

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINIŲ MOKSLŲ FAKULTETAS
VIEŠOJO ADMINISTRAVIMO KATEDRA

Renata NEVULYTĖ

**LIETUVOS VISUOMENĖS SVEIKATOS POLITIKOS
ĮGYVENDINIMAS: Pasvalio rajono mokyklų (1–12 klasių) vaikų
sveikatos būklės ypatumai**

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Šiauliai, 2011

SANTRAUKA

Viešasis administravimas

Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas: Pasvalio rajono mokyklų (1 – 12 klasių) vaikų sveikatos būklės ypatumai.

Renata Nevulytė

Mokslinis vadovas Prof. habil. dr. Kęstutis Kriščiūnas

Šiaulių universitetas, Socialinių mokslų fakultetas, Viešojo administravimo katedra. Šiauliai, 2011, Psl.sk. 100.

Darbo tikslas: išanalizuoti Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo teorinius aspektus, išsiaiškinti Pasvalio rajono mokyklų vaikų sveikatos būklės ypatumus ir edukacines galimybes.

Uždaviniai: 1. Išnagrinėti Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo esminius aspektus; 2. Nustatyti vaikų sveikatos ypatumus; 3. Atlikti vaikų sveikatos būklės analizę Pasvalio rajono mokyklose pagal vaiko sveikatos pažymėjimus; 4. Atskleisti vaikų sveikatos stiprinimo edukacines galimybes;

Tyrimo hipotezė: tikėtina, kad jaunesnio mokyklinio amžiaus vaikų (1 – 6 kl.) sveikatos įvertinimo rodikliai yra geresni, ir tai sudaro geras prielaidas jų sveikatai išlaikyti ir pasiekti, kad ji neblogėtų, naudojant edukacines priemones, nei vyresnio mokyklinio amžiaus vaikų (7 – 12 kl.).

Metodika: 1. Lyginamoji mokslinės literatūros analizė. 2. Mokinių sveikatos vertinimas, remiantis profilaktiniais sveikatos patikrinimų pažymėjimais. 3. Statistinė analizė (Exel programa skaičiuojamas mokinių sergamumas 1000 profilaktiškai pasitikrinusių sveikatą). Buvo skaičiuojami sveikatos pažymėjimų, kuriuos užpildo gydytojai profilaktinių patikrinimų metu duomenys.

Tyrimo metu nustatyta, kad hipotezė (jaunesnio mokyklinio amžiaus vaikų (1 – 6 kl.) sveikatos įvertinimo rodikliai yra geresni, nei vyresnio mokyklinio amžiaus vaikų (7 – 12 kl.) iš dalies pasitvirtino.

Išvados: 1. Sveikatos politikos įgyvendinimo procesas susijęs su pagrindiniais Lietuvos žmonių sveikatos rodikliais, taip pat su visuomenės socialinių, ekonominių, politinių, teisinių ir aplinkos veiksnių integralia sąveika. Tačiau, lemiamas vaidmuo turi tekti gyventojų sveikatos mokymui ir sveikatos ugdymui, bei stiprinimui; ligų prevencijai ir profilaktikai. 2. Tam, kad būtų galima stebėti mokinių sveikatos rodiklių pokyčius, reikalingi kasmetiniai profilaktiniai sveikatos patikrinimai. Remiantis jų duomenimis galima laiku nustatyti ir išgydyti negalavimus ar sveikatos sutrikimus, bei užbėgti jiems už akių. 3. Nuo 2008 – 2010 m. į Pasvalio rajono mokyklas susirenka vis mažiau mokinių, tačiau sveikatą pasitikrinusių mokinių sumažėjo dar labiau; įvairiomis ligomis sergančių mokinių padaugėjo 94,04 atvejais 1000-iai pasitikrinusių sveikatą. 4. Vaikai turi būti ugdomi

sveikatą stiprinančioje mokykloje, kurios tikslas – visų mokyklos bendruomenės narių sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas sudarant saugią aplinką. Pagrindinę edukacinę veiklą mokykloje vykdo visuomenės sveikatos specialistas. Bet tam kad sveikatinimo veiklos rezultatai būtų efektyvesni į moksleivių sveikatos stiprinimą turi įsitraukti pedagogai, tėvai, kitas personalas bei visa mokyklos bendruomenė.

Raktiniai žodžiai: politika, pagrindiniai sveikatos politikos principai, visuomenė ir sveikata, edukacinė veikla, profilaktiniai patikrinimai.

SUMMARY

Public Administration

The realization of health policy in Lithuania's society: the peculiarities of children health conditions in the schools of Pasvalys Region (Forms 1-12)

Renata Nevulytė

Research Adviser: Prof. habil. dr. Kęstutis Kriščiūnas

Šiauliai University, Faculty of Social Sciences, Department of Public Administration, 2011, P. 100.

The aim of the research: to analyze the theoretical aspects of the realization of health policy in Lithuanian's society, to pay attention to the peculiarities of children health conditions and educational possibilities in the schools of Pasvalys Region.

To achieve the aim the following objectives have been set: 1. To analyze the main aspects of the realization of health policy in Lithuania's society. 2. To determine the peculiarities of children health. 3. To analyze health condition of children in the schools of Pasvalys Region according to the medical certificate of child. 4. To reveal the educational possibilities of strengthening of children health.

The hypothesis of the research: it is believed that the index of health evaluation of younger school-age children (Forms 1-6) is higher and it impacts the good assumptions of maintaining their health and to ensure that it does not get worse while using educational tools in comparison with older school-age children (Forms 7-12).

Methods of the investigation applied in the work are as follows: 1. The descriptive – theoretical literary analysis. 2. The evaluation of children health was based on prophylactic health checkup certificate. 3. Statistical analyzes (Excel program calculated the morbidity of pupils in 1000 who had their preventive health checkups. The data of health certificates was estimated in accordance with the time of the doctor's prophylactic checkups.

The study showed that the hypothesis (the younger school-age children (Forms 1-6) indexes of health assessment are better than the older school-age children (Forms 7-12) was partially confirmed.

Conclusions: 1. The process of health is related to the main indexes of Lithuania's people health as well as with the integral interaction of social, economic, political, legal and environmental factors. . However, the main attention must be paid to health education, strengthening of disease prevention, and prophylaxis. 2. In order to monitor students' health indices it is needed the annual preventive health checkups. According to their data it is possible to identify and treat ailments or health problems. 3. Ostensibly, from 2008 - 2010 the amount of schoolchildren has been coming

less in Pasvalys Region schools but those who had their medical health checkups declined even more; a variety of diseases has increased in 94, 04 cases in 1,000 who had their medical health checkups. 4. Children should be educated in health promoting school which aim is – the formation of lifestyle skills of schools community members while creating secure environment. The main educational activity is kept by the school by public health specialist. In order to achieve the most effective health intensification educators, parents, the other personnel and all school's community must be involved in action.

Keywords: policy, the basic principles of health policy, society and health, educational activities, prophylactic checkups.

TURINYS

SANTRAUKA	2
SUMMARY	4
TURINYS	6
PAGRINDINĖS SAŲVOKOS	7
ĮVADAS	10
1. VISUOMENĖS SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO ASPEKTAI.....	13
1.1. Visuomenės sveikatos politikos samprata.....	13
1.2. Pagrindiniai sveikatos politikos principai	17
1.3. Visuomenės sveikatos politikos raida Lietuvoje	24
2. VAIKŲ SVEIKATOS YPATUMAI	32
2.1. Profilaktiniai sveikatos patikrinimai	32
2.2. Burnos sveikata.....	33
2.3. Griaučių ir raumenų sistemos.....	34
2.4. Regėjimo sutrikimai.....	35
2.5. Antsvorio problemos.....	36
2.6. Nervų sistemos sutrikimai.....	34
2.3. Kraujotakos sistemos sutrikimai.....	34
3. TYRIMO METODIKA IR ORGANIZAVIMAS	39
4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS.....	41
4.1. Moksleivių vystymosi sutrikimai ir sergamumas	41
5. VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO EDUKACINĖS GALIMYBĖS	70
5.1. Sveikatą stiprinančių institucijų programos ir projektai	70
5.2. Vaikų sveikatinimo samprata	73
5.3. Sveikatos ugdymo samprata.....	75
5.4. Vidinės darnos ugdymo svarba gyvenimo kokybei.....	78
5.5. Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto edukacinė veikla mokykloje	81
IŠVADOS	85
REKOMENDACIJOS	88
LITERATŪRA.....	88

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

PSO (WHO) – Pasaulinė sveikatos organizacija (World Health Organization);

VLK – Valstybinė ligonių kasa;

VPSC – Valstybinis psichikos sveikatos centras;

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija;

LVPPD – Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrijos draugija;

PSC – psichikos sveikatos centras;

PTŽSAI – pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas;

VMAI – Valstybinė medicininio audito inspekcija;

VASC – Valstybinis aplinkos sveikatos centras;

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children;

PSD – privalomasis sveikatos draudimas;

PSDF – privalomojo sveikatos draudimo fondas;

Sveikatos politika – sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija, pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe.

Psichikos sveikata – natūrali žmogaus asmenybės būseną, kuri turi būti saugoma arba gražinama sutrikimų bei ligų atvejais. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos apibrėžimą, psichikos sveikata yra emocinis ir dvasinis atsparumas, leidžiantis patirti džiaugsmą ir išverti skausmą, nusivylimą, liūdesį. Tai teigiamas gėrio jausmas, kuriuo remiasi tikėjimas savo bei kitų žmonių orumu ir verte.

Sveikatos mokymas – tai kryptinga, planinga ir sisteminga ugdytojo ir ugdytinio veikla, sąveika suteikiant žinių, kaip stiprinti sveikatą ir apsisaugoti nuo ligų.

Sveikatos ugdymas – tai sąmoningai sudarytos sąlygos, kurių tikslas – ne tik suteikti žinių, bet ir padėti formuoti teigiamoms sveikatos atžvilgiu elgesio nuostatomis bei sveikos gyvensenos įgūdžiams, padėti atsisakyti žalingų įpročių bei keisti požiūrį į sveikatą.

Vidinė darna – globali žmogaus gyvenimo orientacija į tikslą, autonomiją, gerovę. Tai pasitikėjimas savimi, aplinka, įsitikinimas, kad situacija kontroliuojama, pasitenkinimas abipuse parama, agresijos kontrolė.

Saliutogenezės teorija – nagrinėjami ne ligas sukeliantieji, o sveikatą palaikantieji veiksniai. Ši teorija geriausiai atskleidžia puikios sveikatos kilmę psichologiniu požiūriu.

Endogeniniai veiksniai – vidinės žmogaus būsenos nulemti veiksniai.

Egzogeniniai veiksniai – aplinkos nulemti veiksniai.

Krizių intervencija – tai aktyvi pagalba ribinio egzistencinio išgyvenimo metu. Ją suteikia profesionalūs psichikos sveikatos specialistai ir savanoriai krizių įveikimo darbuotojai krizių

įveikimo centruose, krizinių įvykių vietose.

Paradigma – teorinių ir metodologinių prielaidų, kuriomis remiasi konkretus mokslinis tyrimas, visuma. Kiekvienu atveju vyrauja viena paradigma, tačiau tai nereiškia, kad kitos paradigmos neturi įtakos pažinimo vyksmui.

Globalizacija – tai sudėtingas procesas, apimantis įvairias pasaulio ūkio, politikos ir visuomenės sritis, didinantis jų tarpusavio integraciją, stiprinantis tarpusavio priklausomybę, kuriantis bendro veikimo šablonus. Ji suteikia naujų galimybių, tačiau kelia ir naujų grėsmių. Gali lemti didelius socialinės gerovės laimėjimus, bet taip pat gali skatinti dar didesnius plėtros netolygumus.

Holistinis požiūris į sveikatą remiasi tuo, kad fizinė, psichinė ir dvasinė būsenos tarpusavyje susijusios, taigi pacientas – ne subjektas, kuriam sutriko vienas organas, bet žmogus, turintis problemų, kurias reikia spręsti atsižvelgiant į fizinius, psichinius bei socialinius aspektus.

Holistinė pozicija – į žmogų žvelgiama kaip į visumą, neskaidant jo į atskirus organus ir ligas, akcentuojamas ne ligų gydymas, bet sveikatos išsaugojimas, jos gražinimas į buvusį ar panašų lygį.

Preambulė – įstatymo (pvz., Konstitucijos), sutarties (tarptautinės ar nacionalinės), ES direktyvos ar kitokio teisės akto, deklaracijos įvadinė arba įžanginė dalis.

Egalitarinės teorijos pabrėžia lygias galimybes naudotis gėrybėmis, kurių trokšta kiekvienas racionalus žmogus (čia dažnai yra pasitelkiamas materialusis reikmių ir lygybės kriterijus).

Libertarinės teorijos pabrėžia teises į socialinę ir ekonominę laisvę (reikalauja nešališkų procedūrų, o ne kokių nors konkrečių pasekmių).

Utilitarinės teorijos siekia visuomenės gerovės maksimizavimo, paprastai pasitelkia mišrius kriterijus. Apskritai teorijos priimtinumą lemia joje skleidžiamų moralinių argumentų dėl vieno ar kelių atrinktų materialių kriterijų ar principų prioritizavimo, svarumas.

UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) – Jungtinių Tautų vaikų fondas yra 1946 m. gruodžio 11 d. Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos įkurta organizacija. Tąkart organizacijos tikslas buvo padėti Antrojo pasaulinio karo nunioktų šalių skurstantiems arba įvairiomis ligomis sergantiems vaikams. Šiandien UNICEF tiekia maistą, drabužius ir rūpinasi pasaulio vaikų sveikata. Visoje organizacijos veikloje pirmumas teikiamas labiausiai nuskriaustiems, kenčiantiems vaikams bei skurdžiausioms šalims. Kiekvienam vaikui turi būti suteikta galimybė tapti visaverčiu visuomenės nariu, o jų teisės privalo būti užtikrintos.

Tarpžinybinis bendradarbiavimas – tai komandos, sudarytos iš atskirų ar tos pačios žinybos (tarnybos) narių, darbas siekiant vieno tikslo atsižvelgiant į atskirų komandos narių poreikius bei tikslus.

Komanda. Bet kokiam bendradarbiavimui reikalingas daugiau nei vienas asmuo. Dažniausiai komandą sudaro skirtingos specializacijos atstovai, atliekantys savo profesines funkcijas, vykduantys įgaliojimus ir bendradarbiaudami siekiantys bendro tikslo. Pagrindinis komandos tikslas – užtikrinti

skubios, visapusiškos, koordinuotos ir efektyvios tarpžinybinės pagalbos teikimą. Komandoje įvairių žinybų specialistai, analizuodami sudėtingiausias atvejus, bando rasti optimalius sprendimo būdus.

Biomedicininė sveikatos samprata – jeigu darniai funkcionuoja mūsų kūnas, visos organizmo sistemos, vadinasi, esi sveikas. Psichikos ligos ar emocinės sveikatos problemos ignoruojamos.

Semaškos sveikatos priežiūros modelis – tai sveikatos sistema, tiesiogiai valdoma ir centralizuotai finansuojama iš valstybės biudžeto (t. y. sveikatos apsauga teikiama nemokamai).

Bismarko sveikatos priežiūros modelis – tai sveikatos sistema, pagrįsta socialinėmis-medicininėmis draudimo įmokomis (t. y. sveikatos draudimas yra finansuojamas iš darbuotojų ir darbdavių įmokų).

Beveridžo sveikatos priežiūros modelis – tai sveikatos sistema, pagrįsta bendraisiais mokesčiais (t. y. sveikatos priežiūros finansavimas yra sudarytas iš mokesčių, privataus sektoriaus bei valstybės biudžeto ir yra pavaldus valstybei).

IVADAS

Gyventojų sveikata yra šalies ekonomikos, produktyvumo ir gerovės prielaida, o sveikatai išleisti pinigai nėra vien išlaidos – tai investicija į jos dabartį ir ateitį. Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai blogesni nei daugumos ES šalių, neigiamos daugelio jų kaitos tendencijos turi kelti visuotinį susirūpinimą bei skatinti nepalankios sveikatos situacijos priežasčių paiešką. Reikia formuoti tokią Lietuvos mokslo politiką ir jos įgyvendinimo programą, kuri atspindėtų pagrindines ES mokslo ir ES sveikatos mokslų, kaip vienos iš prioritetinių mokslo sričių, plėtros nuostatas [70].

Sveikata ir visuomenė – tarpusavyje labai glaudžiai susijusios sąvokos: visuomenės raida priklauso nuo jos sveikatos, o sveikata – nuo visuomenės raidos, todėl visais laikais vienas svarbiausių uždavinių buvo ir tebėra – išvengti ligų ir išsaugoti sveikatą [68]. Ypač pastaraisiais metais siekiama daugiau dėmesio skirti ne ligoms gydyti, o sveikatai išsaugoti. Tai naudingiau ir žmogui, ir visuomenei. Kiekviena visuomenė privalo užtikrinti sveiką vaiko gyvenimo pradžią ir jo tolesnę vystymąsi sudarant tam palankią aplinką. Žinoma, dažniausiai pasitaikančios suaugusiųjų ir vaikų ligos yra glaudžiai susijusios su žmogaus gyvenimo pradžia ir gyvenimo būdu, todėl į pirmą vietą iškeliamas sveikos gyvensenos ugdymas [1, 71]. Tačiau tai padaryti nelengva, nes sveikatos ugdymas yra sudėtingas įvairialypis procesas. Ugdymas yra gana plati sritis, pasižyminti įvairove ir nuoseklumu [2].

Europos šalys, Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) narės, planuoja įgyvendinti pagrindines Europos naujosios sveikatos politikos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ nuostatas. Viena iš keturių šios politikos parengtų strategijų – sveikatai gerinti skirtos programos ir investicijos, orientuotos į sveikatos stiprinimą ir ligų profilaktiką. 1998 m. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos programą [8, 59]. Ji akcentuoja siekį ugdyti sąmoningą visuomenės požiūrį į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą kaip pagrindinę socialiai vertingą gyvenimo sąlygą [2]. Pagrindinis sveikatos ugdymo būdas – sveikatos mokymas siekiant ugdyti elgesį ir vertybes, kurios sudarytų sveikos gyvensenos pamatus, mokyti tausoti savo sveikatą, padėti suprasti žalingų įpročių ir kitų sveikatą silpninančių veiksnių žalą [69]. Taigi viena iš svarbiausių sveikatos politikos įgyvendinimo priemonių yra specialistų kompetencija. Rengiant visuomenės sveikatos specialistus, gebančius lemti bendruomenės sveikatos pokyčius, pabrėžiama ne tik puiki jų dalykinė kompetencija, bet ir brandi dvasinė kultūra. Šios savybės turi skatinti visuomenės sveikatos specialistus būti tikrais sveiko žmogaus ugdytojais, o ne vien sveikatos žinių perteikėjais [2]. Sveikatos ugdymo įgyvendinimas kelia reikalavimus sveikatos ugdytojams, formuojantiems mokinių individualios savirūpos, sveikatos priežiūros vartotojo ir socialines kompetencijas, įgalinančias priimti pozityvius sveikatai elgsenos sprendimus individo ir socialiniu lygmeniu [168].

Darbo aktualumas. Darbo tema apie Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimą ir vaikų sveikatą pasirinkta neatsitiktinai. Vaikų sveikata lieka aktuali problema, todėl jai Lietuvos sveikatos politikos erdvėje skiriamas ypatingas dėmesys. Yra atlikta nemažai tyrimų, kuriuose vertinami Lietuvos mokinių gyvenimo ypatumai [169], tačiau tyrimų rezultatai rodo, kad sveikatos rizikos veiksnių paplitimas tarp mokyklinio amžiaus vaikų turi tendenciją didėti. Taip pat pasigendama išsamesnių tyrimų apie specialisto, atsakingo už sveikatos priežiūrą mokykloje, atliekamas funkcijas, jų kokybę, požiūrį į teikiamas paslaugas ir šių paslaugų poreikį.

Darbo problema. Įgyvendinant sveikatos politiką, svarbus vaidmuo tenka visuomenei. Tačiau ji į sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą nebuvo tinkamai įtraukta. Bendruomenės įtraukimas į sveikatos politikos ugdymo planavimą – edukacinis reiškinys, nes jo metu įgyjama šiai veiklai reikalingų gebėjimų, bendruomenė tampa iniciatyvesnė. Nepakankamos mokinių žinios apie sveikatos saugojimą, tėvų ir pedagogų pagalbos stoka augimo ir brendimo laikotarpiu turi nemažai įtakos abejingam požiūriui į sveikatos tausojimą. Gal todėl nemažai jaunų žmonių vertybių sistemoje sveikatai skiria ne pačią svarbiausią vietą. Nepakankamas informatyvumas ir įtraukimas į sveikatos politikos valdymą nepaskatino visuomenės labiau ir laiku rūpintis savo sveikata.

Darbo naujumas. Spartėjanti mokslo, informacinių technologijų, žinių visuomenės plėtra kokybiškai keičia visas gyvenimo sritis. Šie pokyčiai palietė ir visuomenės sveikatos politiką, suformuodami naują jos paradigmą, grindžiamą tuo, kad moderniose visuomenėse sveikatos ugdymo krizė yra nuolatinis reiškinys. Galima sakyti, kad siekiant geresnio visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo, nepakanka plėsti ir tobulinti tik suaugusiųjų švietimą, bet lygiagrečiai reikia keisti ir pertvarkyti sveikatos ugdymą mokyklose. Atsiranda būtinybė spręsti naujus mokinių sveikatos priežiūros uždavinius. Juos įgyvendinti padėtų mokyklų sveikatos priežiūros reforma ir kryptingai parengti specialistai. Todėl atsiveria tolesnė mokslinė ir praktinė visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo tyrinėjimo perspektyva, kurios tikslas – vis stiprėjanti sąsaja tarp asmens ir visuomenės sveikatos fizinio, socialinio ir dvasinio ypatumų.

Tyrimo objektas – Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas.

Tyrimo dalykas – Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas Pasvalio rajono mokyklose.

Šio tyrimo tikslas – išanalizuoti Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo teorinius aspektus, išsiaiškinti Pasvalio rajono mokyklų vaikų sveikatos būklės ypatumus ir edukacines galimybes. Tikslui įgyvendinti buvo iškelti tokie **uždaviniai**:

1. Išnagrinėti Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo pagrindinius aspektus.
2. Nustatyti vaikų sveikatos ypatumus.
3. Išanalizuoti vaikų sveikatą Pasvalio rajono mokyklose pagal vaiko sveikatos pažymėjimus.
4. Atskleisti vaikų sveikatos stiprinimo edukacines galimybes.

Tyrimo hipotezė: tikėtina, kad jaunesnio mokyklinio amžiaus vaikų (1–6 kl.) sveikatos įvertinimo rodikliai yra geresni nei vyresnio mokyklinio amžiaus vaikų (7–12 kl.) ir tai sudaro geras prielaidas jų sveikatai išlaikyti bei pasiekti, kad, naudojant edukacines priemones, sveikata neblogėtų.

1. VISUOMENĖS SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMO ASPEKTAI

Šiame skyriuje pateikiama visuomenės sveikatos politikos samprata, apimanti sveikatos politiką ir jos vystymosi nuoseklumo bei įgyvendinimo veiksnius, Lietuvos žmonių sveikatos rodiklių reikšmingumą politiniame, ekonominiame ir socialiniame kontekste, žmogaus fizinę bei psichinę sveikatą, sveikatos apsaugą, palaikymą, ugdymą, stiprinimą bei globalizaciją ir naują sveikatos politikos bruožą – visumiškumą. Taip pat pateikiami visuomenės sveikatos politikos principai, kurie yra sveikatos sistemos įgyvendinimo priemonės, pamatinės nuostatos, fundamentalūs pradai. Šiais principais turi būti siekiama sveikatos sistemos darnos ir visuotinės gerovės. Pateikiama visuomenės sveikatos politikos raidos Lietuvoje analizė. Kaip ir kitose posovietinėse valstybėse, iki tol egzistavusi asmens sveikatos priežiūros sistema neišvengiamai turėjo būti reformuojama visų pirma dėl instrumentinio gydytojo ir paciento santykio bei pasenusio sveikatos draudimo modelio, lėmusio manymą, kad „medicina nekainuoja“. Analizuojant sveikatos politikos raidą dėmesys skiriamas naujiems sveikatos sistemos reformos punkтам: nacionalinės sveikatos koncepcijos priėmimui, SODRAI, VLK įstaigų veiklos reorganizacijai, pirminei, antrinei, tretinei sveikatos priežiūrai, privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, visuomenės sveikatos biurų veiklai ir kt.

1.1. Visuomenės sveikatos politikos samprata

Formuojant sveikatos politiką, Lietuvoje nueitas ilgas kelias, pradedant klasikiniiais epidemiologiniais tyrimais, profilaktinėmis lėtinių neinfekcinių ligų mokslinėmis ir praktinėmis programomis, vykdytomis bendradarbiaujant su Pasauline sveikatos organizacija (PSO) bei daugeliu Europos universitetų ir mokslinių centrų, ir baigiant aktyviu Lietuvos dalyvavimu plėtojant Europos sveikatos politiką. Tarptautiniu mastu sukaupta mokslinė informacija akivaizdžiai įrodo, kad spręsti pagrindines šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas tiesiog neįmanoma tenkinantis vien medicinos pagalbos teikimu. Lemiamas vaidmuo čia tenka sveikatos ugdymui, aplinkosaugai bei ligų profilaktikai. Tačiau šitaip sprendžiant šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas būtina mobilizuoti visą visuomenę, visas sveikatą lemiančias socialines bei ekonomines struktūras. To padaryti nebus įmanoma, jeigu nebus politinio valstybės įsipareigojimo, atitinkamos infrastruktūros visuomenės sveikatos programoms įgyvendinti bei šiems tikslams įgyvendinti parengtų visuomenės sveikatos specialistų [5].

Sveikatos politika – pritarimas ar bendras sveikatos apsaugos sistemos atstovų, partnerių susitarimas dėl svarstytinų sveikatos klausimų, jų tvarkymo būdų bei strategijos – sveikatos ir jos apsaugos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika. Ji įteisinama kaip bendra valdymo

funkcija [3].

Sveikatos politika – sveikatos ir jos reikalų valstybinio tvarkymo teorija ir praktika, įteisinama kaip bendroji valdymo funkcija pripažįstant sveikatą socialine bei ekonomine vertybe [8].

Kalbant apie visuomenės sveikatos politikos sampratą reikėtų išsiaiškinti, kaip suprantama žmogaus, visuomenės sveikata ir kas yra sveikata?

Sveikas žmogus yra tas, kuris neserga. Toks teiginys yra teisingas, tačiau taip siaurąja prasme suvokiant sveikatą kyla natūrali pagunda interpretuoti žmogų kaip visumą anatominių dalių, kurios turėtų glaudžiai funkcionuoti. Laikantis tokios sveikatos sampratos, ilgainiui imamas gydyti ne žmogus, bet žmogaus kepenys, ranka ir t.t. Juk buvimas asmeniu yra daugiau nei buvimas kūno dalių suma, todėl sveikatos apibrėžimas yra platesnis, tai ne tik ligos nebuvimo fakto konstatavimas [6]. 1958 m. PSO konstitucijoje pateiktas sveikatos apibrėžimas teigia, kad sveikata yra visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien ligos ir negalios nebuvimas [13].

Humanitarinių reikalų ir žmogaus teisių specialisto dr. Michel'io Thieren'o (2007) nuomone, sveikata susideda iš daugelio komponentų: kur žmonės gyvena, turi ar neturi darbą, kokiomis paslaugomis ir parama gali naudotis, kokia aplinka juos supa. Visi šie veiksniai ekonominiame ir socialiniame kontekste sukuria įvairias sveikatos būsenas [11].

„Sveikata visiems“ (Health for All (HFA) – tai principas, kuriuo vadovaujasi dauguma pasaulio šalių, siekdamas palaikyti tokį sveikatos priežiūros lygį, kuris laiduotų socialiai ir ekonomiškai produktyvų gyvenimą [3].

Medicinos enciklopedijoje sveika gyvensena apibūdinama kaip individo arba socialinės grupės elgsena, padedanti palaikyti, ugdyti ir stiprinti sveikatą [7].

Sveikatos apsauga – sveikatai kenksmingų fizinės ir socialinės aplinkos veiksnių stebėjimas, užkardymas ar poveikio mažinimas, nepavėluotas pavojaus sveikatai nustatymas [3]. Norint, kad aktyvi socialinė sveikatos apsaugos politika įgytų realią jėgą, reikia įsisąmoninti, kad tautos sveikata – tai jos nuosavybė, nacionalinis turtas, sukauptas žmogiškasis kapitalas [54].

Globalieji šiuolaikiniai pasaulio pokyčiai tampa vis svarbesniu veiksniu, lemsiančiu kiekvienos visuomenės ilgalaikės raidos galimybes ir perspektyvas [4]. Daugelis žmonių tikriausiai nėra nesusimąsto, kokią didelę įtaką globalizacija daro mūsų gyvenimui [172]. Globalizacija yra sudėtingas procesas, apimantis įvairias pasaulio ūkio, politikos ir visuomenės sritis, didinantis jų tarpusavio integraciją, stiprinantis tarpusavio priklausomybę bei kuriantis bendro veikimo šablonus. Globalizaciją kai kuriais aspektais galima suvokti kaip neišvengiamą delokalizacijos procesą, į kurį tradiciniai teritoriniai vienetai gali tik vienaip ar kitaip reaguoti. Globalizacija yra suvokiama kaip darbo našumo didėjimas ir prieinamumas prie visų tautų kultūrų [170]. Pasak sociologo Z. Bauman, vieniems globalizacija reiškia tai, ką mes įpareigoti daryti, jei norime būti laimingi, o kitiems ji – mūsų nelaimingumo priežastis. Tačiau visiems globalizacija yra nepermaldaujama pasaulio lemtis,

negrįžtamas procesas, veikiantis mus visus taip pat ir vienodu mastu. Šie pokyčiai daro įtaką ir visuomenės sveikatai [171]. Daugelis globalizacijos sukeltų pokyčių kelia mums ir naujas rizikos formas, kurios labai skiriasi nuo egzistavusių anksčiau. Iš praeities atkeliavusios rizikos formos turi nustatytas priežastis ir žinomas pasekmes, o dabartinių rizikos veiksnių kilmė yra nenuspėjama, pasekmės – neapibrėžtos. Pavyzdžiui, dėl pasaulyje vykstančių globalizacijos procesų išaugo ir sveikatai naudingų, ir žalingų maisto produktų pasiūla, žemė pradėta nuodyti milijonais tonų trąšų ir pesticidų, stiprėjo reklamos poveikis, keitėsi gyventojų perkamoji galia. „Nervų ir psichikos ligų“ (2006) specializuoto leidinio straipsnyje „Globalizacijos procesas ir depresija“ rašoma, kad pakitęs socialinio palaikymo tinklas kartu su prastomis gyvenimo sąlygomis didina labiausiai pažeidžiamos visuomenės dalies psichikos sutrikimų riziką. Dėl to labai daugėja elgesio sutrikimų, ypač susijusių su šeimų irimu, smurtu prieš sutuoktinį, vaikus ir senyvus žmones. Dėl skurdo, perpildytos fizinės aplinkos, didelio smurto ir nelaimingų atsitikimų, nesaugumo labai daugėja depresijos ir nerimo ligų. Taigi globalizacijos keliamos problemos gali neigiamai veikti individualaus ir socialinio palaikymo išteklius, apsaugančius nuo psichikos sveikatos problemų [94].

Kad šių žalojančių veiksnių poveikis būtų kuo mažesnis, PSO strategija „Sveikata visiems“ skatina daugiausia dėmesio skirti ne ligai, kaip anksčiau, bet sveikatos būsenai. Sveikatos būseną yra labiau kokybinis nei kiekybinis sveikatos vertinimo dydis. Todėl norint jį tinkamai suvokti, reikia sveikatos sąvoką sieti su socialinių, ekonominių, politinių, aplinkos veiksnių integracine sąveika. Esant tokiai darniai plėtros koncepcijos svarbiausių elementų sąveikai ir susiformavo nauja sveikatos politikos paradigma, kurios svarbus bruožas – visumiškumas [4].

Dažniausiai vartojamas 1951 m. Pasaulio sveikatos organizacijos priimtas ir pasiūlytas C. E. Winslow visuomenės sveikatos apibrėžimas – tai mokslas ir menas organizuotomis visuomenės pastangomis išvengti ligų, pailginti gyvenimo trukmę bei sustiprinti fizinę ir dvasinę sveikatą, rūpinantis aplinkos sauga, kontroliuojant užkrečiamas ligas, mokant individualios higienos, steigiant medicinos bei slaugos tarnybas, anksti diagnozuojant ir gydant ligas, plečiant, tobulinant socialinių tarnybų darbą, garantuoti, kad kiekvieno asmens gyvenimo standartai sudarytų galimybes stiprinti sveikatą, suteiktų teisę į sveikatą ir ilgą gyvenimą [5].

Visuomenės sveikatos stiprinimas. Valstybės institucijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, kitų juridinių ir fizinių asmenų įgyvendinamos organizacinės, teisinės, socialinės ir ekonominės priemonės, padedančios gausinti bei racionaliau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, formuoti visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, skatina visuomenę dalyvauti formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padeda kurti sveiką aplinką, skatina žmones gyventi sveikai, didina sveikos gyvensenos motyvaciją, skatina sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientotis į ekonomiškai veiksmingesnes priemones, grindžiamas ligų profilaktika. Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis žmonėms

daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją stiprinti [8].

Psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos dalis. Nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos. Geros psichikos sveikatos individai sukuria gerą psichikos sveikatą turinčią bendruomenę ir visuomenę. Sveikos bendruomenės ir visuomenės pasižymi dideliu socialiniu kapitalu ir žemu socialinės patologijos lygiu, mažesniais savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar į kitus, rodikliais. Geros psichikos sveikatos bendruomenė ar visuomenė tolerantiškesnė pažeidžiamoms gyventojų grupėms, jose didesnė socialinė integracija.

2001 m. buvo paskelbtas PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“, o 2005 m. PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje Europos valstybės, tarp kurių buvo ir Lietuva, priėmė Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaraciją ir Veiksmų planą 2005–2010 metams [12].

Sveikatos politikos formavimo bei jos įgyvendinimo procesą derėtų sieti su pagrindiniais Lietuvos žmonių sveikatos rodikliais. Tai labiausiai atitiktų sveikatos politikos sampratą suvokiant, kad sveikatos politika yra suderintas visų visuomenės politinių, socialinių bei ekonominių sektorių veiklos planas, skirtas gyventojų sveikatai ugdyti, stiprinti, ligų prevencijai bei savalaikiai veiksmingai medicinos pagalbai teikti [9].

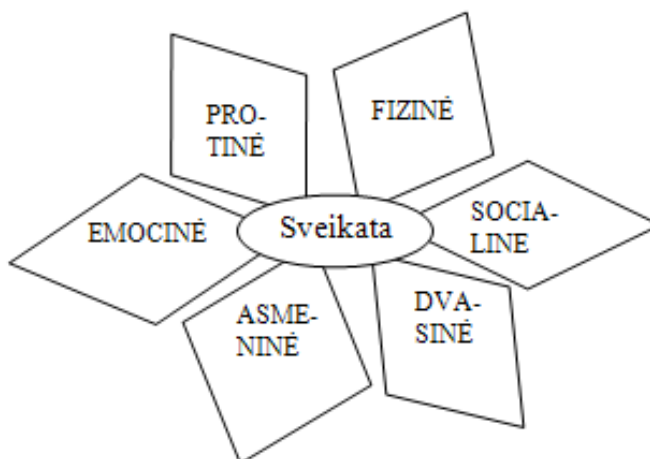
Tačiau Lietuvoje sąvoka sveikatos politika nėra labai paplitusi, o mūsų nacionalinėje kultūroje žodis politika dažnai siejamas su šalyje vykstančiais politiniais procesais. Be jokios abejonės, sveikatos politikoje negali neatsispindėti besiklostanti politinė sankloda, ypač kai rinkėjų valia įvyksta didžiuliai pokyčiai į vieną ar į kitą politinio spektro pusę [9].

Sveikatos politikos vystymo nuoseklumą bei jos įgyvendinimo tęstinumą lėmė trys pagrindiniai veiksniai:

1. Lietuvos sveikatos politikos formavimo moksliniai pagrindai.
2. Aktyvus bendradarbiavimas su tarptautinėmis organizacijomis, visų pirma su PSO bei Europos Sąjungos specialiosiomis programomis (phare, tempus ir kt.).
3. Bendras LR Seimo sveikatos reikalus koordinuojančių struktūrų (Sveikatos reikalų komiteto, Nacionalinės sveikatos tarybos), LR Sveikatos apsaugos ministerijos ir akademinės medicinos institucijų darbas [9].

Apžvelgdami šį skyrių galime daryti išvadą, kad nagrinėtuose įvairių autorių literatūros šaltiniuose sveikatos samprata yra neatsiejama nuo visuomenės socialinių, ekonominių ir politinių struktūrų, tokių kaip aplinkos, darbo, įvairių paslaugų, paramos, ugdymo, mokslo ir kt. Taigi sveikata, kaip visuotinė asmens gerovė, apima beveik visas valstybės reguliuojamas sritis (ekonomiką, kultūrą, politiką, ūkį, saugumą, ligų prevenciją ir kt.). Tik visų šių sričių bendri tikslai, glaudus bendravimas ir nuolatinis keitimasis informacija garantuos visuomenės sveikatos lygio

didėjimą. Prof. E. Mačiūnas, dr. A. Jurgelėnas ir kt. (2007) knygoje „Sveikatos socialinė plėtra“ rašo, kad būtent dėl darnios plėtros koncepcijos svarbiausių elementų sąveikos ir susiformavo nauja sveikatos paradigma, kurios svarbus bruožas – visumiškumas [4]. Sveikatos visumą, kuri susideda iš viena nuo kitos priklausančių sričių, galima pavaizduoti kaip gėlę. Gėlės žiedlapiai atitinka sveikatos sritis: fizinę, protinę, emocinę, socialinę, asmeninę ir dvasinę. Jei kas nors nutinka vienai sričiai, neišvengiamai paveikiama ir kita [95].



Sveikatos kaip visumos schema (sudaryta autorės, remiantis A. Zaborskio ir S. Dumčiaus straipsnyje „Lietuvos moksleivių fizinio aktyvumo ypatumai“, esančia informacija)

1.2. Pagrindiniai sveikatos politikos principai

Žodis *principas* yra kilęs iš lotyniško žodžio *principium*, reiškiančio „pradžią, pagrindą“. Pagal *Tarptautinių žodžių žodyną* principą galima apibūdinti kaip „įsitikinimą, lemiantį žmogaus santykių su tikrove, jo elgesio ir veiklos normas“, kaip „pagrindinę kurios nors teorijos, koncepcijos idėją, pradinį teiginį“, kaip „svarbiausiąją kurios nors organizacijos struktūros arba veiklos taisyklę“, kaip „pagrindinę kurio nors įrengimo, mechanizmo sandaros arba veikimo savybę“. Kaip matyti iš pateiktų apibūdinimų, *principas* bendriausia prasme suvokiamas kaip kreipiantysis pradas, nusakantis tam tikro reiškinių turinį, jo konkrečias apraiškas ar atskirus elementus [41].

Sveikatos politikos principai lemia, kad rinkos ekonomikos dėsniai sveikatos apsaugoje yra šiek tiek kitokio atspalvio negu ekonomikoje bendrai. Visi sveikatos politikos principai, be žmogui suteikiamų teisių, nusako ir jo pareigas bei ribas, kurių privalu laikytis kiekvienam [8]. Pagrindiniai visuomenės sveikatos politikos santykių plėtros principai buvo išdėstyti *Lietuvos nacionalinėje sveikatos koncepcijoje*, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I-1939 (Žin., 1991, Nr. 33-893): valstybė užtikrina ligų profilaktikos priemonių

ir programų prioritetinį finansavimą; palaiko ir skatina ūkio subjektų investicinį aktyvumą sveikatos ir jos apsaugos prioritetų atžvilgiu; reglamentuoja ir skatina ūkio subjektų lėšų mobilizaciją sveikatos ir jos apsaugos tikslais; ekonominėmis paskatomis stimuliuoja mokslo ir technikos pažangą, jos socialinę kryptį, pažangios higieniniu ir ekologiniu požiūriu technologijos diegimą, materialinės gamybos priemonių bei produkcijos gamybą, užtikrinančią gyvybės ir sveikatos apsaugą; įteisina nacionalinių pajamų prieaugio dėl efektyvaus sveikatos sistemos funkcionavimo grįžimą į sveikatos apsaugos sistemos biudžetą; valstybė visapusiškai remia ir skatina donorystę; skatina ir remia įvairių nuosavybės formų kūrimą sveikatos apsaugos sistemoje [14].

Pasaulinės sveikatos organizacijos Europos regioninio biuro dokumentuose nuolat pabrėžiamas etinių vertinimų ir sprendimų vaidmuo įgyvendinant programą „Sveikata visiems – XXI amžiuje!“. Vienas iš Europos sveikatos priežiūros politikos uždavinių yra priemonių, leidžiančių sustiprinti etinių svarstymų reikšmę priimant sprendimus, turinčius įtakos atskirų asmenų grupių ir visų gyventojų sveikatos priežiūrai, sukūrimas. Šiandien sveikatos politikos etiniai aspektai tapo tokie svarbūs, kad jų jau nebegalima spręsti tradicinės medicininės etikos ribose – vien gydytojo ir paciento santykiais. Būtina nauja sveikatos priežiūros etikos struktūra, kuri apimtų ne tik mikro (gydytojo-paciento), bet ir makro (bendruomenės, sveikatos priežiūros vadybos, sveikatos politikos etikos) [15].

Dabartinė demokratinės visuomenės samprata remiasi lygių galimybių, teisingumo, politinės ir moralinės laisvės ir pagarbos žmogaus orumui principais, kurių praktinis įgyvendinimas sudaro galimybes visuotinei gerovei ir pilietiniam dalyvavimui siekiant jos visose gyvenimo srityse, neišskiriant ir sveikatos priežiūros [16]. Gyventojai raginami patys rūpintis savo sveikata, stebėti ją. Jie įtraukiami į bendruomenės sveikatinimo problemų sprendimą, labiau akcentuojant bendruomenės, o ne ligoninės vaidmenį. Analogiška situacija klostosi ir etinių klausimų sprendimo strategijoje kuriant naują požiūrį į etinių sveikatos priežiūros problemų, kylančių vykdant sveikatos priežiūros reformas svarbą ir skatinant aktyvų, kompetentingą bendruomenės dalyvavimą sprendžiant problemas [15].

Profesorės humanitarinių mokslų daktarės I. Jakušovaitės knygoje „Bendruomenių aktyvinimas sprendžiant sveikatos priežiūros etines problemas“ sveikatos priežiūros etikos struktūroje nurodomi šie pagrindiniai sveikatos politikos etikos principai:

- sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas visiems;
- tinkama paslaugų kokybė;
- ribotų išteklių skirstymo principai;
- nedarymas jokių išlygų dėl lyties, amžiaus ar rasės [15].

PSO pasiūlė 10 sveikatos politikos valdymo principų, kad JAV ir pasaulio sveikatos apsaugos sistema taptų prieinamesnė, įperkamesnė, veiksmingesnė ir kokybiškesnė. PSO ragina daugiau

dėmesio skirti sveikatos apsaugai ir stengiasi labiau pagerinti sveikatos priežiūrą [17]. Šių sveikatos politikos principų svarbą formaliai patvirtino šios organizacijos šalių sveikatos ministrai įsipareigodami jais vadovautis kuriant nacionalinę sveikatos politiką [8]. Šie principai grindžiami sveikatos priežiūros reformas vykdančių šalių patirtimi ir visais Europos politikos „sveikata visiems“ uždaviniais, ypač tais, kurie yra susiję su sveikatos priežiūros sistemomis [19].

Lygybė – vienas pagrindinių sveikatos politikos principų. Tai reiškia, kad kiekvienam visuomenės nariui turi būti taikomos tos pačios taisyklės, kiekvienas žmogus traktuojamas vienodai. Lygybės principas plačiąja prasme reiškia, kad esant toms pačioms sąlygoms su visais žmonėmis turi būti elgiamasi vienodai [18]. Kiekvienas žmogus, privalo turėti vienodas galimybes išsakyti savo prioritetus visose problemų sprendimų priėmimo proceso grandyse iki tol, kol bus gautas galutinis rezultatas [20]. Lygybė – principas, reglamentuojantis vienodą sveikatos priežiūros prieinamumą visiems žmonėms: vaikams, suaugusiesiems, senyviems žmonėms, vyrams, moterims, nesvarbu, kokios jie rasės, tautybės, socialinės grupės [8].

Teisumo principas reiškia, kad kiekvienas asmuo turi teisę siekti kuo aukštesnio savo sveikatos lygio, tačiau tai darydamas nepažeistų tokių pačių kito asmens teisių arba nesiektų šios teisės kito asmens ar visuomenės sąskaita. Todėl sveikatos santykių teisumas yra susijęs su lygiomis galimybėmis siekti puikios sveikatos [21]. Negalima nesigydyti sergant infekcinėmis (užkrečiamomis) ligomis, pavyzdžiui, tuberkulioze, AIDS ir kt., būtina skiepytis nuo infekcinių ligų [8].

Tačiau šis formalus (minimalus) teisingumo principas nepasako mums ir nenurodo, kaip nustatyti ir apibrėžti lygias galimybes ir šių galimybių santykį, nes trūksta konkrečios specifinės medžiagos (pagrindo), kaip asmuo privalo elgtis įvairiose situacijose. Daug ginčų, susijusių su formalus teisingumo principu, kyla dėl to, kad nesutariama, kokia lygių galimybių savybė yra svarbiausia [22]. Dažnai sakoma, kad principai, apibrėžiantys svarbiausias savybes, turi būti „esminiai“, t.y. bet kurioje asmenų grupėje rastume daugybę požymių, kuriais jie yra panašūs ar skirtingi, todėl pirmiausia reikia nusistatyti lygybės kriterijų, kurio atžvilgiu juos vertinsime. Ieškant atsakymo yra sukurtos trys teisingumo teorijos variantai: egalitarinės teorijos, libertalinės teorijos, utilitarinės teorijos. Vadovaujantis šiomis teisingumo teorijomis, siekiama atrasti esminius lygybės vertinimo kriterijus, sistemingai plėtoti nešališko paskirstymo sampratą. Manoma, kad šiose trijose teisingumo teorijose užfiksuoti intuityvūs įsitikinimai apie teisingumą ir kad tie įsitikinimai gali būti panaudoti kaip ištekliai (pagrindas), padėsiantys parengti nuoseklią ir suprantamą teisingumo koncepciją [23, 24, 25, 26].

Šiandien demokratinio dalyvavimo raida neišvaiduojama be laisvės principo. Laisvės samprata reiškia, kad kiekvienas žmogus, būdamas visuomenės nariu, turi tokią pat teisę į pačią plačiausią lygių pagrindinių laisvių schemą, taikomą ir kitiems individams. Laisvas pasirinkimas

reiškia siekti gerovės savo pasirinktu būdu, kol nemėginame atimti kitų laisvės arba kliudyti jų pastangoms ją pasiekti [34]. Laisvas pasirinkimas reiškia, kad žmogus turi teisę rinktis gydytoją ir gydymo įstaigą, gydymo būdą (ne visos šalys ir nevienodai šį principą taiko) [8]. Teisė savarankiškai apsispręsti, nepriklausomai nuo bet kokių aplinkybių, turi būti pripažįstama kiekvienam asmeniui, net jei dėl to jam pačiam grėstų pavojus. Kol asmuo turi bent kiek sveiko proto ir patirties, būdas, kuriuo jis tvarko savo gyvenimą, yra geriausias ne dėl to, kad būtų geriausias apskritai, bet todėl, kad tai jo paties būdas, o sprendimo autonomija svarbesnė už sprendimo turinį [35]. Filosofo Rawls'o nuomone, kaip tik laisvė yra pagrindinė sąlyga pačiam susiformuoti savąjį gėrio supratimą ir jį tobulinti. Laisvė klysti bei daryti klaidas yra viena socialinių sąlygų, būtinų šiai galiai ugdyti ir ja naudotis [33].

Prieinamumo principas teigia, kad sveikatos priežiūra turi būti prieinama kiekvienam žmogui tiek atstumo iki gydymo įstaigos, tiek finansų (pvz., sveikatos draudimo), tiek sveikatos paslaugų apimtį ir kokybę požiūriu [8]. Siekiama užtikrinti prieinamumą sveikatos priežiūros paslaugoms, kad būtų garantuota lygiateisė galimybė visiems pacientams laiku sužinoti tikslią diagnozę bei nedelsiant gauti reikiamą gydymą, slaugą ar paramą [29].

Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tam tikros teritorijos gyventojų realizuotos galimybės gauti vienas ar kitas jiems reikalingas gydymo ar slaugymo paslaugas. Jis vertinamas organizacine, komunikacine ir ekonomine prasme. Organizacinis prieinamumas įvertinamas atsakant į klausimus, ar užtikrinama sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra teritorijoje, ar visų baziniame paslaugų krepšelyje nustatytų rūšių paslaugos prieinamos, ar pakanka specialistų, išteklių, ar naudojamos tinkamos technologijos (vadybos ir medicinos technikos), ar tinkamas įstaigos darbo laikas, ar yra ir kokios pacientų eilės. Vertinant komunikacinį prieinamumą būtina gilintis į atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigos, ar yra patogus viešasis transportas, ar gyventojams prieinamos susisiekimo ir kitos priemonės (telefonas, internetas ir kt.). Ekonominis prieinamumas siekia atsakyti į klausimus, kiek gyventojams tenka mokėti ir primokėti už sveikatos priežiūros paslaugas, ar galioja ir kaip vykdomas solidarumo principas [27]. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir vartojimo kaštai yra didelė kliūtis naudotis šiomis paslaugomis. Konsultacijos parodė, kad daug paslaugų vartotojų mažai žino apie teises šioje srityje. Todėl bus stengiamasi užtikrinti, kad visi paslaugų vartotojai gautų informaciją apie savo teises bei su tuo tiesiogiai susijusius veiksmus. Daugelis probleminių klausimų, kilusių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, būdingi ne tik etninėms mažumoms priklausantiems paslaugų vartotojams. Pagerinus paslaugas vienos grupės labui, pagerėja paslaugų teikimas ir kitoms grupėms, įskaitant vyresnius žmones, žmones su negalia ir didelę grupę paslaugų vartotojų, patiriančių socialinę atskirtį [30].

Priimtimumo principas reiškia, kad sveikatos paslaugos kiekvienam žmogui turi būti suteikiamos priimtina forma [8]. Pacientas turi teisę į informaciją apie savo sveikatą, ligos

diagnozę, medicininio tyrimo duomenis, gydymo metodus ir gydymo prognozę. Informuodamas apie gydymą, gydytojas turi paaiškinti pacientui gydymo eigą, galimus gydymo rezultatus, alternatyvius gydymo metodus ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos paciento apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat apie pasekmes atsisakius siūlomo gydymo [31]. Informacija pacientui turi būti pateikta atsižvelgiant į jo amžių, išsilavinimą, supratimo bei intelekto lygį ir sveikatos būklę, jam suprantama forma, paaiškinant specialius medicinos terminus. Tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, garantuojančios sveikatos priežiūros paslaugų ir medicinos mokslo principų bei medicinos etikos reikalavimų atitiktį [8].

Saugumas – tai saugios sveikatos priežiūros ir jos aplinkos pacientams bei sveikatos priežiūros srityje dirbantiems darbuotojams užtikrinimas įdiegiant bendrą nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą, formuluojant naujovišką specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius, jų valdymą [8].

Pacientų sauga – tai paciento galimybė nepatirti nereikalingos arba galimos žalos, susijusios su sveikatos priežiūra. Pacientų sauga kelia rimtą susirūpinimą Europos Sąjungoje. Iš naujausių vis daugiau šalių atliekamų tyrimų nuolat matyti, kad sveikatos priežiūros klaidų padaroma maždaug 10% hospitalizavimo atvejų, nors nepageidaujamų reiškinį pasitaiko visur, kur teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos, įskaitant pirminę, antrinę, bendruomenės, socialinę bei privačią priežiūrą ir priežiūrą ūmių bei lėtinių ligų atveju [39a].

Saugumo principas teigia, kad „kai veikla kelia grėsmę, kai gali pakenkti žmonių sveikatai arba aplinkai, atsargumo priemonių reikėtų imtis net tada, kai priežasties ir pasekmės ryšiai nėra iki galo nustatyti ar pagrįsti mokslo“. Šis principas teigia, kad tokios neapibrėžtos formuluotės sąvokos kaip *rizika* ar *netikrumas*, kurie gali kelti grėsmę ar pakenkti sveikatai, leidžia lanksčiai interpretuoti turimus mokslinius duomenis sprendimo priėmimo metu [36, 37, 38].

Solidarumas yra sveikatos politikos principas [8]. Terminas *solidarumas* yra kildinamas iš lotynų kalbos žodžio *solidare*, reiškiančio sutvirtinimą, dalių susiejimą taip, kad jos suformuotų tvirtą visumą [40]. Solidarumo principas susijęs su darnia ir vieninga visuomene, sujungta bendradarbiavimu, tolerancija ir įsipareigojimais [42]. Solidarumas apibūdinamas kaip bendramintiškumas, vieningumas, interesų bendrumas, bendra atsakomybė, tarpusavio parama, nusakomas kaip veikimas iš vieno su kitais, draugiškumas, sutarimas [41]. Šis principas taikomas renkant sveikatos draudimo įmokas. Jis pasireiškia tuo, kad sveikatos draudimo įmokos surenkamos solidariai teisingai, t. y. dirbantis moka už nedirbantį, sveikas už ligonį, jaunas už seną. Surinktomis įmokomis naudojasi visi gyventojai, darant prielaidą, kad visi rizikuoja susirgti [8]. Solidarumo principas iš esmės reiškia, kad visų Lietuvos Respublikos piliečių ir užsieniečių, nuolat gyvenančių Lietuvoje, mokamos PSD (privalomas sveikatos draudimas) įmokos, valstybės biudžeto lėšos, kuriomis yra apmokamas socialiai jautriausių gyventojų grupių sveikatos draudimas, prisideda prie

privalomojo sveikatos draudimo lėšų kaupimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete [43]. Tai reiškia, kad visiems bus suteikta paslaugų tiek, kiek reikės, nepriklausomai nuo sumokėtų įmokų (įgyvendinamas solidarumo principas), taip pat tai reiškia saugumą plačiąja prasme: finansinį (nebus katastrofiškų išlaidų), fizinį (bus suteiktos kokybiškos paslaugos, už kurias bus sumokėta), psichologinį (žmogus jausis ramus, nes žinos, kad atsitikus bėdai juo bus pasirūpinta) [41].

Tinkamumas – tai valstybės nustatyta tvarka pripažįstamos sveikatos priežiūros sąlygos, garantuojančios sveikatos priežiūros paslaugų bei aptarnavimo kokybę ir efektyvumą [8]. Sveikatos priežiūros kokybės sąvoka apibrėžiama ir Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme: kokybiška sveikatos priežiūra – tai sveikatos priežiūra, teikiama laikantis nustatytų sveikatos priežiūros normų, kitų teisės aktų ir vykdoma asmenų, turinčių medicinos ar kitos atitinkamos praktikos licencijas sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licenciją teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir apdraudusiose savo civilinę atsakomybę už žalą pacientams [31]. Valstybinė medicininio audito inspekcija (VMAI) nuolat kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, vertina medicinos įstaigų, naudojančių rizikingas ir brangias medicinos technologijas, pasirengimą teikti sveikatinimo paslaugas. Tačiau daugiausia dėmesio Valstybinė medicininio audito inspekcija (VMAI) stengiasi skirti tam, kad sveikatos priežiūros įstaigose būtų išvengta situacijų, kai nukenčia paslaugas gaunantys pacientai. Todėl ligoninių ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų specialistai skatinami savarankiškai analizuoti ir gerinti savo darbo kokybę [28].

Kokybiška sveikatos priežiūra padeda organizacijoms geriau tenkinti pacientų poreikius, taupyti išteklius, išlaikyti esamus ir pritraukti naujus pacientus, išlikti ir vystytis. Sveikatos priežiūros kokybė – tai laipsnis, kuriuo asmens ir visuomenės sveikatos priežiūra didina tikimybę pasiekti norimų rezultatų, remdamasi šiuolaikinėmis profesinėmis žiniomis [45, 46]. Norint pasiekti geresnių sveikatos priežiūros rezultatų, reikia gerinti kokybę ir tai daryti nuolat. Siekiant aukštesnės kokybės, būtina keisti organizacijų struktūrą ir veiklą. Jau prieš keletą dešimtmečių kokybės valdymo teorijos kūrėjai W. Shewhart ir W. E. Deming nustatė, kad gerinant kokybę, pokyčiai neišvengiami. Be to, procesų pokyčiai lemia struktūrinius pokyčius ir atvirkščiai. Tai reiškia, kad siekiant rezultatų kokybės, neišvengiamai turi keistis technologijos, žmonės, procesai [47, 48].

Visapusiškumo (holistinis) principas. Holizmas (gr. *holos* – visas) – tai metodologinė filosofijos, sociologijos, biologijos, mokslotyros pažiūra, reikalaujanti suvokti reiškinių kaip tam tikrą vientisą visumą [50]. Jo esmė ta, kad „viskas egzistuoja sąveikos, ryšio ir prasmės kontekstu, ir kad bet koks pokytis, įvykis lemia viso darinio persitvarkymą, tegu ir nedidelį..., ir kad niekada negalima visiškai suprasti reiškinių, kurie suvokiami izoliuotai...“ [49]. Svarbu įvertinti gydymo rezultatus, laikantis holistinių pozicijų, žvelgiant į žmogų kaip į visumą, neskaidant jo į atskirus organus ir ligas, akcentuojant ne ligų gydymą, bet sveikatos išsaugojimą, jos grąžinimą iki buvusio lygio ar bent iki įmanomo. Ir dar daugiau: suvokimas, kad sveikatos rezultatai lemia ne tik sveikatos

apsauga, bet ir kitos socialinės investicijos (švietimas, socialinės paslaugos, užimtumas ir supanti aplinka) bei jų tarpusavio ryšiai, leidžia praplėsti rezultatų visumą ir turinį. Būtina iš esmės keisti egzistuojančią sveikatos apsaugos finansavimo sistemą, t. y. sumokėti už gydymo įstaigų paslaugas remiantis ne tarpiniais gydymo rezultatais, bet galutiniais – sveikatos gražinimo rezultatais (kiekybiniais rodikliais): geresnis funkcionavimas, pagerėjusi socialinė adaptacija, gyvenimo kokybė, pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, sumažėjęs atkryčių skaičius ir kt. [51]. Visapusiškumas sveikatos politikoje reiškia, kad sveikatos priežiūra visiems turi būti prieinama visapusiškai: ir pirminio, ir antrinio, ir tretinio lygio, ir profilaktika, ir diagnostika, ir gydymas, ir rehabilitacija, ir slauga sergant ūmiais ir lėtinėmis ligomis [8].

Tęstinumas – tai laipsnis, kuriuo koordinuojama pacientą prižiūrinčių sveikatos priežiūros specialistų ir įstaigų veikla [8]. Siekiant įgyvendinti Lietuvos visuomenės sveikatos politiką, buvo parengta sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo ir sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa, būtina norint kryptingai vykdyti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros reformą bei įgyvendinti vienas kitą papildančius tikslus:

- stiprinti ir gerinti visuomenės sveikatos priežiūrą gerinant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei plečiant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje;
- gerinti paslaugų kokybę didinant sveikatos priežiūros sektoriaus efektyvumą ir modernizuojant įstaigų infrastruktūrą;
- sveikatos priežiūros įstaigų tinklo apimtį ir struktūrą priderinti prie paslaugų poreikio ir kokybės reikalavimų, užtikrinant tolygesnį paslaugų prieinamumą [52].

Šio skyriaus apibendrinimą norėtume pradėti politinio mąstytojo Aristotelio bendrosios gerovės siekio teiginiu, kad „Valstybės gėris yra teisingumas, tai yra tai, kas tarnauja bendrajai gerovei“. Valstybėje, kaip politiškai organizuotoje visuomenėje, gyventi įmanoma tik laikantis įstatymų, mūsų atveju, visuomenės sveikatos politikos principų, kurie yra susiję su visų Lietuvos žmonių ir visos valstybės sveikatos gerove. Šie principai yra sveikatos sistemos pamatinės nuostatos, fundamentalūs pradai, kuriais turi būti siekiama sveikatos sistemos darnos ir visuotinės gerovės.

1.3. Visuomenės sveikatos politikos raida Lietuvoje

1945 m. trys gydytojai Szeming Sze iš Kinijos, Karl Evang iš Norvegijos, Geraldo de Paula Souza iš Brazilijos pasiūlė sukurti bendros sveikatos organizaciją, kurios tikslas – prižiūrėti ir gerinti visų pasaulio žmonių sveikatą. Jų bendra deklaracija įkurti Tarptautinę sveikatos organizaciją (PSO, angl. WHO World Health Organization) buvo patvirtinta 1946 m. Jos konstitucija įsigaliojo 1948 m. balandžio 7 d., nuo tada kiekvienais metais ši diena yra švenčiama kaip Pasaulinė sveikatos diena [72a, 73]. PSO yra atsakinga už vadovavimą pasaulio sveikatos klausimais, sveikatos mokslinių tyrimų darbotvarkės formavimą, sveikatos normų ir standartų nustatymą, pagalbos teikimo organizavimą nacionalinėms sveikatos apsaugos tarnyboms, sveikatos apsaugos tendencijų stebėjimą ir vertinimą [72b]. Organizacijos misija išsaugoti, palaikyti ir gerinti sveikatą, švietimą, teikti paramą maistu, sveikatos priežiūros veikla, valdyti ligos protrūkius, reaguoti į ekstremalias situacijas, finansuoti sveikatos programas, kovoti su užkrečiamomis ligomis, narkotikais ir kt. Pagal PSO konstituciją, organizacijos misija – siekti, kad visų žmonių sveikata būtų kiek įmanoma geresnė [73].

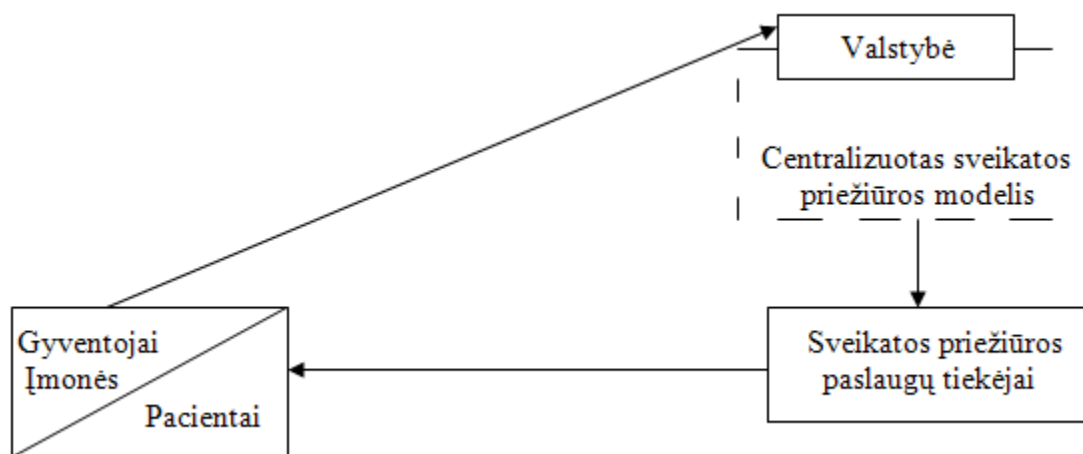
Pasaulio sveikatos organizacijos pagrindinė būstinė yra Ženevoje, Šveicarijoje. Jos padaliniai yra visuose žemynuose. Šiuo metu PSO priklauso 193 valstybės. Valstybės narės yra suskirstytos į šešis geografinius regionus: Pietryčių Azijos, Viduržemio jūros rytinės dalies, Pietų Amerikos, Afrikos, Ramiojo vandenyno vakarinės dalies ir Europos. Jungtinių tautų organizacija (JT) yra didžiausias PSO padalinys, jai priklauso 185 narės, tarp jų ir Lietuva. Lietuva tikrąja šios organizacijos nare tapo 1991 m. lapkričio 25 d. [73, 74]. Lietuvos Vyriausybė ir PSO 1998 m. liepos 28 d. pasirašė pagrindinę sutartį („Basic agreement“), o kas dvejus metus LR Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) ir PSO pasirašo atnaujintą bendradarbiavimo sutartį. PSO, kaip specializuotai JT agentūrai, galioja su JT pasirašytos sutartys bei ratifikuotos konvencijos.

Iki 1998 m. sutarties pasirašymo egzistavusi asmens sveikatos priežiūros sistema neišvengiamai turėjo būti reformuojama, nes sovietmiečiu vyravo biomedicininė sveikatos samprata. Didžiausias dėmesys buvo skiriamas fizinei sveikatai saugoti ir stiprinti [56]. Biomedicininis modelis orientuotas į ligą, nes čia sveikata apibrėžiama negatyviai – kaip ligos nebuvimas. Liga – tai kažkas, kas veikia kūną iš išorės – per bakterijas, virusus ir pan., o sveikatos atkūrimas – gydytojo pareiga. Jo vaidmuo – kontroliuoti patologiją ir „sutvarkyti“ kūną skiriant vaistus simptomams numalšinti ar atskiroms kūno dalims „pataisyti“ [75]. Sovietų Sąjungoje biomedicininis modelis buvo ypač patogus ideologiškai. Jis leido griežtai atskirti socialines, politines, kultūrines sąlygas nuo biologinių ir ligos priežasčių ieškoti tik kūne bei įvairiausiuose mikroorganizmuose. Taip dar labiau buvo palaikomas instrumentinis gydytojo ir paciento santykis [77]. Taigi, kaip teigiama *Regnum Est: valstybė ir konstitucija*, sovietiniu laikotarpiu asmens sveikatos priežiūros santykiai buvo

administracinio pobūdžio, įgyvendinami per hierarchinį, planinį-biudžetinį sveikatos priežiūros organizavimo ir finansavimo modelį [76].

Lietuvos sveikatos priežiūros reformos pradžia galime laikyti 1991 m. Lietuvos Aukščiausiojoje Taryboje (Atkuriamajame Seime) priimtą Lietuvos nacionalinę sveikatos koncepciją [78]. Ši koncepcija buvo parengta remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos strategija „Sveikata visiems“. Joje buvo įvardyti pagrindiniai sveikatos sistemos plėtros tikslai: teisinės aplinkos kūrimas, valdymo decentralizavimas, sveikatos draudimo įdiegimas, pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo pokyčiai, sistemos išskaidymas pagal valdymo formas (valstybinę, municipalinę ir privačią sveikatos priežiūrą) ir pagal teikiamų paslaugų apimtį (pirminė, antrinė ir tretinė asmens sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos priežiūra) pareikalavo kokybiškai naujo teisinio požiūrio ir reguliavimo [76].

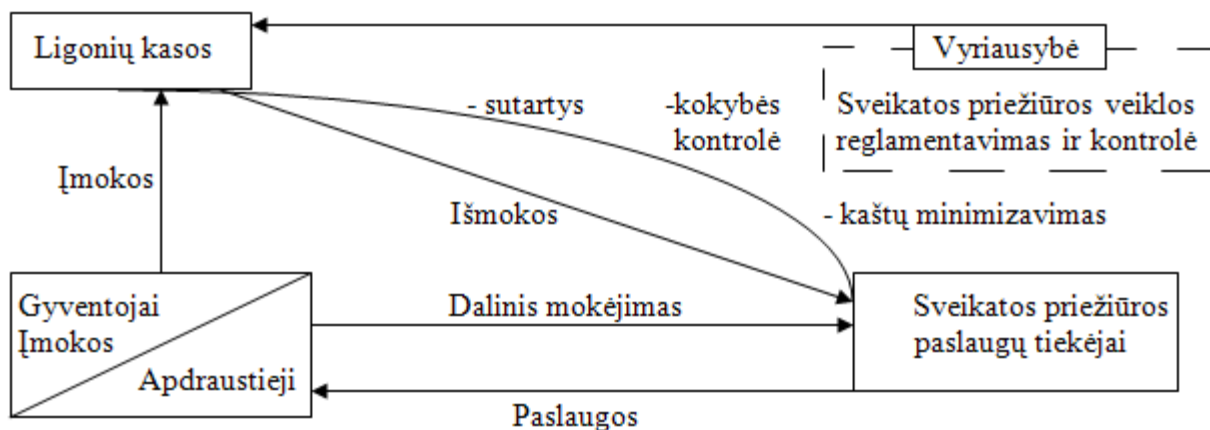
Atkūrus nepriklausomybę prasidėjo viešos diskusijos apie būtinybę keisti Semaškos modelio sveikatos priežiūros sistemą (kai sistema tiesiogiai valdoma ir centralizuotai finansuojama iš valstybės biudžeto). Tokia sveikatos priežiūros sistema buvo neefektyvi ir brangi, todėl buvo priimtas politinis sprendimas pereiti prie finansavimo iš privalomųjų darbdavių ir darbuotojų sveikatos draudimo įmokų arba mokesčių (Bismarko ir Beveridžo modelių), t. y. prie principo, kad pinigai turi sekti paskui pacientą [79]. Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos šalių, buvo suformuota ir įdiegta valstybės sveikatos draudimo sistema, turėjusi panašumų ir į Beveridžo, ir į Bismarko modelį [80].



Beveridžo, arba Nacionalinės sveikatos priežiūros, modelis (Gustaitienė, 2003, p. 97)

Beveridžo modelis yra vienas iš dažniausiai Lietuvoje taikomų modelių. Juo draudžiami visi gyventojai, paslaugų kaina vienoda, paslaugos teikiamos visiems tose pačiose įstaigose. Bet vis dėlto šio modelio trūkumai gana dideli, nes nėra galimybės rinktis gydytoją, menka gydytojų

motyvacija gerinti paslaugų kokybę, nėra asmeninės kiekvieno apdraustojo atsakomybės [80].



Bismarko, arba Socialinio draudimo sveikatos priežiūros, modelis (Gustaitienė, 2003, p. 98)

A. Slavickienė ir A. Novošinskienė straipsnyje „Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansavimo įvertinimas“ rašo, kad Bismarko modelio dalis yra Sodra [80]. Draudėjams mokant įmokas Sodrai, pastaroji perveda jas į privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžetą, iš kurio kontraktų pagrindu apmokamos sveikatos priežiūros paslaugos, kompensuojamos sanatorinio gydymo, medikamentų įsigijimo išlaidos. Iš draudėjų sumokėtų mokesčių valstybės biudžetui dalis sveikatos draudimui skirtų lėšų pirminiam, antriniam ir tretiniam sveikatos priežiūros lygiams paskirstoma per Sveikatos apsaugos ministeriją, apskritis ir savivaldybes, o dalis perdedama tiesiai į PSDF biudžetą [81]. Valstybinės ligonių kasos tinklalapyje rašoma, kad privalomasis sveikatos draudimas garantuoja draudžiamiesiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugas, už kurių teikimą sumokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kurį sudaro fizinių asmenų pajamų mokestis, socialinio draudimo įmokos, valstybės įmokos už jos draudžiamus asmenis, savarankiškai mokančiųjų lėšos ir kt.

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo Privalomojo sveikatos draudimo taryba, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, o apskrityse – teritorinės ligonių kasos.

Ligonių kasų įstaigos veikla prasidėjo 1996 m. lapkričio 20 d. Svarbiausias pokytis įstaigos veikloje – 2003 m. teritorinių ligonių kasų reorganizacija. Ligonių kasa pagal naują sutarčių sudarymo tvarką buvo įpareigota sudaryti sutartis ir su kitų TLK veiklos zonų gydymo įstaigomis bei mokėti už paslaugas, suteiktas veiklos zonos gyventojams, neatsižvelgiant į tai, kurioje Lietuvos vietoje ši įstaiga yra. Taip buvo siekiama įgyvendinti principą „pinigai seka paskui ligonį“, o pacientams sudaryta galimybė laisvai pasirinkti gydymo įstaigą [44]. Esminė ligonių kasų paskirtis – garantijos suteikimas. Ligonių kasos neteikia sveikatos priežiūros paslaugų, bet

garantuoja, kad šių paslaugų, suteiktų apdraustiesiems, išlaidos bus kompensuotos. Garantija apdraustiesiems reiškia, kad ligonių kasos privalo mokėti sveikatos paslaugų teikėjams tik už geros kokybės paslaugas, kad visiems turi būti suteikta tiek paslaugų, kiek reikės, nepaisant į privalomo sveikatos draudimo fondą (PSDF) sumokėtų įmokų dydžio (kiekvienas asmuo prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo galimybes). Taip įgyvendinamas solidarumo principas [44].



Ligonių kasų misijos schema (Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos) [44]

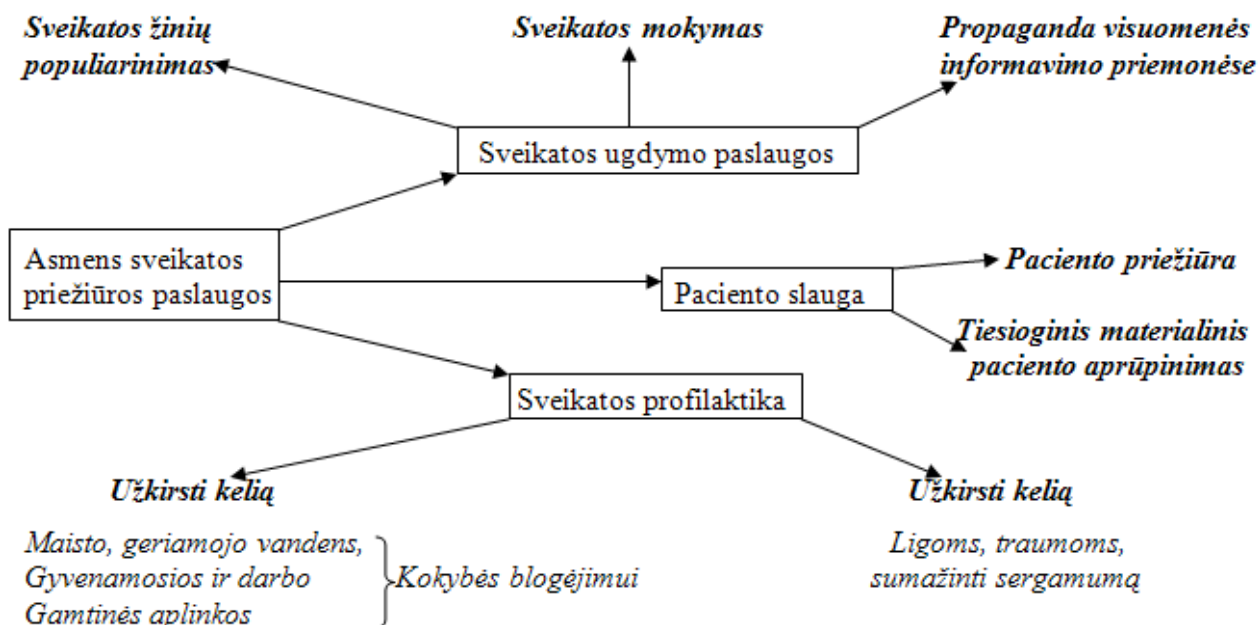
Kiti sveikatos priežiūros sistemos pokyčiai yra susiję su paslaugų teikimo restruktūrizavimu, t. y. atskiriamas pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, ypatingą dėmesį skiriant pirminei sveikatos priežiūrai, remiantis PSO Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaracijoje (1978) išdėstytais principais [76, 82].

Gerai funkcionuojanti pirminė sveikatos priežiūros sistema gali būti traktuojama kaip priemonė, padedanti garantuoti sveikatos paslaugų teikimą šalyje bei leidžianti racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Veiksminga pirminė sveikatos priežiūra gali padėti išspręsti 80 proc. visų šalies sveikatos problemų, antrinė sveikatos priežiūra – 15 proc. tretinė – 5 proc. [76].

Buvę apylinkių terapeitai ir pediatrai buvo perkvalifikuoti į bendrosios praktikos (šeimoms) gydytojus, teikiančius pirminę ir tęstinę nespecializuotą asmenų ir šeimų sveikatos priežiūrą. Šeimoms gydytojai turi atlikti itin svarbią funkciją visos sveikatos priežiūros sistemos požiūriu: reguliuoti pacientų srautus, kad į aukštesnio (kartu ir brangesnio) lygio sveikatos priežiūros įstaigą patektų tik tie pacientai, kuriems tokia pagalba tikrai yra būtina.

Šalia visuomeninių sveikatos priežiūros įstaigų veikia ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurių dauguma teikia ambulatorines pirminės, taip pat ir ambulatorines antrinės sveikatos priežiūros paslaugas, visų pirma odontologijos, ginekologijos, kosmetinės chirurgijos, psichoterapijos ir pan. [76].

Sveikatos priežiūros paslaugos yra paslaugos (įskaitant tyrimus ir su asmeniu tiesiogiai susijusius patarimus), kurias pasitelkus stengiamasi išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti sveikatą [83].



Asmens sveikatos priežiūros paslaugų schema (sudaryta autorės remiantis valstybinės mokesčių inspekcijos prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos tinklalapyje esančia informacija)

Pasikeitus visuomenės sveikatos prioritetams, XX a. pabaigoje ir XXI a. pradžioje visuomenės psichikos sveikata tapo svarbiausia visuomenės sveikatos politikos sudedamąja dalimi ir atsidūrė sveikatos ir socialinės politikos centre [84]. Augantis suvokimas to, kad bloga psichikos sveikata yra problema, paskatino politiką formuojančius asmenis, sveikatos specialistus ir kitas suinteresuotąsias šalis ieškoti sprendimų [85]. 1999 m. Lietuvoje įkurtas Valstybinis psichikos sveikatos centras (VPSC). Pagrindinės įstaigos funkcijos – įgyvendinti Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) numatytą visuomenės psichikos sveikatos strategiją, stebėti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, kaupti bei analizuoti statistinius duomenis, kuruoti pirminės psichikos sveikatos priežiūrą [86]. Asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, ambulatorinę sveikatos ir reabilitacijos priežiūrą vykdo 70 Lietuvoje veikiančių psichikos sveikatos centrų, išsidėsčiusių bemaž tolygiai visose apskrityse ir rajonuose. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos iniciatyva nuo 1998 m. pradėta vykdyti Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtros programa, kurioje numatyta dalis priemonių, skirtų psichikos ir proto neįgaliesiems (pažymėtina, kad atsiradus psichikos centrams, žmonės, turintys psichikos sutrikimų, noriau pradėjo kreiptis pagalbos, o centrų darbuotojų iniciatyva pacientams kuriamos naujos socialinės integracijos galimybės). Lietuvos psichikos sveikatos 2006–2010 m. strategijos bendrosiose nuostatose teigiama, kad psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos

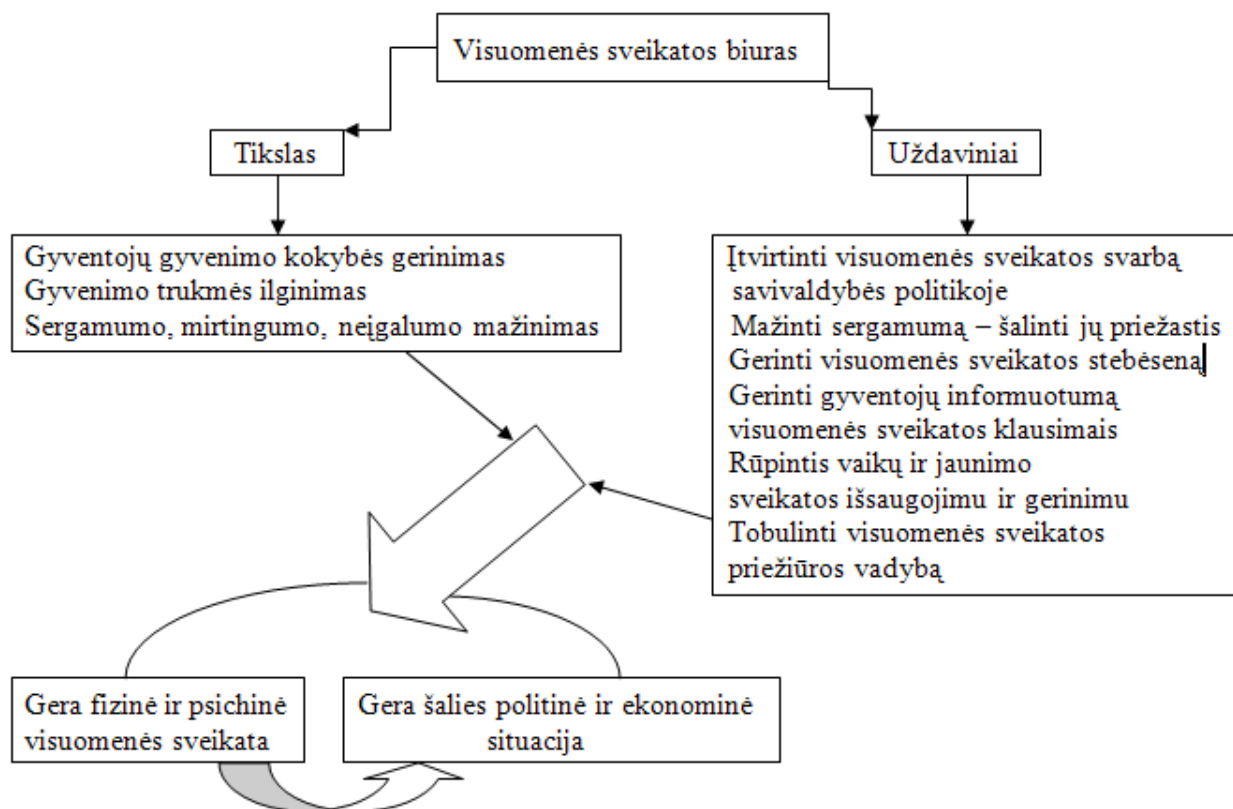
dalis. Psichikos sveikatos vaidmuo naujai įvertintas 2001 m. Pasaulio sveikatos organizacijos pranešime, o 2005 m. PSO Ministrų konferencijoje priimta Europos psichikos sveikatos deklaracija ir Veiksmų planas 2005–2010 metams. Lietuva prisijungė prie konferencijos dokumentų nutarimų, įsipareigojo žengti kiekybiškai ir kokybiškai naujus žingsnius psichikos sveikatos politikoje [87]. Strategijos tikslas – sukurti Lietuvos Respublikoje tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų efektyviai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų [88].

Kalbėdami apie suaugusiuosius, neturime pamiršti, kad vaikai taip pat turi psichikos sveikatos sutrikimų. Istorškai taip susiklostė, kad vaikų psichikos sveikatai ilgą laiką buvo skiriama nepakankamai dėmesio. Vis dažniau įrodoma, kad daugelis sutrikimų, nustatomų suaugusiesiems, gali prasidėti vaikystėje, todėl vaikų psichologinė savijauta gali būti vienas iš besiformuojančio sutrikimo indikatorių. Yra daug moksliskai pagrįstų duomenų, rodančių, jog tokius sutrikimus vaikams lemia pažeisti socialiniai ryšiai su artimaisiais (tėvais), skurdi nepalanki psichologinė ir socialinė aplinka, sunki socialine padėtis ir kt. [89]. Vaikų, kaip ir suaugusiųjų, psichiatrijos problemų sprendimą sunkina neigiamas visuomenės požiūris į sergančiuosius psichikos ligomis: tėvai neveda vaikų pas psichiatrus, nes bijo, kad sužinos aplinkiniai. Psichiatrų kabinetų vengia net patys medikai [90].

Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugijos (LVPPD) prezidentės Virginijos Karalienės teigimu, pokyčius vaikų psichiatrijoje reikėtų sieti su psichikos sveikatos paslaugų decentralizavimu. Šios reformos pradžia – 1995-ieji, kai buvo priimtas LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Tuomet buvo sudarytos palankios prielaidos, kad ambulatorinė psichikos sveikatos pagalba priartėtų prie gyventojų ir kad dėl psichikos sutrikimų kenčiantis vaikas bei į krizę patekusi šeima gautų visavertes specialistų paslaugas. Poįstatyminiuose aktuose buvo numatytas ir tarpžinybinis bendradarbiavimas, ir psichikos sutrikimų prevencija, ir reabilitacija. Visoje Lietuvoje buvo sukurtas Psichikos sveikatos centrų (PSC) tinklas. Daugelyje PSC buvo įrengtos vaikui ir šeimai saugios patalpos, suburta kvalifikuotų specialistų komanda. Prieš kelerius metus atsirado galimybė teikti krizių intervencijos bei dienos stacionarų paslaugas [90].

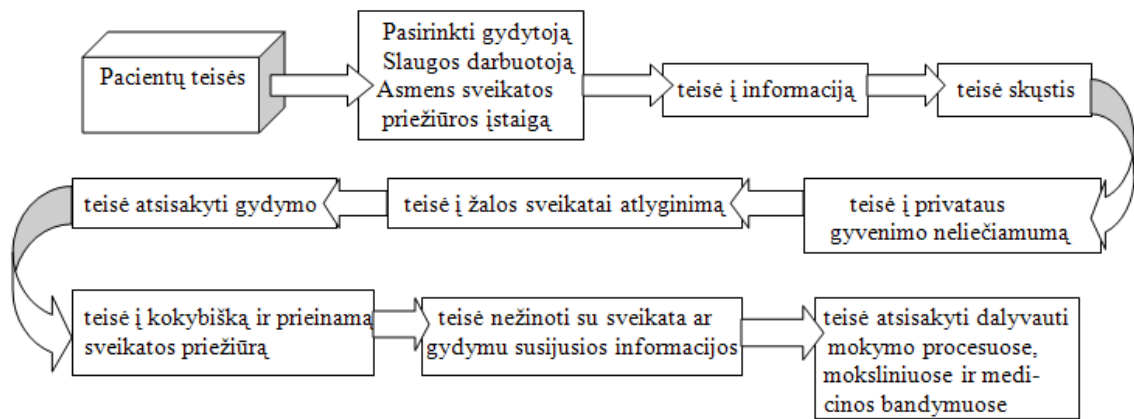
Šiuolaikinei visuomenės sveikatai didžiausią įtaką turi žmonių gyvensena, socialinė ir fizinė aplinka bei pirminės sveikatos priežiūros kokybė. Šie veiksniai lemia pagrindines civilizacijos ligas. Todėl pagrindinis vaidmuo tenka sveikatos mokymui, sveikatos saugai ir ligų profilaktikai [91]. Tuo tikslu, įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos politikos priežiūros reformą 2006 m. birželį Vyriausybė patvirtino Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategiją. Jos uždaviniuose kaip tik ir numatyta įtvirtinti visuomenės sveikatą savivaldybių politikoje kuriant visuomenės sveikatos biurus, kurie rūpintųsi visuomenės sveikatos stiprinimu.

Savivaldybėse dirbantys specialistai yra arčiausiai žmonių ir gali labiausiai veikti jų gyvenimo būdą [92].



Visuomenės sveikatos biuro tikslo ir uždavinių schema (sudaryta autorės, remiantis 2007–2013 m. Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros strategija)

Vienas svarbiausių visuomenės sveikatos politikos priežiūros reformos tikslų buvo įtvirtinti teisinėje sveikatos sistemoje vieną iš pagrindinių santykių subjektų – pacientą ir sustiprinti jo teisinį statusą, kitaip tariant, pripažinti šiuos santykius esant civiliniams teisiniams santykiams, grindžiamais paslaugų tiekėjo ir paslaugų gavėjo lygiateisiškumu. 1996 m. spalio 3 d. priimtas specialus įstatymas, reglamentuojantis pacientų teises – PTŽSAĮ. Lietuva buvo viena pirmųjų Europos šalių ir pirmoji pokomunistinė šalis, įtvirtinusi pacientų teises atskiru įstatymu. Įstatymas įtvirtino paciento teisių sąrašą [76].



Pacientų teisių schema (sudaryta autorės, remiantis Lietuvos Respublikos teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu) [31]

Apibendrinant galima teigti, kad visuomenės sveikatos politikos sistemų raida ir kitimas – natūralus procesas, vykstantis ir išsivysčiusiose, ir besivystančiose šalyse. Profesorės R. Kalėdienės (2004) nuomone, kintanti sveikatos politikos paradigma nepriklauso racionaliam organizaciniam procesui, todėl destabilizuoja ir sveikatos sistemą, ypač esant dabartinei Lietuvos ekonomikai [93]. Pasak profesoriaus J. Juškevičiaus (2007), ribotas sveikatos priežiūros srities finansavimas, sveikatos profesionalų ir politikų solidarumo trūkumas, gyventojų senėjimo procesai, tarptautinės integracijos procesai – visi šie praktiniai iššūkiai reikalauja ir toliau pareikalaus iš įstatymų leidybos ir teisės doktrinos kūrybinio požiūrio reguliuojant socialinius santykius kuriant ir įgyvendinant sveikatos strategijas, paskirstant finansus ir atsakomybę, planuojant ir rengiant žmogiškuosius išteklius bei daugybę kitų visuomenės sveikatos politikos sričių [76].

Sveikatos politikos įgyvendinimo procesas susijęs su pagrindiniais Lietuvos žmonių sveikatos rodikliais, taip pat su visuomenės socialinių, ekonominių, politinių, teisinių ir aplinkos veiksnių integralia sąveika. Šių veiksnių plėtros svarbiausių elementų sąveikoje ir susiformavo nauja sveikatos politikos paradigma, kurios esminiais aspektais tapo teisinės aplinkos kūrimas, valdymo decentralizavimas, sveikatos draudimo įdiegimas, paslaugų teikimo restruktūrizavimas, o ypatingai pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas. Šis procesas taip pat apima sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumo ir infrastruktūros optimizavimo, kokybiškumo ir efektyvumo, saugumo, prieinamumo, laisvo pasirinkimo, lygių galimybių, solidarumo įgyvendinimą sveikatos sistemoje. Lemiamas vaidmuo numatytas gyventojų sveikatos mokymui ir sveikatos ugdymui, stiprinimui bei ligų prevencijai ir profilaktikai. Todėl, įgyvendinant šalyje visuomenės sveikatos politikos priežiūros reformą, 2006 m. birželį Vyriausybė patvirtino Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategiją. Jos uždaviniuose kaip tik ir numatyta įtvirtinti visuomenės sveikatą savivaldybių politikoje kuriant visuomenės sveikatos biurus, kurie rūpintųsi visuomenės sveikatos priežiūra bei jos stiprinimu.

2. VAIKŲ SVEIKATOS YPATUMAI

Teisė yra viena pamatinių visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimo priemonių. Svarbi yra ir vaiko teisė į sveikatą, sveiką aplinką bei tinkamą sveikatos priežiūrą. Todėl būtina sudaryti sąlygas, užtikrinančias nuolatinę vaiko sveikatos priežiūrą mokykloje. Šiam tikslui pasiekti reikalingi kasmetiniai profilaktiniai sveikatos patikrinimai, kurie padeda įvertinti žmogaus sveikatą, gyvybiškai svarbių organizmo sistemų veiklą ir išvengti rimtų sveikatos sutrikimų. Šiame skyriuje apžvelgiamos svarbiausios mokinių sveikatos problemos ir galimos pasekmės laiku nenustačius sutrikimų.

2.1. Profilaktiniai sveikatos patikrinimai

Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijoje, prie kurios 1992 m. sausio 5 d. prisijungė Lietuva ir kurią 1995 m. liepos 3 d. ratifikavo Lietuvos Respublikos Seimas, rašoma, kad svarbi yra vaiko teisė į sveikatą, sveiką aplinką ir tinkamą sveikatos priežiūrą. „Mes puikiai žinome, kad vaikų sveikatos ir aplinkos apsauga yra lemiamas darnaus valstybių vystymosi veiksnys“ [61, 140].

Valstybinės švietimo strategijos 2003–2012 m. nuostatų įgyvendinimo programoje numatyta sudaryti sąlygas mokiniui išsaugoti ir stiprinti sveikatą, užtikrinti nuolatinę jo sveikatos priežiūrą [126a]. 2005 m. birželio 9 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-476 patvirtinta nauja Lietuvos higienos norma bendrojo lavinimo mokykloms. Mokiniai turi kasmet iki rugsėjo 15 d. mokyklai pateikti informaciją apie profilaktinio sveikatos patikrinimo rezultatus [126b]. Vaikų sveikata rūpintis reikia nuolat ir ją profilaktiškai tikrinti kasmet, o sveikatos pažymėjimas – tai profilaktinio patikrinimo išvada, – pabrėžia Sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos departamento Visuomenės sveikatos priežiūros skyriaus vedėja dr. R. Sketerskienė. Privalomasis profilaktinis sveikatos patikrinimas labai svarbus, nes tinkamai atliktas padeda laiku nustatyti ir išgydyti negalavimus ar sveikatos sutrikimus, padeda užbėgti jiems už akių, suteikia puikią galimybę aptarti su savo šeimos gydytoju pagrindinius ligų prevencijos bei sveiko gyvenimo būdo ugdymo principus. Profilaktinio patikrinimo duomenys taip pat yra naudojami stebėsenai ir analizei [141, 142].

Vaiko sveikatos pažymoje nurodomas vaiko ūgis, svoris, fizinio išsivystymo įvertinimas procentilėmis, kūno masės indeksas, kraujospūdis, nurodoma klausos ir regos būklė. Gydytojas turėtų pažymėti ir įvairių organizmo sistemų sutrikimus, jei tokių yra (kraujotakos, kvėpavimo, nervų, virškinimo, urogenitalinės, griaučių ir raumenų, dantų, kraujo, odos ir jos priedų) ir įrašyti nustatytą diagnozę. Pažymos pabaigoje gydytojas pateikia išvadas ir rekomendacijas dėl vaiko

galimybių dalyvauti mokyklos ugdymo veikloje, įskaitant kūno kultūros pamokas (pagrindinė, parengiamoji, specialioji grupė, dietos, vengtini alergenai ir kt.). Taip pat gydytojas nurodo priežastis ir pirmosios pagalbos priemones, jei vaikui prireiktų skubios pagalbos mokykloje (dėl alergijos, lėtinių ligų ir kt.). Pažymyje turi būti vaiką apžiūrėjusio šeimos gydytojo ar pediatro vardas ir pavardė, parašas, kontaktinis telefonas. Sveikatos informacijos privatumą gina įstatymai, konfidenciali sveikatos informacija su įrašais apie sveikatos sutrikimus, t. y. vaiko sveikatos pažymėjimas (forma Nr. 027-1/a) saugoma pas visuomenės sveikatos priežiūros specialistą [65, 141].

Tačiau profilaktiniai sveikatos patikrinimai vykdomi ne visada tinkamai (tai gali lemti įvairios priežastys, pvz., sunkiai prieinama gydytojo apžiūra, ypač kaimo vietovėse, finansiniai sunkumai, mokinių arba jų tėvų atsisakymas mokyklai teikti bet kokią sveikatos informaciją, sveikatos pažymų išdavimas nepatikrinus vaiko sveikatos ir pan.). Taigi siekiant pagerinti mokinių sveikatos priežiūrą ir užtikrinti savalaikės sveikatos informacijos teikimą ugdymo įstaigoms, siūloma tokias problemas ir jų priežastis aptarti su atitinkamų sričių specialistais, šeimos gydytojais, griežtinti pačių tėvų atsakomybę už vaiko sveikatą [65].

Apibendrinimas. Sveikata šiandien pripažįstama kaip didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė, o su ja susijusi sveikatos priežiūra suvokiama kaip viena iš pagrindinių žmogaus teisių. Todėl labai svarbu užtikrinti, kad sveikatos patikrinimai ir sveikatos priežiūra būtų atliekama kokybiškai ir tinkamai, nes tai yra puiki profilaktinė priemonė, padedanti laiku nustatyti ir išgydyti negalavimus ar sveikatos sutrikimus. O neturėdami informacijos apie vaiko sveikatą, mokytojai ir visuomenės sveikatos priežiūros specialistai negali užtikrinti, kad ugdymo proceso metu nebus jai pakenkta.

2.2. Burnos sveikata

Lietuvos sveikatos programoje burnos sveikatos išsaugojimas laikomas vienu iš svarbiausių odontologinės priežiūros uždavinių, kurių sėkmingas vykdymas duotų nemažą ekonominį poveikį. Pagrindinė burnos sveikatos plėtojimo strateginė kryptis – burnos sveikatos išsaugojimas bei stiprinimas. Sveiki dantys yra vienas iš svarbių vaikų sveikatos veiksnių. Tačiau Lietuvoje vaikų dantų ėduonis yra viena iš labai paplitusių vaikų ligų. 68 proc. 3 metų vaikų turi ėduonies pažeistus dantis, tarp 6 metų vaikų ėduonis paplitęs iki 94 proc., tarp 12 metų – svyruoja nuo 69 iki 98 proc., o tarp 15 metų – 84–100 proc. Suaugusių žmonių – 99,5–100 proc. Viena pagrindinių šių ligų priežasčių – bloga burnos ertmės higiena (7,9 proc. vaikų visai nevalo dantų) [126c, 146]. Dėl to gana dažnai kyla komplikacijos, kurių gydymas sudėtingas ir brangus. Dėl tam tikrų psichologinių

problemų, dantų gydymo baimės, eduonies komplikacijų gydymas dažnai baigiasi danties išrovimu, dėl ko vėliau kyla sąkandžio anomalijų grėsmė (sukandimo anomalijų turi bemaž 50 proc. vaikų), kramtymo funkcijos sutrikimai, estetiniai defektai.

Ieškoti ankstyvų danties eduonies ir jo komplikacijų diagnostikos, gydymo ir profilaktikos metodų – labai aktualus vaikų odontologinės priežiūros uždavinys. Galima teigti, kad dantų eduonis gali būti sustabdytas tik profilaktikos priemonėmis. Profilaktinių programų sėkmė labiausiai priklauso nuo to, kaip pavyksta įtikinti žmones pakeisti įpročius bei požiūrį į savo sveikatą. Be požiūrio ir elgesio pokyčių neįmanoma pasiekti, kad profilaktinės programos teigiami rezultatai būtų ilgalaikiai. Įgyvendinant dantų eduonies profilaktines programas, neužtenka vien išmokyti vaikus taisyklingai valyti dantis ar papasakoti apie mitybos įtaką eduonies atsiradimui. Reikia, kad jie patys suvoktų, kodėl svarbu rūpintis savo dantimis ir noriai tai darytų. Kad vaikų dantys būtų sveiki, kartu turi dirbti higienistai, gydytojai, odontologai, tėvai ir mokytojai [144, 145].

2.3. Griaučių ir raumenų sistemos

Vaikų sveikatos profilaktinių patikrinimų duomenys rodo, kad kasmet nustatoma vis daugiau moksleivių laikysenos sutrikimų [153]. Laikysena vadinama individuali, įprasta kūno padėtis judant ir nejudant. Taisyklinga laikysena formuojasi visą gyvenimą, tad nuo pat vaikystės būtina vaiką mokyti taisyklingai sėdėti, sėdint ir stovint nesikūprinti. Laikysena svarbi ne vien kūno išvaizdai, bet ir bendrai savijautai, normaliai vidaus organų veiklai. Taisyklinga kūno laikysena – tai geros vaiko sveikatos atspindys [148].

Laikysenos sutrikimų skaičius ne tik didėja, labai svarbu, kad jų amžius „jaunėja“. Netaisyklinga kūno laikysena – vienas neigiamų veiksnių, lemiančių augančio vaiko esamą ir būsimą sveikatą. Griaučių ir raumenų sistemos funkcionavimo sutrikimai, pasireiškiantys netaisyklinga stuburo padėtimi, labai dažnai išryškėja vaiko augimo tarpsniu, kai dėl įvairių įgimtų griaučių defektų, nepakankamo fizinio aktyvumo, neracionalios mitybos, ergonomiškai nepritaikytų mokymosi ir poilsio vietų nukenčia griaučių ir raumenų funkcinis pajėgumas, vystosi netaisyklinga, dažnai kompensacinė kūno laikysena. Taigi laikysena, turinti vienokių ar kitokių sutrikimų, vadinama ydinga, netaisyklinga arba asimetrine. Ir tai – ne vien išorinis defektas [148, 153].

Nekoreguojami laikysenos pokyčiai gali sukelti funkcinių bei struktūrinių stuburo bei jo biomechaninį vientisumą palaikančių komponentų (raumenų, raiščių, nervų, kraujagyslių) pakitimų atsiradimą. Vaikai tampa mažiau judrūs ir būna fiziškai silpnesni, o tai skatina tolesnį netaisyklingos laikysenos progresavimą ir rimtesnius sveikatos sutrikimus [149]. Nors ir nėra teoriškai įrodyta, tačiau praktiškai gana akivaizdu, kad ydinga laikysena dažnai yra pirmas žingsnis

į stuburo iškrypimą – skoliozę. Skoliozė, be abejo, jau yra liga, reikalaujanti rimto gydymo [147]. Stuburo iškrypimas lordozė dažnai vargina vaikus, turinčius antsvorio. Kifozė gali išsivystyti vaikams, turintiems netaisyklingą laikyseną [173].

Taigi kuo anksčiau bus diagnozuoti šios sistemos sutrikimai ir parinktos tinkamos korekcinės priemonės, tuo anksčiau bus galima bent iš dalies sumažinti vėliau jau suaugusiam asmeniui kylančias problemas, kartu gerinant ir vaikų sveikatos kokybę [153].

2.4. Regėjimo sutrikimai

Regėjimas – viena nuostabiausių žmogaus organizmo funkcijų, kuri leidžia pažinti mus supantį pasaulį, bendrauti, grožėtis, saugotis aplinkos pavojų. Net ir menkiausias regėjimo sutrikimas sukelia žmogui daug problemų. Dažnai net nesusimąstome, kaip turime tausoti akis, saugoti ir joms padėti [158].

Vieni iš dažniausių vaikų negalavimų – regos sutrikimai. Vaikų, kuriems reikalinga regos korekcija, kiekvienais metais daugėja. Prieš dvidešimt metų ar dar anksčiau mokinukų, „pabalnojusių“ savo nosytes akinukais buvo vos vienas kitas. Neretai jie būdavo klasiokų „apdovanojami“ ne pačiomis gražiausiomis pravardėmis. Dabar ilgai nereikėtų ieškoti klasių, kuriose akiniais pasipuošę trečdalis ar dar didesnė dalis vaikų [159]. Dažniausiai vaikams yra diagnozuojami šie regos sutrikimai:

- ✓ *Trumparegystė arba miopija.* Pradėjus formuotis mokyklinei trumparegystei, vaikai skundžiasi nematą, kas lentoje parašyta, o prisimerkus vaizdas paryškėja. Todėl trumparegiai, kurie nenešioja akinių, labai dažnai žiūri prisimerkę. Labai dažnai trumparegiai skundžiasi, kad prieš akis jiems juda juoduliukai, skraidančios musytės. Natūralu, kad blogai matant užrašus lentoje, nuolat kovojant su vaizdo liejimusi, mokytis yra sunku ir tai turi įtakos mokslo rezultatams bei vaiko psichologinei būsenai. Progresuojanti miopija – rimta liga. Ji yra viena svarbiausių regėjimo invalidumo priežasčių [160, 161].
- ✓ *Toliaregystė.* Laiku nepastebėta ir nekoreguota vidutinė ir didelė toliaregystė vaikams yra nervingumo ir žvairumo bei nuolatinio galvos skausmo suaugus priežastis. Toliaregės akys taip pat turi polinkį į lėtinį konjunktyvitą, blefaritą, glaukomą [161].
- ✓ *Astigmatizmas* mažina regėjimo aštrumą. Nekoreguotas astigmatizmas labai dažnai yra akių diskomforto, niežulio, deginimo akyse, voko krašto, kartais ir akių obuolio paraudimo, pleiskanėlių apie blakstienas, sauso sekreto vokų krašte, akių nuovargio priežastis. Astigmatikai jaučia akių nuovargį ne tik po smulkaus darbo, bet ir ilgiau įtemptai pažiūrėję į

tolį (spektaklis, filmas, pamoka), nes nenešiodami akinių niekada nemato aiškiai. Astigmatizmą reikia koreguoti vaikystėje, nes kuo vėliau paskiriami akiniai, tuo sunkiau prie jų priprantama: akiniai keičia įprastą daiktų vaizdą [161].

- ✓ *Žvairumas* turi būti neatidėliotinai gydomas, nes jis reikalauja ilgo, kruopštaus specialistų ir tėvų darbo. Gydytas veiksmingas tik vaikystėje ir tik tada, kai tėvai rūpestingai vykdo gydytojų nurodymus, stropiai atlieka paskirtus pratimus, sistemingai lankosi žvairuojančiųjų gydymo kabinetuose, o namuose rūpinasi, kad vaikas teisingai atliktų jam paskirtas gydymo užduotis, skiria vaiko gydymui reikalingą dėmesį ir nenuolaidžiauja užgaidoms.

Žmogus, kuris normaliai mato, geba sulieti abiejų akių vaizdus į vieną, įvertinti aplinkinių daiktų nuotolį, gali įgyti bet kokią norimą specialybę ir pasirinkti mėgstamą profesiją. Žvairumo atveju, kai aplinkiniai vaizdai ir objektai matomi viena akimi, profesijos pasirinkimas yra ribotas [161].

Nustatyti regos pakitimus vaikams yra ypač svarbu, nes esamos nekoreguotos refrakcijos ydos gali sukelti negrįžtamą regos sumažėjimą. Nustačius bei gydant regos sutrikimus ankstyvoje vaikystėje galima išvengti pastovaus regos blogėjimo. Ši būseną gali būti išgydoma iki maždaug 8–10 metų amžiaus, vėliau pagerinti regėjimo faktiškai neįmanoma nei nešiojant akinius, nei operuojant akis [160].

2.5. Antsvorio problemos

Vienas pagrindinių vaikų ir suaugusiųjų sveikatos rizikos veiksnių yra antsvoris ir nutukimas. Per du dešimtmečius nutukimo dažnis padidėjo 3 kartus – pusė visų Europoje gyvenančių suaugusiųjų ir vienas iš penkių vaikų turi antsvorį. Nutukimas ir antsvoris prisideda prie neinfekcinių ligų plitimo, trumpina gyventojų amžių, blogina gyvenimo kokybę. Antsvoris ir nutukimas labiau paplitę didesnės rizikos socialinių- ekonominių sluoksnių grupėse [163].

Nutukimas – lėtinė liga dėl nuolatinio teigiamo energijos balanso, kurį lemia genetiniai, metaboliniai, kultūriniai, aplinkos ir psichologiniai-socialiniai veiksniai [162].

Nutukimas dažniausiai atsiranda dėl netinkamos mitybos, mažo fizinio aktyvumo ir nuolatinio streso. Rečiau nutunkama dėl endokrininės sistemos sutrikimų arba paveldėto polinkio į nutukimą. Pradinėse nutukimo stadijose pagausėja prakaitavimas, pasireiškia troškulys, pykinimas; vaikas greitai pavargsta, jam dažnai sukasi galva, atsiranda funkcinų širdies ir kraujagyslių veiklos sutrikimų. Dėl medžiagų apykaitos sutrikimo ir padidėjusio krūvio kaulams bei sąnariams atsiranda judamojo aparato pakitimų, kurie sukelia skausmus, riboja apatinės kūno dalies judrumą. Vėliau neišvengiami kvėpavimo sutrikimai, kurie sukelia plaučių ir širdies nepakankamumą, tinimus. Dėl

nutukimo gali išsivystyti cukrinis diabetas, aterosklerozė, tulžies akmenligė, hipertenzija, ištikti miokardo infarktas. Be visų šių dažnai kamuojančių ligų apkūnus vaikas patiria ir daug nemalonumų dėl savo nerangumo, bendraamžių patyčių [164]. Dar niekada Lietuvos vaikai nebuvo tokie nervingi, kupini neapykantos ir pagiežos vienas kitam, mokytojams ar tėvams. Naujausias Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) tyrimas rodo, kad beveik 30 proc. Lietuvos vaikų kasdien patiria bendraamžių ar suaugusiųjų patyčias, smurtą, pažeminimą, yra apstumdomas, apkalbamas ar kitaip ignoruojamas. Todėl vaikai nusiramavimo ieško maiste – be saiko kemša viską, kas papuola po ranka. Ypač tai populiaru šeimose, kuriose stresą taip malšinti įpratę ir vyresni šeimos nariai [167].

Daugelyje tyrimų fizinis pasyvumas vaikystėje nurodomas kaip vienas svarbesnių veiksnių, prisidedančių prie globalaus nutukimo tarp vaikų ir paauglių padidėjimo Europoje bei visame pasaulyje. Teigiama fizinio aktyvumo patirtis jaunystėje padeda sukurti pagrindus sveikam ir produktyviam gyvenimui ateityje. Reguliari fizinė veikla gali skatinti kaulų ir raumenų augimą, padėti sukurti tinkamą laikyseną ir pusiausvyrą, stiprinti širdies ir kraujagyslių sistemą, teigiamai veikti kvėpavimo sistemą. Geresnė sveikata ir grūdinimasis didina pasitikėjimą savimi, gerina savigarbą. Be to, tyrimai rodo, kad sveikai gyvenę ir buvę fiziškai aktyvūs vaikai ir suaugę būna sveikesni ir aktyvesni [166].

Neabejotina, kad sveikatos problemos, kurias sukelia netinkama mityba ir vis labiau augantis visuotinis fizinis pasyvumas tarp suaugusiųjų ir vaikų, nuolatinis nutukimo didėjimas gali būti laikomi vienu didžiausių XXI amžiaus iššūkių, susijusių su visuomenės sveikata. Nutukimo rizikos veiksniai turėtų būti nustatomi vaikystėje, šiame amžiuje reikėtų vykdyti atitinkamą prevencinę veiklą. Pripažįstama, kad antsvorio prevencija yra vienintelis būdas, siekiant pažaboti nutukimo epidemiją. Galima sakyti, kiekvienam suaugusiajam tenka dalis atsakomybės didinant vaikų ir paauglių fizinį aktyvumą ir nuosekliai keičiant jų požiūrį į sveiką gyvenimo būdą [163, 166].

2.6. Nervų sistemos sutrikimai

Nervų sistemos sutrikimai yra didžiulė našta visuomenei. Lietuvos sveikatos programoje šie sutrikimai užima ketvirtą vietą tarp visų ligų [126c]. Nervų sistemos ligos pažeidžia svarbiausius organizmo valdymo centrus, dėl to sutrinka žmogaus orientacija erdvėje, sulėtėja reakcija į išorinius dirgiklius, pasikeičia charakteris. Gali pasireikšti arterinio kraujospūdžio svyravimai, skausmai širdies, pilvo plote, oro trūkumas, dusulys, pykinimas, vėmimas, karščiavimas ar drebulys, padidėjęs prakaitavimas, galvos svaigimas, sąmonės netekimas ir pan. Be to, paprastai pasireiškia su psichikos veikla susijusių simptomų: įtampa, nerimas, baimingumas, padidėjęs dirglumas,

jautrumas, nuovargis, darbingumo sumažėjimas, pablogėjusi nuotaika, miego, apetito sutrikimai. Pagrindinė priežastis – stresas, psichotraumuojantys veiksniai. Negydant gali baigtis labai liūdnai – fizine negalia arba silpnaprotyste. Profilaktikai patartina vengti stresinių situacijų, racionaliai maitintis, daugiau judėti [174].

2.6. Kraujotakos sistemos sutrikimai

Tai rimti sveikatos sutrikimai. Jų priežastys gali būti labai įvairios – nuo pakrikusių nervų iki rimtų infekcijų. Širdies bei kraujagyslių ligomis neretai susergama dėl netinkamo gyvenimo būdo ir netinkamos mitybos [175]. Galvos smegenų kraujotakos sutrikimai – viena dažniausių mirties ir neįgalumo priežasčių pasaulyje, ypač industrinėse šalyse. Galvos smegenų insultas yra dažniausia neurologinė pastovaus nedarbingumo priežastis, taip pat lemianti didelį mirtingumą. Pirminė profilaktika – ankstyvas rizikos veiksnių išaiškinimas ir jų koregavimas kiek leidžia galimybės, fizinis aktyvumas, sveika mityba, kraujospūdžio, cholesterolio kontrolė ir pan. [176].

Vaikų sveikatos ypatumų mokslinės literatūros analizė įgalina nuspėti, kad šiandieninė mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo aplinka, būdas ir tempas sukuria nepalankias sąlygas sveikatai, ko pasekoje daug dažniau sergama. Todėl rekomenduojama sudaryti sąlygas užtikrinančias nuolatinę vaiko sveikatos priežiūrą mokykloje. Šis tikslas numato kasmetinius profilaktinius sveikatos patikrinimus. „Vaiko sveikatos pažymėjime“ nurodomas vaiko ūgis, svoris, fizinio išsivystymo įvertinimas procentiliniu metodu bei kūno masės indeksas, taip pat kraujospūdis, klausos ir regos būklė; pažymimi ir įvairių organizmo sistemų sutrikimai, jei tokių mokinys turi (kraujotakos, kvėpavimo, nervų, virškinimo, urogenitalinės, skeleto – raumenų, dantų, kraujo, odos ir jos priedu ir kt.). Analizuojant vaikų sveikatos pažymų duomenis, pastebimi įvairūs didėjantys sergamumo rodikliai. Nors mokinių skaičiai kasmet mažėja, sergamumo rodikliai po truputį didėja. Daugėja vaikų, kuriems būdingi regėjimo, nervų, kraujotakos, kvėpavimo, griaučių ir raumenų sistemos sutrikimai, antsvorio problemos.

3. TYRIMO METODIKA IR ORGANIZAVIMAS

Tyrimo objektas

Lietuvos visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimas.

Tyrimo metodai

1. Lyginamoji mokslinės literatūros analizė.
2. Mokinių sveikatos vertinimas, remiantis profilaktinių sveikatos patikrinimų pažymomis.
3. Statistinė analizė (*Excel* programa).

Mokinių sveikatos profilaktinį patikrinimą, jo apimtį bei terminus reglamentuoja 2005 m. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1035/ISAK-2680 ir 2005 m. įsigaliojusi Lietuvos higienos norma bendrojo lavinimo mokykloms (HN 21:2005), pagal kurią kasmet iki rugsėjo 15 d. kiekvienas mokinys turi pateikti mokyklai pažymą su informacija apie profilaktinio sveikatos patikrinimo rezultatus (forma Nr. 027-1/a). Pagal mokinių sveikatos rodiklius, pateiktus nurodytoje formoje, yra atliekama mokinių sveikatos analizė.

Statistinė analizė

Statistinės analizės metodai taikyti tyrimo rezultatams apdoroti. Buvo skaičiuojamas sveikatos pažymų kurias užpildo gydytojai profilaktinių patikrinimų metu, duomenys. Excel programa skaičiuojamas vaikų sergamumas (skaičius, tenkantis 1000-iui profilaktiškai pasitikrinusių sveikatą vaikų).

Tyrimo organizavimas

Tyrimas atliktas 2008–2010 m. rugsėjo ir spalio mėnesiais. Profilaktinių sveikatos patikrinimų pažymos buvo surinktos iš visų Pasvalio rajono mokyklų: Joniškėlio G. Petkevičiatės-Bitės gimnazijos, Saločių A. Poškos vidurinės, Vaškų vidurinės, Pumpėnų vidurinės, Ustukių pagrindinės, Pušaloto pagrindinės, Grūžių pagrindinės, Krinčino pagrindinės, Pajiešmenių pagrindinės, Valakėlių pagrindinės, Daujėnų pagrindinės, Girsūdų pradinės, Tetirvinių pradinės, Žadeikių pradinės, Nairių pradinės, Jurgėnų pradinės, Rinkūnų pradinės, Kiemelių pradinės, Mikoliškio pradinės, Meškalaudio pradinės, Norgėlų pradinės, Švobiškio pradinės, Narteikių pradinės, Namišių pradinės, Kriklinių pradinės, Žilpamūšio pradinės, Raubonių pradinės ir Pasvalio miesto mokyklų: P. Vileišio gimnazijos, Svalios ir Lėvens pagrindinių mokyklų, lopšelio-darželio Liepaitės-pradinio ugdymo mokyklos. 2009 m. Pasvalio rajone buvo panaikintos Žadeikių, Nairių ir Raubonių pradinio ugdymo mokyklos. 2010 m. buvo panaikinta Kiemelių pradinio ugdymo

mokykla.

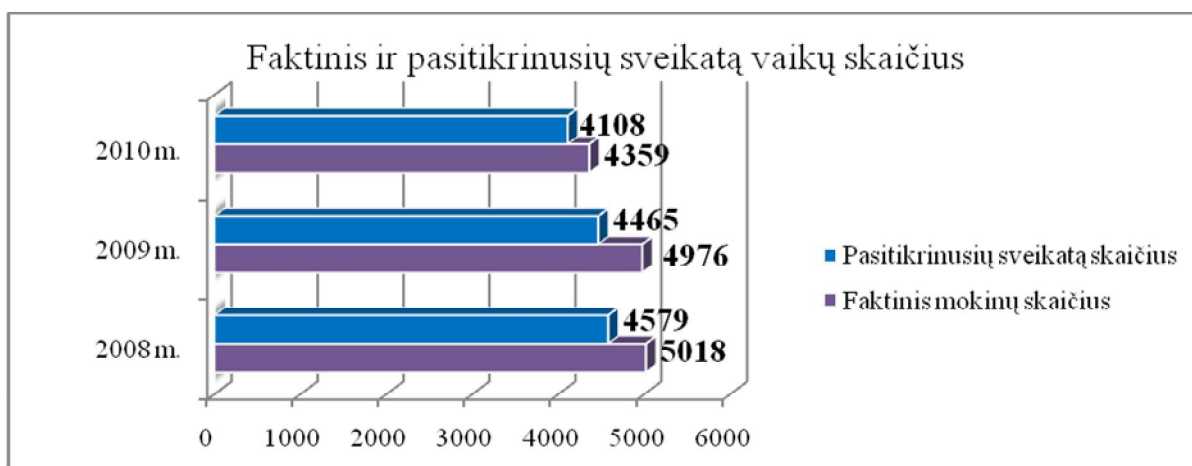
Gydytojai pediatrai ir šeimos gydytojai atlieka profilaktinį sveikatos patikrinimą. Į mokyklas pristatytus duomenis surenka mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistai. Tada šie duomenys siunčiami visuomenės sveikatos biurui, visuomenės sveikatos stebėsenos specialistui, kuris juos analizuoja, apdoroja ir suveda į duomenų bazę.

4. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

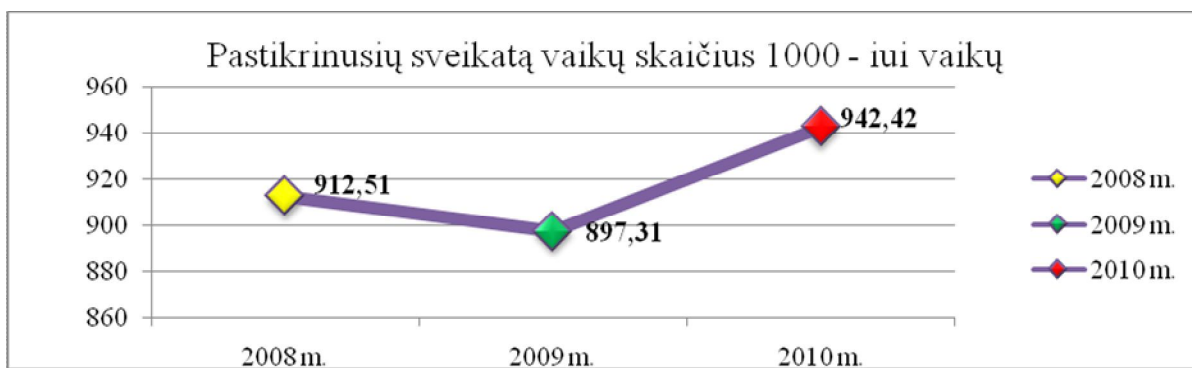
4.1. Moksleivių vystymosi sutrikimai ir sergamumas

FAKTINIS IR PASITIKRINUSIŲ SVEIKATĄ VAIKŲ SKAIČIUS

Remiantis 2008–2010 m. moksleivių sveikatos sutrikimų ir sergamumo suvestinės duomenimis, mokinių skaičius Pasvalio rajone kasmet mažėja. Nuo 2008 iki 2009 m. rajono mokyklose sumažėjo 42 vaikais, o nuo 2009 iki 2010 m. – 617 vaikų, iš viso – 659 vaikais. Sveikatą profilaktiškai besitikrinančių vaikų skaičius taip pat mažėja: 2008 m. sveikatos nepasitikrino 8,75 proc. (439 mokiniai), 2009 m. – 10,17 proc. (511 mokiniai), o 2010 m. – 5,76 proc. (251 mokiniai). Tačiau pasitikrinusiųjų skaičius per trejus metus, tenkantis 1000-iui rajono vaikų, padidėjo 29,91 atvejo, t. y. 2008 m. iš 1000 vaikų sveikatą pasitikrino 912,51, 2009 m. – 897,31. 2010 m. sveikatą pasitikrino 942,42 vaikai iš 1000 (1, 2 pav.).



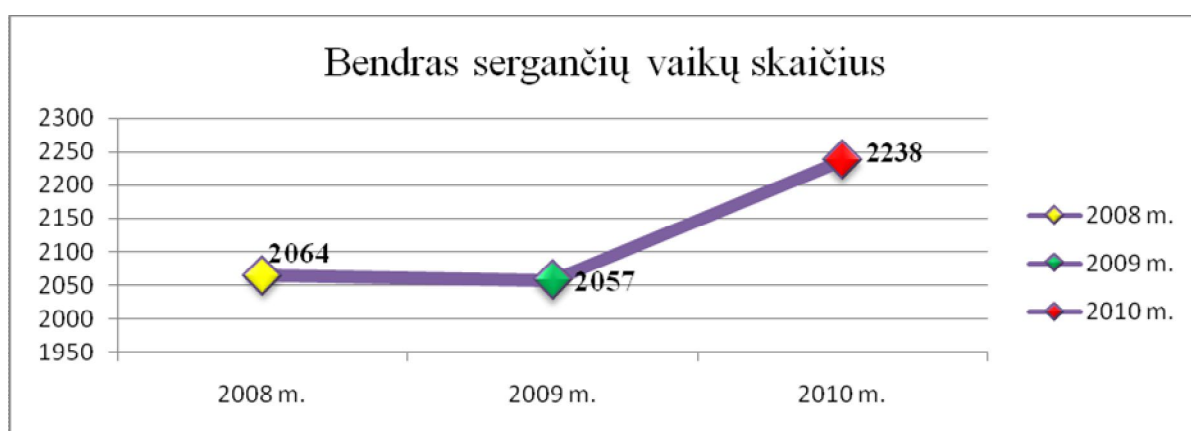
1 pav. Mokinių skirstinys pagal sveikatos patikrinimą (absoliutus skaičiai)



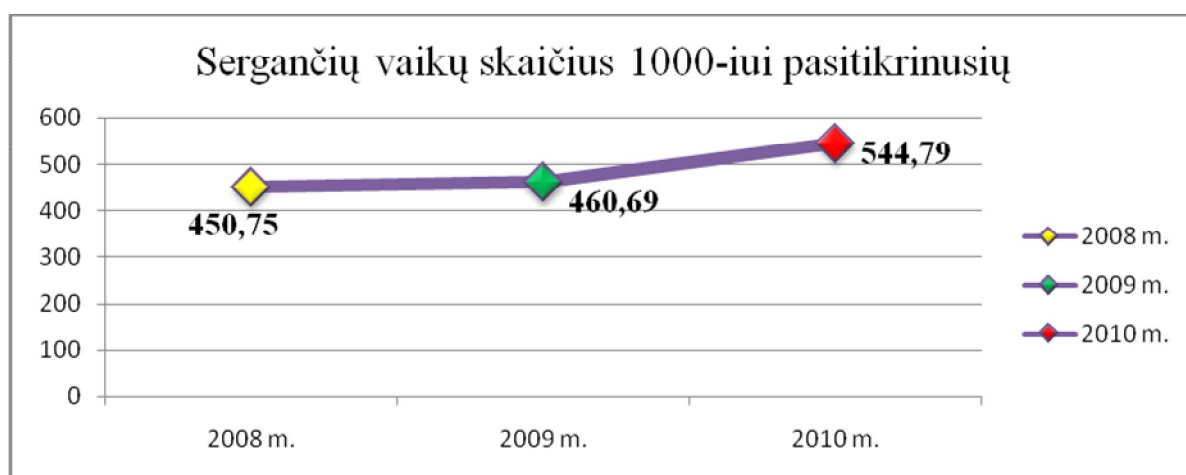
2 pav. Mokinių skirstinys pagal sveikatos patikrinimą 1000-iui mokinių (atvejų skaičius)

BENDRAS MOKINIŲ SERGAMUMAS

Mokinių skaičius mokyklose mažėja, tačiau jų sergamumas didėja. 2008 m. 45 proc. mokinių turėjo didesnių ar mažesnių sveikatos problemų (iš 4579 sveikatą patikrinusių mokinių). 2009 metais sergamumas siekė 46 proc. (iš 4465 sveikatą patikrinusių), o 2010 metais – 54,57 proc. (iš 4108 sveikatą patikrinusių) mokinių turėjo sveikatos problemų (3 pav.). Susirgimų atvejų skaičius, tenkantis 1000-iai mokinių, taip pat didėja. Lyginant 2008 ir 2010 m. duomenis, susirgimų, tenkančių 1000-iai sveikatą patikrinusiųjų, padidėjo net 94,04 atvejais. Labiausiai susirgimų atvejų skaičius, tenkantis 1000-čiui mokinių, padidėjo 2010 m. – 84,1 atvejo, (nuo 2008 m. iki 2009 m. susirgimų padaugėjo 9,94) (4 pav.).



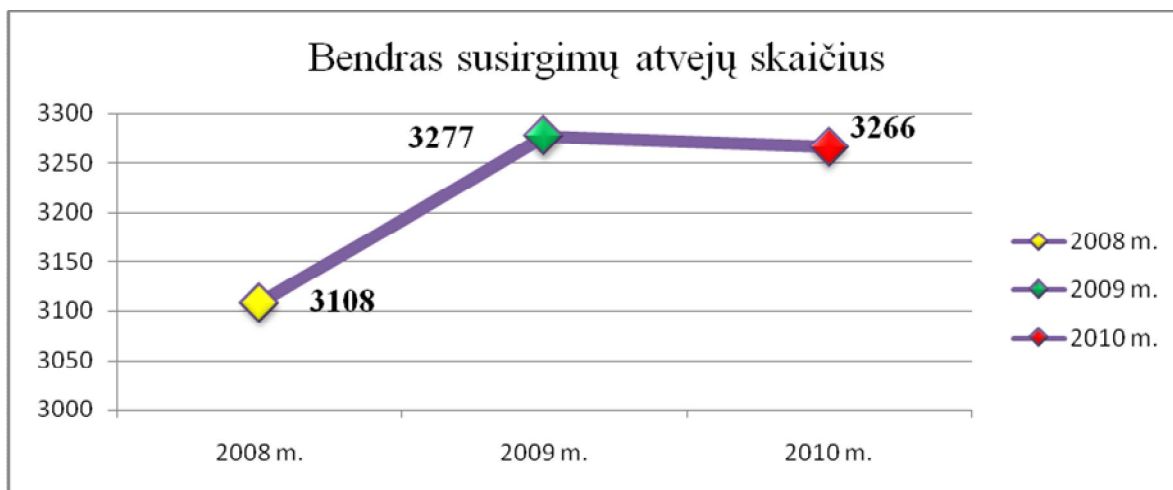
3 pav. Bendras sergančių vaikų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



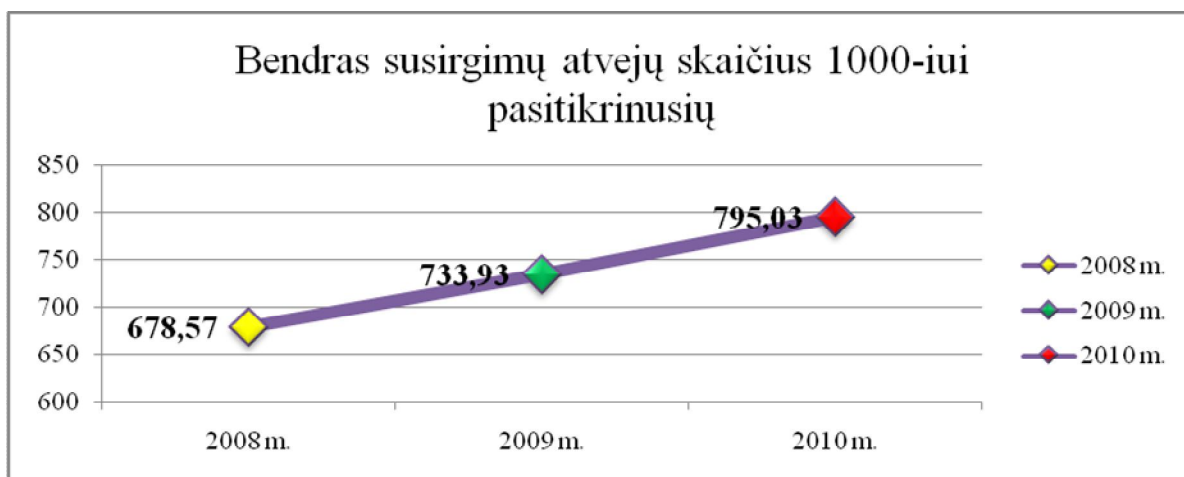
4 pav. Bendras sergančių mokinių skirstinys 1000-iai patikrinusiųjų sveikatą (atvejų skaičius)

BENDRAS SUSIRGIMŲ ATVEJŲ SKAIČIUS

Deja, blogėjančių sveikatos rodiklių skaičiai turi ryškią tendenciją didėti. 2008 m. įvairių susirgimų aptikta 3108 (iš 4579 pasitiktinusiųjų sveikata). 2009 ir 2010 m. – atitinkamai 3277 ir 3266, tačiau nereikia pamiršti, kad vaikų skaičius 2010 m. sumažėjo nuo 4465 (2009 m.) iki 4108 (5 pav.). Lyginant 2008 ir 2010 m. duomenis, 2009 m. 1000-iui vaikų tenka 55,36, 2010 m. – 61,1 susirgimais daugiau. Iš viso per trejus metus susirgimų padaugėjo net 116,43 atvejais (6 pav.).



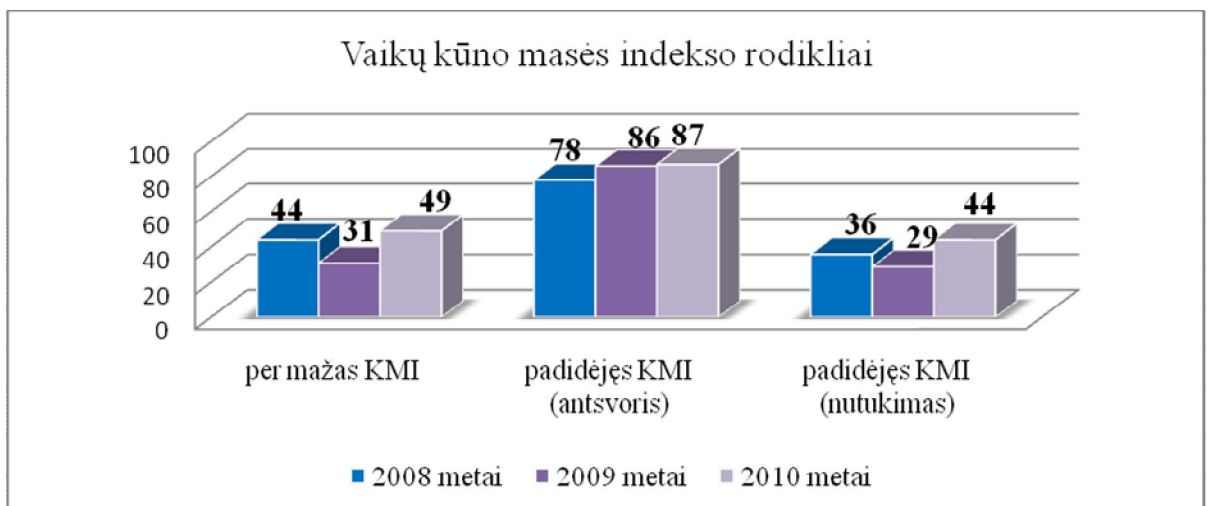
5 pav. Bendras susirgimų atvejų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



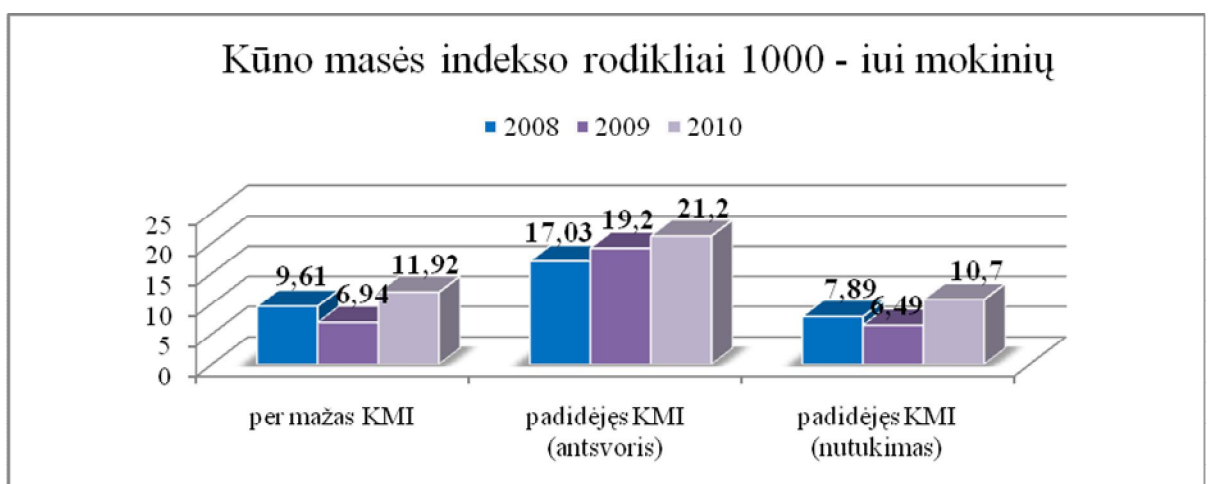
6 pav. Bendras mokinių susirgimų atvejų skirstinys (atvejų skaičius)

KŪNO MASĖS INDEKSO RODIKLIAI

Profilaktinių patikrinimų metu fiksuojamas mokinių kūno masės indeksas (KMI). Tai ūgio ir svorio santykio rodiklis, leidžiantis įvertinti žmogaus svorį: per mažas, normalus, antsvoris ar nutukimas. 2010 m. sumažėjusios kūno masės mokinių buvo užregistruota daugiau (49 mok.) nei 2008 m. (44 mok.) ir 2009 m. (31 mok.). Užregistruotų atvejų skaičius, tenkantis 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių nuo 2008 m. (9,61) ir 2009 m. (6,94) iki 2010 m. (11,92) padidėjo 2,32 atvejais. Nutukimo atvejų, tenkančių 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių, skaičius kasmet didėja. Nuo 2008 iki 2010 m. šis skaičius padidėjo 4,17 atvejais. Labai svarbu dar kartą paminėti, kad 2010 m. į mokyklą Pasvalio rajone atėjo 659 mokiniais mažiau nei prieš dvejus metus. Nutukimo atvejų 1000-iui pasitikrinusiųjų 2008 m. nustatyta 7,89, 2009 m. – 6,49, o 2010 m. – 10,17. Taigi per trejus metus mokinių, turinčių antsvorį, padaugėjo 2,81 arba 1,4 karto (7, 8 pav.).



7 pav. Vaikų kūno masės indekso rodiklių skirstinys (absoliutūs skaičiai)



8 pav. Vaikų kūno masės indekso rodiklių skirstinys (atvejų skaičius)

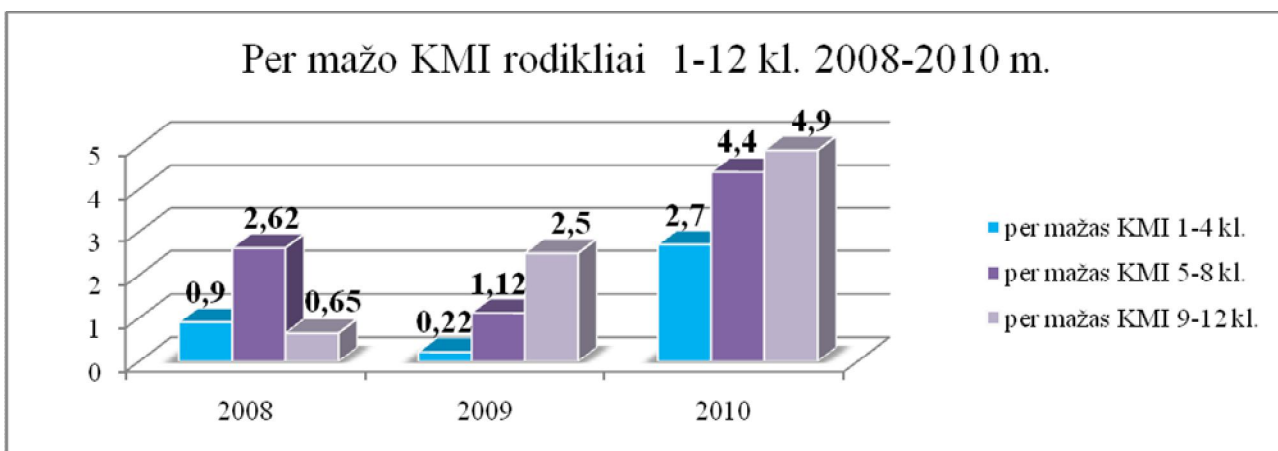
2010 m. (49 mok.) sumažėjusios kūno masės mokinių buvo užregistruota daugiau nei 2008 m. (44 mok.) ir 2009 m. (31 mok.). Užregistruotų atvejų skaičius, tenkantis 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių, nuo 2008 m. (9,61) ir 2009 m. (6,94) iki 2010 m. (11,92) padidėjo 2,32 atvejais.

Analizuojant per mažą KMI pagal klases pastebėta, kad daugiausiai per mažo svorio vaikų 2009 m. ir 2010 m. 9–12 klasėse užregistruota atitinkamai 2,5 ir 4,9 atv./1000-iui mok., per mažo svorio mokinių per dvejus metus šiose klasėse padaugėjo 2,4 atvejais. Tai galima sieti su paauglyste, kai atsiranda didesnis poreikis rūpintis išvaizda. Šiuo atveju per didelis svorio sumažėjimas jau yra žalingas sveikatai. 2008–2010 m. 5–8 kl. per mažo svorio mokinių skaičiaus kaita buvo tokia: 2008 m. – 2,62 atvejų; 2009 m. – 1,12 atvejų; 2010 m. – 4,4 atvejų 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių. 2010 m. 0–4 kl. per mažo svorio vaikų užregistruota 1,8 atv./1000-iui mokinių daugiau nei prieš trejus metus.

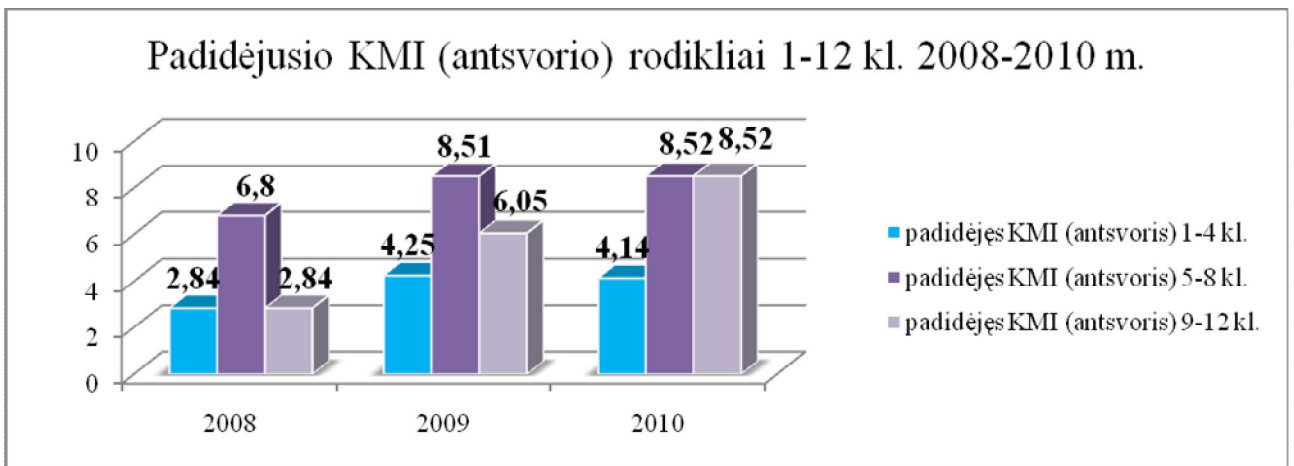
Antsvorio turinčių mokinių skaičius, tenkantis 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių, nuo 2008 iki 2010 m. 5–8 kl. padidėjo 1,72 atvejais, 9–12 kl. – 5,68 atvejais; 1–4 kl. – 1,3 atvejais; Labiausiai antsvorio rodikliai didėjo nuo 2008 iki 2009 m.

Nutukimo atvejų rodikliai didžiausi: 2008 m. – 5–8 klasėse (3,71 atv./1000-iui mok.); 2009 m. – 9–12 klasėse (3,13 atv./1000-iui mok.); 2010 m. – 5–12 klasėse (4,62 ir 4,14 atv./1000-iui mok.).

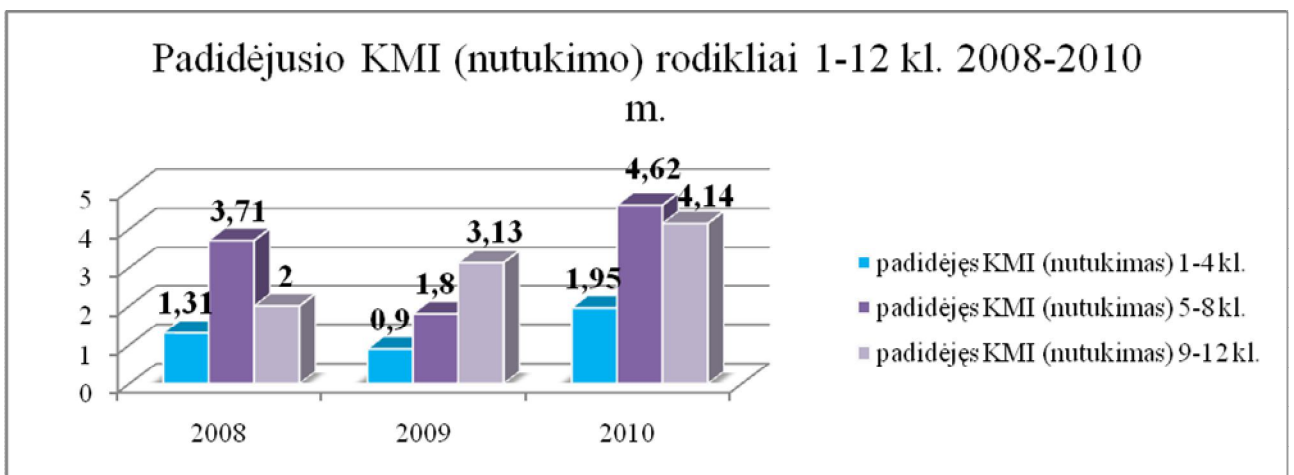
Antsvorio ir nutukimo didėjimo problemas galima sieti su mažėjančiu fiziniu aktyvumu bei kiekvienais metais vis didėjančiu mokinių mokymosi krūviu ir reikalavimais, kad kuo daugiau darbų būtų atlikta kompiuteriu. Todėl visai normalu, kad mokiniai, intensyviai dirbdami protinį darbą, labai pavargsta, o CNS nuovargį šalina ne fizine veikla, o kaloringu ir nesveiku maistu (9, 10, 11 pav.).



9 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių per mažo kūno masės indekso rodikių skirstinys (atvejų skaičius)



10 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių padidėjusios kūno masės indekso (antsvorio) rodikių skirstinys (atvejų skaičius)

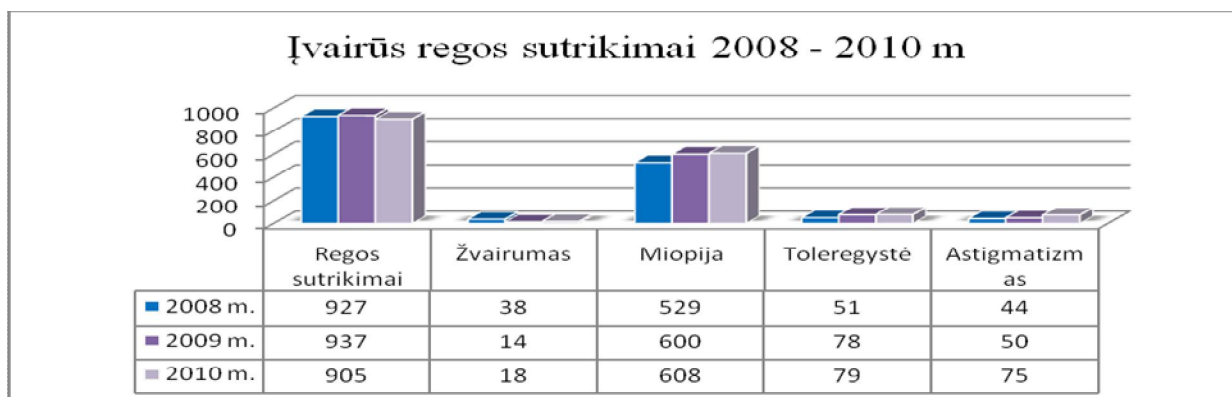


11 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių padidėjusios kūno masės indekso (nutukimo) rodikių skirstinys (atvejų skaičius)

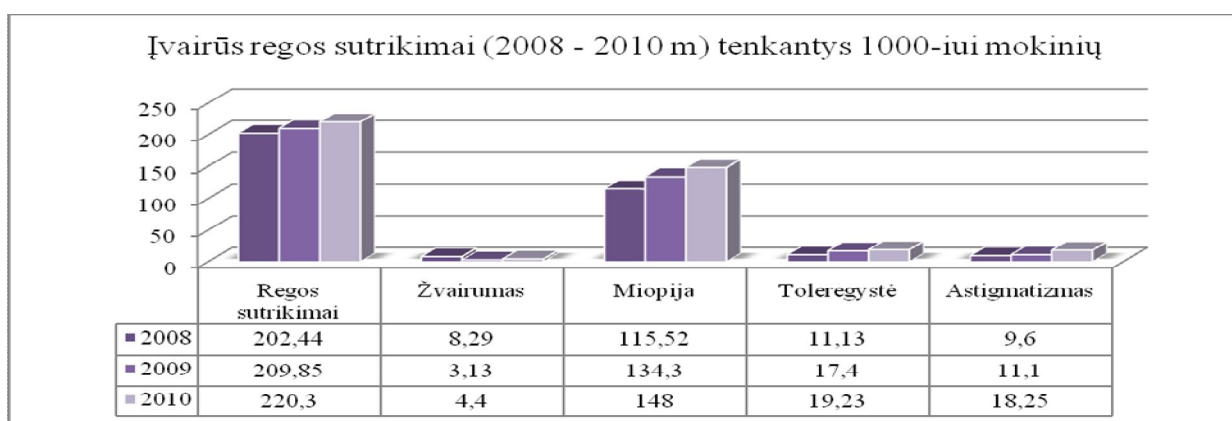
REGOS SUTRIKIMAI

Regėjimas – viena nuostabiausių žmogaus organizmo funkcijų. Ji leidžia pažinti mus supantį pasaulį, bendrauti, grožėtis, saugotis aplinkos pavojų. Geras regėjimas suteikia galimybę įgyti bet kokią norimą specialybę ir pasirinkti mėgstamą profesiją. Dažnai net nesusimąstome, kaip turime tausoti akis, saugoti ir joms padėti. Nes ir menkiausias regėjimo sutrikimas sukelia žmogui daug problemų. Regos sutrikimų turinčių mokinių Pasvalio rajone kiekvienais metais daugėja. 2008 m. iš 4579 sveikatą patikrinusių mokinių regos sutrikimai nustatyti 20,24 proc. – 927 mok. (202,44 atv./1000-iui mok.), miopija nustatyta 11,55 proc. – 529 mok. (115,52 atv./1000-iui mok.). 2009 m. iš 4465 sveikatą patikrinusių mokinių regos sutrikimai nustatyti 21 proc. – 937 mok. (209,85 atv./1000-iui mok.), miopija nustatyta 13,4 proc. – 600 mok. (134,3 atv./1000-iui mok.). 2010 m. iš 4108 mokinių regos sutrikimai nustatyti 22 proc. – 905 mok. (220,3 atv./1000-iui mok.), miopija

nustatyta 14,8 proc. – 608 mok. (148 atv./1000-iai mok.). Taigi nuo 2008 m. iki 2010 m. įvairių regos sutrikimų padaugėjo 17,86 atvejais, o miopijos sutrikimų – 32,48 atvejais (12, 13 pav.).



12 pav. Regos sutrikimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



13 pav. Regos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

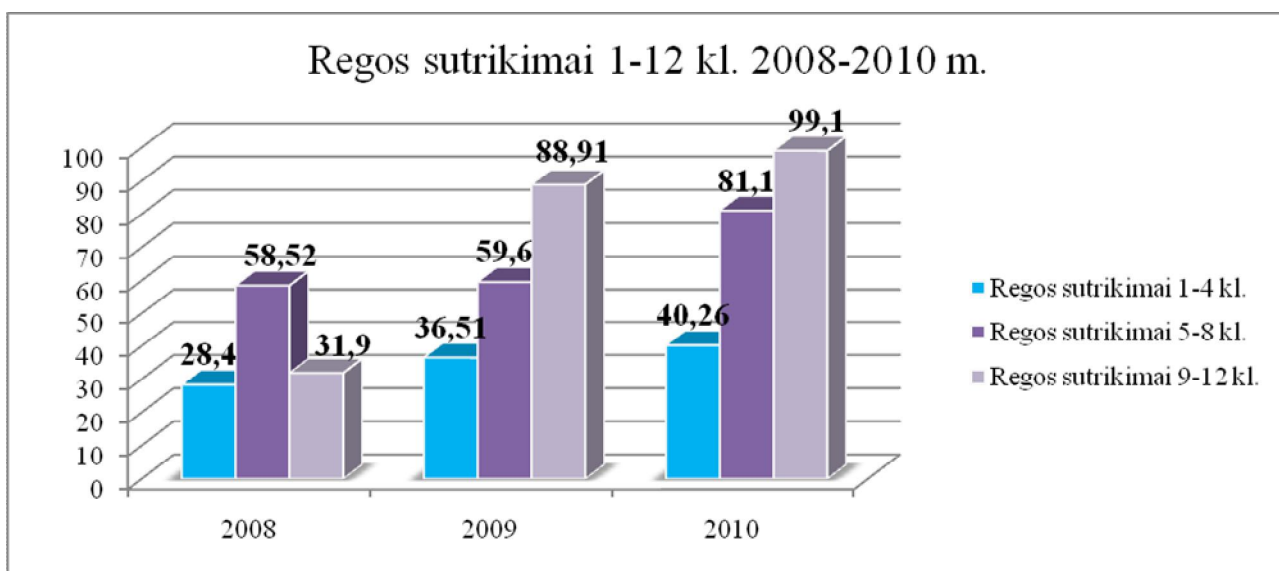
Analizuojant regėjimo sutrikimus pagal klases pastebėta, kad daugiausiai šių sutrikimų turi 2009 ir 2010 m. 9–12 klasių mokiniai. 2009 m. regos sutrikimų nustatyta 88,91 atvejais 1000-iai sveikatą pasitikrinsusių mokinių, 2010 m. – 99,1 atvejais. 2008 m. šių problemų daugiausiai turėjo 5–8 klasių mokiniai (58,52 atv./1000-iai mok.). Nuo 2009 m. iki 2010 m. 5–8 klasėse regos sutrikimų padaugėjo 21,5 atvejais 1000-iai sveikatą pasitikrinsusių mokinių. Pradinėse klasėse regos sutrikimų nėra daug. Tačiau jų kiekvienais metais po truputi daugėja, nors mokinių Pasvalio rajono mokylos sulaukia vis mažiau: 2008 m. buvo nustatyti 28,4 atvejais; 2009 m. – 36,51 atvejais; 2010 m. – 40,26 atvejais 1000-iai pasitikrinsusių sveikatą.

Miopija (trumparegystė) vėlgi didžiausia 2010 m. 9–12 klasėse (80,82 atv./1000-iai mok.). 2009 m. ši regos problema 9–12 klasėse buvo 62,93 atvejais 1000-iai pasitikrinsusių sveikatą, o 2008 m. 19,22 atvejais. Per trejus metus miopijos atvejų 9–12 klasėse padaugėjo 61,6 atvejais 1000-iai mokinių. 5–8 klasėse pokyčiai per trejus metus nebuvo dideli: 2008 m. šių sutrikimų buvo 42,8 atv./1000-iai mokinių, 2009 m. – 41,21 atv./1000-iai mokinių, 2010 m. – 47,5 atv./1000-iai

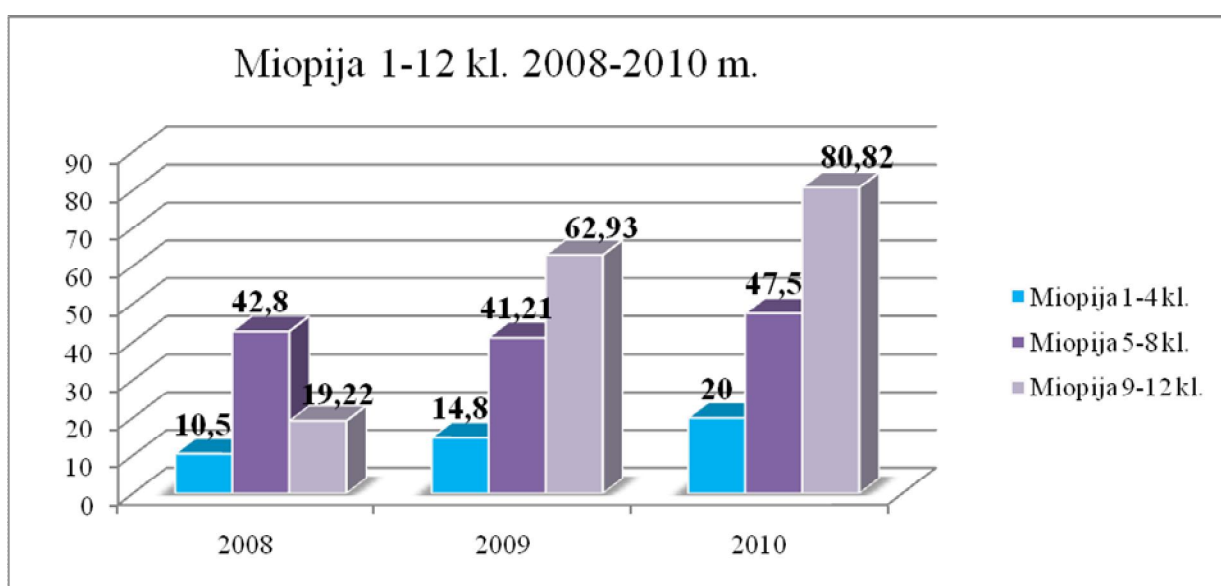
sveikatą pasitikrinsiu mokinių. Pradinėse klasėse šio susirgimo rodikliai žemiausi (2008 m. – 10,5 atv./1000-iui mok., 2009 m. – 14,8 atv./1000-iui mok., 2010 m. – 20 atv./1000-iui mok.).

Kitų regėjimo sutrikimų, t. y. žvairumo, toliaregystės ir astigmatizmo rodikliai, lyginant su bendrais regos ir miopijos sutrikimais, nėra dideli. 2008 m. šių susirgimų rodikliai buvo mažiausi, 2009 m. daugiausia jų buvo pradinėse klasėse (10,55 atv./1000-iui mok.), 2010 m. 5–8 kl. – 14,66 atvejai, 9–12 kl. – 14,88 atvejai 1000-iui pasitikrinsiu sveikatą mokinių.

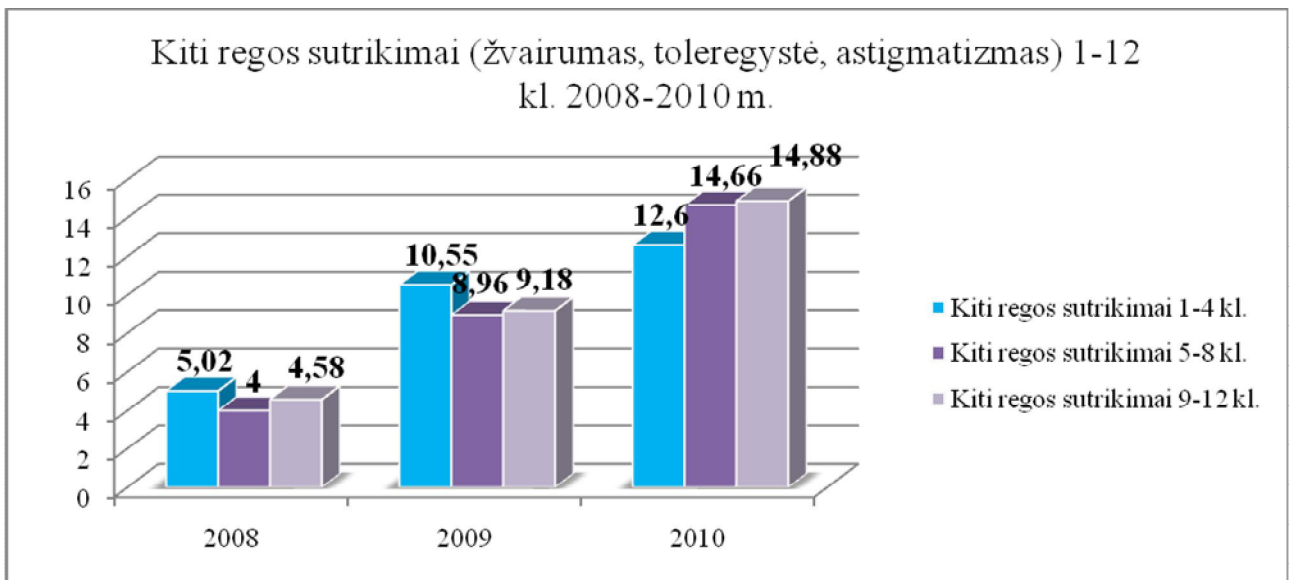
Regėjimo sutrikimų pasiskirstymo ir didėjimo tendencijos leidžia daryti prielaidą, kad moksleiviai, tėvai bei mokytojai neturi pakankamai žinių ir įgūdžių regėjimo higienos klausimais (14, 15, 16 pav.).



14 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių regos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)



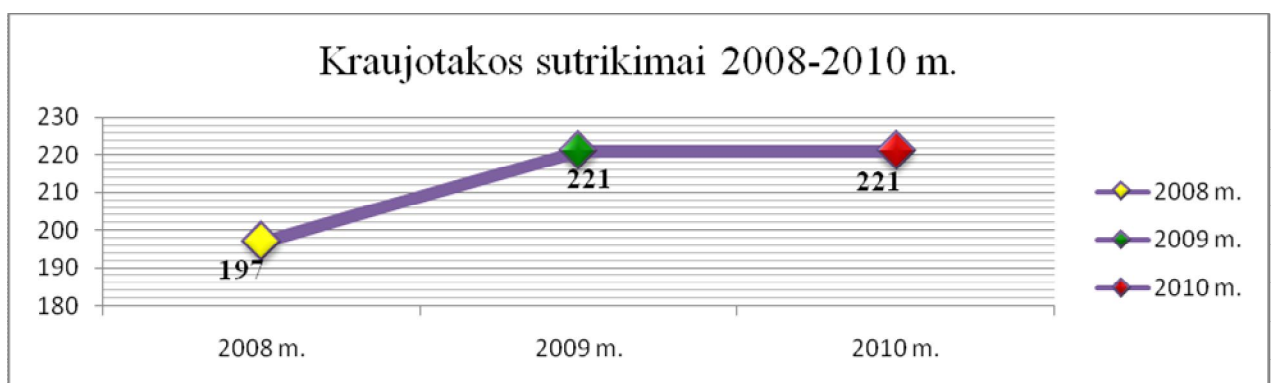
15 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių miopijos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)



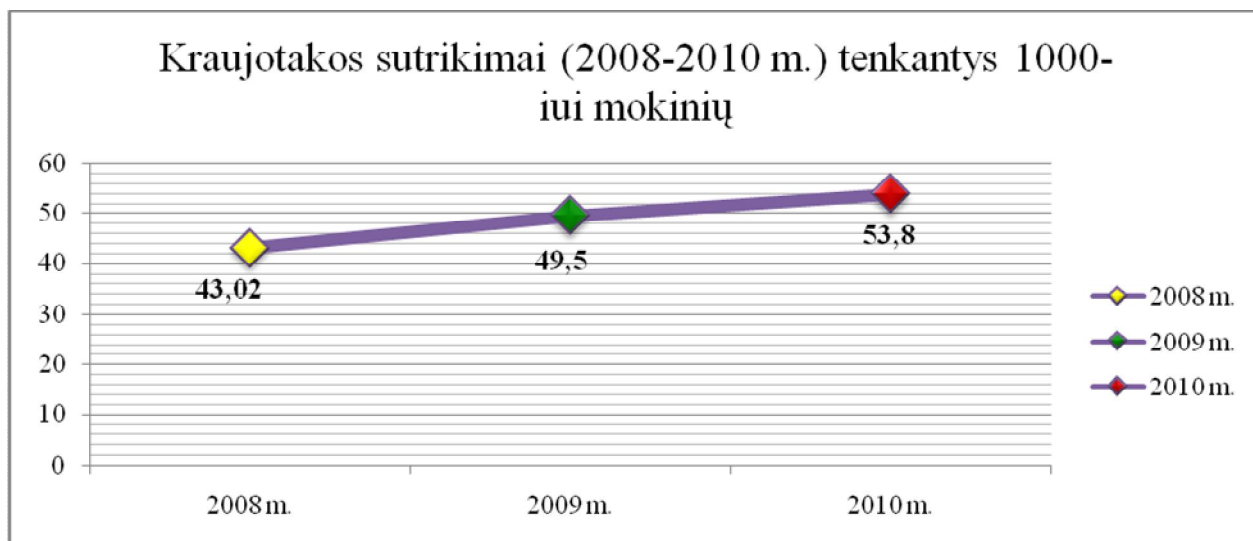
16 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių žvairumo, toleregystės, astigmatizmo sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

KRAUJOTAKOS SUTRIKIMAI

Kraujotakos sutrikimo priežastys gali būti labai įvairios – nuo pakrikusių nervų iki rimtų infekcijų. Širdies bei kraujagyslių ligomis neretai susergama dėl netinkamo gyvenimo būdo ir mitybos. Kraujotakos sistemos problemos 2008–2010 m. bendro sergamumo suvestinėje buvo vienos iš dažniausių. 2008 m. šios sistemos problemų turėjo 191 mokiniai, t. y. 4,1 proc. (43,02 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 218 mokinių, t. y. 4,88 proc. (49,5 atv./1000-iui mok.), o 2010 m. – 221 mokinsys, t. y. 5,35 proc. (53,8 atv./1000-iui mok.). Kraujotakos sistemos sutrikimų nuo 2008 iki 2009 m. padaugėjo 6,48 atvejais, o nuo 2009 iki 2010 m. – 4,3 atvejais. Vėlgi nereikėtų pamiršti, kad mokinių skaičius kiekvienais metais vis mažesnis ir kad 2010 m. į Pasvalio rajono mokyklas atėjo 659 mokiniais mažiau nei 2008 m. Taigi iš viso 2010 m. kraujotakos sistemos sutrikimų 1000-iui mokinių jau tenka 10,78 atvejų, t. y. 1,25 karto daugiau nei prieš trejus metus (17, 18 pav.).

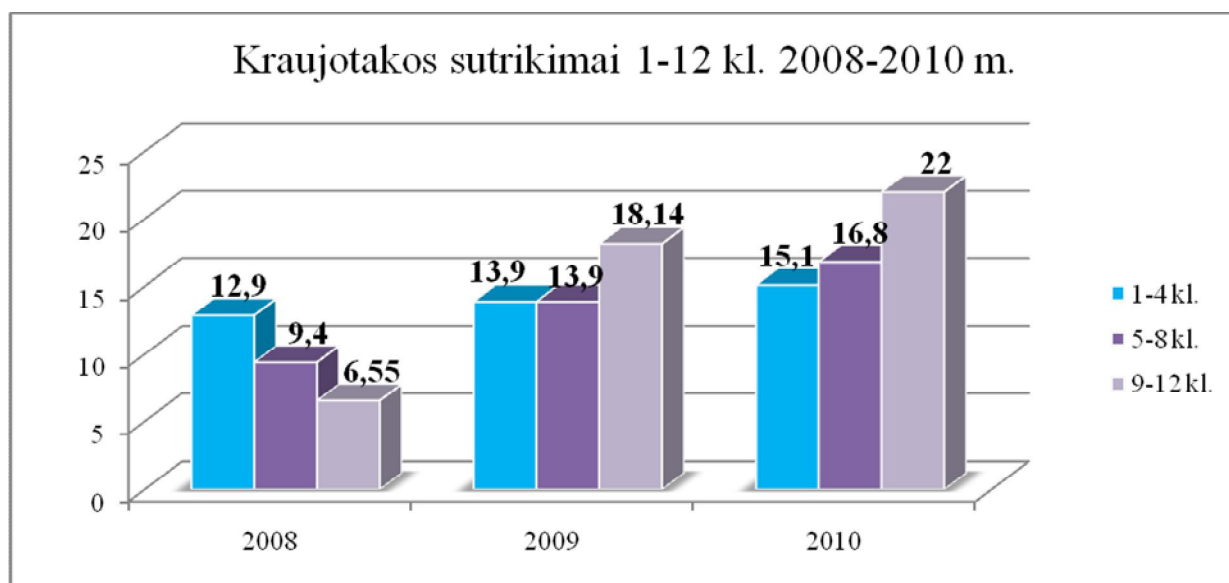


17 pav. Mokinių kraujotakos sutrikimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



18 pav. Mokinių kraujotakos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

Analizuojant kraujotakos sistemos sutrikimus pagal klases pastebėta, kad 2008 m. daugiausia šių susirgimų užfiksuota pradinėse klasėse (12,9 atv./1000-iui mok.), vyresnėse klasėse užfiksuotas laipsniškas šių susirgimų mažėjimas: 5–8 klasėse – 9,4 atv./1000-iui mok.; 9–12 klasėse – 6,55 atv./1000-iui mok. 2009 ir 2010 m. atvirkščiai: 9–12 klasėse pastebimas didžiausias šių ligų paplitimas: 18,4 ir 22 atvejai 1000-iui sveikatą patikrinusių mokinių. 2009 m. pradinė ir jaunesnių klasių mokinių sergamumas mažesnis 4,24 atvejais. 2010 m. jaunesnių klasių mokinių sergamumas šios sistemos ligomis siekia 16,8 atvejus, o pradinėse klasėse – 15,1 atvejus 1000-iui sveikatą patikrinusių mokinių (19 pav.).

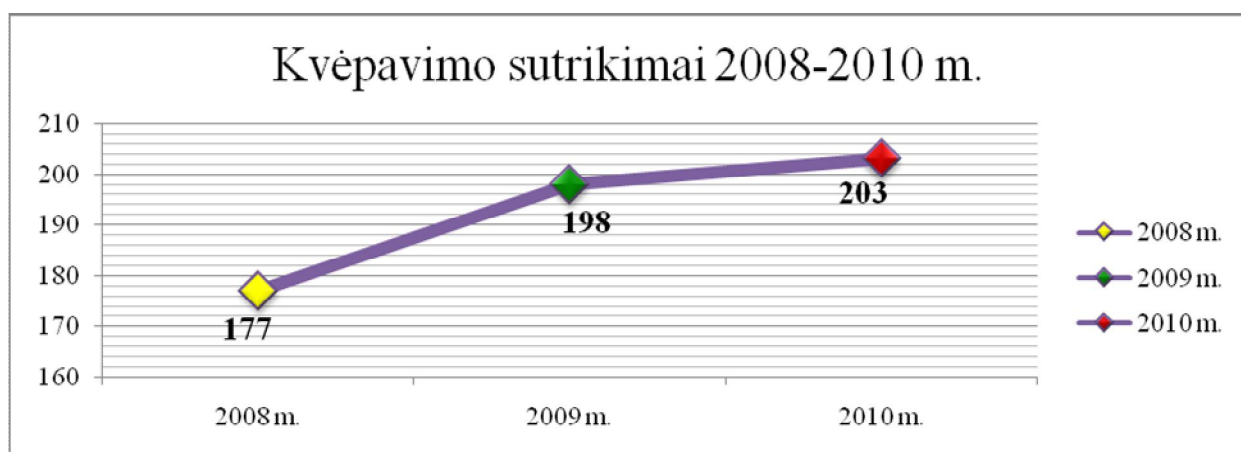


19 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių kraujotakos sistemos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

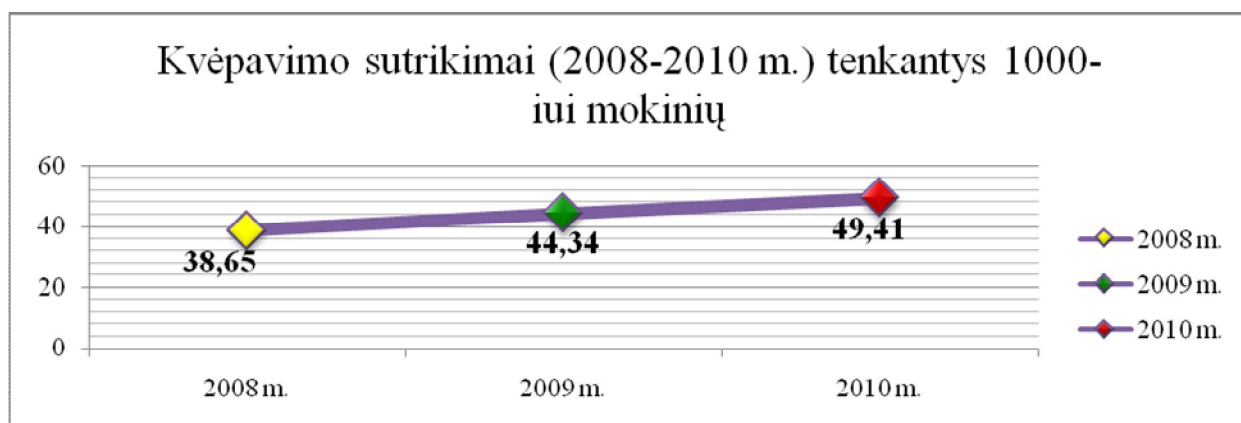
KVĖPAVIMO SUTRIKIMAI

Gyvybei palaikyti yra būtinas deguonis. Deguonies reikia maisto medžiagoms skaidyti ir energijai išskirti. Labai gaila, kad kvėpavimo sutrikimas yra vienas iš negalavimų, dėl kurio dažniausiai Pasvalio rajone kreipiamasi į gydytoją. Kvėpavimo sistemos sutrikimo priežastys – tai labai įvairūs procesai, dažniausiai vykstantys viršutiniuose ir apatiniuose kvėpavimo takuose.

Kvėpavimo sistemos problemų skaičius kasmet auga: 2008 m. sergamumas dėl kvėpavimo sutrikimų buvo vienas iš penkių didžiausių – sirgo 177 mokiniai, t. y. 3,9 proc. (38,65 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 198 mokiniai, t. y. 4,43 proc. (44,34 atv./1000-iui mok.), o 2010 m. – 203 mokiniai, t. y. 4,94 proc. (49,41 atv./1000-iui mok.). Per trejus metus kvėpavimo sistemos sutrikimų skaičius išaugo nuo 38,65 iki 49,41 atvejų, t. y. 2010 m. šios sistemos sutrikimų padaugėjo 10,76 atvejų 1000-iui mokinių (20, 21 pav.).



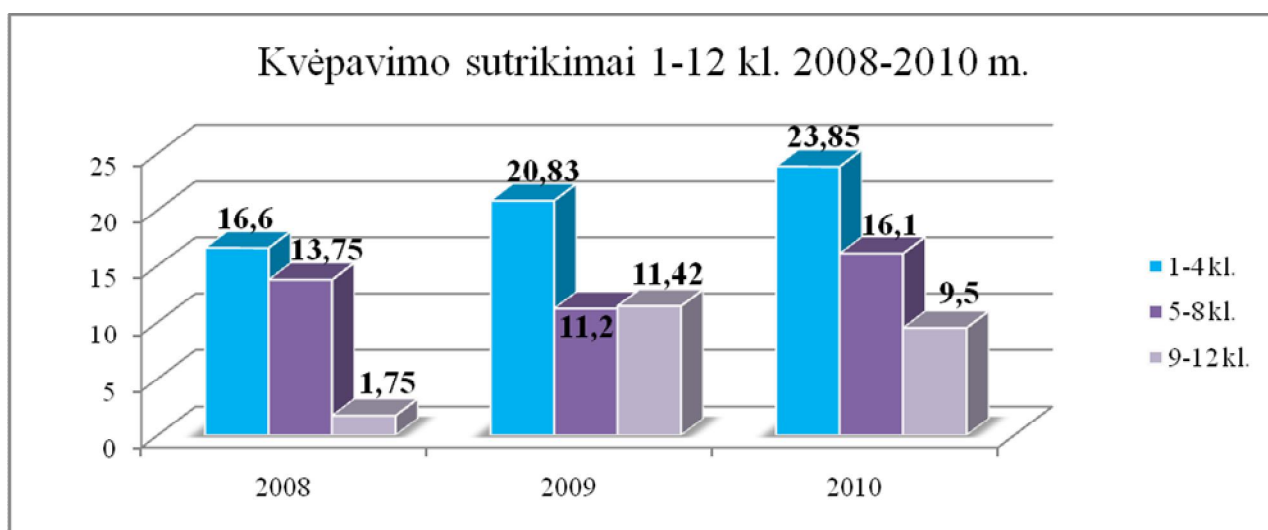
20 pav. Mokinių kvėpavimo sutrikimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



21 pav. Mokinių kvėpavimo sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

Analizuojant kvėpavimo sistemos sutrikimus pagal klases, ryškiausiai išsiskiria visų trejų metų pradinė klasių mokinių rodikliai: 2008 m. 1000-iui mokinių tenka 16,6 šios ligos atvejų, 2009 m. –

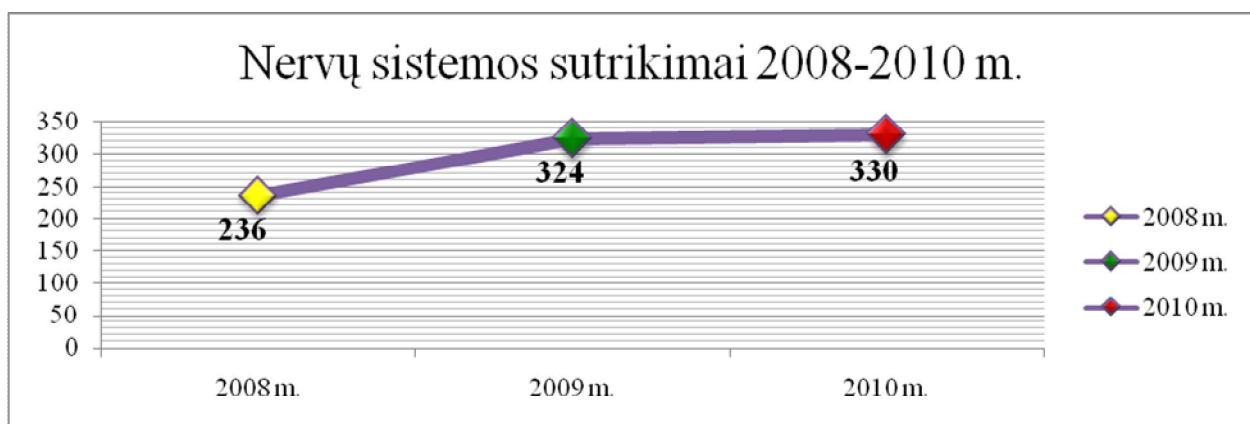
jau 20,83 atv./1000-iui mokinių, o 2010 m. – 23,85 atv./1000-iui sveikata pasitikrinsiu mokinių. Taigi per trejus metus pradinių klasių mokiniams kvėpavimo sistemos sutrikimai padažnėjo 7,25 atvejais. 2008–2010 m. 5–8 klasėse kvėpavimo sistemos ligų kreivė juda mažėjančia linkme: 2008 m. šių sutrikimų sumažėjo iki 13,75 atvejų 1000-iui mokinių, 2009 m. – iki 11,2 atvejų 1000-iui mokinių, o didžiausias šios ligos atvejų sumažėjimas pastebimas 2010 m. – iki 9,5 atvejų 1000-iui sveikata pasitikrinsiu mokinių. 2009 m. 9–12 klasėse šių susirgimų rodikliai beveik nekinta (11,42 atv./1000-iui mok.). 2008 m. 9–12 klasėse pastebimas akivaizdus kvėpavimo ligų sumažėjimas – net iki 1,75 atvejų (šių ligų sumažėjo 12 atv./1000-iui mok.). 2010 m. šių ligų sumažėjo 6,6 atvejais (iki 9,5 atv./1000-iui mok.) (22 pav.).



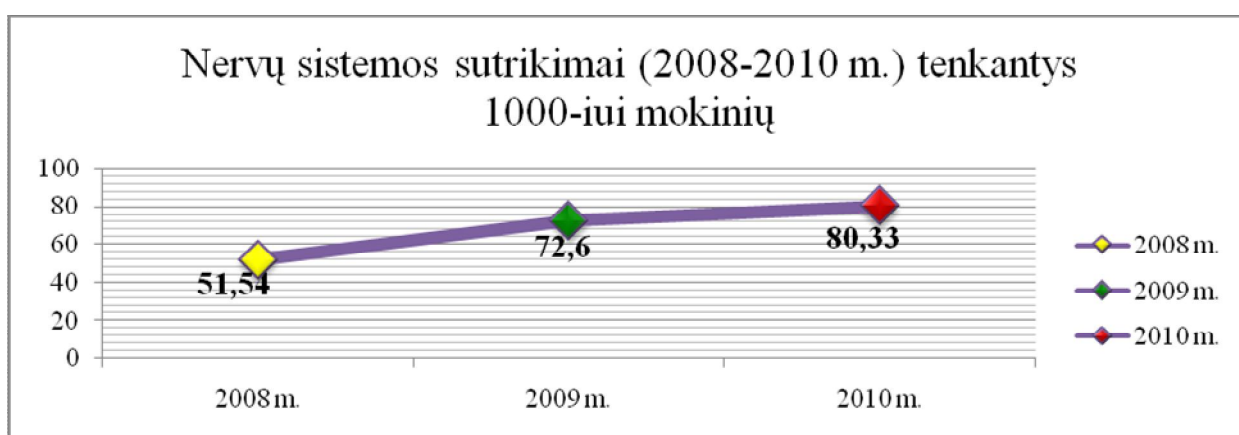
22 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių kvėpavimo sistemos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

NERVŲ SISTEMOS SUTRIKIMAI

Nervų sistemos sutrikimai paprastai pasireiškia su psichikos veikla susijusiais simptomais: įtampa, nerimu, irzlumu, baimingumu, padidėjusiu dirglumu, jautrumu, nuovargio jausmu, darbingumo sumažėjimu, pablogėjusia nuotaika, miego, apetito sutrikimais. Visuomenės sveikatos požiūriu, žmogaus sveikata glaudžiai siejasi su psichologine būseną, o vidinė žmogaus darna laikoma viena pagrindinių geros sveikatos laiduotoja. Deja, lyginant 2008 ir 2010 m. mokinių psichosomatinių negalavimų paplitimą matyti, kad jų padaugėjo 28,79 atvejų 1000-iui mokinių, t. y. 1,6 karto (nors 2010 m. Pasvalio rajono mokyklose 659 mokiniais yra mažiau nei prieš trejus metus). 2008 m. nervų sistemos problemų turėjo 236 mokiniai, t. y. 5,15 proc. (51,54 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 324 mokiniai, t. y. 7,25 proc. (72,6 atv./1000-iui mok.), 2010 m. – 330 mokinių, t. y. sergamumas šiomis ligomis pasiekė 8,03 proc. (80,33 atv./1000-iui mok.) (23, 24 pav.).

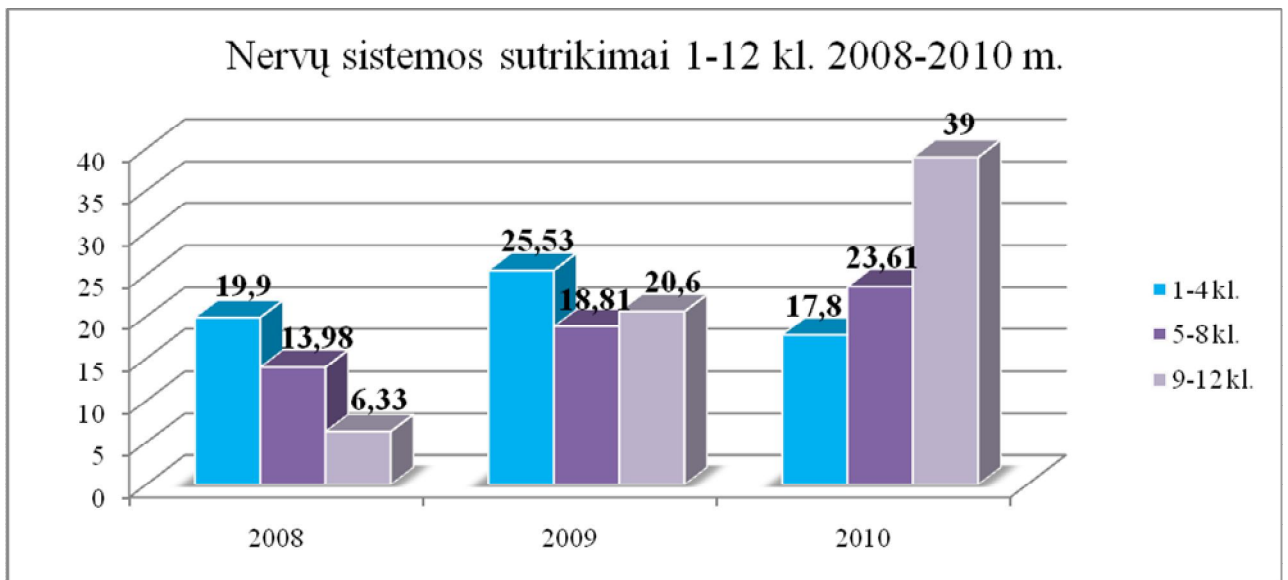


23 pav. Mokinių nervų sistemos sutrikimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



24 pav. Mokinių nervų sistemos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

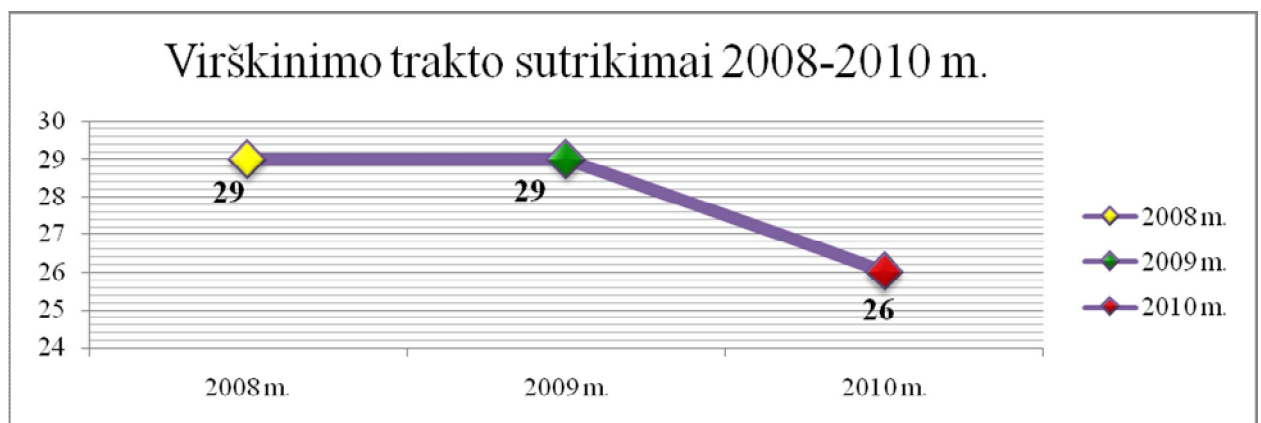
Analizuojant nervų sistemos sutrikimus pagal klases, labiausiai išryškėja 2010 m. 9–12 klasių mokinių rodikliai (39 atv./1000-iui mok.). Per trejus metus vyresnėse klasėse šių susirgimų padaugėjo 32,67 atvejų. Galima teigti, kad didžiulį nervų sistemos ligų pasireiškimą sukelia kiekvienais metais vis didėjantys reikalavimai mokiniui kaip asmenybei, didelis mokymosi ir įvairios integruotos bei popamokinės veiklos krūvis. 2010 m. pradinė ir jaunesnių klasių mokinių susirgimų kaita: 1–4 kl. – 17,8 atvejų, 5–8 kl. – 23,61 atvejų 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių. 2008 m. užfiksuoti mažiausi nervų sistemos sutrikimų rodikliai: 1–4 kl. – 19,9 atvejų, 5–8 kl. – 13,98 atvejų, 9–12 kl. – 6,33 atvejų 1000-iui sveikatą psitikrinusių mokinių. 2009 m. nervų sistemos sutrikimų kaita: pradinėse klasėse – 25,53 atvejų, jaunesnėse klasėse – 18,81 atvejų, vyresnėse klasėse – 20,6 atvejų 1000-iui psitikrinusių sveikatą mokinių (25 pav.).



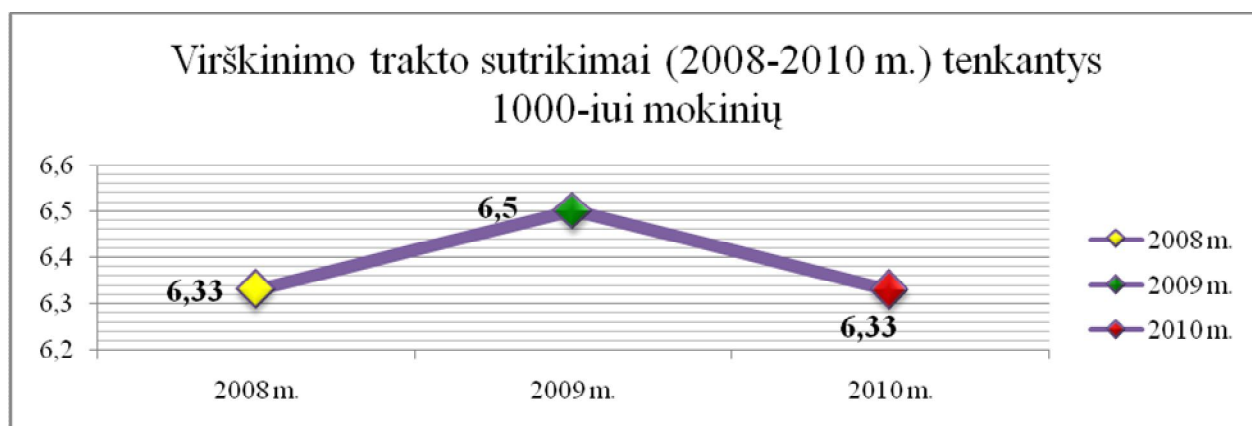
25 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių nervų sistemos sutrikimų skirstinys (atveju skaičius)

VIRŠKINAMOJO TRAKTO SUTRIKIMAI

Virškinamojo trakto sutrikimo priežastys gali būti labai įvairios (pvz.: netinkama mityba, stresas ir nerimas, sumažėjęs arba per didelis fizinis aktyvumas, vaistų sukeltas šalutinis poveikis, įvairios ligos bei jų komplikacijos ir pan.). Blogas virškinimas – daugelio įvairių organizmo negalavimų priežastis (pvz.: maisto netoleravimas (pykinimas ar šleikštulys pavalgius), vidurių užkietėjimas, viduriavimas, nutukimas, blogas burnos kvapas, energijos stoka, alerginės reakcijos, kraujotakos sutrikimas, imuninės sistemos nusilpimas, uždegiminių ligų padažnėjimas ir pan.). Galima pasidžiaugti, kad virškinimo sistemos sutrikimų skaičiai Pasvalio rajono mokyklose nedideli. 2008 m. šiais sutrikimais skundėsi 29 mokiniai, t. y. 0,63 proc. (6,33 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 29 mokiniai, t. y. 0,65 proc. (6,5 atv./1000-iui mok.), o 2010 m. šis rodiklis sumažėjo iki 26, t. y. 0,63 proc. (6,33 atv./1000-iui mok.) (26, 27 pav.).

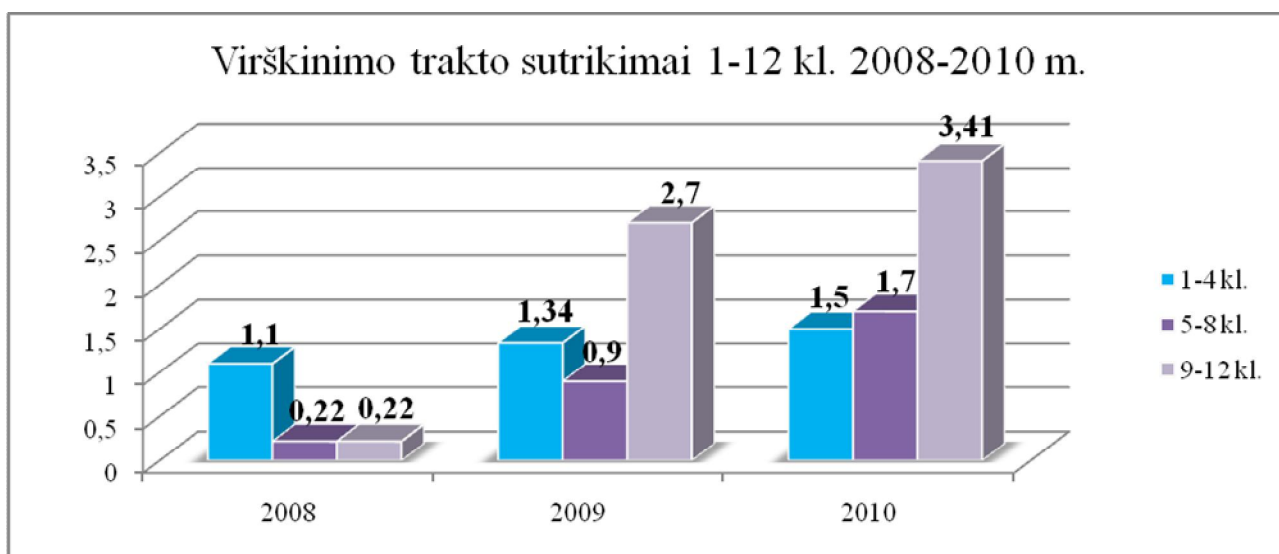


26 pav. Mokinių virškinamojo trakto sutrikimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



27 pav. Mokinių virškinamojo trakto sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

Virškinamojo trakto ligų paplitimo rodikliai yra vieni iš mažesnių. 2008 m. šių problemų turėjo labai nedaug vaikų: pradinėse klasėse – 1,1 atvejo, 5–12 klasėse – 0,22 atvejo 1000-iui mokinių. Šiek tiek išsiskiria 2009 ir 2010 m. virškinamojo trakto ligų paplitimas 9–12 klasėse: 2,7 ir 3,41 atvejai 1000-iui sveikatą pasitikrusių mokinių (28 pav.).

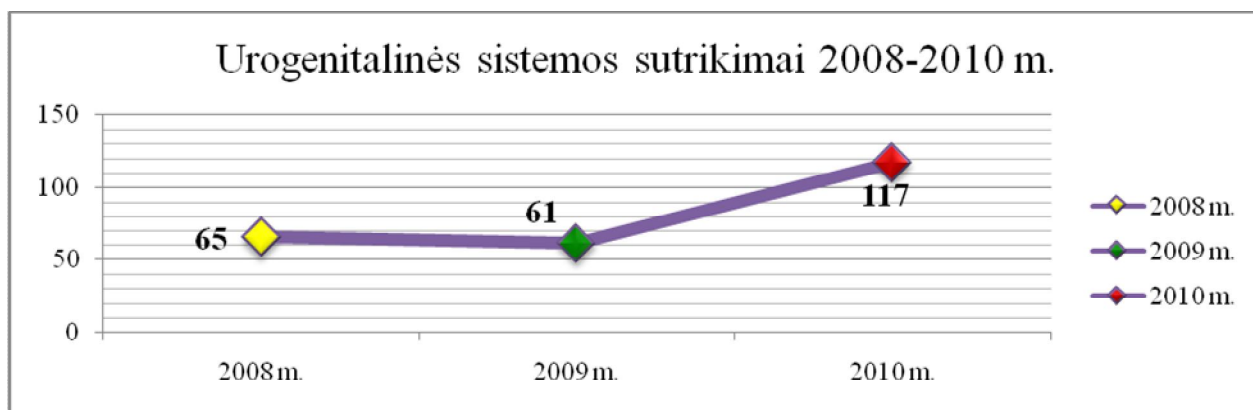


28 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių virškinamojo trakto sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

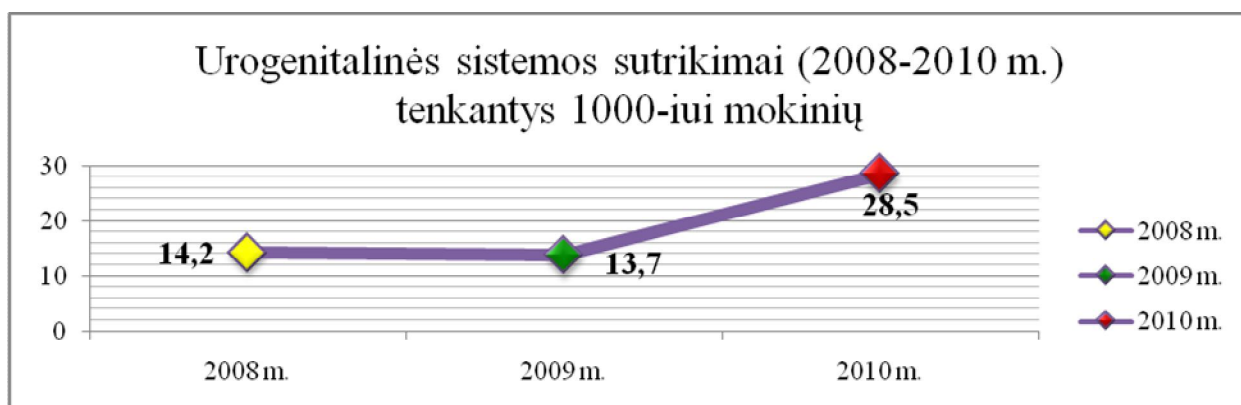
UROGENITALINĖS SISTEMOS SUTRIKIMAI

Urogenitalinė sistema skirstoma į dvi dalis: urologinę (priklauso inkstai, šlapimtakiai, šlapimo pūslė ir šlaplė) ir genitalinę sistemą (priklauso išoriniai ir vidiniai lytiniai organai). Pagal tai yra suskirstytos ir urogenitalinės sistemos ligos. Mokinių, sergančių šiomis ligomis, Pasvalio rajone

daugėja. Ypač šios sistemos problemiškas išryškėja 2010 m. 2008 m. urogenitalinės sistemos problemų turėjo 65 mokiniai, t. y. 1,41 proc. (14,2 atv./1000-iui mok.), 2009 metais – 61 mokinys, t. y. 1,36 proc. (13,7 atv./1000-iui mok.), o 2010 m. – net 117 sveikata patikrinusių mokinių, t. y. 2,85 proc. (28,5 atv./1000-iui mok.). Vadinasi, sergamumas urogenitalinės sistemos ligomis nuo 2009 iki 2010 m. padidėjo 14,8 atvejais 1000-iui sveikata patikrinusių mokinių (29, 30 pav.).

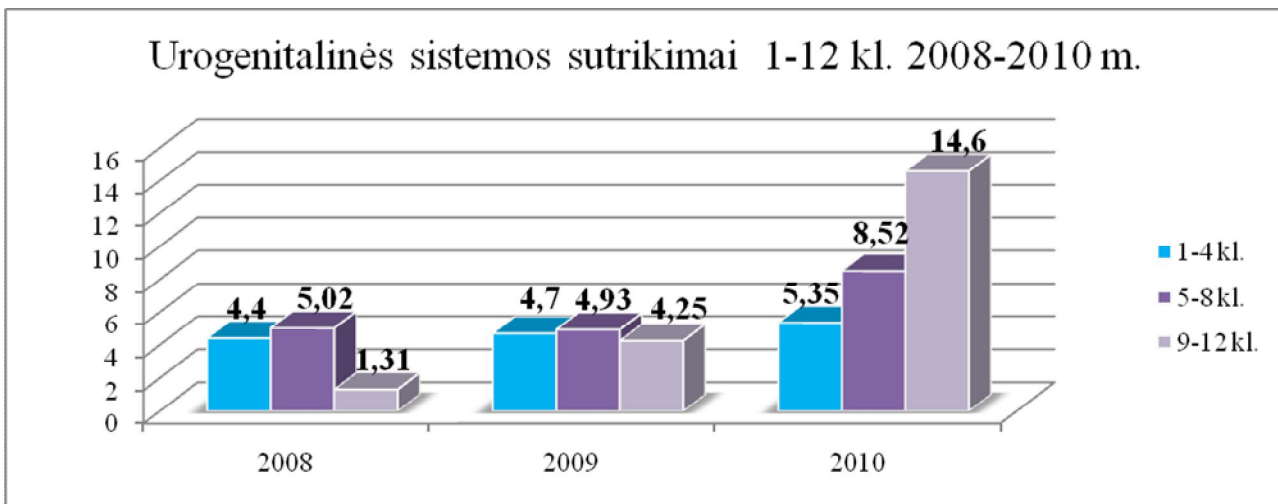


29 pav. Mokinių urogenitalinės sistemos sutrikimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



30 pav. Mokinių urogenitalinės sistemos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

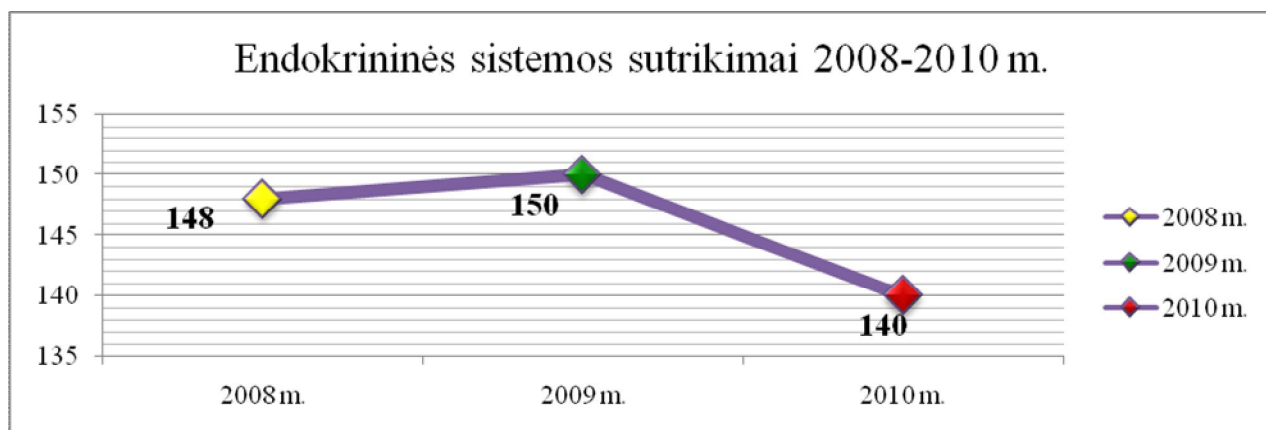
Analizuojant 2008–2010 m. urogenitalinės sistemos sutrikimų pasiskirstymą pagal klases pastebėta, kad 2010 m. 9–12 klasėse mokinių, turinčių šios sistemos susirgimų padaugėjo 13,29 atvejais (nuo 1,31 atv./1000-iui mok. 2008 m. ir 4,25 atv./1000-iui mok. 2009 m. iki 14,6 atv./1000-iui mok. 2010 m.). 5–8 klasėse 2008 ir 2009 m. šių ligų paplitimas nėra didelis – 5,02 ir 4,93 atv./1000-iui sveikata patikrinusių mokinių, o 2010 m. šių ligų rodikliai pakyla iki 8,52 atv./1000-iui mokinių. 2008–2010 m. pradinė klasių mokinių susirgimų skaičius pasiskirstė beveik tolygiai: 2008 m. – 4,4 atvejais, 2009 m. – 4,7 atvejais, 2010 m. – 5,35 atvejais 1000-iui mokinių (31 pav.).



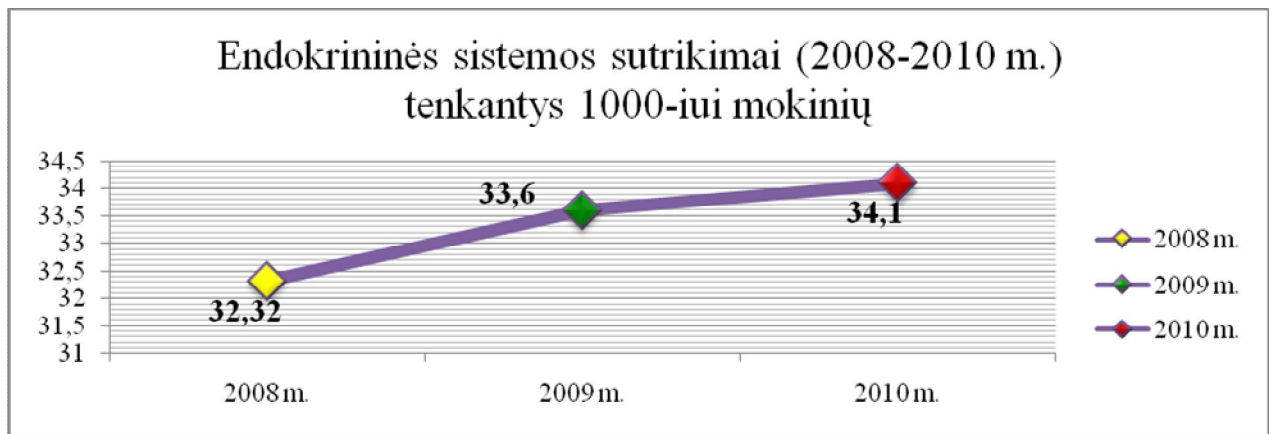
31 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių urogenitalinės sistemos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

ENDOKRININĖS SISTEMOS SUTRIKIMAI

Endokrininės ligos – dažna blogos savijautos priežastis. Įvairūs endokrininiai sutrikimai daro didžiulę neigiamą įtaką psichikai, širdies ir apskritai viso organizmo veiklai. Endokrininių ligų spektras labai platus, dažniausiai pasitaiko diabetas, osteoporozė, nutukimas, metabolinis sindromas, skydliaukės ligos ir pan. Pasvalio rajono mokinių endokrininės sistemos sutrikimų rodikliai nuo 2008 iki 2009 metų mažai kito: 2008 m. šios sistemos problemų turėjo 148 mokiniai, t. y. 3,23 proc. (32,32 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 150 mokinių, t. y. 3,35 proc. (33,6 atv./1000-iui mok.). 2010 m. šių sutrikimų turėjo 140 mokinių, t. y. 3,41 proc. (34,1 atv./1000-iui mok.). Taigi sergamumas endokrininės sistemos ligomis per trejus metus padidėjo 1,78 atvejų 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių (32, 33 pav.).

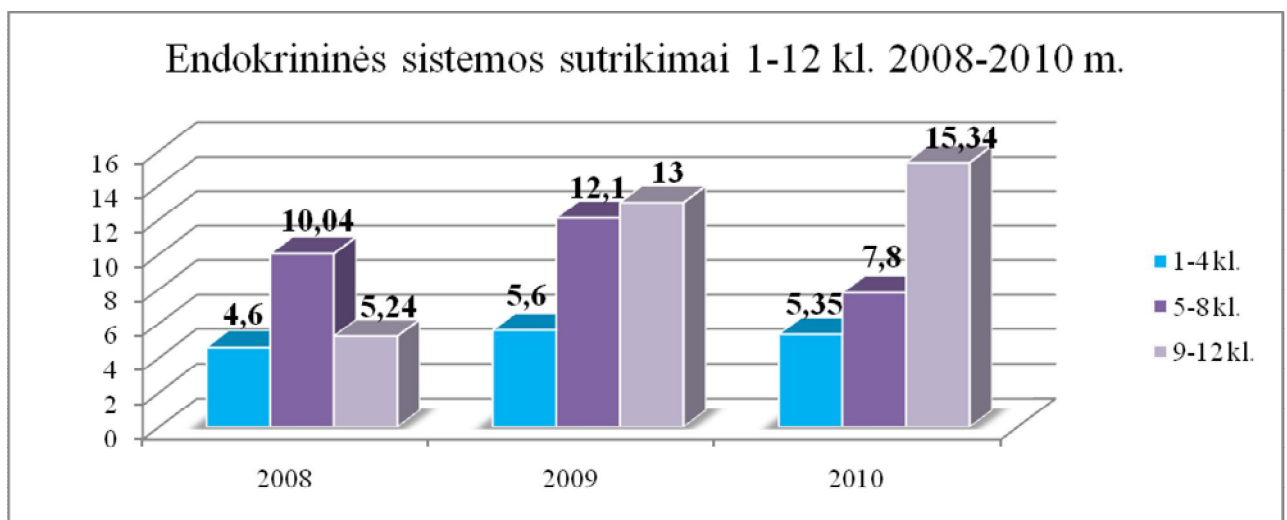


32 pav. Mokinių endokrininės sistemos sutrikimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



33 pav. Mokinių endokrininės sistemos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

Analizuojant endokrininės sistemos sutrikimus pagal klases, vėlgi labiausiai išsiskiria 2010 m. 9–12 klasės. 1000-iui mokinių šių susirgimų tenka daugiausiai – net 15,34 atvejų. Taigi per trejus metus 9–12 klasėse endokrininių ligų padaugėjo 10,1 atvejais 1000-iui mokinių (2008 m. tenka 5,24, 2009 m. – 13 atvejų). Lyginant visų trejų metų duomenis, 2009 m. šios sistemos ligų 5–8 klasėse užregistruota daugiausiai – 12,1 atvejų (2008 m. – 10,04, 2010 m. – 7,8 atv./1000-iui mok.). 2008–2010 m. pradinėse klasių mokinių susirgimų rodiklių kreivė išsidėščiusi beveik tolygiai: 4,6, 5,6 ir 5,35 atvejais 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių (34 pav.).

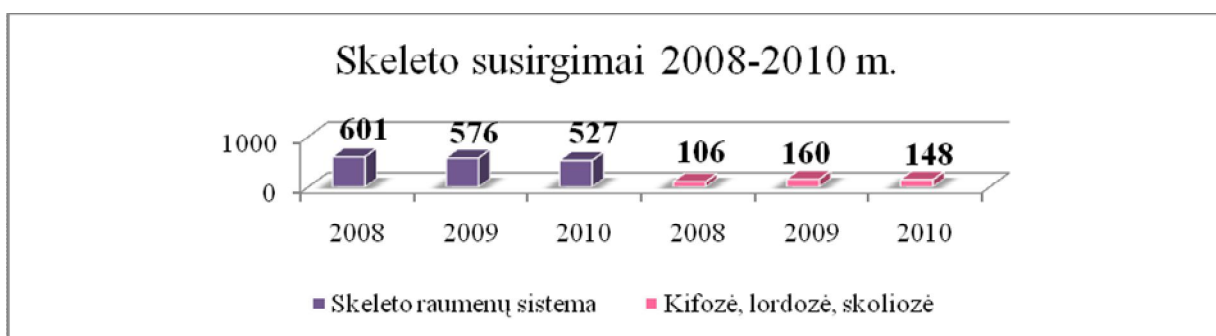


34 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių endokrininės sistemos sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

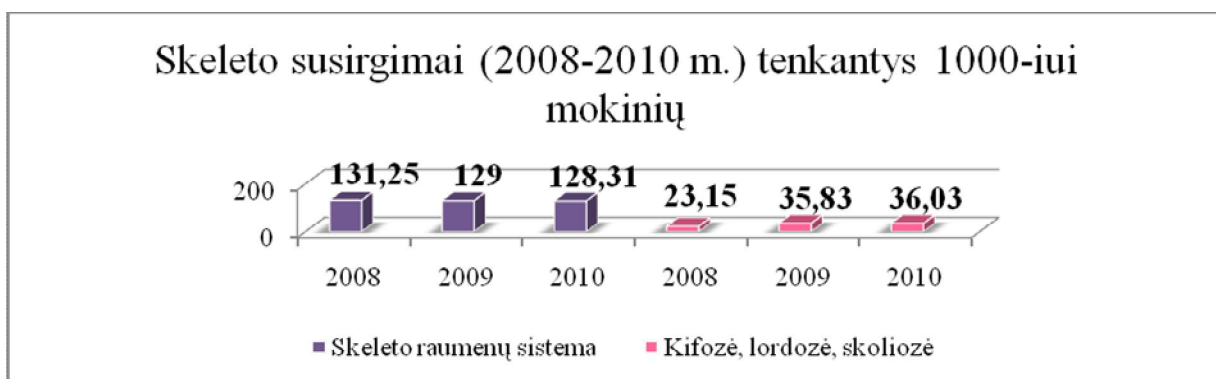
GRIAUČIŲ IR RAUMENŲ SISTEMOS SUTRIKIMAI

Netaisyklinga kūno laikysena – vienas neigiamų veiksnių, lemiančių augančio vaiko esamą ir būsimą sveikatą. Laikysena, turinti vienokių ar kitokių sutrikimų, vadinama ydinga, netaisyklinga

arba asimetrine. Ir tai – ne vien išorinis defektas. 2008 ir 2009 m. griaučių ir raumenų sistemos sutrikimai bendro sergamumo suvestinėje pagal susirgimų skaičių buvo antroje vietoje, 2010 m. – trečioje. Labai gerai, kad šie sutrikimai yra laikini, po tam tikro laiko ar vaikui paaugus netaisyklinga laikysena gali dingti savaime. 2008 m. šių problemų turėjo 601 mokinys, t. y. 13,13 proc. (131,25 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 576 mokiniai, t. y. 12,90 proc. (129 atv./1000-iui mok.), 2010 m. sergamumas truputį sumažėjo iki 527, t. y. 12,82 proc. (128,31 atv./1000-iui mok.). Tačiau tokios rimtos stuburo iškrypimo ligos kaip skoliozė, kifožė, lordozė gali sukelti negrįžtamus vidinių žmogaus organų sutrikimus. Skoliozė, kifožė ir lordozė 2008 m. nustatyta 106 Pasavalio rajono mokiniams, t. y. 2,31 proc. (23,15 atv./1000-iui mok.), 2009 m. šių problemų turėjo 160 mokinių, t. y. 3,6 proc. (35,83 atv./1000-iui mok.), 2010 m. – 148 mokiniai, t. y. 3,6 proc. (36,03 atv./1000-iui mok.) (35, 36 pav.).



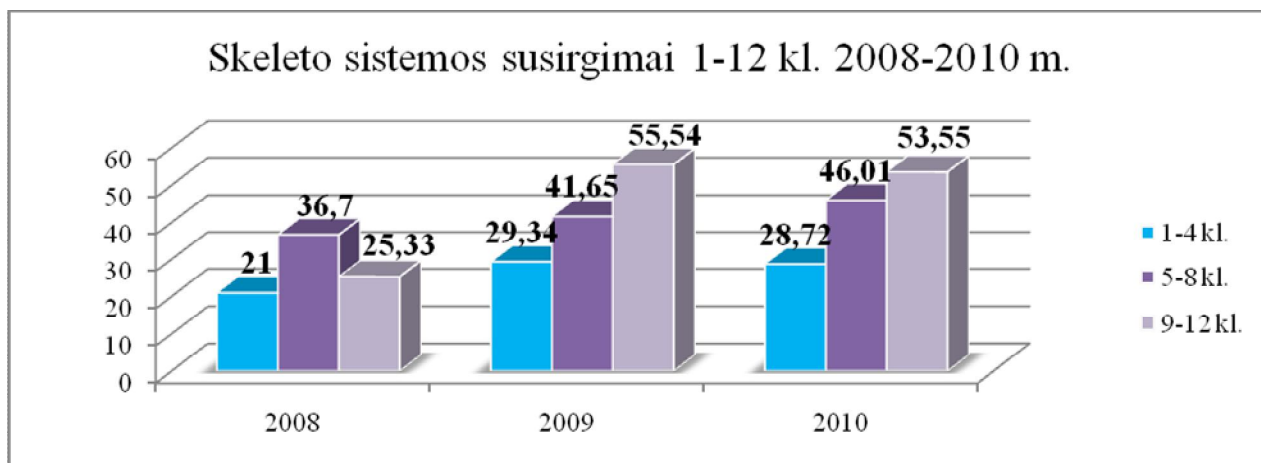
35 pav. Mokinių griaučių ir raumenų sistemos susirgimų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



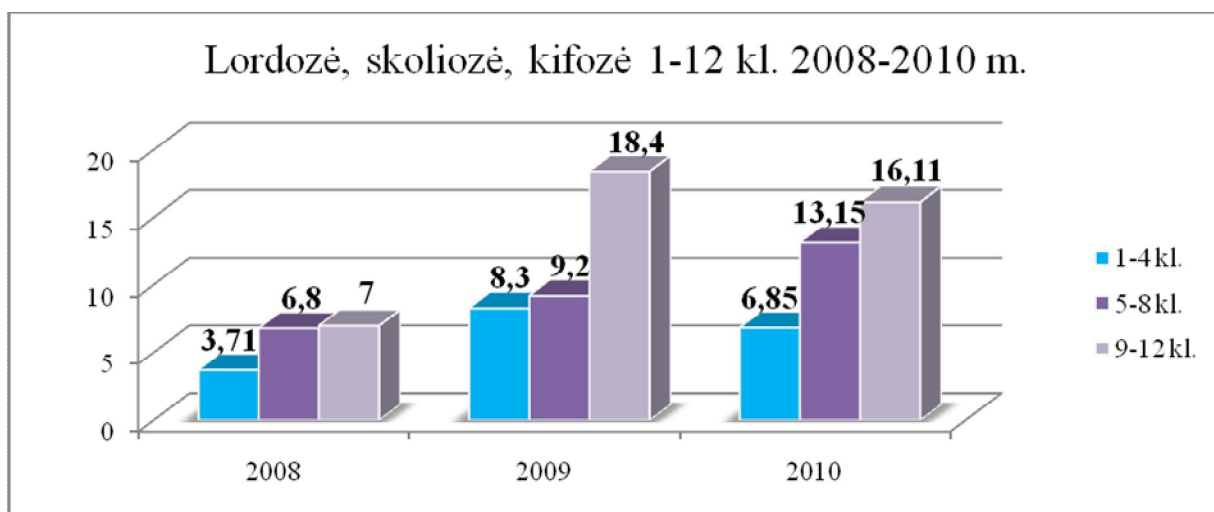
36 pav. Mokinių griaučių ir raumenų sistemos susirgimų skirstinys (atvejų skaičius)

Griaučių ir raumenų sistemos susirgimų paplitimas didžiausias 2009–2010 m. 9–12 klasėse: 1000-iui mokinių čia tenka 55,54 ir 53,55 šių susirgimų atvejai. 5–8 klasėse užregistruotas tik šiek tiek mažesnis sergamumas – 1000-iui mokinių tenka 41,65 ir 46,01 ligų atvejų. 1–4 klasėse 2009 m. šių susirgimų buvo 29,34 atv./1000-iui mok., 2010 m. – 28,72 atv./1000-iui mok. Mažiausias sergamumas griaučių ir raumenų ligomis užregistruotas 2008 m: pradinėse klasėse – 21 atv./1000-iui mok., jaunesnėse klasėse – 36,7 atv./1000-iui mok., vyresnėse klasėse – 25,33 atv./1000-iui mokinių (37 pav.).

Mažiausias sergamumas lordoze, skolioze ir kifoze užregistruotas taip pat 2008 m.: pradinėse klasėse – 3,71; 5–8 klasėse – 6,8; 9–12 klasėse – 7 atvejai 1000-iui sveikatą patikrinusių mokinių. Kitais, 2009 m., jau fiksuojami dažnesni šių ligų atvejai: pradinėse klasėse – 8,3; 5–6 klasėse – 9,2 atv./1000-iui mokinių. 2009 m. 9–12 klasių mokinių sergamumas šiomis ligomis yra didžiausias – 18,4 atv./1000-iui sveikatą patikrinusių mokinių. 2010 m. sergamumo kaita: pradinėse klasėse – 6,86 atv./1000-iui mok., 5–8 klasėse – 13,15 atv./1000-iui mok., 9–12 klasėse – 16,11 atv./1000-iui patikrinusių sveikatą mokinių (38 pav.).



37 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių griaučių ir raumenų sistemos susirgimų skirstinys (atvejų skaičius)

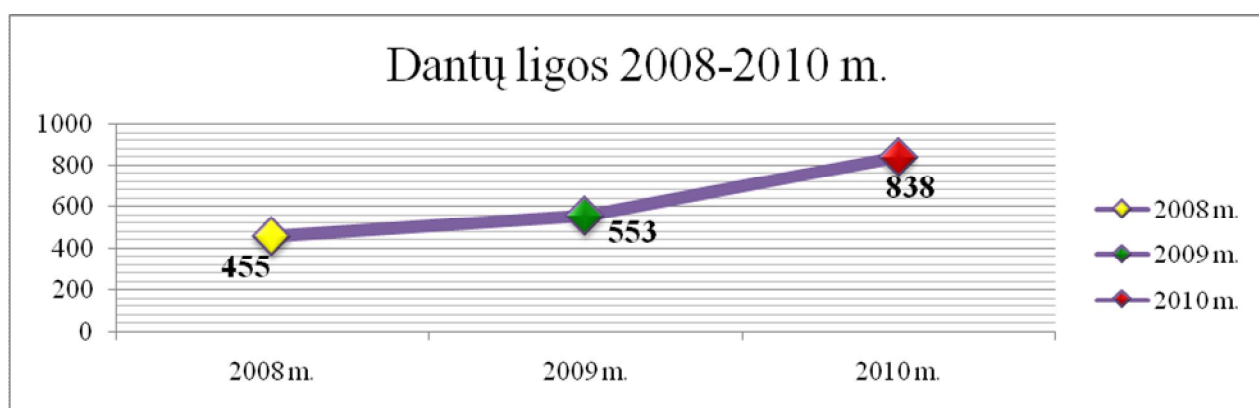


38 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių lordozės, skoliozės, kifozės susirgimų skirstinys (atvejų skaičius)

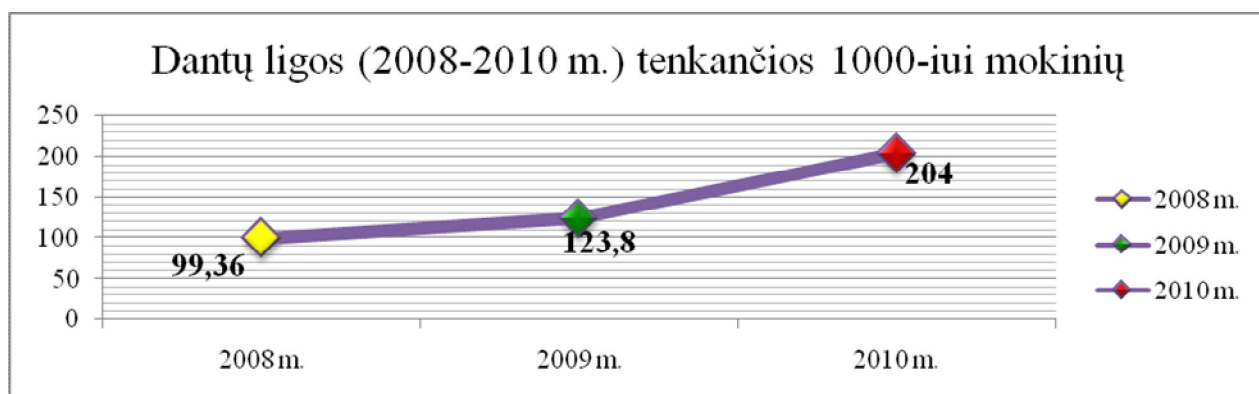
DANTŲ LIGOS

Sveiki dantys yra vienas iš svarbių vaikų sveikatos veiksnių. Tačiau Lietuvoje vaikų dantų

ėduonis yra viena iš labai paplitusių vaikų ligų. Ieškoti ankstyvų danties ėduonies ir jo komplikacijų diagnostikos, gydymo ir profilaktikos metodų – labai aktualus vaikų odontologinės priežiūros uždavinys. Galima teigti, kad dantų ėduonis gali būti sustabdyta tik profilaktikos priemonėmis. Pasvalio rajone mokinių, turinčių šią problemą, skaičius nuo 2008 iki 2010 m. išaugo dvigubai. 2008 m. dantų problemų turėjo 455 Pasvalio rajono mokyklų mokiniai, t. y. 9,94 proc. (99,36 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 553 mokiniai, t. y. 12,4 proc. (123,8 atv./1000-iui mok.), 2010 m. – 838 mokiniai, t. y. 20,4 proc. (204 atv./1000-iui mok.). Vadinasi, per trejus metus dantų problemų padaugėjo 104,64 atvejų 1000-iui pasitikrinusių sveikatą mokinių (39, 40 pav.).



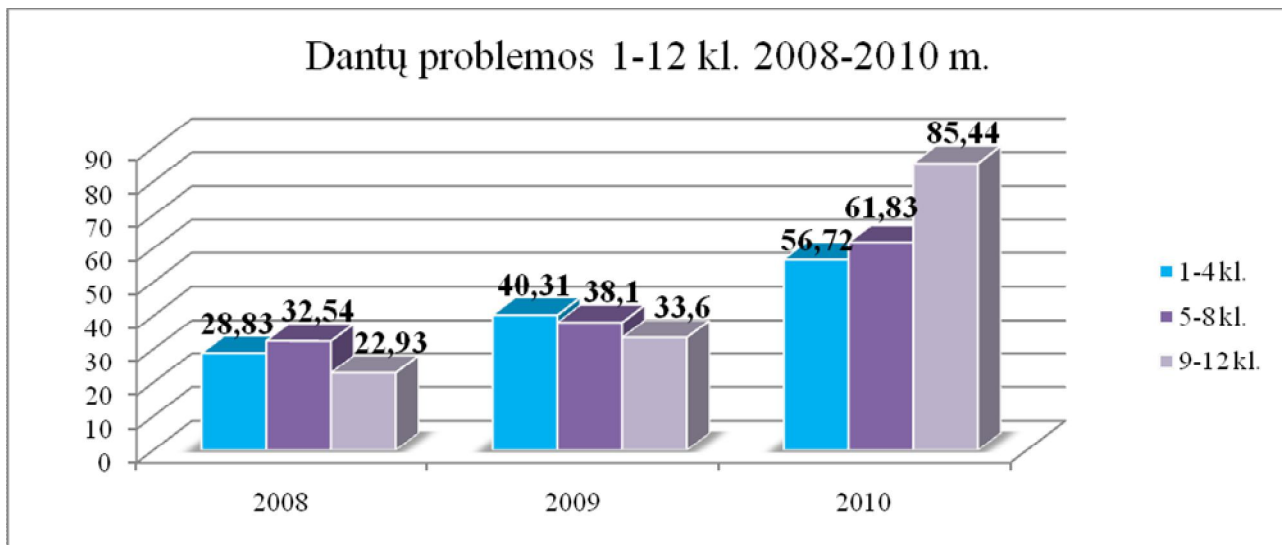
39 pav. Mokinių dantų ligų skirstinys (absoliutūs skaičiai)



40 pav. Mokinių dantų ligų skirstinys (atvejų skaičius)

Analizuojant dantų ligas pagal klases pastebėta, kad kiekvienais metais pradinė klasių mokiniai šių problemų turi vis daugiau: 2008 m. 1000-iui mokinių tenka 28,83, 2009 m. – 40,31, o 2010 m. – jau 56,72 atvejų. 5–8 klasėse šių problemų kiekvienais metais taip pat vis daugiau: 2008 m. 1000-iui mokinių tenka 32,54, 2009 m. – 38,1, 2010 m. – 61,83 ligų atvejų. Deja, ne išimtis ir vyresnių klasių mokiniai – jų dantų problemos taip pat turi tendenciją didėti. Per trejus metus 9–12 klasėse dantų ligų padaugėjo 62,51 atvejų. 2008 m. jų buvo 22,93 atv./1000-iui mok., 2009 m. – 33,6 atv./1000-iui mok., 2010 m. – 85,44 atv./1000-iui mokinių. Galima teigti, kad dantų problemų

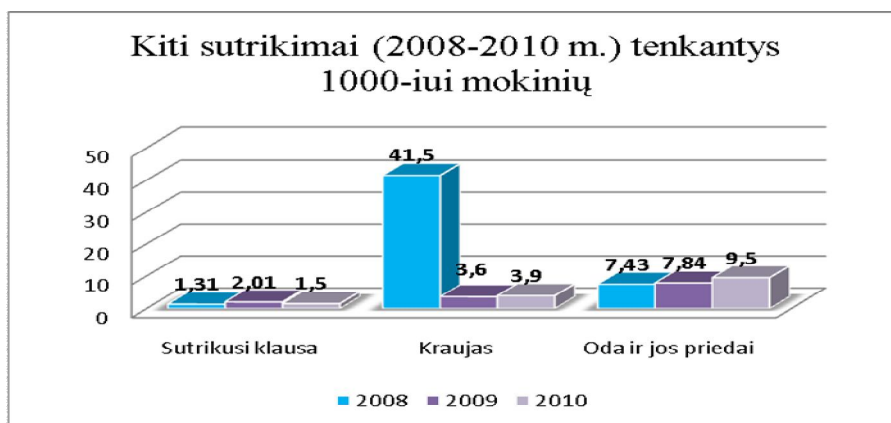
kiekvienais metais vis daugėja dėl netinkamų mokinių mitybos įpročių, dėl labai retų apsilankymų pas odontologą ir dėl prastų burnos higienos įgūdžių (41 pav.).



41 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių mokinių dantų ligų skirstinys (atvejų skaičius)

KITI SUTRIKIMAI

Kiti mokinių sveikatos sutrikimai apima klausos, kalbos, kraujo, odos ir jos priedų sutrikimus. Labiausiai išryškėja kalbos sutrikimų problemos: 2009 m. jų buvo 17,02 atvejų, o 2010 m. – 15,33 atvejų 1000-iai sveikatą patikrinusių mokinių. Po jų seka odos ir jos priedų sutrikimai: nuo 2008 iki 2010 m. šių susirgimų padaugėjo 2,08 atvejų 1000-iai sveikatą patikrinusių mokinių. Kraujo ligų ir klausos sutrikimų kaita nežymi, per trejus metus kito mažai. Kraujo ligos: 2008 m. – 4,15, 2009 m. – 3,6, 2010 m. – 3,9 atvejų 1000-iai sveikatą patikrinusių Pasvalio rajono mokinių. Klausos sutrikimai: 2008 m. – 1,31, 2009 m. – 2,01, 2010 m. – 1,7 atvejų 1000-iai sveikatą patikrinusių mokinių (42 pav.).



42 pav. Kitų sveikatos (klausos, kalbos, kraujo, odos) sutrikimų skirstinys (atvejų skaičius)

FIZINIO PAJĖGUMO GRUPĖS

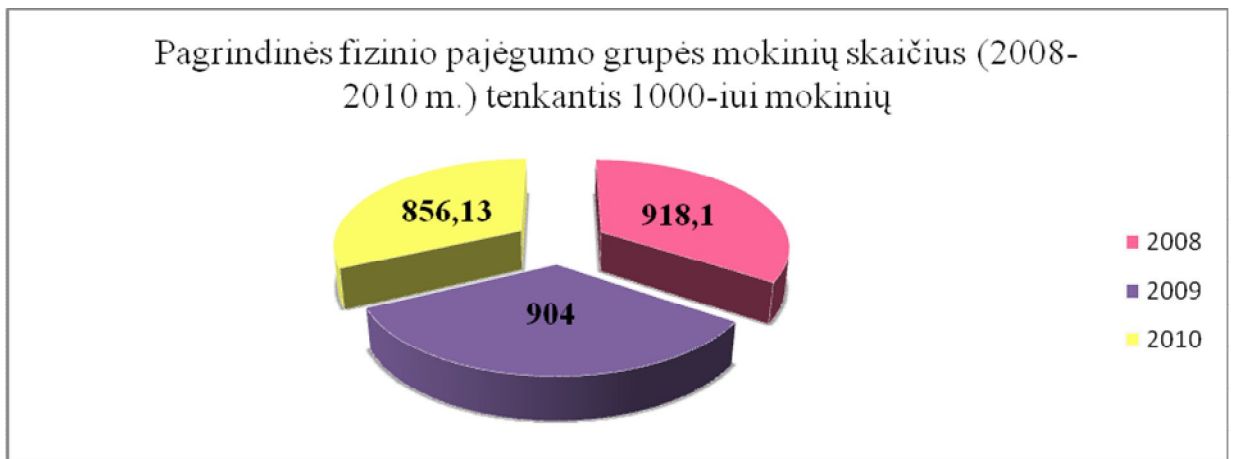
Kūno kultūra mokykloje – svarbi ugdomojo proceso dalis ir mokinių sveikatos stiprinimo, taisyklingos raidos priemonė. Atsižvelgiant į sveikatos sutrikimų pobūdį, mokiniai skirstomi į fizinio pajėgumo grupes: pagrindinę, parengiamąją, specialiąją bei visiškai atleistus nuo kūno kultūros pamokų.

PAGRINDINĖ FIZINIO PAJĖGUMO GRUPĖ

Pagrindinei fizinio pajėgumo grupei 2008 m. priklausė 4204 Pasvalio rajono mokiniai, t. y. 91,81 proc. (918,1 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 4036 mokiniai, t. y. 90,4 proc. (904 atv./1000-iui mok.), 2010 m. – 3517 mokiniai, t. y. 85,61 proc. (856,13 atv./1000-iui mok.). Vadinasi, 2010 m. mokinių, galinčių lankyti pagrindinę fizinio pajėgumo grupę, sumažėjo 62 atvejais 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių (nereikia pamiršti, kad 2010 m. Pasvalio rajono mokyklose mokinių skaičius sumažėjo 659-iais) (43, 44 pav.).

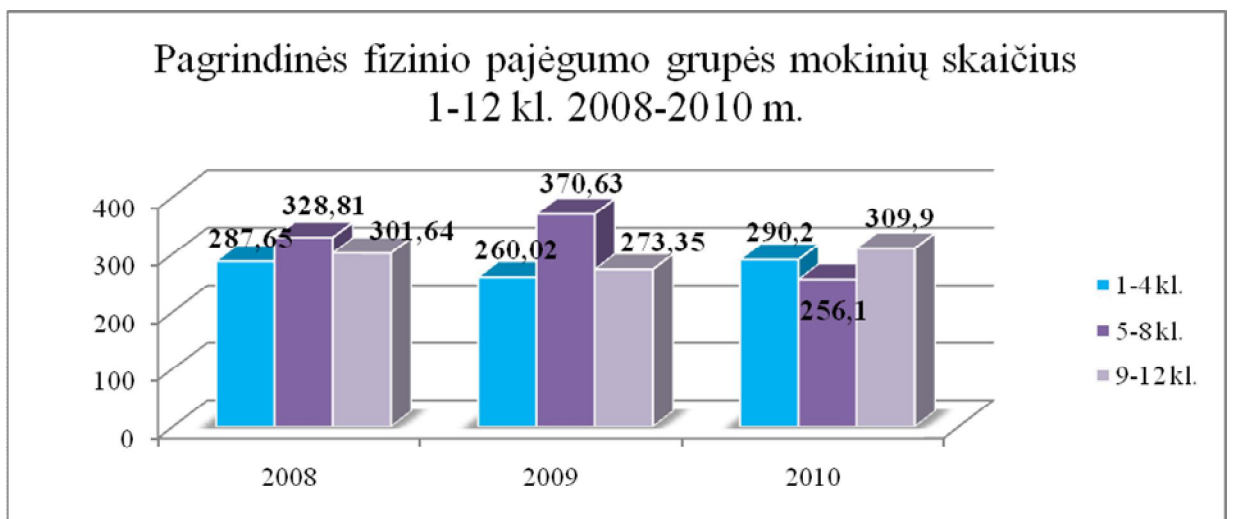


43 pav. Pagrindinės fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (absoliutūs skaičiai)



44 pav. Pagrindinės fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

Analizuojant fizinio pajėgumo grupių rodiklius akivaizdu, kad didžiausia mokinių dalis paskirta į pagrindinę fizinio ugdymo grupę. Taigi pateiksime pagrindinės fizinio pajėgumo grupės rodiklius pagal klases: 2008 m. 1–4 klasėse šiai grupei priskirta 287,65 atv./1000-iui mok., 5–8 klasėse – 328,81 atv./1000-iui mok., 9–12 klasėse – 301,64 atv./1000-iui mok. 2009 ir 2010 m. pradinėse klasėse šiai grupei priskirta 260,02 ir 290,2 atv./1000-iui mok., jaunesnėse klasėse – 370,63 ir 256,1 atv./1000-iui mok., vyresnėse klasėse – 273,35 ir 309,9 atv./1000-iui mokinių (45 pav.).



45 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių pagrindinės fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

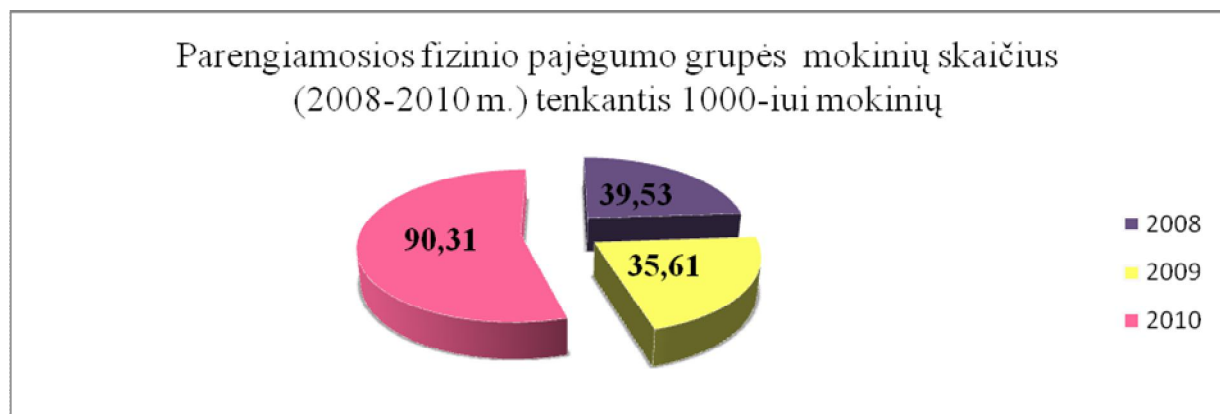
PARENGIAMOJI FIZINIO PAJĖGUMO GRUPĖ

Į parengiamąją fizinio pajėgumo grupę skiriami moksleiviai, turintys nedidelių sveikatos sutrikimų. Į šią grupę taip pat skirtini moksleiviai, persirgę kai kuriomis ligomis ir laikinai

negalintys lankyti kūno kultūros pamokų. Parengiamajai fizinio pajėgumo grupei 2008 m. priklausė 181 Pasvalo rajono mokinys, t. y. 3,95 proc. (39,53 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 195 mokiniai, t. y. 4,4 proc. (35,61 atv./1000-iui mok.), 2010 m. – 371 mokinys, t. y. 9,03 proc. (90,31 atv./1000-iui mok.). Mokinių, lankančių parengiamąją fizinio pajėgumo grupę, nuo 2008 iki 2010 m. padaugėjo 50,78 atvejų 1000-iui sveikata patikrinusių mokinių (46, 47 pav.).

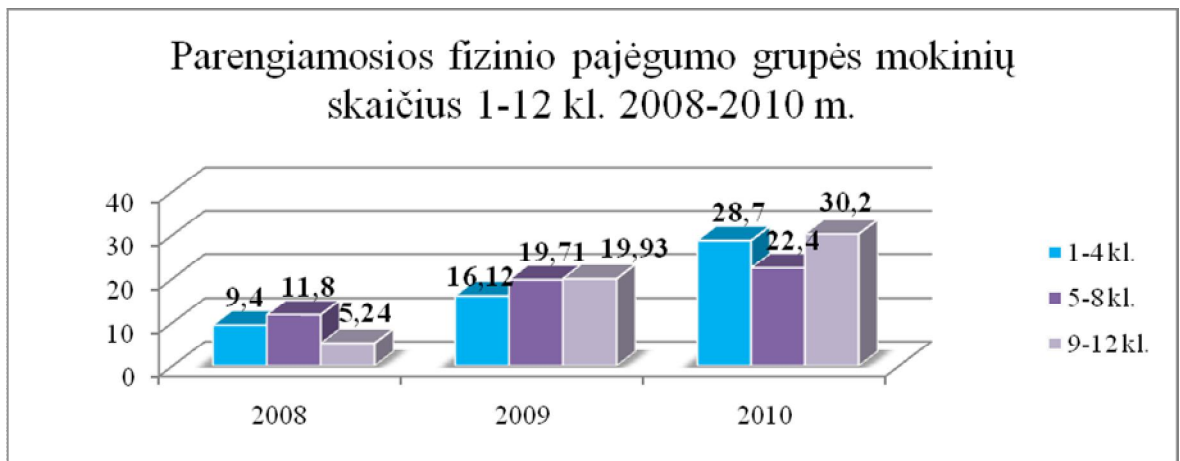


46 pav. Parengiamosios fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (absoliutūs skaičiai)



47 pav. Parengiamosios fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

Analizuojant parengiamosios grupės mokinių rodiklius pastebėta, kad kasmet daugėja mokinių, priskiriamų šiai fizinio pajėgumo grupei. 2008–2010 m. pradinėse klasėse šiai grupei buvo priskirta: 2008 m. – 9,4 atv./1000-iui mok., 2009 m. – 16,12 atv./1000-iui mok., 2010 m. – 28,7 atv./1000-iui mok. Taigi per trejus metus 1–4 klasėse mokinių, lankančių šią grupę, padaugėjo 19,3 atv./1000-iui sveikata patikrinusių mokinių. 5–8 klasėse šios grupės mokinių padaugėjo 10,6-iais 1000-iui mokinių. 9–12 klasėse parengiamosios grupės mokinių per tejus metus padaugėjo nuo 5,24 2008 m. ir 19,93 2009 m. iki 30,2 atvejų 1000-iui mokinių 2010 m. (48 pav.).



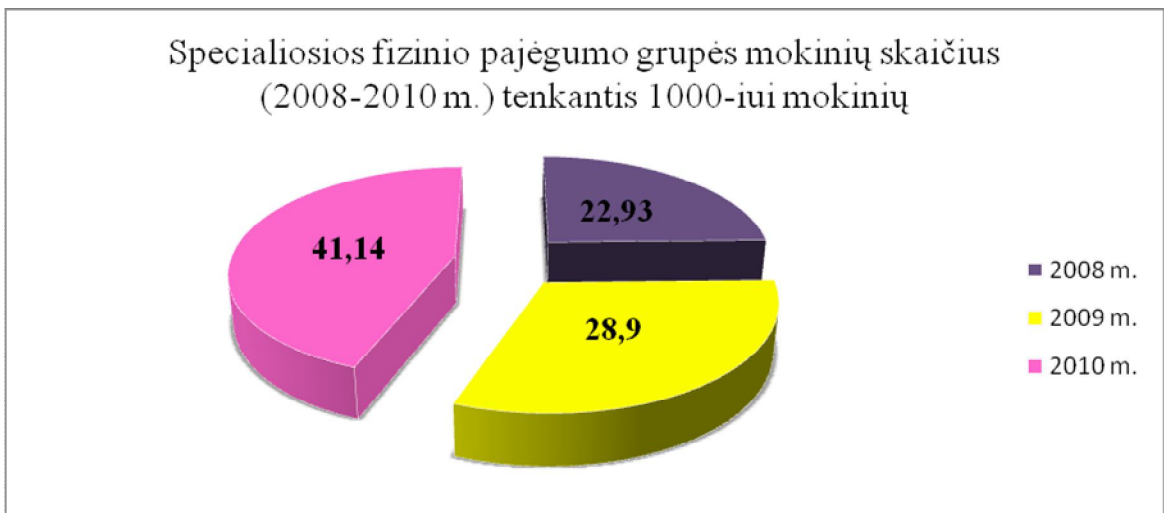
48 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių parengiamosios fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

SPECIALIOJO FIZINIO PAJĖGUMO GRUPĖ

Į specialiojo fizinio pajėgumo grupę skiriami moksleiviai, turintys nuolatinių ar laikinų sveikatos sutrikimų priklausomai nuo ligos ar kitokių sveikatos nukrypimų. Šioje grupėje būna moksleivių, sergančių įvairiomis ligomis. Jų organizmo funkcinė būklė gali būti beveik vienoda, tačiau per pamoką skiriami pratimai vienus gali veikti teigiamai, kitus – neigiamai. Tad į šią grupę paskirti moksleiviai mankštinasi pagal specialią kūno kultūros programą, o dalis jų lanko gydomosios kūno kultūros pratybas sveikatos įstaigose. Specialiajai fizinio pajėgumo grupei 2008 m. priklausė 105 Pasvalio rajono mokiniai, t. y. 2,29 proc. (22,93 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 129 mokiniai, t. y. 2,89 proc. (28,9 atv./1000-iui mok.), 2010 m. – 169 mokiniai, t. y. 4,11 proc. (41,14 atv./1000-iui mok.). Labiausiai padaugėjo mokinių, lankančių šią fizinio pajėgumo grupę 2010 m. Nuo 2008 iki 2009 m. jų padaugėjo 5,97 atvejais, nuo 2009 iki 2010 m. – 12,24 atvejų 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių (49, 50 pav.).

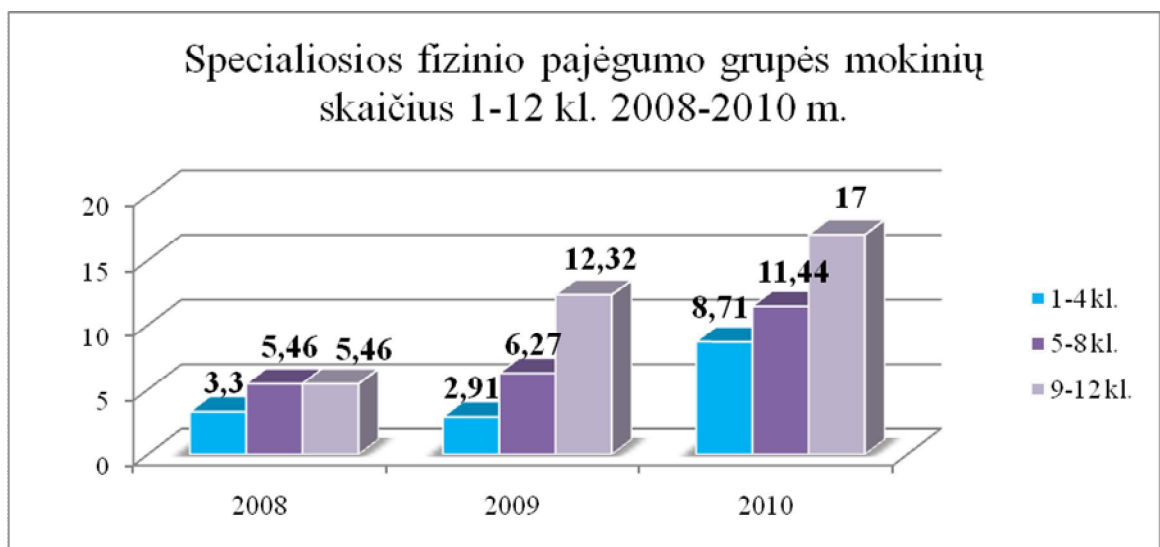


49 pav. Specialiosios fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (absoliutūs skaičiai)



50 pav. Specialiosios fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

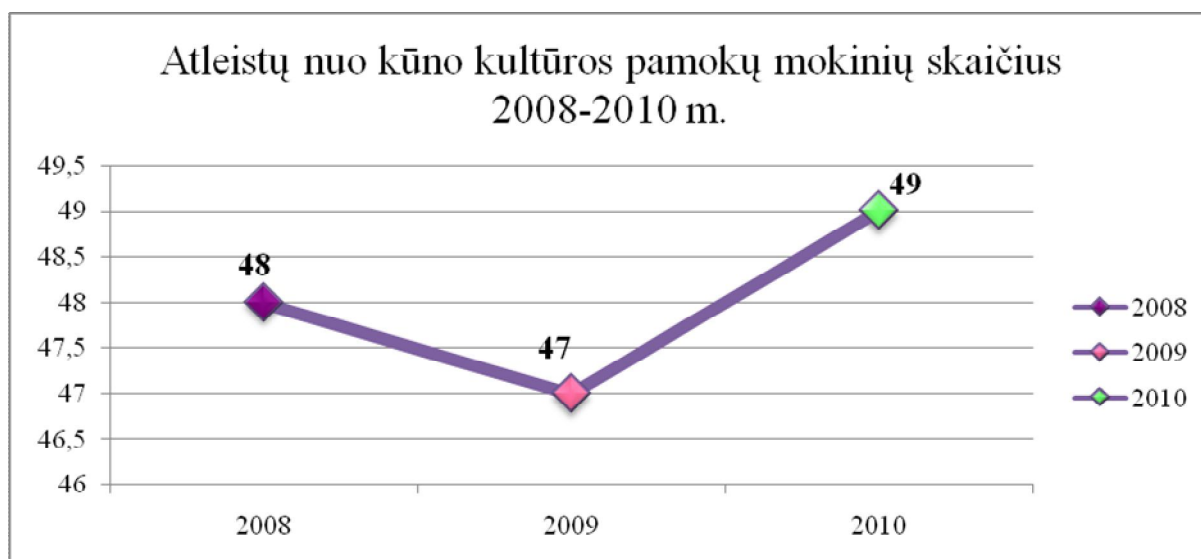
Analizuojant specialiosios fizinio pajėgumo grupės mokinių rodiklius pagal klases pastebėta, kad labiausiai šios grupei mokinių daugėja 9–12 klasėse. Tokių mokinių per trejus metus padaugėjo nuo 5,46 iki 17 atvejų 1000-iui pasitikrinsusių sveikatą mokinių. 5–8 klasėse įvairių ligų turinčių ir dėl to specialiąją fizinio ugdymo grupę lankančių mokinių padaugėjo 5,98 atvejais (2008 m. – 5,46 atv./1000-iui mok., 2009 m. – 6,27 atv./1000-iui mok., 2010 m. – 11,44 atv./1000-iui mok.). Pradinėse klasėse mokinių, lankančių šią grupę, per trejus metus padaugėjo 5,41 atvejų (2008 m. – 3,3 atv./1000-iui mok., 2009 m. – 2,91 atv./1000-iui mok., 2010 m. – 8,71 atv./1000-iui mok.) (51 pav.).



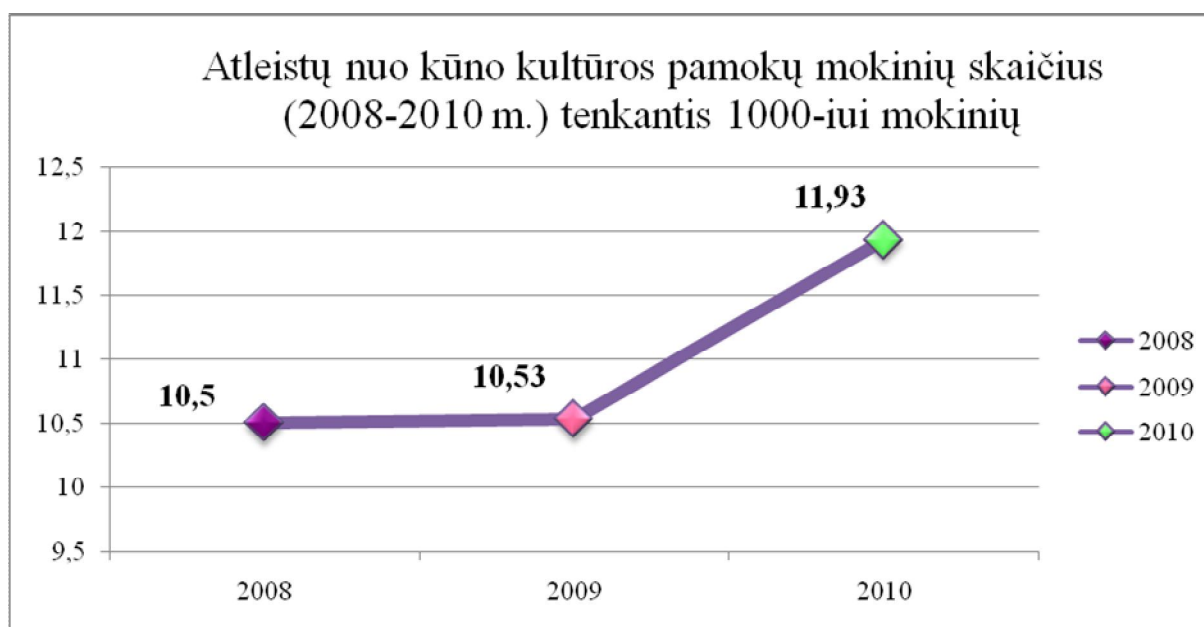
51 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių specialiosios fizinio pajėgumo grupės mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

ATLEISTŲ NUO KŪNO KULTŪROS PAMOKŲ GRUPĖ

2008 m. nuo kūno kultūros pamokų visiškai buvo atleisti 48 mokiniai, t. y. 1,05 proc. (10,5 atv./1000-iui mok.), 2009 m. – 47 mokiniai, t. y. 1,05 proc. (10,53 atv./1000-iui mok.), 2010 m. – 49 mokiniai, t. y. 1,2 proc. (11,93 atv./1000-iui mok.). Taigi atleistų nuo kūno kultūros pamokų mokinių skaičius nuo 2008 iki 2009 m. kito mažai (52, 53 pav.).



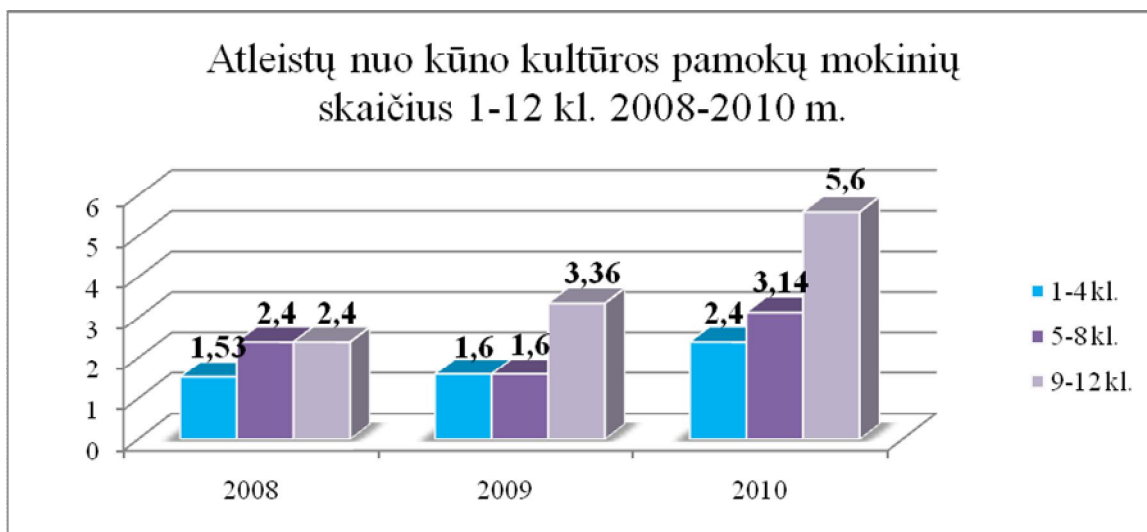
52 pav. Atleistų nuo kūno kultūros pamokų mokinių skirstinys (absoliutūs skaičiai)



53 pav. Atleistų nuo kūno kultūros pamokų mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

Analizuojant atleistų nuo kūno kultūros pamokų mokinių pagal klases duomenis, labai didelių skirtumų nepastebėta. Šiek tiek išsiskiria 9–12 klasių mokinių atleidimų nuo šių pamokų kaita.

Šiose klasėse per trejus metus atleistų mokinių padaugėjo 3,2 atvejais (nuo 2,4 iki 5,6 atv./1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių) (54 pav.).



54 pav. 2008–2010 m. 1–12 klasių atleistų nuo kūno kultūros pamokų mokinių skirstinys (atvejų skaičius)

5. VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO EDUKACINĖS GALIMYBĖS

Šiame skyriuje analizuojama vaikų sveikatą stiprinančių institucijų veikla ir tikslai. Nemažai dėmesio skiriama sveikatos priežiūrą mokykloje vykdančiam visuomenės sveikatos specialistui (kompetencijai, darbo metodams). Daugiausia dėmesio skiriama sveikatinimo ir sveikatos ugdymo sampratai bei vidinės darnos ir sveikatos ryšiui, pabrėžiama, kad įgyvendinant PSO programos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ tikslus turi būti kuriama aukštą vidinės darnos lygį formuojanti socialinė aplinka ir bandoma atsakyti į klausimą, kodėl sveikatos ugdymas turi tapti prioritetine visuomenės sveikatos politikos plėtotės ir investicijų sritimi.

5.1. Sveikatą stiprinančių institucijų programos ir projektai

Sveikata – visos tautos, valstybės turtas, kurį tinkamai prižiūrėdamas ir naudodamas žmogus kaupia socialines, materialines, kultūrinės vertybes, kuria visuomenės gerovę. Todėl sveikatos priežiūra daugelyje šalių atsidūrė visuomenės bei vyriausybės dėmesio centre. Sveikatos apsaugai keliami vis didesni reikalavimai, visuomenė daugiau tikisi iš sveikatos priežiūros sistemos ir reikalauja geresnių priežiūros standartų. Tokioje šalyje vykstant sveikatos reformai, gyvenimo kokybė tampa vienu iš sveikatos reformos prioritetų [5].

Lietuvos gyventojų sveikata priklauso nuo socialinių ir ekonominių sąlygų, o nuo žmonių sveikatos priklauso valstybės ekonominis klestėjimas. Vykdam ir plėtojant reformas, sveikatos sistemos prioritetais tapo sveikatos ugdymas ir ligų profilaktika [122].

PSO dokumente „Sveikata visiems XXI amžiuje“ 4-ame tikslu „Jaunų žmonių sveikata“ yra parašyta, kad iki 2020 m. jauni regiono žmonės turi būti sveikesni ir geriau suvokti savo vaidmenį visuomenėje. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros strategijos atnaujinimo tikslas – nustatyti visuomenės sveikatos priežiūros sistemos tolesnės plėtros kryptis, kuriomis siekiama gerinti gyventojų, ypač vaikų ir jaunimo sveikatą, ilginti gyvenimo trukmę, mažinti sergamumą užkrečiamomis ir neinfekcinėmis ligomis, mirtingumą bei neįgalumą [59].

Europos vaikų aplinkos ir sveikatos veiksmų plane skaitome: mes pripažįstame, kad vaikai turi teisę augti ir gyventi sveikoje aplinkoje Vaiko teisių konvencijos, priimtos 1989 m. lapkričio mėn., dvasia, kuri buvo akcentuota Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos specialiojoje sesijoje vaikų klausimais 2002 m. gegužės mėn. bei Pasaulio viršūnių susitikime dėl darnaus vystymosi 2002 m. rugsėjo mėn. Mes puikiai žinome, kad vaikų sveikatos ir aplinkos apsauga yra lemiamas darnaus valstybių vystymosi veiksnys [60]. Nagrinėdami uždavinius, susijusius su vaikų sveikata, valstybių atstovai išsakė pasiryžimą visiems vaikams suteikti saugų ir sveiką gyvenimą, užtikrinti veiksmingą

nešališką ir ilgalaikę sveikatos priežiūrą, skatinti sveiką vaikų ir paauglių gyvenimo būdą [61].

PSO programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ teigiama, kad 95 proc. vaikų turi būti ugdomi sveikatą stiprinančioje mokykloje, kurios tikslas – visų mokyklos bendruomenės narių sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas sukuriant saugią aplinką. Į moksleivių sveikatos stiprinimą turi įsitraukti pedagogai, tėvai, mokyklos sveikatos priežiūros specialistai, kitas personalas bei visa mokyklos bendruomenė, kad būtų sumažintas moksleivių žalingųjų įpročių paplitimas ir sergamumas [59]. Sveikatą stiprinančių institucijų veiklos efektyvumas priklauso nuo konkrečios mokyklos bendruomenės narių aktyvumo, pedagogų kvalifikacijos, šiuolaikinių sveikatos ugdymo technologijų valdymo, materialinės ir metodinės paramos. Švedijoje atlikti tyrimai parodė, kad sveikatos stiprinimo veikla, kurioje dalyvauja daugelis institucijų bei specialistų, padeda mažinti rizikingą vaikų ir paauglių elgesį ir gerinti sveikatą bei sveikatos įpročius [125]. „Sveikata visiems XXI amžiuje“ atkreiptas dėmesys į jaunų žmonių pažeidžiamumą, teigiama, kad lėtinės ligos, funkciniai ir psichikos sutrikimai gali būti įveikti, jei medicinos priežiūra bus susijusi su mokslo bei švietimo, psichologinių, socialinių tarnybų veikla. Teisė mokytis sveikoje ir saugioje aplinkoje įtvirtinta ir Lietuvos teisės aktuose – Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos įstatyme, Lietuvos Respublikos švietimo įstatyme ir kt. [65]. Vykstančioje sveikatos ir švietimo sistemų kaitoje išryškėja mokyklos, kaip besimokančios ir sveikatą stiprinančios organizacijos, vaidmuo, kur sveikatos stiprinimo veikla „įsiskverbia“ į mokyklos gyvenimą ir susilieja su visu ugdymo procesu, siekiančiu formuoti mokinių gebėjimą sėkmingai gyventi, kitaip tariant, „būti laimingam“ ir kartu „būti sveikam“ [57, 69, 58]. Taigi vaikų higiena – visuomenės sveikatos sritis, kuri įgijo tarptautinę reikšmę 1992 m. [56]. Vaikų ir paauglių higiena yra medicinos mokslo šaka, tyrinėjanti augančiosios kartos sveikatą, fizinio, protinio ir intelektualinio vystymosi ypatybes, priklausomai nuo fizinės bei socialinės aplinkos ir tuo pagrindu rengianti higienos normatyvus bei reikalavimus vaikų ir paauglių sveikatai saugoti bei gerinti [123]. Vaikų higienos skyrius organizavo konferencijas, darbinis susitikimus, diskusijas, bendravo su žiniasklaidos atstovais šitaip prisidėdamas prie higienos specialistų tobulinimo. 1995 m. vaikų higienos skyrius surengė mokslinę-praktinę konferenciją „Vaikų sveikata“; 2000 m. – „Vaikų sveikatos stiprinimas: dabartis ir perspektyvos“. Labai svarbus pokytis įvyko 1997 m., kai buvo suplanuotas ir pradėtas sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo veiklos vertinimas [67].

Vaikų sveikatos apsauga, jų higieninis auklėjimas ir mokymas yra pagrindas gerai sveikatai ir darbingumui išlaikyti visą laiką. Nesveiki, liguisti vaikai ne tik blogiau mokosi, silpniau pasirėngia savarankiškam darbui, gyvenimui, bet ir suaugę būna mažai darbingi. Labai didelę reikšmę atskiro žmogaus ir visuomenės gyvenimui turi vaikystės metais įgyti tinkami higienos įpročiai [124].

Švietimo įstatymas reglamentuoja sąlygas švietimo įstaigų auklėtinių bei pedagogų sveikatai išsaugoti ir stiprinti. Griežtai laikantis tam tikrų higienos normų ir taisyklių, turi būti sudaromos

vaikų ugdymo, poilsio, maitinimo bei kitos veiklos plėtros sąlygos. Metodinės rekomendacijos parengtos siekiant padėti sveikatos priežiūros specialistams mokyklose racionaliai ir kokybiškai planuoti savo darbą, įgyvendinant Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos apraše nustatytas visuomenės sveikatos priežiūros specialisto funkcijas [66].

Valstybinės švietimo strategijos 2003–2012 m. nuostatų įgyvendinimo programoje numatyta sudaryti sąlygas mokiniui išsaugoti ir stiprinti sveikatą, užtikrinti nuolatinę jo sveikatos priežiūrą; suderinti mokinių mokymosi krūvius, atsižvelgiant į sveikatos reikalavimus. Įgyvendinant strategijos nuostatas, svarbu įvertinti Lietuvos mokinių sveikatos būklę bei pokyčių tendencijas [96].

Lietuva yra priimta į Europos Tarybos, Europos Bendrijos ir Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regiono biuro kuruojamą tarptautinę programą „Sveika mokykla“. Tai sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas. Šioje veikloje dalyvauja bendrojo lavinimo mokyklos ir ikimokyklinės ugdymo įstaigos. 1992 m. buvo parengta Universalioji sveikatos ugdymo programa, 1994 ir 1997 m. ji buvo išleista kartu su Bendrosiomis programomis (pavadinta Sveikatos ugdymo programa), o 2000 m. atskiru leidiniu išspausdinta Universalioji sveikatos ugdymo bei Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa. Bendrosiose programose ir išsilavinimo standartuose (2003) taip pat ypatingas dėmesys skiriamas sveikatos ugdymui [56].

Sveikatos ugdymo ir stiprinimo projektus, renginius, akcijas, apimančius didesnę paauglių populiacijos dalį, per pastaruosius metus vykdė apskričių ir rajonų visuomenės sveikatos centrai, AIDS centras, Sveikatos ugdymo centras, Narkotikų kontrolės departamentas, narkologinės pagalbos centrai, vaikų namai, visuomeninės organizacijos. Veikia internetinis forumas, skirtas abiturientams „Nesiparink“, kurio organizatoriai yra Švietimo ir mokslo ministerija, Nacionalinis egzaminų centras, Lietuvos mokinių parlamentas ir Lietuvos moksleivių sąjunga. Jame tarp kitų abiturientams aktualių klausimų yra ir egzaminų baimės bei streso valdymo rekomendacijos. Patarimų ir rekomendacijų mokyklą baigiantys abiturientai gali rasti specializuotuose tinklalapiuose, pvz., psichologinės pagalbos jauni žmonės gali sulaukti iš Jaunimo psichologinės pagalbos centro. Projektinę sveikatinimo veiklą organizuoja ir vykdo ir pačios mokyklos. Šios veiklos iniciatoriai ir dalyviai yra pedagogai, mokyklų medikai, socialiniai darbuotojai [65].

Vaikų sveikatos išsaugojimo klausimai visada buvo svarbūs ir rūpestis tuo dar sustiprėjo, kai Lietuvos Respublikos Vyriausybė įkūrė UNICEF Lietuvos nacionalinį komitetą [53]. Lietuvos nacionalinis UNICEF komitetas (įkurtas 1993 m.) vykdo įvairias tarptautines bei nacionalines socialines, sveikatos ir švietimo programas Lietuvoje, kaupia lėšas (pvz., platindamas atvirukus) skurstantiems vaikams paremti. Pagrindinė komiteto paskirtis – skleisti UNICEF vertybes bei užtikrinti kiekvieno vaiko teises [62]. Sveikatos priežiūros srityje UNICEF tikslas yra stiprinti sveikatos sistemas, kad jos tenkintų specialius jaunimo poreikius gauti informacijos ir žinių, kurios

padėtų jiems gyventi sveikiau [53]. Dirbdamas sveikatos srityje UNICEF bendradarbiauja su daugeliu įstaigų: Respublikiniu mitybos centru (vykdoma jodo deficito programa), AIDS centru (vykdoma AIDS ir priklausomybės nuo narkotikų prevencijos programa) ir kt. Ypatingą dėmesį UNICEF skiria sveikatos programoms. Pavyzdžiui, jau kelerius metus vykdoma „Kūdikiams palankios ligoninės“ programa [62], kurios tikslas – suteikti gerą gyvenimo pradžią visiems vaikams, gerinant nacionalines ankstyvosios vaikystės priežiūros programas ir paslaugas (tai apima kūdikių maitinimo motinos pienu skatinimą) [64], skleisti tarp jaunimo žinias apie kūdikių žindymo svarbą ir padėti gimdymo namams įgyvendinti reikalavimus, keliamus Vakarų Europos valstybėse [62]. Kaip sėkmingas pavyzdys minėtinas pagal Jungtinių Tautų (JT) Vystymo programos, UNICEF bei Pasaulinės sveikatos organizacijos projektą atliktas „Gatvės vaikų, esančių institucijose, svaiginančių medžiagų vartojimo ir seksualinio elgesio greitas įvertinimas bei atsakas“. Beje, jame taip pat pažymimas su gatvės vaikais dirbančių organizacijų tinklo nebuvimas. Kelia nerimą ribotos paauglių, iškritusių iš švietimo sistemos, įsiliejimo į ją galimybės. Dalį paauglių, dėl įvairių priežasčių palikusių mokyklas, padėjo susigrąžinti jaunimo mokyklos. 2002 m. buvo 26 jaunimo mokyklos. Taip pat steigiamos jaunimo klasės bendrojo lavinimo mokyklose. Tačiau pastaruosiu metu jaunimo mokyklų nedaugėja [63]. Įgyvendinamos programos, skirtos stiprinti sveikatos sistemas, kad jos tenkintų specialius jaunimo poreikius gauti informacijos ir žinių, kurios padėtų jiems gyventi sveikiau ir užkirsti kelią ŽIV/AIDS, rengiant medžiagą sveikatos priežiūros profesionalams [64].

Apibendrinami galime teigti, jog tam, kad sveikatą stiprinančių institucijų veikla būtų efektyvi (pavyzdžiui, kad vaikams ir paaugliams būtų suteiktas saugus ir sveikas gyvenimas, užtikrinta nešališka ir ilgalaikė sveikatos priežiūra, skatinamas sveikas gyvenimo būdas ir pan.), reikia visų institucijų, specialistų, bendruomenės narių, pedagogų aktyvumo ir glaudaus bendradarbiavimo, šiuolaikinių sveikatos ugdymo technologijų valdymo, materialinės ir metodinės paramos. Visa tai, padės mažinti rizikingą vaikų ir paauglių elgesį, gauti reikalingos ir savalaikės informacijos bei žinių, gerinti sveikatą bei sveikatos įpročius.

5.2. Vaikų sveikatinimo samprata

Kadangi vis dažniau kalbame apie sveikatą, jos stiprinimą, sveikatos problemas bei sveiko gyvenimo būdo nuostatų formavimo(si) svarbą vaikystėje, paauglystėje ir jaunystėje [56], o mokslas įrodė, kad pagrindinės visuomenės sveikatos problemos negali būti išspręstos vien medicinos sektoriuje, sveikatos stiprinimas tapo sudėtine naujosios visuomenės sveikatos dalimi. Sveikatos stiprinimo sąvoką galima aptikti dar XIX a., kai didesniuose miestuose buvo pradėta

sanitarijos reforma ir gyventojus imta mokyti higienos įgūdžių. Sveikatos stiprinimo apibrėžimas ir pagrindiniai principai buvo suformuluoti Otavos chartijoje (*Kvietimas veikti*, 1986). Šis sveikatos stiprinimo apibrėžimas yra vartojamas visame pasaulyje, jis pateikiamas visų svarbiausių Pasaulio sveikatos organizacijos dokumentų įžangose: Sveikatos stiprinimas yra procesas, suteikiantis daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją pagerinti. Sveikatos stiprinimas dar gali būti apibrėžiamas kaip mokslas ir menas, padedantis žmonėms keisti savo gyvenimą ir siekti optimalios sveikatos būklės (*American Journal of Health Promotion*, 1989).

Sveikatos stiprinimo tikslas – suderintas teigiamų fizinių, dvasinių ir socialinių sveikatos veiksnių stiprinimas, vykdant neigiamų fizinių, dvasinių ir socialinių ligotumo veiksnių prevenciją, plėtojant sveikatos mokymą, ligų prevenciją ir sveikatos apsaugą [99a].

Pagrindiniai penki sveikatos stiprinimo principai:

1. Sveikatos stiprinimas apima visus gyventojus, o ne tik sergančius ar priklausančius didesnės rizikos susirgti grupėms.

2. Sveikatos stiprinimas orientuotas į sveikatos determinantus (sveikatą lemiančius veiksnius ir priežastis), jis reikalauja, kad visi sektoriai aktyviai bendradarbiautų.

3. Sveikatos stiprinimas sieja įvairius metodus ir būdus (informaciją, mokymą, teisę, finansus, organizacines priemones, bendruomenės iniciatyvas).

4. Sveikatos stiprinimas remiasi efektyviu ir konkrečiu visuomenės dalyvavimu sprendžiant sveikatos problemas.

5. Sveikatos stiprinimas pirmiausia yra socialinis ir politinis uždavinys, o ne medicinos paslauga, nors sveikatos priežiūros profesionalai yra labai svarbūs [99a].

Vienas svarbiausių dalykų, lemiančių sveikatą, yra gyvenimo būdas. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, žmogaus sveikata apie 50 proc. priklauso nuo gyvenimo būdo [96]. Sveiką gyvenimo būdą lemia asmens higiena ir kultūra, racionali mityba, tinkamas fizinis krūvis, grūdinimasis, poilsis, sveikatai žalingų įpročių nebuvimas, psichoemocinis stabilumas ir ramumas [101]. Visi šie veiksniai dažniausiai lemia kiekvieno asmens sveikatingumo potencialą. Kaip nurodo J. E. Myers, T. J. Sweeney ir J. M. Witmer (2000), sveikatingumas – tai gyvenimo būdas, orientuotas į kuo geresnės sveikatos ir psichologinio komforto siekimą, fizinių, psichikos ir dvasinių komponentų integraciją, siekiant gerinti asmens funkcionavimą jo bendruomenėje ir aplinkoje [97]. Pagal J. E. Myers ir T. J. Sweeney (2005), sveikatingumas – tai ir rezultatas, ir procesas, ir gyvenimo tikslas, ir kasdienis buvimo stilius. Tai gyvenimo būdas, orientuotas į optimalios sveikatos siekimą. Terminas *gyvenimo būdas* nurodo, kad sveikatingumas visada yra procesas. Tačiau gyvenimo būdas yra ir mūsų patirties, žinių, socialinių įtakų ir kitų veiksnių rezultatas. Galvodami, kaip reikėtų gyventi, kad mūsų sveikata būtų geresnė, mes padarome sveikatingumą tikslu. Nusprendami rūpintis savo sveikata, renkamės tam tikrą gyvenimo būdą,

keisdami ir procesą, ir rezultatą, ir kasdieninį buvimo stilių. Kadangi sveikata yra mūsų gyvenimo būdo, t.y. sveikatingumo rezultatas, J. E. Myers ir T. J. Sweeney (2005) pabrėžia, kad jos neįmanoma pasiekti, jei nėra apsisprendimo ir sąmoningo pasirinkimo keisti savo gyvenimo būdą [98]. Įsisąmonintas nusiteikimas pačiam tobulinti savo kūną ir dvasią, įgyti stiprybės ir ištvermės atsiranda pastangų dėka ir padeda išsiugdyti elgesį ir vertybes, kurios sudaro sveikos gyvensenos pamatus [101].

Kaip rašo pedagogė habilituota socialinių mokslų daktarė A. Adaškevičienė (1999), sveika gyvensena formuojasi veikiant socialinei aplinkai, bendraujant su tėvais ir artimaisiais, draugais ir aplinkiniais. Jai daro įtaką ugdymas vaikų darželyje, mokykloje, televizija, radijas ir kt. priemonės. Vaikų gyvensenai daug įtakos turi tėvų elgesys ir jų pasirengimas perteikti sveikos gyvensenos patyrimą vaikams [101]. Tačiau sveikatos stiprinimu siekiama ne tik keisti individo sveikatos elgesį, galvosena, bet ir aprėpti socialinius bei politinius pokyčius, kad lengviausiai būtų pasirenkamos kuo sveikesnės sąlygos (pvz., sveikesni produktai pigesni, skatinamas sveikatos rėmimas ir t. t.) [99a].

5.3. Sveikatos ugdymo samprata

Aktualiausia šiandien – išugdyti žmogų, gebantį gyventi pagal gamtos dėsnius, mokantį pažinti save ir kitus, suvokiantį savo individualumą ir unikalumą, mokantį naudotis informacija, stebėti ir analizuoti savo ir kitų patirtį bei daryti išvadas. Labai svarbu mokyti vaikus, jų tėvelius, visuomenę, pedagogus, gebančius laiduoti vaikų dvasinę, fizinę, psichinę, emocinę, moralinę ir socialinę saugą bei sveikatą [100]. Vaikų sveikatos stiprinimas bus veiksmingesnis, kai pedagogai ir tėvai vadovausis sveikos gyvensenos principais namuose, vaikų darželiuose ir mokyklose, nes puiki vaikų sveikata priklauso nuo pedagogų, tėvų vaikams sudarytų palankių veiklos ir poilsio, darbo ir mokymosi sąlygų. Neigiamai vaikų sveikatą veikia higienos normų nesilaikymas, nepakankamas patalpų vėdinimas ir valymas, netinkamas susodinimas, nekokybiškas maitinimas, nepakankamas fizinis aktyvumas, per dideli mokymosi krūviai, prasti tvarkaraščiai ir kt. [101].

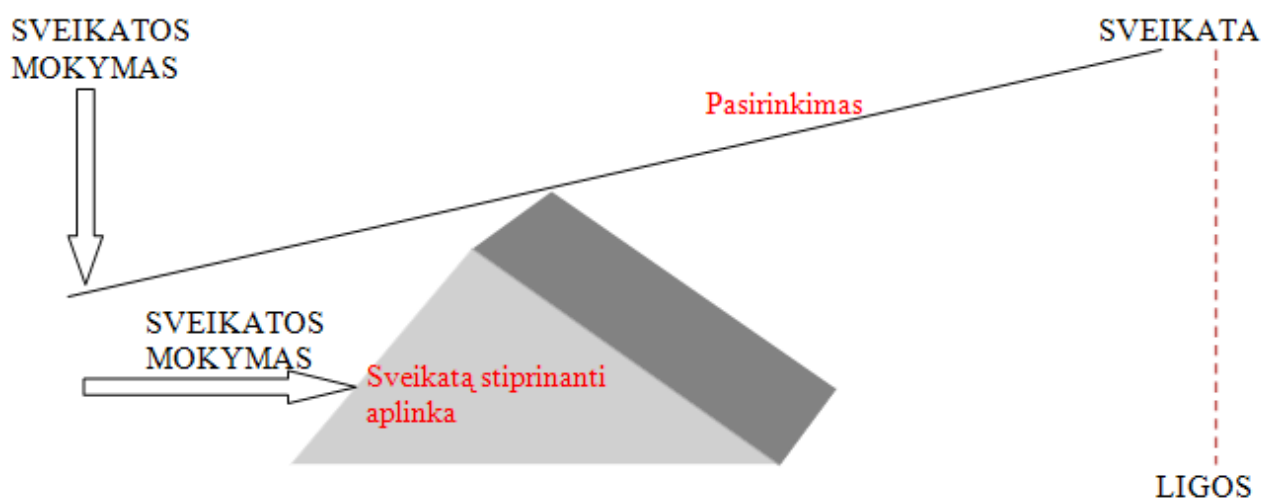
Taigi sveikatos ugdymas ir mokymas – pagrindinė sveikatinimo priemonė [99c]. Sveikatos ugdymas yra moksliskai pagrįstas procesas, įtrauktas į mokymo turinį. Jo tikslas – veikti mokinių požiūrį į sveikatą, skatinti juos nuolat rūpintis savo sveikata ir sveikai gyventi. Sveikatos ugdymą ir mokymą sudaro pedagoginės sistemos elementai – tikslų, turinio, metodų, formų ir būdų bei ugdytinio ir ugdytojo įvairiakrypė sąveika [2, 69].

Sveikatos ugdymo proceso tikslas – sudaryti galimybę individams, grupėms ir bendruomenei spręsti sudėtingas sveikatos stiprinimo problemas [2], padėti išsiugdyti teigiamą požiūrį į sveiką

gyvenseną, asmens higienos, kultūros įgūdžius, įpročius, tinkamą elgseną bei įgyti žinių apie sveikatos saugojimą ir stiprinimą [101].

Sveikatos ugdymo paskirtis – atskleisti, kaip sveiko žmogaus idealas tampa asmenybės ir visuomenės ugdymo tikslu, kaip jis skatina žmonių aktyvumą rūpintis savo sveikata ir ją gerinti [2]. Sveikatą ugdyti yra labai svarbu vaikystėje, kol vaikas dar nėra perėmęs iš suaugusiųjų žalingų įpročių (rūkymo, svaigalų vartojimo, mažo fizinio aktyvumo, nesveiko maisto vartojimo ir pan.). Svarbu, kad vaikas nuo mažens žinotų, mokėtų ir įgustų sveikai gyventi, elgtųsi taip, kaip naudinga jo sveikatai. Vien pedagogo pastangomis reikšmingų sveikatos ugdymo rezultatų pasiekti negalima. Reikia bendrų tėvų, pedagogų ir pačių vaikų pastangų. Pastangos yra ypač svarbios, nes teigiamas požiūris ir saviaukla – geriausias sveikatos ugdymo būdas [101].

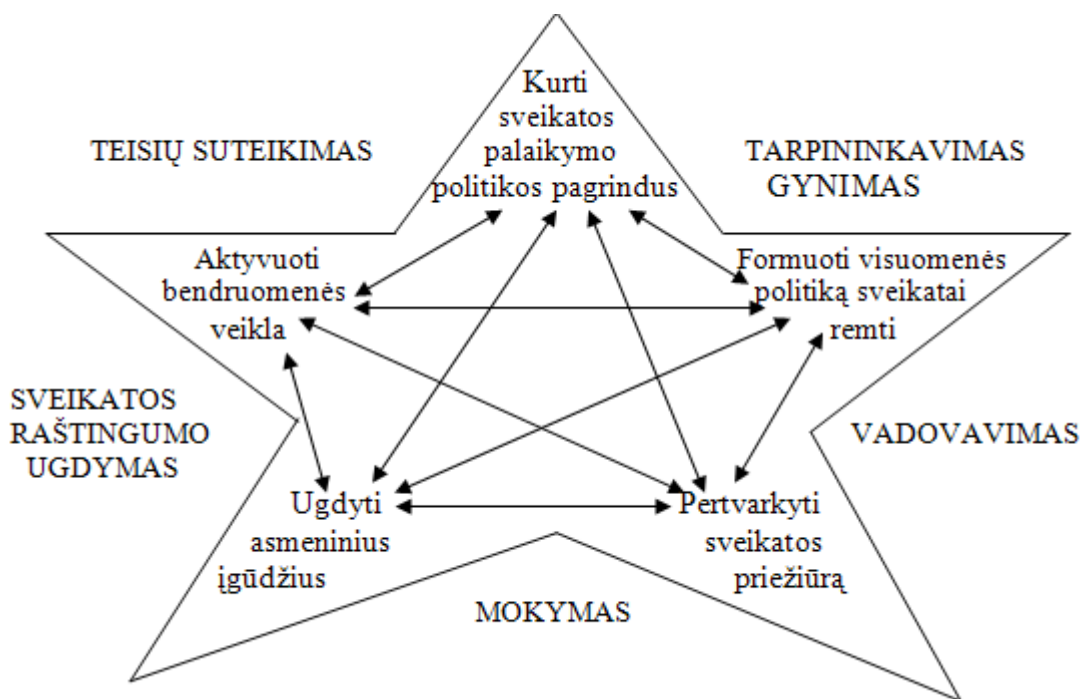
PSO sveikatos mokymą apibrėžia kaip sąmoningą žinių perdavimą, įskaitant kai kurias bendravimo formas, kurių tikslas – padidinti supratimą apie sveikatą, plėtoti gyvensenos įgūdžius, siejamus su asmens ir bendruomenės sveikata. Lietuvos sveikatos terminų ir apibrėžimų standarte sveikatos mokymas apibrėžiamas kaip „Sveikatos priežiūros įstaigų veikla, kurios tikslas – mokyti atskiras gyventojų grupes saugoti ir stiprinti sveikatą“ [99c]. Pagal A. Adaškevičienę (1999), sveikatos mokymas – tai kryptinga, planinga ir sisteminga ugdytojo ir ugdytinio veikla, sąveika, suteikiant žinių, kaip stiprinti sveikatą ir apsisaugoti nuo ligų. Sveikatos mokymo sąvoka yra siauresnė už sveikatos ugdymo, nes sveikatos mokymu siekiame suteikti tik žinių apie sveikatą, o ugdymu, be žinių, norima sudaryti teigiamą požiūrį į sveikatos dalykus, išugdyti tam tikrą elgseną [101]. Taigi sveikatos ugdymas turi didelę įtaką ne tik skatinant žmones pasirinkti sveikesnę gyvenseną, bet ir kuriant sveikatą stiprinančią aplinką [99c].



Schema iš sveikatą palaikančios aplinkos kūrimo programos [99b]

Sveikatos ugdymo požiūriu, labai svarbu šalinti neigiamus aplinkos veiksnius. Viena iš strategijų, nurodomų PSO sveikatos politikos dokumentuose, yra sveikatą garantuojančios aplinkos kūrimas, kuris iškelia ugdymo institucijoms uždavinį – sukurti palankiausias fizines, socialines ir psichologines ugdymo sąlygas [2].

Kad sveikatos stiprinimas pasiektų tikslą, jį turi remti valstybės vykdoma sveikatos ir socialinė politika, jis turi būti laikomas prioritetine visuomenės sveikatos plėtros ir investicijų sritimi [99a]. Sveikatos ugdymo strategija taip pat yra grindžiama valstybės vykdoma sveikatos ir socialine politika. Kaip pažymi B. Bitinas (2000), asmenybės ugdymo ir jos raidos problemos analizuojamos atsižvelgiant į asmenybės socializaciją, akultūrizaciją, siejant jas su žmogaus įsitvirtinimu aplinkoje (gamtinėje ir socialinėje), su aktyviu asmenybės dalyvavimu ją keičiant [2].



Sveikatos stiprinimo politikos kryptys (remiantis Otavos chartija, 1986)

Kaip matyti iš šių dviejų trumpų skyrelių, sveikatai didžiausią poveikį turi gyvenimo būdas. Tai veiksniai, besisiejantys tarpusavyje ir dažniausiai lemiantys kiekvieno asmens sveikatingumo potencialą, stiprindami arba žalodami sveikatą. Kadangi šiuos veiksnius lemia sąmoningas žmogaus elgesys, jie gali būti sėkmingai ugdomi ir lavinami mokykloje bei gyvenimo aplinkoje. Tačiau, kad sveikatos stiprinimas pasiektų tikslą, jis turi tapti prioritetine visuomenės sveikatos plėtotės ir investicijų sritimi.

5.4. Vidinės darnos ugdymo svarba gyvenimo kokybei

Girdėdami žodį *sveikata*, mes dažniausiai jį suprantame kaip kūno sveikatą. Tačiau žmogus nėra vien tik fizinis kūnas. Be to, ką matome, yra ir tai, ko nematome. Tai vidinis žmogus – protas, valia, emocijos, sąžinė. Visa tai yra žmogaus siela ir dvasia. Vadinasi, jei yra kūno sveikata, tai yra ir psichinė bei dvasios sveikata [106].

Ar kūdikis gimsta sveikas, priklauso nuo paveldo bei tėvų sveikatos ir nuo to, kaip nėštumo metu maitinosi motina: koku jis taps, ar jo organizmas pagal savo galimybes pasieks aukščiausią potencialą, ar palūš, neišnaudojęs vidinių galių, priklausys nuo jo gyvenimo. Įgimtų dalykų, savo praeities ir socialinių sąlygų jis nepakeis, tačiau sveikatą gali sustiprinti ir dėl savęs, ir dėl savo vaikų bei vaikų ateities. Todėl reikia ugdyti savyje vidinę pusiausvyrą ir savitvardą, nes vidinė disharmonija trukdo žmogui sėkmingai pritaipyti, apsunkina jo bendravimą, sukelia psichinius ir fizinius sutrikimus [106, 105].

Taigi vienas svarbiausių sveikatos raidos laikotarpių yra vaikystė, kada pradeda formuotis vidinė darna. Jos formavimasis tęsiasi ir paauglystėje. Todėl šio laikotarpio elgsenos ir gyvenimo ypatybės bei požiūris į sveikatą dažnai lemia viso vėlesnio gyvenimo kokybę: kuo stipresnė vidinė darna, tuo geresnė gyvenimo kokybė. Galutinai vidinė darna susiformuoja apie trisdešimtuosius gyvenimo metus ir vėliau išlieka daugiau ar mažiau pastovi [103, 104].

Lindstrom (1993; cit. pagal S. Gradeckienė, 2002) gyvenimo kokybę apibūdina kaip pagrindinius asmens, grupės ar bendruomenės gyvenimo išteklius tikslų ir suvokiamų subjektyvių sąlygų atžvilgiu. Šis apibrėžimas turi veikti bendro gyvenimo kokybės modelio rėmuose, kuris apima keturias gyvenimo sritis – globalinę, susijusią su visuomene ir makroaplinka; išorinę – kaip gyvenimo sritį, apimančią žmogaus socialinę padėtį, materialinę gerovę bei pasitenkinimą šiais rodikliais, susijusią su socialinėmis-ekonominėmis sąlygomis; tarpasmeninę – atspindinčią žmogaus gyvenimą šeimoje ir visuomenėje, gerovę, taip pat vaiko ugdymo ir sveikatos priežiūros kokybę, joje analizuojama šeimos struktūra, jos narių tarpusavio santykiai, vaiko ir tėvų socialinis-kultūrinis aktyvumas, poilsis bei laisvalaikis, vertinami šeimos ryšiai su kitais visuomenės nariais (giminaičiais, draugais, kaimynais, bendradarbiais), sveikatos priežiūros, ugdymo ir kt. institucijų specialistais, pasitenkinimas šios veiklos rezultatais, yra susijusi su socialinės paramos struktūra ir veikimu; asmeninę – atspindi žmogaus fizinę, psichinę ir dvasinę gerovę. Čia nustatomi subjektyvūs vaiko ir tėvų sveikatos rodikliai, psichosomatinių simptomų vaikui pasireiškimo dažnis, vaiko elgesys ir charakterio savybės, šeimos laimingumas [115].

Vidinės darnos, arba kitaip saljutogenezės, teoriją 1979 m. sukūrė mokslininkas A. Antonovsky. Ši teorija geriausiai atskleidžia geros sveikatos kilmę psichologiniu požiūriu. Vidinė žmogaus darna laikoma viena pagrindinių geros sveikatos prielaidų. Visuomenės sveikatos

požiūriu, gera psichikos sveikata neatsiejama nuo žmogaus gyvenimo kokybės ir jo kasdieninės veiklos – darbo, mokslo, poilsio. Todėl šiandien jau nekyla abejonių dėl to, kad vaikų, paauglių ir jaunų žmonių fizinė ir psichikos sveikata yra glaudžiai susijusios [96, 111, 112]. Daugelis sutrikimų, nustatomų suaugusiems, gali prasidėti vaikystėje, todėl vaikų psichologinė savijauta gali būti vienas iš besiformuojančio sutrikimo indikatorių [89].

Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, apie 450 mln. planetos žmonių kenčia nuo psichikos sveikatos sutrikimų ir su jais susijusių fizinių negalavimų. Kas ketvirtoje pasaulio šeimoje vienas iš narių turi rimtų dvasinių problemų. Psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 m. šis skaičius gali išaugti iki 15 proc. Per pastaruosius metus sergamumas psichikos ligomis Lietuvoje nuo 1990 iki 2004 m. išaugo beveik 10 proc. Taip pat pastebimas savižudybių didėjimas – 1991 m. Lietuva savižudybių skaičiumi pirmavo tarp Pabaltijo šalių, o 1994 m., aplenkusi Vengriją, tapo pirmaujančia valstybe Europoje. Visa tai rodo psichikos sveikatos ugdymo poreikį Lietuvos mokyklose [112].

A. Antonovsky (1995; cit. pagal M. Markovienę, 2004) sveikatą siūlo vertinti kaip tarpininką tarp gerovės ir ligos. Žmonės visą gyvenimą eina tokiu keliu: arba gerovės link, arba į ligą. Tai priklauso nuo jų gebėjimo arba negebėjimo valdyti situacijas, sukeltas endogeninių arba egzogeninių stresorių. A. Antonovskio sveikatos teorija nagrinėja saliotogeninius, arba sveikatą lemiančius, veiksnius: vidinę darną, socialinę paramą, pasitikėjimą savimi bei kitais žmonėmis ir kt. [105].

Socialinė parama – tai jausmas, kad esi mėgstamas, kad tau pritaria, kad tave padrąsina draugai ir šeima. Tai stiprina laimės jausmą ir sveikatą. Buvimas kartu ir artimas bendravimas teikia didžiausią paguodą bei džiaugsmą, padeda įvertinti ir įveikti stresą, palaikyti savigarbą. Patekus į kažkieno nemalonę ar netekusiam darbo žmogui draugo patarimas, pagalba ar paguoda gali būti puikus vaistas. Artimai bendraujant atsiranda galimybė pasidalyti savo skausmu. Tų, kurie kenčia skausmą ar sielvartą vieni, sveikata prastesnė nei tų, kurie dalijasi savo išgyvenimais [114].

Vidinė darna – tai emocinis-pažintinis santykis su pasauliu ir pačiu savimi. Ji dažnai yra tapatinama su saviverte, savivaizdžiu, psichologine savijauta, gyvenimo pilnatve. Vidinė darna įvairių autorių apibūdinama kaip gebėjimas geriau suvokti ir kontroliuoti aplinką, stipresnis prasmės jausmas, optimizmas kaip ypatybė, kuri palaiko ir stiprina sveikatą ir pan. [105, 117, 120].

Vidinę darną sudaro trys komponentai:

- vidaus ir išorės suvokimas;
- veiklos prasmingumas;
- gebėjimas valdyti situaciją.

Remiantis Lietuvoje atliktais tyrimais, galima išskirti ir ketvirtą vidinės darnos komponentą – tai susidomėjimas gyvenimu [105].

Vidinė darna reiškiasi vidiniu stabilumu, pasitikėjimu savimi ir kitais, gebėjimu pasirinkti, prisiimti atsakomybę, teigiamais santykiais su pasauliu ir pačiu savimi, ji lemia augančio žmogaus asmenybės brendimą [107]. Vidinės darnos lygis priklauso nuo mūsų gyvenimo reiškinių pažinimo, nuostatų, elgsenos ir motyvų suvokimo [104]. Ji siejasi su suaugusiųjų subjektyviu savo sveikatos vertinimu. Suomijoje nustatyta, jog suaugusieji (35–60 m.), kurių vidinės darnos lygis vidutinis arba aukštas, turi mažiau sveikatos problemų, o žema vidine darna pasižymintys asmenys dažniau savo sveikatą vertina kaip blogą [108, 117]. Asmenys, kurių vidinės darnos lygį žemas, veikiant stresoriams turi didesnę riziką susirgti, yra mažiau psichologiškai atsparūs, dažniau patiria fizinį smurtą, stokoja esminių socialinių įgūdžių, rečiau linkę keisti gyvenimą, rūpintis savo sveikata, dalyvauti sveikatos ugdymo renginiuose [99a]. Remiantis profesorius R. Malinausko atliktais tyrimais matyti, kad kiekvienais paauglystės metais didelės vidinės darnos vaikų skaičius mažėja, o vaikams iš rizikos grupių būdinga labai silpna vidinė darna [116]. Dr. doc. A. Petruolytė ir dr. doc. M. Pileckaitė-Markovienė nustatė neigiamą ryšį tarp ligos ir vidinės darnos lygio: sergančiųjų lėtinėmis ligomis vidinės darnos lygis yra žemesnis nei sveikųjų [117]. Buvo nustatyta, kad stiprios vidinės darnos asmenys yra linkę patys aktyviai rūpintis savo sveikata bei gydymu ir didelę dalį atsakomybės už savo sveikatą priskiria sau. Tiriant žmonių, sergančių įvairiomis lėtinėmis ligomis, vidinę darną nustatyta, jog visi sergantieji turi buitinių problemų, tačiau tie, kurių vidinės darnos lygis aukštas, geriau jaučiasi, geba lengviau pasirūpinti savimi bei geriau kontroliuoti savo sveikatą [117, 118, 119].

Suaugusių žmonių vidinė darna stabili ir ją pakeisti reikia labai didelių pastangų, todėl būtina vaikams ir jaunimui sudaryti aukštą jų vidinės darnos lygį formuojančią aplinką: glaudų bendravimą šeimoje, mokytojų ir auklėtojų pagalbą bei emocinę paramą, apsaugą nuo per didelio streso, nestabilumo, savigarbos ugdymą [109]. Tyrimais nustatyta, kad paauglių vidinė darna susijusi su daugeliu sveikatos rodiklių: laimingumu, vienišumu, fiziniu aktyvumu, subjektyviu sveikatos vertinimu, polinkiu į depresiją (liūdesiu, bloga nuotaika), nervine įtampa, miego sutrikimais dėl rūpesčių mokykloje [110]. Vidinė harmonija pasižymintys vaikai yra komunikabilūs, sąžiningi, pasitikintys savimi, emociškai stabilūs, aukštos savikontrolės, jų asmeninės savybės yra gerai suderintos [105]. Labai svarbus fizinis aktyvumas – jis teigiamai veikia psichinę ir fizinę sveikatą. Viena valanda fizinio aktyvumo naudinga ugdant jaunuolių psichinę sveikatą bei stiprinant vidinę darną [113]. Anot A. Stepaitienės (1999), žalą vaiko vidinės darnos formavimuisi daro dvasinių ir emocinių paskatų stygius, ypač kai vaikui trūksta dėmesio, pagarbos. Dažni konfliktai kelia pavojų vaiko vidinės darnos ugdymui ir daro žalą asmenybės formavimuisi. Kai sutrinka santarvė tarp vaikų ir suaugusiųjų, prarandamas pasitikėjimas ir ryšys. Tai pasireiškia uždarumu, atžagarumu, priešišku. Visa tai kaupiasi ir vieną kartą gali išsiveržti baisia neapykanta ir pykčiu. O tai toli gražu ne vidinė sveikata. Dideli reikalavimai ir lūkesčiai – ne tik suaugusiųjų, bet ir moksleivių bei

mažų vaikų problema (mokymosi krūviai, egzaminai, profesijos pasirinkimas ir kt.) [106]. Dažnai vaikai ir paaugliai patiria įvairių psichinių ir emocinių traumų bendraudami su bendraamžiais. Jeigu vaikas turi kokių nors fizinių, išorinių trūkumų, kiti vaikai pradeda užgaulioti, žeminti vieni kitus. Visa tai labai atsiliepia vaikų ir paauglių psichikai. Tokie vaikai tampa užsidarę, baikštūs, pasyvūs, liūdni ir nelaimingi, nesugeba atsispirti žalingiems įpročiams, pasireiškia destruktivus elgesys, elgesio normų nesilaikymas, mokymosi motyvacijos stoka, depresija, nerimastingumas, įskiepijamas nevisavertiškumo kompleksas, savęs nevertinimas, atsiranda polinkis nusikalsti. Tokių vaikų psichinės ir dvasinės savybės tarsi suparalyžiuojamos. Visi šie bei kiti emocijų ir elgesio sutrikimai – didelė psichologinė trauma, sunkinanti mokytojų darbą ir mokymosi procesą, neigiamai emociškai veikia kitus mokinius, trukdo mokslo pažangai, sklandžiam fiziniam, protiniam bei socialiniam brendimui bei pasirengimui tolesniam gyvenimo etapui. Todėl tėvai, pedagogai, o ypač sveikatos ugdytojai turi skirti dėmesį tokių vaikų sieloms gydyti, t. y. ugdyti vidinę darną, kad vidinės žaizdos nepadarytų daugiau žalos. Aukšta vidinė darna ir gera psichoemocinė savijauta yra viena svarbiausių normalios raidos, sėkmingo mokymosi ir sėkmingos adaptacijos prielaidų [106, 121].

Apibendrinant galima daryti išvadą, kad ugdant Lietuvos gyventojų, ypač vaikų ir jaunimo, sveikatą reikia siekti, kad būtų kuriama aukštą vidinės darnos lygį formuojanti socialinė aplinka (apsauganti nuo per didelio streso, nestabilumo ir t.t., taip pat būtinas tėvų, mokytojų ir sveikatos ugdytojų palaikymas), o sveikatinimo priemonės (pvz., fizinio aktyvumo skatinimas, sveikos mitybos, patyčių, konfliktų valdymo ir kt. paskaitos) būtų taikomos nuosekliai ir nuolat, o ne pripuolamai.

5.5. Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto edukacinė veikla mokykloje

Vaikų sveikatos ugdymas – tai žingsnis sveikesnės visuomenės ir valstybės link. Todėl mokyklose nuo 2004 m. diegiamu vaikų sveikatos priežiūros modeliu siekiama padėti mokiniui saugoti ir stiprinti sveikatą [127]. Supratimas, kad mokykla daro didelę įtaką jaunų žmonių sveikatos stiprinimui, nėra naujas, o sveikatos ugdymas mokykloje turi galias tradicijas [128]. Tačiau į bendrąsias mokymo programas įtrauktuose dalykuose dažniausiai aptariamos tik atskiros ligos ir su jomis susiję rizikos veiksniai – asmens higiena, rūkymas, svaigalų vartojimas, fizinis aktyvumas, mityba. O tokių reikšmingų veiksnių, kurie palaiko gerą sveikatą (saugi, sveikatai palanki aplinka, lytiškumo, savarankiškumo bei savivertės ugdymas ir kt.), aptarimui ir mokymui vis dar nėra skiriama pakankamai dėmesio [128]. Todėl nuo 2004 m. rugsėjo mėn. mokyklose įvesti visuomenės sveikatos specialistų etatai. Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto uždavinys

mokyklose – ne tik asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, bet ir ligų, traumų profilaktika, supratimo apie sveiką gyvenimą ugdymas [65, 127].

2005 m. gruodžio 30 d. LR sveikatos apsaugos ir švietimo ministrai patvirtino „Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašą“, kuris reglamentuoja sveikatos priežiūrą pradinėse, pagrindinėse, vidurinėse ir profesinėse mokyklose. Sveikatos priežiūra mokykloje vykdoma pagal mokyklos sveikatos priežiūros veiklos planą, kuris yra sudedamoji mokyklos metinės veiklos programos dalis. Veiklos plano projektą rengia mokyklos administracija kartu su specialistu, atsižvelgdama į mokyklos poreikius ir vykdomos visuomenės sveikatos priežiūros nacionalinius ir vietos prioritetus [65].

Mokinių sveikata besirūpinančių specialistų kompetenciją reglamentuojantis ministro nutarimas numato, kad sveikatos priežiūros specialistai turės padėti mokyklos administracijai šalinti veiksnius, galinčius mokiniams sukelti ligas, skatins juos maitintis sveikai, ugdyt sveikos mitybos įgūdžius, organizuos traumų ir nelaimingų atsitikimų, fizinio, psichologinio bei seksualinio smurto prevenciją. Organizuos pirminę lėtinių neinfekcinių ligų, sukiamų rūkymo, svaigalų ir narkotikų, profilaktiką, mokytojams, mokiniams ir jų tėvams teiks metodines konsultacijas sveikatingumo klausimais. Specialistas turės įgyvendinti užkrečiamųjų ligų profilaktikos bei priešepideminės priemonės, rūpintis moksleivių pervargimo profilaktika – stebėti mokymosi proceso organizavimą bei vertinti moksleivių ugdymo krūvį. Taip pat turi gebėti konsultuoti komplektuojant kūno kultūros užsiėmimų grupes, prižiūrėti fizinį auklėjimą, sporto varžybas. Bendradarbiauti ne tik su gydymo įstaigomis, bet ir su socialinės pagalbos bei vaiko teisių apsaugos tarnybomis. Ir, žinoma, kaip ir iki šiol, teiks pirmąją pagalbą [129].

Kaip rašo doc. L. Šumskas (2002), mokyklos sveikatos specialisto vaidmuo yra labai platus: nuo pirmos medicininės pagalbos suteikimo iki sveikatos dalykų mokymo bei socialinių problemų sprendimo [134]. Sveikatos priežiūros specialistai labai reikalingi dirbant bendrą prevencinį darbą, nes daugelis vaikų kamuojančių problemų pasireiškia sutrikus sveikatai. Specialistai turi aktyviai dalyvauti pirminėje infekcinių ir neinfekcinių ligų profilaktikoje. Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių profilaktikai. Šie veiksniai (padidintas arterinis kraujospūdis, rūkymas, antsvoris ir nutukimas, nepakankamas fizinis aktyvumas) dažnai nesukelia didesnių sveikatos sutrikimų paaugliams, tačiau lemia blogesnę gyvenimo kokybę ir ligas vyresniame amžiuje. Todėl sveikatos specialistas turi taikyti metodus, padedančius įtraukti mokinius į savo problemų sprendimą. Be abejo, pirmiausia jis turi pasiekti, kad paaugliai būtų suinteresuoti ne tik žinoti, bet ir tinkamai rūpintis savo asmens higiena, kurios laikantis išvengiama ne tik parazitinių ir infekcinių ligų, bet ir įgaunama pasitikėjimo savimi [134].

Doc. dr. N. Žemaitienė, prof. habil. dr. A. Zaborskis, doc. L. Šumskas (2001) rašo, kad mokyklos sveikatos specialistas – tai žmogus, besirūpinantis visapusiška vaiko dvasine ir fizine gerove. Jis

kaupia ir stebi mokinių sveikatos pokyčius, rodiklius, bendrauja su vaikais, todėl turi galimybę anksti atpažinti vaikų ir paauglių depresijos, patirto smurto ir prievartos, elgesio sutrikimų požymius. Mokyklos sveikatos specialistas neretai būna tas žmogus, pas kurį ateina pagalbos ieškantis vaikas, o savalaikė pagalba tokiais atvejais yra reikšmingas indėlis į jaunų žmonių rimtų sveikatos sutrikimų ir savižudybių prevenciją [136, 133]. Kad veikla būtų naudinga, o darbo laikas išnaudotas tinkamai, specialistas daugiausia dėmesio turi skirti tuo metu pačiai opiausiai problemai mokykloje spręsti [137]. HBSC tarptautinis kuratorius prof. C. Currie ir jo kolegės nustatė, kad mokinių nusikalstamo elgesio tikimybė ypač padidėja tais atvejais, kai paaugliai patiria patyčias. Su nuolat patiriamomis patyčiomis siejasi mokinių nerimas, mokyklos baimė, nelaimingumo bei nesaugumo jausmai. Mokyklose, kuriose sveikatos stiprinimo veiklai skiriama daug dėmesio, mokiniai rečiau patiria patyčias. Šiose mokyklose paaugliai, ypač mergaitės, jaučiasi saugiau [135, 136].

Kad sveikatinimo veikla mokykloje būtų naudinga, o panašaus lygio sveikatos stiprinimas būtų garantuotas visose ugdymo įstaigose, metodinės medžiagos rengimas yra pirmasis žingsnis žengiant į sveikatai palankios aplinkos kūrimą. Metodinė medžiaga padeda planuoti, tinkamai organizuoti, vykdyti sveikatos palaikymą bei stiprinimą mokykloje. Taip siekiama, kad vaikų ugdymo procese sveikata taptų prioritetine sritimi [130]. Visuomenės sveikatos specialistas, dirbantis mokykloje, turi gebėti pats organizuoti savo veiklos kryptis, o turėdamas gana daug skirtingų funkcijų, susijusių su mokyklos bendruomenės sveikatinimu, jis turi veikti racionaliai, apgalvotai ir efektyviai [137]. Kitas svarbus žingsnis – komandinis darbas ir veiksmingų priemonių, skatinančių mokyklos bendruomenę (tėvus, mokytojus) įsitraukti į sveikatinimo veiklą, taikymas [130]. Labai svarbus sveikatinimo veiksnys yra glaudus mokytojo ir sveikatos specialisto bendradarbiavimas, kai jų veikla papildo viena kitą arba jie abu pasidalija sveikatinimo veiklą į tam tikras sferas, kuriose nuosekliai veikia. Dr. Wolfgang ir A. Markham (2003) rašo, kad mokyklų sveikatos stiprinimo veikloje pirmumas turėtų būti skiriamas geriems sveikatos specialisto praktinės veiklos gebėjimams bei gebėjimui dirbti komandoje ugdyti ir organizuoti bei planuoti veiklą panaudojant kitus asmeninius įgūdžius bei gebėjimus. Taigi tinkama mokykloje dirbančio specialisto veikla, pačios mokyklos (kaip organizacijos) veiklumas ir pedagoginė praktika bei deklaruojamas palankus požiūris į sveikatinimo veiklų plėtojimą bendruomenėje yra sėkmingos sveikatinimo veiklos pagrindas mokykloje [131, 132].

Metodines rekomendacijas, skirtas mokyklos sveikatos specialisto veiklos organizavimui palengvinti bei rekomendacijas sveikatinimo projektų rengimui mokyklose 2006 m. rudenį išleido Valstybinis aplinkos sveikatos centras (VASC). Sveikatos problemų sprendimas bei bendruomenės sveikatingumo garantavimas rengiant ir įgyvendinant projektus – palyginti nauja sveikatos specialisto mokykloje veiklos kryptis. Šie projektai gali būti finansuojami ir iš valstybės, savivaldybių biudžeto, ir iš Europos Sąjungos lėšų. Gavus finansavimą programai vykdyti, galima

taikyti daug veiksmingesnes sveikatos ugdymo priemones, šviesti bendruomenę ir puoselėti jos bendruomeniškumą, visuomeniškumą bei užtikrinti bendradarbiavimą ne tik tarp skirtingų specialistų, bet ir tarp skirtingų kartų [130, 139].

Šį skyrių norėtume baigti Lietuvos mokslų akademijos ekspertės (1998 m. pelniusios tarptautinį UNESCO apdovanojimą už tyrimus aukštojo mokslo srityje) prof. habil. dr. P. Jucevičienės (2000) žodžiais, kad sveikatos priežiūra mokiniams turi būti aukščiausio lygio valstybės politikos prioritetas. Organizuoti tinkamą sveikatos priežiūrą mokiniams yra kiekvienos šalies politinė atsakomybė. Šio proceso neturi veikti laisvosios rinkos dėsniai. Sveikata turi būti aukščiau vaiko mokymosi rezultatų, svarbiau nei vartotojiškumo, konkurencijos principų taikymas (pvz., didesnio pelno siekis mokyklos valgyklos savininkui – nesveikos mokinių mitybos kaina, greitų užkandžių aparatai ir pan.) [138].

Vienas svarbiausių aspektų, lemiančių sveikatą yra gyvenimo būdas. Vaikų sveikatos stiprinimo edukacinės galimybės turėtų būti kuriamos sudarant aukštą vidinės darnos lygį formuojančią socialinę aplinką (apsaugančią nuo per didelio streso, nestabilumo ir t.t.). O mokinius siūloma ugdyti sveikatą stiprinančioje mokykloje, kurios tikslas – visų mokyklos bendruomenės narių sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas sudarant saugią aplinką. Į mokinių sveikatos stiprinimą turėtų įsitraukti pedagogai, tėvai, mokyklos sveikatos priežiūros specialistai bei visa mokyklos bendruomenė. Sveikatos edukacinėje veikloje turėtų būti taikomi metodai, padedantys įtraukti mokinius į savo problemų sprendimą, ypatingą dėmesį skiriant vaikų higieniniam auklėjimui ir mokymui. Kad sveikatinimo veikla mokykloje būtų naudinga, metodinės medžiagos rengimas yra pirmasis žingsnis žengiant į sveikatai palankios aplinkos kūrimą. Kitas svarbus žingsnis – komandinis darbas, glaudus bendradarbiavimas ir efektyvių priemonių, skatinančių mokyklos bendruomenę (tėvus, mokytojus) įsitraukti į sveikatinimo veiklą, taikymas. Sveikatos edukacinė veikla turėtų apimti įvairias sveikatinimo programas, projektus, renginius, akcijas, internetinius forumus.

IŠVADOS

Sveikatos politikos įgyvendinimo procesas susijęs su pagrindiniais Lietuvos žmonių sveikatos rodikliais, taip pat su visuomenės socialinių, ekonominių, politinių, teisinių ir aplinkos veiksnių integralia sąveika. Šių veiksnių plėtros svarbiausių elementų sąveikoje ir susiformavo nauja sveikatos politikos paradigma, kurios esminiais aspektais tapo teisinės aplinkos kūrimas, valdymo decentralizavimas, sveikatos draudimo įdiegimas, paslaugų teikimo restruktūrizavimas, o ypač pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas. Šis procesas taip pat apima sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumo ir infrastruktūros optimizavimo, kokybiškumo ir efektyvumo, saugumo, prieinamumo, laisvo pasirinkimo, lygių galimybių, solidarumo įgyvendinimą sveikatos sistemoje. Lemiamas vaidmuo numatytas gyventojų sveikatos mokymui ir sveikatos ugdymui, stiprinimui bei ligų prevencijai ir profilaktikai.

Vaikų sveikatos ypatumų mokslinės literatūros analizė įgalina nuspėti, kad šiandieninė mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo aplinka, būdas ir tempas sukuria nepalankias sąlygas sveikatai, ko pasekoje daug dažniau sergama. Todėl rekomenduojama sudaryti sąlygas užtikrinančias nuolatinę vaiko sveikatos priežiūrą mokykloje. Šis tikslas numato kasmetinius profilaktinius sveikatos patikrinimus. „Vaiko sveikatos pažymėjime“ nurodomas vaiko ūgis, svoris, fizinio išsivystymo įvertinimas procentiliniu metodu bei kūno masės indeksas, taip pat kraujospūdis, klausos ir regos būklė; pažymimi ir įvairių organizmo sistemų sutrikimai, jei tokių mokinys turi (kraujotakos, kvėpavimo, nervų, virškinimo, urogenitalinės, skeleto – raumenų, dantų, kraujo, odos ir jos priedu ir kt.).

Empiriniam tyrimui atlikti taikyta metodika: mokinių sveikatos vertinimas, remiantis profilaktiniais sveikatos patikrinimų pažymėjimais. Statistinė analizė, atlikta Exel programa skaičiuojant mokinių sergamumą 1000 profilaktiškai patikrinusių sveikatą. Naudoti duomenys iš mokinių sveikatos pažymėjimų, kuriuos užpildė gydytojai profilaktinių patikrinimų metu.

Atlikus Pasvalio rajono mokyklas lankančių mokinių sveikatos būklės analizę pagal vaiko sveikatos pažymėjimus pastebėtina, kad:

- ✓ nuo 2008 – 2010 m. mokyklose sumažėjo - 659 mokiniais;
- ✓ profilaktiškai patikrinusių sveikatą mokinių nuo 2008 – 2010 m. taip pat sumažėjo. 2010 m. sveikatą profilaktikai patikrino 471 mokiniu mažiau;
- ✓ nors bendras ir profilaktiškai patikrinusių sveikatą mokinių skaičius sumažėjo, tačiau sergamumo rodikliai nuo 2008 – 2010 m. padidėjo 94,04 atvejais 1000-iui mokinių;
- ✓ didžiausią mokinių sveikatos sutrikimų dalį sudaro regos sutrikimai. Nuo 2008 m. iki 2010 m. įvairių regos sutrikimų padaugėjo 17,86 atvejais, o miopijos sutrikimų padaugėjo – 32,48 atvejais 1000-iui mokinių;

- ✓ skeleto-raumenų sistemos sutrikimai bendro sergamumo suvestinėje pagal susirgimų skaičių 2008 - 2010 m. – antroje vietoje (2008 m. – šių ligų turėjo 15,44 proc. mokinių (707 mok.), 2009 m. – 16,5 proc. (736 mok.), 2010 m. - 16,43 proc. (675 mok.);
- ✓ visų trijų metų bendro sergamumo suvestinėje pagal susirgimų skaičių trečia vieta tenka dantų problemos. Pasvalio rajone mokinių turinčių šią problemą skaičius nuo 2008 metų iki 2010 metų išaugo dvigubai, t. y. dantų problemų padaugėjo 104,64 atvejais 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių;
- ✓ aktualiomis mokinių sveikatos problemomis taip pat išlieka ir nervų bei kraujotakos sistemos ligos. Psichosomatinė negalavimų nuo 2008 – 2010 m. padaugėjo 28,79 atvejais 1000-iui mokinių, t. y. 1,6 kartų, o kraujotakos sistemos sutrikimų 1000-iui mokinių jau tenka - 10,78 atvejų, t. y. 1,25 karto daugiau;
- ✓ analizuojant fizinio pajėgumo grupių rodiklius, akivaizdu, kad didžiausia mokinių dalis turi pagrindinę fizinio ugdymo grupę;
- ✓ tačiau, pastebėta, kad kasmet vis daugėja mokinių kuriems yra priskiriama parengiamoji fizinio pajėgumo grupė. Mokinių lankančių šią grupę nuo 2008 iki 2010 metų padaugėjo 50,78 atvejais 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių;
- ✓ specialiajai fizinio pajėgumo grupei priklausančių mokinių kasmet taip pat daugėja. Labiausiai padaugėjo mokinių lankančių šią fizinio pajėgumo grupę 2010 metais. Nuo 2008 iki 2009 metų padaugėjo 5,97 atvejais, nuo 2009 iki 2010 metų 12,24 atvejais 1000-iui sveikatą pasitikrinusių mokinių;

Vienas svarbiausių aspektų, lemiančių sveikatą yra gyvenimo būdas. Vaikų sveikatos stiprinimo edukacinės galimybės turėtų būti kuriamos sudarant aukštą vidinės darnos lygį formuojančią socialinę aplinką (apsaugančią nuo per didelio streso, nestabilumo ir t.t.). O mokinius siūloma ugdyti sveikatą stiprinančioje mokykloje, kurios tikslas – visų mokyklos bendruomenės narių sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas sudarant saugią aplinką. Į mokinių sveikatos stiprinimą turėtų įsitraukti pedagogai, tėvai, mokyklos sveikatos priežiūros specialistai bei visa mokyklos bendruomenė. Sveikatos edukacinėje veikloje turėtų būti taikomi metodai, padedantys įtraukti mokinius į savo problemų sprendimą, ypatingą dėmesį skiriant vaikų higieniniam auklėjimui ir mokymui. Kad sveikatinimo veikla mokykloje būtų naudinga, metodinės medžiagos rengimas yra pirmasis žingsnis žengiant į sveikatai palankios aplinkos kūrimą. Kitas svarbus žingsnis – komandinis darbas, glaudus bendradarbiavimas ir efektyvių priemonių, skatinančių mokyklos bendruomenę (tėvus, mokytojus) įsitraukti į sveikatinimo veiklą, taikymas. Sveikatos edukacinė veikla turėtų apimti įvairias sveikatinimo programas, projektus, renginius, akcijas, internetinius forumus.

REKOMENDACIJOS SKIRTOS ŠVIETIMO BEI SVEIKATOS POLITIKOS KŪRĖJAMS

Tarptautiniu mastu sukaupta mokslinė informacija akivaizdžiai įrodo, jog sprendžiant šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemas, būtina mobilizuoti visą visuomenę, visas sveikatą įtakojančias socialines bei ekonomines struktūras.

Reikėtų suformuoti tokią visuomenės sveikatos problemų sprendimo socialinės kontrolės sistemą, kuri skatintų visuomenę dalyvauti formuojant valstybės ir savivaldybių sveikatos politiką, padėtų kurti sveiką aplinką, skatintų žmones gyventi sveikai ir didintų sveikos gyvensenos motyvacijos efektyvumą, skatintų sveikatos draudimo organizacijas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigas orientuotis į ekonomiškai veiksmingesnes priemones, grindžiamas ligų profilaktika.

Reikia siekti, kad pirminė sveikatos priežiūra būtų kuo funkcionalesnė ir prieinamesnė ir būtų traktuojama kaip priemonė, padedanti užtikrinti šalyje sveikatos paslaugų teikimą bei leidžianti racionaliai naudoti ribotas lėšas, skiriamas sveikatos priežiūrai. Efektyvi pirminė sveikatos priežiūra gali padėti išspręsti 80 proc. visų šalies sveikatos problemų.

Kuo didesnę dėmesį skirti veikloms, susijusioms su individualių paslaugų teikimo prieinamumo ir kokybės gerinimu (pav., patarimų sveikatos klausimais teikimas, suteiktos informacijos suprantamumas ir pan.). Kadangi šios paslaugos yra reikšmingos formuojant tiek suaugusiųjų, tiek vaikų sveikatai palankaus elgesio motyvus.

Siekti, kad pagrindinės šiuolaikinės visuomenės sveikatos problemos būtų sprendžiamos ne vien medicinos pagalbos teikimu, o kartu pasitelkiant ir prevencines, profilaktines bei mokomąsias - ugdomąsias priemones.

Stiprinti mokytojų, tėvų, kito personalo bei visos mokyklos bendruomenės supratimą, jog mokykla daro didelę įtaką jaunų žmonių sveikatos stiprinimui. Ir į bendrąsias mokymo programas įtraukti ne tik dalykus apie atskiras ligas ir su jomis susijusius rizikos veiksnius bet ir tokius reikšmingus veiksnius, kurie palaiko gerą sveikatą (saugi, sveikatai palanki aplinka, lytiškumo, savarankiškumo bei savivertės ugdymas ir kt.).

Sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesas yra siejamas su pagrindiniais Lietuvos žmonių (tame tarpe ir vaikų) sveikatos rodikliais. Todėl būtina sugriežtinti ir užtikrinti mokinių profilaktinių sveikatos patikrinimų tvarką ir taip padidinti profilaktiškai sveikatą pasitikrinusių mokinių skaičių.

Ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių profilaktikai. Kadangi šie veiksniai (padidintas arterinis kraujo spaudimas, rūkymas, antsvoris ir nutukimas, nepakankamas fizinis aktyvumas ir pan.) nulemia blogesnę gyvenimo kokybę ir ligas vyresniame amžiuje.

LITERATŪRA

1. Proškuvienė, R. (2004). *Sveikatos ugdymo įvadas: metodinės priemonės*. Vilnius: VPU leidykla.
2. Šveikauskas, V. (2008). *Sveikatos edukologija: universiteto vadovėlis*. Kaunas: KMU leidykla.
3. Gustaitienė, L. (2003). *Sveikatos priežiūros politika ir organizacija: medžiaga paskaitomas sveikatos psichologijos specializacijos magistrantams*. Kaunas: VDU leidykla.
4. Jurgelėnas, A., Mačiūnas, E., Juozulynas, A., Venalis, A., Norvaišas, S. (2007). *Sveikatos socialinė plėtra*. Vilnius: Naujoji Matrica.
5. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpelė, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa.
6. Širinskienė, A., Narbekovas, A. (2007). *Medicinos etika: mokomasis leidinys*. Vilnius: UAB Baltijos kopija.
7. *Medicinos enciklopedija*. (1993). Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla.
8. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas: vadovėlis*. Vilnius: UAB Baltijos kopija.
9. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija (2001). *Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje*. Vilnius: KMU spaustuvė.
10. III priedas. *Sveikatos sistemos plėtros pagrindinės nuostatos*. 2008 m. rugsėjo 6 d. [žiūrėta 2010-09-15]. Prieiga internetu: http://www.tsajunga.lt/index.php/rinkimu_programa/359
11. Thieren, M. (2007). Health and foreign policy in question: the case of humanitarian action. *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (3), p. 218–224.
12. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo *Psichikos sveikatos strategija*. 2007 m. balandžio 3d. Nutarimu Nr. X–1070 [žiūrėta 2010-09-10]. Prieiga internetu: http://www.jppc.lt/?_nm_mid=TIN3M0xEQXNNQ3d3&_nm_lid=0
13. WHO. (2001). *The World Health Report: 2001: Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
14. Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategija. Bendrosios nuostatos. 2006 m. birželio 19 d. Nr. 600 Vilnius [žiūrėta 2010-09-5]. Prieiga internetu: <http://www.litlex.lt/scripts/sarasas2.dll?Tekstas=1&Id=48765>
15. Jakušovaitė, I., Povilaitis, R., Žekas, R. (2002). *Bendruomenių aktyvinimas sprendžiant sveikatos priežiūros etines problemas: mokomasis leidinys*. Kaunas [žiūrėta 2010-09-15]. Prieiga internetu: http://politika.osf.lt/visuomenes_sveikata/dokumentai/BendruomeniuAktyvinimas_SveikatosEtika.pdf

16. Ashford, N. (2003). *Laisvos visuomenės principai*. Vilnius: Aidai.
17. *AHA News*. (2008). Aspen Institute project issues 10 principles for health reform. Vol. 44 Issue 4, p3-3, 1/9p.
18. Dworkin, R. (1998). *Laisvė, lygybė, bendruomenė. Šiuolaikinė politinė filosofija. Antologija*. Vilnius.
19. Liublijanos chartija apie sveikatos apsaugos reformą Europoje. (1998). *Sveikata 21. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione*. Vilnius: LR SAM.
20. Dahl, R. A. (1989). *Demokratija ir jos kritikai*. Vilnius: Amžius.
21. Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press [žiūrėta 2010-09-05]. Prieiga internetu: <http://www.cupr.org/VI3/Storelli-VI3.pdf>
22. Beauchamp, L. T. (2007). *Principles of Health Care Ethics. Principles of Biomedical Ethics*, 4th edition. New York: Oxford University Press.
23. Buchanan, A. (1997). Health-care delivery and resource allocation. In R. Vealch (Ed.), *Medical Ethics*, 2nd edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
24. Buchanan, A., Brock, D., Daniels, N., Wikler, D. (2000). *From Chance to Choice: Genetics and Justice*. New York: Cambridge University Press.
25. Daniels, N. (2006). *Just Health*. New York: Cambridge University Press.
26. Powers, M., Faden, R. (2006). *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*. New York: Oxford University Press.
27. Jankauskienė, D. (2006). *Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvoje. Gydytojų menas* [žiūrėta 2010-10-01]. Prieiga internetu: <http://www.medicine.lt/index.php>
28. Jurgaitienė, L. (2004). *Medicininis auditas – budrus žvilgsnis į gydytojų kasdienybę. Gydytojų menas* Nr. 7 [žiūrėta 2010-10-13]. Prieiga internetu: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=gm&strid=1171>
29. Augustinienė, V. (2009). *Rezoliucija. Dėl Europos Pacientų Forumo Pacientų manifesto: Konferencija. Europos Pacientų Teisių Diena* [žiūrėta 2010-10-01]. Prieiga internetu: <http://www.pacientutaryba.lt>
30. *Sveikatos paslaugų administracijos 2007–2012 m. Nacionalinė tarpkultūrinė sveikatos strategija. Dokumento santrauka ir rekomendacijos* [žiūrėta 2010-09-29]. Prieiga internetu: [http://www.integration.ie/website/omi/omiwebv6.nsf/page/AXBN-7ZFLGP154546-en/\\$File/NIHS_Summary_Lithuanian%5B1%5D.pdf](http://www.integration.ie/website/omi/omiwebv6.nsf/page/AXBN-7ZFLGP154546-en/$File/NIHS_Summary_Lithuanian%5B1%5D.pdf)
31. Lietuvos Respublikos Pacientų Teisių ir Žalos Sveikatai Atlyginimo Įstatymas (1996). *Žinios*, Nr. 102-2317. Vilnius [žiūrėta 2010-09-28]. Prieiga internetu: http://www.medicinoszala.lt/main.php?page=pacientu_teisiu_ir_zalos_sveikatai_atlyginimo_istatymas

32. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas, 2004 m. liepos 13 d. Nr. IX-2361 [žiūrėta 2010-10-10]. Prieiga internetu: <http://www.drugys.lt/dokumentai/istatymai/101-pacientu-teisiu-ir-zalos-sveikatai-atlyginimo-istatymas>
33. Rawls, J. (2002). *Politinis liberalizmas*. Vilnius: Eugrimas.
34. Mill, J. S. (1995). *Apie laisvę*. Vilnius: Pradai.
35. Wulff, H. R., Pedersen, S. A., Rosenberg, R. (2001). *Medicinos filosofija*. Kaunas: Spindulys.
36. Kriebel, D., Tickner, J. (2001). Reenergizing public health through precaution. *Am J Public Health*, 91, p.1351–1361.
37. Callahan, D., Jennings, B. (2002). Ethics and public health: forging a strong relationship. *Am J Public Health*, 92, p. 169–176.
38. Bayer, R., Fairchild, A. L. (2004). The genesis of public health ethics. *Bioethics*, 18, p. 473–492.
39. Europos Sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą (2010). *Pacientų saugumas. Sveikata – ES* [žiūrėta 2010-10-05] **a**
 Europos Sąjungos portalas apie sveikatos apsaugą (2010). *Kokybės užtikrinimas. Sveikata – ES*. [žiūrėta 2010-10-07] **b**
 Prieiga internetu: http://ec.europa.eu/health_eu/care_for_me/index_lt.htm
 Prieiga internetu: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/quality_assurance/index_lt.htm
40. Kuzavinis, K. (1996). *Lotynų-lietuvių kalbų žodynas*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla.
41. *Tarptautinių žodžių žodynas*. (2003). Vilnius: Alma littera.
42. Jennings, B. (2007). Community in public health ethics. In R. E. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper, J. R. McMillan (Eds.), *Principles of health care ethics*. 2. New York: John Wiley & Sons; p. 543–548.
43. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos privalomos Lietuvos Respublikoje nuolat gyvenantiems asmenims. (1996). *Žinios*, Nr. 55–1287; 2002, Nr. 123 – 5512) [žiūrėta 2010-10-07]. Prieiga internetu: <http://www.vmi.lt/lt/?itemId=10818258>
44. *Valstybinė ligonių kasa prie sveikatos apsaugos ministerijos. 2009 metų veiklos ataskaita*. 2010-02-01 r. 8K-1 Vilnius, Kalvarijų 147 [žiūrėta 2010-11-10]. Prieiga internetu: <http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=121>
45. Chasin, M., Galvin, R. (1998). The urgent need to improve health care quality. *JAMA*. 280, p. 1000–1005.
46. Janušonis, V. (2004). Sveikatos priežiūros organizacijų kokybės sistemų valdymas. *Sveikatos mokslai*, Nr. 1.

47. Naylor, J. (1999). *Management*. Harlow: Prentice Hall.
48. Janušonis, V., Asadauskienė, J. (2006). Kokybės gerinimas sveikatos priežiūros organizacijose: šešių sigma metodologija. *Sveikatos mokslai*, Nr.:3.
49. Miller, R. (1991). Holism and Meaning: Foundations for a Coherent Holistic Theory. *Holistic Education Review*, 4 (3).
50. Kriščiūnas, A. (2005). Holistinis požiūris reabilitacijoje. *Medicinos teorija ir praktika*, 1 (41), p. 10.
51. Smilga, E., Janušonienė, K. (2005). Sveikatingumo koncepcija ir jos taikymas strategiškai valdomoje sveikatos apsaugos sistemoje. *Tiltai*, 1, p. 45.
52. *Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programa* (2001, Nr. 941 (Žin., 2001, Nr. 66-2418; 2006, Nr. 70-2574) [žiūrėta 2010-10-14]. Prieiga internetu:
http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/paveiksleliai/SAM_2008-02-29Nr._V-160%28200.pdf
53. Mačiūnas, E., Silickas, V., Petkevičius, R., Čelkis, P., Juozulynas, A. (2010). Kai kurie visuomenės sveikatos rizikos veiksnių valdymo organizavimo aspektai Lietuvoje 1992 metais. *Sveikatos mokslai*, 5 (3512–3518).
54. Mačiūnas, E., Kalinauskas, R., Bučionis, V., Silickas, V. (1990). Administracinė higiena. Kokia ji turi būti? *Medicina*, 2 (26).
55. Juozulynas, A. (2001). *Gyvenimo kokybės įvertinimo programa 2001–2004 metų programa*. Vilnius.
56. Gudžinskienė, V., Česnavičienė, J., Suboč, V. (2007). *Sveikos gyvensenos ugdymas mokykloje. Tyrimo ataskaita* [žiūrėta 2010-10-25]. Prieiga internetu:
http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/SVEIKOS%20GYVENSENOS%20UGDYMAS%20MOKYKLOSE.pdf
57. Petrauskienė, A., Žydžiūnaitė, V., Merkys, G. (2005). Slaugos specialistas kaip sveikatos ugdytojas mokykloje: vaidmenų specifika sovietmečiu. *Sveikatos mokslai*, 3, p. 28–34.
58. Simonaitienė, B. (2003). *Mokykla – besimokanti organizacija: monografija*. Kaunas: Technologija.
59. Sveikata visiems XXI amžiuje (1998). *Pagrindiniai PSO visuomenės Sveikatos priežiūros principai Europos regione*. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.
60. *Ketvirtoji ministrų konferencija aplinkos ir sveikatos apsaugos klausimais. Europos vaikų aplinkos ir sveikatos veiksmų planas. Budapeštas, Vengrija, 2004 birželio 23–25* [žiūrėta 2010-10-25]. Prieiga internetu: http://oldvasc.sam.lt/veiksmu_planas.pdf
61. Vaiko teisių konvencija (Convention on the Rights of the Child). (1995). Priimta Generalinės

- Asamblėjos 44/25 rezoliucija pagal trečiąjį komiteto pranešimą. *Valstybės žinios*, 60, 1501.
62. Pusvaškis, J. (2002). *UNICEF – už vaikų teises (UNICEF – for the Rights of the Child)*. Vilnius: UNICEF.
63. Davidavičienė, A. G., Bulotaitė, L., Trakinskiėnė, L., Lekaravičienė, A. (2000). *Gatvės vaikų, esančių institucijose, svaiginančių medžiagų vartojimo ir seksualinio elgesio greitas įvertinimas bei atsakas*. Vilnius.
64. Unicef Lietuva. (2009). *Susivienykime dėl vaikų* [žiūrėta 2010-10-25]. Prieiga internetu: http://www.unicef.lt/inicef_lietuvoje/
65. Jukšlienė, V., Ustilaitė, S., Proškuvienė, Kalibatas, J., Naudžiutė, S. (2006). 11–12 klasių mokiniu sveikata ir jos pokyčiai per 5 metus. Mokslinio tyrimo ataskaita. Iš: *Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija* [žiūrėta 2010-10-25]. Prieiga internetu: http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/11_12_moks_sveik.pdf
66. Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. v-1035/isak-2680. (2005). *Valstybės žinios*, 153–5657.
67. Jankauskas, R., Jurkuvėnas, V., Genienė, Š. (2008). *Higienos institutui du šimtai metų*. Vilnius: Higienos institutas.
68. Keniauskytė, J., Čepulis, R., Stukas, R. (2009). Lietuvos sveikatos programos demografinių ir sveikatos rodiklių įvertinimas 1997–2008 m. ir palyginimas su Europos Sąjungos šalimis. *Visuomenės sveikata*, 2 (45), p. 20–27.
69. Gudžinskiėnė, V., Česnavičienė, J. (2002). Sveikatos ugdymas bendrojo ugdymo sistemoje. *Pedagogika*, 60.
70. *II Nacionalinės konferencijos „mokslas – žmonių sveikatai“ rezoliucija dėl Lietuvos sveikatos mokslų politikos 2009 m. balandžio 7 d. Kaunas*. Prieiga internetu: <http://193.219.47.10/mokslo-lietuva/node/1743>
71. *European strategy for child and adolescent health and development*. (2005). EUR/05/5048378, World Health Organization.
72. *World Health Organization. History of WHO* [žiūrėta 2010-11-01] **a - 74**
World Health Organization. About WHO [žiūrėta 2010-11-01] **b - 75**
<http://www.who.int/about/history/en/index.html>
<http://www.who.int/about/en/>
73. *World Health Organization (WHO)* [žiūrėta 2010-11-05]. Prieiga internetu: <http://www.faqs.org/nutrition/Smi-Z/World-Health-Organization-WHO.html>
74. Andrijauskaitė, D. (2007). *Gydymo menas*, Nr 2.
75. Sargautytė, R. *Žmogus ir jo liga*. Prieiga internetu:

<http://ausis.gf.vu.lt/mg/nr/2002/02/02liga.html>

76. *Regnum Est: valstybė ir konstitucija*. (2010). 1990 m. kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20. Liber Amicorum Vytautui Lanzauskiui.
77. Hardey, M. (1998). *The Social Context of Health*. Buckingham Philadelphia: Open University Press.
78. Grabauskas, V. J. (1997). Sveikatos politikos formavimas Lietuvoje. *Medicina*, 11 (33), p. 3–10.
79. Murauskienė, L. (2000). *Sveikatos priežiūros valdymas. Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektoriaus socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
80. Slavickienė, A., Novošinskienė, A. (2007). Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos finansavimo įvertinimas. *Vagos*, 74 (27).
81. Zubrickienė, A. (.....). Sveikatos draudimo raidos tyrimas Lietuvoje [žiūrėta 2010-11-05]. Prieiga internetu: <http://jga.lt/index.php?page=dokumentai>
82. Alma Ata (1978). *Primary health care. Health for all series. Vol. 1*. Geneva: WHO.
83. Pridėtinės vertės mokesčiu neapmokestinamos sveikatos priežiūros paslaugos. 2004 m. gegužės 1 d. [žiūrėta 2010-11-10]. Prieiga internetu: <http://www.vmi.lt/lt/?itemId=1007557&print=1>
84. *Psichikos sveikatos strateginis projektas. 2006 m. spalio 24 d. Valstybinė psichikos sveikatos 2005–2010 metų strategija. Bendrosios nuostatos* [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: http://psichiatrija-burelis.xz.lt/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=63
85. *ŽALIOJI KNYGA. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. 2005.10.14 Briuselis* [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_lt.pdf
86. Lietuvos medicinos kronika. (2009). *Psichikos sveikatos centro rūpestis – gera žmonių sveikata*, Nr. 20 (102) [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=lmk&strid=8227>
87. Kvietkienė, D. (2009). *Lietuvos socialinių pedagogų asociacija. Psichikos sveikatos situacija, problemos ir perspektyvos* [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: <http://www.lspa.lt/lt/straipsniai/12-psichikos-sveikatos-situacija-problemos-ir-perspektyvos>
88. Psichiatrijos žinios. (2005). Valstybės psichikos sveikatos 2006–2010 metų strategija. *Lietuvos psichiatrijos asociacijos specializuotas informacinis leidinys gydytojams*, 12, Nr. 5–6 (36–37) [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: http://www.psichiatrija.lt/uploads/File/psichiatrijos%20zinios%202005_5.pdf

89. King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. et al. (1996). *The Health of Youth. A cross-national survey*. Copenhagen: WHO, European Series No. 69.
90. Voronaja, N. (2007). Vaikų ir paauglių psichiatrija: aktualijos ir sprendimo būdai. *Nervų ir psichikos ligos*, Nr. 5 [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: <http://www.medicine.lt/index.php?pagrid=leidiniai&subid=npl&strid=6726>
91. *2007–2013 metų Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros strategija. 2006 m. rugsėjo 25 d.* (2007) [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: <http://www.sveikatos-biuras.lt/pdf>
92. *Kaišiadorių visuomenės sveikatos biuras* [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: <http://www.kaisiadorysvsb.lt/istorija/>
93. Kalėdienė, R. (2004). Šiuolaikinės sveikatos vadybos svarba Lietuvos sveikatos sistemos reformos sėkmei. *Medicina*, Nr. 40 (9) [žiūrėta 2010-11-15]. Prieiga internetu: <http://medicina.kmu.lt/0409/0409-111.pdf>
94. Šarkinaitė, L. (2006). Globalizacijos procesas ir depresija. *Nervų ir psichikos ligos*, Nr. 1 (21) [žiūrėta 2010-11-18]. Prieiga internetu: http://www.e-library.lt/resursai/Ziniasklaida/Medicine/Gydymo_menas/nervai_2006_1%2821%29.pdf
95. Zaborskis, A., Dumčius, S. (1996). Lietuvos moksleivių fizinio aktyvumo ypatumai. *Visuomenės sveikata*, 2, p. 16–22.
96. *Aukštesniųjų klasių mokinių sveikata: pokyčiai per penkerius metus.* (2007). Parengė S. Balevičienė, L. Paurienė. Vilnius: Švietimo aprūpinimo centras [žiūrėta 2010-11-25]. Prieiga internetu: http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/pr_analize/mokiniu_sveikata.pdf
97. Myers, J. E., Sweeney, T. J., Witmer, J. M. (2000). The Wheel of Wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development*, 78, p. 251–266.
98. Myers, J. E., Sweeney, T. J. (2005). Introduction to wellness theory. In J. E. Myers, T. J. Sweeney (Eds.), *Counseling for wellness* (pp. 7-15). Alexandria: American Counseling Association.
99. Javtokas, Z. (2010). *Sveikatos stiprinimo konspektas* [žiūrėta [2010.11.25]. **a - 104**
Prieiga internetu: <http://vasc.sam.lt/index.php?-95799454>
Javtokas, Z. (2010). *Sveikata palaikančios aplinkos kūrimas, programos ir projektai*. Valstybinis aplinkos sveikatos centras [žiūrėta 2010-11-29]. **b - 105**
Prieiga internetu <http://vasc.sam.lt/index.php?-95799454>
Javtokas, Z. (2010). *Sveikatos ugdyimas ir mokymas. Mokymo formos ir metodai*. Valstybinio aplinkos sveikatos centro Sveikatos mokykla [žiūrėta 2010-12-03]. **c - 108**
Prieiga internetu: <http://vasc.sam.lt/index.php?-95799454>
100. Stepaitienė, A. (1999). *Sveika gyvensena*. Vilnius: LSIC.

101. Adaškevičienė, A. (1999). *Vaikų sveikatos ugdymas pedagoginiu aspektu*. Vilnius: LSIC.
102. Šapokienė, L., Jansonienė, A., Astrauskienė, A., Gaigalienė, G., Paliušienė, V. (2007). *Sveikos gyvensenos pagrindai: mokomoji knyga*. Kaunas: Technologija.
103. Kandratavičiūtė, L., Jasiūnas, V., Kandratavičius, Č. (2007). Kūno laikysenos sutrikimai tarp jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų. *Medicinos teorija ir praktika*, 13 (4).
104. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Soc. Sci. Med*, 36, p. 725–733.
105. Pileckaitė-Markovienė, M. (2004). *Vidinė darna ir jos raiškos vaikystėje savitumai*. Vilnius: Vilniaus pedagoginis universitetas.
106. Stepaitienė, A. (1999). *Sveika gyvensena*. Vilnius: Lietuvos sporto centras. + 111
107. Valickas, G. (1991). *Asmenybės savęs vertinimas*. Vilnius: VU.
108. Eriksson, M., Lindstrom, B., Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? *J Epidemiol Community Health*, 61 (8), p. 684–688.
109. Javtokas, Z., Lindström, B., Žagminas, K. (2004). Sense of coherence and awakening pattern: evidence from the population survey in Lithuania. *Visuomenės sveikata*, 3 (26), p. 46–50.
110. Malinauskas, R., Dumčienė, A., Šniras, Š., Vyšniauskytė-Rimkienė, J., Malinauskienė, V. (2008). Rizikos grupės vaikų socialiniai įgūdžiai ir vidinė darna. *Sveikatos mokslai*, 3, p. 1658–1661.
111. King, A., Boyce, W. F, King, M. A. (1999). *Trends in the Health of Canadian Youth*. Canada: Health Canada.
112. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. 2007.03.30. Užsakovas: LR Sveikatos apsaugos ministerija. Vykdytojas: UAB „Eurointegracijos projektai“ [žiūrėta 2010-12-08]. Prieiga internetu: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/fm/failai/Ataskaitos/BPD_vertinimo_ataskaitos/SAM_32.pdf
113. Jackson, A. W., Morrow, J. R., Hill, D. W., Dishman, R. K. (2004). Physical activity for health and fitness. *Human Kinetics*, 3, p. 271–293.
114. Myers, D. G. (2008). *Psichologija*. Kaunas: Poligrafija ir informatika.
115. Gradeckienė, S., Šumskas, L. (2002). *Neįgalių ir specialiųjų poreikių vaikų integracija į bendrojo lavinimo mokyklų bendruomenes: mokomoji knyga*. Kaunas: Mažoji poligrafija.
116. Malinauskas, R., Malinauskienė, V., Dumčienė, A., Šniras, Š. (2008). Rizikos grupės vaikų esminiai socialiniai įgūdžiai ir vidinė darna. *Sveikatos mokslai*, 5, p. 1935-1938 [žiūrėta 2010-12-12]. Prieiga internetu: <http://www.nkd.lt/lt/Informacine-medziaga/kita-informacija/moksliniai-straipsniai/>

117. Petrulytė, A., Pileckaitė-Markovienė, M., Lazdauskas, T. (2007). Lėtinėmis ligomis sergančių ir sveikų suaugusiųjų sveikatos kontrolės lokuso ir vidinės darnos ypatumai. *Psichologija*, 35, p. 32-41 [žiūrėta 2010-12-12]. Prieiga internetu: <http://www.leidykla.vu.lt/mokslo-darbai/psichologija/psichologija-2007-35-tomas/>
118. Fok, K., Chair, S. Y., Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), p. 173–181.
119. Leksell, J. K., Wikblad, K. F., Sandberg, G. E. (2005). Sense of coherence and power among people with blindness caused by diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 67 (2), p. 124–129.
120. Struempfer, D. J. W., Gouws, J. F., Viviers, M. R. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, 12, p. 457–481.
121. Obelenis, V., Bujevičiūtė, R., Malinauskienė, V. (2006). Miesto ir rajono vidurinių mokyklų XI–XII klasių moksleivių psichoemocinis stresas, jo ryšys su gyvensena ir sveikata. *Sveikatos mokslai*, 4.
122. *LRS nutarimas dėl valstybės ilgalaikės raidos strategijos* (2002). *Žinios*, Nr. IX-1187, Vilnius.
123. Ašmenskas, J., Bitė, A., Kisielius, Š. ir kt. (1982). *Higiena: vadovėlis*. Vilnius: Mokslas.
124. Šopauskas, J., Kviklys, V., Lazutka, P., Rauba, J., Vitkus, V. (1966). *Higiena: vadovėlis*. Vilnius: Mintis.
125. Berg-Kelly, K. (2003). Adolescent health, school health activities, community contexts, and health surveys in Sweden. *Journal of Adolescence Health*, 33 (4), 226–230. (PubMed-indexed for MEDLINE).
126. *2003 m. liepos 4 d. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu patvirtintos Valstybinės švietimo strategijos 2003–2012 metų nuostatos* [žiūrėta 2010-12-20]. Prieiga internetu: <http://www.smm.lt/strategija/docs/vss/VSS%20ataskaita%2005-05.pdf> **A (a)**
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Ką reikia žinoti apie mokinių sveikatos tikrinimą? Informacija atnaujinta: 2009-04-29 [žiūrėta 2010-12-20] **a (b)**
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos sveikatos programa. Informacija atnaujinta: 2009-05-04 [žiūrėta 2011-01-05] **b (c)**
 Prieiga internetu:
http://www.sam.lt/go.php/lit/Ka_reikia_zinoti_apie_mokiniu_sveikatos_/482/1
http://www.sam.lt/go.php/lit/Lietuvos_sveikatos_programa/577
127. Sketerskienė, R. (2010). *Sveikatos priežiūra mokykloje: reformos lūkesčiai ir realijos* [žiūrėta 2010-12-22]. Prieiga internetu: <http://www.ljtc.lt>

128. Jociūtė, A. (2002). *Sveikatos stiprinimo ir ugdyimo veiklos veiksmingumo Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklose įvertinimas: daktaro disertacija*. Vilnius.
129. Budvytienė, G. (2004). *Mokinių sveikata – nepasirengusių specialistų rankose*. Kauno diena.lt [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://kauno.diena.lt/dienrastis/kita/mokiniu-sveikata-nepasirengusiu-specialistu-rankose-21672>
130. Mačiūnas, E., Mikulskienė, R., Mačiūnienė, R. (2006). *Mokyklos sveikatinimo projektų vadyba: metodinės rekomendacijos*. Vilnius.
131. Lightfoot, J., Bines, W. (2005). Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *Journal of Attention Disorders*, 9 (1), p. 354–368.
132. Markham, W. A., Aveyard, P. (2003). Effectiveness of abstinence-only intervention in middle school teens. *Soc Sci Med*, 56 (6), p. 1209–1220.
133. Žemaitienė, N., Zaborskis, A., Šumskas, L. (2001). *Moksleivių psichologinės krizės: Smurtas, prievarta, savižudiški ketinimai: metodiniai patarimai mokyklų slaugos specialistėms ir visuomenės sveikatos fakulteto sveikatos edukologijos magistrantams*. Kaunas.
134. Šumskas, L., Zaborskis, A. (2002). *Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių įvertinimas ir koregavimas mokyklos medicinos punkte: mokomoji knyga*. Kaunas.
135. Zaborskis, A., Lenčiauskienė, I., Klibavičius, A. (2005). Sveikatos stiprinimas mokykloje ir moksleivių gyvenama. *Visuomenės sveikata*, 2 (29), p. 34–40.
136. Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. et al. (2004). Young People's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. *Health Policy for Children and Adolescents, WHO*, 4. p. 63–71, 133–143.
137. Europos Sąjungos oficialusis leidinys (2008 7 3) L - 173/27 Komisijos sprendimas: 2008 m. birželio 20 d. iš dalies keičiantis Sprendimą Nr. 2004/858/EB, siekiant „Visuomenės sveikatos programos vykdomąją įstaigą“ pakeisti „Sveikatos ir vartotojų reikalų vykdomąja agentūra“ (2008/544/EB) [žiūrėta 2011-01-01]. Prieiga internetu: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:173:0027:0029:LT:PDF>
138. Jucevičienė, P., Lepaitė, D. (2000). Kompetencijos sampratos erdvė. *Socialiniai mokslai*, 1, p. 22.
139. Mačiūnas, E., Mikulskienė, R., Mačiūnienė, R. (2006). *Sveikatos priežiūros specialisto, dirbančio mokykloje, darbo planavimas: metodinės rekomendacijos*. Vilnius.
140. Lindstrom, B. (1995). For the best interests of the child – UN Convention on the rights of the child. In B. Lindstrom, N. Spencer (Eds.), *Social paediatrics* (pp. 36-44). Oxford.
141. Šaltenienė, J. (2010). *Mokinių profilaktinis sveikatos patikrinimas gali vykti visus metus*. *Elektrėnų kronika. Nepriklausomas e-laikraštis* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu:

- <http://www.kronika.lt/index.php/naujienos/968-mokini-profilaktinis-sveikatos-patikrinimas-gali-vykti-visus-metus>
142. *Kasmetiniai vaikų sveikatos patikrinimai yra privalomi ir nemokami (2010 Liepa 10). Teisės forumas. It* [žiūrėta 2011-01-04]. Prieiga internetu:
<http://www.teisesforumas.lt/index.php/idomybes-ir-naudinga-informacija/1376-kasmetiniai-vaik-sveikatos-patikrinimai-yra-privalomi-ir-nemokami-.html>
 143. Friis-Hasche, E. (1999). *Child oral health care*. Copenhagen: Univ. Press.
 144. Antunes, L. S., Antunes, L. A., Corvino, M. P. (2008). Educative practices and attitudes within the pre-school environment: evaluating the education professionals. *Braz Oral Res*, 22 (4), p. 340–345.
 145. Juodvalkienė, R., Gulbinienė, J. (2010). Moksleivių įgūdžiai ir žinios apie dantų ir burnos priežiūrą. *Sveikatos mokslai*, 1 (67), p. 2924–2928.
 146. Rrazmienė, J., Milčiuvienė, S. (2009). Kauno miesto 7–8 metų amžiaus moksleivių burnos būklės analizė. *Sveikatos mokslai*, 3 (63), p. 2419–2424.
 147. *Vaikų ortopedija. Kas yra skoliozė?* (2009) [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu:
http://www.vaikuortopedija.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=48:skolioze&catid=31:pagrindinis&Itemid=44
 148. Bružienė, V. (2011). *Kodėl sutrinka vaikų laikysena?* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu:
<http://www.bruzienesklinika.lt/index.php?cid=341>
 149. *Vaivorykštė. Laikysena* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu:
http://www.vaivorykste.puikiai.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=26:laikysena&catid=2:vaik-sveikata&Itemid=34
 150. Šakių rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras. (2008). *Neinfekcinės ligos ir traumos. Mokinių laikysena* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu:
<http://www.sakiaivsb.lt/9306/mokiniu-laikysena/?read=2681>
 151. Nissinen, M., Heliovaara, M., Tallroth, K., Poussa, M. (1989). Trunk asymmetry and scoliosis. *Acta Paediatr Scand*, p. 747–753.
 152. Nissinen, M., Heliovaara, M., Ylikoski, M., Poussa, M. (1982). Trunk asymmetry and screening for scoliosis: a longitudinal cohort study of pubertal schoolchildren. *Acta Paediatr*, p. 77–82.
 153. Kandratavičiūtė, L., Jasiūnas, V., Kandratavičius, Č. (2007). Kūno laikysenos sutrikimai tarp jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų. *Medicinos teorija ir praktika*, 13 (4), p. 503–506.
 154. Bobrova, L., Imbras, D., Milunas, E., Petrauskaitė, J. (2001). *Sportinių traumų prevencija kūno kultūros pamokose ir pratybose*. Šiauliai: UAB „Raštekla“.
 155. Karalevičienė, J. (2007). Kad pramogos nesibaigtų traumomis. *Sveikatos ABC*, 5, p. 18–19

- [žiūrėta 2011-01-04]. Prieiga internetu: <http://www.sveikatosabc.lt/pdf/2007/abc200705.pdf>
156. Bėmeris, D. (1989). *Sportinės traumos*. Vilnius: Mokslas.
157. Bergeron, D., Green, W. (2000). *Treneriui apie sportines traumas*. Vilnius: Lietuvos sporto informacijos centras.
158. Šiandien – pasaulinė regėjimo diena. (2008). Sveikatos apsaugos ministerija. *Medicina žmogui SOS 03* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: http://www.sos03.lt/Naujienos/Pasaulyje/Siandien_%E2%80%93_Pasauline_regejimo_diena
159. *Vieni iš dažniausių vaikų negalavimų – regos sutrikimai (2007–2008)* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://www.arsa.lt/?action=content.712&id=193>
160. *Kad regėjimo sutrikimai neužkirstų kelio sėkmei mokykloje* (2008) [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://blog.lasik.lt/kad-regejimo-sutrikimai-neuzkirstu.html>
161. Akių ligos. Trumparegystė (miopa). Toleriaregystė (hipermetropija). Astigmatizmas. Žvairumas (2007–2010). *Mano sveikata. Lt* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://www.manosveikata.lt/lt/ligos/akiu-ligos/trumparegyste-miopia/>
<http://www.manosveikata.lt/lt/ligos/akiu-ligos/toliaregyste-hipermetropija/>
<http://www.manosveikata.lt/lt/ligos/akiu-ligos/astigmatizmas/>
<http://www.manosveikata.lt/lt/ligos/akiu-ligos/zvairumas/>
162. Verkauskienė, R. *Vaikų nutukimas*. KMUK, Vaikų endokrinologijos skyrius [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://kmuk.lt>
163. Petrauskienė, A. *Lietuvos vaikų augimo/nutukimo stebėseną*. KMU [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://www.panevezysvsb.lt>
164. Svarbiausios vaikų nutukimo priežastys (2006). Kaip apsaugoti vaikus nuo nutukimo. *Medicina ir dar kai kas visiems* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://www.medicinavisiems.lt/Vaik%C5%B3-sveikata/Svarbiausios-vaik%C5%B3-nutukimo-priežastys.html>
<http://www.medicinavisiems.lt/Vaik%C5%B3-sveikata/Kaip-apsaugoti-vaikus-nuo-nutukimo.html>
165. Antsvoris ir nutukimas. (2010). *Sveikas. Lt* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://www.sveikas.lt/svarbu/straipsniai/aktualijos/antsvoris-ir-nutukimas/>
166. *Fizinis aktyvumas šiuolaikinio žmogaus gyvenime* [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Mityba_ir_fizinis_aktyvumas/Fizinio_aktyvumo_apibudinimas/Fizinis_aktyvumas_siuolaikinio_zmogaus_gyvenime.pdf
167. Kučinskaitė, J. (2009). Lietuvoje tik kas trečias vaikas yra visiškai sveikas. *Veidas*, 2009 08 31, p. 30, 31 [žiūrėta 2011-01-03]. Prieiga internetu: <http://www.vaikulinija.lt/index.php/ziniasklaida2009/20090831/>

168. Abromavičienė, S., Vaitkevičius, J. V., Bakanovienė, T. (2009). Šiaulių miesto visuomenės sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į sveikatos reformą mokyklose įvertinimas. *Visuomenės sveikata*, 3 (46), p. 71–81.
169. Žagminas, K., Šurkienė, G., Stukas, R., Vadeikienė, G., Nariūnas, G., Šilys, A. (2009). Sveikatos rizikos veiksnių paplitimas tarp Vilniaus miesto vidurinių mokyklų 9–12 klasių mokinių 2001 ir 2006 metais. *Medicinos teorija ir praktika*, 15 (1), p. 45–52.
170. Pugačiauskas, V. (2000). *Globalizacija ir Lietuvos ekonominė politika* [žiūrėta 2010-11-12]. Prieiga internetu: <http://www.oocities.com/vykintas/m2mpa.html>
171. Bauman, Z. (2007). *Globalizacija: pasekmės žmogui*. Vilnius.
172. Stegert, M. B. (2008). *Globalizacija: labai trumpas įvadas*. Vilnius: Eugrimas;
173. Davies, K., Campbell, A. (2004). *Žinynas apie nugarą, kaulus, sąnarius*. Vilnius: Aktėja.
174. *Sveikas žmogus. Nervų sistemos ligos*. Prieiga internetu:
<http://www.sveikaszmogus.lt/index.php?pagrid=ligos&rodyti=kat&sritiesid=12>
175. Ligos priežastis – kraujotakos sutrikimas [žiūrėta 2011-04-10]. Prieiga internetu:
<http://www.medicinavisiems.lt/Negalavimai/Ligos-priezastis-kraujotakos-sutrikimas.html>
176. Efektyvus galvos smegenų kraujotakos sutrikimų gydymas. (2009). *Farmacija ir laikas* [žiūrėta 2011-04-10]. Prieiga internetu: http://www.emedicina.lt/?s_id=6365