir savivaldybių koordinacinių struktūrų bendradarbiavimo galimybių. Taip pat informantai akcentuoja mokyklų vidinį bendradarbiavimą nukreiptą į bendrus tikslus su Visuomenės sveikatos biuro mokyklose dirbančiais atstovais lygiateisėmis sąlygomis.

Vienuoliktuoju klausimu „Kokias įžvelgiate SMM galimybes dalintis gerąja patirtimi tarpusavyje įvairiais lygmenimis ir skleisti ją už SMM tinklui priklausančių mokyklų ribų?“ siekta išanalizuoti informantų įžvelgiamas galimybes sveikatą stiprinančioms mokykloms dalytis ir skleisti savo gerąją patirtį. Išanalizavus atsakymų turinį išskirtos 3 kategorijos ir 5 subkategorijos, kaip pateikta 19 lentelėje.

19 lentelė. Sveikatą stiprinančių mokyklų galimybės dalintis gerąja patirtimi tarpusavyje ir skleisti ją už tinklui priklausančių mokyklų ribų

Kategorijos	Subkategorijos	Pagrindžiantys teiginiai
Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklų pertvarkymas	Steigti ir vystyti vietinius tinklus	<i>matau galimybę tokią, kad turi būti tinklai lokaliniai; aišku vienas dalykas yra išvystyt (vietinį tinklą), tai yra viena užduotis</i>
	Vietiniai tinklai turi sudaryti stambesnius ir įeiti į nacionalinį	<i>nacionalinis tinklas gali būti tinklas su 40 savivaldybių tinklų. Arba dar gali būt, kad mūsų tas savivaldybės tinklas įeina į [...] regiono tinklą, o [...] regiono tinklas į nacionalinį tinklą, kitaip sakant maži tinklai sudaro stambesnius, kol prieina iki nacionalinio tinklo</i>
Sveikatą stiprinančių mokyklų bendri renginiai	Vietinių tinklų nariai turi aptarinėti savo patirtis kas mėnesį	<i>dėl ko reikalingi maži, lokaliniai tinklai, tam kad šitie patys koordinatoriai dažniau matytųsi. Pas mus renkasi jie per mėnesį bent kartą. Jie aptaria visokias geras ir blogas patirtis, dalijasi</i>
	Vietiniai, regioniniai ir nacionaliniai tinklai turi rengti konferencijas kasmet	<i>daro konferencijas metines, kasmet turi būt daroma regioninė konferencija ir nacionalinė konferencija. Tinklai turi būti su savo pavyzdžiais; vykdomos kasmetinės sveikatos, sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos, kuriose dalina tą gerąją patirtį. Taip pat mokyklų koordinatoriai vyksta į nacionalinį, biuro organizuojamose konferencijose; konferencijos</i>
Sisteminis dalijimasis informacija	Technologinė informacijos sklaida	<i>naujienlaiškis, interneto tinklapis</i>

Apibendrinant vienuoliktojo klausimo turinio analizę pastebėtina, kad informantai pirmiausiai įžvelgia poreikį pertvarkyti nacionalinį sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą į susidedantį iš teritoriniu pagrindu sudaromų smulkesnių tinklų. Kuo smulkesni teritoriniai tinklai, tuo dažnesnis turi būti jų dalijimasis patirtimi bendruose renginiuose, visi informantai nurodo konferencijų organizavimą. Taip pat vienas informantas išskiria galimybę aktyviau naudoti informacines technologijas.

3.4. Tyrimo rezultatų apibendrinimas ir aptarimas

Apibendrintai teigtina, kad tyrimas parodė esant ne tik nacionalinių tikslų, bet ir bendrų moksliškai pagrįstų priemonių poreikį siekti palankių gerai vaikų sveikatai ir gerovei veiksmų. Savivaldybės struktūros turi sąveikauti taip, kad pasiektų bendrų tikslų ir užtikrintų bendrojo ugdymo įstaigose tikslingų veiklų organizavimą. Ugdymo įstaigose prioritetas teikiamas pedagoginei

programinei sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir prevencijos veikloms, sudarant sąlygas tėvų ir vaikų iniciatyvai. Mokyklų vaiko gerovės komisija turi būti įvairiapusė, vyrauti ne pedagoginis personalas gebantis prižiūrėti pedagogų elgesį vaikų atžvilgiu. Su sveikata susijusių veiklų finansavimo prioritetas teiktinas esamam programiniam finansavimui. Mokyklos turėtų siekti sveikatą stiprinančių mokyklų statuso dėl geresnio personalo pasiruošimo organizuoti ir vykdyti veiklas bei palankesnių sąlygų vaikams. Šių mokyklų veiklų vidinis koordinavimas turėtų būti grįstas sveikatos stiprinimą mokykloje organizuojančios grupės, sudarytos iš mokyklos nuolatinio, ypač pedagoginio, personalo veikla, į kurios sudėtį gali įeiti visuomenės sveikatos priežiūros specialistas, atstovaujantis Visuomenės sveikatos biurą. Šių mokyklų patirties sklaida galima kuriant vietinius (savivaldybės lygiu) tinklus, juos apjungiant į regioninius ir tik tada įtraukiant į nacionalinį tinklą, už vietinių tinklų koordinavimą gali būti atsakingi savivaldybių švietimo centrai.

Aptariant tyrimo rezultatus teigtina, kad jie neprieštaruja Pasaulinės sveikatos organizacijos¹⁹¹ keliamoms visos vyriausybės ir visos visuomenės atsakomybės pasidalijimo už sveikatą ir gerovę idėjoms, priešingai – pagrindžia šių idėjų poreikį bei parodo sveikatos visapusiškumą ir bendrumą su gerove. Taip pat rezultatai rodo mokyklų bendruomenių (įskaitant personalą, tėvus, ir vaikus) aktyvaus įsitraukimo ir atsakomybės prisiėmimo už sveikatos stiprinimą ir gerovę bendradarbiavimu ir lygiateisiškumu grįstas galimybes, kurių poreikį iškelia I. Kickbusch ir D. Gleicher¹⁹². A. Petrauskienės ir S. Ustilaitės¹⁹³ nustatytas mokytojų pagrindinis vaidmuo vaikų sveikatos ugdyme ir mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kaip organizatorių ir mokytojų rėmėjų vaidmenys artimi tyrimo informantų išsakytoms nuomonėms apie pedagoginių metodų ir programinės veiklos poreikį ugdant mokinių sveikatą ir apie visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kaip mokyklos personalo konsultantų veiklą.

¹⁹¹ Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series No. 6, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999, 224 p. prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).

¹⁹² Kickbusch I., Gleicher D., Smart governance for health and well-being: the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014, 160 p.

¹⁹³ Petrauskienė A., Ustilaitė S., Mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmenys. Mokslo studija, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2013, 240 p.

IŠVADOS

1. Sveikatos ir gerovės sąveika abipusė, taip pat sveikata laikytina neatsiejama gerovės sudėtine dalimi. Vaikų sveikatos stiprinimas ir gerovės užtikrinimas didžia dalimi realizuotinas bendrojo ugdymo įstaigose ir ryškiai siejasi per socialinius sveikatą lemiančius veiksnius. Gerovės kaip bendro siekio išskėlimas leidžia sutelkti skirtingų sektorių bendras pastangas stiprinti sveikatą.
2. Teoriškai Lietuvoje sudarytos prielaidos vaikų sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės politikų integruotam koordinavimui iš pagrindų nekeičiant esamos politinės ir teisinės sistemos. Tačiau savivaldybių ir bendrojo ugdymo įstaigų lygmenyse reikalingas sveikatos stiprinimo ir gerovės užtikrinimo veiklas koordinuojančių ir įgyvendinančių asmenų funkcijų atsidalijimas, atitinkamų kompetencijų ugdymas, aktyvus bendruomenių įtraukimas ir veiklų finansavimo integravimas. Sveikatą stiprinančiose mokyklose teoriškai sudaromos palankesnės sąlygos sveikatos stiprinimo ir gerovės bendrų veiklų koordinavimui.
3. Pasirinkto rajono atvejo analizė parodė esant galimybę plėsti sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą kuriant vietinius (apimančius savivaldybės mokyklas) tinklus, koordinuojamus savivaldybės švietimo centro ir bendradarbiaujančius su savivaldybės visuomenės sveikatos biuru, užtikrinančiu finansavimą. Sveikatai ir gerovei bendrų veiklų įgyvendinimas mokyklose turi būti grindžiamas sutelktiniu mokyklos bendruomenės darbu ir derinamas tarpusavyje. Taip pat reikalingi bendri nacionaliniai tikslai ir mokslu pagrįstos veiklos priemonės.

REKOMENDACIJOS

LR socialinės apsaugos ir darbo ministerijai

- Kuriant naujo laikotarpio vaiko gerovės programą, įtraukti uždavinį skatinti sveikatą stiprinančių mokyklų vietinių tinklų kūrimąsi.
- Bendradarbiaujant su kitais sektoriais (ypač sveikatos apsaugos bei švietimo ir mokslo) iškelti bendrus vaikų sveikatai ir gerovei siektinus tikslus bei parengti mokslu pagrįstų priemonių paketą savivaldybėms.

Nacionalinio sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo koordinatoriams

- Siekti užmegzti glaudžius ryšius su savivaldybių švietimo centrais ir visuomenės sveikatos biurais bei inicijuoti vietinių ir regioninių sveikatą stiprinančių mokyklų tinklų kūrimąsi.

Pasirinkto rajono savivaldybės vietiniam sveikatą stiprinančių mokyklų tinklui

- Bendradarbiaujant su savivaldybės už vaiko gerovę atsakingomis struktūromis ir Visuomenės sveikatos biuru integraliau koordinuoti vykdomas sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir prevencines veiklas, orientuojant jas į kokybę bei sutelkiant pastangas bendriems tikslams siekti.

LITERATŪRA

Lietuvos Respublikos teisės aktai:

1. LR jaunimo politikos pagrindų įstatymas, *Valstybės žinios*, 2003, Nr. 119-5406; *Valstybės žinios*, 2005, Nr. 144-523.
2. LR sveikatos sistemos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 63-1231; *Teisės aktų registras*, 2014, Nr. 2014-19560.
3. LR švietimo įstatymas, *Valstybės žinios*, 1991, Nr. 23-593; *Valstybės žinios*, 2013, Nr.114-5683.
4. LR vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 80-3214; *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 157-796.
5. LR vietos savivaldos įstatymas, *Valstybės žinios*, 1994, Nr. 55-1049; *Teisės aktų registras*, 2014, Nr. 2014-21274.
6. LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 56-2225; *Valstybės žinios*, 2013, Nr. 107-5277.
7. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymas Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-06-28, Nr.79-2881.
8. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. kovo 8 d. įsakymas Nr. A1-72 „Dėl LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymo Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2006-03-14, Nr.29-1015.
9. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. A1-547 „Dėl vaiko gerovės 2013–2018 m. programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-05, Nr. 140-7208.
10. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. A1-212 „Dėl LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymo Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2013-05-23, Nr.53-2644.
11. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2014 m. birželio 5 d. įsakymas Nr. A1-312 „Dėl LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. birželio 21 d. įsakymo Nr. A1-176 „Dėl tarpžinybinės vaiko gerovės tarybos sudarymo ir jos veiklos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“, *Teisės aktų registras*, 2014-06-05, Nr.2014-07170.
12. LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. lapkričio 15 d. įsakymas Nr. V-918 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biure privalomų pareigybių sąrašo ir joms keliamų kvalifikacinių reikalavimų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-11-24, Nr. 121-4983.

13. LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-630 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-08-11, Nr. 88-3492.
14. LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. V-196 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2008-03-27, Nr. 35-1253.
15. LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. kovo 2 d. įsakymas Nr. V-195 „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymo Nr. V-630 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2011-03-08, Nr. 29-1371.
16. LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 20 d. įsakymas Nr. V-1226 „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 11 d. įsakymo Nr. V-932 „Dėl valstybinėms (Valstybės perduotoms savivaldybėms) visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti reikalingų lėšų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2013-12-30, Nr. 138-6969.
17. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. V-435 „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 11 d. įsakymo Nr. V-932 „Dėl valstybinėms (Valstybės perduotoms savivaldybėms) visuomenės sveikatos priežiūros funkcijoms vykdyti reikalingų lėšų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“, *Valstybės žinios*, 2014-04-17, Nr. 2014-04540.
18. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-817 „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairių patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2014-07-17, Nr. 2014-10330.
19. LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-1035/ISAK2680 „Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-12-31, Nr. 153-5657.
20. LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2007 m. rugpjūčio 16 d. įsakymas Nr. V-684/ISAK-1637 „Dėl mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-08-23, Nr. 91-3656.
21. LR švietimo ir mokslo ministro 2001 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 1667 „Dėl socialinio pedagogo kvalifikacinių reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2002-03-06, Nr. 24-896.
22. LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. ISAK-1548 „Dėl mokyklos psichologo bendrųjų pareiginių nuostatų“, *Valstybės žinios*, 2005-08-04, Nr. 94-3520.
23. LR švietimo ir mokslo ministro 2011 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-579 „Dėl mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011-04-13, Nr. 45-2121.

24. LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.
25. LR Seimo 2003 m. gegužės 20 d. nutarimas Nr. IX-1569 „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2003-05-30, Nr. 52-2316.
26. LR Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimas Nr. XI-2015 „Dėl valstybės pažangos strategijos Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-05-30, Nr. 61.
27. LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2014-07-01, Nr. 9403.
28. LR Vyriausybės 2005 m. vasario 17 d. nutarimas Nr. 184 „Dėl vaiko gerovės valstybės politikos strategijos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų plano patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-02-22, Nr. 25-802.
29. LR Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinė pažangos programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-12-11, Nr. 144-7430.
30. LR Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. 293 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, *Teisės aktų registras*, 2014-04-04, Nr. 2014-04113.
31. Nacionalinės sveikatos tarybos 2012 m. birželio 27 d. nutarimas Nr. N-4 „Dėl visuomenės sveikatos specialistų lyderystės sveikatos ugdymo ir stiprinimo procese“, prieiga per internetą <www3.lrs.lt/docs2/PSJPFQVT.doc>, (žiūrėta 2014-02-13).

Tarptautiniai dokumentai:

32. Constitution of The World Health Organization, Geneva: World Health Organization, 1948, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006, prieiga per internetą <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>, (žiūrėta 2014-07-12).
33. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, 182 p.
34. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, 12 p.
35. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, European Health for All Series No. 6, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999, 224 p. prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).
36. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014, 20 p.
37. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija (1989), *Valstybės žinios*, 1995-07-21, Nr. 60-1501.

38. Resolution EUR/RC64/R6. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020 and the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/259210/64rs06e_InvestChildren_140731.pdf?ua=1>, (žiūrėta 2014-10-18).
39. The Ottawa charter for Health Promotion, The first International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986-11-21, prieiga per internetą <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>>, (žiūrėta 2014-07-12).
40. Trečioji daugiametė Sąjungos veiksmų sveikatos srityje programa (2014–2020 m.), EUROPOS PARLAMENTO IR TARYBOS REGLAMENTAS, Nr. 282/2014, 2014, prieiga per internetą <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>>, (žiūrėta 2014-11-17).

Moksliniai šaltiniai:

41. John-Akinola Y.O., Nic-Gabhainn S., Children's participation in school: a cross-sectional study of the relationship between school environments, participation and health and well-being outcomes, *BMC Public Health*, No. 14(964), 2014, p. 1-10, prieiga per internetą <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/964>>, (žiūrėta 2014-11-30).
42. Bradshaw J., et al., Children's Subjective Well-being in Rich Countries', Working paper, Florence: UNICEF Office of Research, 2013, 33 p.
43. Bradshaw J., Richardson D., An Index of Child Well-Being in Europe, *Child Ind Res*, 2009, 33 p. prieiga per internetą <<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/unicef/EU29.pdf>>, (žiūrėta 2014-01-10).
44. Buijs G. J., Better Schools through Health: networking for health promoting schools in Europe, *European Journal of Education*, Vol. 44, No. 4, 2009, Part I, p. 507-520.
45. Gådin K. G., et al., Young students as participants in school health promotion: an intervention study in a Swedish elementary school, *International Journal of Circumpolar Health*, No. 68(4), 2009, p. 498-507.
46. Gray G., et al., Developing a health – promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools, International Planning Committee, 2006, 41 p. prieiga per internetą <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107824/1/E90053.pdf?ua=1>>, (žiūrėta 2014-11-17).
47. Gudžinskienė V., Česnavičienė J., Mokytojų žinios apie sveikatą ir sveiką gyvenseną kaip mokinių sveikos gyvensenos ugdymo prielaida, *Socialinis darbas*, Nr. 12(1), 2013, p. 121-136.

48. Guogis A. Palyginamoji gerovės modelių ir socialinio administravimo analizė, *Tiltai*, Nr. 1 (58), 2012, p. 31-44.
49. Hart R. A., Children's participation: From Tokenism to Citizenship, *Innocenti Essays*, No. 4, New York: UNICEF, 1992, 39 p.
50. Jakab Z., Tsouros A. D., „Sveikata 2020“ siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje, *Visuomenės sveikata*, 2013, Nr. 4 (63), p. 5-12.
51. Jankauskienė R., Miežienė B., Physical education teachers' perceptions of school health education and social support for it: results of the pilot study, *Ugdymas. Kūno kultūra. Sportas*, Nr. 1 (80), 2011, p. 29-35.
52. Jonušaitė A., Čaplinskienė I., Visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų visuomenės sveikatos politikos žinių vertinimas ir tobulinimo poreikis, *Sveikatos politika ir valdymas*, Nr. 1(4), 2012, p. 185-195.
53. Kalėdienė R., et al., Public health bureaus: new players in health improvement in Lithuania, *ACTA MEDICA LITUANICA*, No. 4(18), 2011, p. 183-189.
54. Petrauskienė A., Ustilaitė S., Mokyklos sveikatos ugdytojų vaidmenys. Mokslo studija, Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2013, 240 p.
55. Petrulytė A., Švietimo sistemoje dirbančių psichologų patirtis ir aktualijos, *Ugdymo psichologija*, Nr. 24, 2013, p. 71-76.
56. Pūras D., et al., Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką. Mokslo studija, Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013, 151 p.
57. Simovska V., Case Study of a Participatory Health-Promotion Intervention in School, *Democracy & Education*, No. 20(1), 2012, p. 1-10.

Knygos ir metodinė medžiaga:

58. Javtokas Z., et al., Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms, Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2014, 110 p.
59. Javtokas Z., Salutogeninio modelio panaudojimas mokinių sveikatai stiprinti. Informacinis metodinis leidinys, Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2009, 13 p.
60. Javtokas Z., Sveikatos stiprinimo konspektas, elektroninis leidinys, 2009, 103 p., prieiga per internetą
<http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas2.pdf>, (žiūrėta 2014-07-12).
61. Jociutė A., et al., Sveikatos stiprinimas mokyklose. Metodinės rekomendacijos, Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2008, 36 p.
62. Jociutė A., Visuomenės darnus vystymasis. Metodinė priemonė, Vilnius: MRU, 2013, 138 p.

63. Sketerskienė R., Sveikata visose politikose: ar tai įmanoma Lietuvoje?, kn. Vizija: sveikesnė mokyklos bendruomenė: gerosios patirties knyga, Sabaliauskienė D. (sud.), Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2013, 116 p.

Konferencijų medžiaga:

64. Allegrante J. P., et al., Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement, 2009, prieiga per internetą <<http://salutare.ee/files/dokumendid/Galway%20Consensus%20Conference%20Statement.pdf>>, (žiūrėta 2014-07-12).
65. Barštienė V., Paauglių sveikos gyvensenos programa – socioedukacinis aspektas, *Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė: tarptautinė mokslinė praktinė konferencija*, 2011, p. 124-129, prieiga per internetą <<https://ojs.kauko.lt/index.php/ssktpd/article/view/286>>, (žiūrėta 2014-03-15).
66. Developing indicators for the Health 2020 targets, First meeting of the expert group, Utrecht, 18–19 June 2012, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, 31 p., prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).
67. Jociutė A., Strategic planning for health promotion sustainability at local level: Lithuanian case, *Abstracts: Equity, Education and Health: the 4th European Conference on Health Promoting Schools*, Odense, 7-9 October 2013, p. 86-88, prieiga per internetą <<http://schools4health.dk/wp-content/uploads/2013/09/S4H-Abstract-book-linkable.pdf>>, (žiūrėta 2013-12-15).
68. Jociutė A., Sveikatą stiprinanti mokyklos politika. 20 veiklos metų, *Padidėjęs arterinis kraujo spaudimas – svarbus visuomenės sveikatai įtakos turintis veiksnys: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2013, p. 68-73.
69. Ketvirtosios Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijos Odensės teiginiai: teisingumo, švietimo ir sveikatos ABC, 2013, prieiga per internetą <http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/4oji%20konferencija/Odenses_teiginiai.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).
70. Ščeponavičius A., et al., Visuomenės sveikatos priežiūros plėtra savivaldybėse, *Urbanizacija – nauji iššūkiai žmonių sveikatai: Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas*, 2010, p. 65-69.
71. Trečiosios Europos konferencijos sveikatos stiprinimo mokyklose klausimais „Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla“ Vilniaus rezoliucija, 2009, prieiga per internetą

<http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/Vilniaus_rezoliucija.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).

72. Vetrenkienė, V., Sveikatos priežiūros specialistų ugdomoji veikla bendrojo lavinimo mokyklose, *Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dėmė: tarptautinė mokslinė praktinė konferencija*, 2011, p. 119-123, prieiga per internetą <<https://dspace.kauko.lt/handle/1/838?show=full>>, (žiūrėta 2014-03-15).

Magistro baigiamieji darbai:

73. Gaidienė A., Bendrojo lavinimo mokyklos prevencinio darbo organizavimas, mažinant priklausomybę sukeliančius veiksnius, magistro baigiamasis darbas, VPU, Pedagogikos ir psichologijos institutas, Vilnius, 2011, 21 p.
74. Klimavičiūtė J., Visuomenės sveikatos biurų veiklos ir veiklos efektyvumo vertinimas, magistro baigiamasis darbas, LSMU, Visuomenės sveikatos fakultetas, 2013, 93 p.

Specialieji Pasaulinės sveikatos organizacijos leidiniai:

75. Fahy N., Defining and contextualizing well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
76. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. A foundation document to guide capacity development of health educators, Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012, 79 p.
77. Health in All Policies - Framework for Country Action, 2013, prieiga per internetą <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/130509_hiap_framework_for_country_action_draft.pdf>, (žiūrėta 2014-10-17).
78. Kickbusch I., Gleicher D., Smart governance for health and well-being: the evidence, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014, 160 p.
79. Kickbusch I., Gleicher D., Governance for health in the 21st century, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, 107 p.
80. Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe, Second meeting of the expert group, Paris, 25-26 June 2012, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/180048/E96732.pdf>, (žiūrėta 2014-03-15).
81. Mental health and well-being: why pay attention to this issue during adolescence?, Fact sheet, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, prieiga per internetą <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/163514/HBSC-Fact-sheet-mental-health-revised.pdf?ua=1>, (žiūrėta 2014-10-18).

82. Tossavainen K., Turunen H., Promoting social, emotional and physical well-being, child participation, educational attainment and parent engagement in later childhood – the Finnish perspective, kn. Improving the lives of children and young people: case studies from Europe. Volume 3. School, Barnekow W., et al., (sud.), Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, 117 p.

Ataskaitos:

83. Adamson P., Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, *Innocenti Report Card 11*, Florence: UNICEF Office of Research, 2013, 56 p.
84. Currie C., et al., Social Determinants of Health and Well-being among Young People, Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012, 252 p.
85. Gudžinskienė V., et al., Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose: tyrimo ataskaita: Švietimo ir mokslo ministerijos užsakymu, VPU tikslinė tyrimo grupė, 2007, 115 p.
86. Kisieliienė I., Europos sąjungos šalyse įgyvendinamų visuomenės sveikatos strategijų ir programų patirties, Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijų visuomenės sveikatos plėtrai ir vystymui: studija, Higienos institutas, 2014, prieiga per internetą <http://www.hi.lt/images/STUDIJA_ES%20PSO.pdf>, (žiūrėta 2014-10-18).
87. Muleronkaitė L., Projekto veiklos 1.2.1. „Suorganizuoti viešą diskusiją su potencialiais partneriais aptariant bendradarbiavimo galimybes siekiant tinkamo visuomenės sveikatos plėtros priemonių įgyvendinimo“ ataskaita, Higienos institutas, 2014, prieiga per internetą <http://www.hi.lt/images/Projekto%20ataskaita_1_2_1.pdf>, (žiūrėta 2014-10-18).
88. Padaiga Ž., et al., Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų, kurios gali būti priskirtos savarankiškajai savivaldybės funkcijai, nomenklatūros ir minimalių normatyvų projekto parengimas: projekto ataskaita: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro užsakymu, UAB „e-sveikata“, 2011, 184 p., prieiga per internetą <[http://www.smlpc.lt/media/file/Programos_projektai/Tarptautiniai_projektai/Visuomenes_sveikatos_prieziuros_viesuju_paslaugu_sistemos_tobulinimas_savivaldybese-Nomenklatura-\(1.2.3.\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Programos_projektai/Tarptautiniai_projektai/Visuomenes_sveikatos_prieziuros_viesuju_paslaugu_sistemos_tobulinimas_savivaldybese-Nomenklatura-(1.2.3.).pdf)>, (žiūrėta 2014-11-17).
89. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo: galutinė ataskaita: LR sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu, VšĮ Viešosios politikos ir vadybos institutas, 2012, 193 p., prieiga per internetą <http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_tarpinstitucinio_bendradarbiavimo_analize.pdf>, (žiūrėta 2014-08-06).

90. The European Health Report 2012: Charting The Way to Well-being, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013, 162 p.

Internetiniai šaltiniai:

91. Kaip bręsta asmenybė?, prieiga per internetą <www.asu.lt/file.doc?id=24109>, (žiūrėta 2014-07-12).
92. Ottawa charter for Health Promotion, Better Health Channel, Fact sheet, 2014, prieiga per internetą <[http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion/\\$File/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcvpdf.nsf/ByPDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion/$File/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf)>, (žiūrėta 2014-07-12).
93. Sveikata stiprinančių mokyklų sąrašas 2012 m. gegužės 15 d., prieiga per internetą <http://www.kaunovsb.lt/tl_files/Failai/SSM/SSM-SARASAS-2012M-05.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).
94. Sveikata stiprinančių mokyklų sąrašas 2014 m. gegužės 15 d., prieiga per internetą <http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/SSM-SARASAS-2014_1.pdf>, (žiūrėta 2014-11-17).
95. Švietimo portalo „eMokykla“ vaizdo paskaitų sistema ViPS, prieiga per internetą <http://portalas.emokykla.lt/SitePages/em_Puslapiai/Naujienos.aspx>, (žiūrėta 2014-08-06).

SANTRAUKA

Lietuvoje vaikų sveikatos stiprinimas ir vaiko gerovė priklauso skirtingiems sektoriams, atitinkamai sveikatos ir socialinei politikoms. Pagal tarptautinius vaiko gerovės tyrimus Lietuva užima paskutines vietas. Reaguodamos į valstybių narių visuomenės sveikatos padėtį Europos sąjunga skatina integruoti sveikatos klausimus į visas politikas, o Pasaulinė sveikatos organizacija kelia bendrus tikslus sveikatai ir gerovei siekti. Lietuvoje taip pat jau pasirodė politinių dokumentų kuriuose bandoma jungti sveikatos ir socialinę sritis. Tačiau dar nesukurti mechanizmai kaip integruoti ir koordinuoti vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės politikas visuose lygmenyse ypač bendrojo ugdymo įstaigose, kur jos iš esmės turėtų būti įgyvendinamos.

Šio darbo tyrimo tikslas – nustatyti vaikų sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės politikų integracines galimybes. Iškelti uždaviniai: išnagrinėti vaikų sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveiką politiniame kontekste; išnagrinėti vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimo visuose lygmenyse ir įgyvendinimo bendrojo ugdymo įstaigose ypatumus bei galimybes teoriniu aspektu; išanalizuoti vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimo ir įgyvendinimo galimybes praktiniu aspektu. Pasirinktas pagrindinis empirinio tyrimo metodas – kokybinis interviu. Darbe nustatyta, kad:

- Sveikatos ir gerovės sąveika abipusė, taip pat sveikata laikytina neatsiejama gerovės sudėtine dalimi. Vaikų sveikatos stiprinimas ir gerovės užtikrinimas didžia dalimi realizuotinas bendrojo ugdymo įstaigose ir ryškiai siejasi per socialinius sveikatą lemiančius veiksnius. Gerovės kaip bendro siekio iškėlimas leidžia sutelkti skirtingų sektorių bendras pastangas stiprinti sveikatą.
- Teoriškai Lietuvoje sudarytos prielaidos vaikų sveikatos stiprinimo ir vaiko gerovės politikų integruotam koordinavimui iš pagrindų nekeičiant esamos politinės ir teisinės sistemos. Tačiau savivaldybių ir bendrojo ugdymo įstaigų lygmenyse reikalingas sveikatos stiprinimo ir gerovės užtikrinimo veiklas koordinuojančių ir įgyvendinančių asmenų funkcijų atsidalijimas, atitinkamų kompetencijų ugdymas, aktyvus bendruomenių įtraukimas ir veiklų finansavimo integravimas. Sveikatą stiprinančiose mokyklose teoriškai sudaromos palankesnės sąlygos sveikatos stiprinimo ir gerovės bendrų veiklų koordinavimui.
- Pasirinkto rajono atvejo analizė parodė esant galimybę plėsti sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą kuriant vietinius (apimančius savivaldybės mokyklas) tinklus, koordinuojamus savivaldybės švietimo centro ir bendradarbiaujančius su savivaldybės visuomenės sveikatos biuru, užtikrinančiu finansavimą. Sveikatos stiprinimui ir gerovei bendrų veiklų įgyvendinimas mokyklose turi būti grindžiamas sutelktiniu mokyklos bendruomenės darbu ir derinamas tarpusavyje. Taip pat reikalingi bendri nacionaliniai tikslai ir mokslu pagrįstos veiklos priemonės.

Reikšminiai žodžiai: vaikų sveikatos stiprinimas, vaiko gerovė, integracinės galimybės.

SUMMARY

Children health promotion and child welfare belong to different sectors, respectively to the health and social policies in Lithuania. Lithuania ranked last in international child well-being investigations. The European Union promotes the integration of health issues into all policies, and the World Health Organization sets the common objectives of the health and well-being, in response to Member States' public health situation. Also some political documents in which attempt to combine health and social domains appeared in Lithuania. But still are not to create mechanisms to integrate and coordinate health promotion and child well-being policies at all levels, particularly in school settings where they should in principle be implemented.

The aim of this work is to define integration opportunities of children health promotion and child well-being policies. Targets: to analyze the interaction of children's health, health promotion and well-being in the political context; to analyze coordination's at all levels and implementation's at the general education institutions particularities and opportunities of children's health promotion and well-being by theoretical aspect; to analyze coordination's and implementation's opportunities of children's health and well-being by practical aspect. Qualitative interview was the main method of empirical research. In master's thesis found that:

- Health and well-being has mutual interaction, also health is an integral component of well-being. Children's health promotion and well-being ensuring are realized at the general education institutions are linked through social determinants of health. Well-being as common aim can concentrate common efforts of different sectors to promote health.
- Theoretically there are preconditions to coordinate children's health promotion and well-being policies more integrated without changing the existing political and legal system in Lithuania. However, at levels of municipal and general education institutions are needed to separate coordinators' and implementer's functions of health promotion and well-being, develop appropriate competencies, actively involve communities and integrate financing of activities. Also theoretically health promoting schools have better conditions to coordinate common activities of health promotion and well-being more integrated.
- Case study of selected district revealed that is an opportunity to expand the network of health promoting schools in developing local (comprising municipal schools) networks, coordinated by the municipal education center and collaborating with municipal public health bureau, that ensuring financing. Common activities of health promoting and well-being implementation at schools should be based on concentrated work of school's community and coordinated with each other. It is also need common national goals and science-based tools of activities.

Keywords: children health promotion, child well-being, integration opportunities.

PRIEDAI

1 PRIEDAS

Mokykloje dirbančio visuomenės sveikatos priežiūros specialisto (VSPS) kvalifikacijos ir kompetencijų palyginimas su funkcijomis ir sveikatos ugdymo (SU) uždaviniais

VSPS kvalifikacija ir kompetencija	VSPS funkcijos	SU uždaviniai
VSPS turi žinoti ir suprasti: •visuminę (holistinę) sveikatos sampratą; •visuomenės sveikatos priežiūros sistemos, kaip sudedamosios Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos dalies, struktūrą, funkcijas; •mokyklos bendruomenės dalyvavimo, siekiant išsaugoti ir stiprinti mokinių sveikatą, reikšmę, jos įtraukimo į šią veiklą galimybes, būdus; •LR įstatymus, kitus teisės aktus, reglamentuojančius vaikų sveikatos priežiūrą, sveikatos saugą bei stiprinimą, PSO ir ES strateginio planavimo dokumentus vaikų ir paauglių sveikatos bei vystymosi klausimais; •vaikų sveikatos stiprinimo principus ir metodus; •vaikų užkrečiamųjų ir neužkrečiamųjų ligų epidemiologijos principus, epidemiologinės priežiūros pagrindines priemones, specifinius šių ligų profilaktikos principus ir metodus; •biostatistikos pagrindus; •vaikų sveikatos rodiklius; •veiksnius, darančius įtaką vaikų sveikatai; •vaikų teises ir socialines garantijas; •asmens sveikatos informacijos konfidencialumo reikalavimus; •vaiko organizmo vystymosi anatominius, fiziologinius, psichologinius ypatumus, fizinės ir socialinės aplinkos veiksnių poveikį vaiko organizmo vystymuisi; •mokinių ugdymo proceso organizavimo ypatumus ir dienos režimą; •vaikų sveikos mitybos principus ir taisykles; •mokinių ugdymo aplinkos atitikties visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų reikalavimams pagrindinius vertinimo principus; •bendravimo su mokyklų bendruomene būdus ir pagrindines priemones. VSPS turi mokėti ir gebėti: •analizuoti bei vertinti mokyklos bendruomenės sveikatai įtaką darančius veiksnius; •paaiškinti mokiniams, tėvams bei mokytojams sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo būdus bei išmokyti juos taikyti praktiškai; •laiku pastebėti mokinių sveikatos problemas, nustatyti jų svarbą ir prioritetus, prirėkęs nukreipti juos į sveikatos priežiūros įstaigas;	•sveikatinimo veiklos metodinių konsultacijų mokytojams, mokiniams, jų tėvams (globėjams, rūpintojams) teikimas bei metodinės ir informacinės medžiagos mokinių sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo klausimais kaupimas; •informacijos sveikatos išsaugojimo bei stiprinimo klausimais teikimas ir šios informacijos sklaida (mokyklos stenduose, renginiuose, viktorinose ir pan.) mokyklos bendruomenei; •mokyklos sveikatinimo projektų (programų) rengimo inicijavimas ir dalyvavimas juos įgyvendinant; •pagalba mokiniams ugdant sveikos gyvensenos ir asmens higienos įgūdžius; •mokinių maitinimo organizavimo priežiūra, skatinant sveiką mitybą bei sveikos mitybos įgūdžių formavimą; •mokyklos aplinkos atitikties visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų reikalavimams vertinimas, dalyvavimas nustatant prioritetinius mokyklos aplinkos bei sąlygų gerinimo klausimus; •pasiūlymų mokyklos vadovui dėl reikalingų priemonių, užtikrinančių traumų ir nelaimingų atsitikimų prevenciją mokykloje, teikimas; •ugdymo proceso organizavimo atitikties visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų reikalavimams vertinimas; •pagalba kūno kultūros mokytojams komplektuojant fizinio ugdymo grupes, informacijos dėl mokinių galimybių dalyvauti sporto varžybose teikimas kūno kultūros mokytojams; •informacijos apie kasmetinius mokinių sveikatos profilaktinius patikrinimus kaupimas, informacijos apibendrinimas bei ne rečiau kaip 1 kartą per metus (mokslo metų pradžioje) pateikimas mokyklos bendruomenei bei kitoms institucijoms teisės aktų nustatyta tvarka; •asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistų rekomendacijų dėl mokinių sveikatos pateikimas klasės auklėtojui (mokytojams) bei šių rekomendacijų įgyvendinimą priežiūra mokykloje; •lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių (alkoholio, tabako, narkotikų vartojimas ir kt.) paplitimo nustatymas; •dalyvavimas mokyklos prevencinio darbo grupėse, sprendžiančiose mokinių psichologines, adaptacijos ir socialines problemas;	Pasiėkti, kad mokiniai žinotų ir suprastų: •sveikatą kaip dvasinio prado persmelktą psichinės, fizinės, socialinės sričių, glaudžiai tarpusavyje susijusių, visumą; •pagrindinius sveikos gyvensenos principus; •fizinio aktyvumo, sveikos mitybos, veiklos ir poilsio derinimo, asmens ir aplinkos švaros svarbą sveikatai ir gyvenimo kokybei; •pozityvaus mąstymo, savivertės, emocijų ir jausmų darnos reikšmę sveikatai ir gerovei; •socialinių veiksnių, tarpasmeninių santykių, lyties ir šeimos vaidmenį, pagalbos kitam esmę ir svarbą socialinei sveikatai. Gėbėti: •teigiamai vertinti save, pozityviai mąstyti, kontroliuoti emocijas, priimti palankiausius racionalius sprendimus savo, artimųjų, bendruomenės sveikatai ir gerovei; •mankštintis ir praktikuoti įvairias kitas fizinio aktyvumo formas, sveikai maitintis, laikytis darbo ir poilsio ritmo, asmens ir aplinkos švaros; •surasti, pasirinkti ir pritaikyti patikimą informaciją, priemones ir paslaugas sveikatai saugoti bei stiprinti; kritiškai vertinti šeimos, bendraamžių, medijų, technologijų, kultūros įtaką sveikai gyvensenai, atsispirti neigiamam socialiniam spaudimui; •pasinaudoti savo fizinėmis, psichinėmis, dvasinėmis galiomis sveikatai palankiai aplinkai kurti; išsikelti

•pasirinkti tinkamus sveikatos stiprinimo metodus ir juos taikyti; •mokėti vertinti ugdymo aplinką, mokinių mitybą, ugdymo procesą pagal teisės aktus, reglamentuojančius vaikų sveikatos priežiūrą, sveikatos saugą bei stiprinimą; •atpažinti gyvybei pavojingas būkles, suteikti pirmąją pagalbą; •savarankiškai ir pasitelkdamas mokyklos bendruomenę bei kitų institucijų specialistus, suinteresuotus asmenis rengti sveikatinimo veiklos programas (projektus); •bendrauti ir bendradarbiauti su mokyklos bendruomene, dirbti komandoje; •vykdyti tiriamąjį darbą; •planuoti ir vertinti savo veiklą, tvarkyti veiklos dokumentus, rengti ataskaitas bei rekomendacijas; •pristatyti savo veiklą ir jos rezultatus; •naudotis informacinėmis technologijomis.	•pagalba organizuojant mokinių imunoprofilaktiką; •informacijos visuomenės sveikatos centrui apskrityje teikimas, įtarus užkrečiamąją ligą ar apsinuodijimą mokykloje; •visuomenės sveikatos centro apskrityje specialistų nurodytų užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros priemonių įgyvendinimas mokykloje; •pirmosios medicinos pagalbos teikimas ir koordinavimas. Specialistas dirba bendradarbiaudamas su mokyklos bendruomene, kitais sveikatos priežiūros, psichologinės bei socialinės pedagoginės pagalbos ir kitų suinteresuotų tarnybų specialistais, teikia duomenis apie mokinių sveikatą mokyklos vidaus audito koordinavimo darbo grupei.	trumpalaikius ir ilgalaikius sveikatos saugojimo ir stiprinimo tikslus. <u>Brandintusi vertybines nuostatas:</u> •vertinti sveikatą kaip vieną iš esminių vertybių, lemiančių asmens ir visuomenės gerovę bei gyvenimo kokybę; •rūpintis ir būti atsakingi už savo, artimųjų, bendruomenės sveikatą, suprasti ir atjausti tuos, kuriems reikalinga pagalba; •kurti darną su savimi ir aplinka, prisidėti prie saugios ir sveikos aplinkos bei visuomenės kūrimo.
--	---	---

Sudaryta darbo autorės pagal Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašą¹⁹⁴, 2007, Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašą¹⁹⁵, 2005 ir Sveikatos ugdymo bendrąją programą¹⁹⁶, 2012.

¹⁹⁴ LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymas Nr. V-630 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2007-08-11, Nr. 88-3492.

¹⁹⁵ LR sveikatos apsaugos ministro ir LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-1035/ISAK2680 „Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2005-12-31, Nr. 153-5657.

¹⁹⁶ LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2012-09-08, Nr. 105-5347.

Socialinio pedagogo ir mokyklos psichologo funkcijų ir veiklų palyginimas

Socialinis pedagogas	Mokyklos psichologas
Funkcijos: •įvertinimo (renka informaciją, analizuoja, daro išvadas); •konsultacinę (pataria, padeda, konsultuoja); •korekcinę (skatina, įgalina, padeda adaptuotis, aktyvina, mobilizuoja); •vadybinę (organizuoja, telkia, planuoja, priima sprendimus ir už juos atsako); •šviečiamąją (informuoja, aiškina); •koordinacinę (palaiko ryšius, siunčia (perduoda) informaciją); •prevencinę (numato neigiamus reiškinius, poelgius ir padeda jų išvengti); •teisinę (atstovauja, gina vaiko interesus); •socialinio ugdymo Pareigos: •įvertinti vaiko socialines problemas ir poreikius; •pasirinkti efektyvius darbo metodus; •planuoti ir dalyvauti socialinės pagalbos teikimo vaikui procese; •kiekvienam vaikui, su kuriuo dirba socialinis pedagogas, užvesti bylą ir laikyti joje informaciją apie vaiko socialinę situaciją bei teikiamos pagalbos procesą; •sprendžiant problemas ir priimant sprendimus neperžengti savo profesinės kompetencijos ribų; •informuoti švietimo įstaigos administraciją, pedagogus, kitus specialistus apie probleminę situaciją, nepažeidžiant konfidencialumo; •atsakyti už darbe naudojamų metodų pasirinkimą ir korektišką jų panaudojimą; •konsultuotis su kolegomis ir prirėkus siųsti vaiką pas kitus specialistus. Veiklos turinys: •dirba su asmeniu (individualus darbas) – vaiku, tėvais ar teisėtais vaiko atstovais, pedagogais ir kitais švietimo įstaigoje dirbančiais specialistais; •vertina ir padeda spręsti problemas, susijusias su įvairiais vaikams kylančiais sunkumais (pagrindinių vaiko reikmių tenkinimo, saugumo užtikrinimo), dirba su vaikais, priklausomais nuo alkoholio, narkotinių medžiagų, patiriančiais seksualinį ir fizinį išnaudojimą, vykdo saviraiškos ir saviaktualizacijos, mokymosi motyvacijos, lankomumo, užimtumo, emocijų ir elgesio bei kitų problemų sprendimo prevencines programas; •padeda tėvams ar teisėtiems vaiko atstovams ugdyti savo vaiką; suprasti jo socialinius ir psichologinius poreikius, jų tenkinimo svarbą, geriau suprasti vaiko, turinčio vystymosi sunkumų, poreikius, tėvų teises ir pareigas. Informuoja tėvus apie jų teisę gauti socialinę ir pedagoginę pagalbą; •bendradarbiauja su klasių auklėtojais, kitais pedagogais, specialistais, įstaigos administracija sprendžiant vaikų socialines-pedagogines problemas, ieškant efektyvių pagalbos būdų. Padeda jiems geriau suprasti, kaip vaikų socialinės problemos veikia jų elgesį, pažangumą, lankomumą. Teikia siūlymų, kaip būtų galima gerinti socialinę-pedagoginę klimą, sukurti jaukią, saugią darbo aplinką; •nuolat palaiko ryšius su vietos bendruomene ir įvairiomis įstaigomis, rūpinasi gyvenamosios aplinkos pritaikymu vaiko poreikiams; •tiria socialinės pedagoginės pagalbos poreikį. Organizuoja ir koordinuoja socialinės-pedagoginės pagalbos teikimą ir vertina jos kokybę; •kartu su įstaigos personalu, visuomeninėmis organizacijomis ir socialiniais partneriais iš kitų institucijų atlieka šviečiamąją-informacinę darbą;	Funkcijos ir atsakomybė: •įvertina mokinio galias ir sunkumus, raidos ypatumus, psichologines, asmenybės ir ugdymosi problemas, vaiko brandumą mokytis pagal priešmokyklinio ir pradinio ugdymo programas; •bendradarbiauja su mokytoju, specialiuoju pedagogu, logopedu, socialiniu pedagogu ir kitais su mokiniu dirbančiais specialistais, numatant ugdymo tikslų ir uždavinių pasiekimo būdus, dirba mokyklos specialiojo ugdymo komisijoje; •konsultuoja psichologinių, asmenybės ir ugdymosi problemų turinčius mokinius, jų tėvus (globėjus, rūpintojus) šių problemų sprendimo klausimais; •rengia individualias rekomendacijas mokinio psichologinėms, asmenybės ir ugdymosi problemoms spręsti; •konsultuoja mokinius profesijos pasirinkimo klausimais; •inicijuoja, rengia ir įgyvendina psichologinių problemų prevencijos programas, padedančias išvengti psichologinių, asmenybės ir ugdymo problemų bei veiksmingiau ugdyti psichologinių, asmenybės ir ugdymo problemų turinčius mokinius; •dalyvauja formuojant teigiamą mokyklos bendruomenės požiūrį į psichologinių, asmenybės ir ugdymo problemų turinčius mokinius bei jų ugdymą kartu su bendraamžiais; •šviečia mokyklos bendruomenę vaiko raidos psichologijos, pedagoginės ir socialinės psichologijos klausimais; •renka ir kaupia informaciją, reikalingą konsultuojamų mokinių problemoms spręsti, bendradarbiaudamas su mokyklos bendruomene, esant būtinybei – su kitomis institucijomis (Vaiko teisių apsaugos tarnybomis, psichikos sveikatos centrais, policija ir kt.), bei atlieka mokinių veiklos ir elgesio pamokų metu stebėseną; •teikia informaciją apie mokinius, turinčius psichologinių, asmenybės ir ugdymo problemų, suinteresuotiems asmenims ar institucijoms, susijusioms su šių mokinių ugdymu, gavęs tėvų (globėjų, rūpintojų) sutikimą; •atlieka aktualius mokykloje psichologinius tyrimus atsižvelgdamas į mokyklos bendruomenės poreikius; •dalyvauja kuriant rengiamas (aprobuojamas) mokinio psichologinio vertinimo metodikas, mokslo ir studijų institucijų vykdomus projektus; •tvarko ir pildo savo darbo dokumentus; •derina su mokyklos direktoriumi bei mokytojų taryba metinės veiklos prioritetus ir pagal juos rengia savo veiklos programą mokslo metams; •planuoja atliekamų darbų kiekį (krūvį) pagal savo turimų etatinių valandų mokykloje skaičių ir derina jį su mokyklos administracija; •skiria pusę savo darbo laiko tiesioginiams

•inicijuoja, organizuoja socialinių projektų kūrimą ir jų įgyvendinimą; •inicijuoja išteklių, kurie būtini vaikų ir jų šeimų poreikiams patenkinti, gavimą; •palaiko ryšius su įvairiomis valstybinėmis įstaigomis ir nevyriausybiniomis organizacijomis, teikiančiomis socialinę, psichologinę, teisinę pagalbą; •atstovauja ir gina vaikų teises švietimo įstaigoje, teisėsaugos ir kitose institucijose; •kartu su klasių auklėtojais, kitais ugdytojais rūpinasi vaikų socialinių įgūdžių ugdymu; •lanko vaikus jų namuose, jeigu klasės auklėtojas neturi tam galimybių.	ryšiams su psichologinės pagalbos gavėjais, likusiu darbo laiku tvarko mokinių įvertinimų duomenis, dokumentus, rengia rekomendacijas, prevenčines programas, ruošiasi konsultacijoms, paskaitoms, tobulina profesinę kvalifikaciją. Šių darbų atlikimo vietą derina su mokyklos administracija; •vykdo kitus mokyklos vadovo pavedimus, susijusius su psichologo funkcijomis. •mokyklos psichologas atsako už korektišką gautų duomenų panaudojimą, turimos informacijos konfidencialumą, savo darbo kokybę bei mokinių saugumą savo darbo metu.
--	--

Sudaryta darbo autorės pagal Socialinio pedagogo pareiginę instrukciją ir kvalifikacinius reikalavimus¹⁹⁷, 2001 ir Mokyklos psichologo bendruosius pareiginius nuostatus¹⁹⁸, 2005.

¹⁹⁷ LR švietimo ir mokslo ministro 2001 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 1667 „Dėl socialinio pedagogo kvalifikacinių reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2002-03-06, Nr.24-896.

¹⁹⁸ LR švietimo ir mokslo ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. ISAK-1548 „Dėl mokyklos psichologo bendrųjų pareiginių nuostatų“, *Valstybės žinios*, 2005-08-04, Nr.94-3520.

Mokyklos vaiko gerovės komisijos funkcijų sąrašas

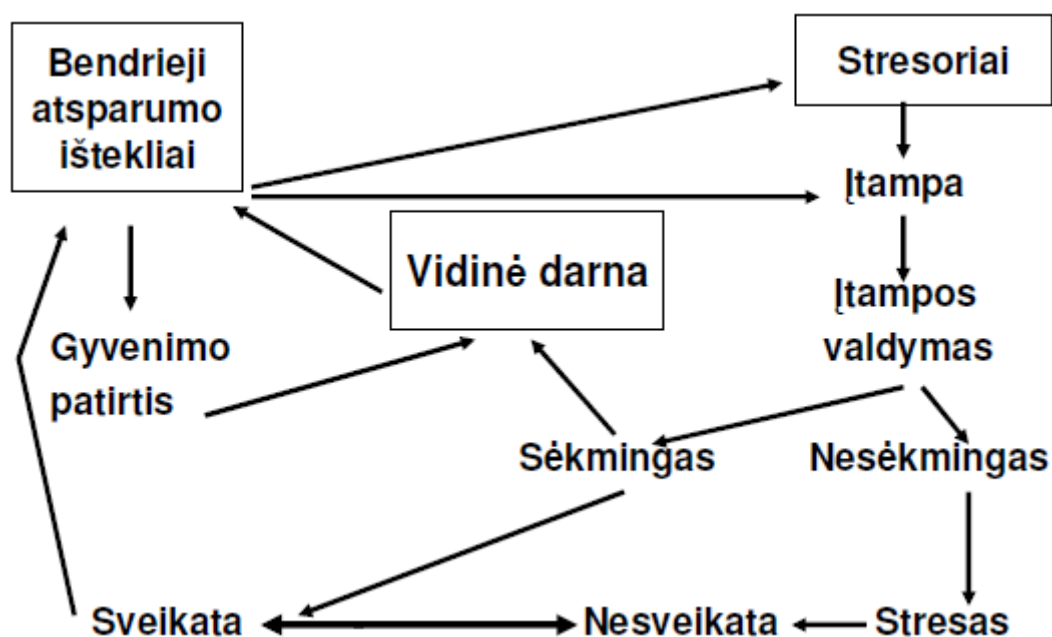
Mokyklos vaiko gerovės komisijos funkcijos
Pagal mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašą: 1. remdamasi turima mokykloje atliktų tyrimų, mokyklos vidaus ir išorės vertinimo medžiaga ir duomenimis, vertina mokyklos ugdymosi aplinką, vaikų saugumą, analizuoja vaikų ugdymosi poreikius, problemas ir jų priežastis, nustato švietimo pagalbos priemonių prioritetus, kryptis, teikimo formą; 2. rūpinasi, kad kuo anksčiau būtų aptinkami pavojai, susiję su vaikų saugumu mokykloje, saugios ugdymosi aplinkos mokykloje kūrimu, vaikų atskirties mažinimu mokykloje; 3. nagrinėja mokinių nenoro lankyti mokyklą, mokyklos nelankymo, baimių eiti į mokyklą, nesėkmingo mokymosi priežastis, imasi veiksmų, padedančių sugrąžinti vaikus į mokyklą ir sėkmingai mokytis; 4. analizuoja elgesio taisyklių pažeidimus, smurto, patyčių, žalingų įpročių, teisėtvarkos pažeidimų atvejus, sutartų tikslų dėl vaiko elgsenos gerinimo pasiekimo rezultatus, vaikui paskirtos minimalios ar vidutinės priežiūros priemonės vykdymą, teikia rekomendacijų mokytojams dėl ugdymo metodų ir darbo organizavimo su vaikais, kurių elgesys yra nepageidaujamas; 5. sprendama konkrečaus vaiko problemas renka informaciją iš mokytojų, klasės vadovų (kuratorių), švietimo pagalbos specialistų, tėvų (globėjų, rūpintojų), vaiko, atsižvelgia į aplinkos ir mokyklos mikroklimato veiksnius, su kuriais susiduria vaikai, turintys specialiųjų ugdymosi poreikių, vaikai iš socialinę atskirtį patiriančių, rizikos grupės, ekonominių sunkumų turinčių, išvykusių į užsienį šeimų, planuoja, kaip ir kas bus daroma, kokia švietimo ar kita pagalba bus teikiama, kas ir už ką bus atsakingas; 6. analizuoja teikiamos švietimo pagalbos mokiniui veiksmingumą, prireikus koreguoja švietimo pagalbos priemonių teikimą; 7. analizuoja vaikų tarpusavio santykių, pedagogų ir vaikų santykių problemas ir teikia siūlymų pedagogams dėl šių santykių gerinimo; 8. teikia siūlymų mokyklos direktoriui dėl socialinės paramos (maitinimo, aprūpinimo mokinio reikmenimis, ir kt.) mokiniams teikimo, mokinių vežimo į Mokyklą ir iš jos, apgyvendinimo mokyklos bendrabutyje, mokinių sveikatos priežiūros mokykloje organizavimo; 9. atlieka vaikų, turinčių specialiųjų ugdymosi poreikių (išskyrus poreikius, atsirandančius dėl išskirtinių gabumų), pirminį įvertinimą ir teikia siūlymų mokyklos vadovui dėl specialiojo ugdymo šiems vaikams skyrimo Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro nustatyta tvarka; 10. teikia rekomendacijų pedagogams, tėvams (globėjams, rūpintojams) dėl specialiojo ugdymo būdų, metodų, trukmės pritaikymo, techninės pagalbos ir specialiųjų mokymo priemonių naudojimo, organizuoja ir koordinuoja ugdymo programų pritaikymą, tvarko specialiųjų ugdymosi poreikių turinčių vaikų apskaitą mokykloje; 11. siūlo tėvams (globėjams, rūpintojams) vaiko specialiuosius ugdymosi poreikius įvertinti pedagoginėje psichologinėje tamtyboje; 12. siūlo mokykloje įgyvendinti gyvenimo įgūdžių, prevencijos, sveikatos stiprinimo, užimtumo priemones ir programas; 13. konsultuoja tėvus (globėjus, rūpintojus) vaikų ugdymo organizavimo, elgesio, lankomumo, saugumo užtikrinimo ir kitais aktualiais klausimais; 14. įvykus krizei mokykloje, t. y. netikėtam ir/ar pavojingam įvykiui, sutrikdančiam įprastą mokyklos bendruomenės ar atskirų jos narių veiklą, emociškai sukreičiančiam visą ar didesnę mokyklos bendruomenės dalį, organizuoja krizės valdymo priemones: 14.1. įvertina krizės aplinkybes ir parengia krizės valdymo mokykloje planą; 14.2. parengia informaciją apie krizę mokyklos bendruomenei ir / ar žiniasklaidai; 14.3. apie situaciją informuoja mokyklos bendruomenę, mokyklos savininko teises ir pareigas įgyvendinančią instituciją, prireikus – teritorinę policijos įstaigą, vaiko teisių apsaugos tarnybą; 14.4. įvertina mokyklos bendruomenės grupes ar asmenis, kuriems reikalinga švietimo pagalba ir organizuoja jos teikimą: konsultuoja mokyklos bendruomenės narius individualiai ar grupėmis, rengia pokalbius su mokiniams, esant būtinybei – kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl būtinos pagalbos suteikimo, pedagoginės psichologinės tarnybos krizių valdymo komandą, kitas įstaigas, galinčias suteikti reikiamą pagalbą; 15. bendradarbiauja su mokyklos savivaldos (mokyklos taryba, mokytojų taryba, mokinių savivaldos institucijomis), suinteresuotomis institucijomis ar asmenimis vaiko gerovės klausimais; 16. inicijuoja mokykloje dirbančių mokytojų kvalifikacijos tobulinimą vaikų gerovės užtikrinimo srityje; 17. atlieka funkcijas, nustatytas LR vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymo 14 straipsnio 7 dalyje, nagrinėja kitus su vaiko gerove susijusius klausimus.
Pagal vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymą: 1. kiekvienais metais nustato mokyklos prevencinio darbo prioritetus ir kryptis, suderina juos su mokyklos administracija, nagrinėja prevencinio darbo klausimus, įgyvendina teisės pažeidimų, alkoholio, tabako, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, smurto, nusikalstamumo ir kitus prevencinius projektus; 2. vykdo mokyklos bendruomenės švietimą vaiko teisių apsaugos, teisės pažeidimų prevencijos, mokinių užimtumo srityse; 3. organizuoja švietimo pagalbą mokiniui, mokytojui ir vaiko atstovams pagal įstatymą; 4. teikia siūlymus mokyklos vadovui dėl darbo tobulinimo; 5. teikia siūlymus savivaldybės administracijos V GK dėl vaiko minimalios priežiūros priemonių tobulinimo; 6. teikia siūlymus mokyklos vadovui dėl vaiko minimalios ar vidutinės priežiūros priemonės skyrimo inicijavimo; 7. atlieka kitas švietimo ir mokslo ministro nustatytas funkcijas.

Sudaryta darbo autorės pagal Vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymą¹⁹⁹, 2010 ir Mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašą²⁰⁰, 2011.

¹⁹⁹ LR švietimo ir mokslo ministro 2011 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-579 „Dėl mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *Valstybės žinios*, 2011-04-13, Nr. 45-2121.

²⁰⁰ LR vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymas, *Valstybės žinios*, 2007, Nr. 80-3214; *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 157-796.

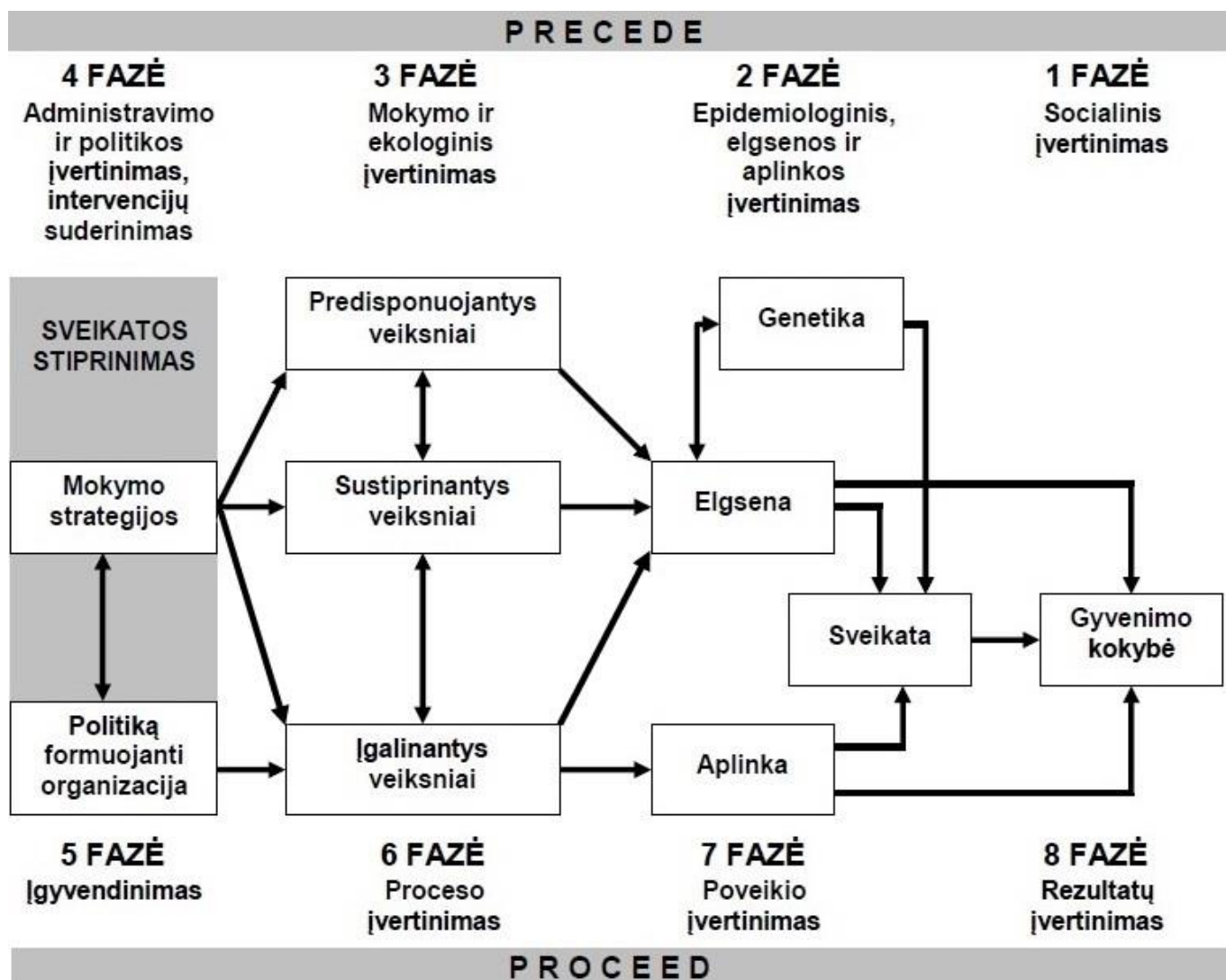
Salutogeninis sveikatos stiprinimo modelis



Cit. pagal Javtokas Z., 2009.²⁰¹

²⁰¹ Antanovsky A., 1979, cit. pgl. Javtokas Z., Salutogeninio modelio panaudojimas mokinių sveikatai stiprinti. Informacinis metodinis leidinys, Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2009, p. 4.

PRECEDE-PROCEED modelis



PRECEDE – Predisposing, Reinforcing, Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation
(liet. išankstiniai, sustiprinantys, įgalinantys konstruktai nustatant mokymo/aplinkos diagnozę ir atliekant vertinimą)

PROCEED – Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development
(liet. politikos, priežiūros ir organizaciniai konstruktai vykdant mokymo ir aplinkos plėtotę)

Cit. pagal Javtokas Z., 2009²⁰²

²⁰² Green L. W., Kreuter M. W., 1999, cit. pgl. Javtokas Z., et al., Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms, Vilnius: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, 2014, p. 36-37.

Klausimai informantams

Sveikatos, jos stiprinimo ir gerovės sąveika

1. Kokius bendrus veiksnius lemiančius gerą mokyklinio amžiaus vaikų sveikatą ir gerovę galėtumėte įvardyti?

Tarpsektorinis ir tarpžinybinis vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimas

2. Kaip, Jūsų manymu, (ypač nacionaliniu lygiu) turėtų būti pasidalijama atsakomybė už vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimą?

Savivaldybių vykdomas vaikų sveikatos stiprinimo ir gerovės koordinavimas

3. Kokių įžvelgiate savivaldybės už vaiko gerovės koordinavimą atsakingų struktūrų (pvz. Savivaldybės administracijos vaiko gerovės komisijos) ir visuomenės sveikatos biuro bendradarbiavimo galimybių (koordinuojant mokyklose vykdomas sveikatos stiprinimo ir prevencines veiklas)?

Vaikų sveikatos stiprinimo, ugdymo ir gerovės įgyvendinimas bei koordinavimas mokyklose

4. Kaip, Jūsų manymu, bendrojo ugdymo įstaigose galėtų būti planuojamos ir koordinuojamos su vaikų sveikata susijusios veiklos (sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo, prevencinės)?
5. Koks, Jūsų manymu, turėtų būti mokyklų administracijos indėlis į su vaikų sveikata susijusių veiklų organizavimą bei koordinavimą?
6. Koks, Jūsų manymu, mokyklose turėtų būti tėvų ir pačių vaikų vaidmuo jų su sveikata susijusių veiklų planavimo ir įgyvendinimo procesuose?
7. Kokia, Jūsų manymu, turėtų būti mokyklų vaiko gerovės komisijų sudėtis ir tarpusavio ryšiai, kad ji galėtų visapusiškai vykdyti su vaikų sveikata susijusias funkcijas?

Sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir prevencinių veiklų finansavimas

8. Kokių įžvelgiate galimybių finansuoti mokyklose vykdomas su vaikų sveikata susijusias veiklas (sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo, prevencines)?

Sveikatą stiprinančių mokyklų privalumai ir plėtra

9. Kokie, Jūsų manymu, sveikatą stiprinančių mokyklų (SSM) privalumai siekiant integruoto vaikų sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo ir vaiko gerovės koordinavimo?
10. Kokias įžvelgiate SMM tinklo ryšių galimybes su savivaldybių koordinacinėmis struktūromis (Visuomenės sveikatos biuru, už vaiko gerovę atsakingomis struktūromis)?
11. Kokias įžvelgiate SMM galimybes dalintis gerąja patirtimi tarpusavyje įvairiais lygmenimis ir skleisti ją už SMM tinklui priklausančių mokyklų ribų?

Jūsų duomenys

- Jūsų amžius (m.):
- Jūsų išsilavinimas:
- Jūsų dabartinio darbo stažas (m.):
- Tikslus Jūsų pagrindinių pareigų pavadinimas:
- Šalutinės pareigos ar narystė komisijose, tarybose ir pan.: