

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO  
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

**MAGISTRO DARBAS**

ĮVAIRIŲ LIETUVOS MOKYKLŲ BENDRUOMENIŲ DALYVAVIMAS MOKINIŲ  
SVEIKATĄ STIPRINANČIAME PROCESSE

THE PARTICIPATION OF COMMUNITIES FROM VARIOUS LITHUANIAN SCHOOLS IN  
SCHOOLCHILDREN HEALTH PROMOTION PROCESS

Leidžiama ginti  
Prof.dr. (HP) R. Stukas  
Visuomenės sveikatos  
instituto direktorius

\_\_\_\_\_  
(parašas)

Studentė Rūta Maceinaitė

Darbo vadovė prof. Genė Šurkienė

\_\_\_\_\_  
(parašas)

Darbo įteikimo data \_\_\_\_\_

Registracijos Nr. \_\_\_\_\_

## TURINYS

1. SUTRUMPINIMAI IR JŲ PAAIŠKINIMAI.....	6
2. SANTRAUKA.....	7
3. ĮVADAS.....	11
4. LITERATŪROS APŽVALGA.....	13
4.1. Lietuvos vaikų sveikata.....	13
4.2. Sveikatos stiprinimas.....	14
4.2.1. Sveikatos stiprinimo samprata.....	14
4.2.2. Sveikatos stiprinimas mokykloje.....	16
4.3. Sveikatą stiprinančių mokyklų istorija bei samprata.....	17
4.4. Sveikatą stiprinančios mokyklos Lietuvoje.....	21
4.5. Europos Sąjungos ir Lietuvos dokumentai, akcentuojantys sveikatos stiprinimo ir sveikatą stiprinančių mokyklų svarbą.....	23
4.5.1. Europos Sąjungos dokumentai.....	23
4.5.2. Lietuvos dokumentai.....	25
4.6. Moksliniai tyrimai sveikatos stiprinimo bei sveikatą stiprinančių mokyklų tema.....	27
5. TYRIMO METODAI IR APIMTIS.....	30
6. TYRIMO REZULTATAI.....	35
6.1. Respondentų charakteristika.....	35
6.1.1. Mokinių charakteristika.....	35
6.1.2. Mokytojų charakteristika.....	36
6.1.3. Tėvų charakteristika.....	38
6.2. MOKINIŲ DALYVAVIMAS MOKINIŲ SVEIKATĄ STIPRINANČIAME PROCESU.....	39
6.2.1. Mokinių dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje bei savo dalyvavimo vertinimas.....	39
6.2.1.1. Mokinių dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje.....	39
6.2.1.2. Mokinių dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai.....	41

6.2.1.3. Projektinių darbų, užduočių sveikatos stiprinimo klausimais atlikimas.....	42
6.2.1.4. Sveikatos stiprinimo veiklos pristatymas mokyklos bendruomenei.....	45
6.2.1.5. Mokinių subjektyvus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas..	48
6.2.2. Mokinių domėjimasis sveikatos stiprinimo veikla.....	50
6.2.2.1. Veiksniai, turintys įtakos mokinių domėjimuisi sveikatos stiprinimo veikla.....	50
6.2.2.2. Informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą paieška.....	52
6.2.2.3. Atsakymų į rūpimus sveikatos klausimus gavimas.....	54
6.2.3. Mokinių nuomonės apie sveikatos stiprinimą svarbumas.....	57
6.2.3.1. Atsižvelgimas į mokinių nuomonę, priimant sprendimus.....	57
6.2.3.2. Mokinių nuomonė apie valgiaraščius.....	59
6.2.3.3. Mokinių dalyvavimas sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles.....	61
6.2.4. Mokykloje organizuojamų renginių vertinimas.....	63
6.2.4.1. Sveikatos temomis organizuojamų renginių atitikimas mokinių poreikiams.....	63
6.2.4.2. Sveikatos temomis organizuojamų renginių įdomumas.....	66
6.2.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokinių žinios, susijusios su sveikatos stiprinimu...68	
6.2.5.1. Mokinių žinios apie mokyklos statusą.....	68
6.2.5.2. Mokinių žinios, susijusios su sveikatą stiprinančios mokyklos samprata.....	70
6.2.5.3. Mokinių žinios dėl sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės buvimo.....	71
6.2.6. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokinių įtraukimas į sveikatos stiprinimo veiklos organizavimą.....	73
6.2.6.1. Mokinių žinios apie mokinių dalyvavimą sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje.....	73
6.2.6.2. Pasiūlymų teikimas sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei.....	74
6.3. MOKYTOJŲ DALYVAVIMAS MOKINIŲ SVEIKATĄ STIPRINANČIAME PROCESU.....	76
6.3.1. Mokytojų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje bei savo dalyvavimo vertinimas.....	76
6.3.1.1. Mokytojų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje.....	76
6.3.1.2. Mokytojų dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai.....	78

6.3.1.3. Sveikatos stiprinimo veiklos gerosios patirties pristatymas mokyklos bendruomenei.....	80
6.3.1.4. Sveikatos stiprinimo veiklos gerosios patirties pristatymas už mokyklos ribų.....	82
6.3.1.5. Mokytojų subjektyvus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas.....	87
6.3.2. Mokytojų nuomonės apie sveikatos stiprinimą svarbumas.....	90
6.3.3. Sveikatos ugdymo integravimas.....	94
6.3.3.1. Sveikatos ugdymas, kaip integrali ugdymo turinio dalis.....	94
6.3.3.2. Planai, programos, į kurias yra integruotas sveikatos ugdymas mokykloje.....	97
6.3.3.3. Sveikatos klausimų integravimas į dėstomo dalyko programą.....	98
6.3.3.4. Į dalyko programą integruotų sveikatos klausimų paskirtis.....	101
6.3.3.5. Sritys, kurias apima sveikatos ugdymas mokykloje.....	102
6.3.4. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokytojų žinios, susijusios su sveikatos stiprinimu.....	103
6.3.4.1. Mokytojų žinios apie mokyklos statusą.....	103
6.3.4.2. Mokytojų žinios, susijusios su sveikatą stiprinančios mokyklos samprata.....	106
6.3.4.3. Mokytojų žinios dėl sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės buvimo.....	109
6.3.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokytojų įtraukimas į sveikatos stiprinimo veiklos organizavimą.....	111
6.3.5.1. Mokytojų žinios apie mokytojų dalyvavimą sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje.....	111
6.3.5.2. Pasiūlymų teikimas sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei.....	114
6.4. TĖVŲ DALYVAVIMAS MOKINIŲ SVEIKATĄ STIPRINANČIAME PROCESSE...117	
6.4.1. Tėvų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje bei savo dalyvavimo vertinimas.....	117
6.4.1.1. Tėvų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje.....	117
6.4.1.2. Tėvų dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai.....	118
6.4.1.3. Tėvų subjektyvus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas.....	119
6.4.2. Tėvų domėjimasis sveikatos stiprinimo veikla.....	122

6.4.3. Tėvų nuomonės apie sveikatos stiprinimą svarbumas.....	124
6.4.3.1. Atsižvelgimas į tėvų nuomonę, priimant sprendimus.....	124
6.4.3.2. Pagrindiniai būdai, kuriais tėvai išsako nuomonę dėl vaikų sveikatos ugdymo organizavimo mokykloje.....	127
6.4.4. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokinių tėvų žinios, susijusios su sveikatos stiprinimu.....	127
6.4.4.1. Tėvų žinios apie mokyklos statusą.....	127
6.4.4.2. Tėvų žinios, susijusios su sveikatą stiprinančios mokyklos samprata.....	130
6.4.4.3. Tėvų žinios dėl sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės buvimo..	132
6.4.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokinių tėvų įtraukimas į sveikatos stiprinimo veiklos organizavimą.....	134
6.4.5.1. Tėvų žinios apie tėvų dalyvavimą sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje.....	134
6.4.5.2. Pasiūlymų teikimas sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei.....	137
7. REZULTATŲ APTARIMAS.....	140
7.1. Rezultatų palyginimas su kitų mokslininkų tyrimų rezultatai.....	140
7.2. Tyrimo privalumai ir trūkumai.....	141
8. IŠVADOS.....	143
9. PASIŪLYMAI.....	145
10. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	146
11. PRIEDAI.....	154

## 1. SUTRUMPINIMAI IR JŲ PAAIŠKINIMAI

**PSO** – Pasaulio sveikatos organizacija

**HBSC** – Health Behaviour in School-Aged Children (tarptautinis tyrimas „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvensena ir sveikata“)

**gr.** – grupė

**SSM** – sveikatą stiprinanti mokykla

**HPS** – health promoting school

**SSVOG** – sveikatės stiprinimo veiklą organizuojanti grupė

**ŠS** – šansų santykis

**PI** – pasikliautinis intervalas

**lls** – laisvės laipsnių skaičius

## 2. SANTRAUKA

**Pagrindimas:** Sveikatos stiprinimas suteikia daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti. Mokykla yra tinkamiausia vieta šiam procesui. Nors sveikatos stiprinimas turėtų būti neatsiejamas nuo kiekvienos mokyklos veiklos, jis ypač akcentuojamas sveikatą stiprinančiose mokyklose (SSM). Norint, kad sveikatos stiprinimas pagerintų vaikų sveikatą, būtina, kad visa mokyklos bendruomenė (vaikai, tėvai ir mokytojai) būtų partneriai, formuojantys pagrindinius jų sveikatos pagrindus ir gyvenimo įgūdžius, skatinančius sveiką gyvenseną. Pačios mokyklos pabrėžia, kad visa bendruomenė yra įtraukiama į sveikatos stiprinimą, tačiau tyrimų, kurie padėtų išaiškinti esamą situaciją, Lietuvoje nėra atlikta.

**Darbo tikslas:** Nustatyti įvairių Lietuvos mokyklų bendruomenių narių dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese.

**Uždaviniai:** 1) Įvertinti įvairių Lietuvos mokyklų 8 – 10 klasių mokinių dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese. 2) Nustatyti įvairių Lietuvos mokyklų mokytojų dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese. 3) Įvertinti įvairių Lietuvos mokyklų 8 – 10 klasių mokinių tėvų dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese.

**Metodika:** Anoniminės apklausos būdu buvo apklausti 1209 mokiniai, 1150 jų tėvų ir 684 mokytojai iš 28 Lietuvos mokyklų. Respondentai suskirstyti į mažųjų ir didžiųjų miestų grupes. Duomenų analizei naudotos Stata12, Microsoft Excel2010 programos. Skirtumo tarp kategorinių požymių statistiniam reikšmingumui įvertinti naudotas Pirsono chi kvadrato testas, o kai yra mažiau nei 5 tikėti dažniai vienam langeliui – Fišerio tikslusis testas. Sudaryti logistinės regresijos modeliai, iš jų gauti šansų santykiai (ŠS), apskaičiuoti jų 95% pasikliautiniai intervalai (PI). Skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu kai  $p \leq 0,05$ .

**Rezultatai ir išvados:** Sveikatos stiprinimo veikloje dalyvauja apie trečdalis mokinių, apie 70% mokytojų, apie trečdalis I grupės tėvų ir ketvirtadalis II grupės tėvų. Mokinių dalyvavimo šansą didina vaiko mokymasis SSM, mokytojų – kitų dalykų dėstymas bei darbas SSM, tėvų – gyvenimas kaime bei vaiko mokyklos priklausymas SSM. Didžiausia sveikatos stiprinimo procese dalyvaujančių mokytojų ir tėvų dalis dalyvauja renginiuose ir padeda juos organizuoti. Daugiausia dalyvaujančių procese vaikų taip pat padeda organizuoti renginius. Daugiausia beveik visų bendruomenės narių grupių respondentų savo dalyvavimą vertina gerai arba labai gerai. Nustatyta, žinojimas, kad mokykla yra SSM, didžiųjų miestų grupėje yra reikšmingai susijęs su mokinių gyvenamąja vieta, o mažųjų miestų grupėje su tėvų lytimi ir amžiumi. Nustatyta, kad susipažinimas su SSM samprata didžiųjų miestų grupėje yra reikšmingai susijęs su mokytojų amžiumi bei su mokinių gyvenamąja vieta. Su kitais veiksniais susipažinimas nei tėvų, nei mokinių grupėse reikšmingai susijęs nebuvo.

**Raktažodžiai:** sveikatos stiprinimas, sveikatą stiprinančios mokyklos, dalyvavimas sveikatą stiprinančiame procese.



## SUMMARY

**Substantiation:** health promotion provides more opportunities to take care of your health and improve it. A school is the best place for this process. Although health strengthening should be inherent from the activity of every school, it is especially emphasized in health promoting schools (HPS). On purpose that health promotion could improve health of the children; it is essential that the whole community of school (children, parents and teachers) were partners forming the main basis of their health and habits stimulating healthy lifestyle. Schools themselves emphasize that the whole community is involved in health promotion. Researches that could help to ascertain the resent situation are not carried out in Lithuania, though.

**Work objectives:** to determine a participation of various Lithuanian school community members in a process of children's health promotion.

**Tasks:** 1) To assess a participation of 8 and 10 grades studens from different Lithuanian schools in the process of health promotion. 2) To identify a participation of teachers from different Lithuanian schools in the process of children's health promotion. 3) To evaluate 8 and 10 grades students' from different Lithuanian schools parents' interest in the process of children's health promotion.

**Methods:** 1209 students were questioned in an approach of anonymous survey, as well as 1150 of their parents and 684 teachers from 28 Lithuanian schools. Respondents were classified into different respondents groups of small towns and cities. For data analysis Stata12, Microsoft Excel 2010 programs were used. To evaluate the statistical significance of differences between categorical variables Pirson Chi square was used as well as Fisher's exact test when the expected values in a cell of a contingency table are below 5. Logistic regression models were created, from which odds ratio were received and calculated 95 % of confidence intervals. The difference was considered statistically significant when  $p \leq 0,05$ .

**Results and conclusions:** Approximately one third of students, about 70 % of teachers, one third of parents from group I and one quarter of parents from group II participate in the process of health promotion. For children a chance of participation increases attending HPS, for teachers – teaching other subjects and working at HPS, for parents – living in the countryside and choosing a school that belongs to HPS. The biggest part of the teachers and parents who participate in the process of health promotion attend the events and help to organize them. The majority of the children involved in the process also help to organize events. The most of all groups' respondents of all community members evaluate their participation well or excellent. It was identified that knowing that the school is HPS is significantly relative to students' residence in the group of cities; while in the group of small towns it is related to parents' gender and age. It

was ascertained that knowledge of the conception of HPS is significantly relative to teachers' age and students' residence in the group of cities. Knowledge of other factors was not significantly relative neither in the parents' group nor students'.

**Keywords:** health promotion, health promoting schools, participation in health promotion

### 3. ĮVADAS

Gera vaikų sveikata privalo būti vienas iš didžiausių bet kurios visuomenės siekinių [1]. Deja, vaikų, sergančių kai kuriomis ligomis, skaičius Lietuvoje didėja [2,3]. Dar 2004 m. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) pabrėžė, kad vaikai negali valdyti juos supančios aplinkos, tad nuo suaugusiųjų priklauso, kokioje aplinkoje vaikai gyvena, mokosi, dirba ir žaidžia. Aplinka, kurioje vaikai būna, lemia 20% jų sveikatos, gyvenamosios įtaka dar didesnė – ji lemia 50% sveikatos [4]. Didelę laiko dalį vaikai praleidžia mokykloje, kuri yra tinkamiausia vieta ugdyti vaikų ir jaunuolių sveikatos kompetencijas bei sveiką gyvenimą, mokykla taip pat yra itin tinkama vieta sveikatos stiprinimui – procesui, suteikiančiam daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti [5,6]. Sveikatos stiprinimo procesas mokykloje gerina vaikų gebėjimus imtis veiksmų ir daryti pokyčius. Ši veikla suteikia mokiniams galimybes sukurti aplinką, kurioje galima įprasminti savo siekius ir laimėjimus, vaikai įgalinami patys tvarkyti savo gyvenimą [7].

Remiantis Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro patvirtintais 2015 – 2016 ir 2016 – 2017 mokslo metų pagrindinio ir vidurinio ugdymo programų bendraisiais ugdymo planais, sveikatos stiprinimui turėtų būti skiriamas dėmesys visose Lietuvos mokyklose [8]. Nors sveikatos stiprinimas turėtų būti neatsiejamas nuo kiekvienos Lietuvos mokyklos veiklos, tačiau jis ypač akcentuojamas sveikatą stiprinančiose mokyklose (toliau – SSM). Pagal PSO, SSM – tai tokios mokyklos, kurios nuolat stiprina savo sugebėjimą sukurti sveiko gyvenimo, mokymosi bei darbo pagrindą [9]. Šių mokyklų tinklo idėja buvo iškelta 1992 m., kai buvo įkurtas Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas, į kurį Lietuva buvo priimta 1993 m. Jau 1997 m. buvo pradėtas kurti Lietuvos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas, kuriame šiuo metu yra 395 šalies mokymo įstaigos [10].

SSM – tai tokia mokykla, kurioje visa bendruomenė (vaikai, tėvai ir mokytojai) yra partneriai, formuojantys pagrindinius jų sveikatos pagrindus ir gyvenimo įgūdžius, skatinančius sveiką gyvenimą [11]. Bendradarbiavimas ir dalyvavimas tokioje veikloje neša naudą tiek mokiniams, tiek tėvams ir mokytojams. Tik tuomet kai bus užtikrinta visų narių įtrauktis į sveikatos stiprinimo procesą, bus galima tikėtis geriausių rezultatų [5, 12, 13]. Nors visų bendruomenės narių dalyvavimas yra labai svarbus, tačiau tyrimų, tyrimų, kurie padėtų išaiškinti, ar yra įtraukiami į šį procesą mokiniai, jų tėvai ir mokytojai, tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje stokoja.

#### **Darbo tikslas:**

Nustatyti įvairių Lietuvos mokyklų bendruomenių narių dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese.

**Uždaviniai:**

1. Įvertinti įvairių Lietuvos 8 ir 10 klasių mokinių dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese.
2. Nustatyti įvairių Lietuvos mokyklų mokytojų dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese.
3. Įvertinti įvairių Lietuvos mokyklų 8 ir 10 klasių mokinių tėvų dalyvavimą mokinių sveikatą stiprinančiame procese.

**Hipotezė:**

Sveikatą stiprinančių mokyklų bendruomenių nariai (mokiniai, jų tėvai bei mokytojai) turi didesnę šansą dalyvauti sveikatą stiprinančiame procese nei mokyklų, kurios nepriklauso SSM tinklui, bendruomenių nariai.

**Savarankiškai atlikti darbai:**

Surinkta ir apžvelgta darbui reikalinga literatūra. Konsultuojant darbo vadovui, buvo apibrėžtas tyrimo tikslas ir uždaviniai, remiantis literatūra buvo sudarytos tyrimo anketos mokiniams, mokytojams ir tėvams, padedant Visuomenės sveikatos biurams, buvo atlikta respondentų apklausa. Sutvarkyti, sukoduoti duomenys, atlikta duomenų analizė ir rezultatų aptarimas, padarytos išvados bei pateikti pasiūlymai.

## 4. LITERATŪROS APŽVALGA

### 4.1. Lietuvos vaikų sveikata

Vaikai reprezentuoja ateitį, gera jų sveikatos būklė garantuoja tolesnį sveiką augimą ir vystimąsi, nes nuo ankstyvos vaiko gyvenimo patirties priklauso jo tolesnė sveikata ir apskirtai būsima gyvenimo gerovė. Taigi gera vaiko sveikata tarsi paruošią dirvą geresnei sveikatai suaugus. Dėl šios priežasties gera vaikų sveikatos būklė turi būti vienas iš didžiausių bet kurios visuomenės sieikinių [1, 14]. Svarbu tai, kad vaikai užima didelę visuomenės dalį. 2014 metais Lietuvoje 0-17 metų amžiaus gyventojai sudarė 18,03% visų gyventojų. Nors šis skaičius lyginant su 2001 metų duomenimis (24,11%) yra labai sumažėjęs, tačiau vaikai išlieka gausia gyventojų grupe – beveik kas penktas Lietuvos gyventojas yra vaikas [15]. Vaikų sveikatai turi būti skiriamas išskirtinis dėmesys todėl, kad jie negali kontroliuoti juos supančios aplinkos, jų organizmai dėl greito augimo ir vystimosi išsiskiria trapumu, jautrumu tiek cheminių, tiek fizinių veiksnių poveikiui [16]. Taigi, rūpinimasis vaikų sveikata yra investicija į rytdienos visuomenę, nes nuo šiuolaikinių vaikų sveikata, gyvenimo būdas, kurį jiems perduoda suaugusieji, per ateinančius dešimtmečius paveiks valstybių stabilumą ir gerovę [17].

Nuo suaugusiųjų priklauso, kokioje aplinkoje vaikai gyvena, mokosi, dirba ir žaidžia. Aplinka, kurioje vaikai būna, lemia 20% jų sveikatos, gyvenimo įtaka dar didesnė ji lemia 50% sveikatos [4]. Geriausiai Lietuvos vaikų gyvenimą atspindi Lietuvoje, kaip ir dar 42 Europos ir Šiaurės Amerikos šalyse ir regionuose, atliekamas tarptautinis tyrimas „Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimas ir sveikata (angl. Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC)“, kurio metu 11, 13 bei 15 metų amžiaus vaikams užduodami su žalingais įpročiais, burnos sveikata, mitybos įpročiais, fiziniu aktyvumu ir kitomis sritimis susiję klausimai [18]. 2014 metais atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad bent kartą per savaitę rūko 20% Lietuvos penkiolikmečių berniukų ir 12% to paties amžiaus mergaičių (visų tyrime dalyvavusių šalių vidurkis yra 12% berniukų ir 11% mergaičių). Alkoholi bent kartą per savaitę vartoja 13% mūsų šalies minėto amžiaus berniukų ir 6% mergaičių. Šie mūsų šalies alkoholio vartojimo rodikliai yra didesni nei kaimynų latvių ir estų. 2010 metais atlikto tyrimo duomenimis, kasdien bent 60 minučių fiziškai aktyvūs yra 12% trylikamečių mergaičių ir 18% bendraamžių berniukų. Atlikus tyrimą 2014 metais buvo pastebėtas pagerėjimas (atitinkamai 13% ir 28%). Buvo nustatyta, kad kasdien dantis valo tik 57% Lietuvos vienuolikmečių mergaičių ir 45% 11 metų amžiaus berniukų, kuomet visų tyrimo dalyvių vidurkis yra 72% ir 62%. Rezultatai, atspindintys kasdieninį vaisių vartojimą, taip pat nėra džiuginantys – kasdien vaisius vartoja 30% penkiolikmečių mergaičių ir 25% bendraamžių berniukų, atitinkamai Armėnijoje, valstybėje, kurioje nustatyti geriausi rezultatai, kasdien vaisius

vartoja daugiau nei dvigubai didesnė dalis minėto amžiaus vaikų (atitinkamai 65% ir 52%) [19, 20]. Taigi galima teigti, kad Lietuvos vaikų gyvenšana nėra gera.

Lietuvos vaikams (0-17 metų amžiaus) 2014 m., kaip ir ankstesniaisiais, dažniausiai buvo registruojamos kvėpavimo sistemos ligos, kurioms pagal Tarptautinę ligų klasifikaciją priklauso tokios ligos kaip ūminis tonzilitas, gripas, sinusitas bei kitos. 2014 metais buvo užregistruota 618,8 sirgusiųjų 1000 vaikų, o 2013 metais – 655 sirgusiųjų. Taigi, vaikų, sirgusių ūminių viršutinių kvėpavimo takų infekcijomis ir gripu, skaičius sumažėjo. Kitomis ligomis, lyginant su kvėpavimo sistemos ligomis, sirgo gerokai mažiau vaikų. 2014 metų duomenis lyginant su ankstesnių metų duomenimis, pastebima, kad padaugėjo sergančių akių ir jos priedinių organų ligomis (2013 m. – 250,6/1000 vaikų, o 2014 m. – 264,5/1000 vaikų), virškinimo sistemos ligos (be dantų ligų) (2013 m. – 141/1000 vaikų, 2014 m. – 153,4/1000 vaikų), taip pat infekcinėmis ir parazitų sukeltomis ligomis (2013 m. – 114,2/1000 vaikų, 2014 m. 135,9/1000 vaikų). Vaikų, sergančių odos ir poodžio ligomis, tokiomis kaip atopinis dermatitas, dilgėlinė, eritema bei kitomis, nežymiai padaugėjo (2013 m. – 141/1000 vaikų, o 2014 m. 141,7/1000 vaikų) [2, 3, 21].

Apibendrinant galima teigti, kad vaikų sveikata turi būti laikoma prioritetine sritimi. Deja, vaikų, sergančių kai kuriomis ligomis, skaičius laikui bėgant Lietuvoje didėja. Norint pagerinti susidariusią situaciją, reikia stengtis ugdyti vaikams sveikatos gyvenšenos įpročius, sukurti jiems tinkamą aplinką. Pasak kinų patarlės, vaiko gyvenimas yra laikomas popieriumi, kuriame kiekvienas praeivis palieka pėdsaką. daktaro Romualdo Gurevičiaus teigimu, būtina siekti, kad kiekvieno vaiko gyvenime būtų kuo daugiau „praeivių“, kurie vaikui akcentuotų sveikatos svarbą, kalbėtų apie sveikatos stiprinimo bei išsaugojimo būtinybę ir galiausiai padėtų vaikui siekti geresnės sveikatos [1].

## **4.2. Sveikatos stiprinimas**

### **4.2.1. Sveikatos stiprinimo samprata**

Sveikatos stiprinimo sąvoka yra aptinkama XIX amžiaus rašytiniuose šaltiniuose, kuomet gyventojai buvo mokomi tinkamų higienos įpročių dėl miestuose prasidėjusios sanitarijos reformos [22]. Vėliau, XX amžiaus antroje pusėje, buvo plėtojama tiek sveikatos stiprinimo sąvoka, tiek strategijos. 1978 metais priimtoje Almatos sveikatos priežiūros deklaracijoje teigiama, kad sveikatos stiprinimas yra svarbus socialinei ir ekonominei plėtrai, jis prisideda prie geresnės žmonių gyvenimo kokybės [23]. 1986 m. priimtoje Otavos chartijoje, kuri laikoma pagrindiniu sveikatos stiprinimo dokumentu, buvo pateiktas plačiausiai naudojamas sveikatos stiprinimo apibrėžimas, būtinos sveikatai prielaidos bei apibrėžta, ką reiškia stiprinti sveikatą [6].

Adelaidėje 1988 m. įvykusioje tarptautinėje sveikatos stiprinimo konferencijoje toliau buvo plėtojamos Almatos deklaracijoje bei Otavos chartijoje išsakytos mintys [24]. 1991 m. Sundsvalyje taip pat vyko sveikatos stiprinimo konferencija, kurioje buvo kalbama apie sveikatą palaikančios aplinkos kūrimo koncepcija [25]. Po šešerių metų, 1997 m., buvo priimta Džakartos deklaracija, kurioje buvo numatyti XXI amžiaus sveikatos stiprinimo veiklos prioritetai (socialinės atsakomybės už sveikatą stiprinimas, bendradarbiavimo sveikatos stiprinimo srityje plėtimas, bendruomenės ir individo galimybių didinimas, sveikatos stiprinimo infrastruktūros garantavimas) [26]. Bankoko chartijoje, priimtoje 2005 m., numatytos sveikatos gerinimo strategijos, akcentuota, kad sveikatos stiprinimas turi būti laikomas sistemos tobulinimo pagrindu, esmine visos vyriausybės atsakomybe, pagrindiniu visuomenės ir bendruomenių akcentu bei gera kolektyvine praktika [27]. Galiausiai, Ženevos sveikatos stiprinimo konferencijoje, vykusioje 2010 m., buvo susikoncentruota į sveikatos netolygumus ir tausojančią aplinkos plėtrą [22].

Prieš kalbant apie sveikatos stiprinimą mokykloje derėtų išsiaiškinti, kas apskritai yra sveikatos stiprinimas. Kaip jau minėta, plačiausiai naudojamas Otavos chartijoje pateiktas apibrėžimas, kuriame sveikatos stiprinimas laikomas procesu, suteikiančiu žmonėms daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir ją gerinti [6]. Bankoko chartijoje pateiktas šiek tiek platesnis sveikatos stiprinimo apibrėžimas – procesas, suteikiantis daugiau galimybių rūpintis savo sveikata ir jos determinantais ir tuo būdu ją pagerinti [27]. „Valstybinių valdžios ir valdymo organų, savivaldybių ir visuomenės įsipareigojimų, priemonių ir veiksmų visuma, padedanti gausinti bei racionaliau panaudoti sveikatos priežiūros išteklius ir labiau kontroliuoti žmonių sveikatą“ – toks sveikatos stiprinimo apibrėžimas pateikimas Lietuvos standarte „Sveikata. Terminai ir apibrėžimai“ [28]. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme pateikiama visuomenės sveikatos stiprinimo sąvoka, apimanti sveikatos mokymą, informacijos apie sveiką gyvenseną skleidimą, sveikos gyvensenos propagavimą, formavimą bei nuo elgsenos priklausomų visuomenės sveikatos rizikos veiksnių mažinimą [29].

PSO suformulavo penkis pagrindinius sveikatos stiprinimo proceso principus: sveikatos stiprinimas apima visus gyventojus, o ne tik sergančius ar didesnės rizikos asmenis, jis yra orientuotas į sveikatos determinantus, todėl būtinas aktyvus visų sektorių bendradarbiavimas, sveikatos stiprinimas sieja įvairias veiklos sritis tokias kaip informacija, mokymas, finansai, bendruomenės iniciatyvas organizacines priemones, šis procesas remiasi efektyviu ir konkrečiu visuomenės dalyvavimu sprendžiant sveikatos problemas, svarbu ir tai, kad sveikatos stiprinimas visų pirma yra socialinis ir politinis uždavinys, o ne medicinos paslauga, žinoma, sveikatos priežiūros profesionalai vaidina itin svarbų vaidmenį [22]. Taigi sveikatos stiprinimas tai ne medicinos paslauga, o socialinis ir politinis procesas, kuris apima ne tik sergančius, bet ir visus

gyventojus, ir kuris yra nukreiptas į sveikatą lemiančius veiksnius [30]. Sveikatos stiprinimo veikla reiškia: visuomenės sveikatos politikos formavimą, sveikatai palankios aplinkos kūrimą, bendruomeninės veiklos stiprinimą, asmeninių įgūdžių ugdymą, sveikatos priežiūros orientavimą į sveikatos stiprinimą, o ne vien tik į gydymo paslaugų teikimą [6]

#### 4.2.2. Sveikatos stiprinimas mokykloje

Otavos chartijoje pabrėžiama, kad sveikatą stiprina ir palaiko žmonės savo kasdienio gyvenimo aplinkoje, kurioje jie mokosi, dirba, linksminasi ir myli [6]. Aplinka, kurioje būna tiek suaugusieji, tiek vaikai, kaip jau minėta, lemia 20% jų sveikatos, gyvenamosios įtaka dar didesnė – ji nulemia 50% sveikatos [28]. Didelę laiko dalį vaikai praleidžia mokykloje, kuri privalo užtikrinti sveiką, saugią, užkertančią kelią smurto, prievartos apraiškoms ir žalingiems įpročiams aplinką. Ji taip pat turi užtikrinti ugdymo bei mokymo programų vykdymą, atvirumą vietos bendruomenei [31]. Būtent mokykla yra tinkamiausia vieta ugdyti vaikų ir jaunuolių sveikatos kompetencijas bei sveiką gyvenimą, tai vieta, kuri visapusiškai ugdo asmenį (puoselėja sveikatą, formuoja gyvenimo įgūdžius, tarp jų ir sveikos gyvenamosios) [5, 14]. Mokykla yra tinkamiausia vieta ir sveikatos stiprinimui, kuris gerina vaikų ir paauglių gebėjimus imtis veiksmų ir daryti pokyčius. Ši veikla suteikia mokiniams galimybes sukurti aplinką, kurioje galima įprasminti savo siekius ir laimėjimus. Vaikams suteikiamos galimybės susijusios su jų svajonėmis. planais, įgalina juos pačius tvarkyti savo gyvenimą [7].

Sveikatos ugdymas yra sveikatos stiprinimo veiklos, kuri apima psichosocialinius bei fizinius aplinkos aspektus, sudedamoji dalis. Juo siekiama padėti mokiniams išsiugdyti sveikatai naudingus gebėjimus, įpročius ir nuostatas, atsakomybę už savo ir kitų sveikatą. Taip pat įgyti visuminę sveikatos sampratą ir paskatinti vaikus rinktis sveikatai palankesnę gyvenimo būdą. [12, 32]. Vaikai ypatingą reikšmę sveikatos ugdymo veikloje skiria šeimai, tėvų dėmesiui ir jų pavyzdžiui ir dėmesiui [33]. Svarbu paminėti, kad sveikatos ugdymo procesas yra neatsiejamas nuo sveikatos mokymo. Sveikatos mokymo sąvoka yra siauresnė, nes jo metu suteikiam žinių apie sveikatą, o ugdymo proceso metu siekiama įtvirtinti sveikatai palankius elgesio įpročius, pakeisti požiūrį fizinį, socialinį, dvasinį bei psichologinį sveikatos komponentus [12].

Sveikatos stiprinimas turėtų būti neatsiejamas nuo kiekvienos Lietuvos mokyklos veiklos. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro patvirtintuose 2015 – 2016 ir 2016 – 2017 mokslo metų pagrindinio ir vidurinio ugdymo programų bendruosiuose ugdymo planuose reglamentuojama, kad mokykla turi planuoti ir organizuoti kryptingus sveikatos saugojimo ir stiprinimo priemones, sveikos gyvenamosios renginius. Minėtuose planuose taip pat pabrėžiama, kad į mokyklos ugdymą yra integruojama sveikatos ugdymo bendroji programa, kuri nustato



sveikatos ugdymo tikslus, uždavinius, jų įgyvendinimo galimybes bei ugdymo gaires. Programa siekia užtikrinti sėkmingą vaiko sveikatos ugdymą mokykloje, prisidėti prie vaiko dvasinio, fizinio, psichinio bei socialinio pajėgumo ir gerovės [8, 32]. Kalbat apie sveikatos stiprinimo mokykloje reglamentavimą būtina paminėti keletą įstatymų. Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 36 straipsnis teigia, kad ikimokyklinio ugdymo mokyklose, bendrojo lavinimo mokyklose turi būti sudarytos sąlygos vaikų sveikatai išsaugoti ir stiprinti, taip pat vaikų sveikatos priežiūrai užtikrinti [29]. Švietimo įstatymo 23 straipsnis reglamentuoja, kad sveikatos priežiūros mokykloje paskirtis yra padėti mokiniui saugoti ir stiprinti savo sveikatą [31]. Vietos savivaldos įstatymo 7 straipsnio 35 punkte įtvirtinta, kad visuomenės sveikatos stiprinimas yra valstybinė savivaldybių funkcija [34].

### **4.3. Sveikatą stiprinančių mokyklų istorija bei samprata**

Nors sveikatos stiprinimo procesas, remiantis pagrindinio ir vidurinio ugdymo programų bendraisiais ugdymo planais, turėtų būti vykdomas visose mūsų valstybės mokyklose, tačiau jis yra ypač akcentuojamas SSM [8]. Šios mokykla – tai vienas iš sveikatą stiprinančios aplinkos kūrimo pavyzdžių (pirmasis tokios aplinkos kūrimo pavyzdys yra Sveikų miestų projektas) [28].

SSM – tai tokia mokykla, kurioje įgyvendinamas tam tikrą struktūrą ir sistemą turintis visų mokinių, mokytojų bei kito personalo sveikatos, gerovės ir socialinio kapitalo plėtojimo planas [35]. Pati SSM sąvoka jau yra naudojama daugiau kaip 30 metų, ji iškilė Europoje devintajame dešimtmetyje. Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo idėja buvo iškelta 1991 m., kuomet inicijuojant Čekoslovakijai (dabar Čekijai ir Slovakijai), Lenkijai ir Vengrijai, buvo įkurtas Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas, kurio pagrindinis tikslas – teikiant pagalbą ir paramą kiekvienoje šalyje plėtojant sveikatos stiprinimą mokyklose. 1991 m. prasidėjo bandomasis projektas, kuriame dalyvavo minėtos valstybės. Daugiau valstybių prisijungė 1992 m., o 1997 metais tinklui priklausė net 37 šalys. Šį projektą koordinuoja Europos Taryba, Europos Sąjunga bei PSO Europos regioninis biuras. 2007 m. šis projektas buvo reorganizuotas į „Mokyklos – europiečių sveikatai“ tinklą, jam šiuo metu priklauso net 45 Europos regiono valstybės [10, 36, 37, 38]. Nors sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas yra laikomas projektu, tačiau jis yra nuolat plėtojamas ir neturi pabaigos, kuri yra esminė projekto savybė, jis taip pat neturi griežtai apibrėžtos struktūros, nes kiekviena valstybė, atsižvelgdama į turimus išteklius, šalies kultūrą ir esamą situaciją, susikuria savitą ir išskirtinį SSM modelį. Dėl minėtų priežasčių, teigiama, kad sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą yra teisingiau vadinti ne projektu, o iniciatyva arba judėjimu [39].

PSO SSM laiko mokykla, kuri nuolat stiprina savo sugebėjimą sukurti sveiko gyvenimo, mokymosi bei darbo pagrindą [9]. Skirtingose valstybėse naudojami skirtingi SSM apibrėžimai, tačiau visų jų esmė yra tokia pati. Pavyzdžiui, Pietų Afrikos Respublikoje SSM laikoma tokia vieta, kurioje visi mokyklos bendruomenės nariai kartu dirba, mokosi, gyvena bei žaidžia stiprindami mokinių, personalo, tėvų ir bendruomenės sveikatą bei gerovę, o pavyzdžiui Lietuvoje naudojamas šis SSM apibrėžimas – tai tokia mokykla, kurioje pasitelkiant mokyklos bendruomenę ir socialinius partnerius ugdomi mokinių sveikos gyvensenos įgūdžiai, kuriama mokyklos bendruomenės sveikatai palanki fizinė ir psichosocialinė aplinka [40, 41]. Skirtingose šalyse naudojamos ne tik skirtingi SSM apibrėžimai, bet ir skirtingos sąvokos. Angliškai SSM vadinama „health promoting school“, tačiau, kaip jau minėta, skirtingose Europos šalyse naudojami ir kiti terminai: „healthy schools“, „good and healthy schools“ [36].

SSM skatinama ne tik įsisąmoninti mokslo žinias, bet ir stengiamasi perduoti įgūdžius, sugebėjimus [11]. Sveikatos ugdymas yra esminis SSM veiklos komponentas. SSM ugdomi bendrieji gebėjimai, susiejant tarpusavyje įvairias temas tokias kaip fizinio aktyvumo skatinimas, sveika mityba, psichikos sveikata, traumų, smurto prevencija bei kitas, taigi sveikatą stiprinančioje mokykloje nėra atskirų dalykų, temos integruojamos. Be to, tokiose mokyklose vyrauja kompleksinė tarpsektorinė veikla, kuri apima ne tik ugdymo procesus, tai ko mokoma pamokose, bet ir popamokinę, projektinę veiklą, taip pat saugios mokyklos aplinkos kūrimą bei bendradarbiavimą tiek tarpusavyje tarp mokyklos bendruomenės narių, tiek bendradarbiavimą su socialiniais partneriais [12].

Pagrindinis SSM tikslas yra visų mokyklos bendruomenės narių sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas, sukuriant sveikatai palankią fizinę ir psichosocialinę aplinką ir padedant vaikams formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius [12]. Tokiose mokyklose visa mokyklos bendruomenė (vaikai, tėvai ir mokytojai) yra partneriai, kurie, padedant mokyklos sveikatos tarnybai, kartu sprendžia, aprūpina ir vysto programas, formuojančias pagrindinius jų sveikatos pagrindus ir gyvenimo įgūdžius, skatinančias sveiką gyvenseną [11]. Dėl šios priežasties būtina užtikrinti mokinių, mokytojų ir tėvų dalyvavimą iškeliant mokykloje aktualias problemas, numatant jų sprendimų būdus, juos įgyvendinant ir vertinant rezultatus. Būtent šis visų mokyklos bendruomenės narių dalyvavimas ir suteikia SSM patrauklumą. Tik tuomet kai bus užtikrinta visų narių įtrauktis į sveikatos stiprinimo procesą, bus galima tikėtis geriausių rezultatų. Tokia veikla neša naudą visiems dalyviams: mokinių savijauta, sveikata bei pasiekimai mokslo srityje pagerėja, ugdomas jų savarankiškumas, atsakomybė, mokytojams sukuriama sveikatą stiprinanti darbo aplinka, rūpinimasis jų sveikata gali padidinti jų pasitenkinimą darbu, o tiek mokytojams, tiek tėvams, tiek kitiems į veiklą įsitraukusiems nariams tai padeda įgyti daugiau žinių, suteikia galimybes sukurti aplinką, kurioje galima įprasinti savo siekius ir laimėjimus. Be to aktyviai

stiprinant suaugusiųjų sveikatą jie gali tapti puikiu sveikatos gyvensenos pavyzdžiu mokiniams [5, 12, 13]. Žinoma, tenka pripažinti, kad tėvų įtraukimo procesas nėra lengvas. Vien tėvų susirinkimų organizavimas ir informavimas apie sveikatos stiprinimo veiklą mokykloje nėra pakankamas. Mokykla turi pasistengti pritraukti tėvus, jie turi būti įtraukiami į dialogą, turi būti stengiamasi sužinoti jų nuomonę, patarimus [12].

SSM remiasi holistiniu požiūriu į sveikatą, kuomet sveikata laikoma fizine, psichologine, socialine, emocine ir dvasine gerove. Jos ypatingos tuo, kad sveikesnį pasirinkimą padaro lengvesniu pasirinkimu. Pasak PSO, SSM turi sutelkti dėmesį į šiuos dalykus: rūpestį savimi ir kitais žmonėmis, sugebėjimą kontroliuoti įvairias gyvenimo aplinkybes ir sveikatai palankių sprendimų priėmimą, palankių sveikatai sąlygų sukūrimą, taikos, būsto, švietimo, maisto, pajamų, stabilios ekosistemos, lygybės, socialinio teisingumo bei darnaus vystymosi siekiamybę, taip pat veiksmų, kurie yra pagrindinės ligų, mirties bei negalios priežastys prevenciją bei įtakos darymą su sveikata susijusiai elgsenai [9].

Tinklas „Mokyklos - europiečių sveikatai“ pabrėžia, kad SSM turėtų susikoncentruoti į mokyklos fizinę bei socialinę aplinką, sveikatos paslaugas mokykloje, bendruomeninius tarpusio ryšius, individualius sveikatos gyvensenos įgūdžiai, į sveikatą nukreipta mokyklos politika [42]. Būtent šio tinklo konferencijos puikiai atspindi sveikatą stiprinančių mokyklų esmę bei raidos tendenciją [39].

„Kiekvienas vaikas ir jaunuolis Europoje turi teisę ir privalo turėti galimybę mokytis SSM“ – šis teiginys buvo pabrėžtas pirmojoje Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencijoje „Sveikatą stiprinanti mokykla – investicija į švietimą, sveikatą ir demokratiją“, kuri įvyko 1997 m. Salonikuose, Graikijoje. Joje iš 45 valstybių dalyvavo 375 dalyviai, tarp kurių buvo politikų, tėvų, sveikatos sektoriaus darbuotojų, mokytojų ir, žinoma, vaikų. Konferencija itin svarbi tuo, kad jos priimtoje rezoliucijoje buvo įvardinti esminiai SSM principai: demokratija ir dalyvavimas, teisumas, pasitikėjimas, pasiekimai ir gebėjimas veikti, mokyklos aplinka, sveikatos ugdymo programa, mokytojų rengimas, pasiekimų įvertinimas, bendradarbiavimas, bendruomenės dalyvavimas, parama. Kalbant apie sveikatos ugdymo programą svarbu, kad joje sveikatos ugdymas turi būti integruotas į bendrąsias programas, taip pat į įvairius dėstomus dalykus, turi būti numatoma, kuo kiekvienas iš dalykų gali būti specifinis, itin svarbu, kad jie nedubliuotų vienas kito [7, 39, 43, 44]. Nors visi išvardinti principai yra svarbūs, tačiau esminiais laikomi:

1. Demokratija ir dalyvavimas (atvirai ir nuoširdžiai bendraujant visiems mokyklos bendruomenės nariams (tarp jų ir mokiniams bei jų tėvams) bus užtikrinamas tikras ir neapsimėstinis bendruomenės, dalyvavimas visuose sveikatą stiprinančios mokyklos kūrimo

etapuose. Tai labai svarbu, nes dalyvavimas padeda jaunimui ugdyti savo savarankiškumą bei atsakomybę, tai gali padėti ateityje tapti atsakingais piliečiais) [12].

2. Teisumas (šis ugdymo procese plėtojamas principas garantuoja, kad mokykloje nebus prievartos, baimės ir patyčių) [12].

3. Pasitikėjimas, pasiekimai ir gebėjimas veikti (mokykloje turi būti siekiama sukurti aplinką, kurioje mokiniai galėtų drąsiai reikšti savo nuomonę, o bendradarbiaudami su kitais mokyklos bendruomenės nariais jaustųsi lygiaverčiais partneriais) [12].

4. Parama (net ir pati mažiausia mokyklos bendruomenės narių iniciatyva turi būti visada palaikoma ir remiama. Parama turi būti ilgalaikė ir atitinkamai finansuojama) [12].

Antroji Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija „Švietimas ir sveikatos stiprinimas mokykloje. Partnerystė švietimo ir sveikatos srityse“ įvyko 2002 m. Egmonde, Nyderlanduose. Konferencijoje buvo priima Egmondo darbotvarkė, kurioje prabrėžiamas vienas esminis aspektas – procesų, kurie švietimo ir sveikatos sektorių partnerystės klausimus įtrauktų į kitų sektorių politines ir profesines darbotvarkes, inicijavimas. Antrojoje konferencijoje buvo išreikšta nuostata, kad reikia būti pasiruošus sutikti naujus iššūkius, dėl šios priežasties SSM programa niekada negalės būti baigta. Egmondo darbotvarkėje taip pat akcentuojamas ir politikos ciklas "planavimas – įgyvendinimas – stebėseną – vertinimas“, kuris yra būtinas siekiant darnaus vystimosi sėkmės [7, 39].

2009 m. Vilniuje, Lietuvoje vyko trečioji Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija „Geresnė mokykla – sveikesnė mokykla“, kurios tikslas yra žengti kitą žingsnį stiprinant sveikatą Europos mokyklose tarpžinybinio ir tarptautinio bendradarbiavimo pagrindu. Konferencijoje priimtoje Vilniaus rezoliucijoje renginio dalyviai nurodo tarptautinio, nacionalinio ir regioninio lygio veiksmus vyriausybinėms, nevyriausybinėms bei kitoms organizacijoms, kurie yra itin svarbūs siekiant darnaus vystimosi. Vyriausybės buvo raginamos SSM idėjas priimti kaip mokyklos raidos dalį, užtikrinti paramą ir pakankamus išteklius, buvo pabrėžiamas koordinavimo ir komunikacijos infrastruktūros plėtojimas, jaunimo dalyvavimo būtinumas, nepertraukiamas darbuotojų kvalifikacijos tobulinimas, įveiktų etapų aptarimas ir dalinimasis pasiektais rezultatais. Vilniuje vykusio konferencija unikali tuo, kad itin aktyvūs jos dalyviai buvo jauni žmonės, kurie savo pareiškime pripažino, kad yra problemų, kurias jie gali išspręsti patys, tačiau kai kurių problemų įveikimui būtina suaugusiųjų pagalba, mokiniai išreiškė norą bendradarbiauti ir gauti daugiau praktinės ir pažintinės veiklos bei pasižadėjo stengtis įtikinti savo tėvus būti aktyviais sveikatos stiprinimo veiklos dalyviais. Šią konferenciją galima laikyti Lietuvos sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos pripažinimu ir itin geru įvertinimu tarptautiniu lygmeniu, nes mūsų šaliai buvo suteikta garbė organizuoti tokį svarbų renginį, be to Vilniaus rezoliucija išversta net į 16 kalbų [35].

„Teisumas, švietimas ir sveikata“ – taip vadinasi ketvirtoji Europos sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija, kuri įvyko 2013 m. Odensėje, Danijoje. Joje dalyvavo daugiau kaip 250 mokinių, mokytojų, sveikatos priežiūros specialistų, mokslininkų ir politikų iš 40 viso pasaulio valstybių. Konferencijos metu buvo konstatuota, kad Europos tinklas vienija net 34000 mokyklų. Daug dėmesio buvo skirta dėl ekonominės krizės atsiradusiai, vienai iš pagrindinių Europos regiono sveikatos problemai – didėjantiems sveikatos netolygumams tarp vaikų ir jaunuolių, kurie atsiranda dėl netolygaus socialinių, ekonominių ir aplinkos sąlygų pasiskirstymo gyventojų grupėse. Šis netolygus pasiskirstymas lemia riziką susirgti ligomis, gebėjimą šių ligų išvengti ir galimybę gauti tinkamą gydymą. Būtent sveikatą stiprinančios mokyklos, dirbančios su šeimomis ir visomis bendruomenėmis, gali užimti svarbią rolę mažinant vaikų sveikatos netolygumus [5, 44 – 46].

#### **4. 4. Sveikatą stiprinančios mokyklos Lietuvoje**

Lietuva į Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą buvo priimta 1993 m., beveik pačioje tinklo veiklos pradžioje, dviejų ministerijų (tuometinės Lietuvos Respublikos švietimo ir kultūros ministerijos, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos) bendru susitarimu. Dėl to, kad Lietuva įsijungė taip anksti, Lietuvos SSM raidai įtakos turėjo veikla, kuri buvo vykdoma tarptautiniu lygiu. 1993 m. 10 Lietuvos bendrojo lavino mokyklų tapo tikrosios Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo narėmis [10, 12, 39,]. Šiuo metu, remiantis Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro 2016 m. sausio 6 dieną atnaujinta informacija, Lietuvos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklui priklauso 243 Lietuvos mokyklos, 147 darželiai, 4 profesinio rengimo centrai ir 1 universitetas [47]. Lietuvos mokykloms tapus tikrosios Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo narėmis, prasidėjo pirmas įgyvendinimo (bandomasis projektas) etapas. Sąlygiškai sveikatos stiprinimo veiklą skirstoma į 5 etapus. Pirmajame etape (1992–1996 m.) dalyvavo 10 tikrųjų narių ir 8 kiek vėliau prisijungusios mokyklos, kurios buvo pavadintos asocijuotomis narėmis. Šio etapo metu sveikatos apsaugos ir švietimo ir mokslo ministerijų, joms pavaldžių institucijų, mokslo institucijų, šalies aukštųjų mokyklų specialistai teikė paramą mokyklos bendruomenėms (renginių organizavimas, mokomosios medžiagos vertimas, aprūpinimas mokymo priemonėmis). Taip pat buvo atliktas esamos sveikatos būklės įvertinimas, padedantis planuoti veiksmus, mokyklos buvo skatinamas parengti vidinį bendruomenės poreikį atitinkančias programas [39, 12].

1997 – 1998 m. laikomi antruoju mokslinis pagrindimo (vertinimo) etapu. Šiuo etapu buvo atliktas SSM veiklos vertimas, kuris parodė, kad tose mokyklose, kuriose buvo vykdoma tikslinė sveikatos stiprinimo veikla, mokytojai ir mokiniai yra labiau informuotesni, atsirado

glaudesnis ryšys tarp mokyklos bendruomenės narių, į gerą pusę pasistūmėjo kai kurie mokinių gyvenimo įpročiai. Dėl šios priežasties buvo padaryta išvada, kad SSM koncepcija yra priimtina Lietuvos bendrojo lavinimo mokyklos (norinčių tapti SSM skaičius didėjo ne tik tarp bendrojo lavinimo mokyklų, bet ir tarp ikimokyklinio ugdymo įstaigų). Visi šie teigiami pokyčiai lėmė tai, kad 1997 m. Šiauliuose įvyko pirmoji Nacionalinė sveikatą stiprinančių mokyklų konferencija „Sveikos gyvenimo ugdymas ugdymo institucijose“, tuomet Lietuvoje buvo pradėtas kurti Nacionalinis sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas [10, 12, 39].

Trečiasis etapas „Patirties sklaida“ truko nuo 1999 m. iki 2000 m. Jo metu įvairiose žiniasklaidos priemonėmis buvo skleidžiami teigiami tiek nacionalinio lygmens, tiek mokyklų geros praktikos pavyzdžiai. Šie pavyzdžiai buvo publikuojami ir specialiuose SSM tarptautiniuose žurnaluose, veikla buvo pristatyta ir Nacionalinėje sveikatos taryboje ir sulaukė teigiamo grįžtamojo ryšio [39].

„Politika ir sprendimai – taip pavadintas ketvirtasis etapas (2001–2007 m.), kuriame buvo tęsiami ankstesniuose etapuose pradėti veiksmai, tokie kaip bendradarbiavimo skatinimas, parama mokykloms. SSM vykdoma veikla, jos teigiami rezultatai bei patirtis dalyvaujant Europos tinkle lėmė, kad sveikatos stiprinimo koncepcijos būtų įtrauktos į politinius dokumentus [39]. Vienas iš tokių dokumentų – Vaikų ir moksleivių sveikatos apsaugos politikos strategines gaires, 2000 metais patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos bei švietimo ir mokslo ministrų įsakymu, kuriose teigiama, kad švietimo įstaigos yra vienos iš svarbiausių institucijų, kuriose galima sėkmingai vykdyti vaikų sveikatos ugdymą ir stiprinimą, todėl būtina bendradarbiavimas tarp sveikatos ir švietimo sektorių. Taip pat teigiam, kad sveikatos ugdymas yra integrali visos ugdymo sistemos dalis ir turi būti visų tipų šalies švietimo įstaigose [48]. 2005 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybės patvirtintoje Vaiko gerovės politikos strategijoje bei šios strategijos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 m. plane, kaip viena iš priemonių padedanti skatinti įvairių institucijų, nevyriausybinių organizacijų ir bendruomenių bendradarbiavimą įvairiais lygmenimis (vietiniu, nacionaliniu ir tarpvalstybiniu), kad būtų užtikrintas vaikų ir jaunimo dalyvavimas sprendžiant su vaiko gerove susijusius klausimus, buvo nurodyta sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo plėtotė [49]. Ketvirto etapo metu, 2003 m., Valstybiniame aplinkos sveikatos centre buvo įsteigtas SSM koordinavimo biuras (reorganizavus Valstybinį aplinkos sveikatos centrą koordinavimo biuro veiklą perėmė Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro Vaikų sveikatos skyrius), vėliau, nuo 2007 m. sveikatos stiprinimo veikla buvo integruojama į sistemą [10, 39].

Plačiau turi būti aptartas ketvirto etapu priimtas Mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašas, kuris buvo patvirtintas 2007 metais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro bei švietimo ir mokslo ministro įsakymu. Jis nustato

ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ir profesinio lavinimo mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarką. Šis dokumentas yra skirtas visoms mokykloms, norinčioms tapti SMM bei mokykloms, jau priklausančioms SSM tinklui [41, 50]. Mokykla, siekianti tapti SMM, turi suburti mokyklos bendruomenės narių iniciatyvinę grupę, kurioje gali būti mokiniai, tėvai, mokytojai, administracijos atstovai, mokyklos sveikatos priežiūros specialistai. Ši grupė atsakinga už sveikatos stiprinimo veiklos organizavimą ir bei programos, kurioje turi atsispindėti pradinės situacijos analizė, bendradarbiavimas, programos turinys, uždaviniai, planavimas bei vertimas. Svarbu, kad rengiant programą būtų atsižvelgta į mokykloje puoselėjamas vertybes ir mokyklos ateities viziją [7, 12]. Įvykdžius minėtus veiksmus, mokyklos direktorius pateikia prašymą bei tam tikrus dokumentus, tarp kurių turi būti ir sveikatos stiprinimo 5 metų programa. Mokyklas vertina iš septynių asmenų sudaryta komisija. Pirmojo vertinimo etapo metu Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras įvertina prašymą bei dokumentus, o antrojo etapo metu komisija įvertina sveikatos stiprinimo programų kokybę ir atitiktį sveikatą stiprinančių mokyklų dviejų lygių kriterijams. Pirmojo lygio kriterijai taikomi mokykloms, kurios siekia tapti pripažintomis sveikatą stiprinančiomis mokyklomis, o antrojo lygio kriterijai – mokykloms, kurios jau yra pripažintos sveikatą stiprinančiomis iki aprašo įsigaliojimo bei toms mokykloms, nuo kurių pripažinimo praėjo penkeri metai. Pirmojo lygio kriterijai vertinami vertinant šešias veiklos sritis (sveikatos stiprinimo veiklos valdymo struktūrą, politiką ir kokybę, psichosocialinė aplinką, fizinę aplinką, žmogiškuosius ir materialiuosius išteklius, sveikatos ugdymą bei sveikatą stiprinančios mokyklos veiklos sklaidą ir tęstinumą), o antrojo lygio – dvi veiklos sritis (sveikatą stiprinančios mokyklos veiklos veiksmingumo vertimą bei veiklos plėtojimo vizijos rengimą). Atsižvelgiant į kiekvieno komisijos nario kiekvienos veiklos srities kriterijų įvertinimą balais, padaroma vertinimo išvada (jeigu ji yra teigiama, tuomet mokyklai išduodamas penkerius metus galiojantis pažymėjimas) [41, 50].

#### **4.5. Europos Sąjungos ir Lietuvos dokumentai, akcentuojantys sveikatos stiprinimo ir SSM svarbą**

Tiek sveikatos stiprinimo, tiek SSM nauda neabejojama, todėl tiek Europos Sąjungos, tiek Lietuvoje priimamuose teisės aktuose yra įteisintos nuostatos, susijusios su sveikatos ugdymo, sveikatą stiprinančios aplinkos plėtote, daug dėmesio skiriant vaikams [51].

##### **4.5.1. Europos Sąjungos dokumentai**

Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijoje, pagrindiniame tarptautiniame dokumente, reglamentuojančiame vaiko teises, kuris buvo priimtas 1989 m, o Lietuvos ratifikuotas 1995

m., pabrėžiama, kad valstybės dalyvės užtikrina didžiausią galimybę vaikui gyventi ir sveikai vystytis. Konvencijos 24 straipsnyje nurodoma, kad valstybės dalyvės pripažįsta vaiko teisę naudotis tobuliausiomis sveikatos sistemos paslaugomis ir ligų gydymo bei sveikatos atstatymo priemonėmis. Šiame straipsnyje taip nurodomos ir priemonės, kurių turi imtis valstybės įgyvendinamos minėta teisė, jose pabrėžiama, kad būtina informuoti visus visuomenės sluoksnius, ypač tėvus ir vaikus, apie vaikų sveikatą ir mitybą bei kitas su sveikata susijusias temas, sudaryti galimybę vaikams lavintis ir tokiomis žiniomis pasinaudoti [52].

PSO programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“, kurioje nurodomi pagrindiniai visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione, net trys tikslai yra tiesiogiai susiję su vaikų ir jaunų žmonių sveikata. Programos 13 tikslu nurodyta, kad iki 2015 metų Europos regiono gyventojams turėtų būti sudarytos didesnės galimybės gyventi sveikoje fizinėje ir socialinėje aplinkoje, taip pat namuose, mokykloje ir vietos bendruomenėje. Šiame tikslu taip pat nurodoma, kad mažiausiai 95% vaikų turi turėti galimybę būti auklėjami sveikatą stiprinančioje mokykloje [11].

Sveikatos politikos strategija „Sveikata 2020“, kurią priėmė 53 PSO Europos regiono narės, siekiama, kad būtų iš esmės pakeisti prioritetai ir investuojama į socialinius sveikatos determinantus, sveikatos stiprinimą ir ligų prevenciją. Strategijoje sveikatos stiprinimo procesas įvardintas kaip vienas iš dešimties svarbiausių visuomenės sveikatos veiksmų. Pabrėžiama, kad gyvenimai, vienam iš sveikatos netolygumų determinantų, gali būti padaryta įtaka vykdant šį procesą. Deja daugybė galimybių tai padaryti prarandama, nes stokoja priemonių, padidinančių žmonių įtraukimą į šį procesą. Ir nors strategijoje akcentuojama, kad investicijos į sveikatos stiprinimą bei ligų prevenciją ilgainiui padeda sutaupyti lėšas, nes kryptingai vykdant šias veiklas sumažėja lėtinių ligų atvejų, kurių gydymas reikalauja daug išteklių, tačiau dažnai sveikatos stiprinimui skiriamos lėšos yra nepakankamos, dėl ko žmonės gauna blogos kokybės sveikatos stiprinimo paslaugas [53, 54].

2004 m. buvo Europos vaikų aplinkos ir sveikatos veiksmų planas – politinis dokumentas kartu su įgyvendinimo priemonėmis, kuriame nurodoma, kad veiksmingose priemonėse, apsaugančiose vaikų sveikatą, turėtų būti pabrėžiamas vaikų sveikatos stiprinimas, apimantis sveiko gyvenimo būdo, tvaraus vartojimo modelių propagavimą, sveikų ir aktyvių bendruomenių kūrimą [55]. Nuostatos, susijusios su sveikatos stiprinimu, išreikštos ir Europos vaikų ir paauglių sveikatos ir vystimosi strategijoje, kuri 2005 m. buvo priimta PSO Europos regioninio komiteto 55-oje sesijoje. Vienas iš principų, kuriuo remiasi strategija, yra „gyvenimo ciklo“ požiūris, kuris reiškia, kad vaikų sveikatos problemos priklauso nuo vaikų amžiaus (nuo periodo iki gimimo bei gimdymo iki paauglystės), tad vykdant politikos priemonės ir programos turėtų būti atsižvelgiama į vaiko amžių. Sveikatas gyvenimo būdas, sveikos fizinės ir



psichosocialinės mokyklos aplinkos stiprinimas – tai dalis iš siūlomų priemonių 5 – 9 metų amžiaus vaikams (vėlyvoji vaikystė). Paaugliams (10 – 19 metų amžiaus vaikams) taip pat siūloma taikyti sveikos mokyklos aplinkos stiprinimo priemonę, taip pat akcentuojama sveikos gyvensenos ugdymo svarba, tėvystės įgūdžių ugdymas [56].

Sveikatos stiprinimui skiriamas didelis dėmesys ir kituose Europos Sąjungos teisės aktuose, pavyzdžiui trečiojoje Europos Sąjungos sveikatos programoje (2014 – 2020 m.), pagrindinėje priemonėje, kuria remiasi Europos Sąjungos sveikatos politika [57].

#### **4.5.2 Lietuvos dokumentai**

2012 m. buvo patvirtinta Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, kuri yra pagrindinis planavimo dokumentas, kuriuo turi būti vadovaujamosi priimant strateginius sprendimus ir rengiant valstybės planus. Ši strategija – tai valstybės vizija ir raidos prioritetai bei jų įgyvendinimo kryptys iki 2030 m. Dokumente teigiama, kad norint, kad Lietuva taptų modernia, veržlia, atvira pasauliui bei puoselėjančia savo nacionalinį tapatumą šalimi, būtina siekti, kad visuomenė taptų sumani, o šį tikslą pasiekti padėtų platesnis tikslinių visuomenės sveikatos stiprinimo priemonių taikymas [58]. Įgyvendindama šią strategiją Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino 2014 – 2020 m. nacionalinės pažangos programą, kurioje nurodomi prioritetai, jiems pasiekti iškeltas bendras tikslas, tikslai ir uždaviniai. Teigiama, kad vienam iš prioritetų „veikli ir solidari visuomenė“ pasiekti reikia, kad valstybės pastangos būtų sutelktos ties gyventojų sveikatos stiprinimu ir išsaugojimu. Prie minėto prioriteto siekimo taip pat minimas visuomenės psichinės sveikatos priemonių įgyvendinimas, sveikatą stiprinančios viešosios infrastruktūros plėtojimas. Aštunto prioriteto „Sveikata visiems“ bendruoju tikslu siekiama geros žmonių sveikatos. Na, o šis tikslas nebus pasiektas be Lietuvos gyventojų sveikatos stiprinimo ir saugojimo bei sveikatai palankios aplinkos, kuriai priklauso ir mokymo aplinka, kūrimo [59].

Šešioliktoji vyriausybė, priimdama savo 2012 –2016 m. programą, nurodė svarbiausias vertybes, kurių išsaugojimui skirs ypatingą dėmesį. Viena iš jų – tinkama, visiems prieinama sveikatos apsaugos sistema, sauganti didžiausią vertybę – žmogų. Siekiant šios vertybės įgyvendinimo planuojami ir su sveikatos stiprinimu susiję veiksmai tokie kaip savivaldybių atsakomybės už gyventojų sveikatos stiprinimo ir ugdymo veiklą didinimas, aiškios, skaidrios patikimos ir kiekvienam asmeniui prieinamos sveikatos tausojimo ir stiprinimo institucijų nacionalinės sistemos kūrimas, sveikos gyvensenos ugdymo įtraukimas į ikimokyklinių ir ugdymo įstaigų programas bei kiti veiksmai[60].

Sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius, taip pat siekiamus sveikatos lygio rodiklius, kurie yra privalomi ir būtini siekiant įgyvendinti Lietuvos pažangos strategiją „Lietuva 2030“, nustato naujoji Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programa, kurioje minimi tokie tikslai kaip sveikatai palankios fizinės darbo ir gyvenamosios aplinkos sukūrimas, sveikos gyvensenos ir kultūros formavimas bei kiti. Tarp šiems tikslams pasiekti siūlomų priemonių pateikiamos ir priemonės susijusios su sveikatos stiprinimu: plėtojimas tyrimų, skirtų darbuotojų sveikatos stiprinimui, sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo šeimoje ir mokykloje stiprinimas, specializuoto sveikatos stiprinimo projektų rengimas [61]. Siekiant įgyvendinti naujojoje Lietuvos sveikatos programoje nustatytus visuomenės sveikatos priežiūros srities tikslus ir uždavinius, 2015 m. pabaigoje buvo patvirtinta nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtros programa, kuri nustato nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros tikslus, uždavinius, jų vertinimo kriterijus ir planuojamas pasiekti reikšmes. Pats pirmasis šios programos tikslas yra skirtas sveikatos stiprinimui – stiprinti fizinę ir dvasinę sveikatą, formuoti sveiką gyvenseną, jos kultūrą, skatinti sveikatos raštingumą [62].

Sveikatos stiprinimas akcentuojamas ir daugelyje kitų dokumentų. Nacionalinėje darnaus vystimosi strategijoje numatoma tirti gyventojų sveikatos stiprinimo efektyvumą, reguliariai informuoti visuomenę apie visuomenės sveikatos stiprinimo būdus, vaikų sveikatos stiprinimo priemones įtraukti į vykdomas sveikatos programas [63]. Nacionalinėje jaunimo politikos 2011–2019 m. plėtros programoje konkrečiai sveikatos stiprinimas neminimas, tačiau jos strateginis tikslas yra sukurti palankią aplinką jauno žmogaus vertingam gyvenimui ir saviraiškai Lietuvoje. Palankios aplinkos sąvokai, žinoma, būtų galima priskirti sveikatą stiprinančių mokyklų aplinką [64]. Dar viename dokumente, Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijoje, kuriuo valstybė įsipareigoja kurti ir stiprinti vaiko gerovę, taip pat minimas sveikatos stiprinimas. Jame nurodyta, kad turi būti kuriamos ir įgyvendinamos nacionalinės strategijos ir programos, kurios suteiktų galimybę gauti kiekvienam vaikui būtinas žinias apie sveikatos išsaugojimą, stiprinimą, ligų profilaktiką [65]. Psichikos sveikatos strategijoje, kuri buvo patvirtinta 2007 m., teigiama, kad nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos, tad būti skirti daug dėmesio vaikų psichikos sveikatos stiprinimui mokyklose ir bendruomenėje [61, 66]. Dar vienas psichikos sveikatai svarbus dokumentas yra 2014 m. patvirtintos Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairės, kurios nustato vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo veiksmų kryptis bei veiklas [67].

Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys – dar vienas svarbus dokumentas, kuriame išdėstytos pagrindinės Lietuvos sveikatos sistemos plėtros kryptys ir numatyta jų įgyvendinimo strategija. Metmenyse tarp įvairių siūlymų pateikiami tokie pasiūlymai kaip visą gyvenimą trunkančio sveikatos ugdymo ir mokymo sistemos, pradedant šią

veiklą vykdyti vaikų ugdymo ir mokymo įstaigose, sukūrimas, taip pat siūloma veikos gyvensenos ugdymą pradėti nuo ankstyvos vaikystės, integruojant jį į ugdymo ir mokymo institucijų programas [68].

#### **4.6. Moksliniai tyrimai sveikatos stiprinimo bei sveikatą stiprinančių mokyklų tema**

Nors apie sveikatos stiprinimo idėjas bei apie SSM bei jų naudą kalbama jau seniai, deja, tyrimų, kurie padėtų išaiškinti, nuo ko priklauso dalyvavimas sveikatos stiprinimo veikloje, ar yra įtraukiami į šį procesą mokyklos bendruomenės nariai (mokiniai, mokytojai, tėvai) ir kokia yra SSM nauda tiek Lietuvoje, tiek visame pasaulyje atliekama nepakankamai.

Organizuojant sveikatos stiprinimo veiklą mokykloje, labiausiai orientuojamasi į mokinius. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokslininkai atliko tyrimą, kurio metu buvo apklausiami mokyklų vadovai siekiant įvertinti mokinių sveikatos stiprinimo sąlygas bei veiklą jų vadovaujamoje mokykloje. Rezultatai atskleidė, kaip, jų nuomone, mokiniai į sveikatos stiprinimo veiklą yra. Beveik 80% (79,4%) mokyklų vadovų teigė, kad mokiniai yra informuojami apie jiems aktualius sprendimus, taip pat yra kviečiami aptarti taisykles, strategijas. Panaši dalis (77%) vadovų teigė, kad mokiniai informuojami apie renginius, o 57,9% tvirtino, kad mokiniai kviečiami svarstyti sveikatos stiprinimo programas. Didžioji dalis respondentų (97,6%), nurodė, kad vaikų nuomonei išklaudyti taikomos anketinės apklausos. Vis dėlto priimant sprendimus, į mokinių nuomonę atsižvelgiama ne visada: daugiau nei pusė (52,4%) vadovų, teigė, kad į mokinių nuomonę atsižvelgiama beveik visada, 42,1% – dažnai., o 5,6% vadovų prižino, kad į vaikų nuomonę atsižvelgiama tik kartais [14].

2011 metais Lietuvos edukologijos universiteto ir Mykolo Riomerio universiteto mokslininkai nustatė, kad Vilniaus apskrities mokyklų mokytojų nuomone, jie nėra pakankamai aktyvūs siekdami tapti sveikos gyvensenos pavyzdžiu mokiniams, vykdydami sveikatos ugdymo veiklą. Daugiausia (88,6%) sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje dalyvaujančių mokytojų teigė dalyvaujantys renginiuose, šiek tiek mažiau (81,4 %) prisidėjo rengiant prevencines programas, 70% teigė dalyvaujantys aptariant ir vertinant sveikatos stiprinimo veiklos vertinimo priemones tokias kaip įvairūs renginiai, konkursai. Panaši dalis tyrime dalyvavusių mokytojų organizavo renginius (69,6%), 64,3% mokytojų juos vedė. Apklaustieji mokytojai pabrėžė, kad mokinių sveikatai užtikrinti labai svarbi yra fizinė ir psichosocialinė mokyklos aplinka, o kuriant tokią aplinką labai svarbu mokyklos specialistų parama, mokyklos bendruomenės (kartu ir tėvų) bendradarbiavimas bei sveikatos ugdymo kurso integravimas į pamokas ar atskirtos sveikatos ugdymo pamokos. Daugiausia mokytojų (97,7 %) teigė, kad sveikatos ugdymas jų mokykloje apima tabako, alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevenciją, šiek mažiau

mokytojų (96,2%) – patyčių ir prievartos prevencinę veiklą, 89,3% – žmogaus saugą. O mažiausiai dėmesio skiriama užkrečiamųjų ligų (37,9 %) prevencijai, protinei sveikatai (26,8%). [69].

Tėvai, kaip mokyklos bendruomenės nariai dažnai pamirštami, tačiau dar 1988 m. Jungtinių Amerikos Valstijų mokslininkai Minesotos valstijoje atlikę tyrimą, kuriuo lygino dviejų vaikų sveikatos ugdymo programų, kuriose dalyvauja tėvai, efektyvumą, padarė išvadą, kad pagrindinis uždavinys vaikų sveikatos stiprinimo procese yra tėvų įtraukimas į šį procesą, nes tėvai atlieka itin svarbų vaidmenį. Tėvų elgesys vaikams tampa elgesio pavyzdžiu, kurie jie patys perima ir kurį ateityje perduos savo vaikams [70]. 2014 m. Olandijoje atlikto tyrimo duomenis, tiek tėvai, tiek mokyklos personalas supranta ir pripažįsta, kad mokinių sveikatos stiprinimo procesas būtų daug efektyvesnis, jei jį remtų tėvai, o tėvų iniciatyva būtų palaikoma mokytojų [71]. Tais pačiais metais Švedijoje atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad tėvų įsitraukimas į vaiko sveikatos stiprinimo procesą gali padėti kovoti su atžalų kankinančiomis ligomis tokiomis kaip pirmo tipo cukrinis diabetas [72]. Maltoje atlikti tyrimai parodė, kad motinų dalyvavimas sveikatos stiprinimo veikloje sumažina tiek pačių motinų, tiek jų vaikų antsvorio ir nutukimo riziką [73]. Deja, Lietuvoje atlikti tyrimai rodo, kad tėvų dalyvavimas sveikatos stiprinimo veikloje nėra pakankamas. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokslininkų duomenimis 43,2% mokyklų vadovų teigė, kad jų vadovaujamos mokyklose tėvai aktyviai dalyvauja aptariant ir planuojant sveikatos stiprinimo priemones, tokia pati dalis mokyklų vadovų tvirtino, kad tėvai yra aktyvūs planuojant renginius mokykloje [14]. Kad tėvų dalyvavimas mokykloje vykdomoje sveikatinimo veikloje yra nedidelis, patvirtino ir Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro atliktas tyrimas, kurio metu buvo nagrinėjamos 2012 – 2014 metais mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis komisijai pateiktos mokyklų, siekiančių tapti SSM arba pratęsti SSM veiklos pažymėjimą, programos. Išvados apie tėvų dalyvavimą buvo daromos atsižvelgiant į tai, ar sveikatinimo veiklą organizuojančios grupės sudėtyje yra tėvų, ar tėvų dalyvavimas ar nedalyvavimas sveikatos stiprinimo procese yra aprašytas situacijos analizėje ir ar programos priemonių plane tarp atsakingų už veiklas asmenų yra tėvų. Buvo nustatyta, kad 59% mokyklų tėvų dalyvavimas yra nepakankamas, o 20% mokymo įstaigų tėvai mokykloje vykdomoje sveikatinimo veiklose apkritai nedalyvauja [74].

SSM nauda yra įrodyta moksliniais tyrimais. Tokios mokyklos Kanados mokslininkų teigimu turi teigiamą poveikį ir fiziniam aktyvumui – vaikai besimokantys mokyklose, kuriose taikoma sveikatos stiprinimo programa, yra fiziškai aktyvesni savaitgaliais bei kitu, laisvu nuo pamokų, metu [75]. Malaizijoje atlikto tyrimo duomenis, SSM besimokančių 11-12 metų amžiaus vaikų burnos sveikata yra geresnė lyginant su vaikų, kurie nesimoko tokiose mokyklose, vaikų sveikata [76]. Tokių mokyklų teigiamą įtaką patvirtino ir 2015 metais atliktos metaanalizės,

kurios metu buvo analizuojami 67 tyrimų, rezultatai, išvados: nustatyta SSM mokyklų teigiama įtaka mokinių kūno masės indeksui, fiziniam aktyvumui, vaisių ir daržovių suvartojimui, rūkymui bei patyčių patyrimui. Nors nustatyta teigiama įtaka yra nedidelė, tačiau populiacijos lygmenyje ji yra svarbi [77].

Panašių tyrimų yra atlikta ir Lietuvoje. 2002 metais Aldona Jociūtė atliko tyrimą, kuriame dalyvavo mokiniai ir mokytojai iš 12 šalies mokyklų (6 dalyvaujančios tarptautiniame sveikatą stiprinančių mokyklų projekte tikrųjų narių teisėmis ir 6 nepriklausančios SSM tinklui). Tyrimo rezultatai parodė, kad SSM statistiškai reikšmingai daugiau mokinių dalyvauja papildomoje fizinėje veikloje, daugiau vyresniu moksleivių skiria laiko intensyviai fizinei veiklai. Tokiose mokyklose vyresni mokiniai stiprius alkoholis gėrimus vartojo rečiau nei šiam tinklui nepriklausančių mokyklų mokiniai. Taip pat SSM buvo pastebėta sveikatos mitybos įpročių formavimo tendencija. Svarbu paminėti, kad reikšmingų rūkymo paplitimo skirtumų nustatyta nebuvo [78]. Klaipėdos universiteto mokslininkai, tyrę paauglių mitybą SSM, taip pat nustatė teigiamą tokių mokyklų įtaką mitybos įpročiams. Tokiose mokyklose du kartus daugiau mokinių valgo pietus mokykloje, šių mokyklų mokiniai reikšmingai daugiau kartų per dieną valgo, rečiau valgo greito maisto produktus, geria saldžius gazuotus gaiviuosius gėrimus ir dažniau valgo sriubą nei SSM tinkle nedalyvaujančių mokyklų mokiniai. SSM tinklui nepriklausančiose mokyklose daugiau mokinių nurodė, kad jų mokymo įstaigoje prekiaujama nesveiku maistu [79].

## 5. TYRIMO METODAI IR APIMTIS

Atliktas momentinio tipo (tiek aprašomojo, tiek analitinio pobūdžio) tyrimas. Toks tyrimo tipas pasirinktas todėl, kad buvo norima išsiaiškinti įvairių veiksnių paplitimo įverčius tarp populiacijos narių. Toks tyrimo tipas taip pat pasirinktas dėl to, kad jis yra ekonomiškai (nebrangus), lyginant su kitais tyrimų tipais ir gali būti įgyvendinamas per sąlyginai trumpą laiką.

Tyrimas buvo atliktas anoniminės anketinės apklausos būdu. Anketos mokyklos bendruomenių nariams (mokiniam, mokytojams, tėvams) buvo paruoštos, naudojantis sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos vertinimo vadove, paruoštame Valstybinio aplinkos sveikatos centro, pateiktais klausimais [80]. Prieš apklausos atlikimą specialiai šiam tyrimui parengtos anketos buvos patikrintos – bandomojo tyrimo metu buvo apklausta 20 mokinių, 20 tėvų bei 15 mokytojų. Atsižvelgiant į bandomojo tyrimo rezultatus anketos buvo pakoreguotos.

Galutinėje tyrimo anketoje, kuri buvo skirta mokiniams, buvo pateikti 29 klausimai (1 priedas). Šią anketą sudarė klausimai apie mokinių dalyvavimui jų sveikatą stiprinančiame procese įtaką daryti galinčius veiksnius (lytį, gyvenamąją vietą, amžių, klasę), klausimai apie mokinių dalyvavimą sveikatą stiprinančiame procese, domėjimąsi sveikatos stiprinimo veikla, nuomonės išreiškimą bei klausimai, kuriais siekiama sužinoti, ką SSM mokiniai žino apie tokias mokyklas.

Mokytojams skirtoje galutinėje anketoje buvo pateikti 27 klausimai (2 priedas). Anketoje buvo pateikti klausimai apie mokytojų dalyvavimui mokinių sveikatą stiprinančiame procese įtaką daryti galinčius veiksnius (lytį, amžių, mokyklos vietą, dėstomą dalyką, bei darbo trukmę mokykloje), dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje, jų nuomonės išreiškimą, sveikatos ugdymo integravimą ir klausimai, kuriais norėta sužinoti, ką SSM dirbantys mokytojai žino apie šias mokyklas.

Galutinę tėvams skirtą anketą sudarė 18 klausimų apie jų dalyvavimui vaikų sveikatą stiprinančiame procese įtaką daryti galinčius veiksnius (lytį, amžių, gyvenamąją vietą, išsilavinimą), dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje, domėjimąsi šia veikla, nuomonės išsakymą. Anketoje, kaip ir mokytojams bei mokiniams skirtose anketose, buvo pateikti klausimai, kuriais siekiama įvertinti tėvų, kurių vaikai lanko SSM tinklui priklausančias mokyklas, žinias apie SSM (3 priedas).

Dalyvauti tyrime buvo pasiūlyta visų Lietuvos savivaldybių Visuomenės sveikatos biurams. Iš sutikusių dalyvauti biurų buvo atrinkti tie, kurių savivaldybėse buvo tokių SSM, kurios neseniai atnaujino sveikatos stiprinimo programas. Pirmame etape iš savivaldybių, kurių Visuomenės sveikatos biurai sutiko dalyvauti tyrime ir kuriose buvo neseniai sveikatos stiprinimo programos atnaujinusių mokyklų, buvo atrinktos SSM tinklui priklausančios

mokyklos. Antrame etape, atsižvelgiant į SSM bendrą mokinių skaičių bei mokyklų tipą (gimnazija, progimnazija, vidurinė, pagrindinė mokykla) iš kiekvienos savivaldybės situacijos palyginimui buvo atrinktos mokyklos, kurios nepriklauso SSM tinklui (kai kurioms SSM dėl jose esančio didelio mokinių skaičiaus buvo atrinkta daugiau nei viena SSM tinklui nepriklausanti mokykla).

Apklausa buvo vykdoma 2015 metų balandžio, gegužės ir rugsėjo mėnesiais. Tyrime dalyvavo Kauno, Klaipėdos miestų, Joniškio, Jonavos, Lazdijų, Visagino, Švenčionių miestų bei Panevėžio rajono mokyklų 8 ir 10 klasių mokiniai, jų tėvai bei mokytojai (1 paveikslas). Iš viso tyrime dalyvavo 28 Lietuvos mokyklų bendruomenių nariai (1 lentelė).



**1 paveikslas.** Lietuvos miestai bei rajonai, kuriuose esančių mokyklų bendruomenių nariai dalyvavo tyrime

**1 lentelė.** Savivaldybių SSM tinklui priklausančios/ nepriklausančios mokyklos, kurių bendruomenių nariai dalyvavo tyrime

Savivaldybė	SSM tinklui priklausančios mokyklos	SSM tinklui nepriklausančios mokyklos
<b>1. Klaipėdos miesto</b>	1. Klaipėdos „Saulėtekio“ pagrindinė mokykla	1. Klaipėdos „Sendvario“ pagrindinė mokykla
<b>2. Kauno miesto</b>	1. Kauno „Varpo“ gimnazija 2. Kauno Juozo Grušo vidurinė mokykla 3. Kauno Gedimino sporto ir sveikatinimo mokykla	1. Kauno Jono Basanavičiaus gimnazija 2. Kauno Milikonių vidurinė mokykla 3. Kauno Šančių vidurinė mokykla
<b>3. Panevėžio rajono</b>	1. Panevėžio r. Žibartonių pagrindinė mokykla	1. Panevėžio r. Linkaučių pagrindinė mokykla
<b>4. Visagino</b>	1. Visagino „Verdenės“ gimnazija	1. Visagino „Atgimimo“ gimnazija
<b>5. Švenčionių rajono</b>	1. Švenčionių r. Pabradės „Ryto“ gimnazija	1. Švenčionių r. "Žeimenos" gimnazija
<b>6. Jonavos rajono</b>	1. Jonavos „Neries“ pagrindinė mokykla	1. Jonavos r. Ruklos Jono Stanislausko pagrindinė mokykla 328/27 2. Jonavos r. Užsalių pagrindinė mokykla
<b>7. Joniškio rajono</b>	1. Joniškio r. Žagarės gimnazija	1. Joniškio r. "Skaistgirio" gimnazija
<b>8. Lazdijų rajono</b>	1. Lazdijų Motiejaus Gustaičio gimnazija 2. Lazdijų r. Kučiūnų mokykla 3. Lazdijų r. Seirijų Antano Žmuidzinaus gimnazija	1. Lazdijų r. Aštriosios Kirsnos mokykla 2. Lazdijų r. Būdviečio pagrindinė mokykla 3. Lazdijų r. Kapčiamiesčio Emilijos Pliaterytės pagrindinė mokykla 4. Lazdijų r. Krosnos pagrindinė mokykla 5. Lazdijų r. Šeštokų vidurinė mokykla

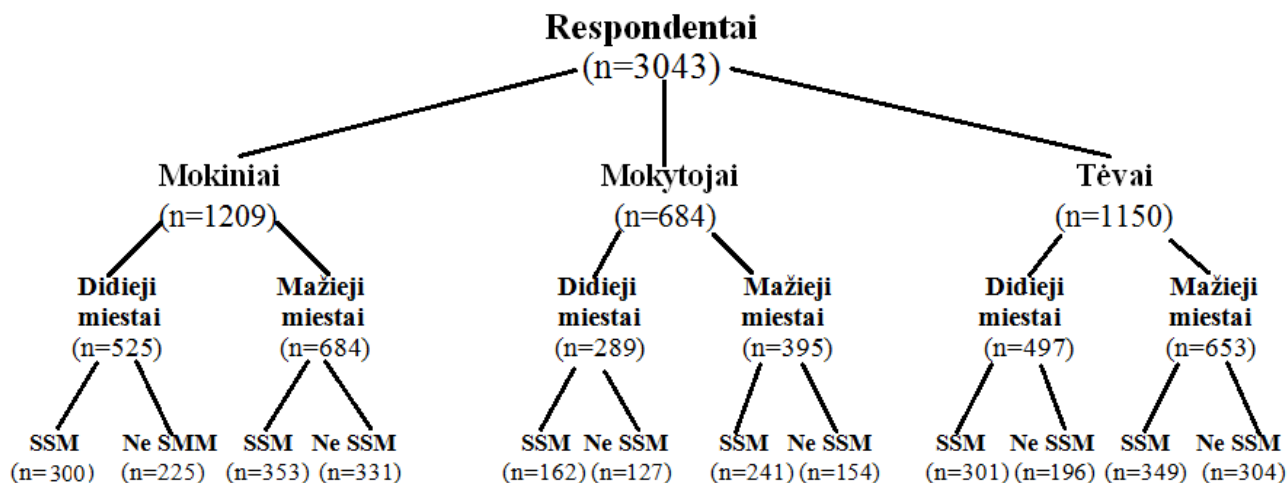
Prieš atliekant apklausą, buvo gauti tyrime dalyvaujančių mokyklų direktorių leidimai dėl apklausos atlikimo jų vadovaujamosiose mokyklose. Prie kiekvienos mokinio anketos buvo prisegta tėvams skirta informacija apie atliekamą tyrimą (4 priedas).

Iš viso buvo išdalinta 1819 anketų mokiniams, 1819 anketų tėvams ir 952 anketos mokytojams. Buvo gražintos 1235 mokinių anketos (atsako dažnis – 67,89 %), 1206 tėvų anketos (atsako dažnis – 66,3 %) ir 700 mokytojų anketos (atsako dažnis – 73,5 %). Iš mokinių gražintų anketų – 26 anketos buvo sugadintos, iš tėvų – 56, o iš mokytojų -16 (buvo pažymėti keli atsakymo variantai, kai buvo prašoma pažymėti tik vieną, užpildyta tik pusė anketos klausimų). Taigi, mokinių galutinę tyrimo imtį sudarė 1209, galutinė tėvų imtį –1150, galutinė mokytojų – 684 teisingai užpildytos anketos.

Atsižvelgiant į tai, kad didžiuosiuose miestuose (Klaipėdoje, Kaune) esančių mokyklų bendruomenės nariai skiriasi nuo kituose miestuose esančių mokyklų narių, mokiniai, mokytojai



bei tėvai buvo suskirstyti į dvi grupes: pirmąją grupę sudarė Visagino savivaldybės, Panevėžio, Švenčionių, Jonavos, Joniškio bei Lazdijų rajono savivaldybių (mažųjų miestų) respondentai (I respondentų grupė), o antrąją – Kauno bei Klaipėdos miestų (didžiųjų miestų) respondentai (II respondentų grupė). Kadangi buvo norima sužinoti, kokios yra SSM respondentų žinios apie šias mokyklas, didžiųjų bei mažųjų miestų respondentų grupės buvo suskirstytos į SSM respondentus ir respondentus, kurie nepriklauso šioms mokykloms (2 paveikslas).



**2 paveikslas.** Respondentų (mokinių, mokytojų, tėvų) suskirstymas į tiriamųjų grupes

Kiekviena respondento anketa buvo pažymėta originaliu numeriu, duomenys buvo tvarkomi, koduojami, mokinių, mokytojų ir tėvų duomenų bazėms buvo sudaryti kodų aprašai. Duomenys suvesti į EpiData 3.1. programą, nes joje apsibrėžus teisingas reikšmių žymes kiekvienam kintamajam, tokiu būdu buvo supažinta klaidų tikimybė. Siekiant surasti duomenų įvedimo klaidas, buvo sudaromos svarbiausių kintamųjų dažnių lentelės, taip pat nagrinėjamos neatitikimus galinčios atskleisti lentelės. Tuomet mokinių, mokytojų bei tėvų duomenys buvo sugrupuoti. Buvo atlikti šie mokytojų duomenų grupavimai: sudarytos 3 mokytojų amžiaus grupės (35 metų amžiaus ir jaunesni, 36 – 45 metų amžiaus, vyresni nei 45 m. amžiaus), sudarytos 3 mokytojų darbo trukmės grupės (dirbantys 10 metų ir mažiau, dirbantys nuo 11 iki 20 metų, dirbantys daugiau nei 20 metų), mokytojų dėstomi dalykai taip pat buvo sugrupuoti į tris grupes: humanitariniai (vokiečių, anglų, rusų, lietuvių kalbos, istorija), tikslieji (matematika, biologija, chemija, fizika, informacinės technologijos, geografija) ir kiti (muzika, tikyba, dailė, pradinis ugdymas, etika, kūno kultūra, socialinė pedagogika, choreografija). Tėvai pagal išsilavinimą buvo suskirstyti į turinčius vidurinį arba pagrindinį išsilavinimą, įgijusius profesinį (šio pasirinkimo varianto anketoje nebuvo, tačiau visi respondentai, pasirinkę atsakymą “kitą”, nurodė profesinį išsilavinimą) arba aukštesnįjį išsilavinimą bei aukštąjį išsilavinimą turinčius respondentus. Tėvai amžiaus grupės buvo analogiškos mokytojų amžiaus grupėms.

Dėl nedidelio respondentų, pasirinkusių tam tikrus kai kuriuos atsakymų variantus skaičiaus, buvo atlikti šie duomenų grupavimai: atsakymai “gerai susipažinęs (-usi)”, “susipažinęs (-usi)” apjungti į atsakymą “susipažinęs (-usi)”, “menkai susipažinęs (-usi)”, “nesusipažinęs (-usi)” į – “ nesusipažinęs (-usi)”, “taip, gana dažnai”, “taip, kartais”, “ taip, retai” į – “taip”, “taip, visada”, “taip, gana dažnai”, “ taip, kartais” į – “taip”, “taip, daug kartų”, “taip, 2 – 3 kartus”, į – “ 2 ir daugiau kartų”, “labai gerai”, “gerai” į – “labai gerai/labai gerai”, “labai blogai”, “blogai” į – “labai blogai/blogai”, “iš dalies ”, “nei” į – “ne/iš dalies”.

Duomenų statistinė analizė buvo atlikta naudojantis Stata12, WinPepi statistinėmis programomis. Įvertintas kiekybinių duomenų skirstinių normalumas (atsižvelgiant į tai, kad skirstiniai buvo normalūs, vidurkis buvo pateiktas kaip duomenų padėties dydis, o standartinis nuokrypis kaip duomenų sklaidos dydis), pateikti kategorinių nominalinių požymių procentai bei absoliutūs skaičiai. Apskaičiuoti taškiniai paplitimo įverčiai, 95 %. PI. Kategorinių duomenų analizei naudotas Pirsono Chi kvadrato testas, o kai yra mažiau nei 5 tikėti dažniai vienam langeliui – Fišerio tikslusis testas Skirtumas vertintas kaip statistiškai reikšmingas, kai  $p \leq 0,05$ . Siekiant išsiaiškinti, kokie veiksniai didina respondentų dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese bei domėjimosi sveikatos stiprinimo veikla šansą, buvo sudaryti logistinės regresijos modeliai, jie buvo įvertinti, atlikta regresijos diagnostika. Iš logistinės regresijos modelių gauti šansų santykiai, apskaičiuoti jų 95 %. PI.

## 6. TYRIMO REZULTATAI

### 6.1. RESPONDENTŲ CHARAKTERISTIKA

#### 6.1.1. Mokinių charakteristika

Tiek I grupėje, tiek II grupėje šiek tiek didesnę mokinių dalį sudarė mergaitės: I grupėje 55,8% respondentų buvo mergaitės ir 44,2% – berniukai, o II grupėje – 54,9% apklaustųjų buvo mergaitės, likę 45,1% respondentų – berniukai (2 lentelė).

2 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Respondentai	Berniukai		Mergaitės	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=684)	302	44,2	382	55,8
<b>II grupė</b> (n=525)	237	45,1	288	54,9
<b>Iš viso</b> (n=1209)	539	44,6	670	55,4

Abiejose respondentų grupėse šiek tiek daugiau buvo 8 klasės mokinių negu 10 klasės respondentų. I grupėje 8 klasės mokiniai sudarė 52,0%, o II grupėje – 56,2 % (3 lentelė).

3 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal klases

Respondentai	8 klasė		10 klasė	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=684)	356	52,0	328	48,0
<b>II grupė</b> (n=525)	295	56,2	230	43,8
<b>Iš viso</b> (n=1209)	651	53,8	558	46,2

Iš visų apklaustųjų 805 mokiniai nurodė gyvenantys mieste, o 404 – gyvenantys kaime (4 lentelė). Tai atitinkamai sudarė 66,6% ir 33,4%. I grupėje didesniąją dalį respondentų sudarė kaime gyvenantys vaikai (51,5%), o II grupėje atvirkščiai – didžioji dalis vaikų nurodė gyvenantys mieste (90,1%).

4 lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

Respondentai	Miestas		Kaimas	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=684)	332	48,5	352	51,5
<b>II grupė</b> (n=525)	473	90,1	52	9,9
<b>Iš viso</b> (n=1209)	805	66,6	404	33,4

Mažųjų miestų vaikų grupėje mokiniai atsižvelgiant į jų mokyklos priklausymą/ nepriklausymą SSM tinklui pasiskirstė panašiai (51,6% ir 48,4%), o didžiųjų miestų grupėje

daugiau buvo SSM mokinių (57,1%) nei mokinių, kurių mokyklos nepriklauso SSM tinklui (42,9%) (5 lentelė).

**5 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal jų mokyklos statusą

Respondentai	Mokykla priklauso SSM tinklui		Mokykla nepriklauso SSM tinklui	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=684)	353	51,6	331	48,4
<b>II grupė</b> (n=525)	300	57,1	225	42,9
<b>Iš viso</b> (n=1209)	652	53,9	557	46,1

### 6.1.2. Mokytojų charakteristika

Didžiąją dalį respondentų didžiųjų ir mažųjų miestų mokytojų grupėse sudarė moterys (I gr. – 89,6%, II gr. – 90,7%) (6 lentelė).

**6 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Respondentai	Vyrai		Moterys	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=395)	41	10,4	354	89,6
<b>II grupė</b> (n=289)	27	9,3	262	90,7
<b>Iš viso</b> (n=684)	68	9,9	616	90,1

Vidutinis mokytojų amžius I grupėje buvo lygus 46,33 metai ( $\pm 9,15$ ). II grupės mokytojų amžiaus vidurkis buvo šiek tiek didesnis (49,19 metai  $\pm 8,575$ ). Tiek didžiųjų, tiek mažųjų miestų mokytojų grupėse daugiausia buvo vyresnių nei 45 metų amžiaus tiriamųjų (I gr. – 55,6%, II gr. – 65,6%), o mažiausiai – 35 metų amžiaus ir jaunesnių mokytojų (I gr. – 13,3%, II gr. – 3,8%) (7 lentelė).

**7 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Respondentai	35 m. ir jaunesni		36 – 45 m.		Vyresni nei 45 m.	
	n	%	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=385)	51	13,3	116	30,1	218	55,6
<b>II grupė</b> (n=288)	11	3,8	88	30,6	189	65,6
<b>Iš viso</b> (n=673)	62	9,2	204	30,3	407	60,5

Pastaba: 10 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Mokytojai I respondentų grupėje pagal mokyklos vietą pasiskirstė panašiai – 52,9% sudarė miesto mokyklų mokytojai, o likę 47,1% dirbo kaimo mokyklose. Visi II grupės respondentai dirbo miesto mokyklose (8 lentelė).

**8 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal mokyklos vietą

Respondentai	Miestas		Kaimas	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=395)	209	52,9	186	47,1
<b>II grupė</b> (n=289)	289	100	0	0,0
<b>Iš viso</b> (n=684)	498	72,8	186	27,2

I respondentų grupėje 25,1% sudarė tiksliųjų dalykų mokytojai, 32,3% humanitarinių dalykų mokytojai, likusi mokytojų dalis dėstė kitus dalykus. 28,8% II respondentų grupės mokytojų dėstė tiksluosius, o 34,5% - humanitarinius dalykus (likę 36,7% dėstė kitus dalykus) (9 lentelė).

**9 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal dėstomą dalyką

Respondentai	Humanitariniai		Tikslicji		Kiti	
	n	%	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=371)	120	32,3	93	25,1	158	42,6
<b>II grupė</b> (n=281)	97	34,5	81	28,8	103	36,7
<b>Iš viso</b> (n=652)	217	33,3	174	26,7	261	40,0

Pastaba: 24 respondentai I grupėje ir 8 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

I grupės respondentai mokykloje vidutiniškai dirba 20,46 metų ( $\pm 10,309$ ), II grupės mokytojai – 23,14 ( $\pm 9,573$ ). Tiek tarp mažųjų, tiek tarp didžiųjų miestų mokyklų mokytojų daugiausia buvo daugiau nei 20 metų mokykloje dirbančių pedagogų (I grupėje – 47,8%, o II – 60,4%) (10 lentelė).

**10 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal darbo trukmę mokykloje

Respondentai	10 m. ir mažiau		11 – 20 m.		Daugiau nei 20 m.	
	n	%	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=389)	80	20,6	123	31,6	186	47,8
<b>II grupė</b> (n=288)	28	9,7	86	29,9	174	60,4
<b>Iš viso</b> (n=677)	108	15,9	209	30,9	360	53,2

Pastaba: 6 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kokia yra jo darbo trukmė mokykloje.

Tiek tarp mažųjų, tiek tarp didžiųjų miestų mokyklų mokytojų daugiau buvo dirbančių SSM, nei dirbančių SSM tinklui nepriklausančiose mokyklose (atitinkamai I gr. 61,0% ir 39,0%, II gr. 56,1% ir 43,9% atitinkamai) (11 lentelė).

**11 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal mokyklos statusą

Respondentai	Mokykla priklauso SSM tinklui		Mokykla nepriklauso SSM tinklui	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=395)	241	61,0	154	39,0
<b>II grupė</b> (n=289)	162	56,1	127	43,9
<b>Iš viso</b> (n=684)	403	58,9	284	41,1

### 6.1.3. Tėvų charakteristika

Tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų tėvų grupėse moterys sudarė didžiąją dalį respondentų (I gr. – 84,2%, II gr – 81,5%) (12 lentelė).

**12 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal lytį

Respondentai	Vyrai		Moterys	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=653)	103	15,8	550	84,2
<b>II grupė</b> (n=497)	92	18,5	405	81,5
<b>Iš viso</b> (n=1150)	195	17,0	955	83,0

Vidutinis respondentų amžius I grupėje buvo 42,86 metų ( $\pm 7,004$ ). II grupės respondentų amžiaus vidurkis buvo labai panašus (42,88 metai  $\pm 6,287$ ). I ir II respondentų grupėse daugiausia buvo vidutinio amžiaus tėvų (I gr. – 59,0%, II gr. – 63,4%), o mažiausiai – jauniausių tėvų amžiaus grupei priklausančių tėvų (I gr. – 11,1%, II gr. – 8,6%) (13 lentelė).

**13 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes

Respondentai	35 m. ir vyresni		36 – 45 m.		Vyresni nei 45 m.	
	n	%	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=639)	71	11,1	377	59,0	191	29,9
<b>II grupė</b> (n=486)	42	8,6	308	63,4	136	28,0
<b>Iš viso</b> (n=1125)	113	10,0	685	60,9	327	29,1

Pastaba: 14 respondentų I grupėje ir 11 respondentų II grupėje neatsakė, koks yra jų amžius.

Atsižvelgiant į gyvenamąją vietą, I grupės respondentai paskirstė labai panašiai – 50,8% buvo miestiečiai, o 49,2% – kaimo gyventojai. II grupėje didžioji dalis tėvų (89,3%) nurodė gyvenantys mieste, o likusieji buvo kaimo gyventojai (14 lentelė).

**14 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

Respondentai	Miestas		Kaimas	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=653)	332	50,8	321	49,2
<b>II grupė</b> (n=497)	444	89,3	53	10,7
<b>Iš viso</b> (n=1150)	776	67,5	374	32,5

Tarp mažųjų miestų respondentų daugiausia buvo tėvų, kurių išsilavinimas yra pagrindinis arba vidurinis (47,9%), o tarp didžiuosiuose miestuose gyvenančių tėvų - aukštaji išsilavinimą įgijusių respondentų (48,7%) (15 lentelė).

**15 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

Respondentai	Pagrindinis/vidurinis		Profesinis/aukštesnysis		Aukštasis	
	n	%	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=638)	313	49,0	165	25,9	160	25,1
<b>II grupė</b> (n=496)	127	25,6	127	25,6	242	48,8
<b>Iš viso</b> (n=1134)	440	38,8	292	25,7	402	35,5

Pastaba: 15 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo išsilavinimas.

Tiek I grupėje, tiek II grupėje didesnę tėvų dalį sudarė respondentai, kurių vaikai mokosi SSM. I grupėje SSM mokinių tėvai sudarė 53,4%, o II grupėje – 60,6% (16 lentelė).

**16 lentelė.** Respondentų pasiskirstymas pagal jų vaiko mokyklos statusą

Respondentai	Mokykla priklauso SSM tinklui		Mokykla nepriklauso SSM tinklui	
	n	%	n	%
<b>I grupė</b> (n=653)	349	53,4	304	46,6
<b>II grupė</b> (n=497)	301	60,6	196	39,4
<b>Iš viso</b> (n=1150)	655	57,0	495	43,0

## 6.2. Mokinių dalyvavimas mokinių sveikatą stiprinančiame procese

### 6.2.1. Mokinių dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje bei savo dalyvavimo vertinimas

#### 6.2.1.1. Mokinių dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje

38,9% (95% PI: 35,3; 42,6) I grupės mokinių ir 27,4% (95% PI: 23,8; 31,4) II grupės mokinių dalyvauja sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje.

Analizuojant mažųjų miestų mokinių dalyvavimą sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje lemiančius veiksnius, buvo nustatyta, kad statistiškai reikšmingai gyvenimas kaime, palyginti su gyvenimu mieste, 1,44 karto padidina šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo veikloje, atsižvelgiant į kitus tirtus veiksnius (17 lentelė). Labai svarbu tai, kad vaikai, kurie mokosi SSM, net 134 % turi didesnę šansą dalyvauti minėtoje veikloje nei įprastas mokyklas lankantys vaikai. Kitų tirtų veiksnių poveikis mokinių dalyvavimui sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje statiškai reikšmingas nebuvo, tačiau rezultatai parodė, kad mažųjų miestų mergaitės yra 1,27 karto labiau linkusios dalyvauti sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje nei berniukai, kad 10 klasės mokiniai turėjo 19% didesnę šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo veikloje nei vaikai, besimokantys 8 klasėje.

**17 lentelė.** Mokinių dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje lemiantys veiksniai I grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠS (bendras)</b>	<b>ŠS (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b>				
Berniukai	1,00			
Mergaitės	1,30	1,27	0,91; 1,73	0,15
<b>Klasė</b>				
8 klasė	1,00			
10 klasė	1,15	1,19	0,87; 1,63	0,29
<b>Gyvenamoji vieta</b>				
Miestas	1,00			
Kaimas	1,28	1,44	1,04; 1,99	0,025
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b>				
Nepriklauso	1,00			
Priklauso	2,22	2,34	1,69; 3,23	<0,0005

N=684. Modelio tikėtino santykio Chi kvadratas 33,46; IIs 4;  $p < 0,0005$ ; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 8,46; IIs 8;  $p = 0,39$ ;  $R^2$  0,05; modelis teisingai klasifikuoja 64,91% imties respondentų; jautrumas 27,44%; specifiškumas 88,76%; plotas po ROC kreive –0,63.

II respondentų grupėje net 4,77 karto labiau linkę dalyvauti sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje vaikai, lankantys SSM tinklui priklausančią mokyklą, nei mokiniai, lankantys įprastas ugdymo įstaigas (18 lentelė). Buvo nustatyta, kad moteriška lytis, palyginti su vyriška lytimi, 10 klasė, palyginti su 8 klase, gyvenimas kaime, palyginti su gyvenimu mieste, padidina šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo veikloje, tačiau šie rezultatai statistiškai reikšmingi nebuvo.



**18 lentelė.** Mokinių dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje lemiantys veiksniai II grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠŠ (bendras)</b>	<b>ŠŠ (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p reikšmė</b>
<b>Lytis</b>				
Berniukai	1,00			
Mergaitės	1,17	1,22	0,81; 1,84	0,34
<b>Klasė</b>				
10 klasė	1,00			
8 klasė	1,62	1,34	0,88; 2,03	0,18
<b>Gyvenamoji vieta</b>				
Kaimas	1,00			
Miestas	1,29	1,11	0,53; 2,27	0,779
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b>				
Nepriklauso	1,00			
Priklauso	4,96	4,77	2,97; 7,67	<0,0005

N=525. Modelio tikėtinumo santykio Chi kvadratas 56,43; lls. 4;  $p < 0,0005$ ; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 8,03; llsk. 6;  $p = 0,235$ ;  $R^2$  0,10; modelis teisingai klasifikuoja 72,57% imties respondentų; jautrumas 0,00%; specifiskumas 100,00%; plotas po ROC kreive – 0,70.

Taigi abiejose respondentų grupėse didesnę šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje turi mokiniai, lankantys mokyklas, kurios priklauso SSM tinklui. II respondentų grupėje didesnę šansą dalyvauti minėtoje veikloje, palyginus su miesto mokiniais, turi kaime gyvenantys vaikai.

#### **6.2.1.2. Mokinių dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai**

Analizuojant I respondentų grupės dalyvaujančių sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje respondentų atsakymus į pateiktus klausimus duomenis, buvo nustatyta, kad labiausiai paplitęs mokinių dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdas yra pagalba organizuojant renginius (net 45,1% sveikatos stiprinimo procese dalyvaujančių mokinių padėjo organizuoti renginius) (20 lentelė). Trečdalis mokinių (34,6%) teigė, kad jie siūlė temas priemones, panaši dalis I grupės respondentų (29,7%) gamino reikalingas priemones. 27,1% mokinių prisidėjo rengiant sveikatos stiprinimo programą bei vedė renginius. Mažiausiai (6,4%) I grupės sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių mokinių nurodė dalyvavę išteklių (rėmėjų) paieškoje.

**20 lentelė.** Labiausiai paplitę vaikų dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje būdai I grupėje

<b>I grupė (n=266)</b>			
<b>Dalyvavimo būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Padėjo organizuoti renginius	120	45,1	39,2; 51,1
Siūlė temas, priemones	92	34,6	29,1; 40,5
Gamino reikalingas priemones	79	29,7	24,5; 35,5
Prisidėjo rengiant sveikatos stiprinimo programą	72	27,1	22,1; 32,7
Vedė renginį	72	27,1	22,1; 32,7
Siūlė sveikatos stiprinimo renginius	43	16,2	12,2; 21,1
Dalyvavo aptariant vertinimą	35	13,2	9,6; 17,8
Dalyvavo vertinant veiklą	31	11,7	8,3; 16,1
Dalyvavo išteklių (rėmėjų) paieškoje	17	6,4	4,0; 10,0

II respondentų grupėje, kaip ir I grupėje, daugiausia buvo mokinių, padėjusių organizuoti renginius (50,7%) (21 lentelė). Didžiųjų miestų mokinių grupėje 35,4% sveikatos stiprinimo procese dalyvaujančių vaikų gamino reikalingas priemones, 32,6% vedė renginius. Mažiausiai (4,9%) II grupėje buvo vaikų, kurie nurodė dalyvavę išteklių (rėmėjų) paieškoje (21 lentelė).

**21 lentelė.** Labiausiai paplitę vaikų dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje būdai II grupėje

<b>II grupė (n=144)</b>			
<b>Dalyvavimo būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Padėjo organizuoti renginius	73	50,7	42,6; 58,7
Gamino reikalingas priemones	51	35,4	28,1; 43,5
Vedė renginį	47	32,6	25,5; 40,7
Siūlė temas, priemones	38	26,4	19,9; 34,1
Prisidėjo rengiant sveikatos stiprinimo programą	32	22,2	16,2; 29,7
Dalyvavo vertinant veiklą	22	15,3	10,3; 22,1
Dalyvavo aptariant vertinimą	18	12,5	8,1; 18,9
Siūlė sveikatos stiprinimo renginius	18	12,5	8,1; 18,9
Dalyvavo išteklių (rėmėjų) paieškoje	7	4,9	2,4; 11,8

Tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų grupėse iš dalyvaujančių sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje vaikų daugiausia respondentų padeda organizuoti renginius, o mažiausia dalis respondentų teigia dalyvavę išteklių (rėmėjų) paieškoje.

### 6.2.1.3. Projektinių darbų, užduočių sveikatos stiprinimo klausimais atlikimas

Daugiau kaip trečdalis (31,1% (95% PI: 27,8; 34,7)) mažųjų miestų respondentų grupės mokinių teigė atlikę kelis projektinius darbus bei užduotis sveikatos stiprinimo klausimais, 15,5% (95% PI: 13,0; 18,4)) atliko vieną darbą, o likę 53,4% (95% PI: 49,6; 57,1)) respondentų darbų nėra atlikę. Nustatyta, kad 27,6% (95% PI: 24,0; 31,6)) didžiųjų miestų mokinių atliko kelis darbus bei užduotis, 10,5% (95% PI: 8,1; 13,41) apklaustų mokinių yra atlikę vieną darbą,

o likusieji 61,9% (95% PI: 57,7; 66,0) vaikų projektinių darbų ir užduočių sveikatos stiprinimo klausimais nėra atlikę.

Mokinių, atlikusių projektinius darbus bei užduotis sveikatos stiprinimo klausimais, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį, reikšmingai skyrėsi I mokinių grupėje (22 lentelė). Mergaičių, atlikusių kelis darbus (36,6%), buvo daugiau nei kelis projektinius darbus bei užduotis atlikusių berniukų (24,2% ( $p < 0,0001$ )). II respondentų grupės mokinių, atlikusių projektinius darbus bei užduotis, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį buvo labai panašus: 27,8% didžiųjų miestų berniukų ir 27,4% didžiuosiuose miestuose gyvenančių mergaičių yra atlikę kelis projektinius darbus bei užduotis sveikatos stiprinimo temomis.

**22 lentelė.** Mokinių, atlikusių projektinius darbus bei užduotis sveikatos stiprinimo klausimais, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Lytis	Atliko kelis darbus/užduotis		Atliko vieną darbą/užduotį		Neatliko darbų/užduočių	
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=302)</b>	73	24,2	51	16,9	178	58,9
<b>Mergaitės (n=382)</b>	140	36,6	55	14,4	187	49,0
$\chi^2 = 12,29$ ; lls=2; p=0,002						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=237)</b>	66	27,8	22	9,3	149	62,9
<b>Mergaitės (n=288)</b>	79	27,4	33	11,5	176	61,1
$\chi^2 = 0,66$ ; lls=2; p=0,72						

Abiejose tiriamųjų grupėse vaikų, atlikusių sveikatos stiprinimo klausimais projektinius darbus bei užduotis, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokinių klasę reikšmingai skyrėsi (23 lentelė). Tarp mažųjų miestų mokinių vaikų, atlikusių kelis projektinius darbus, buvo daugiau tarp aštuntokų negu tarp dešimtokų (atitinkamai 35,1% ir 26,8% ( $p = 0,019$ )). Didžiųjų miestų vaikų grupėje, visai neatlikusių darbų dešimtokų (67,8%), buvo daugiau nei aštuntokų (57,3% ( $p = 0,014$ )).

**23 lentelė.** Mokinių, atlikusių projektinius darbus bei užduotis sveikatos stiprinimo klausimais, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Klasė	Atliko kelis darbus/užduotis		Atliko vieną darbą/užduotį		Neatliko darbų/užduočių	
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (356)</b>	125	35,1	60	16,9	171	48,0
<b>10 klasė (n=328)</b>	88	26,8	46	14,0	194	59,1
$\chi^2=8,59$ ; lls=2; p=0,014						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=295)</b>	90	30,5	36	12,2	169	57,3
<b>10 klasė (n=230)</b>	55	23,9	19	8,3	156	67,8
$\chi^2=6,27$ ; lls=2; p=0,043						

Tiek I, tiek II tiriamųjų grupėje vaikų, atlikusių sveikatos stiprinimo klausimais projektinius darbus bei užduotis, pasiskirstymas, atsižvelgiant į vaikų gyvenamąją vietą, statistiškai reikšmingas nebuvo (24 lentelė). I grupėje nustatyta tendencija, kad miesto vaikų, atlikusių vieną darbą (16,3%), yra daugiau nei kaime gyvenančių ir vieną darbą/užduotį atlikusių vaikų (14,8%). II grupėje nustatyta tokia pati tendencija – tarp miesto mokinių yra daugiau atlikusių vieną projektinį darbą arba užduotį sveikatos stiprinimo klausimais nei tarp kaime gyvenančių (atitinkamai 10,8% ir 7,7%), tačiau, kaip minėta, šis skirtumas statistiškai reikšmingai nesiskiria

**24 lentelė.** Mokinių, atlikusių projektinius darbus bei užduotis sveikatos stiprinimo klausimais, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Gyvenamoji vieta	Atliko kelis darbus/užduotis		Atliko vieną darbą/užduotį		Neatliko darbų/užduočių	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=332)</b>	95	28,6	54	16,3	183	55,1
<b>Kaimas (n=352)</b>	118	33,5	52	14,8	182	51,7
$\chi^2=1,94$ ; lls=2; p=0,38						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=473)</b>	136	28,8	51	10,8	286	60,5
<b>Kaimas (n=52)</b>	9	17,3	4	7,7	39	75,0
$\chi^2=4,25$ ; lls=2; p=0,12						

I tiriamųjų grupėje vaikų, atlikusių kelis darbus, statistiškai reikšmingai buvo daugiau tarp SSM mokinių nei tarp mokinių, besimokančių kitose mokyklose (atitinkamai 38,5% ir 23,3% ( $p<0,0001$ )). Analizuojant II tiriamųjų grupės mokinių, atlikusių projektinių darbų bei užduočių sveikatos stiprinimo klausimais, pasiskirstymą atsižvelgiant į mokyklos priklausymą sveikatą stiprinančių mokyklų tinklui, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (25 lentelė)

**25 lentelė.** Mokinių, atlikusių projektinius darbus bei užduotis sveikatos stiprinimo klausimais, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos statusą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Atliko kelis darbus/užduotis		Atliko vieną darbą/užduotį		Neatliko darbų/užduočių	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=353)</b>	136	38,5	61	17,3	156	44,2
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	77	23,3	45	13,6	209	63,1
$\chi^2 = 22,77$ ; IIs=2; p<0,001						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
	<b>Priklauso (n=300)</b>	80	26,7	36	12,0	184
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	65	28,9	19	8,4	141	62,7
$\chi^2 = 1,82$ ; IIs=2; p=0,40						

Analizuojant mažųjų miestų mokinių, atlikusių sveikatos stiprinimo klausimais projektinius darbus bei užduotis, pasiskirstymą tarp berniukų ir mergaičių, tarp aštuntokų ir dešimtokų bei tarp vaikų, kurių mokykla priklauso arba nepriklauso SSM mokyklų tinkui, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Didžiųjų miestų mokinių grupėje reikšmingi pasiskirstymo skirtumai buvo nustatyti tik tarp skirtingose klasėse besimokančių vaikų.

#### **6.2.1.4. Sveikatos stiprinimo veiklos pristatymas mokyklos bendruomenei**

25,1% (95% PI: 22,0; 28,5) I grupės mokinių ir 9,0% (95% PI: 6,8; 11,2) II grupės mokinių dalyvavo pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei 2 ir daugiau kartų. Vieną kartą šia veiklą pristatė 15,5% (95% PI: 13,0; 18,4) mažųjų miestų mokinių ir 12,0% (95% PI: 9,5; 15,1) didžiųjų miestų mokinių. Likusieji 59,4% (95% PI: 55,6; 63,0) I grupės apklaustųjų ir 79,0% (95% PI: 75,4; 82,3) II grupės apklaustųjų nedalyvavo pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei.

Reikšmingų skirtumų nagrinėjant mokinių dalyvavimą pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, atsižvelgiant į lytį, tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų respondentų grupėse nustatyta nebuvo (26 lentelė).

**26 lentelė.** Mokinių, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Lytis	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=302)</b>	77	25,5	38	12,6	187	61,9
<b>Mergaitės (n=382)</b>	95	24,9	68	17,8	219	57,3
$\chi^2=3,59$ ; lls=2; p=0,17						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=237)</b>	24	10,1	25	10,5	188	79,3
<b>Mergaitės (n=288)</b>	23	8,0	38	13,2	227	78,8
$\chi^2=1,43$ ; lls=2; p=0,49						

Abiejose respondentų grupėse vaikų, pristačiusių sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas skirtingose klasėse buvo panašus (27 lentelė). I ir II grupėje buvo nustatyta, kad dalyvavusių pristatant veiklą 2 ir daugiau kartų vaikų yra daugiau tarp 8 klasės mokinių (I gr. – 25,8%, II gr. – 9,5%) nei tarp 10 klasės mokinių (I gr. – 9,5%, II gr. – 8,3%).

**27 lentelė.** Mokinių, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Klasė	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (356)</b>	92	25,8	56	15,7	208	58,4
<b>10 klasė (n=328)</b>	80	24,4	50	15,2	198	60,4
$\chi^2=0,28$ ; lls=2; p=0,87						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=295)</b>	28	9,5	43	14,6	224	75,9
<b>10 klasė (n=230)</b>	19	8,3	20	8,7	191	83,0
$\chi^2=4,77$ ; lls=2; p=0,09						

I grupėje statistiškai reikšmingai tarp kaimo gyventojų mokinių, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, buvo daugiau nei tarp miestiečių (atitinkamai 29,8% ir 20,2% (p=0,004)). Analizuojant II grupės mokinių atsakymus duomenis, reikšmingų mokinių pasiskirstymo skirtumų, atsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą, nustatyta nebuvo (28 lentelė).

**28 lentelė.** Mokinių, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Gyvenamoji vieta	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=332)</b>	67	20,2	54	16,3	211	63,6
<b>Kaimas (n=352)</b>	105	29,8	52	14,8	195	55,4
$\chi^2 = 8,486$ ; IIs=2; p=0,014						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=473)</b>	41	8,7	54	11,4	378	79,9
<b>Kaimas (n=52)</b>	6	11,5	9	17,3	37	71,2
Fišerio tikslusis testas =2,57; p=0,28						

Mokinių, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui abiejose respondentų grupėse reikšmingai skyrėsi (29 lentelė). I grupėje, pristačiusių sveikatos stiprinimo veiklą SSM mokinių (28,6%) buvo reikšmingai daugiau nei mokinių, besimokančių mokyklose, neįtrauktose į SSM tinklą (21,5% (p=0,031)). Mokinių, dalyvavusių vieną kartą pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, II grupėje taip pat buvo daugiau tarp SSM mokinių nei tarp kitų mokyklų mokinių (atitinkamai 16,0% ir 6,7% (p=0,001)).

**29 lentelė.** Mokinių, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos statusą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=353)</b>	101	28,6	59	16,7	193	54,7
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	71	21,5	47	14,2	213	64,4
$\chi^2 = 6,88$ ; IIs=2; p=0,032						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=300)</b>	31	10,3	48	16,0	221	73,7
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	16	7,1	15	6,7	194	86,2
$\chi^2 = 13,39$ ; IIs=2; p=0,001						

Taigi rezultatai parodė, kad abiejose respondentų grupėse dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą 2 ir daugiau kartų, reikšmingai daugiau yra tarp mokinių, kurie mokosi SSM tinklui priklausančiose mokyklose, nei tarp mokinių, kurie lanko įprastas mokyklas. Nustatyta, kad I respondentų grupėje pristačiusių minėtą veiklą 2 ir daugiau kartų, reikšmingai daugiau yra tarp kaimo gyventojų nei tarp miestiečių. Analizuojant tokių vaikų

pasiskirstymą tarp skirtingos lyties atstovų, taip pat tarp skirtingose klasėse besimokančių mokinių, nei vienoje iš tiriamųjų grupių reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo.

#### 6.2.1.4. Mokinių subjektyvus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas

68,4% (182) (95% PI: 62,6; 73,7) I grupės respondentų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje, savo dalyvavimą įvertino kaip gerą arba labai gerą. 27,1% (72) (95% PI: 22,1; 32,7)) savo dalyvavimą įvertino vidutiniškai. Likusieji mažųjų miestų mokiniai (4,5% (12) (95% PI: 2,6; 7,7)) nurodė, kad jų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje yra blogas arba labai blogas. Daugiausia sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje dalyvaujančių didžiųjų miestų mokinių (45,8% (66) (95% PI: 37,9; 54,0)) savo dalyvavimą įvertino vidutiniškai, 40,3% (58) (95% PI: 32,6; 48,4) – gerai/labai gerai, o likusieji 13,9% (20) (95% PI: 9,2; 20,5) II grupės respondentų dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje įvertino blogai arba labai blogai.

Mokinių savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas tarp berniukų ir mergaičių didžiųjų ir mažųjų miestų respondentų grupėse buvo panašus (30 lentelė).

**30 lentelė.** Mokinių savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į jų lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=266)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Lytis	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=107)</b>	7	6,5	30	28,0	70	65,4
<b>Mergaitės (n=159)</b>	5	3,1	42	26,4	112	70,4
Fišerio tikslusis testas =1,93; p=0,39						
<b>II grupė (n=144)</b>						
	n	%	n	%	n	%
	<b>Berniukai (n=61)</b>	8	13,1	26	42,6	27
<b>Mergaitės (n=83)</b>	12	14,5	40	48,2	31	37,3
$\chi^2=0,70$ ; IIs=2; p=0,70						

Analizuojant subjektyvaus savo dalyvavimo sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje vertinimo netolygumus tarp 8 bei 10 klasėse besimokančių mokinių, nei vienoje iš tiriamųjų grupių nebuvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (31 lentelė). I grupėje labai gerai ir gerai įvertinusių savo dalyvavimą aštuntokų (69,2%) buvo daugiau nei taip savo dalyvavimą įvertinusių dešimtokų (67,7%). II respondentų grupėje manančių, kad jų dalyvavimas minėtoje veikloje yra geras arba labai geras, daugiau buvo tarp 10 nei tarp 8 klasės mokinių (atitinkamai 41,2% ir 39,8%).



**31 lentelė.** Mokinių savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=266)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Klasė	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (133)</b>	6	4,5	35	26,3	92	69,2
<b>10 klasė (n=133)</b>	6	4,5	37	27,8	90	67,7
$\chi^2=0,08$ ; lls=2; p=0,96						
<b>II grupė (n=144)</b>						
Klasė	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=93)</b>	12	12,9	44	47,3	37	39,8
<b>10 klasė (n=51)</b>	8	15,7	22	43,1	21	41,2
$\chi^2=0,33$ ; lls=2; p=0,85						

I respondentų grupėje miesto ir kaimo mokinių savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas reikšmingai skiriasi (32 lentelė). Labai gerai ir gerai savo dalyvavimą įvertinusių kaimo mokinių (74,8%) buvo daugiau negu miestiečių (60,5% (p=0,012)). II respondentų grupėje kaimo ir miesto mokinių subjektyvus savo dalyvavimo vertinimas buvo panašus.

**32 lentelė.** Mokinių savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=266)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Gyvenamoji vieta	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=119)</b>	7	5,9	40	33,6	72	60,5
<b>Kaimas (n=147)</b>	5	3,4	32	21,8	110	74,8
$\chi^2=6,28$ ; lls=2; p=0,043						
<b>II grupė (n=144)</b>						
Gyvenamoji vieta	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=132)</b>	19	14,4	57	43,2	56	42,4
<b>Kaimas (n=12)</b>	1	8,3	9	75,0	2	16,7
Fišerio tikslusis testas=4,07; p=0,10						

Mokinių savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas, atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui, didžiųjų ir mažųjų miestų respondentų grupėse buvo panašus, statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti nebuvo (33 lentelė). SSM mokinių, manančių, kad jų dalyvavimas yra geras arba labai geras (I gr. – 71,0%, II gr. – 41,5%), buvo daugiau nei taip manančių kitose mokyklose besimokančių mokinių (I gr. – 63,9%, II gr. – 34,6%).

**33 lentelė.** Mokinių savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į mokyklos statusą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=144)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=169)</b>	6	3,6	43	25,4	120	71,0
<b>Nepriklauso (n=97)</b>	6	6,2	29	29,9	61	63,9
$\chi^2 = 1,85$ ; IIs=2; p=0,40						
<b>II grupė (n=144)</b>						
	n	%	n	%	n	%
	<b>Priklauso (n=118)</b>	14	11,9	55	46,6	49
<b>Nepriklauso (n=26)</b>	6	23,1	11	42,3	9	34,6
Fišerio tikslusis testas=2,26; p=0,36						

Taigi, analizuojant abiejų respondentų grupių mokinių subjektyvaus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimo skirtumus, buvo nustatyta, kad I respondentų grupėje kaimo gyventojų, įvertinusių savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje gerai arba labai gerai, yra reikšmingai daugiau nei taip savo dalyvavimą įvertinusių miesto vaikų. Su lytim, klase bei mokyklos priklausymu SSM tinklui sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių respondentų savo dalyvavimo subjektyvus vertinimas reikšmingai susijęs nebuvo.

## 6.2.2. Mokinių domėjimasis sveikatos stiprinimo veikla

### 6.2.2.1. Veiksniai, turintys įtakos mokinių domėjimuisi sveikatos stiprinimo veikla

Nustatyta, kad net 74,0% (95% PI: 70,6; 77,1) mažųjų miestų grupės mokinių teigia, kad jiems būtų įdomu sužinoti apie sveikatos stiprinimo veiklą mokykloje. II respondentų grupėje vaikai, kuriems būtų įdomu sužinoti apie minėtą veiklą, sudarė 66,1% (95% PI: 61,9; 70,0) didžiųjų miestų mokinių.

Analizuojant veiksniais, nuo kurių galimai priklauso mažųjų miestų mokinių domėjimasis sveikatos stiprinimo veikla, nustatyta, kad statistiškai reikšmingai mergaitės 100% turi didesnę šansą domėtis sveikatos stiprinimo veikla nei berniukai (34 lentelė). Taip pat nustatyta, kad mokymasis SSM, palyginti su mokymosi mokykloje, kuri nepriklauso SSM tinklui, 1,66 karto padidina domėjimo sveikatos stiprinimo veikla šansą, atsižvelgiant į kitus tirtus veiksniai. Lytis bei gyvenamoji vieta reikšmingos įtakos domėjimuisi sveikatos stiprinimu neturėjo.

**34 lentelė.** Veiksniai, turintys įtakos mokinių domėjimuisi sveikatos stiprinimo veikla, I respondentų grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠŠ (bendras)</b>	<b>ŠŠ (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b>				
Beraiukai	1,00			
Mergaitės	2,05	2,01	1,42; 2,86	<0,0005
<b>Klasė</b>				
8 klasė	1,00			
10 klasė	1,29	1,29	0,91; 1,84	0,15
<b>Gyvenamoji vieta</b>				
Miestas	1,00			
Kaimas	1,12	1,19	0,84; 1,69	0,33
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b>				
Nepriklauso	1,00			
Priklauso	1,62	1,66	1,17; 2,37	0,005

N=684. Modelio tikėtinumo santykio  $\chi^2$  26,9; IIs. 4; p<0,0005; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 11,20; IIs 8; p=0,19; R2 0,038; modelis teisingai klasifikuoja 73,98% imties respondentų; jautrumas 100%; specifiškumas 0,00%; plotas po ROC kreive –0,63.

II respondentų grupės mergaitės net 156% turėjo didesnę šansą domėtis sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikla nei berniukai (35 lentelė). Aštuntokai palyginus su dešimtokais turėjo 48% didesnę šansą domėtis minėta veikla. Taip pat nustatyta, kad mokymasis SSM, palyginti su mokymosi mokykloje, kuri nepriklauso SSM tinklui, 1,95 karto padidina domėjimo sveikatos stiprinimo veikla šansą.

**35 lentelė.** Veiksniai, turintys įtakos mokinių domėjimuisi sveikatos stiprinimo veikla, II respondentų grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠŠ (bendras)</b>	<b>ŠŠ (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p reikšmė</b>
<b>Lytis</b>				
Beraiukai	1,00			
Mergaitės	2,43	2,56	1,75; 3,74	<0,0005
<b>Klasė</b>				
10 klasė	1,00			
8 klasė	1,57	1,48	1,01; 2,17	0,044
<b>Gyvenamoji vieta</b>				
Kaimas	1,00			
Miestas	1,14	1,06	0,53; 2,00	0,85
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b>				
Nepriklauso	1,00			
Priklauso	1,98	1,95	1,33; 2,86	<0,0005

N=525. Modelio tikėtinumo santykio  $\chi^2$  41,28; IIsk. 4; p<0,0005; Hosmer ir Lemeshow testo  $\chi^2$  7,63; IIsk. 6; p=0,2669; R2 0,078; modelis teisingai klasifikuoja 69,14% imties respondentų; jautrumas 94,52%; specifiškumas 16,66%; plotas po ROC kreive –0,6588

Apibendrinant galima teigti, kad analizuojant veiksnius, galinčius turėti įtakos mokinių domėjimuisi sveikatos stiprinimo veikla, nustatyta, kad reikšmingai didesnę šansą domėtis šia veikla abiejose respondentų grupėse turi mergaitės bei vaikai, kurie mokosi SSM. Didžiųjų miestų grupėje reikšmingai didesnę šansą domėtis sveikatos stiprinimo veikla turi ir aštuntos klasės mokiniai.

### 6.2.2.2. Informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą paieška

18,9% (95% PI: 16,1; 22,0) I grupės mokinių ir 10,1% (95% PI: 7,8; 12,0) II grupės mokinių ieškojo informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos svetainėje.

Analizuojant I grupės respondentų atsakymus rezultatus, buvo nustatyta, kad mergaičių, ieškojusių informacijos mokyklos svetainėje (22,0%), yra reikšmingai daugiau negu berniukų (14,9%) (36 lentelė). II grupėje vaikai, ieškoję informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą, sudarė tokią pačią dalį (10,1%) tarp abiejų lyčių mokinių.

**36 lentelė.** Mokinių, ieškojusių informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Lytis	<b>Mokiniai, ieškoję informacijos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=302)</b>	45	14,9
<b>Mergaitės (n=382)</b>	84	22,0
$\chi^2 = 5,4$ ; IIs=1; p=0,019		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=237)</b>	24	10,1
<b>Mergaitės (n=288)</b>	29	10,1
$\chi^2 = 0,0001$ ; IIs=1; p=0,98		

Analizuojant mokinių, ieškojusių informacijos, pasiskirstymą atsižvelgiant į klasę, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (37 lentelė). I grupėje mokiniai, ieškoję informacijos, 8 ir 10 klasėje pasiskirstė labai panašiai, o II grupėje nustatyta tendencija, kad aštuntokų, ieškojusių informacijos mokyklos svetainėje (11,2%), yra daugiau nei dešimtokų (8,7%).

**37 lentelė.** Mokinių, ieškojusių informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Klasė	<b>Mokiniai, ieškoję informacijos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=356)</b>	65	18,3
<b>10 klasė (n=328)</b>	64	19,5
$\chi^2=0,18$ ; lls=1; p=0,68		
<b>II grupė (n=525)</b>		
Klasė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=295)</b>	33	11,2
<b>10 klasė (n=230)</b>	20	8,7
$\chi^2=0,88$ ; lls=1; p=0,35		

Analizuojant mokinių, ieškojusių informacijos, pasiskirstymą atsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą, reikšmingų skirtumų nei vienoje iš tiriamųjų grupių nustatyta nebuvo (38 lentelė).

**38 lentelė.** Mokinių, ieškojusių informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Mokiniai, ieškoję informacijos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=332)</b>	53	16,0
<b>Kaimas (n=352)</b>	76	21,6
$\chi^2=3,535$ ; lls=1; p=0,060		
<b>II grupė (n=525)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=473)</b>	48	10,1
<b>Kaimas (n=52)</b>	5	9,6
$\chi^2=0,015$ ; lls=1; p=0,904		

Tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų tiriamųjų grupėse buvo nustatyta, kad mokinių, ieškojusių informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos svetainėje, yra statistiškai reikšmingai daugiau tarp SSM mokinių nei tarp kitas mokyklas lankančių vaikų (I gr. –24,6% ir 13,0% atitinkamai, II gr. – 13,0% ir 6,2% atitinkamai) (39 lentelė).

**39 lentelė.** Mokinių, ieškojusių informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos stiprinimo statusą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Mokiniai, ieškoję informacijos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=353)</b>	87	24,6
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	42	12,7
$\chi^2=15,96$ ; lls=1; p<0,001		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=300)</b>	39	13,0
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	14	6,2
$\chi^2=6,51$ ; lls=1; p=0,011		

Taigi, gauti rezultatai parodė, kad mokinių, ieškojusių informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą, reikšmingai daugiau abiejose grupėse yra tarp mokinių, kurių mokykla yra SSM, nei tarp kitas mokyklas lankančių vaikų, o I grupėje tarp mergaičių nei tarp berniukų, tarp kaimo mokinių nei tarp miestiečių.

### 6.2.2.3. Atsakymų į rūpimus sveikatos klausimus gavimas

34,6% (95% PI: 31,2; 38,3) I grupės mokinių ir 22,3% (95% PI: 19,0; 26,0) II grupės mokinių teigė, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus klausimus. Tik iš dalies gauna atsakymus į rūpimus klausimus 42,4% (95% PI: 38,8; 46,1) mažųjų miestų mokinių ir 47,2% (95% PI: 43,0; 51,5) didžiųjų miestų mokinių. Likusieji 23,0% (95% PI: 20,0; 26,3) I grupės apklaustųjų ir 30,5% (95% PI: 26,7; 34,5) II grupės apklaustųjų teigė, kad mokykloje negauna atsakymų į rūpimus sveikatos klausimus.

Statistiškai reikšmingai I grupėje tarp berniukų buvo daugiau vaikų, kurie negauna atsakymų į rūpimus sveikatos klausimus, nei tarp mergaičių (27,2% ir 19,6% atitinkamai (p=0,020)) (40 lentelė). II grupėje, negaunančių atsakymus, taip pat buvo daugiau tarp berniukų nei tarp mergaičių (32,2% ir 29,9% atitinkamai), tačiau šis pasiskirstymo skirtumas statistiškai nereikšmingas.

**40 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Lytis	Gauna		Iš dalies gauna		Negauna	
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=302)</b>	107	35,4	113	37,4	82	27,2
<b>Mergaitės (n=382)</b>	130	34,0	177	46,3	75	19,6
$\chi^2=7,41$ ; lls=2; p=0,025						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=237)</b>	54	22,8	109	46,0	74	32,2
<b>Mergaitės (n=288)</b>	63	21,9	139	48,3	86	29,9
$\chi^2=0,27$ ; lls=2; p=0,87						

Mokinių, teigiančių, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus klausimus, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę, mažųjų miestų respondentų grupėse buvo panašus, tačiau analizuojant didžiųjų miestų vaikų atsakymų rezultatus, buvo nustatyta, kad statistiškai reikšmingai daugiau yra aštuntokų, mokykloje gaunančių atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus (26,8%), nei dešimtokų (16,5% (p=0,005)) (41 lentelė).

**41 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Klasė	Gauna		Iš dalies gauna		Negauna	
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=356)</b>	133	37,4	147	41,3	76	21,3
<b>10 klasė (n=328)</b>	104	31,7	143	43,6	81	24,7
$\chi^2=2,62$ ; lls=2; p=0,27						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=295)</b>	79	26,8	140	47,5	76	25,8
<b>10 klasė (n=230)</b>	38	16,5	108	47,0	84	36,5
$\chi^2=11,02$ ; lls=2; p=0,004						

Tiek I, tiek II tiriamųjų grupėje vaikų, teigiančių, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus, pasiskirstymas atsižvelgiant į vaikų gyvenamąją vietą statistiškai reikšmingai nesiskyrė (42 lentelė). I grupėje nustatyta tendencija, kad kaimo vaikų, gaunančių atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus (38,9%), yra daugiau nei miestiečių, teigiančių, kad gauna atsakymus į rūpimus klausimus (30,1%). II grupėje nustatyta tokia pat tendencija, tačiau, kaip minėta, ši ji nėra statistiškai reikšminga.

**42 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Gyvenamoji vieta	Gauna		Iš dalies gauna		Negauna	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=332)</b>	100	30,1	149	44,9	83	25,0
<b>Kaimas (n=352)</b>	137	38,9	141	40,1	74	21,0
$\chi^2=5,93$ ; lls=2; p=0,051						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=473)</b>	105	22,2	218	46,1	150	21,7
<b>Kaimas (n=52)</b>	12	23,1	30	57,7	10	19,2
$\chi^2=3,75$ ; lls=2; p=0,15						

Abiejose tiriamųjų grupėse buvo nustatyta, kad mokinių, teigiančių, kad gauna atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus, yra reikšmingai daugiau tarp SSM mokinių nei tarp mokinių, lankančių mokyklas, nepriklausančias SSM tinklui (43 lentelė). Didžiųjų miestų vaikų grupėje mokiniai, gaunantys atsakymus į rūpimus klausimus, sudarė 29,0% SSM mokinių ir 13,3% mokinių, lankančių kitas mokyklas ( $p<0,0001$ ). Mažųjų miestų respondentų grupėje vaikai, mokykloje gaunantys atsakymus į rūpimus klausimus, sudarė 42,5% SSM mokinių ir 26,3% mokinių lankančių kitas mokyklas ( $p<0,0001$ ).

**43 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos statusą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Gauna		Iš dalies gauna		Negauna	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=353)</b>	150	42,5	155	43,9	48	13,6
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	87	26,3	135	40,8	109	32,9
$\chi^2=41,162$ ; lls=2; p<0,0001						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=300)</b>	87	29,0	142	47,3	71	23,7
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	30	13,3	106	47,1	89	39,6
$\chi^2=24,812$ ; lls=2; p<0,0001						

Analizuojant mažųjų miestų mokinių, teigiančių, kad mokykloje gauna atsakymus į rūpimus sveikatos klausimus, pasiskirstymą tarp berniukų ir mergaičių bei tarp vaikų, kurių mokykla priklauso arba nepriklauso SSM mokyklų tinklui, buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Didžiųjų miestų mokinių grupėje reikšmingi pasiskirstymo skirtumai buvo nustatyti tik mokinių, kurie mokosi SSM tinklui priklausančiose ir nepriklausančiose mokyklose.



### 6.2.3. Mokinių nuomonės apie sveikatos stiprinimą svarbumas

#### 6.2.3.1. Atsižvelgimas į mokinių nuomonę, priimant sprendimus

73,2% (95% PI: 69,8; 76,4) I respondentų grupės mokinių ir 66,5% (95% PI: 62,3; 70,4) II grupės respondentų teigė, kad priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į mokinių nuomonę.

Mažųjų miestų respondentų grupėje mergaičių, į kurių nuomonę atsižvelgiama (77,5%), statistiškai reikšmingai buvo daugiau nei berniukų (67,9%) (44 lentelė). Didžiųjų miestų respondentų grupėje mokiniai, teigiantys, kad priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į mokinių nuomonę, tarp berniukų ir mergaičių pasiskirstė panašiai.

**44 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Lytis	<b>Mokiniai, teigiantys, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=302)</b>	205	67,9
<b>Mergaitės (n=382)</b>	296	77,5
$\chi^2 = 7,942$ ; IIs=1; p=0,005		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=237)</b>	159	67,1
<b>Mergaitės (n=288)</b>	190	66,0
$\chi^2 = 0,07$ ; IIs=1; p=0,79		

I tiriamųjų grupėje nustatyta, kad vaikų, teigiančių, kad priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į jų nuomonę, statistiškai reikšmingai daugiau yra tarp aštuntokų nei tarp dešimtokų (70,5% ir 61,3% atitinkamai) (45 lentelė)

**45 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Klasė	<b>Mokiniai, teigiantys, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=356)</b>	268	75,3
<b>10 klasė (n=328)</b>	233	71,0
$\chi^2 = 1,57$ ; IIs=1; p=0,21		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=295)</b>	208	70,5
<b>10 klasė (n=230)</b>	141	61,3
$\chi^2 = 4,91$ ; IIs=1; p=0,027		

Analizuojant mokinių, teigiančių, kad atsižvelgiama į jų nuomonę priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymą atsižvelgiant į gyvenamąją vietą, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (46 lentelė). I grupėje mokiniai, į kurių nuomonę atsižvelgiama, tarp miesto ir kaimo gyventojų pasiskirstė labai panašiai, o II grupėje nustatyta tendencija, kad miestiečių, teigiančių, kad į jų nuomonę atsižvelgiama, (67,0%), yra daugiau nei kaime gyvenančių vaikų (61,5%).

**46 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Mokiniai, teigiantys, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=332)</b>	238	71,7
<b>Kaimas (n=352)</b>	263	74,7
$\chi^2=0,80$ ; IIS=1; p=0,37		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=473)</b>	317	67,0
<b>Kaimas (n=52)</b>	32	61,5
$\chi^2=0,63$ ; IIS=1; p=0,43		

Tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų tiriamųjų grupėse buvo nustatyta, kad mokinių, teigiančių, kad atsižvelgiama į jų nuomonę priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, yra statistiškai reikšmingai daugiau tarp SSM mokinių nei tarp kitas mokyklas lankančių vaikų (I gr. – 81,6% ir 64,4% atitinkamai, II gr. – 75,0% ir 55,1% atitinkamai) (47 lentelė).

**47 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos stiprinimo statusą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Mokiniai, teigiantys, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=353)</b>	288	81,6
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	213	64,4
$\chi^2=25,896$ ; IIS=1; p<0,0001		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=300)</b>	225	75,0
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	124	55,1
$\chi^2=8,791$ ; IIS=1; p<0,0001		

Taigi, rezultatai parodė, kad mokinių, teigiančių, kad atsižvelgiama į mokinių nuomonę priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, reikšmingai daugiau mažųjų miestų

respondentų grupėje yra tarp mergaičių nei tarp berniukų, didžiųjų miestų respondentų grupėje – tarp aštuntokų nei tarp dešimtokų, o abiejose respondentų grupėse – tarp SSM mokinių nei tarp vaikų, lankančių kitas mokyklas.

### 6.2.3.2. Mokinių nuomonė apie valgiaraščius

40,8% (95% PI: 37,2; 44,5) mažųjų miestų mokinių teigė, kad mokiniai gali išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių. Tokių mokinių dalis tarp didžiųjų miestų respondentų buvo mažesnė ir sudarė 34,7% (95% PI: 30,7; 38,8).

Analizuojant mažųjų ir didžiųjų miestų mokinių atsakymus duomenis, nustatyta, kad vaikų, galinčių išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių, yra daugiau tarp berniukų nei tarp mergaičių (I gr. – 43,0% ir 39,0 atitinkamai, II gr. – 41,8% ir 28,8%), tačiau tik didžiųjų miestų grupėje šis nustatytas skirtumas buvo statistiškai reikšmingas (48 lentelė).

**48 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokiniai gali išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Lytis	<b>Mokiniai, teigiantys, kad galima išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=302)</b>	130	43,0
<b>Mergaitės (n=382)</b>	149	39,0
$\chi^2 = 1,14$ ; IIs=1; p=0,286		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=237)</b>	99	41,8
<b>Mergaitės (n=288)</b>	83	28,8
$\chi^2 = 9,63$ ; IIs=1; p=0,002		

Abiejose tiriamųjų grupėse mokinių, teigiančių kad galima išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių, pasiskirstymas tarp 8 ir 10 klasės mokinių buvo panašus (49 lentelė).

**49 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokiniai gali išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Klasė	<b>Mokiniai, teigiantys, kad galima išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=356)</b>	142	39,9
<b>10 klasė (n=328)</b>	137	41,8
$\chi^2 = 0,25$ ; lls=1; p=0,617		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=295)</b>	108	36,6
<b>10 klasė (n=230)</b>	87	32,2
$\chi^2 = 1,12$ ; lls=1; p=0,289		

Tiek I, tiek II respondentų grupėje vaikų, teigiančių, kad jie gali išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių, buvo daugiau tarp miestiečių nei tarp kaimo vaikų (atitinkamai I grupėje – 42,2 % ir 39,5%, II grupėje – 36,2% ir 27,6%), tačiau tik II grupėje nustatyti skirtumai buvo statistiškai reikšmingi (50 lentelė).

**50 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokiniai gali išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Mokiniai, teigiantys, kad galima išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=332)</b>	140	42,2
<b>Kaimas (n=352)</b>	139	39,5
$\chi^2 = 0,51$ ; lls=1; p=0,476		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=473)</b>	171	36,2
<b>Kaimas (n=52)</b>	11	21,2
$\chi^2 = 4,65$ ; lls=1; p=0,031		

Analizuojant abiejų respondentų grupių atsakymus duomenis, buvo nustatyta, kad mokinių, galinčių išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių reikšmingai daugiau yra tarp SSM mokinių, nei tarp mokinių, kurių mokyklos nepriklauso SSM (atitinkamai I grupėje – 45,9% ir 35,3%, II grupėje – 40,0% ir 27,6%) (51 lentelė).

**51 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad mokiniai gali išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos stiprinimo statusą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Mokiniai, teigiantys, kad galima išreikšti nuomonę dėl mokyklos valgiaraščių</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=353)</b>	162	45,9
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	117	35,3
$\chi^2 = 7,87$ ; lls=1; p=0,005		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=300)</b>	120	40,0
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	62	27,6
$\chi^2 = 8,79$ ; lls=1; p=0,003		

Didžiųjų miestų mokinių atsakymų duomenys parodė, kad mokinių, teigiančių, kad mokykloje galima išreikšti nuomonę dėl valgiaraščių, buvo reikšmingai daugiau tarp miesto mokinių bei tarp berniukų. Taip teigiančių vaikų tiek didžiųjų, tiek mažųjų miestų respondentų grupėse buvo reikšmingai daugiau tarp mokinių, kurių mokykla priklauso SSM.

### 6.2.3.3. Mokinių dalyvavimas sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles

41,2% (95% PI: 37,6; 45,0) I grupės tiriamųjų ir 35,0% (95% PI: 31,1; 39,2) II grupės respondentų teigė, kad mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles.

Analizuojant vaikų, teigiančių, kad mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles, pasiskirstymą atsižvelgiant į lytį, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (52 lentelė). Abiejose tiriamųjų grupėse berniukų, įsitikinusių, kad mokiniai dalyvauja sudarant tvarkos taisykles (I gr. – 45,0%, II gr. – 37,6%) , buvo daugiau nei mergaičių (I gr. – 38,2%, II gr. – 33,0%).

**52 lentelė.** Mokinių, dalyvaujančių sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Lytis	<b>Mokiniai, teigiantys, kad mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=302)</b>	136	45,0
<b>Mergaitės (n=382)</b>	146	38,2
$\chi^2 = 3,23$ ; lls=1; p=0,07		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=237)</b>	89	37,6
<b>Mergaitės (n=288)</b>	95	33,0
$\chi^2 = 1,19$ ; lls=1; p=0,28		

I grupėje mokiniai, kurie teigė, kad sudarant vidaus tvarkos taisykles mokiniai dalyvauja, tarp aštuntokų ir dešimtokų pasiskirstė labai panašiai (53 lentelė). II grupėje nustatyta reikšminga tendencija: 8 klasės mokinių, teigiančių, kad mokiniai dalyvauja sudarant vidaus tvarkos taisykles (41,0%), yra daugiau nei dešimtokų (27,4%).

**53 lentelė.** Mokinių, dalyvaujančių sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Klasė	<b>Mokiniai, teigiantys, kad mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=356)</b>	141	39,6
<b>10 klasė (n=328)</b>	141	43,0
$\chi^2 = 0,81$ ; lls=1; p=0,37		
<b>II grupė (n=525)</b>		
Klasė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=295)</b>	121	41,0
<b>10 klasė (n=230)</b>	63	27,4
$\chi^2 = 10,54$ ; lls=1; p=0,001		

Tiek didžiųjų, tiek mažųjų miestų respondentų grupėse mokiniai, kurie teigė, kad mokiniai dalyvauja sudarant vidaus tvarkos taisykles, tarp miesto ir kaimo gyventojų pasiskirstė labai panašiai (54 lentelė).

**54 lentelė.** Mokinių, dalyvaujančių sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Mokiniai, teigiantys, kad mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=332)</b>	139	41,9
<b>Kaimas (n=352)</b>	143	40,6
$\chi^2 = 0,11$ ; lls=1; p=0,74		
<b>II grupė (n=525)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=473)</b>	167	35,3
<b>Kaimas (n=52)</b>	17	32,7
$\chi^2 = 0,14$ ; lls=1; p=0,71		

Tiek I, tiek II respondentų grupėje vaikų, įsitikinusių, kad mokiniai dalyvauja sudarant vidaus tvarkos taisykles, buvo daugiau tarp SSM mokinių nei tarp mokinių, lankančių kitas mokyklas (atitinkamai I grupėje – 43,62 % ir 38,7%, II grupėje – 43,3% ir 24,0%), tačiau tik II grupėje nustatyti skirtumai buvo statistiškai reikšmingi (56 lentelė).

**56 lentelė.** Mokinių, dalyvaujančių sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos stiprinimo statusą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=684)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Mokiniai, teigiantys, kad mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=353)</b>	154	43,6
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	128	38,7
$\chi^2 = 1,73$ ; lls=1; p=0,19		
<b>II grupė (n=525)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=300)</b>	130	43,3
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	54	24,0
$\chi^2 = 6,51$ ; lls=1; p<0,0001		

Tik didžiųjų miestų respondentų grupėje buvo nustatyti reikšmingi mokinių, teigiančių, kad mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles, pasiskirstymo skirtumai: tokių vaikų buvo daugiau tarp aštuntokų nei tarp dešimtokų bei tarp SSM mokinių nei tarp įprastas mokyklas lankančių vaikų.

#### **6.2.4. Mokykloje organizuojamų renginių vertinimas**

##### **6.2.4.1. Sveikatos temomis organizuojamų renginių atitikimas mokinių poreikiams**

Ketvirtadalis (25,3% (95% PI: 22,2; 28,7)) mažųjų miestų respondentų teigė, kad organizuojami renginiai sveikatos temomis atitinka mokinių poreikius, šiek tiek daugiau nei pusė respondentų (51,5 % (95% PI: 47,7; 55,2)) manė, kad organizuojami renginiai tik iš dalies atitinka jų poreikius, o likę 23,2% (95% PI: 20,2; 26,6)) respondentų manė, kad renginiai poreikių neatitinka. 13,3% (95% PI: 10,7; 16,5)) didžiųjų miestų mokinių mano, kad renginiai atitinka mokinių poreikius, 58,3% (95% PI: 54,0; 62,4) yra įsitikinę, kad mokykloje sveikatos temomis organizuojami renginiai tik iš dalies atitinka mokinių poreikius, o likusieji 28,4% (95% PI: 24,7; 32,4) vaikų mano, kad renginiai mokinių poreikių neatitinka.

Analizuojant mokinių, išreiškusią nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymą atsižvelgiant į lytį, nei vienoje iš tiriamųjų grupių reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (57 lentelė).

**57 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Lytis	Atitinka		Iš dalies atitinka		Neatitinka	
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=302)</b>	83	27,5	145	48,0	74	24,5
<b>Mergaitės (n=382)</b>	90	23,6	207	54,2	85	22,3
$\chi^2=2,64$ ; lls=2; p=0,27						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=237)</b>	32	13,5	130	54,9	75	31,6
<b>Mergaitės (n=288)</b>	38	13,2	176	61,1	74	25,7
$\chi^2=2,51$ ; lls=2; p=0,29						

Analizuojant abiejų tiriamųjų grupių duomenis, buvo nustatyta, kad mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymas yra statistiškai reikšmingai susijęs su mokinio klase (58 lentelė). I grupėje dešimtokų, teigiančių, kad renginiai sveikatos temomis neatitinka mokinių poreikių (27,1%), yra reikšmingai daugiau aštuntokų (19,7% (p=0,021)). II grupėje buvo nustatyti tokie pat rezultatai – mokinių, teigiančių, kad renginiai neatitinka mokinių poreikių, buvo reikšmingai daugiau tarp 10 nei tarp 8 klasės mokinių (35,2% ir 23,1% atitinkamai (p=0,002)).

**58 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Klasė	Atitinka		Iš dalies atitinka		Neatitinka	
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=356)</b>	83	23,3	203	57,0	70	19,7
<b>10 klasė (n=328)</b>	90	27,4	149	45,4	89	27,1
$\chi^2=9,71$ ; lls=2; p=0,008						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=295)</b>	49	16,6	178	60,3	68	23,1
<b>10 klasė (n=230)</b>	21	9,1	128	55,7	81	35,2
$\chi^2=12,65$ ; lls=2; p=0,002						

Tiek I, tiek II tiriamųjų grupėje vaikų, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymas, atsižvelgiant į vaikų gyvenamąją vietą, statistiškai reikšmingai nesiskyrė (59 lentelė). I grupėje nustatyta tendencija, kad miesto vaikų, teigiančių, kad renginiai atitinka vaikų poreikius (26,5%), yra daugiau nei kaime gyvenančių vaikų (24,1%). II grupėje mokiniai, manantys, kad renginiai atitinka jų poreikius, tarp kaime ir mieste gyvenančių vaikų pasiskirstė labai panašiai.



**59 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Gyvenamoji vieta	Atitinka		Iš dalies atitinka		Neatitinka	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=332)</b>	88	26,5	161	48,5	83	25,0
<b>Kaimas (n=352)</b>	85	24,1	191	54,3	76	21,6
$\chi^2=2,33$ ; lls=2; p=0,31						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=473)</b>	63	13,3	278	58,8	132	27,9
<b>Kaimas (n=52)</b>	7	13,5	28	53,8	17	32,7
$\chi^2=0,57$ ; lls=2; p=0,75						

Analizuojant mažųjų ir didžiųjų miestų tiriamųjų grupes, buvo nustatyta, kad mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymas yra statistiškai reikšmingai susijęs su mokyklos, kurioje vaikas mokosi, priklausymu/nepriklausymu SSM tinklui (60 lentelė). Mažųjų miestų vaikų grupėje mokiniai, manantys, kad renginiai atitinka jų poreikius, sudarė 30,9% SSM mokinių ir 19,3% mokinių lankančių kitas mokyklas (p=0,001). Didžiųjų miestų respondentų grupėje vaikai, įsitikinę, kad renginiai atitinka poreikius, sudarė 18,7% SSM mokinių ir 6,2% mokinių lankančių kitas mokyklas (p<0,0001).

**60 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos statusą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Atitinka		Iš dalies atitinka		Neatitinka	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=353)</b>	109	30,9	189	53,5	55	15,6
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	64	19,3	163	49,2	104	31,4
$\chi^2=28,05$ ; lls=2; p<0,0001						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=300)</b>	56	18,7	184	61,3	60	20,0
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	14	6,2	122	51,2	89	39,6
$\chi^2=33,34$ ; lls=2; p<0,0001						

Vaikų, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių atitikimo mokinių poreikiams, pasiskirstymas buvo reikšmingas atsižvelgiant į klasę bei mokyklos priklausymą SSM tinklui tiek didžiųjų, tiek mažųjų miestų respondentų grupėse.

### 6.2.4.2. Sveikatos temomis organizuojamų renginių įdomumas

43,3% (95% PI: 39,6; 47,0) I grupės respondentų ir 35,6% (95% PI: 31,6; 39,8) II grupės mokinių mano, kad mokykloje organizuojami renginiai sveikatos temomis yra įdomūs. Mokykloje organizuojamus renginius nelabai įdomiais laiko 39,9% (95% PI: 36,3; 43,6) mažųjų miestų mokinių ir 40,2% (95% PI: 36,1; 44,4) didžiųjų miestų mokinių. Likusieji 16,8% (95% PI: 14,2; 19,8) I grupės apklaustųjų ir 24,2% (95% PI: 20,7; 28,0) II grupės apklaustųjų mokykloje organizuojamus renginius sveikatos temomis laiko neįdomiais.

Nagrinėjant mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymą tarp skirtingos lyties vaikų, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (61 lentelė). Stebima tendencija, kad vaikų, manančių, kad mokykloje organizuojami renginiai nėra įdomūs, yra daugiau tarp berniukų negu tarp mergaičių (I gr. – 19,5% ir 17,7% atitinkamai, I gr. – 27,4 ir 21,5% atitinkamai).

**61 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Lytis	Įdomūs		Nelabai įdomūs		Neįdomūs	
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=302)</b>	118	39,1	125	41,4	59	19,5
<b>Mergaitės (n=382)</b>	187	46,6	148	38,7	56	14,7
$\chi^2=4,888$ ; IIs=2; p=0,09						
<b>II grupė (n=525)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Berniukai (n=237)</b>	78	32,9	94	39,7	65	27,4
<b>Mergaitės (n=288)</b>	109	37,8	117	40,6	62	21,5
$\chi^2=2,789$ ; IIs=2; p=0,25						

I respondentų grupėje vaikai, teigiantys, kad mokykloje organizuojami renginiai sveikatos temomis yra domūs, tarp aštuntokų ir dešimtokų pasiskirstė labai panašiai (62 lentelė). Analizuojant II respondentų grupės duomenis, buvo pastebėta tendencija, kad vaikų, manančių, kad renginiai yra įdomūs, daugiau yra tarp aštuntokų nei tarp dešimtokų (38,3% ir 32,2% atitinkamai), tačiau šis skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo.

**62 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Klasė	Įdomūs		Nelabai įdomūs		Neįdomūs	
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=356)</b>	155	43,5	47	41,3	54	15,2
<b>10 klasė (n=328)</b>	141	43,0	126	38,4	61	18,6
$\chi^2=1,56$ ; lls=2; p=0,46						
<b>II grupė (n=525)</b>						
Klasė	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
<b>8 klasė (n=295)</b>	113	38,3	122	41,4	60	20,3
<b>10 klasė (n=230)</b>	74	32,2	89	38,7	67	29,1
$\chi^2=5,721$ ; lls=2; p=0,057						

Analizuojant mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymą atsižvelgiant į mokinių gyvenamąją vietą, nei vienoje iš tiriamųjų grupių reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (63 lentelė).

**63 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Gyvenamoji vieta	Įdomūs		Nelabai įdomūs		Neįdomūs	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=332)</b>	130	39,2	139	41,9	63	19,0
<b>Kaimas (n=352)</b>	166	47,2	134	38,1	52	14,8
$\chi^2=4,94$ ; lls=2; p=0,085						
<b>II grupė (n=525)</b>						
Gyvenamoji vieta	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=473)</b>	171	36,2	190	40,2	112	23,7
<b>Kaimas (n=52)</b>	16	30,8	21	40,4	15	28,8
$\chi^2=0,90$ ; lls=2; p=0,638						

Abiejose tiriamųjų grupėse buvo nustatyta, kad mokinių, teigiančių, kad mokykloje organizuojami renginiai sveikatos klausimais yra įdomūs, yra reikšmingai daugiau tarp SSM mokinių nei tarp mokinių, lankančių mokyklas, nepriklausančias SSM tinklui (64 lentelė). Didžiųjų miestų vaikų grupėje mokiniai, manantys, kad renginiai yra įdomūs, sudarė 42,7% SSM mokinių ir 26,2% mokinių, lankančių kitas mokyklas ( $p<0,0001$ ). Mažųjų miestų respondentų grupėje vaikai, mokykloje gaunantys atsakymus į rūpimus klausimus, sudarė 51,8% SSM mokinių ir 34,1% mokinių lankančių kitas mokyklas ( $p<0,0001$ ).

**64 lentelė.** Mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos statusą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=684)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Įdomūs		Nelabai įdomūs		Neįdomūs	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=353)</b>	183	51,8	130	36,8	40	11,3
<b>Nepriklauso (n=331)</b>	113	34,1	143	43,2	75	22,7
$\chi^2 = 27,15$ ; IIs=2; $p < 0,001$						
<b>II grupė (n=525)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=300)</b>	128	42,7	121	40,3	51	17,0
<b>Nepriklauso (n=225)</b>	59	26,2	90	40,0	76	33,8
$\chi^2 = 24,73$ ; IIs=2; $p < 0,001$						

Analizuojant mokinių, išreiškusių nuomonę dėl mokykloje organizuojamų renginių įdomumo, pasiskirstymą įvairiose vaikų grupėse, reikšmingi skirtumai abiejose respondentų grupėse buvo nustatyti tik tarp vaikų, lankančių skirtingas mokyklas.

## 6.2.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokinių žinios apie sveikatos stiprinimą

### 6.2.5.1. Mokinių žinios apie mokyklos statusą

I tiriamųjų grupėje iš SSM besimokančių vaikų 53,3% (95% PI 48,1; 58,4)) žinojo, kad mokykla turi minėtą statusą, II grupėje tai žinantys sudarė taip pat 53,3% (95 % PI 47,7; 58,9)).

Mažųjų miestų vaikų grupėje mokiniai, žinantys, kad jų mokykla yra SSM, tarp berniukų ir mergaičių pasiskirstė panašiai (65 lentelė). Didžiųjų miestų respondentų grupėje žinančių, kad jų mokykla priklauso SSM tinklui, buvo daugiau mergaičių (58,9%) negu berniukų (58,9%), tačiau skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo.

**65 lentelė.** Mokinių, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Lytis	Žinantys, kad jų mokykla yra SSM	
	n	%
<b>Berniukai (n=150)</b>	79	52,7
<b>Mergaitės (n=203)</b>	109	53,7
$\chi^2 = 0,37$ ; IIs=1; $p = 0,85$		
<b>II grupė (n=300)</b>		
Lytis	n	%
<b>Berniukai (n=137)</b>	70	51,1
<b>Mergaitės (n=163)</b>	96	58,9
$\chi^2 = 1,83$ ; IIs=1; $p = 0,18$		

Mažųjų miestų mokinių grupėje žinančių, kad lanko SSM, tarp aštuntokų buvo daugiau negu tarp dešimtokų (52,2% ir 50,9% atitinkamai), tačiau šis skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo (66 lentelė). Didžiųjų miestų mokinių grupėje mokiniai, žinantys, kad jų mokykla yra SSM, tarp 8 ir 10 klasės mokinių pasiskirstė panašiai.

**66 lentelė.** Mokinių, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Klasė	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=192)</b>	106	55,2
<b>10 klasė (n=161)</b>	82	50,9
$\chi^2=0,34$ ; lls=1; p=0,42		
<b>II grupė (n=300)</b>		
Klasė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=189)</b>	105	55,6
<b>10 klasė (n=111)</b>	61	55,0
$\chi^2=0,01$ ; lls=1; p=0,92		

Žinančių, kad jų mokykla turi SSM statusą, kaimo mokinių I respondentų grupėje (54,0%) buvo daugiau nei miestiečių (52,6%) (67 lentelė). II grupėje, taip pat kaip mažųjų miestų grupėje, kaimo mokinių, teigiančių, kad eina į SSM tinklui priklausančią mokyklą (79,2%), buvo daugiau nei miestiečių (53,3%), tačiau tik II grupėje nustatyti skirtumai buvo statistiškai reikšmingi.

**67 lentelė.** Mokinių, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=192)</b>	101	52,6
<b>Kaimas (n=161)</b>	87	54,0
$\chi^2=0,072$ ; lls=1; p=0,79		
<b>II grupė (n=300)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=276)</b>	147	53,3
<b>Kaimas (n=24)</b>	19	79,2
$\chi^2=5,99$ ; lls=1; p=0,014		

Taigi, analizuojant mokinių, žinančių, kad mokykla yra SSM, pasiskirstymą įvairiose vaikų grupėse, reikšmingi skirtumai buvo nustatyti tik II grupėje tarp kaime ir mieste gyvenančių vaikų – kaime gyvenančių vaikų, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, buvo daugiau nei tai žinančių mieste gyvenančių mokinių.

### 6.2.5.2. Mokinių žinios, susijusios su sveikata stiprinančios mokyklos samprata

I respondentų grupėje iš vaikų, kurie mokosi SSM, 54,4% (95 % PI 49,2; 59,5) teigė, kad yra susipažinę su SSM samprata. II grupėje su SSM samprata susipažinę respondentai sudarė 40,3% (95 % PI 34,9; 46,05) SSM mokyklose besimokančių vaikų.

Analizuojant mokinių, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymą atsižvelgiant į lytį, I respondentų grupėje buvo pastebėta tendencija, kad mokinių, žinančių, kas yra SSM, yra daugiau tarp berniukų negu tarp mergaičių (atitinkamai 58,6% ir 48,7%). II grupėje, priešingai nei I, buvo nustatyta kad susipažinusių su SSM samprata yra daugiau mergaičių (atitinkamai 42,9% ir 37,2%), tačiau abiejose grupėse nustatyti skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo (68 lentelė).

**68 lentelė.** Mokinių, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Lytis	<b>Mokiniai, susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=150)</b>	119	58,6
<b>Mergaitės (n=203)</b>	73	48,7
$\chi^2 = 3,45; \text{lls}=1; p=0,06$		
<b>II grupė (n=300)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=137)</b>	51	37,2
<b>Mergaitės (n=163)</b>	70	42,9
$\chi^2 = 1,01; \text{lls}=1; p=0,32$		

8 klasės mokinių, žinančių, kas yra SSM, (I gr. – 57,3%, II gr. – 43,4%) buvo daugiau nei 10 klasės mokinių (I gr. – 50,9%, II gr. – 35,1%), tačiau šie nustatyti skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo (69 lentelė).

**69 lentelė.** Mokinių, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Klasė	<b>Mokiniai, susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=192)</b>	110	57,3
<b>10 klasė (n=161)</b>	82	50,9
$\chi^2 = 1,43; \text{lls}=1; p=0,23$		
<b>II grupė (n=300)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=189)</b>	82	43,4
<b>10 klasė (n=11)</b>	39	35,1
$\chi^2 = 1,99; \text{lls}=1; p=0,16$		

Analizuojant vaikų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymą atsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą, I respondentų grupėje buvo nustatyta, kad mokinių, žinančių, kas yra SSM, yra daugiau tarp kaimo gyventojų negu tarp miestiečių (atitinkamai 57,8% ir 51,6%) (70 lentelė). II grupėje buvo nebuvo nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų.

**70 lentelė.** Mokinių, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Mokiniai, susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=192)</b>	99	51,6
<b>Kaimas (n=161)</b>	93	57,8
$\chi^2 = 1,36$ ; lls=1; p=0,24		
<b>II grupė (n=300)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=276)</b>	116	42,0
<b>Kaimas (n=24)</b>	5	20,8
$\chi^2 = 4,12$ ; lls=1; p=0,04		

Taigi, tik II respondentų grupėje buvo nustatyti reikšmingi mokinių, susipažinusių su SSM samprata, skirtumai – miestiečių, susipažinusių su samprata, buvo daugiau nei su SSM samprata susipažinusių kaime gyvenančių vaikų.

### 6.2.5.3. Mokinių žinios dėl sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės buvimo

Beveik pusė (47,6% (95% PI: 42,4; 52,8)) I respondentų grupės SSM mokinių žinojo, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė. II grupėje tai žinantys mokiniai sudarė tik 17,7% (95% PI: 13,8; 22,4) SSM besimokančių vaikų.

Mokiniai, žinantys kad jų mokymo įstaigoje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, tarp berniukų ir mergaičių pasiskirstė panašiai (71 lentelė).

**71 lentelė.** Mokinių, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=150)</b>	67	44,7
<b>Mergaitės (n=203)</b>	101	49,8
$\chi^2 = 0,90$ ; lls=1; p=0,34		
<b>II grupė (n=300)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=137)</b>	29	21,2
<b>Mergaitės (n=163)</b>	24	14,7
$\chi^2 = 2,13$ ; lls=1; p=0,15		

Mažųjų miestų mokinių grupėje tarp 8 klasės mokinių vaikų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, buvo reikšmingai daug nei tarp 10 klasės mokinių (53,6% ir 40,4% atitinkamai) (72 lentelė). Didžiųjų miestų respondentų grupėje taip pat nustatyta tokia pat tendencija kaip mažųjų miestų grupėje.

**72 lentelė.** Mokinių, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Klasė	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=192)</b>	103	53,6
<b>10 klasė (n=161)</b>	65	40,4
$\chi^2 = 6,19; \text{IIs}=1; p=0,013$		
<b>II grupė (n=300)</b>		
Klasė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=189)</b>	37	19,6
<b>10 klasė (n=111)</b>	16	14,4
$\chi^2 = 1,28; \text{IIs}=1; p=0,26$		

Mokiniai, žinantys kad jų mokymo įstaigoje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, tarp SSM besimokančių kaimo ir miesto mokinių abiejose respondentų grupėse pasiskirstė panašiai (73 lentelė).

**73 lentelė.** Mokinių, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=353)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=192)</b>	88	45,8
<b>Kaimas (n=161)</b>	80	49,7
$\chi^2 = 0,52; \text{IIs}=1; p=0,47$		
<b>II grupė (n=300)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=276)</b>	48	17,4
<b>Kaimas (n=24)</b>	5	20,8
Fišerio tikslusis testas=0,18; p=0,59		

Analizuojant mokinių, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupėse, pasiskirstymą įvairiose respondentų grupėse, reikšmingi skirtumai buvo nustatyti tik mažųjų miestų respondentų grupėje tarp kaime ir mieste gyvenančių vaikų.



## 6.2.6. Sveikata stiprinančių mokyklų mokinių įtraukimas į sveikatos stiprinimo veiklos organizavimą

### 6.2.6.1. Mokinių žinios apie mokinių dalyvavimą sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje

Minėta, kad 47,6% I respondentų grupės SSM mokinių žino, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė (SSVOG). Iš jų beveik pusė (49,4% (95% PI: 41,9; 56,9)) žinojo, kad šioje grupėje yra mokinių. II respondentų grupėje tai žinančių vaikų dalis sudarė 26,4% (95% PI: 16,4; 39,6) mokinių, lankančių SSM ir žinančių, kad šiose mokykloje dirba sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė.

Didžiųjų miestų respondentų grupėje tarp berniukų buvo daugiau vaikų, teigiančių, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokinių, nei tarp mergaičių (37,5% ir 17,2% atitinkamai) (74 lentelė). Analizuojant mažųjų miestų vaikų duomenis, statistiškai reikšmingų skirtumų taip pat nustatyta nebuvo.

**74 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra vaikų, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=168)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokinių</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=67)</b>	49	48,5
<b>Mergaitės (n=101)</b>	34	50,7
$\chi^2=0,08$ ; IIs=1; p=0,78		
<b>II grupė (n=53)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=24)</b>	8	37,5
<b>Mergaitės (n=29)</b>	5	17,2
$\chi^2=2,77$ IIs=1; p=0,10		

Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta nagrinėjant I ir II grupės mokinių, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra vaikų, atsakymų pasiskirstymą atsižvelgiant į klasę (75 lentelė).

**75 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra vaikų, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=168)</b>		
Klasė	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokinių</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=103)</b>	52	50,5
<b>10 klasė (n=65)</b>	31	47,7
$\chi^2=1,12$ ; lls=1; p=0,72		
<b>II grupė (n=53)</b>		
Klasė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=37)</b>	9	24,3
<b>10 klasė (n=16)</b>	5	31,3
Fišerio tikslusis testas =0,28; p=0,74		

Analizuojant duomenis buvo nustatyta tendencija, kad miestiečių, teigiančių, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą koordinuojančios grupės sudėtyje yra mokinių (I gr. – 55,7%, II gr. – 27,1%), yra daugiau nei kaime gyvenančių vaikų (I gr. – 42,5%, II gr. – 20,0%), tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas (76 lentelė).

**76 lentelė.** Mokinių, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra vaikų, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=168)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokinių</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=88)</b>	49	55,7
<b>Kaimas (n=80)</b>	34	42,5
$\chi^2=2,91$ ; lls=1; p=0,087		
<b>II grupė (n=53)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=48)</b>	13	27,1
<b>Kaimas (n=5)</b>	1	20,0
$\chi^2=0,12$ ; lls=1; p>0,999		

Didžiųjų bei mažųjų miestų respondentų grupėse analizuojant mokinių, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokinių, pasiskirstymą atsižvelgiant į lytį, klasę, gyvenamąją vietą, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo.

#### **6.2.6.2. Pasiūlymų teikimas sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei**

Analizuojant I respondentų grupės rezultatus, buvo nustatyta, kad didžioji dalis (90,5% (95% PI: 85,1; 94,1)) mokinių, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, teikia pasiūlymus šiai grupei. II tiriamųjų grupėje iš žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, 84,9% (95% PI: 73,0; 92,2) teikia pasiūlymus minėtai grupei.

Abiejų grupių respondentų atsakymų rezultatai parodė, kad mergaičių, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą koordinuojančiai grupei (I gr. – 92,1%, II gr. – 91,7%), yra daugiau negu tai darančių berniukų (I gr. – 88,1%, II gr. – 79,3%), tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas (77 lentelė).

**77 lentelė.** Mokinių, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėje

<b>I grupė (n=168)</b>		
Lytis	<b>Mokiniai, teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=67)</b>	59	88,1
<b>Mergaitės (n=101)</b>	93	92,1
$\chi^2=0,76$ ; lls=1; p=0,39		
<b>II grupė (n=53)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Berniukai (n=24)</b>	23	79,3
<b>Mergaitės (n=29)</b>	22	91,7
Fišerio tikslusis testas=1,56; p=0,27		

Didžiųjų miestų respondentų grupėje tarp aštuntokų buvo daugiau vaikų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, nei tarp dešimtokų (89,2% ir 75% atitinkamai) (78 lentelė). Mažųjų miestų vaikų atsakymai pasiskirstė atvirksčiai – teikiantys pasiūlymus dešimtokai sudarė 95,4% visų 10 klasės SSM mokinių, žinančių, kad mokykloje yra tokia grupė, o aštuntokai – 87,4% 8 klasės mokinių, tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingai nesiskiria.

**78 lentelė.** Mokinių, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į klasę I ir II grupėje

<b>I grupė (n=168)</b>		
Klasė	<b>Mokiniai, teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=103)</b>	90	87,4
<b>10 klasė (n=65)</b>	62	95,4
$\chi^2=2,964$ ; lls=1; p=0,085		
<b>II grupė (n=53)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>8 klasė (n=37)</b>	33	89,2
<b>10 klasė (n=16)</b>	12	75,0
Fišerio tikslusis testas=1,755 p=0,224		

Nagrinėjant I ir II grupės mokinių, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymą, atsižvelgiant į gyvenamąją vietą, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (79 lentelė).

**79 lentelė.** Mokinių, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=168)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Mokiniai, teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=88)</b>	78	88,6
<b>Kaimas (n=80)</b>	74	92,5
$\chi^2=0,73$ ; IIs=1; p=0,39		
<b>II grupė (n=53)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=48)</b>	41	85,4
<b>Kaimas (n=5)</b>	4	80,0
$\chi^2=0,10$ ; IIs=1; p=0,75		

Reikšmingų skirtumų nagrinėjant mokinių, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymą tarp berniukų ir mergaičių, aštuntokų bei dešimtokų ir tarp kaimo bei miesto vaikų, nustatyta nebuvo.

### **6.3. Mokytojų dalyvavimas mokinių sveikataą stiprinančiame procese**

#### **6.3.1. Mokytojų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje bei savo dalyvavimo vertinimas**

##### **6.3.1.1. Mokytojų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje**

Sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje dalyvavo 275 mažųjų miestų mokytojai, jie sudarė 69,6% (95% PI: 64,9; 74,0) visų I grupės mokytojų. II grupėje minėtoje veikloje dalyvavo 68,2% (95% PI: 62,6; 73,3) mokytojų.

Analizuojant mažųjų miestų mokytojų dalyvavimą sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje lemiančius veiksnius, buvo nustatyta, kad mokytojai, dėstantys kitus dalykus, turi 119% didesnę šansą dalyvauti minėtoje veikloje nei humanitarinius dalykus dėstantys pedagogai (80 lentelė). Reikšmingai didesnę šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje turėjo ir mokytojai, kurie dirba SSM (jų šansas dalyvauti šioje veikloje palyginus su mokytojų, dirbančių kitose mokyklose, šansu buvo net 3,75 karto didesnis). Kitų tirtų veiksnių poveikis mokytojų dalyvavimui sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje statistškai reikšmingas nebuvo

**80 lentelė.** Mokytojų dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje lemiantys veiksniai I grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠS (bendras)</b>	<b>ŠS (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b> Vyrai Moterys	1,00 1,07	1,15	0,54; 2,47	0,72
<b>Amžiaus grupė</b> 35 m. ir jaunesni 36 – 45 m Vyresni nei 46 m.	1,00 1,62 1,55	1,43 1,74	0,68; 3,04 0,88; 3,45	0,35 0,11
<b>Dėstomas dalykas</b> Humanitariniai Tikslieji Kiti	1,00 1,32 1,77	1,49 2,19	0,81; 2,77 1,24; 3,90	0,20 0,007
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b> Nepriklauso Priklauso	1,00 3,72	3,75	2,32; 6,06	<0,0005

N=362. Modelio tikėtimumo santykio Chi kvadratas 37,46; IIs. 6;  $p < 0,0005$ ; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 3,72; IIs 7;  $p = 0,8116$ ;  $R^2$  0,101; modelis teisingai klasifikuoja 70,99% imties respondentų; jautrumas 91,20%; specifiskumas 25,89%; plotas po ROC kreive – 0,69.

II respondentų grupėje dalyvauti sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje net 4,43 karto didesnę šansą turėjo mokytojai dirbantys SSM tinklui priklausančiose mokyklose nei tinklui nepriklausančiose mokyklose dirbantys mokytojai (81 lentelė). Buvo nustatyta, kad kitų dalykų mokymas palyginti su palyginti su tikslųjų dalykų dėstymu 2,48 karto padidina šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo veikloje. Šansą dalyvauti minėtoje veikloje taip pat padidino vyriška lytis bei vyresnis amžiaus, tačiau šie skirtumai statistiškai nereikšmingi.

**81 lentelė.** Mokytojų dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje lemiantys veiksniai II grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠS (bendras)</b>	<b>ŠS (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b> Moterys Vyrai	1,00 1,30	1,15	0,42; 3,18	0,79
<b>Amžiaus grupė</b> 35 m. ir jaunesni 36 – 45 m Vyresni nei 46 m.	1,00 1,36 1,16	1,17 1,09	0,30; 4,54 0,30; 3,98	0,82 0,90
<b>Dėstomas dalykas</b> Tikslieji Humanitariniai Kiti	1,00 1,08 2,28	1,17 2,48	0,30; 2,28 1,23; 5,01	0,64 0,011
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b> Nepriklauso Priklauso	1,00 4,48	4,43	2,55; 7,70	<0,0005

N=279. Modelio tikėtimumo santykio Chi kvadratas 38,07; IIsk. 6;  $p < 0,0005$ ; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 6,46; IIs 7;  $p = 0,4869$ ;  $R^2$  0,131; modelis teisingai klasifikuoja 71,33% imties respondentų; jautrumas 81,68%; specifiskumas 48,68%; plotas po ROC kreive – 0,72.

Taigi, nustatyta, kad abiejose respondentų grupėse mokytojai, kurių mokykla priklauso SSM tinklui, turėjo reikšmingai didesnę šansą dalyvauti sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje nei mokytojai, kurie dirba įprastose mokyklose. Reikšmingai didesnę šansą dalyvauti šioje veikloje taip pat turėjo kitus dalykus dėstantys mokytojai.

### 6.3.1.2. Mokytojų dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai

Analizuojant I respondentų grupės dalyvaujančių sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje mokytojų atsakymus į anketos klausimus, buvo nustatyta, kad daugiausia mokytojų (72,7%) dalyvavo renginiuose, beveik pusė (46,9%) padėjo organizuoti renginius. 26,2% mokytojų siūlė temas, priemones, panaši dalis mokytojų (22,5%) vedė renginius (82 lentelė). Tik 5,8% I grupės sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių mokytojų nurodė dalyvavę išteklių paieškoje, o mažiausia dalis mokytojų (2,9%) planavo išteklius.

**82 lentelė.** Labiausiai paplitę mokytojų dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje būdai I grupėje

<b>I grupė (n=275)</b>			
<b>Dalyvavimo būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Dalyvavo renginiuose	200	72,7	67,2; 77,7
Padėjo organizuoti renginius	129	46,9	41,1; 52,8
Siūlė temas, priemones	72	26,2	22,9; 33,8
Vedė renginius	62	22,5	18,0; 27,8
Siūlė sveikatos stiprinimo renginius	60	21,8	17,3; 27,1
Gamino reikalingas priemones	45	16,4	12,5; 21,2
Dalyvavo aptariant vertinimą	37	13,5	9,9; 18,0
Prisidėjo rengiant sveikatos stiprinimo programą	33	12,0	8,7; 16,4
Dalyvavo vertinant veiklą	17	6,2	3,9; 9,7
Dalyvavo išteklių (žmogiškųjų, finansinių) paieškoje	16	5,8	3,6; 9,2
Planavo išteklius	8	2,9	1,5; 5,6

II grupės mokytojų rezultatai buvo panašūs į I grupės rezultatus. Nustatyta, kad daugiausia (69,5%) sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių mokytojų teigė buvę renginių dalyviais, daugiau nei pusė (55,8%) padėjo organizuoti renginius, o daugiau nei trečdalis - (35,5%) siūlė temas, priemones (83 lentelė). 6,1% I grupės sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių mokytojų nurodė dalyvavę išteklių paieškoje, o mažiausia dalis mokytojų (3,6%) - planavo išteklius.

**83 lentelė.** Labiausiai paplitę mokytojų vaikų dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje būdai II grupėje

<b>II grupė (n=197)</b>			
<b>Dalyvavimo būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Dalyvavo renginiuose	137	69,5	62,8; 77,2
Padėjo organizuoti renginius	110	55,8	48,9; 62,6
Siūlė temas, priemones	70	35,5	29,2; 42,4
Siūlė sveikatos stiprinimo renginius	53	26,9	21,2; 33,5
Vedė renginius	53	26,9	21,2; 33,5
Gamino reikalingas priemones	40	20,3	15,3; 26,5
Prisidėjo rengiant sveikatos stiprinimo programą	23	11,7	7,9; 16,9
Dalyvavo aptariant vertinimą	16	8,1	5,1; 12,8
Dalyvavo vertinant veiklą	13	6,3	3,9; 11,0
Dalyvavo išteklių (žmogiškųjų, finansinių) paieškoje	12	6,1	3,5; 10,3
Planavo išteklius	7	3,6	1,7; 7,2

Tiek didžiųjų, tiek mažųjų miestų grupėse daugiausia sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių mokytojų dalyvavo renginiuose, padėjo juos organizuoti bei siūlė temas, priemones, mažiausia dalis mokytojų dalyvavo išteklių paieškoje bei planavo išteklius.

### 6.3.1.3. Sveikatos stiprinimo veiklos gerosios patirties pristatymas mokyklos bendruomenei

Daugiau nei trečdalis (34,7% (95% PI: 30,2; 39,5)) mažųjų miestų respondentų grupės mokytojų dalyvavo pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei 2 ir daugiau kartų, 22,0% (95% PI: 18,2; 26,4) minėtą veiklą pristatė kartą, o likę 43,3% (95% PI: 38,5; 48,2) respondentų teigė, kad sveikatos stiprinimo veiklos nepristatė. 31,5% (95% PI: 26,4; 37,1) didžiųjų miestų mokytojų 2 ir daugiau kartų pristatė sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį, penktadalis (20,1% (95% PI: 15,9; 25,1)) ją mokyklos bendruomenei pristatė kartą, o likusieji 48,4% (95% PI: 42,7; 54,2) pedagogų veiklos nėra pristatę.

Mokytojai, pristatę sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei 2 ir daugiau kartų, tarp vyrų ir moterų abiejose respondentų grupėse pasiskirstė panašiai (84 lentelė). Nustatyta, kad mažųjų miestų grupėje moterų, pristačiusių gerą patirtį (35,6%) yra daugiau nei vyrų (26,8%), o didžiųjų miestų grupėje atvirkščiai – gerą patirtį mokyklos bendruomenei pristačiusių mokytojų buvo daugiau tarp vyrų nei tarp moterų (37,0% ir 30,9% atitinkamai).

**84 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>						
Lytis	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=41)</b>	11	26,8	11	26,8	46,3	
<b>Moterys (n=354)</b>	126	35,6	76	21,5	125	42,9
$\chi^2=1,39$ ; lls=2; p=0,50						
<b>II grupė (n=289)</b>						
Lytis	n	%	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=27)</b>	10	37,0	5	18,5	12	44,4
<b>Moterys (n=262)</b>	81	30,9	53	20,2	128	48,9
$\chi^2=0,43$ ; lls=2; p=0,81						

Reikšmingų skirtumų nagrinėjant mokytojų dalyvavimą pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, atsižvelgiant į amžių, tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų respondentų grupėse nustatyta nebuvo (85 lentelė). Mažųjų miestų grupėje vyresnių nei 45 metų amžiaus mokytojų, pristačiusių veiklą 2 ir daugiau kartų (37,28%), buvo daugiau nei 35 metų amžiaus ir jaunesnių mokytojų (27,5%), o didžiuosiuose miestuose tarp vidurinio amžiaus mokytojų (36 – 45 metų amžiaus) buvo daugiau asmenų pristačiusių gerą patirtį 2 ir daugiau kartų nei tarp 35 metų amžiaus ir jaunesnių pedagogų (33,0% ir 27,3% atitinkamai).



**85 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=385)</b>						
Amžiaus grupė	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=51)</b>	14	27,5	17	33,3	20	39,2
<b>36 – 45 m. (n=116)</b>	38	32,8	30	25,9	48	41,4
<b>Vyresni nei 45 m. (n=218)</b>	81	37,2	39	17,9	98	45,0
$\chi^2 = 7,05$ ; lls=4; p=0,13						
<b>II grupė (n=288)</b>						
Amžiaus grupė	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=11)</b>	3	27,3	1	9,1	7	63,6
<b>36 – 45 m. (n=88)</b>	29	33,0	15	17,0	44	50,0
<b>Vyresni nei 45 m. (n=189)</b>	58	30,7	42	22,2	89	47,1
Fišerio tikslusis testas=6,91; p=0,14						

Pastaba: 10 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Kaimo mokyklose dirbančių ir nė karto nedalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerosios patirties mokyklos bendruomenei mokytojų (49,5%) buvo reikšmingai daugiau nei mokytojų, kurie dirbo miesto mokyklose (37,8% (p=0,020)).

**86 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=395)</b>						
Mokyklos vieta	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=209)</b>	75	35,9	55	26,3	79	37,8
<b>Kaimas (n=186)</b>	62	33,3	32	17,2	92	49,5
$\chi^2 = 6,987$ ; lls=2; p=0,030						

I tiriamųjų grupėje nustatyta, kad humanitarinių dalykų mokytojų, nepristačiusių sveikatos stiprinimo veiklos mokyklos bendruomenei (46,7%), buvo daugiau nei tikslųjų dalykų mokytojų (39,8%) (87 lentelė). II tiriamųjų grupėje tikslųjų dalykų mokytojų, nedalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos mokyklos bendruomenei (56,8%), buvo reikšmingai daugiau nei kitų dalykų mokytojų (37,9% (p=0,011)).

**87 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=371)</b>						
Dėstomas dalykas	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Humanitariniai (n=120)</b>	40	33,3	24	20,0	56	46,7
<b>Tikslieji (n=93)</b>	35	37,6	21	22,6	37	39,8
<b>Kiti (n=158)</b>	51	32,3	38	24,1	69	43,7
$\chi^2 = 1,59$ ; lls=4; p=0,81						
<b>II grupė (n=281)</b>						
Dėstomas dalykas	n	%	n	%	n	%
<b>Humanitariniai (n=97)</b>	31	32,0	16	16,5	50	51,5
<b>Tikslieji (n=81)</b>	24	29,6	11	13,6	46	56,8
<b>Kiti (n=103)</b>	35	34,0	29	28,2	39	37,9
$\chi^2 = 9,74$ ; lls=4; p=0,045						

Pastaba: 24 respondentai I grupėje ir 8 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę reikšmingai nesiskyrė (88 lentelė). Mokytojų, 2 ir daugiau kartų pristačiusių gerą patirtį, mažųjų miestų grupėje daugiausia buvo tarp mokytojų, dirbančių 11 – 20 metų (38,2%), o didžiųjų miestų respondentų grupėje – tarp dirbančių 10 ir mažiau metų (39,3%).

**88 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=389)</b>						
Darbo trukmės grupė	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=80)</b>	20	25,0	23	28,8	37	46,3
<b>11 – 20 m. (n=123)</b>	47	38,2	25	20,3	51	41,5
<b>Daugiau nei 20 m. (n=186)</b>	67	36,0	38	20,4	81	43,5
$\chi^2 = 4,99$ ; lls=4; p=0,29						
<b>II grupė (n=288)</b>						
Darbo trukmės grupė	n	%	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=28)</b>	11	39,3	2	7,1	15	53,6
<b>11 – 20 m. (n=86)</b>	23	26,7	16	18,6	47	54,7
<b>Daugiau nei 20 m. (n=174)</b>	56	32,2	40	23,0	78	44,8
$\chi^2 = 5,64$ ; lls=4; p=0,23						

Pastaba: 6 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui, abiejose respondentų grupėse reikšmingai skyrėsi (89 lentelė). I grupėje vieną kartą pristačiusių sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei SSM mokytojų (25,7%) buvo reikšmingai daugiau nei mokytojų,

dirbančių mokyklose, neįtrauktose į SSM tinklą (16,2% ( $p=0,026$ )). II grupėje mokytojų, vieną kartą pristačiusių sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei taip pat buvo daugiau tarp SSM mokytojų nei tarp kitų mokyklų mokytojų (atitinkamai 27,8% ir 10,2% ( $p<0,0001$ )).

**89 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=241)</b>	91	37,8	62	25,7	88	36,5
<b>Nepriklauso (n=154)</b>	46	29,9	25	16,2	83	53,9
$\chi^2=12,09$ ; lls=2; $p=0,002$						
<b>II grupė (n=289)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	n	%	n	%	n	%
	<b>Priklauso (n=162)</b>	63	38,9	45	27,8	54
<b>Nepriklauso (n=127)</b>	28	22,0	13	10,2	86	67,7
$\chi^2=34,71$ ; lls=2; $p<0,0001$						

Nustatyta, kad II respondentų grupėje mokytojų, nedalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos mokyklos bendruomenei, reikšmingai daugiau yra tarp tikslųjų nei tarp kitų dalykų mokytojų. Niekada nedalyvavusių pristatant minėtos veiklos mokyklos bendruomenei taip pat buvo reikšmingai daugiau tarp mokytojų, dirbančių įprastose mokyklose, nei tarp SSM mokytojų. Kiti nustatyti mokytojų pasiskirstymo skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo.

#### 6.3.1.4. Sveikatos stiprinimo veiklos gerosios patirties pristatymas už mokyklos ribų

21,7% (95% PI: 18,0; 26,1) I grupės respondentų ir 19,7% (95% PI: 15,5; 24,7) II grupės mokytojų pristatė sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų. Vieną kartą šią veiklą pristatė 18,7% (95% PI: 15,2; 22,9) mažųjų miestų pedagogų ir 17,3% (95% PI: 13,4; 22,1) didžiuosiuose miestuose dirbančių mokytojų. Likusieji 59,5% (95% PI: 54,6; 64,2)) I grupės apklaustųjų ir 63,0% (95% PI: 57,3; 8,4) II grupės apklaustųjų sveikatos stiprinimo veiklos gerosios patirties už mokyklos ribų apskritai nėra pristatę.

Reikšmingų skirtumų nagrinėjant mokytojų dalyvavimą pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų atsižvelgiant į lytį, tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų respondentų grupėse nustatyta nebuvo (90 lentelė). Abiejose grupėse moterų, pristačiusių veiklą 2 ir daugiau kartų (I gr. – 22,9%, II gr. – 19,8%), buvo daugiau nei vyrų (I gr. – 12,2%, II gr. – 18,5%), tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas.

**90 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>						
Lytis	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=41)</b>	5	12,2	10	24,4	26	63,4
<b>Moterys (n=354)</b>	81	22,9	64	18,1	209	59,0
$\chi^2=2,83$ ; lls=2; p=0,24						
<b>II grupė (n=289)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=27)</b>	5	18,5	7	25,9	15	55,6
<b>Moterys (n=262)</b>	52	19,8	43	16,4	167	63,7
Fišerio tikslusis testas=1,66; p=0,45						

Reikšmingų skirtumų, nagrinėjant mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymą, atsižvelgiant į amžių, nustatyta nebuvo (91 lentelė). Mokytojų, pristačiusių gerą patirtį už mokyklos ribų 2 ir daugiau kartų, abiejose respondentų grupėse daugiausia buvo tarp vyresnių nei 45 metų amžiaus mokytojų (I gr. – 23,4%, II gr. 21,2%).

**91 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=385)</b>						
Amžiaus grupė	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=51)</b>	10	19,6	13	25,5	28	54,9
<b>36 – 45 m. (n=116)</b>	23	19,8	20	17,2	73	62,9
<b>Vyresni nei 45 m. (n=218)</b>	51	23,4	38	17,4	129	59,2
$\chi^2=2,57$ ; lls=4; p=0,63						
<b>II grupė (n=288)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=11)</b>	0	0,0	1	9,1	10	90,9
<b>36 – 45 m. (n=88)</b>	17	19,3	15	17,0	56	63,6
<b>Vyresni nei 45 m. (n=189)</b>	40	21,2	33	17,5	116	61,4
Fišerio tikslusis testas=3,69; p=0,44						

Pastaba: 10 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Mokytojai, dalyvavę pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, sudarė 23,9% miesto mokyklose dirbančių mokytojų ir 19,4% kaimo mokyklų mokytojų, tačiau šis nustatytas skirtumas statistiškai nereikšmingas (92 lentelė).

**92 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerąją už mokyklos ribų, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=395)</b>						
Mokyklos vieta	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=209)</b>	50	23,9	51	19,6	118	56,5
<b>Kaimas (n=186)</b>	36	19,4	33	17,7	117	62,9

$\chi^2 = 1,82$ ; lls=2; p=0,40

I respondentų grupėje mokytojai, pristatę sveikatos stiprinimo veiklą už mokyklos ribų, tarp skirtingus dalykus dėstančių mokytojų pasiskirstė panašiai (93 lentelė). II tiriamųjų grupėje nustatyti reikšmingi skirtumai: tiksluosius dalykus dėstančių ir nė karto nedalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerosios patirties už mokyklos ribų mokytojų (72,8%) buvo daugiau nei kitus dalykus dėstančių ir gerosios patirties nepristačiusių mokytojų (68,0% (p=0,001)).

**93 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerąją patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=371)</b>						
Dėstomas dalykas	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Humanitariniai (n=120)</b>	26	21,7	21	17,5	73	60,8
<b>Tikslieji (n=93)</b>	20	21,5	20	21,5	53	57,0
<b>Kiti (n=158)</b>	31	19,6	31	19,6	96	60,8

$\chi^2 = 0,78$ ; lls=4; p=0,94

<b>II grupė (n=281)</b>						
Dėstomas dalykas	n	%	n	%	n	%
	<b>Humanitariniai (n=97)</b>	14	14,4	17	17,5	66
<b>Tikslieji (n=81)</b>	14	17,3	8	9,9	59	72,8
<b>Kiti (n=103)</b>	27	26,2	25	24,3	51	49,5

$\chi^2 = 13,76$ ; lls=4; p=0,008

Pastaba: 24) respondentai I grupėje ir 8 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Nagrinėjant mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerąją patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymą atsižvelgiant į darbo trukmę, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (94 lentelė). Mokytojų, dalyvavusių pristatant gerąją patirtį už mokyklos ribų 2 ir daugiau kartų, mažųjų miestų respondentų grupėje daugiausia buvo tarp mokytojų, dirbančių 11 – 20 metų (23,6%), o didžiųjų miestų respondentų grupėje – tarp dirbančių 10 ir mažiau metų (21,4%).

**94 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=389)</b>						
Darbo trukmės grupė	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=80)</b>	13	16,3	19	23,8	48	60,0
<b>11 – 20 m. (n=123)</b>	29	23,6	26	21,1	68	55,3
<b>Daugiau nei 20 m. (n=186)</b>	42	22,6	27	14,5	117	62,9
$\chi^2 = 5,33$ ; lls=4; p=0,26						
<b>II grupė (n=288)</b>						
Darbo trukmės grupė	n	%	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=28)</b>	6	21,4	4	14,3	18	64,3
<b>11 – 20 m. (n=86)</b>	13	15,1	18	20,9	55	64,0
<b>Daugiau nei 20 m. (n=174)</b>	37	21,3	28	16,1	109	62,9
Fišerio tikslusis testas=2,15; p=0,71						

Pastaba: 6 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui, abiejose respondentų grupėse reikšmingai skyrėsi (95 lentelė). I grupėje pristačiusių sveikatos stiprinimo veiklą 2 ir daugiau kartų, SSM mokytojų (25,7%) buvo reikšmingai daugiau nei mokytojų, dirbančių mokyklose, neįtrauktose į SSM tinklą (15,6% (p=0,017)). Mokytojų, 2 ir daugiau kartų pristačiusių sveikatos stiprinimo veiklą už mokyklos ribų, II grupėje taip pat buvo daugiau tarp SSM mokytojų nei tarp kitų mokyklų mokytojų (atitinkamai 24,7% ir 13,4% (p=0,017)).

**95 lentelė.** Mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Pristatė 2 ir daugiau kartų		Pristatė kartą		Nepristatė	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=241)</b>	62	25,7	49	20,3	130	53,9
<b>Nepriklauso (n=154)</b>	24	15,6	25	16,2	105	68,2
$\chi^2 = 8,484$ ; lls=2; p=0,014						
<b>II grupė (n=289)</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=162)</b>	40	24,7	35	21,6	87	53,7
<b>Nepriklauso (n=127)</b>	17	13,4	15	11,8	95	74,8
$\chi^2 = 13,593$ ; lls=2; p=0,001						

Reikšmingi mokytojų, dalyvavusių pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų, pasiskirstymo skirtumai buvo nustatyti tarp didžiųjų miestų įvairius dalykus dėstančių mokytojų bei tarp abiejų respondentų grupių mokytojų, dirbančių SSM tinklui priklausančiose bei nepriklausančiose mokyklose.

### 3.1.5. Mokytojų subjektyvus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas

55,6% (153) (95% PI: 49,7; 61,4) I grupės respondentų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje, savo dalyvavimą įvertino kaip gerą arba labai gerą. 37,1% (102) (95% PI: 31,6; 42,9) vidutiniškai įvertinimo savo dalyvavimą. Likusieji mažųjų miestų mokytojai (7,3% (20) (95% PI: 4,8; 11,0)) nurodė, kad jų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje yra blogas arba labai blogas. Daugiausia didžiųjų miestų mokytojų (55,3% (109) (95% PI: 48,4; 62,1)) savo dalyvavimą įvertino gerai arba labai gerai, 40,1% (79) (95% PI: 33,5; 47,1) – vidutiniškai, o likusieji 4,6% (9) (95% PI: 2,4; 8,5) II grupės respondentų savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje įvertino blogai arba labai blogai.

Mažųjų miestų grupėje mokytojų, įvardijusių savo dalyvavimą kaip gerą arba labai gerą, tarp moterų buvo daugiau nei tarp vyrų (96 lentelė). Didžiųjų miestų mokytojų grupėje gerai ir labai gerai įvertinę savo dalyvavimą pasiskirstė atvirkščiai negu mažųjų miestų grupėje – jų daugiau buvo tarp vyrų negu tarp moterų (55,6% ir 42,4% atitinkamai), tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingai nesiskyrė.

**96 lentelė.** Mokytojų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=247)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Lytis	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=28)</b>	4	14,3	13	46,4	11	39,3
<b>Moterys (n=247)</b>	16	6,5	89	36,0	142	57,5
Fišerio tikslusis testas =4,54; p=0,98						
<b>II grupė (n=197)</b>						
	n	%	n	%	n	%
	<b>Vyrai (n=20)</b>	0	0,0	7	35,0	13
<b>Moterys (n=177)</b>	9	5,1	72	40,7	96	54,2
Fišerio tikslusis testas =0,84; p=0,65						

Didžiųjų ir mažųjų miestų mokytojai, įvertinę savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje gerai arba labai gerai, tarp skirtingų amžiaus grupių pedagogų pasiskirstė panašiai, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (97 lentelė).

**97 lentelė.** Mokytojų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=268)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Amžiaus grupė	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=31)</b>	0	0,0	14	45,2	17	54,8
<b>36 – 45 m. (n=83)</b>	5	6,0	30	36,1	48	57,8
<b>Vyresni nei 45 m. (n=154)</b>	15	9,7	55	35,7	84	54,5
Fišerio tikslusis testas =4,15; p=0,38						
<b>II grupė (n=196)</b>						
Amžiaus grupė	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=7)</b>	0	0,0	3	42,9	4	57,1
<b>36 – 45 m. (n=62)</b>	5	8,1	23	37,1	34	54,8
<b>Vyresni nei 45 m. (n=127)</b>	4	3,1	52	40,9	71	55,9
Fišerio tikslusis testas=2,45; p=0,64						

Pastaba: 7 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Kaimo mokyklose dirbančių mokytojų, įvertinusių savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje blogai arba labai blogai (9,2%), buvo daugiau nei miesto mokyklose dirbančių mokytojų (5,8%), tačiau šis pasiskirstymo skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo (95 lentelė).

**98 lentelė.** Mokytojų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=275)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Mokyklos vieta	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=155)</b>	9	5,8	59	38,1	87	56,1
<b>Kaimas (n=120)</b>	11	9,2	43	35,8	66	55,0
$\chi^2=1,16$ ; lls=2; p=0,56						

I tiriamųjų grupėje nustatyta, kad humanitarinių dalykų mokytojų, įvardijusių savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje kaip gerą arba labai gerą (58,7%), buvo daugiau nei taip savo dalyvavimą įvertinusių tikslųjų dalykų mokytojų (53,1%), tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas (99 lentelė). II tiriamųjų grupėje kitų dalykų mokytojų, gerai arba labai gerai įvertinusių savo dalyvavimą (75,3%), yra reikšmingai daugiau nei tikslųjų dalykų mokytojų (30,0%) (p<0,0001).



**99 lentelė.** Mokytojų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=257)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Dėstomas dalykas	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Humanitariniai (n=75)</b>	9	12,0	22	29,3	44	58,7
<b>Tikslieji (n=64)</b>	4	6,3	26	40,6	34	53,1
<b>Kiti (n=118)</b>	6	5,1	49	41,5	63	53,4
Fišerio tikslusis testas =5,2; p=0,27						
<b>II grupė (n=193)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Humanitariniai (n=62)</b>	4	6,5	28	45,2	30	48,4
<b>Tikslieji (n=50)</b>	5	10,0	30	60,0	15	30,0
<b>Kiti (n=81)</b>	0	0,0	20	24,7	61	75,3
Fišerio tikslusis testas =29,57; p<0,0001						

Pastaba: 18 respondentų I grupėje ir 4 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Reikšmingų skirtumų, nagrinėjant mokytojų subjektyvaus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimą, atsižvelgiant į darbo trukmę, nustatyta nebuvo (100 lentelė). Mokytojų, įvertinusių dalyvavimą blogai arba labai blogai, I respondentų grupėje daugiausia buvo tarp pedagogų, dirbančių daugiau nei 20 metų (jie sudarė 9,2% visų 10 ir mažiau metų dirbančių mokytojų). II respondentų grupėje mokytojų, manančių, kad jų dalyvavimas yra blogas ar labai blogas, daugiausia buvo tarp tų pedagogų, kurių darbo stažas svyruoja nuo 11 iki 20 metų, jie sudarė 23,3%.

**100 lentelė.** Mokytojų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=270)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Darbo trukmės grupė	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=50)</b>	4	8,0	22	44,0	54	48,0
<b>11 –20 m. (n=90)</b>	4	4,4	30	33,3	56	62,2
<b>Daugiau nei 20 m. (n=130)</b>	12	9,2	48	36,9	70	53,8
Fišerio tikslusis testas =3,97; p=0,41						
<b>II grupė (n=196)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=19)</b>	1	5,3	5	26,3	13	68,4
<b>11 –20 m. (n=52)</b>	3	5,8	20	38,5	29	55,8
<b>Daugiau nei 20 m. (n=125)</b>	5	4,0	54	43,2	66	52,8
Fišerio tikslusis testas =2,6; p=0,61						

Pastaba: 5 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Mažųjų miestų mokyklų grupėje mokytojų, įvertinusių savo dalyvavimą labai gerai arba gerai, buvo reikšmingai daugiau tarp SSM pedagogų nei tarp kitose mokyklose dirbančių mokytojų (atitinkamai 60,8% ir 43,2% ( $p=0,007$ )). Didžiųjų miestų grupėje mokytojų, manančių, kad jų dalyvavimas yra geras arba labai geras, buvo daugiau tarp pedagogų dirbančių SSM tinklui priklausančiose mokyklose nei tarp dirbančių kitose mokyklose (atitinkamai 59,4% ir 46,9%), tačiau šis skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo.

**101 lentelė.** Mokytojų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui I ir II grupėse

<b>I grupė (n=275)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Priklauso (n=194)</b>	12	6,2	64	33,0	118	60,8
<b>Nepriklauso (n=81)</b>	8	9,9	38	46,9	35	43,2
$\chi^2 = 28,69$ ; lls=2; $p=0,027$						
<b>II grupė (n=197)</b>						
	n	%	n	%	n	%
	<b>Priklauso (n=133)</b>	5	3,8	49	36,8	79
<b>Nepriklauso (n=64)</b>	4	6,3	30	46,9	30	46,9
Fišerio tikslusis testas=3,04; $p=0,20$						

Taigi, analizuojant abiejų respondentų grupių mokytojų subjektyvaus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimo skirtumus, buvo nustatyta, kad II respondentų grupėje kitus dalykus dėstančių mokytojų, įvertinusių savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje gerai arba labai gerai, yra reikšmingai daugiau nei taip savo dalyvavimą įvertinusių tiksluosius dalykus dėstančių mokytojų. I respondentų grupėje gerai ir labai gerai savo dalyvavimą įvertinusių mokytojų buvo reikšmingai daugiau tarp mokytojų dirbančių SSM.

### 6.3.2. Mokytojų nuomonės apie sveikatos stiprinimą svarbumas

83,5% (95% PI: 79,6; 86,9) I respondentų grupės mokytojų ir 78,5% (95% PI: 73,5; 82,9) II grupės respondentų teigė, kad priimant sprendimus, susijusius su mokinių sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į jų nuomonę.

Mažųjų miestų respondentų grupėje moterų, į kurių nuomonę atsižvelgiama (84,7%), buvo daugiau nei vyrų (73,2%), tačiau šis skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo (102 lentelė). Didžiųjų miestų respondentų grupėje mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, statistiškai reikšmingai buvo daugiau tarp vyrų nei tarp moterų (96,3% ir 76,7% atitinkamai).

**102 lentelė.** Mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>		
Lytis	<b>Mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	n	%
<b>Vyrai (n=41)</b>	30	73,2
<b>Moterys (n=354)</b>	300	84,7
$\chi^2 = 3,58$ ; lls=1; p=0,06		
<b>II grupė (n=289)</b>		
	n	%
<b>Vyrai (n=27)</b>	26	96,3
<b>Moterys (n=262)</b>	201	76,7
$\chi^2 = 5,57$ ; lls=1; p=0,018		

Analizuojant mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymą atsižvelgiant į amžių, I ir II grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (103 lentelė). Mažųjų miestų grupėje mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus, daugiausia (86,3%) buvo tarp 35 metų ir jaunesnių tėvų, o didžiųjų miestų grupėje – tarp 36 –45 metų amžiaus tėvų (79,5%).

**103 lentelė.** Mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=385)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=51)</b>	44	86,3
<b>36 – 45 m. (n=116)</b>	94	81,0
<b>Vyresni nei 45 m. (n=218)</b>	183	83,9
$\chi^2 = 0,82$ ; lls=2; p=0,66		
<b>II grupė (n=288)</b>		
	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=11)</b>	7	63,6
<b>36 – 45 m. (n=88)</b>	70	79,5
<b>Vyresni nei 45 m. (n=189)</b>	149	78,8
$\chi^2 = 1,51$ ; lls=2; p=0,47		

Pastaba: 10 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Mažųjų miestų respondentų grupėje mokytojai, teigiantys, kad priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į jų nuomonę, tarp kaimo ir miesto mokyklose dirbančių mokytojų pasiskirstė panašiai (104 lentelė).

**104 lentelė.** Mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą į I grupėje

<b>I grupė (n=395)</b>		
Mokyklos vieta	<b>Mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=209)</b>	174	83,3
<b>Kaimas (n=186)</b>	159	83,9
$\chi^2=0,03$ ; IIs=1; p=0,87		

Mažųjų miestų mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama, tarp skirtingus dalykus dėstančių pedagogų taip pat pasiskirstė panašiai (105 lentelė). Didžiųjų miestų mokytojai pasiskirstė taip: humanitarinius dalykus dėstančių mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama (73,2%) buvo mažiau nei kitus dalykus dėstančius mokytojų (87,4% (p=0,011)).

**105 lentelė.** Mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=371)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>Mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=120)</b>	98	81,7
<b>Tikslieji (n=93)</b>	80	86,0
<b>Kiti (n=158)</b>	131	82,9
$\chi^2=0,74$ ; IIs=2; p=0,69		
<b>II grupė (n=281)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=97)</b>	71	73,2
<b>Tikslieji (n=81)</b>	62	76,5
<b>Kiti (n=103)</b>	90	87,4
$\chi^2=6,67$ ; IIs=2; p=0,035		

Pastaba: 24 respondentai I grupėje ir 8 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Reikšmingų mokytojų, į kurių nuomonę, priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymo skirtumų atsižvelgiant į darbo trukmę, nei vienoje iš tiriamųjų grupių nustatyta nebuvo (106 lentelė). I grupėje tokių mokytojų daugiau buvo tarp 11 – 20 metų dirbančių mokytojų, o II grupėje – tarp mokytojų, kurie mokykloje dirba daugiau nei 20 metų.

**106 lentelė.** Mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=389)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>Mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=80)</b>	65	81,3
<b>11 – 20 m. (n=123)</b>	104	84,6
<b>Daugiau nei 20 m. (n=186)</b>	155	83,3
$\chi^2 = 0,38$ ; lls=2; p=0,83		
<b>II grupė (n=288)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=28)</b>	21	75,0
<b>11 – 20 m. (n=86)</b>	63	73,3
<b>Daugiau nei 20 m. (n=174)</b>	142	81,6
$\chi^2 = 2,60$ ; lls=2; p=0,27		

Pastaba: 6 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Nustatyta, kad I ir II respondentų grupėse mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, daugiau yra tarp dirbančių SSM nei tarp dirbančių kitose mokyklose, tačiau tik didžiųjų miestų grupėje nustatyti skirtumai buvo statistiškai reikšmingi: mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama, sudarė 88,9% SSM mokytojų ir 65,4% kitų mokyklų mokytojų (107 lentelė).

**107 lentelė.** Mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Mokytojai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=241)</b>	208	86,3
<b>Nepriklauso (n=154)</b>	122	79,2
$\chi^2 = 3,43$ ; lls=1; p=0,06		
<b>II grupė (n=289)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=162)</b>	144	88,9
<b>Nepriklauso (n=127)</b>	83	65,4
$\chi^2 = 23,40$ ; lls=1; p<0,0001		

Taigi, tik didžiųjų miestų mokytojų grupėje buvo nustatyti reikšmingi mokytojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, pasiskirstymo skirtumai. Tokių mokytojų didžiųjų miestų mokytojų grupėje buvo daugiau tarp vyrų nei tarp moterų, tarp kitus nei tarp humanitarinius dalykus dėstančių mokytojų bei tarp SSM mokytojų nei tarp mokytojų, dirbančių kitose mokyklose.

### 6.3.3. Sveikatos ugdymo integravimas

#### 6.3.3.1. Sveikatos ugdymas, kaip integrali ugdymo turinio dalis

44,3% (175) (95% PI: 39,5; 49,2) mažųjų miestų mokytojų ir 60,2% (174) (95% PI: 54,5; 65,7) didžiuosiuose miestuose dirbančių pedagogų teigė, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis. Likusieji 55,7% (220) (95% PI: 50,8; 60,5) I grupės respondentų ir 39,8% (175) (95% PI: 34,3; 45,5) II grupės mokytojų nurodė, kad sveikatos ugdymas nėra integrali ugdymo turinio dalis arba yra integrali tik iš dalies.

Analizuojant mokytojų, manančių, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis, pasiskirstymą tarp vyrų ir moterų, buvo nustatyta, kad taip manančių moterų (I gr. –45,2%, II gr. – 60,7%) yra daugiau nei tokios nuomos besilaikančių vyrų (I gr. –36,6%, II gr. – 55,6%), tačiau ši rezultatas statistiškai reikšmingas nebuvo (108 lentelė).

**108 lentelė.** Mokytojų, išreiškusių nuomonę dėl sveikatos ugdymo kaip integralios ugdymo turinio dalies, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>				
Lytis	Manantys, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis		Manantys, kad sveikatos ugdymas yra iš dalies integrali/nėra integrali ugdymo turinio dalis	
	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=41)</b>	15	36,6	26	63,4
<b>Moterys (n=354)</b>	160	45,2	194	54,8
$\chi^2=1,11$ ; lls=1; p=0,29				
<b>II grupė (n=289)</b>				
	n	%	n	%
	<b>Vyrai (n=27)</b>	15	55,6	12
<b>Moterys (n=262)</b>	159	60,7	103	39,3
$\chi^2=0,27$ ; lls=1; p=0,60				

Mokytojų, manančių, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis, pasiskirstymas tarp skirtingo amžiaus pedagogų reikšmingai nesiskyrė (109 lentelė). Taip manančių mokytojų mažųjų miestų grupėje daugiausia buvo tarp 35 metų amžiaus ir jaunesnių mokytojų (49,0%), o didžiųjų miestų respondentų grupėje – tarp vyresnių nei 45 metų mokytojų (63,5%).

**109 lentelė.** Mokytojų, išreiškusių nuomonę dėl sveikatos ugdymo kaip integralios ugdymo turinio dalies, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=385)</b>				
Amžiaus grupė	Manantys, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis		Manantys, kad sveikatos ugdymas yra iš dalies integrali/nėra integrali ugdymo turinio dalis	
	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=51)</b>	25	49,0	26	51,0
<b>36 – 45 m. (n=116)</b>	55	47,4	61	52,6
<b>Vyresni nei 45 m. (n=218)</b>	93	42,7	125	57,3
$\chi^2=1,09$ ; lls=2; p=0,58				
<b>II grupė (n=288)</b>				
Amžiaus grupė	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=11)</b>	6	54,5	5	45,5
<b>36 – 45 m. (n=88)</b>	47	53,4	41	46,6
<b>Vyresni nei 45 m. (n=189)</b>	120	63,5	69	36,5
Fišerio tikslusis testas=2,67; p=0,25				

Pastaba: 10 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Mokytojai, manantys, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis, tarp miesto ir kaimo mokyklose dirbančių mokytojų pasiskirstė panašiai, statistiškai reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (110 lentelė).

**110 lentelė.** Mokytojų, išreiškusių nuomonę dėl sveikatos ugdymo kaip integralios ugdymo turinio dalies, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=395)</b>				
Mokyklos vieta	Manantys, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis		Manantys, kad sveikatos ugdymas yra iš dalies integrali/nėra integrali ugdymo turinio dalis	
	n	%	n	%
<b>Miestas (n=209)</b>	90	43,1	119	56,9
<b>Kaimas (n=186)</b>	85	45,7	101	54,3
$\chi^2=0,28$ ; lls=1; p=0,60				

Mokytojų, išreiškusių nuomonę dėl sveikatos ugdymo, kaip integralios ugdymo turinio dalies, pasiskirstymas tarp skirtingus dalykus dėstančių mokytojų abiejose respondentų grupėse reikšmingai skyrėsi (111 lentelė). I respondentų grupėje kitus dalykus dėstančių mokytojų, manančių, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis (52,5%), buvo daugiau nei tikslųjų dalykų mokytojų (32,3% (p=0,002)) II respondentų grupėje, taip pat kaip ir I grupėje, kitus dalykus dėstančių mokytojų, teigiančių, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis (71,8%), buvo daugiau nei tikslųjų dalykų mokytojų (53,1% (p=0,009))

**111 lentelė.** Mokytojų, išreiškusių nuomonę dėl sveikatos ugdymo kaip integralios ugdymo turinio dalies, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=371)</b>				
Dėstomas dalykas	Manantys, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis		Manantys, kad sveikatos ugdymas yra iš dalies integrali/nėra integrali ugdymo turinio dalis	
	n	%	n	%
<b>Humanitariniai (n=120)</b>	47	39,2	73	60,8
<b>Tikslieji (n=93)</b>	30	32,3	63	67,7
<b>Kiti (n=158)</b>	83	52,5	75	47,5
$\chi^2=10,94$ ; lls=2; p=0,004				
<b>II grupė (n=281)</b>				
	n	%	n	%
<b>Humanitariniai (n=97)</b>	52	53,6	45	46,4
<b>Tikslieji (n=81)</b>	43	53,1	38	46,9
<b>Kiti (n=103)</b>	74	71,8	29	28,2
$\chi^2=9,29$ ; lls=2; p=0,010				

Pastaba: 24 respondentai I grupėje ir 8 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Mokytojai, manantys, kad sveikatos ugdymas nėra integrali ugdymo turinio dalis arba yra integrali tik iš dalies, tarp skirtingą darbo stažą dirbančių mažųjų ir didžiųjų miestų mokytojų pasiskirstė panašiai (112 lentelė).

**112 lentelė.** Mokytojų, išreiškusių nuomonę dėl sveikatos ugdymo kaip integralios ugdymo turinio dalies, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=389)</b>				
Darbo trukmės grupė	Manantys, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis		Manantys, kad sveikatos ugdymas yra iš dalies integrali/nėra integrali ugdymo turinio dalis	
	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=80)</b>	34	42,5	46	57,5
<b>11 – 20 m. (n=123)</b>	57	46,3	66	53,7
<b>Daugiau nei 20 m. (n=186)</b>	81	43,5	105	56,5
$\chi^2=0,35$ ; lls=2; p=0,84				
<b>II grupė (n=288)</b>				
	n	%	n	%
<b>10 metų ir mažiau (n=28)</b>	17	60,7	11	39,3
<b>11 –20 m. (n=86)</b>	47	54,7	39	45,3
<b>Daugiau nei 20 m. (n=174)</b>	109	62,6	65	37,4
$\chi^2=1,54$ ; lls=2; p=0,46				

Pastaba: 1,5% (6) respondentų I grupėje ir 0,3% (1) II grupėje neatsakė, kiek metų jie dirba.



Manančių, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis SSM mokytojų (I gr. – 49,4%, II gr. – 66,7%) buvo reikšmingai daugiau nei mokytojų, dirbančių mokyklose, neįtrauktose į SSM tinklą (I gr. –36,4%, II gr. – 52,0%) (113 lentelė)

**113 lentelė.** Mokytojų, išreiškusių nuomonę dėl sveikatos ugdymo kaip integralios ugdymo turinio dalies, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>				
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Manantys, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis</b>		<b>Manantys, kad sveikatos ugdymas yra iš dalies integrali/nėra integrali ugdymo turinio dalis</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=241)</b>	119	49,4	122	50,6
<b>Nepriklauso (n=154)</b>	56	36,4	98	63,6
$\chi^2=6,449$ ; lls=1; p=0,011				
<b>II grupė (n=289)</b>				
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=162)</b>	108	66,7	54	33,3
<b>Nepriklauso (n=127)</b>	66	52,0	61	48,0
$\chi^2=6,419$ ; lls=1; p=0,011				

Nustatyta, kad abiejose respondentų grupėse, mokytojų manymas, kad sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis, yra reikšmingai susijęs su dėstomu dalyku bei su mokyklos, kurioje mokytojas dirba, priklausymu SSM tinklui.

### 6.3.3.2. Planai, programos, į kurias yra integruotas sveikatos ugdymas mokykloje

Daugiausia (67,1%) mažųjų miestų mokytojų teigė, kad sveikatos ugdymas yra integruotas į dalykų teminius planus, 36,2% – į ugdymo sričių teminius planus (114 lentelė). Mažiausiai mokytojų (9,1%), teigė, kad sveikatos ugdymas yra integruotas į dalykų modulių programas.

**114 lentelė.** Programos bei planai, į kuriuos yra integruotas sveikatos ugdymas mokykloje, I grupėje

<b>I grupė (n=395)</b>			
<b>Programos, planai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Dalykų teminiai planai	265	67,1	62,3; 71,5
Ugdymo sričių teminiai planai	143	36,2	31,6; 41,1
Pasirenkamųjų dalykų programos	101	25,6	21,5; 30,1
Dalykų modulių programos	36	9,1	6,7; 12,4

Net 73,0% mokytojų teigė, kad sveikatos ugdymas jų mokykloje yra integruotas į dalykų teminius planus, 31,5% – į ugdymo sričių teminius planus, tik 11,1% teigė, kad mokykloje, kurioje jie dirba, sveikatos ugdymas yra integruotas į dalykų modulių programas (115 lentelė)

**115 lentelė.** Programos bei planai, į kuriuos yra integruotas sveikatos ugdymas mokykloje, II grupėje

<b>II grupė (n=289)</b>			
<b>Programos, planai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Dalykų teminiai planai	211	73,0	67,6; 77,8
Ugdymo sričių teminiai planai	91	31,5	26,4; 37,1
Pasirenkamųjų dalykų programos	60	20,8	16,5; 25,8
Dalykų modulių programos	32	11,1	7,8; 15,2

Taigi, akivaizdu, kad abiejose grupėse daugiausia mokytojų manė, kad sveikatos ugdymas jų mokykloje yra integruotas į dalykų teminius planus, o mažiausiai – į dalykų modulių programas.

### 6.3.3.3. Sveikatos klausimų integravimas į dėstomo dalyko programą

Tyrimo rezultatai parodė, kad 80,7% (319) (95% PI: 76,6; 84,4) I respondentų grupės mokytojų ir 86,5% (250) (95% PI: 45,9; 54,7)) II respondentų grupės mokytojų yra integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą.

Mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą, pasiskirstymas tarp vyrų ir moterų didžiųjų bei mažųjų miestų respondentų grupėse buvo panašus (116 lentelė). Tačiau nustatyta, kad I grupėje moterų, integravusių sveikatos (81,4%), buvo daugiau negu vyrų (75,6%). II grupėje pedagogų, į savo dėstomo dalyko programą įtraukusių sveikatos klausimus, buvo daugiau tarp vyrų nei tarp moterų (92,6% ir 85,9% atitinkamai)

**116 lentelė.** Mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>		
Lytis	<b>Mokytojai, integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą</b>	
	n	%
<b>Vyrai (n=41)</b>	31	75,6
<b>Moterys (n=354)</b>	288	81,4
$\chi^2=0,78$ ; IIS=1; p=0,38		
<b>II grupė (n=288)</b>		
Lytis	n	%
<b>Vyrai (n=27)</b>	25	92,6
<b>Moterys (n=262)</b>	225	85,9
Fišerio tikslusis testas =0,95; p=0,55		

Nagrinėjant mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, tik mažųjų miestų respondentų grupėje buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai (117 lentelė). Šioje grupėje pedagogų, teigusių, kad jie yra integravę sveikatos klausimus į

dėstomo dalyko programą, buvo daugiau tarp 36 – 45 metų amžiaus mokytojų nei taro vyresnių nei 45 metų amžiaus (atitinkamai 90,5% ir 75,5% atitinkamai ( $p=0,001$ )).

**117 lentelė.** Mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=385)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Mokytojai, integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=51)</b>	41	80,4
<b>36 – 45 m. (n=116)</b>	105	90,5
<b>Vyresni nei 45 m. (n=218)</b>	164	75,2
$\chi^2 = 11,28$ ; lls=2; $p=0,004$		
<b>II grupė (n=288)</b>		
Amžiaus grupė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=11)</b>	9	81,8
<b>36 – 45 m. (n=88)</b>	80	90,9
<b>Vyresni nei 45 m. (n=189)</b>	160	84,7
Fišerio tikslusis testas =2,451; $p=0,239$		

Pastaba: 10 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Miestiečių, teigiančių, kad jie yra integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą (82,8%), buvo daugiau nei taip teigusių kaimo gyventojų (78,5%), tačiau šis skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo (118 lentelė).

**118 lentelė.** Mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=395)</b>		
Mokyklos vieta	<b>Mokytojai, integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=209)</b>	173	82,8
<b>Kaimas (n=186)</b>	146	78,5
$\chi^2 = 1,16$ ; lls=1; $p=0,28$		

I respondentų grupėje mokytojai, integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą, tarp humanitarinius, tiksluosius ir kitus dalykus dėstančių pedagogų pasiskirstė panašiai, tačiau II respondentų grupėje sveikatos klausimus integravusių mokytojų buvo reikšmingai daugiau tarp kitų dalykų nei tarp tikslųjų dalykų mokytojų (atitinkamai 94,2% ir 77,8% atitinkamai ( $p=0,001$ )) (119 lentelė).

**119 lentelė.** Mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=371)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>Mokytojai, integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=120)</b>	95	79,2
<b>Tikslieji (n=93)</b>	73	78,5
<b>Kiti (n=158)</b>	134	84,4
$\chi^2 = 2,128$ ; lls=2; p=0,345		
<b>II grupė (n=281)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=97)</b>	86	88,7
<b>Tikslieji (n=81)</b>	63	77,8
<b>Kiti (n=103)</b>	97	94,2
$\chi^2 = 11,349$ ; lls=2; p=0,003		

Pastaba: 6,1% (24) respondentų I grupėje ir 2,8% (8) II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Statistiškai reikšmingų skirtumų, nagrinėjant mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą, pasiskirstymą tarp skirtingą trukmę dirbančių žmonių, nustatyta nebuvo (120 lentelė).

**120 lentelė.** Mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=389)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>Mokytojai, integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=80)</b>	61	76,3
<b>11 – 20 m. (n=123)</b>	103	83,7
<b>Daugiau nei 20 m. (n=186)</b>	151	81,2
$\chi^2 = 1,78$ ; lls=2; p=0,41		
<b>II grupė (n=288)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=28)</b>	24	85,7
<b>11 – 20 m. (n=86)</b>	73	84,9
<b>Daugiau nei 20 m. (n=174)</b>	152	87,4
Fišerio tikslusis testas =0,45; p=0,81		

Pastaba: 6 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jie dirba.

Dirbančių SSM tinklui priklausančiose mokyklose mokytojų, kurie yra integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą (I gr. –83,4%, II gr. – 89,5%), buvo daugiau nei sveikatos klausimus integravusių ir kitose mokyklose dirbančių mokytojų (I gr. –76,6%, II gr. – 82,7%), tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo (121 lentelė).

**121 lentelė.** Mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos priklausymą SSM tinklui I ir II grupėse

<b>I grupė (n=395)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Mokytojai, integravę sveikatos klausimus į dėstomo dalyko programą</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=241)</b>	201	83,4
<b>Nepriklauso (n=154)</b>	118	76,6
$\chi^2 = 2,78$ ; IIs=1; p=0,10		
<b>II grupė (n=288)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=162)</b>	145	89,5
<b>Nepriklauso (n=127)</b>	105	82,7
$\chi^2 = 2,84$ ; IIs=1; p=0,09		

Nustatyta, kad I respondentų grupėje mokytojų sveikatos klausimų integravimas į savo dėstomo dalyko programą yra reikšmingai susijęs su mokytojų amžiumi, o??? respondentų grupėje – su dėstomu dalyku.

#### 6.3.3.4. Į dalyko programą integruotų sveikatos klausimų paskirtis

Daugiau nei pusė (56,7%) I respondentų grupės mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, teigė, kad sveikatos klausimai aptaria sveikatos rizikos veiksnius, beveik pusė (49,5%) buvo įsitikinę, kad integruoti sveikatos klausimai aptaria ligų prevencijos priemones, o mažiausia mokytojų dalis (31,3%) manė, kad jie praplečia bendrojo lavinimo programos temas bei pagilina bendrojo lavinimo programų turinį (122 lentelė).

**122 lentelė.** Į dalyko programą integruotų sveikatos klausimų funkcijos I grupėje

<b>I grupė (n=319)</b>			
<b>Į dalyko programą integruotų sveikatos klausimų funkcijos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Aptaria sveikatos rizikos veiksnius	181	56,7	51,3; 62,1
Aptaria ligų prevencijos priemones	158	49,5	44,1; 55,0
Akcentuoja problemines sveikatos sritis	145	45,5	40,1; 50,1
Praplečia bendrojo lavinimo programos temas	100	31,3	26,5; 36,6
Pagilina bendrojo lavinimo programų turinį	100	31,3	26,5; 36,6

II respondentų grupėje daugiau nei pusė (58,4%) mokytojų, integravusių sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą, nurodė, kad integruoti sveikatos klausimai aptaria sveikatos rizikos veiksnius, beveik pusė (48,0%) buvo įsitikinę, kad jie pagilina bendrojo lavinimo programos turinį. Mažiausia mokytojų dalis (33,2%) manė, kad klausimai praplečia bendrojo lavinimo programos temas (123 lentelė).

**123 lentelė.** Į dalyko programą integruotų sveikatos klausimų funkcijos II grupėje

<b>II grupė (n=250)</b>			
<b>Į dalyko programą integruotų sveikatos klausimų funkcijos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Aptaria sveikatos rizikos veiksnius	146	58,4	52,2; 64,3
Pagilina bendrojo lavinimo programų turinį	120	48,0	41,9; 54,2
Aptaria ligų prevencijos priemonės	108	43,2	37,2; 49,4
Akcentuoja problemines sveikatos sritis	99	39,6	33,7; 45,8
Praplečia bendrojo lavinimo programos temas	83	33,2	27,7; 39,3

Taigi, daugiausia mokytojų manė, kad į jų dalyko programą integruoti sveikatos klausimai, aptaria sveikatos rizikos veiksnius. Mažiausia didžiųjų miestų mokytojų dalis teigė, kad integruoti sveikatos klausimai praplečia bendrojo lavino programos temas bei pagilina bendrojo lavinimo programos turinį, o didžiųjų miestų mokytojų grupėje mažiausiai mokytojų manė, kad sveikatos klausimai atlieka bendrojo lavinimo programų temų praplėtimo funkciją.

#### **6.3.3.5. Sritys, kurias apima sveikatos ugdymas mokykloje**

Daugiausia (81,5%) mažųjų miestų mokyklų mokytojų teigė, kad sveikatos ugdymas jų mokykloje apima fizinio aktyvumo ir kūno kultūros sritį, 78,0% - , kad sveikatos ugdymas apima patyčių prevenciją, 77,5% – tabako, alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevenciją (124 lentelė). Mažiausiai mokytojų (24,6%), teigė, kad sveikatos ugdymas apima vartojimo kultūros ugdymą.

**124 lentelė.** Labiausiai paplitusios sritys, kurias sveikatos ugdymas apima mokykloje, I grupėje

<b>I grupė (n=395)</b>			
<b>Sritis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Fizinis aktyvumas ir kūno kultūra	322	81,5	77,4; 85,0
Patyčių prevencija	308	78,0	73,6; 81,8
Tabako alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencija	306	77,5	73,1; 81,3
Sveika mityba	299	75,7	71,2; 79,7
Žmogaus sauga	258	65,3	60,5; 69,8
Lytiškumo ugdymas ir rengimas šeimai	203	51,4	46,5; 56,3
Nelaimingų atsitikimų ir traumų prevencija	185	46,8	42,0; 51,8
Protinė sveikata (streso įveikimas, depresija, netektys)	150	38,0	33,3; 42,9
Užkrečiamų ligų prevencija	144	36,5	31,9; 41,3
Vartojimo kultūros ugdymas	97	24,6	20,6; 30,5

Didžiųjų miestų respondentų grupėje labiausiai paplitusi sritis, kuria apima sveikatos ugdymas mokykloje, buvo "tabako alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencija" (šią sritį įvardino net 77,9% pedagogų) (125 lentelė). Panaši dalis mokytojų (77,5%) manė, kas sveikatos ugdymas apima fizinį aktyvumą, kūno kultūrą bei patyčių prevenciją,

75,8% – sveiką mitybą. ). Mažiausiai mokytojų (26,0%), teigė, kad sveikatos ugdymas apima vartojimo kultūros ugdymą bei užkrečiamų ligų prevenciją.

**125 lentelė.** Labiausiai paplitusios sritys, kurias sveikatos ugdymas apima mokykloje II grupėje

<b>I grupė (n=289)</b>			
<b>Sritis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Tabako alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencija	225	77,9	72,7; 82,3
Fizinis aktyvumas ir kūno kultūra	224	77,5	72,4; 82,0
Patyčių prevencija	224	77,5	72,4; 82,0
Sveika mityba	219	75,8	70,5; 80,4
Žmogaus sauga	194	67,1	61,5; 72,3
Nelaimingų atsitikimų ir traumų prevencija	128	44,3	38,7; 50,1
Lytiškumo ugdymas ir rengimas šeimai	101	34,9	29,7; 40,6
Protinė sveikata (streso įveikimas, depresija, netektys)	89	30,8	25,8; 36,3
Užkrečiamų ligų prevencija	75	26,0	21,2; 31,3
Vartojimo kultūros ugdymas	75	26,0	21,2; 31,3

Taigi, labiausiai paplitusios sritys, kurias, mokytojų nuomone, sveikatos ugdymas apima jų mokykloje, II respondentų grupėje buvo tabako alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencija bei fizinis aktyvumas ir kūno kultūra, o I respondentų grupėje – fizinis aktyvumas ir kūno kultūra bei patyčių prevencija. Mažiausia dalis mokytojų abiejose respondentų grupėse teigė, kad sveikatos ugdymas apima užkrečiamų ligų prevenciją ir vartojimo kultūros ugdymą.

#### **6.3.4. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokytojų žinios, susijusios su sveikatos stiprinimu**

##### **6.3.4.1. Mokytojų žinios apie mokyklos statusą**

I tiriamųjų grupėje iš SSM dirbančių mokytojų 79,7% (192) (95% PI 74,1; 84,3)) žinojo, kad mokykla turi minėtą statusą, II grupėje tai žinantys sudarė net 93,2% (151) (95 % PI 88,3; 96,2)) SSM dirbančių mokytojų.

Didžiųjų miestų mokytojų grupėje pedagogai, žinantys, kad mokykla, kurioje jie dirba, yra SSM, tarp vyrų ir moterų pasiskirstė panašiai (126 lentelė). Mažųjų miestų respondentų grupėje žinančių, kad jų mokykla priklauso SSM tinklui, buvo daugiau vyrų (94,4%) negu moterų (93,1%), tačiau šis skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo.

**126 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=241)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	n	%
<b>Vyrai (n=23)</b>	17	73,9
<b>Moterys (n=218)</b>	175	80,3
Fišerio tikslusis testas =0,52; p=0,43		
<b>II grupė (n=162)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	n	%
<b>Vyrai (n=18)</b>	17	94,4
<b>Moterys (n=144)</b>	134	93,1
Fišerio tikslusis testas =0,05; p>0,999		

Abiejose tiriamų grupėse analizuojant mokytojų, žinančių, kad jų mokykla turi SSM statusą, pasiskirstymą atsižvelgiant į amžių, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų (127 lentelė). Stebima tendencija, kad I grupėje tai žinančių mokytojų daugiausia yra tarp jauniausių mokytojų, priklausančių 35 metų ir jaunesnių mokytojų grupei (87,1%), o II grupėje – tarp mokytojų, kurių amžius svyruoja nuo 36 iki 45 metų (95,7%).

**127 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=236)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=31)</b>	27	87,1
<b>36 – 45 m. (n=72)</b>	59	81,9
<b>Vyresni nei 45 m. (n=133)</b>	101	75,9
$\chi^2 = 2,36$ ; lls=2; p=0,31		
<b>II grupė (n=161)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=5)</b>	4	80,0
<b>36 – 45 m. (n=46)</b>	44	95,7
<b>Vyresni nei 45 m. (n=110)</b>	102	92,7
Fišerio tikslusis testas =2,28; p=0,29		

Pastaba: 5 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Kaimo mokyklose dirbančių ir žinančių, kad jų mokykla turi SSM mokyklos statusą, pedagogų (85,3%) buvo daugiau nei tai žinančių ir dirbančių mokyklose, esančiose mieste (77,1%) (128 lentelė).



**128 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą į I grupėje

<b>I grupė (n=241)</b>		
Mokyklos vieta	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=166)</b>	128	77,1
<b>Kaimas (n=75)</b>	63	85,3
$\chi^2 = 2,16$ ; IIs=1; p=0,14		

I respondentų grupėje, mokytojų, žinančių, kad jų mokykla priklauso SSM tinklui, buvo daugiau tarp tikslųjų dalykų mokytojų nei tarp mokytojų, dėstančių humanitarinius dalykus (82,1% ir 75,3% atitinkamai) (129 lentelė). Nustatyta, kad II respondentų grupėje, tai žinančių mokytojų buvo daugiau tarp kitų dalykų mokytojų nei humanitarinius dalykus dėstančių mokytojų (95,0% ir 91,5% atitinkamai), tačiau nei šie nei I grupėje nustatyti skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo.

**129 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=277)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=81)</b>	61	75,3
<b>Tikslieji (n=56)</b>	46	82,1
<b>Kiti (n=90)</b>	72	80,0
$\chi^2 = 1,05$ ; IIs=2; p=0,59		
<b>II grupė (n=160)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=47)</b>	43	91,5
<b>Tikslieji (n=53)</b>	49	92,5
<b>Kiti (n=60)</b>	57	95,0
Fišerio tikslusis testas=0,69; p=0,79		

Pastaba: 14 respondentai I grupėje ir 2 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų grupėse, analizuojant mokytojų, žinančių, kad jų mokykla turi SSM statusą, pasiskirstymą, atsižvelgiant į darbo trukmę mokykloje, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų (130 lentelė). Nustatyta, kad I grupėje tai žinančių mokytojų daugiausia buvo tarp 10 ir mažiau metų mokykloje dirbančių mokytojų (83,7%), o II grupėje – tarp mokytojų, kurie mokykloje dirba nuo 11 iki 20 metų (95,6%).

**130 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=239)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>Žinantys, kad jų mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=43)</b>	36	83,7
<b>11 – 20 m. (n=76)</b>	61	80,3
<b>Daugiau nei 20 m. (n=120)</b>	93	77,5
$\chi^2 = 0,79$ ; lls=2; p=0,67		
<b>II grupė (n=161)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=18)</b>	15	83,3
<b>11 – 20 m. (n=45)</b>	43	95,6
<b>Daugiau nei 20 m. (n=98)</b>	92	93,9
Fišerio tikslusis testas =2,97; p=0,22		

Pastaba: 2 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Apibendrinat galima teigti, kad nagrinėjant mokytojų, žinančių, kad jų mokykla yra SSM, pasiskirstymą įvairiose mokytojų grupėse, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo.

#### 6.3.4.2. Mokytojų žinios, susijusios su sveikata stiprinančios mokyklos samprata

I respondentų grupėje iš mokytojų, kurie dirba SSM, 73,0% (95 % PI 67,1; 78,2) teigė, kad yra susipažinę su SSM samprata. II grupėje su SSM samprata susipažinę respondentai sudarė 83,3% (95 % PI 76,8; 88,3) SSM mokyklose dirbančių mokytojų.

Analizuojant mokytojų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymą atsižvelgiant į lytį, II respondentų grupėje buvo pastebėta, kad moterų, žinančių, kas yra SSM, yra daugiau negu vyrų (atitinkamai 94,4% ir 81,9%) (131 lentelė). II grupėje su SSM samprata susipažinę mokytojai tarp skirtingos lyties atstovų pasiskirstė panašiai.

**131 lentelė.** Mokytojų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=241)</b>		
Lytis	<b>Susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=23)</b>	17	73,9
<b>Moterys (n=218)</b>	159	72,9
$\chi^2 = 0,01$ ; lls=1; p=0,92		
<b>II grupė (n=162)</b>		
Lytis	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=18)</b>	17	81,9
<b>Moterys (n=144)</b>	118	94,4
Fišerio tikslusis testas =1,80; p=0,31		

Mokytojai, teigiantys, kad yra susipažinę su SSM samprata, tarp skirtingo amžiaus pedagogų I respondentų grupėje pasiskirstė panašiai (132 lentelė). II respondentų grupėje su SSM samprata susipažinimų mokytojų, buvo reikšmingai daugiau tarp 36 – 45 metų amžiaus mokytojų nei tarp 35 metų ir jaunesnių (atitinkamai 93,5% ir 60,0% ( $p=0,017$ )).

**132 lentelė.** Mokytojų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=236)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=31)</b>	22	71,0
<b>36 – 45 m. (n=72)</b>	52	72,2
<b>Vyresni nei 45 m. (n=133)</b>	97	72,9
$\chi^2 = 0,05$ ; lls=2; $p=0,98$		
<b>II grupė (n=161)</b>		
Amžiaus grupė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=5)</b>	3	60,0
<b>36 – 45 m. (n=46)</b>	43	93,5
<b>Vyresni nei 45 m. (n=110)</b>	88	80,0
Fišerio tikslusis testas =6,22; $p=0,026$		

Pastaba: 5 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Analizuojant mokytojų, žinančių, kas yra SSM, pasiskirstymą tarp kaime ir mieste dirbančių pedagogų, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (133 lentelė).

**133 lentelė.** Mokytojų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=241)</b>		
Mokyklos vieta	<b>Susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=166)</b>	122	73,5
<b>Kaimas (n=75)</b>	54	72,0
$\chi^2 = 0,06$ ; lls=1; $p=0,81$		

Pedagogai, teigiantys, kad yra susipažinę su SSM samprata, tarp dėstančių humanitarinius, tiksluosius ir kitus dalykus mokytojų I respondentų grupėje pasiskirstė panašiai (134 lentelė). II respondentų grupėje su samprata susipažinimų mokytojų, buvo daugiau tarp tikslųjų dalykų mokytojų nei tarp dėstančių humanitarinius dalykus (atitinkamai 88,7% ir 76,6%), tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo.

**134 lentelė.** Mokytojų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=277)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>Susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=81)</b>	58	71,6
<b>Tikslieji (n=56)</b>	40	71,4
<b>Kiti (n=90)</b>	65	72,2
$\chi^2 = 0,01$ ; lls=2; p=0,99		
<b>II grupė (n=160)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=47)</b>	36	76,6
<b>Tikslieji (n=53)</b>	47	88,7
<b>Kiti (n=60)</b>	50	83,3
$\chi^2 = 2,57$ ; lls=2; p=0,27		

Pastaba: 14 respondentų I grupėje ir 2 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Abiejose tiriamų grupėse analizuojant mokytojų, žinančių, kas yra SSM, pasiskirstymą atsižvelgiant į darbo trukmę, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų (135 lentelė). Stebima, kad I grupėje tai žinančių mokytojų daugiausia yra tarp mokykloje dirbančių nuo 11 iki 20 metų (76,3%), o II grupėje – tarp dirbančių 10 ir mažiau metų (88,9%).

**135 lentelė.** Mokytojų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=239)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>Susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=43)</b>	30	69,8
<b>11 – 20 m. (n=76)</b>	58	76,3
<b>Daugiau nei 20 m. (n=120)</b>	86	71,7
$\chi^2 = 0,75$ ; lls=2; p=0,69		
<b>II grupė (n=161)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=18)</b>	16	88,9
<b>11 – 20 m. (n=45)</b>	38	84,4
<b>Daugiau nei 20 m. (n=98)</b>	80	81,6
Fišerio tikslusis testas =0,46; p=0,86		

Pastaba: 2 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Nustatyta, kad II respondentų grupėje mokytojų susipažinimas su SSM samprata yra reikšmingai susijęs su mokytojų amžiumi. Kiti veiksniai (lytis, darbo trukmė, mokyklos vieta bei dėstomas dalykas) nei su mokytojų susipažinimu su SSM samprata reikšmingai susiję nebuvo.

### 6.3.4.3. Mokytojų žinios dėl sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės buvimo

72,6% (175) (95% PI: 66,7; 77,9)) I respondentų grupės SSM dirbančių mokytojų žinojo, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė. II grupėje tai žinantys mokytojai sudarė 80,9% (131) (95% PI: 74,1; 86,2) pedagogų, dirbančių mokyklose, priklausančiose SSM tinklui.

Nustatyta, kad I grupėje mokytojų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, yra daugiau tarp moterų nei tarp vyrų (atitinkamai 73,4% ir 65,2%), tačiau šis skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo (136 lentelė). II respondentų grupėje taip pat tai žinančių buvo daugiau tarp vyrų nei tarp moterų.

**136 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=241)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSSVOG</b>	
	n	%
<b>Vyrai (n=23)</b>	15	65,2
<b>Moterys (n=218)</b>	160	73,4
$\chi^2 = 0,70$ ; IIs=1; p=0,40		
<b>II grupė (n=162)</b>		
Lytis	n	%
<b>Vyrai (n=18)</b>	14	77,8
<b>Moterys (n=144)</b>	117	81,3
Fišerio tikslusis testas =0,13; p=0,75		

Didžiųjų miestų grupėje nustatyta, kad vyresnių nei 45 metų amžiaus mokytojų, žinančių, kad mokykloje, yra sveiktos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė (83,6%), yra daugiau nei tai žinančių 35 metų amžiaus ir jaunesnių mokytojų (20% (p<0,0001)) (137 lentelė). Mažųjų miestų respondentų grupėje tai žinantys mokytojai tarp skirtingo amžiaus pedagogų pasiskirstė panašiai.

**137 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=236)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=31)</b>	25	80,6
<b>36 – 45 m. (n=72)</b>	53	73,6
<b>Vyresni nei 45 m. (n=133)</b>	92	69,2
$\chi^2 = 1,77$ ; lls=2; p=0,42		
<b>II grupė (n=161)</b>		
Amžiaus grupė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=5)</b>	1	20,0
<b>36 – 45 m. (n=46)</b>	37	80,4
<b>Vyresni nei 45 m. (n=110)</b>	92	83,6
Fišerio tikslusis testas=9,33; p=0,007		

Pastaba: 5 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Mokytojai, žinantys, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, tarp mieste ir kaime dirbančių mokytojų pasiskirstė panašiai (138 lentelė).

**138 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=241)</b>		
Mokyklos vieta	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=166)</b>	121	72,9
<b>Kaimas (n=75)</b>	54	72,0
$\chi^2 = 0,02$ ; lls=1; p=0,89		

Reikšmingų skirtumų nustatyta nagrinėjant abiejų grupių mokytojų, žinančių, kad mokykloje yra minėta grupė, pasiskirstymą atsižvelgiant į dėstomą dalyką (139 lentelė).

**139 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=277)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=81)</b>	57	70,4
<b>Tikslieji (n=56)</b>	40	71,4
<b>Kiti (n=90)</b>	65	72,2
$\chi^2 = 0,07$ ; lls=2; p=0,97		
<b>II grupė (n=160)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=47)</b>	37	78,7
<b>Tikslieji (n=53)</b>	43	81,1
<b>Kiti (n=60)</b>	49	81,7
$\chi^2 = 0,16$ ; lls=2; p=0,94		

Pastaba: 14 respondentų I grupėje ir 2 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

II respondentų grupėje nustatyta, kad 11–20 metų mokykloje dirbančių ir žinančių, kad mokykloje, yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, mokytojų (86,7%) yra daugiau nei tai žinančių mokykloje 10 ir mažiau metų dirbančių pedagogų (50,0% ( $p=0,005$ )) (140 lentelė). I respondentų grupėje tai žinantys mokytojai tarp skirtingą laiką dirbančių pedagogų pasiskirstė panašiai.

**140 lentelė.** Mokytojų, žinančių, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=239)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=43)</b>	31	72,1
<b>11 – 20 m. (n=76)</b>	57	75,0
<b>Daugiau nei 20 m. (n=120)</b>	85	70,8
$\chi^2=0,41$ ; lls=2; $p=0,82$		
<b>II grupė (n=161)</b>		
10 metų ir mažiau (n=18)	<b>n</b>	<b>%</b>
	9	50,0
<b>11 –20 m. (n=45)</b>	39	86,7
<b>Daugiau nei 20 m. (n=98)</b>	82	83,7
Fišerio tikslusis testas=10,33; $p=0,005$		

Pastaba: 2 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Nagrinėjant mokytojų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymą tarp įvairių grupių mokytojų tik didžiųjų miestų respondentų grupėje buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai. Žinojimas buvo reikšmingai susijęs su darbo trukme mokykloje bei su amžiumi.

### **6.3.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokytojų įtraukimas į veiklos organizavimą**

#### **6.3.5.1. Mokytojų žinios apie mokytojų dalyvavimą sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje**

Nustatyta, kad didžioji dalis (92,6% (162) (95% PI: 87,7; 95,6)) mokytojų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, žinojo, kad šioje grupėje yra mokytojų. II respondentų grupėje tai žinančių mokytojų dalis sudarė 93,1% (131) (95% PI: 87,5; 96,3) mokytojų, dirbančių SSM ir žinančių, kad šiose mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė.

Nustatyta, kad moterų, teigiančių, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų (I gr. – 93,1%, II gr. – 93,2%), yra daugiau nei tai teigiančių vyrų (I gr. – 86,7%, II gr. – 92,9%), (141 lentelė).

**141 lentelė.** Mokytojų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=175)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokytojų</b>	
	n	%
<b>Vyrai (n=15)</b>	13	86,7
<b>Moterys (n=160)</b>	149	93,1
Fišerio tikslusis testas=0,83; p=0,31		
<b>II grupė (n=131)</b>		
	n	%
<b>Vyrai (n=14)</b>	13	92,9
<b>Moterys (n=177)</b>	109	93,2
Fišerio tikslusis testas=0,002; p>0,999		

Tiek didžiųjų, tiek mažųjų miestų grupėse mokytojai, žinantys kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės sudėtyje yra mokytojų, tarp skirtingo amžiaus pedagogų pasiskirstė panašiai, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (142 lentelė).

**142 lentelė.** Mokytojų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=170)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokytojų</b>	
	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=25)</b>	22	88,0
<b>36 – 45 m. (n=53)</b>	51	96,2
<b>Vyresni nei 45 m. (n=92)</b>	84	91,3
Fišerio tikslusis testas=2,084; p=0,372		
<b>II grupė (n=130)</b>		
	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=1)</b>	1	100,0
<b>36 – 45 m. (n=35)</b>	94,6	94,6
<b>Vyresni nei 45 m. (n=86)</b>	93,6	93,5
Fišerio tikslusis testas=1,222; p>0,099		

Pastaba: 5 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius

Žinančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės sudėtyje yra mokytojų, miesto mokyklose dirbančių pedagogų (95,0%), yra daugiau nei dirbančių mokyklose, esančiose kaime (87,0%) (143 lentelė).

**143 lentelė.** Mokytojų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=175)</b>		
Mokyklos vieta	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokytojų</b>	
	n	%
<b>Miestas (n=121)</b>	115	95,0
<b>Kaimas (n=54)</b>	74	87,0
Fišerio tikslusis testas =3,48; p=0,11		



Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta nagrinėjant I ir II grupės mokytojų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų, pasiskirstymą atsižvelgiant į dėstomą dalyką (144 lentelė).

**144 lentelė.** Mokytojų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=162)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokytojų</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=57)</b>	52	91,2
<b>Tikslieji (n=40)</b>	36	90,0
<b>Kiti (n=65)</b>	61	93,8
Fišerio tikslusis testas=0,71; p=0,76		
<b>II grupė (n=129)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=77)</b>	35	94,6
<b>Tikslieji (n=43)</b>	41	95,3
<b>Kiti (n=49)</b>	44	89,8
Fišerio tikslusis testas=1,16; p=0,68		

Pastaba: 7,4% (13) respondentų I grupėje ir 1,5% (2) II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Abiejose tiriamųjų grupėse analizuojant mokytojų, žinančių, kad sveikatos stiprinimą organizuojančioje grupėje yra pedagogų, pasiskirstymą atsižvelgiant į darbo trukmę, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų (145 lentelė). Nustatyta, kad I grupėje tai žinančių mokytojų daugiausia yra tarp mokykloje dirbančių nuo 11 iki 20 metų (96,5%), o II grupėje – tarp dirbančių mokykloje daugiau nei 20 metų (93,9%).

**145 lentelė.** Mokytojų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=173)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra mokytojų</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=31)</b>	29	93,5
<b>11 – 20 m. (n=57)</b>	55	96,5
<b>Daugiau nei 20 m. (n=85)</b>	76	89,4
Fišerio tikslusis testas =2,52; p=0,32		
<b>II grupė (n=130)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=9)</b>	8	88,9
<b>11 –20 m. (n=39)</b>	36	92,3
<b>Daugiau nei 20 m. (n=82)</b>	77	93,9
Fišerio tikslusis testas =0,98; p=0,62		

Pastaba: 2 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Apibendrinant galima teigti, kad mokytojų, dirbančių mokyklose priklausančios SSM tinklui, žinios, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra mokytojų, nebuvo reikšmingai susijos nei su vienu tirtu veiksmu.

### 6.3.5.2. Pasiūlymų teikimas sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei

Analizuojant I respondentų grupės atsakymus, buvo nustatyta, kad didžioji dalis (81,1% (142) (95% PI: 74,7; 86,3)) mokytojų, žinančių kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, teikia pasiūlymus šiai grupei. II tiriamųjų grupėje iš žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, 86,3% (113) (95% PI: 79,3; 91,1) teikia pasiūlyms minėtai grupei.

Abiejų grupių respondentų atsakymų rezultatai parodė, kad vyrų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą koordinuojančiai grupei (I gr. – 93,3%, II gr. – 100%), yra daugiau negu tai darančių moterų (I gr. – 80,0%, II gr. – 84,6%), tačiau nustatyta skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo (146 lentelė).

**146 lentelė.** Mokytojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=175)</b>		
Lytis	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	n	%
<b>Vyrai (n=15)</b>	14	93,3
<b>Moterys (n=160)</b>	128	80,0
Fišerio tikslusis testas =1,59; p=0,31		
<b>II grupė (n=131)</b>		
	n	%
<b>Vyrai (n=14)</b>	14	100,0
<b>Moterys (n=117)</b>	99	84,6
Fišerio tikslusis testas =2,50; p=0,22		

Mokytojai, teikiantys pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, tarp skirtingo amžiaus pedagogų abiejose respondentų grupėse pasiskirstė panašiai, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (147 lentelė).

**147 lentelė.** Mokytojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=170)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=25)</b>	17	68,0
<b>36 – 45 m. (n=53)</b>	46	86,8
<b>Vyresni nei 45 m. (n=92)</b>	75	81,5
Fišerio tikslusis testas=3,774; p=0,142		
<b>II grupė (n=130)</b>		
Amžiaus grupė	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=1)</b>	1	100,0
<b>36 – 45 m. (n=37)</b>	33	89,2
<b>Vyresni nei 45 m. (n=92)</b>	78	84,8
Fišerio tikslusis testas 0,944; p=0,645		

Pastaba: 5 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Miesto mokyklose dirbančių ir teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei pedagogų (84,3%) buvo daugiau nei pasiūlymus grupei teikiančių dirbančių mokyklose, esančiose kaime (74,1%) (148 lentelė).

**148 lentelė.** Mokytojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į mokyklos vietą I grupėje

<b>I grupė (n=175)</b>		
Mokyklos vieta	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=121)</b>	102	84,3
<b>Kaimas (n=54)</b>	40	74,1
$\chi^2=2,55$ ; lls=1; p=0,14		

Nustatyta, kad I grupėje pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei teikiančių kitų dalykų mokytojų (87,7%), yra reikšmingai daugiau nei pasiūlymus teikiančių mokytojų, kurie dėsto humanitarinius dalykus (70,2% (p=0,017)) (149 lentelė). II grupėje taip pat buvo nustatyti reikšmingi skirtumai: teikiančių pasiūlymus mokytojų buvo daugiau tarp kitų dalykų mokytojų nei tarp humanitarinius dalykus dėstančių pedagogų (atitinkamai 80,0% ir 4,6% (p=0,012)).

**149 lentelė.** Mokytojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į dėstomą dalyką I ir II grupėse

<b>I grupė (n=162)</b>		
Dėstomas dalykas	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=57)</b>	40	70,2
<b>Tikslieji (n=40)</b>	33	82,5
<b>Kiti (n=65)</b>	57	87,7
$\chi^2 = 6,05$ ; IIs=2; p=0,049		
<b>II grupė (n=129)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Humanitariniai (n=37)</b>	29	78,4
<b>Tikslieji (n=43)</b>	35	81,4
<b>Kiti (n=49)</b>	47	95,9
$\chi^2 = 6,56$ ; IIs=2; p=0,038		

Pastaba: 13 respondentų I grupėje ir 2 respondentai II grupėje neatsakė, kokį dalyką jie dėsto.

Analizuojant mokytojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymą tarp skirtingą trukmę dirbančių mokytojų, reikšmingų skirtumą nenustatyta (150 lentelė). Tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų mokytojų grupėse teikiančių pasiūlymus minėtai grupei pedagogų daugiausia buvo tarp mokytojų, dirbančių mokykloje nuo 11 iki 20 metų (I gr. – 86,0%, II gr. – 89,7%).

**150 lentelė.** Mokytojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į darbo trukmę I ir II grupėse

<b>I grupė (n=173)</b>		
Darbo trukmės grupė	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=31)</b>	23	74,2
<b>11 – 20 m. (n=57)</b>	49	86,0
<b>Daugiau nei 20 m. (n=85)</b>	68	80,0
$\chi^2 = 1,90$ ; IIs=2; p=0,39		
<b>II grupė (n=130)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>10 metų ir mažiau (n=9)</b>	8	88,9
<b>11 – 20 m. (n=39)</b>	35	89,7
<b>Daugiau nei 20 m. (n=82)</b>	69	84,1
Fišerio tikslusis testas=0,66; p=0,28		

Pastaba: 2 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, kiek metų jis dirba.

Taigi, buvo nustatyta, kad mokytojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, buvo reikšmingai daugiau tarp kitų dalykų mokytojų nei tarp mokytojų, dėstančių humanitarinius dalykus. Kiti veiksniai nebuvo reikšmingai susiję su pasiūlymu teikimu grupei.

#### 6.4. Tėvų dalyvavimas mokinių sveikatą stiprinančiame procese

##### 6.4.1. Tėvų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje bei savo dalyvavimo vertinimas

###### 6.4.1.1. Tėvų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje

Nustatyta, kad sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje dalyvauja 35,2% (95 % PI: 31,7; 39,0) mažųjų miestų tėvų. Didžiųjų miestų grupėje 120 tėvų teigė dalyvaujantys minėtoje veikloje, jie sudarė beveik ketvirtadalį (24,1% (95 % PI: 20,6; 28,1)) visų II respondentų grupės tėvų.

Nagrinėjant tėvų dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje lemiančius veiksnius mažųjų miestų respondentų grupėje, buvo nustatyta, kad kaime gyvenančių tėvų šansas dalyvauti minėtoje veikloje yra 1,66 karto reikšmingai didesnis nei mieste gyvenančių tėvų šansas (151 lentelė). Taip pat nustatyta, kad vyresnių nei 45 metų amžiau tėvų, palyginus su vidutinio amžiaus tėvais, priklausančių 36 – 45 metų amžiaus grupei, dalyvavo sveikatos stiprinimo veikloje šansas yra 1,46 karto didesnis. Nustatyta, kad šansą dalyvauti šioje veikloje padidina vyriška lytis, vaiko mokyklos priklausymas SSM tinklui, tačiau tai nebuvo statistiškai reikšminga.

**151 lentelė.** Tėvų dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje lemiantys veiksniai I grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠS (bendras)</b>	<b>ŠS (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b>				
Moterys	1,00			
Vyrai	1,46	1,42	0,91; 2,24	0,12
<b>Amžiaus grupė</b>				
36 – 45 m.	1,00			
35 m. ir jaunesni	1,08	1,14	0,66; 1,97	0,62
Vyresni nei 45 m.	1,49	1,46	1,01; 2,10	0,042
<b>Gyvenamoji vieta</b>				
Miestas	1,00			
Kaimas	1,54	1,66	1,18; 2,31	0,003
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b>				
Nepriklauso	1,00			
Priklauso	1,17	1,27	0,91; 1,77	0,30

N=639. Modelio tikėtimumo santykio Chi kvadratas 16,16; llsk. 5; p= 0,0064; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 5,26; lls 7; p=0,6281; R<sup>2</sup> 0,024; modelis teisingai klasifikuoja 64,63% imties respondentų; jautrumas 4,02%; specifiškumas 97,35%; plotas po ROC kreive – 0,60.

Nagrinėjant II respondentų grupės atsakymus, taip pat buvo nustatyta, kad kaimo gyventojų sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje dalyvauja 2,16 karto daugiau nei mieste

gyvenantys tėvai (152 lentelė). Didžiųjų miestų grupėje, skirtingai nei mažųjų miestų, buvo nustatyta, kad tėvai, kurių vaikai mokosi SSM, turi 2,05 karto didesnę šansą dalyvauti šioje veikloje nei tėvai, kurių vaikai lanko įprastas mokyklas.

**152 lentelė.** Tėvų dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje lemiantys veiksniai II grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠS (bendras)</b>	<b>ŠS (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b>				
Moterys	1,00			
Vyrai	1,05	1,01	0,58; 1,72	0,99
<b>Amžiaus grupė</b>				
36 – 45 m.	1,00			
35 m. ir jaunesni	1,42	1,42	0,60; 3,39	0,43
Vyresni nei 45 m.	2,39	2,27	0,92; 5,63	0,08
<b>Gyvenamoji vieta</b>				
Miestas	1,00			
Kaimas	2,08	2,16	1,17; 4,01	0,014
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b>				
Nepriklauso	1,00			
Priklauso	1,91	2,05	1,29; 3,24	0,002

N=486. Modelio tikėtimumo santykio Chi kvadratas 21,22; IIsk. 5; p= 0,0007; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 5,26; IIs 5; p=0,8077; R<sup>2</sup> 0,043; modelis teisingai klasifikuoja 77,9% imties respondentų; jautrumas 1,68%; specifiškumas 98,64%; plotas po ROC kreive – 0,63.

Taigi, abiejose respondentų grupėse šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje didino gyvenimas kaimas, vaiko mokyklos priklausymas SSM tinklui, o I respondentų grupėje dar ir vyresnis amžius.

#### **6.4.1.2. Tėvų dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai**

I respondentų grupėje du trečdaliai (64,8%) sveikatos stiprinimo procese dalyvaujančių tėvų nurodė, kad jie buvo renginių dalyviai, trečdalis (31,7%) teigė, kad jie padėjo organizuoti renginius, o ketvirtadalis (24,3%) siūlė sveikatos stiprinimo temas ir renginius (153 lentelė). Mažiausiai (13,5%) I grupės vaikų sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių tėvų nurodė organizavę materialinę pagalbą.

**153 lentelė.** Labiausiai paplitę tėvų dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai I grupėje

<b>I grupė (n=230)</b>			
<b>Dalyvavimo būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Dalyvavo renginiuose	149	64,8	58,4; 70,7
Padėjo organizuoti renginius	73	31,7	26,1; 38,0
Siūlė sveikatos stiprinimo temas ir renginius	56	24,3	19,3; 30,3
Siūlė sveikatos stiprinimo priemones	42	18,3	13,8; 23,8
Organizavo materialinę paramą	31	13,5	9,7;18,5

II respondentų grupėje, kaip ir I grupėje, daugiausia buvo tėvų, dalyvavusių renginiuose (73,3%), taip pat padėjusių organizuoti renginius (39,2%) (154 lentelė) Tarp II grupės tėvų sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių tėvų net 26,7% organizavo materialinę pagalbą. Mažiausiai II grupėje buvo tėvų, kurie siūlė sveikatos stiprinimo priemones (15,8%).

**154 lentelė.** Labiausiai paplitę tėvų dalyvavimo sveikatos stiprinimo procese būdai II grupėje

<b>II grupė (n=120)</b>			
<b>Dalyvavimo būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Dalyvavo renginiuose	88	73,3	64,8; 80,4
Padėjo organizuoti renginius	47	39,2	30,9; 48,1
Organizavo materialinę paramą	32	26,7	19,6;35,2
Siūlė sveikatos stiprinimo temas ir renginius	21	17,5	11,7; 25,3
Siūlė sveikatos stiprinimo priemones	19	15,8	10,4; 23,4

Abiejose respondentų grupėse daugiausia sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių tėvų dalyvavo renginiuose bei padėjo juos organizuoti. Didžiųjų miestų grupėje mažiausia dalis tėvų siūlė sveikatos stiprinimo priemones, o mažųjų miestų grupėje – materialinės paramos organizavimą, kaip dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje būdą, pasirinko mažiausiai tėvų.

#### **6.4.1.3. Tėvų subjektyvus savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas**

56,1% (95% PI: 49,6; 62,4) I grupės respondentų, dalyvaujančių sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje, savo dalyvavimą įvertino kaip gerą arba labai gerą. 36,5% (95% PI: 30,6; 42,9) manė, kad jų dalyvavimas yra vidutiniškas. Likusieji mažųjų miestų tėvai (7,4% (95% PI: 4,7; 11,5)) teigė, kad jų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje yra blogas arba labai blogas. Beveik pusė (46,7% (95% PI: 38,0; 55,6)) didžiųjų miestų grupės tėvų savo dalyvavimą įvertino gerai arba labai gerai, 32,5% (95% PI: 24,8; 41,3) – vidutiniškai, o likusieji 20,8% (95% PI: 14,5 29,0) II grupės respondentų savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje įvertino blogai arba labai blogai.

Mažųjų miestų grupėje tėvų, įvardijusių savo dalyvavimą kaip gerą arba labai gerą, tarp moterų buvo daugiau nei tarp vyrų (58,1% ir 47,7% atitinkamai) (155 lentelė). Didžiųjų miestų mokytojų grupėje gerai ir labai gerai įvertinę savo dalyvavimą pasiskirstė atvirksčiai negu

mažųjų miestų grupėje – jų daugiau buvo tarp vyrų negu tarp moterų (47,8% ir 46,4% atitinkamai), tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo.

**155 lentelė.** Tėvų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=230)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Lytis	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=44)</b>	5	11,4	18	40,9	21	47,7
<b>Moterys (n=186)</b>	12	6,5	66	35,5	108	58,1
Fišerio tikslusis testas=2,33; p=0,29						
<b>II grupė (n=120)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Vyrai (n=23)</b>	3	13,0	9	39,1	11	47,8
<b>Moterys (n=97)</b>	22	22,7	30	30,9	45	46,4
Fišerio tikslusis testas=1,16; p=0,570						

Didžiųjų ir mažųjų miestų tėvai, įvertinę savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje gerai arba labai gerai, tarp skirtingų amžiaus grupių tėvų pasiskirstė panašiai (156 lentelė). I respondentų grupėje įvertinusių savo dalyvavimą gerai arba labai gerai daugiausia buvo tarp 35 metų amžiaus ir jaunesnių tėvų (62,5%), o II respondentų grupėje tarp vyresnių nei 45 metų amžiaus tėvų (54,5%).

**156 lentelė.** Tėvų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=224)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Amžiaus grupė	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=24)</b>	0	0,0	9	37,5	15	62,5
<b>36 – 45 m. (n=121)</b>	10	8,3	39	32,2	72	59,5
<b>Vyresni nei 45 m. (n=79)</b>	7	8,9	34	43,0	38	48,1
Fišerio tikslusis testas =4,69; p=0,31						
<b>II grupė (n=119)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=7)</b>	3	42,9	2	28,6	2	28,6
<b>36 – 45 m. (n=68)</b>	13	19,1	25	36,8	30	44,1
<b>Vyresni nei 45 m. (n=44)</b>	9	20,5	11	25,0	24	54,5
Fišerio tikslusis testas =3,98; p=0,41						

Pastaba: 6 respondentų I grupėje ir I respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Nustatyta, kad didžiųjų miestų grupėje kaimo gyventojų, manančių, kad jų dalyvavimas sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje yra blogas (40,0%), yra reikšmingai daugiau nei taip



manančių mieste gyvenančių tėvų (17,0%) (157 lentelė). Mažųjų miestų grupėje subjektyviai savo dalyvavimą minėtoje veikloje įvertinę tėvai pasiskirstė panašiai (157 lentelė).

**157 lentelė.** Tėvų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=230)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Gyvenamoji vieta	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=101)</b>	7	6,9	38	37,6	56	55,4
<b>Kaimas (n=129)</b>	10	7,8	46	35,7	73	56,6
$\chi^2=0,13$ ; IIs=2; p=0,94						
<b>II grupė (n=120)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Miestas (n=100)</b>	17	17,0	36	36,0	47	47,0
<b>Kaimas (n=20)</b>	8	40,0	3	15,0	9	45,0
Fišerio tikslusis testas =6,10; p=0,046						

Gerai ir labai gerai įvertinusių savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje tėvų I respondentų grupėje buvo reikšmingai daugiau tarp profesinį arba aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių tėvų nei tarp tėvų, turinčių aukštąjį išsilavinimą (atitinkamai 68,3% ir 46,0% (p=0,019)) (158 lentelė). II respondentų grupėje taip pat gerai ir labai gerai įvertinusių savo dalyvavimą tėvų yra reikšmingai daugiau tarp profesinį arba aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių nei tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą (atitinkamai 65,6% ir 35,1% (p=0,006))

**158 lentelė.** Tėvų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į išsilavinimą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=224)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Išsilavinimas	Labai blogai/blogai		Vidutiniškai		Gerai/ labai gerai	
	n	%	n	%	n	%
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=114)</b>	11	9,6	40	35,1	63	55,3
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=60)</b>	2	3,3	17	28,3	41	68,3
<b>Aukštasis (n=50)</b>	4	8,0	23	46,0	23	46,0
Fišerio tikslusis testas =6,81; p=0,15						
<b>II grupė (n=120)</b>						
	n	%	n	%	n	%
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=31)</b>	5	16,1	11	35,5	15	48,4
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=32)</b>	7	21,9	4	12,5	21	65,6
<b>Aukštasis (n=57)</b>	13	22,8	24	42,1	20	35,1
$\chi^2=10,22$ ; IIs=4; p=0,037						

Pastaba: 6 respondentai I grupėje neatsakė, koks yra jų išsilavinimas.

Mažųjų miestų grupėje tėvų, įvertinusių savo dalyvavimą blogai arba labai blogai, buvo reikšmingai daugiau tarp tėvų, kurių vaikai moksi SSM, nei tarp kitose mokyklose besimokančių tėvų vaikų (atitinkamai 10,9% ir 3,0% ( $p=0,023$ )) (159 lentelė). Didžiųjų miestų grupėje taip pat nustatyti reikšmingi skirtumai: manančių, kad jų dalyvavimas yra blogas arba labai blogas buvo daugiau tarp mokyklose, nepriklausančiose SSM tinklui, besimokančių vaikų tėvų nei tarp tėvų, kurių vaikai lanko SSM (atitinkamai 35,3% ir 15,1% ( $p=0,014$ )).

**159 lentelė.** Tėvų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo veikloje vertinimas atsižvelgiant į vaiko mokyklos priklausymą SSM tinklui I ir II grupėse

<b>I grupė (n=230)</b>						
<b>Savo dalyvavimo vertinimas</b>						
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Labai blogai/blogai</b>		<b>Vidutiniškai</b>		<b>Gerai/ labai gerai</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=129)</b>	14	10,9	42	32,6	73	56,6
<b>Nepriklauso (n=101)</b>	3	3,0	42	41,6	56	55,4
$\chi^2=6,04$ ; lls=2; $p=0,049$						
<b>II grupė (n=120)</b>						
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>Priklauso (n=86)</b>	13	15,1	30	34,9	43
<b>Nepriklauso (n=34)</b>	12	35,3	9	26,5	13	38,2
$\chi^2=6,02$ ; lls=2; $p=0,049$						

Apibendrinus tėvų savo dalyvavimo sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje vertinimą, matoma, kad abiejose respondentų grupėse savo dalyvavimo vertinimas yra statistiškai reikšmingai susijęs su vaiko mokyklos priklausymu SSM tinklui. Didžiųjų miestų respondentų grupėje savo dalyvavimo vertinimas taip pat reikšmingai buvo susijęs su tėvų išsilavinimu ir gyvenamąja vieta.

#### **6.4.2. Tėvų domėjimasis sveikatos stiprinimo veikla**

Nustatyta, kad net 78,7% (514) (95% PI: 75,4; 81,7) mažųjų miestų grupės tėvų teigia, kad jiems būtų įdomi informacija apie sveikatos stiprinimo veiklą, vykstančią vaiko mokykloje. II respondentų grupėje tėvai, kuriems būtų įdomu sužinoti apie minėtą veiklą, sudarė 77,7% (386) (95% PI: 73,8; 81,1) didžiųjų miestų tėvų.

Analizuojant tėvų domėjimosi sveikatos stiprinimo veikla determinantus, nustatyta, kad tik lytis turėjo reikšmingos įtakos: statistiškai reikšmingai moteriška lytis 120% padidina domėjimosi sveikatos stiprinimo veikla, vykstančia vaiko mokykloje, šansą (156 lentelė).

**156 lentelė.** Veiksniai, turintys įtakos tėvų domėjimuisi sveikatos stiprinimo veikla, I respondentų grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠS (bendras)</b>	<b>ŠS (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b> Vyras Moteris	1,00 2,20	2,20	1,36; 3,55	0,001
<b>Amžiaus grupė</b> 36 – 45 m. 35 m. ir jaunesni Vyresni nei 45 m.	1,00 1,50 1,31	1,46 1,40	0,75; 2,86 0,90; 2,19	0,27 0,13
<b>Gyvenamoji vieta</b> Miestas Kaimas	1,00 1,13	1,08	0,73; 1,59	0,71
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b> Nepriklauso Priklauso	1,00 1,17	1,18	0,76; 1,65	0,57

N=639. Modelio tikėtinumo santykio Chi kvadratas 13,16; IIsk. 5; p= 0,0219; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 3,96; IIs 7; p=0,7845; R<sup>2</sup> 0,023; modelis teisingai klasifikuoja 78,72% imties respondentų; jautrumas 100,0%; specifiškumas 0,00%; plotas po ROC kreive – 0,59.

II respondentų grupėje, kaip ir I, nustatyta, kad moterų šansas domėtis sveikatos stiprinimo veikla yra beveik 2 didesnis nei vyrų (157 lentelė). Taip pat nustatyta, kad vaiko mokymasis SSM, palyginti su jo mokymosi mokykloje, kuri nepriklauso SSM tinklui, 2,13 karto padidina domėjimo sveikatos stiprinimo veikla šansą, atsižvelgiant į kitus tirtus veiksnius.

**157 lentelė.** Veiksniai, turintys įtakos tėvų domėjimuisi sveikatos stiprinimo veikla, II respondentų grupėje

<b>Kintamoji</b>	<b>ŠS (bendras)</b>	<b>ŠS (pakoreguotas)</b>	<b>95 % PI</b>	<b>p</b>
<b>Lytis</b> Vyras Moteris	1,00 1,94	1,92	1,15; 3,22	0,012
<b>Amžiaus grupė.</b> 35 m. ir jaunesni 36 – 45 m. Vyresni nei 45 m	1,00 1,17 0,98	1,27 1,12	0,59; 2,76 0,49; 2,58	0,54 0,79
<b>Gyvenamoji vieta</b> Kaimas Miestas	1,00 1,59	1,50	0,78; 2,88	0,22
<b>Mokyklos priklausymas SSM tinklui</b> Nepriklauso Priklauso	1,00 1,71	2,13	1,04; 2,49	0,033

N=486. Modelio tikėtinumo santykio Chi kvadratas 13,96; IIsk. 5; p= 0,0161; Hosmer ir Lemeshow testo Chi kvadratas 5,98; IIs 6; p=0,2004; R<sup>2</sup> 0,034; modelis teisingai klasifikuoja

77,78% imties respondentų; jautrumas 100,0%; specifiškumas 0,00%; plotas po ROC kreive – 0,59.

Abiejose respondentų grupėse moterys turėjo didesnę šansą domėtis mokykloje vykdoma sveikatos stiprinimo veikla. II respondentų grupėje vaiko mokyklos priklausymas SSM tinklui taip reikšmingai didino domėjimo sveikatos stiprinimo veikla šansą.

### 6.4.3. Tėvų nuomonės apie sveikatos stiprinimą svarbumas

#### 6.4.3.1. Atsižvelgimas į tėvų nuomonę, priimant sprendimus

I respondentų grupėje 60,2% (95% PI: 56,4; 63,9) tėvų teigė, kad priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į jų nuomonę. II grupėje taip teigusių tėvų dalis buvo mažesnė ir siekė šiek tiek daugiau nei pusę (50,3% (95% PI: 45,9; 54,7)) respondentų.

Tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį abiejose grupėse mažai skyrėsi (158 lentelė). Tačiau nustatyta, kad I grupėje moterų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus (60,7%), buvo daugiau negu vyrų (57,3%). II grupėje pat taip buvo nustatyta, kad tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant su sveikatos stiprinimu susijusius sprendimus, buvo daugiau tarp moterų negu tarp vyrų (50,6% ir 48,9% atitinkamai).

**158 lentelė.** Tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=653)</b>		
Lytis	<b>Tėvai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=103)</b>	59	57,3
<b>Moterys (n=550)</b>	334	60,7
$\chi^2=0,43$ ; IIs=1; p=0,51		
<b>II grupė (n=497)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=92)</b>	45	48,9
<b>Moterys (n=405)</b>	205	50,6
$\chi^2=0,09$ ; IIs=1; p=0,77		

Nei vienoje iš tiriamų grupių, analizuojant tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymą atsižvelgiant į tėvų amžių, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų (159 lentelė). I grupėje tokių tėvų buvo daugiausia tarp jauniausių respondentų (67,6%), o II grupėje tarp vyresnių nei 45 metų amžiaus tėvų (55,1%) (159 lentelė).

**159 lentelė.** Tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=639)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Tėvai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=71)</b>	48	67,6
<b>36 – 45 m. (n=377)</b>	213	56,5
<b>Vyresni nei 45 m. (n=191)</b>	123	64,4
$\chi^2=5,18$ ; lls=1; p=0,08		
<b>II grupė (n=486)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=42)</b>	22	52,4
<b>36 – 45 m. (n=308)</b>	148	48,1
<b>Vyresni nei 45 m. (n=136)</b>	75	55,1
$\chi^2=1,97$ ; lls=1; p=0,37		

Pastaba: 14 respondentų I grupėje ir 11 respondentų II grupėje neatsakė, koks yra jų amžius

I respondentų grupėje tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus, buvo daugiau tarp pagrindinį arba vidurinį išsilavinimą turinčių tėvų (63,3%) nei tarp aukštąjį išsilavinimą įgijusių respondentų (56,3%), tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo (160 lentelė). II tiriamųjų grupėje reikšmingai daugiau tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, buvo nustatyta tarp profesinį arba aukštesnįjį išsilavinimą įgijusių tėvų (56,7%) nei tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių respondentų (44,6%) ( $p=0,028$ )

**160 lentelė.** Tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į išsilavinimą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=638)</b>		
Išsilavinimas	<b>Tėvai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=313)</b>	198	63,3
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=165)</b>	97	58,8
<b>Aukštasis (n=160)</b>	90	56,3
$\chi^2=2,40$ ; lls=2; p=0,30		
<b>II grupė (n=496)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=127)</b>	69	54,3
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=127)</b>	72	56,7
<b>Aukštasis (n=242)</b>	108	44,6
$\chi^2=6,01$ ; lls=2; p=0,049		

Pastaba: 15 respondentų I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jų išsilavinimas.

Nustatyta, kad I grupėje kaimo gyventojų, į kurių nuomonę atsižvelgiama (61,1%), buvo daugiau negu mieste gyvenančių tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu (59,3%). II grupėje, atvirkščiai negu I grupėje, respondentų, į kurių nuomonę atsižvelgiama, buvo nežymiai daugiau tarp miesto gyventojų nei tarp kaime gyvenančių tėvų (50,5% ir 49,1% atitinkamai) (161 lentelė).

**161 lentelė.** Tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=653)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Tėvai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=332)</b>	197	59,3
<b>Kaimas (n=321)</b>	196	61,1
$\chi^2=0,20$ ; IIs=1; p=0,65		
<b>II grupė (n=497)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=444)</b>	224	50,5
<b>Kaimas (n=53)</b>	26	49,1
$\chi^2=0,04$ ; IIs=1; p=0,85		

Tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų respondentų grupėse tarp tėvų, kurių vaikai mokosi mokyklose, neturinčiose SSM statuso, buvo daugiau respondentų, į kurių nuomonę atsižvelgiama mokykloje priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu (atitinkamai I grupėje – 63,2% ir 57,6%, II grupėje – 51,0 ir 49,8%), tačiau šis skirtumas statistiškai nereikšmingas (162 lentelė).

**162 lentelė.** Tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymas atsižvelgiant į vaiko mokyklos statusą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=653)</b>		
Mokyklos priklausymas SSM tinklui	<b>Tėvai, į kurių nuomonę atsižvelgiama</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=349)</b>	201	57,6
<b>Nepriklauso (n=304)</b>	192	63,2
$\chi^2=2,1$ ; IIs=1; p=0,15		
<b>II grupė (n=497)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Priklauso (n=301)</b>	150	49,8
<b>Nepriklauso (n=196)</b>	100	51,0
$\chi^2=0,07$ ; IIs=1; p=0,80		

Taigi, analizuojant tėvų, į kurių nuomonę atsižvelgiama priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu, pasiskirstymą įvairiose tėvų grupėse, statistiškai reikšmingi skirtumai buvo nustatyti tik II respondentų grupėje tarp skirtingą išsilavinimą turinčių tėvų.

### 6.4.3.2. Pagrindiniai būdai, kuriais tėvai išsako nuomonę dėl vaikų sveikatos ugdymo organizavimo mokykloje

Abiejose respondentų grupėse daugiausia tėvų (I grupėje – 53,3%, II grupėje – 48,7%) išsakė savo nuomonę dėl vaikų sveikatos ugdymo organizavimo mokykloje pildydami anketas, taip pat kalbėdami su klasės auklėtoju (I grupėje – 50,4%, II grupėje – 42,9%), o mažiausiai (I grupėje – 8,4%, II grupėje – 3,8%) kalbėdamiesi su mokyklos direktoriumi (163, 164 lentelės).

**163 lentelė.** Pagrindiniai būdai, kuriais tėvai išsako savo nuomonę dėl vaikų sveikatos ugdymo organizavimo mokykloje I grupėje

<b>I grupė (n=653)</b>			
<b>Pagrindiniai būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Anketų pildymas	351	53,8	49,9; 57,5
Kalbėjimas su klasės auklėtoju	329	50,4	46,6; 54,2
Pasisakymai klasės tėvų susirinkime	243	37,2	33,6; 41,0
Kalbėjimas su mokytojais, specialistais	155	23,7	20,6; 27,2
Pasisakymai bendrame mokyklos susirinkime	95	14,5	12,1; 17,5
Kalbėjimas su mokyklos direktoriumi	55	8,4	6,5; 10,8

**164 lentelė.** Pagrindiniai būdai, kuriais tėvai išsako savo nuomonę dėl vaikų sveikatos ugdymo organizavimo mokykloje II grupėje

<b>II grupė (n=497)</b>			
<b>Pagrindiniai būdai</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>95 % PI</b>
Anketų pildymas	242	48,7	44,3; 53,1
Kalbėjimas su klasės auklėtoju	213	42,9	38,6; 47,3
Pasisakymai klasės tėvų susirinkime	199	40,0	35,8; 44,4
Kalbėjimas su mokytojais, specialistais	76	15,3	12,4; 18,7
Pasisakymai bendrame mokyklos susirinkime	48	9,7	7,4; 12,6
Kalbėjimas su mokyklos direktoriumi	19	3,8	2,5; 6,7

Daugiausia tėvų teigė, kad išsakydami savo nuomonę dėl vaikų sveikatos ugdymo organizavimo mokykloje, jie pildo anketas ir kalba su klasės auklėju, o mažiausia dalis tėvų kalbasi su mokyklos direktoriumi.

### 6.4.4. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokinių tėvų žinios, susijusios su sveikatos stiprinimu

#### 6.4.4.1. Tėvų žinios apie mokyklos statusą

I respondentų grupėje iš tėvų, kurių vaikai mokosi SSM, tik 32,1% (95 % PI 27,41; 37,16) žinojo, kad mokykla turi minėtą statusą. II grupėje tai žinantys tėvai sudarė 43,2% (95 % PI 37,71; 48,84).

Mažųjų miestų tėvų grupėje moterų, žinančių, kad jų vaiko mokykla yra SSM (33,2%) buvo daugiau nei tai žinančių vyrų (25,5%) (165 lentelė). Didžiųjų miestų respondentų grupėje

atvirktiniai rezultatai – žinančių, kad jų vaiko mokykla turi SSM statusą buvo daugiau vyrų (54,0%) negu moterų (41,0%).

**165 lentelė.** Tėvų žinančių, kad vaiko mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=349)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad jų vaiko mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=298)</b>	13	25,5
<b>Moterys (n=51)</b>	99	33,2
$\chi^2=1,19$ ; lls=1; p=0,27		
<b>II grupė (n=301)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=50)</b>	27	54,0
<b>Moterys (n=251)</b>	103	41,0
$\chi^2=2,86$ ; lls=1; p=0,09		

Analizuojant tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykla yra SSM, pasiskirstymą atsižvelgiant į amžių, buvo nustatyta, kad statistiškai reikšmingai I grupėje tėvų, teigiančių, kad vaiko mokykla priklauso SSM tinklui, daugiau yra tarp 35 metų amžiaus ir jaunesnių tėvų (37,5%) nei tarp vyresnių nei 45 metų amžiaus tėvų (19,4% (p=0,024)) (166 lentelė). Analizuojant II grupės rezultatus buvo nustatyta, kad mažiausiai tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykla yra SSM, yra tarp respondentų, kurių amžius svyruoja nuo 36 iki 45 metų (41,6%), tačiau tai nebuvo statistiškai reikšminga.

**166 lentelė.** Tėvų žinančių, kad vaiko mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=341)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Žinantys, kad jų vaiko mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=40)</b>	15	37,5
<b>36 – 45 m. (n=256)</b>	72	36,4
<b>Vyresni nei 45 m. (n=103)</b>	20	19,4
$\chi^2=9,83$ ; lls=2; p=0,007		
<b>II grupė (n=295)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=24)</b>	10	41,7
<b>36 – 45 m. (n=185)</b>	77	41,6
<b>Vyresni nei 45 m. (n=86)</b>	42	48,8
$\chi^2=1,29$ ; lls=2; p=0,53		

Pastaba: 8 respondentai I grupėje ir 6 respondentai II grupėje neatsakė, koks yra jų amžius.

Abiejose tiriamų grupėse analizuojant tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykla turi SSM statusą, pasiskirstymą atsižvelgiant į tėvų išsilavinimą, nebuvo nustatyta reikšmingų skirtumų



(167 lentelė). Stebima tendencija, kad I grupėje žinančių tėvų daugiausia yra tarp aukštąjį išsilavinimą įgijusių respondentų (33,7%), o II grupėje – tarp profesinį arba aukštesnįjį išsilavinimą turinčių tėvų

**167 lentelė.** Tėvų žinančių, kad vaiko mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į išsilavinimą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=341)</b>		
Išsilavinimas	<b>Žinantys, kad jų vaiko mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=169)</b>	55	32,5
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=89)</b>	26	29,2
<b>Aukštasis (n=83)</b>	28	33,7
$\chi^2=0,46$ ; lls=1; p=0,80		
<b>II grupė (n=300)</b>		
Išsilavinimas	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=77)</b>	35	45,5
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=78)</b>	39	50,0
<b>Aukštasis (n=145)</b>	56	38,6
$\chi^2=2,86$ ; lls=2; p=0,24		

Pastaba: 8 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo išsilavinimas.

Žinančių, kad vaiko mokykla turi SSM statusą, kaimo gyventojų I respondentų grupėje (33,1%) buvo daugiau nei miestiečių (31,3%) (168 lentelė). II grupėje miestiečių, teigiančių, kad vaikas eina į SSM mokyklą (44,7%) buvo daugiau nei kaimo gyventojų (28,6%).

**168 lentelė.** Tėvų žinančių, kad vaiko mokykla yra SSM, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=349)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Žinantys, kad jų vaiko mokykla yra SSM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=201)</b>	63	31,3
<b>Kaimas (n=148)</b>	49	33,1
$\chi^2=0,12$ ; lls=1; p=0,73		
<b>II grupė (n=301)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=273)</b>	122	44,7
<b>Kaimas (n=28)</b>	8	28,6
$\chi^2=2,69$ ; lls=1; p=0,10		

Analizuojant tėvų žinančių, kad vaiko mokykla turi SSM statusą, pasiskirstymą įvairiose tėvų grupėse, statistiškai reikšmingi skirtumai buvo nustatyti tik mažųjų miestų grupėje – žinančių, kad mokykla turi šį statusą, buvo reikšmingai daugiau tarp jaunesniųjų nei tarp vyresniųjų tėvų.

#### 6.4.4.2. Tėvų žinios, susijusios su sveikata stiprinančios mokyklos samprata

I respondentų grupėje iš tėvų, kurių vaikai mokosi SSM, tik 22,6% (95 % PI 18,56; 27,31) teigė, kad yra susipažinę su SSM samprata. II grupėje su SSM samprata susipažinę respondentai sudarė 23,3% (95 % PI 18,84; 28,35) SSM mokyklose besimokančių vaikų tėvų .

Analizuojant tėvų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymą, atsižvelgiant į lytį, I respondentų grupėje buvo nustatyta, kad tėvų, žinančių, kas yra SSM, yra daugiau tarp moterų negu tarp vyrų (atitinkamai 23,5% ir 17,6%) (169 lentelė). II grupėje taip pat buvo nustatyta tendencija, kad susipažinusių su SSM samprata yra daugiau tarp vyriškosios lyties atstovų (atitinkamai 34,0% ir 21,1%), tačiau, skirtingai nei I grupėje, ji buvo statistiškai reikšminga.

**169 lentelė.** Tėvų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=349)</b>		
Lytis	Susipažinę su SSM samprata	
	n	%
<b>Vyrai (n=51)</b>	9	17,6
<b>Moterys (n=298)</b>	70	23,5
$\chi^2 = 0,85$ ; IIs=1; p=0,36		
<b>II grupė (n=301)</b>		
Lytis	n	%
<b>Vyrai (n=50)</b>	17	34,0
<b>Moterys (n=251)</b>	53	21,1
$\chi^2 = 3,88$ ; IIs=1; p=0,049		

Analizuojant I grupės duomenis, buvo nustatyta, kad 36 – 45 metų amžiaus su SSM samprata susipažinusių tėvų (23,4%) yra daugiau nei vyresnių nei 45 metų amžiaus tėvų (19,4% (p=0,448)) (170 lentelė) II respondentų grupėje žinančių, kas yra SSM, 36 – 45 metų amžiaus respondentų (25,4%) buvo statiškai reikšmingai daugiau nei 35 metų amžiaus ir jaunesnių tėvų (4,2% (p=0,02)).

**170 lentelė.** Tėvų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=341)</b>		
Amžiaus grupė	Susipažinę su SSM samprata	
	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=40)</b>	8	20,0
<b>36 – 45 m. (n=198)</b>	46	23,2
<b>Vyresni nei 45 m. (n=103)</b>	20	19,4
$\chi^2 = 0,66$ ; IIs=2; p=0,72		
<b>II grupė (n=295)</b>		
Amžiaus grupė	n	%
<b>35 m. ir jaunesni (n=24)</b>	1	4,2
<b>36 – 45 m. (n=185)</b>	47	25,4
<b>Vyresni nei 45 m. (n=86)</b>	20	23,3
$\chi^2 = 5,41$ ; IIs=2; p=0,07		

Pastaba: 8 respondentai I grupėje ir 6 respondentai II grupėje neatsakė, koks yra jų amžius.

Vertinant tėvų, susipažinimų su SSM samprata, skirtumus tarp skirtingą išsilavinimą įgijusių respondentų, reikšmingų skirtumų nebuvo nustatyta (171 lentelė). Tačiau buvo nustatyta, su SSM samprata susipažinusių respondentų, I grupėje buvo daugiausia tarp profesinį išsilavinimą turinčių (24,7%), o II grupėje – tarp aukštąjį išsilavinimą turinčių tėvų (24,8%).

**171 lentelė.** Tėvų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į jų išsilavinimą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=341)</b>		
Išsilavinimas	Susipažinę su SSM samprata	
	n	%
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=169)</b>	37	21,9
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=89)</b>	22	24,7
<b>Aukštasis (n=83)</b>	19	22,9
$\chi^2 = 0,26$ ; IIs=2; p=0,88		
<b>II grupė (n=300)</b>		
Išsilavinimas	n	%
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=77)</b>	16	20,8
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=78)</b>	18	23,1
<b>Aukštasis (n=145)</b>	36	24,8
$\chi^2 = 0,47$ ; IIs=2; p=0,79		

Pastaba: 8 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo išsilavinimas.

I ir II grupėje respondentai, teigiantys, kad yra susipažinę su SSM samprata, tarp skirtingose vietose gyvenančių tėvų pasiskirstė panašiai (172 lentelė). Tačiau buvo nustatyta, kad tėvų, žinančių, kas yra SSM, abiejose grupėse yra daugiau tarp miestiečių (I grupėje – 24,9%, II grupėje – 24,2%) nei tarp kaimo gyventojų (I grupėje – 19,6%. II grupėje – 14,3%).

**172 lentelė.** Tėvų, susipažinusių su SSM samprata, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=349)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Susipažinę su SSM samprata</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=201)</b>	50	24,9
<b>Kaimas (n=148)</b>	29	19,6
$\chi^2=0,12$ ; IIs=1; p=0,24		
<b>II grupė (n=301)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=273)</b>	66	24,2
<b>Kaimas (n=28)</b>	4	14,3
$\chi^2=1,39$ ; IIs=1; p=0,24		

Taigi, buvo nustatyta, kad tėvų susipažinimas su SSM samprata I respondentų grupėje yra reikšmingai susijęs su lytimi, amžiumi, o analizuojant II respondentų grupės duomenis, statistiškai reikšmingų tėvų, žinančių, kas yra SSM, pasiskirstymo skirtumų nustatyta nebuvo.

#### 6.4.4.3. Tėvų žinios dėl sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupė buvimo

Tėvai, žinantys, kad jų mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė I respondentų grupėje sudarė 19,2% (95% PI: 7,6; 14,6) tėvų, kurių vaikas mokosi SSM. II grupėje tai žinantys tėvai sudarė 10,6% (95% PI: 15,4; 23,7) SSM besimokančių vaikų tėvų.

Abiejose tiriamųjų grupėse vyrų, žinančių, kad jų vaiko mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė (I grupėje – 19,6%, II grupėje – 16,0%) buvo daugiau negu moterų (I grupėje – 19,1%, II grupėje – 9,6%) (173 lentelė).

**173 lentelė.** Tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė i, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=349)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=51)</b>	10	19,6
<b>Moterys (n=298)</b>	57	19,1
$\chi^2=0,006$ ; IIs=1; p=0,94		
<b>II grupė (n=301)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=50)</b>	8	16,0
<b>Moterys (n=251)</b>	24	9,6
$\chi^2=1,82$ ; IIs=1; p=0,18		

Buvo nustatyta, kad I grupėje tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, daugiau yra tarp tėvų, kurie yra 35 metų amžiaus ir jaunesni, nei tarp 45 metų amžiaus ir vyresnių tėvų (atitinkamai 27,5% ir 16,5%) (p=0,137). II

respondentų grupėje taip pat tarp jauniausių tėvų buvo daugiau žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, nei tarp vyriausių tėvų (atitinkamai 12,5% ir 8,1%) ( $p=0,511$ ) (174 lentelė).

**174 lentelė.** Tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=341)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=40)</b>	11	27,5
<b>36 – 45 m. (n=198)</b>	35	17,7
<b>Vyresni nei 45 m. (n=103)</b>	17	16,5
$\chi^2=2,51$ ; lls=2; $p=0,29$		
<b>II grupė (n=295)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=24)</b>	3	12,5
<b>36 – 45 m. (n=185)</b>	21	11,4
<b>Vyresni nei 45 m. (n=86)</b>	7	8,1
Fišerio tikslusis testas =0,86; $p=0,72$		

Pastaba: 8 respondentai I grupėje ir 6 respondentai II grupėje neatsakė, koks yra jų amžius.

Analizuojant tėvų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymą atsižvelgiant į išsilavinimą, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (175 lentelė). Tarp mažųjų miestų respondentų daugiausia tai žinančių tėvų buvo tarp tiriamųjų, įgijusių aukštąjį išsilavinimą (21,7%), o tarp didžiųjų miestų respondentų – tarp profesinį arba aukštesnįjį išsilavinimą turinčių tėvų (12,8%).

**175 lentelė.** Tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, pasiskirstymas atsižvelgiant į išsilavinimą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=341)</b>		
Išsilavinimas	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=169)</b>	33	19,5
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=89)</b>	13	14,6
<b>Aukštasis (n=83)</b>	18	21,7
$\chi^2=1,54$ ; lls=2; $p=0,46$		
<b>II grupė (n=300)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=77)</b>	7	9,1
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=78)</b>	10	12,8
<b>Aukštasis (n=145)</b>	15	10,3
$\chi^2=0,60$ ; lls=2; $p=0,74$		

Pastaba: 8 respondentai I grupėj ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo išsilavinimas.

Analizuojant I respondentų grupės tiriamųjų atsakymus, buvo nustatyta, kad kaimo gyventojų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti (21,6%) buvo daugiau negu miestiečių (17,4%). Tokia pati tendencija buvo nustatyta ir II respondentų grupėje (176 lentelė).

**176 lentelė.** Tėvų, žinančių, kad jų vaiko mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė i, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=349)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Žinantys, kad mokykloje yra SSSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=201)</b>	35	17,4
<b>Kaimas (n=148)</b>	32	21,6
$\chi^2 = 0,97$ ; IIs=1; p=0,32		
<b>II grupė (n=301)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=273)</b>	28	10,3
<b>Kaimas (n=28)</b>	4	14,3
Fišerio tikslusis testas =0,43; p=0,52		

Apibendrinant galima teigti, kad tėvų, auginančių vaikus, kurių mokykla yra SSM, žinios, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė, nebuvo reikšmingai susijios nei su vienu tirtu veiksnium.

#### **6.4.5. Sveikatą stiprinančių mokyklų mokinių tėvų įtraukimas į sveikatos stiprinimo veiklos organizavimą**

##### **6.4.5.1. Tėvų žinios apie tėvų dalyvavimą sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje**

I respondentų grupėje iš tėvų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą koordinuojanti grupė, 22,4% (95 % PI 14,1; 33,7) žinojo, kad šioje grupėje yra tėvų. II grupėje, tai žinančių tėvų dalis sudarė 25% (95 % PI 13,3; 42,1) iš visų tėvų, teigusių, kad mokykloje yra ši grupė.

I respondentų grupėje moterų, žinančių, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų (17,5%), statistiškai reikšmingai buvo mažiau negu tai žinančių vyrų (50,0%) (177 lentelė). II respondentų grupėje, tai žinančių vyrų (37,5%) buvo daugiau nei moterų (20,8%), tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo.

**177 lentelė.** Tėvų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=67)</b>		
Lytis	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra tėvų</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=10)</b>	5	50,0
<b>Moterys (n=57)</b>	10	17,5
Fišerio tikslusis testas=5,16; p=0,038		
<b>II grupė (n=32)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=8)</b>	3	37,5
<b>Moterys (n=24)</b>	5	20,8
Fišerio tikslusis testas =0,90; p=0,38		

Mažųjų miestų grupėje tėvų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje, buvo daugiau tarp tėvų, kurių amžius svyruoja nuo 36 iki 45 metų, negu tarp 35 metų ir jaunesnių respondentų (25,7% ir 9,1% atitinkamai) (178 lentelė). Tokia pati tėvų pasiskirstymo tendencija nustatyta ir didžiųjų miestų grupėje, tačiau ji, kaip ir tendencija nustatyta mažųjų miestų grupėje, statistiškai reikšminga nebuvo.

**178 lentelė.** Tėvų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėse

<b>I grupė (n=63)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra tėvų</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=11)</b>	1	9,1
<b>36 – 45 m. (n=35)</b>	9	25,7
<b>Vyresni nei 45 m. (n=17)</b>	3	17,6
$\chi^2 = 1,27$ ; lls=2; p=0,59		
<b>II grupė (n=31)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=3)</b>	0	0,0
<b>36 – 45 m. (n=21)</b>	7	33,3
<b>Vyresni nei 45 m. (n=7)</b>	1	14,3
Fišerio tikslusis testas =1,52; p=0,55		

Pastaba: 4 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Analizuojant tėvų, žinančių, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės sudėtyje yra tėvų, pasiskirstymą, atsižvelgiant į išsilavinimą, buvo nustatyta, kad I respondentų grupėje daugiausia tokių tėvų yra tarp žemiausią išsilavinimą turinčių apklaustųjų (27,3%), o II respondentų grupėje – tarp profesinį arba aukštesnį išsilavinimą įgijusių tėvų (40,0%) (179 lentelė).

**179 lentelė.** Tėvų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų, pasiskirstymas atsižvelgiant į išsilavinimą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=64)</b>		
Išsilavinimas	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra tėvų</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=33)</b>	9	27,3
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=13)</b>	2	15,4
<b>Aukštasis (n=18)</b>	4	22,2
Fišerio tikslusis testas=0,741; p=0,741		
<b>II grupė (n=32)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=7)</b>	2	28,6
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=10)</b>	4	40,0
<b>Aukštasis (n=15)</b>	2	13,3
Fišerio tikslusis testas=2,427; p=0,332		

Pastaba: 3 respondentai I grupėje neatsakė, koks yra jų išsilavinimas.

Miestiečių, žinančių, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų (25,75%), I respondentų grupėje buvo daugiau negu tai žinančių kaimo gyventojų (18,8%), tačiau šie skirtumai statistiškai reikšmingi nebuvo (180 lentelė). II respondentų grupėje tėvai, žinantys, kad mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų, tarp kaime ir mieste gyvenančių tėvų pasiskirstė vienodai ir sudarė 25%.

**180 lentelė.** Tėvų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėse

<b>I grupė (n=67)</b>		
Gyvenamoji vieta	<b>Žinantys, kad mokyklos SSVOG yra tėvų</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=35)</b>	9	25,7
<b>Kaimas (n=32)</b>	6	18,8
$\chi^2=0,47$ ; IIs=1; p=0,50		
<b>II grupė (n=32)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Miestas (n=28)</b>	7	25,0
<b>Kaimas (n=4)</b>	1	25,0
Fišerio tikslusis testas=0,0001; p>0,999		

Analizuojat tėvų, teigiančių, kad sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančioje grupėje yra tėvų, pasiskirstymą, tik tarp I respondentų grupės skirtingos lyties atstovų buvo nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai – tarp vyrų buvo daugiau respondentų, žinančių, kad minėtoje grupėje yra tėvų, nei tarp moterų.



#### 6.4.5.2. Pasiūlymų teikimas sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei

I tėvų grupėje iš tėvų, žinančių, kad mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą koordinuojanti grupė, 40,3% (95 % PI 29,4; 52,3) teikė pasiūlymus šiai grupei. II grupėje tėvų, teikiančių grupei pasiūlymus, dalis sudarė 43,8% (95 % PI 28,1; 60,7).

Abiejose tiriamųjų grupėse vyrų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei (I grupėje – 70%, II grupėje – 87,5%), buvo reikšmingai daugiau nei moterų (I grupėje – 35,1%, II grupėje – 29,2%) (181 lentelė).

**181 lentelė.** Tėvų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į lytį I ir II grupėse

<b>I grupė (n=67)</b>		
Lytis	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=10)</b>	7	70,0
<b>Moterys (n=57)</b>	20	35,1
Fišerio tikslusis testas =4,31; p=0,08		
<b>II grupė (n=32)</b>		
Lytis	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vyrai (n=8)</b>	7	87,5
<b>Moterys (n=24)</b>	7	29,2
Fišerio tikslusis testas=8,30; p=0,01		

Analizuojant tėvų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymą, atsižvelgiant į amžių, reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo (182 lentelė). Tarp mažųjų miestų respondentų daugiausia tai žinančių tėvų buvo tarp vyresnių nei 45 metų amžiaus tėvų (41,2%), o didžiųjų miestų respondentų grupėje – tarp 36 – 45 metų amžiaus tėvų (57,1%).

**182 lentelė.** Tėvų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į amžių I ir II grupėje

<b>I grupė (n=63)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=11)</b>	4	36,4
<b>36 – 45 m. (n=35)</b>	14	40,0
<b>Vyresni nei 45 m. (n=17)</b>	7	41,2
Fišerio tikslusis testas=0,068; IIs=2; p>0,999		
<b>II grupė (n=31)</b>		
Amžiaus grupė	<b>Teikiantys pasiūlymus SSVOG</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>35 m. ir jaunesni (n=3)</b>	0	0,0
<b>36 – 45 m. (n=21)</b>	12	57,1
<b>Vyresni nei 45 m. (n=7)</b>	2	28,6
Fišerio tikslusis testas=3,981; p=0,156		

Pastaba: 4 respondentai I grupėje ir 1 respondentas II grupėje neatsakė, koks yra jo amžius.

Mažųjų miestų respondentų grupėje pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei teikiantys tėvai tarp skirtingą išsilavinimą turinčių respondentų pasiskirstė panašiai (183 lentelė). Tarp didžiųjų miestų respondentų pasiūlymus teikiančių profesinį arba aukštesnį išsilavinimą turinčių tėvų (80,0%), buvo reikšmingai daugiau tai darančių tėvų, kurių išsilavinimas yra pagrindinis arba vidurinis (14,3% ( $p=0,015$ ))

**183 lentelė.** Tėvų teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į išsilavinimą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=64)</b>		
Išsilavinimas	Teikiantys pasiūlymus SSVOG	
	n	%
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=33)</b>	13	39,4
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=13)</b>	5	38,5
<b>Aukštasis (n=18)</b>	9	50,0
$\chi^2=0,63$ ; lls=2; $p=0,73$		
<b>II grupė (n=32)</b>		
Išsilavinimas	n	%
<b>Pagrindinis/vidurinis (n=7)</b>	1	14,3
<b>Profesinis/aukštesnysis (n=10)</b>	8	80,0
<b>Aukštasis (n=15)</b>	5	33,3
Fišerio tikslusis testas=8,06; $p=0,015$		

Pastaba: 3 respondentai I grupėje neatsakė, koks yra jų išsilavinimas.

Abiejų grupių respondentų atsakymų rezultatai parodė, kad kaimo gyventojų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei (I gr. – 43,8%, II gr. – 100%), yra daugiau negu tai darančių miestiečių (I gr. – 37,1%, II gr. – 100%), tačiau tik I grupėje nustatytas skirtumas buvo statistiškai reikšmingas (184 lentelė).

**184 lentelė.** Tėvų, teikiančių pasiūlymus sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei, pasiskirstymas atsižvelgiant į gyvenamąją vietą I ir II grupėje

<b>I grupė (n=67)</b>		
Gyvenamoji vieta	Teikiantys pasiūlymus SSVOG	
	n	%
<b>Miestas (n=35)</b>	13	37,1
<b>Kaimas (n=32)</b>	14	43,8
$\chi^2=0,30$ ; lls=1; $p=0,58$		
<b>II grupė (n=32)</b>		
Gyvenamoji vieta	n	%
<b>Miestas (n=28)</b>	10	35,7
<b>Kaimas (n=4)</b>	4	100,0
Fišerio tikslusis testas=5,88; $p=0,028$		

Taigi, didžiųjų miestų respondentų grupėje tėvų pasiūlymų teikimas sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei buvo reikšmingai susijęs su lytimi, išsilavinimu ir gyvenamąja vieta. Mažųjų miestų respondentų grupėje statistiškai reikšmingų skirtumų nustatyta nebuvo.

## 7. REZULTATŲ APITARIMAS

### 7.1. Rezultatų palyginimas su kitų mokslininkų tyrimų rezultatais

Nors visos mokyklos bendruomenės įsitraukimo į sveikatos stiprinimo veiklą nauda mokinių sveikatai neabejojama, tačiau tyrimų, kaip jau minėta literatūros apžvalgos skyriuje, kurie padėtų išsiaiškinti, kaip į šią veiklą įtraukiami vaikai, jų tėvai ir mokytojai, Lietuvoje ir pasaulyje atlikta mažai. Vienas iš tokių tyrimų – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto mokslininkų atliktas tyrimas, kurio metu buvo apklausti mokyklų vadovai. Šio tyrimo duomenimis, daugiau nei pusė (52,4%) mokyklų vadovų, teigė, kad į mokinių nuomonę vykdant mokinių sveikatos stiprinimą, atsižvelgiama beveik visada, 42,1% – dažnai. 5,6% vadovų prižino, kad į mokinių nuomonę atsižvelgiama tik kartais [14]. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į 73,2% mažųjų miestų mokinių ir 66,5% didžiųjų miestų mokinių nuomonę. 79,4% kauniečių mokslininkų tyrime apklaustų mokyklų vadovų teigė, kad mokiniai yra kviečiami aptarti mokyklos vidaus tvarkos taisykles. Tokie rezultatai skiriasi nuo mūsų tyrimo rezultatų, kurie parodė, kad tik 41,2% I grupės tiriamųjų ir 35,0% II grupės respondentų teigė, kad mokiniai dalyvauja sudarant jų mokyklos vidaus tvarkos taisykles.

Mūsų tyrimo duomenimis, daugiausia tiek mažųjų, tiek didžiųjų miestų sveikatos stiprinimo veikloje dalyvaujančių mokytojų dalyvauja renginiuose (I gr. – 72,7%, II gr. – 69,5%). Panašius rezultatus nustatė ir Lietuvos edukologijos universiteto ir Mykolo Riomerio universiteto mokslininkai 2011 metais apklausę Vilniaus bendrojo lavinimo mokyklų mokytojus. Šio tyrimo rezultatai parodė, kad didžiausia dalis sveikatos stiprinimo proceso dalyvių dalyvauja renginiuose, jie sudarė net 88,6% [69]. Šiuo tyrimu taip pat buvo nustatyta, kad 69,6% mokytojų organizavo renginius, o 64,3% juos vedė. Mūsų tyrimo duomenimis, renginius organizavo 46,9% mažųjų miestų mokytojų ir 55,8% didžiųjų miestų mokytojų, o juos vedė tik 22,5% I grupės ir 26,9% II grupės mokytojų. Tai, kad renginius vedančių mokytojų dalis šiuose tyrimuose taip skyrėsi, mūsų nuomone, iš dalies galėjo lemti tai, kad mūsų tyrime dalyvavo mokytojai tiek iš SSM, tiek iš šiam tinklui nepriklausančių mokyklų, o Vilniuje atliktame tyrime į mokyklos statusą atsižvelgta nebuvo, tad tarp mūsų tyrime apklaustųjų galėjo patekti daugiau mokytojų, dirbančių SSM. Labiausiai paplitusios sritys, kurias, mokytojų nuomone, sveikatos ugdymas apima mokykloje, mūsų ir 2011 metų tyrimo duomenimis, buvo panašios – tiek didžiausia 2011 metais apklaustų mokytojų dalis, tiek didžiausia mūsų I respondentų grupės mokytojų dalis, teigė, kad sveikatos ugdymas apima tabako alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevenciją. Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad mažiausiai, II respondentų

grupės nuomone, dėmesio skiriama užkrečiamų ligų prevencijos sričiai (šiai sričiai mažiausiai dėmesio skiriama ir Vilniaus mokytojų nuomone) [69].

Nors visi mokyklos bendruomenės nariai yra partneriai, siekiantys geresnių sveikatos stiprinimo proceso rezultatų, tačiau tėvų dalyvavimas šiame procese dažnai ignoruojamas. Mūsų tyrimu nustatyta, kad vaikų sveikatą stiprinančiame procese dalyvauja 35,2% mažųjų miestų grupės tėvų ir 24,1% didžiųjų miestų grupės respondentų. Kad tėvų dalyvavimas mokykloje vykdomoje sveikatinimo veikloje yra nepakankamas, patvirtino ir Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro atliktas tyrimas, kurio metu buvo nagrinėjamos 2012-2014 metais Mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis komisijai pateiktos mokyklų, siekiančių tapti SSM arba pratęsti SSM veiklos pažymėjimą, programos. Rezultatai parodė, kad 59% mokyklų mokinių tėvų dalyvavimas yra nepakankamas, o 20% mokymo įstaigų tėvai mokykloje vykdomose sveikatinimo veiklose apkritai nedalyvauja [74].

## 7.2. Tyrimo privalumai ir trūkumai

Kaip jau minėta, mūsų tyrimas yra momentinis, todėl turėjome galimybę apklausti gana didelę populiacijos dalį ir gauti daugelio veiksnių paplitimo įverčius. Deja, nors visiems Lietuvos visuomenės sveikatos biurams buvo pasiūlyta dalyvauti tyrime, teigiamo atsakymo sulaukėme tik iš 8 biurų. Dėl šios priežasties nebuvo gauta visai Lietuvai reprezentatyvi imtis, tad tyrimo išvados negali būti taikomos visai Lietuvos 8-10 klasių mokinių, jų tėvų bei mokytojų populiacijai. Vis dėl to, remiantis mūsų tyrimo, kurio metu buvo apklaustas gana didelis skaičius įvairių Lietuvos savivaldybių mokytojų, mokinių ir tėvų, rezultatais, galima nustatyti problemines sritis, tokias kaip menkas tėvų dalyvavimas vaikų sveikatą stiprinančiame procese, nedidelė respondentų, žinančių, kad jų mokykla priklauso SSM tinklui, dalis, ir pagrįsti tolimesnės veiklos prioritetus, planuoti intervencijas, kurios padėtų išspręsti susidariusias problemas. Mūsų tyrimas taip pat gali būti panaudojamas naujų hipotezių kūrimui, naujų tyrimų, apimančių visos Lietuvos mokyklų bendruomenių narius, planavimui ir atlikimui.

Vertinant tyrimo trūkumus, derėtų paminėti informacinių klaidų įtaką tyrimo rezultatams. Tyrimo anketas mokyklose dalino skirtingi specialistai, todėl apklausa visose mokymo įstaigose buvo atliekama nevienodai, tikėtina, kad kai kurie specialistai buvo labiau suinteresuoti „geresniais“ respondentų atsakymų rezultatais nei kiti ir galėjo daryti įtaką mokykloje anketas pildžiusiems mokiniams ir mokytojams – šie veiksniai galėjo sąlygoti informacinių klaidų, o kartu ir galutinių rezultatų poslinkio atsiradimą. Informacinis poslinkis galėjo atsirasti ir dėl to, kad respondentai dažnai nori pasirodyti „geresniais“ ir kai kuriuos atsakymus į klausimus galėjo sąmoningai iškraipyti. Aptariant rezultatus svarbu paminėti ir tai,

kad SSM tinklui priklausančios mokyklos, kurios dalyvavo tyrime, buvo atrinktos iš mokyklų, kurios neseniai atnaujino savo sveikatos stiprinimo programas , todėl ir tikėtinas teigiamo poslinkio atsiradimas.

## 8. IŠVADOS

1. Sveikatos stiprinimo veikloje dalyvauja apie trečdalis abiejų respondentų grupių mokinių. Dalyvavimo šansą abiejose grupėse reikšmingai didina vaiko mokymasis SSM, o didžiųjų miestų grupėje dar ir gyvenimas kaime. Daugiausia dalyvaujančių sveikatos stiprinimo procese mokinių padeda organizuoti renginius. Apie 70% mažųjų miestų mokinių ir apie 40% didžiųjų miestų mokinių savo dalyvavimą įvertino gerai arba labai gerai. Savo dalyvavimo vertinamas reikšmingai susijęs tik mažųjų miestų respondentų grupėje su jų gyvenamąja vieta.
2. Apie 70% abiejų grupių mokinių domisi sveikatos stiprinimo veikla. Reikšmingai didesnį šansą domėtis veikla turi mergaitės nei berniukai, bei mokiniai, kurių mokykla priklauso SSM tinklui .
3. Daugiau nei pusė SSM mokinių žino, kad mokykla turi šį statusą. Panaši dalis mažųjų miestų mokinių ir apie 40% didžiųjų miestų mokinių yra susipažinę su SSM samprata. Tiek susipažinimas su tokių mokyklų samprata, tiek žinojimas, kad mokykla yra SSM, didžiųjų miestų grupėje yra reikšmingai susijęs su gyvenamąja vieta.
4. Sveikatos stiprinimo veikloje dalyvauja apie 70% mokytojų. Kitus dalykus (tokius kaip muzika, dailė, tikityba bei kitus) dėstantys mokytojai mažųjų miestų grupėje turėjo reikšmingai didesnį šansą dalyvauti šioje veikloje nei humanitarinių dalykų mokytojai, o didžiųjų miestų grupėje kitus dalykus dėstantys mokytojai turėjo didesnį šansą dalyvauti veikloje nei tikslinių dalykų mokytojai. Daugiausia dalyvaujančių sveikatos stiprinimo procese mokytojų dalyvauja renginiuose ir padeda juos organizuoti. Šiek tiek daugiau nei pusė mokytojų savo dalyvavimą vertina gerai arba labai gerai. Mažųjų miestų grupėje vertinimas yra reikšmingai susijęs su mokyklos priklausymu SSM tinklui, o didžiųjų – su dėstomu dalyku.
5. Didžioji dalis mokytojų yra integravę sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą. Mažųjų miestų grupėje mokytojų sveikatos klausimų integravimas į savo dėstomo dalyko programą yra reikšmingai susijęs su mokytojų amžiumi, o didžiųjų miestų respondentų grupėje – su dėstomu dalyku.
6. Dauguma mokytojų žino, kad mokykla yra SSM bei yra susipažinę su tokios mokyklos samprata. Žinojimas, kad mokykla yra SSM, nebuvo reikšmingai susijęs nei su vienu tirtu veiksniumi, o mokytojų susipažinimas su SSM samprata didžiųjų miestų grupėje buvo reikšmingai susijęs su jų amžiumi.
7. Apie trečdalis tėvų mažųjų miestų grupėje ir apie ketvirtadalis tėvų didžiųjų miestų grupėje dalyvauja sveikatos stiprinimo procese. Šansą dalyvauti sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje didino gyvenimas kaimas, vaiko mokyklos priklausymas SSM tinklui. Daugiausia dalyvaujančių sveikatos stiprinimo procese tėvų dalyvauja renginiuose ir padeda juos organizuoti. Apie pusė tėvų mano, kad jų dalyvavimas yra geras arba labai geras. Abiejose grupėse šis vertinimas yra

reikšmingai susijęs su vaiko mokyklos priklausymu SSM tinklui, o didžiųjų miestų grupėje su tėvų išsilavinimu ir gyvenamąja vieta.

8. Didžioji dalis tėvų teigia, kad jiems būtų įdomu sužinoti apie sveikatos stiprinimo veiklą. Abiejose respondentų grupėse moterys turėjo didesnę šansą domėtis mokykloje vykdoma sveikatos stiprinimo veikla. Didžiųjų miestų grupėje vaiko mokyklos priklausymas SSM tinklui taip pat reikšmingai didino domėjimo sveikatos stiprinimo veikla šansą.

9. Tik apie penktadalis tėvų žino, kad jų vaiko mokykla yra SSM bei yra susipažinę su šios mokyklos samprata. Panaši dalis mažųjų miestų tėvų ir tik dešimtadalis didžiųjų miestų tėvų yra susipažinę su SSM samprata. Susipažinimas su SSM samprata nebuvo reikšmingai susijęs nei su vienu tirtu veiksniumi, o žinojimas, kad mokykla yra SSM, mažųjų miestų grupėje buvo reikšmingai susijęs su jų lytimi ir amžiumi.



## 9. PASIŪLYMAI

1. Lietuvos mokslininkams vykdyti reprezentatyvius mokslinius tyrimus mokyklų bendruomenių dalyvavimo vaikų sveikatą stiprinančiame procese tematikoje.
2. Mokyklų bendruomenių narių, ypač tėvų, dalyvavimas vaikų sveikatą stiprinančiame procese yra nepakankamas, todėl mokyklose dirbantys visuomenės sveikatos specialistai turėtų vykdyti mokyklose aktyvesnę veiklą.
3. Kadangi didžiąjai daliai tėvų ir mokinių informacija, susijusi su sveikatos stiprinimu, yra įdomi, būtina, kad mokyklų visuomenės sveikatos specialistai suteiktų jiems daugiau informacijos apie šią veiklą.
4. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centrui su tyrimo rezultatais supažindinti mokyklų, dalyvavusių tyrime, bendruomenes

## 10. LITERATŪROS ŠARŠAS

1. Gurevičius R. Vaikų sveikatos metus palydint. Visuomenės sveikata. 2014/4(67): 5-8. Prieiga internete: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202014%204\(67\).pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/Vs%202014%204(67).pdf) [žiūrėta: 2016-02-01].
2. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos sveikatos statistika 2013. Vilnius, 2014: 23-24. Prieiga internete: <http://sic.hi.lt/data/la2013.pdf> [žiūrėta: 2016-02-02].
3. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos sveikatos statistika 2014. Vilnius, 2015: 23-24. Prieiga internete: <http://sic.hi.lt/data/la2014.pdf> [žiūrėta: 2016-02-01].
4. Paulauskienė N. Nuo ko priklauso mokinio sveikata? Prieiga internete: [http://smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Naudingi\\_patarimai/Nuo\\_ko\\_priklauso\\_mokinio\\_sveikata.pdf](http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Naudingi_patarimai/Nuo_ko_priklauso_mokinio_sveikata.pdf) [žiūrėta: 2016-02-02].
5. The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health. 2013, 1. Prieiga internete: [http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/English\\_Odense%20statement-Equity\\_Education\\_Health.pdf](http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/English_Odense%20statement-Equity_Education_Health.pdf). [žiūrėta: 2016-02-03].
6. World Health Organisation. The Ottawa Charter for Health Promotion. Prieiga internete: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [žiūrėta: 2016-02-03].
7. Young Y. Conference Report: Education & Health in Partnership: a European Conference on linking education with the promotion of health in schools. 2002, p. 69. Prieiga internete: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2001/promotion/fp\\_promotion\\_2001\\_frep\\_01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/promotion/fp_promotion_2001_frep_01_en.pdf) [žiūrėta: 2016-02-07].
8. 2015–2016 ir 2016–2017 mokslo metų pagrindinio ir vidurinio ugdymo programų bendrieji ugdymo planai. Prieiga internete: <http://www.smm.lt/uploads/documents/svietimas/Bendrieji%20ugdymo%20planai.pdf> [žiūrėta: 2016-02-03].
9. World Health Organisation. What is health promoting school. Prieiga internete: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/hps/en/](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/) [žiūrėta: 2016-02-01].
10. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Svarbiausi faktai apie sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą Europoje ir Lietuvoje. Prieiga internete: [http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Vaiku\\_sveikata/SSM/SVARBIAUSI-FAKTAI-IKI-2014.pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/SVARBIAUSI-FAKTAI-IKI-2014.pdf) [žiūrėta: 2016-02-07].
11. Pasaulinė sveikatos organizacija. Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione, 101-103.
12. Valstybinis aplinkos sveikatos centras. Sveikatos stiprinimas mokyklose. Metodinės rekomendacijos. Vilnius, 2008: 11-20. Prieiga internete:

- [http://www.kaunovsb.lt/tl\\_files/Failai/SSM/Sveikatos\\_stiprinimas\\_mokyklosmetodines\\_rekomendacijos.pdf?phpMyAdmin=HSmZDYqiRjKQE7E23wy9Wq0Abo](http://www.kaunovsb.lt/tl_files/Failai/SSM/Sveikatos_stiprinimas_mokyklosmetodines_rekomendacijos.pdf?phpMyAdmin=HSmZDYqiRjKQE7E23wy9Wq0Abo) [žiūrėta: 2016-02-06].
13. Schools for Health in Europe. SHE Elektroninis vadovas mokykloms. Kodėl sveikatos stiprinimas yra svarbus mokykloje? Prieiga internete: <http://www.schools-for-health.eu/lt/for-schools/vadovas/vadas/kodl-sveikatos-stiprinimas-yra-svarbus-mokykloje> [žiūrėta: 2016-02-07].
14. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Vaikų sveikata. Vilnius, 2014: 6-12, 82-89. Prieiga internete: <http://www3.lrs.lt/docs2/CTAUHDXX.PDF> [žiūrėta: 2016-02-01].
15. Higienos instituto sveikatos informacijos centras. Prieiga internete: <http://sic.hi.lt/webdps/?lang=lt> [žiūrėta: 2016-02-01].
16. Valstybinis aplinkos sveikatos centras. Vaikų sveikatos rodikliai. Vilnius, 2010: 4-5. Prieiga internete: [http://smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Methodine\\_medziaga/Lietuvos%20vaiku%20aplinkos%20ir%20sveikatos%20rodikliai.pdf](http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Methodine_medziaga/Lietuvos%20vaiku%20aplinkos%20ir%20sveikatos%20rodikliai.pdf) [žiūrėta: 2016-02-07].
17. World Health Organisation. European strategy for child and adolescent health and development. 2005. Prieiga internete: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/79400/E87710.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf) [žiūrėta: 2016-02-01].
18. Health Behaviour in School-aged Children. About HBSC. Prieiga internete: <http://www.hbsc.org/about/index.html> [žiūrėta: 2016-02-06].
19. World Health Organization. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. 2016: 107-159. Prieiga internete: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-FULL-REPORT.pdf?ua=1%20107%20-%20159](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-FULL-REPORT.pdf?ua=1%20107%20-%20159) [žiūrėta: 2016-02-10].
20. World Health Organization. Social determinants of health. 2012: 111-151. Prieiga internete: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1) [žiūrėta: 2016-02-10].
21. TLK-10-AM/ACHI /ACS elektroninis vadovas. Prieiga internete: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp> [žiūrėta: 2016-02-02].
22. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Visuomenės sveikatos stiprinimo vadovas savivaldybėms. Vilnius, 2014: 6-7. Prieiga Prieiga internete: [http://www.smlpc.lt/media/file/Methodine%20medziaga/2014-09-7%20Visuomenes%20sveikatos%20stiprinimo%20vadovas%20savivaldybems\\_2014%20galutinis%20\(1\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Methodine%20medziaga/2014-09-7%20Visuomenes%20sveikatos%20stiprinimo%20vadovas%20savivaldybems_2014%20galutinis%20(1).pdf) [žiūrėta: 2016-02-02].
23. Declaration of Alma-Ata. 1978. Prieiga internete: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) [žiūrėta: 2016-02-01].

24. World Health Organization. Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Prieiga internete: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/> [žiūrėta: 2016-02-03].
25. World Health Organization. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Prieiga internete: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index3.html> [žiūrėta: 2016-02-03].
26. World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Prieiga internete: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index1.htm> [žiūrėta: 2016-02-01].
27. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Prieiga internete: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_%20BCHP.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf) [žiūrėta: 2016-02-02].
28. Javtokas Z. Sveikatos stiprinimo konspektas. Vilnius, 2009; 8. Prieiga internete: [http://smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Kvalifikacijos\\_tobulinimas/Lektura/Sveikatos\\_stiprinimas-Konspektas2.pdf](http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas2.pdf) [žiūrėta: 2016-02-07].
29. Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas (Žin, 2002, Nr. 56-2225);
30. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Narkauskaitė L., Savičiūtė R., Venalis A., et al. Intefralūs sveikatos stiprinimo politikos bruožai. Visuomenės sveikata. 2013/3(62): 62-67. Prieiga internete: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.3\(62\)/VS%202013%203\(62\)%20ORIG%20S%20Integralus%20sveikatos%20stiprinimas.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.3(62)/VS%202013%203(62)%20ORIG%20S%20Integralus%20sveikatos%20stiprinimas.pdf) [žiūrėta: 2016-02-010].
31. Lietuvos Respublikos švietimo įstatymas (Lietuvos aidas, 1991, Nr. 153-0)
32. Sveikatos ugdymo bendroji ugdymo programa. Prieiga internete: <http://www.smm.lt/uploads/documents/svietimas/ugdymo-programos/vidurinis-ugdymas/SVEIKATOS%20UGDYMO%20BENDROJI%20PROGRAMA.pdf> [žiūrėta: 2016-02-10].
33. Grubliauskienė J., Vaičekauskaitė R. Paauglių sveikatos sampratos sąmoningumas pasipriešinimo sveikatos ugdymo kontekste. Visuomenės sveikata. 2013/priedas Nr. 1: 83-90, Prieiga internete: <http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.priedas1/VS%202013%20priedas%20Nr1%20ORIG%20S%20Paaugliu%20sveikatos%20samprata.pdf> [žiūrėta: 2016-02-02].
34. Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas (Žin., 1994, Nr. 55-1049).

35. Better Schools Through Health: the Third European Conference on Health Promoting Schools. Vilnius Resolution. 2009. Prieiga internete: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/vilnius\\_resolution.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/vilnius_resolution.pdf) [žiūrėta: 2016-02-02].
36. SHE network. Prieiga internete: <http://www.schools-for-health.eu/she-network/she-network> [žiūrėta: 2016-02-05].
37. Simonvska V., Mannix-McNamara P. Schools for Health and Sustainability. Springer, 2015:5-6. Prieiga internete: <https://books.google.lt/books?id=zzSvBAAQBAJ&pg=PA11&lpg=PA11&dq=health+promoting+schools+history&source=bl&ots=Q6oSyas9kN&sig=lsHafFmITyPqaCIsIHLjQMwfu4I&hl=lt&sa=X&ved=0ahUKEwiIkcji4-XKAhUBJSwKHbO-AOo4ChDoAQhdMAAs#v=onepage&q=health%20promoting%20schools%20history&f=true> [žiūrėta: 2016-02-10].
38. St Leger L. H. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health— a review of the claims and evidence. HEALTH EDUCATION RESEARCH. Vol.14 no.1 1999: 51-69. Prieiga internete: <http://her.oxfordjournals.org/content/14/1/51.full.pdf+html> [žiūrėta: 2016-02-01].
39. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Vizija: sveikesnė mokyklos bendruomenė. Gerosios patirties knyga, Vilnius, 2013: 11-13. Prieiga internete: [http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Methodine\\_medziaga/VIZIJA.pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Methodine_medziaga/VIZIJA.pdf) [žiūrėta: 2016-02-10].
40. Health department. Health Province of Kwazulu-Natal. The Health Promoting School. Prieiga internete: <http://www.kznhealth.gov.za/hps.htm> [žiūrėta: 2016-02-10].
41. Mokyklų pripažinimo sveikatą stiprinančiomis mokyklomis tvarkos aprašas.
42. Schools for Health in Europe. Health Promoting schools. Prieiga internete: <http://www.schools-for-health.eu/she-network/health-promoting-schools> [žiūrėta: 2016-02-02].
43. First Conference of the European Network of Health Promoting Schools. Conference Resolution. 1997. Prieiga internete: <http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/Conference%20resolution%201st%20European%20Conference%20on%20Health%20Promoting%20Schools%2C%201997.pdf> [žiūrėta: 2016-02-02].
44. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Sveikatą stiprinanti mokykla. Prieiga internete: [http://www.smlpc.lt/lt/vaiku\\_sveikata/sveikata\\_stiprinanti\\_mokykla/](http://www.smlpc.lt/lt/vaiku_sveikata/sveikata_stiprinanti_mokykla/) [žiūrėta: 2016-02-02].
45. European portal for action of health inequalities. Learn more about health inequalities in. Prieiga internete: <http://www.health-inequalities.eu/> [žiūrėta: 2016-02-02].

46. Schools for Health in Europe. Odense Conference Report: Equity, Education and Health. Prieiga internete: <<http://www.schools-for-health.eu/pages-resources/conference-statements-additional-information/read-more-odense-conference-report> [žiūrėta: 2016-02-02].
47. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Sveikatą stiprinančių mokyklų sąrašas. Prieiga internete: [http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Vaiku\\_sveikata/SSM/SSM-SARASAS-2016-1.pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/SSM-SARASAS-2016-1.pdf) [žiūrėta: 2016-02-02].
48. Vaikų ir moksleivių sveikatos apsaugos politikos strateginės gairės (Žin., 2000, Nr. 27-738).
49. Vaiko gerovės valstybės politikos strategija ir jos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų planas (Žin., 2005, Nr. 25-802).
50. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Kaip tapti sveikatą stiprinančia mokykla. Prieiga internete: [http://smlpc.lt/lt/vaiku\\_sveikata/sveikata\\_stiprinanti\\_mokykla/kaip\\_tapti\\_sveikata\\_stiprinancia\\_mokykla.html](http://smlpc.lt/lt/vaiku_sveikata/sveikata_stiprinanti_mokykla/kaip_tapti_sveikata_stiprinancia_mokykla.html) [žiūrėta: 2016-02-05].
51. Valstybinis aplinkos sveikatos centras. Sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos vertinimo rodikliai ir jų taikymas. Vilnius, 2007: 6-7. Prieiga internete: [http://www.kaunovsb.lt/tl\\_files/Failai/SSM/Mokyklu\\_veiklos\\_vertinimo\\_rodikliai-metodines\\_rekomendacijos.pdf?phpMyAdmin=HSmZDYqiRjKQE7E23wy9Wq0Abo0](http://www.kaunovsb.lt/tl_files/Failai/SSM/Mokyklu_veiklos_vertinimo_rodikliai-metodines_rekomendacijos.pdf?phpMyAdmin=HSmZDYqiRjKQE7E23wy9Wq0Abo0) [žiūrėta: 2016-02-03].
52. Vaiko teisių konvencija (Žin., 1995, Nr. 60-1501).
53. World Health Organization. Health 2020 policy framework and strategy. 2012: 17, 21, 76, 78. Prieiga internete: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/170093/RC62wd08-Eng.pdf)>, [žiūrėta: 2016-02-01].
54. Jakab Z., Tsouros A., Health 2020 – achieving health and development in today’s Europe. Visuomenės sveikata. 2013/4(63): 5-11. Prieiga internete: [http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4\(63\)/VS%202013%20%204\(63\)%20RED%20Sveikata%202020.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.4(63)/VS%202013%20%204(63)%20RED%20Sveikata%202020.pdf) [žiūrėta: 2016-02-10].
55. Children’s Environment and Health Action Plan for Europe. 2004: 1-5. Prieiga internete: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/78639/E83338.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78639/E83338.pdf?ua=1) [žiūrėta: 2016-02-01].
56. World Health Organization. European strategy for child and adolescent health and development, 2005: 4, 10, 12. Prieiga internete: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/79400/E87710.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf) [žiūrėta: 2016-02-01].
57. Trečioji sveikatos programa (2014–2020 m.). Prieiga internete: [http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index\\_lt.htm](http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_lt.htm) [žiūrėta: 2016-02-10].
58. Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ (Žin., 2012, Nr. 61-3050).

59. 2014-2020 metų Nacionalinė pažangos programa. (Žin., 2012, Nr. 144-7430).
60. Lietuvos Respublikos vyriausybės programa (Žin., 2012, Nr. 149-7630).
- 61 Lietuvos sveikatos 2014-2015 metų programa (TAR, 2014, Nr. 9403).
62. Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016-2023 metų plėtros programa (TAR, 2015, Nr. 19827).
63. Nacionalinė darnaus vystymosi strategija (Žin., 2003, Nr. 149-89-4029).
64. Nacionalinė jaunimo politikos 2011–2019 metų plėtros programa (Žin., 2013, Nr. 125-6406).
65. Vaiko gerovės politikos koncepcija (Žin., 2003, Nr. 52-2316).
66. Psichikos sveikatos strategija (Žin., 2003, Nr. 42-1572).
67. Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo gairės (TAR., 2014, Nr. 2014-10330 ).
68. Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys (Žin., 2011., Nr. 73-3498).
69. Proškovienė R., Ustilaitė S., Bulkaitė L. Vilniaus apskrities mokytojų požiūris į ugdymosi aplinkos veiksnius ir sveikatinimo veiklą. Visuomenės sveikata. 2013/2(61): 96-103. Prieiga internete:  
[http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2\(61\)/VS%202013%202\(61\)%20ORIG%20S%20Vilniaus%20apskrities%20mokytojai.pdf](http://www.hi.lt/uploads/pdf/visuomenes%20sveikata/2013.2(61)/VS%202013%202(61)%20ORIG%20S%20Vilniaus%20apskrities%20mokytojai.pdf)[žiūrėta: 2016-02-01].
70. Perry C., Luepker R., Murray, D. Kurth C., Mullis R., et al. Parent Involvement with Children's Health Promotion: The Minnesota Home Tea. American Journal of Public Health. Sep88, Vol. 78 Issue 9, 1156-1160. Prieiga internete::  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=16&sid=0db34a1d-8216-4b58-bb1c-231a22d184f0%40sessionmgr4002&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=4685865> [žiūrėta: 2016-02-15].
71. Ridder, M. ,Visscher, T., Hirasing, R., Seidell, J., Renders, C. Dutch teachers and parents about overweight prevention in pre-vocational schools. Health Promotion International. Mar2014, Vol. 29 Issue 1, p15-25. Prieiga internete:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=9&sid=0db34a1d-8216-4b58-bb1c-231a22d184f0%40sessionmgr4002&hid=4107&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=94515980&db=a9h> [žiūrėta: 2016-02-15].
72. Boman Åsel., Povlsen L., Dahlborg-Lyckhage E., Hanas R., Borup, I. Fathers of Children With Type 1 Diabetes: Perceptions of a Father's Involvement From a Health Promotion Perspective. Journal of Family Nursing. Aug2014, Vol. 20 Issue 3, p337-354. Prieiga internete:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=28ccc496-eb09-4dcb-86f0-941da30095f5%40sessionmgr4005&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=97249396&db=a9h> [žiūrėta: 2016-02-15].

73. Buttigieg S., Rocchiccioli J., Ellul M. Maternal awareness of health promotion, parental and preschool childhood obesity. *Malta Medical Journal*. 2012, Vol. 24 Issue 1, p9-15. Prieiga internete: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=28ccc496-eb09-4dcb-86f0-941da30095f5%40sessionmgr4005&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=90537845&db=a9h> [žiūrėta: 2016-02-15].
74. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Tėvų įtraukimas į mokyklose vykdomas sveikatinimo veiklas. 2015. Prieiga internete: <http://www.smlpc.lt/print.php?lang=1&sid=145&tid=3672> [žiūrėta: 2016-02-01].
75. Bastian K., Maximova, K., McGavock, J. Does School-Based Health Promotion Affect Physical Activity on Weekends? And, Does It Reach Those Students Most in Need of Health Promotion? *PLoS ONE*. 10/21/2015, Vol. 10 Issue 10, p1-15. 15p. Prieiga internete: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=d79a3e17-b26b-44df-8518-5c59d96b31ce%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4112&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d&preview=false#AN=110486657&db=a9h> [žiūrėta: 2016-02-15].
76. Zamros Y. M., Nasruddin J. Health promoting schools and children's oral health related quality of life. *Health & Quality of Life Outcomes*. 2013, Vol. 11 Issue 1, 1-18. Prieiga internete: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=7a0005f3-b68c-425f-92b3-6ba860999457%40sessionmgr113&vid=0&hid=106&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d&preview=false#AN=93487678&db=a9h> [žiūrėta: 2016-02-15].
77. Langford R., Bonell C., Jones H., Poulou T., Murphy S., et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015, Vol. 15 Issue 1, p1-15. 15. Prieiga internete: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=def5deca-c391-4fed-9a76-fa367fb0b2dc%40sessionmgr107&vid=0&hid=115&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=101992703&db=a9h> [žiūrėta: 2016-03-15].
78. Jociūtė A. Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas. Sveikatą stiprinančių mokyklų projektas Lietuvoje: veikla, veiksmingumas, plėtros galimybės. UAB "Baltijos kopija", 2002: 31, 37.
79. Griškoniš S., Dabašinskiė A., Strukčinskienė B. Paauglių mityba sveikatą stiprinančiose mokyklose. *Sveikatos mokslai*. 2014'5(96): 11-15. Prieiga internete: [https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos\\_sritys/Sveikatos\\_mokslai/Moksliniai\\_straipniai%20%80%93zurnalas\\_Sveikatos%20mokslai/2014m/2014SM51112Internetui.pdf](https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Sveikatos_mokslai/Moksliniai_straipniai%20%80%93zurnalas_Sveikatos%20mokslai/2014m/2014SM51112Internetui.pdf) [žiūrėta: 2016-02-15].



80. Valstybinis aplinkos sveikatos centras. Sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos vertinimo praktinis vadovas. Vilnius, 2009. Prieiga internete:: [http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu\\_info/Vaiku\\_sveikata/SSM/Publikacijos\\_leidiniai/Veikslos\\_vertinimo\\_praktinis\\_vadovas.pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Vaiku_sveikata/SSM/Publikacijos_leidiniai/Veikslos_vertinimo_praktinis_vadovas.pdf).

## 11. PRIEDAI

### 1 priedas. Mokiniam skirta anketa

Užpildymo data 20    m.    mėn.    d

**Gerbiamas (-a) Mokinys (-e),**

**Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas** prašo Tavęs dalyvauti mokyklų bendruomenių įtraukties į sveikatos stiprinimą tyrime ir atsakyti į šios anketos klausimus. Prieš atsakydamas (-a) gerai pagalvok ir pažymėk pasirinkto atsakymo varianto langelį kryželiu (X) arba įrašyk atsakymą tam skirtoje vietoje. **Anketa yra anoniminė**, savo vardo ir pavardės nurodyti nereikia. Dėkojame už atsakymus.

**1. Tu esi:**

- Berniukas                       Mergaitė

**2. Tavo gyvenamoji vieta yra:**

- Miestas                       Kaimas, gyvenvietė

**3. Kelintoje klasėje mokaisi? (įrašyk) .....**

**4. Kiek Tau metų? (įrašyk) .....**

**5. Ar Tavo mokykla turi sveikatą stiprinančios mokyklos statusą?**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**6. Ar esi susipažinęs (-usi) su sveikatą stiprinančios mokyklos samprata, idėjomis?**

- Gerai susipažinęs (-usi)                       Susipažinęs (-usi)  
 Menkai susipažinęs (-usi)                       Nesusipažinęs (-usi)

**7. Ar žinai, kas mokykloje atsako už sveikatos stiprinimo veiklą?**

- Taip, žinau                       Ne, nežinau

**8. Ar Tavo mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė? (jei ne arba nežinai, pereik prie 12 klausimo)**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**9. Jei yra, ar šioje grupėje yra mokinių?**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**10. Ką žinai apie mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės nuveiktus darbus? (parašyk)**

.....

- 11. Ar mokiniai teikia pasiūlymus mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei?**
- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada
- 12. Ar Tau būtų įdomu sužinoti apie sveikatos stiprinimo veiklą mokykloje?**
- Taip                                       Ne
- 13. Ar kada ieškojai informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą savo mokyklos interneto svetainėje? (jei ne, pereik prie 15 klausimo)**
- Taip, ieškojau                       Ne, neieškojau
- 14. Ar rada informacijos apie sveikatos stiprinimo veiklą savo mokyklos interneto svetainėje?**
- Taip, radau                                       Ne, neradau
- 15. Ar mokiniai skatinami išreikšti savo nuomonę jiems rūpimais sveikatos klausimais?**
- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada
- 16. Ar atsižvelgiama į mokinių nuomonę priimant sprendimus susijusius su sveikatos stiprinimu?**
- Taip, gana dažnai                       Taip,  
 Taip, retai                                       Ne, niekada
- 17. Ar Tu dalyvauji atliekant sveikatos stiprinimo veiklos vertinimą?**
- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada
- 18. Ar mokiniai yra supažindinami su sveikatos stiprinimo veiklos vertinimo rezultatais?**
- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada
- 19. Ar dalyvauji sveikatos ugdymo ir stiprinimo veikloje? (jei ne, pereik prie 21 klausimo)**
- Taip, visada                                       Taip, gana dažnai  
 Taip, kartais                                       Ne, niekada

*Likę anketos klausimai pateikti kitoje lapy pusėje*

**20. Kaip dalyvavai sveikatos stiprinimo veikloje?** (*pažymėk ne daugiau nei 3 labiausiai tinkančius atsakymo variantus*)

- Prisdėjau rengiant sveikatos stiprinimo programą
- Siūliau sveikatos stiprinimo renginius
- Siūlau temas, priemones
- Padėjau organizuoti renginius
- Gaminau reikalingas priemones
- Vedžiau renginį
- Dalyvavau išteklių (rėmėjų) paieškoje
- Dalyvavau vertinant veiklą
- Dalyvavau aptariant vertinimą
- Kita (*įrašyk*).....

**21. Ar mokiniai gali pareikšti savo nuomonę dėl valgiaraščių?**

- Taip
- Ne

**22. Ar esi savarankiškai, ar su grupe atlikęs (-usi) projektinių (tiriamųjų) darbų, užduočių sveikatos stiprinimo klausimais?**

- Taip, vieną
- Taip, kelis
- Ne, neatlikau

**23. Ar organizuojami renginiai sveikatos temomis atitinka mokinių poreikius?**

- Atitinka
- Iš dalies atitinka
- Neatitinka

**24. Ar organizuojami renginiai sveikatos temomis įdomūs?**

- Įdomūs
- Nelabai įdomūs
- Neįdomūs

**25. Ar mokykloje gauni atsakymus į rūpimus apie sveikatą klausimus?**

- Taip
- Iš dalies
- Ne, negaunu

**26. Ar mokiniai dalyvauja sudarant mokyklos vidaus tvarkos taisykles?**

- Taip
- Ne

**27. Ar manai, kad mokyklos vidaus tvarkos taisyklės yra teisingos?**

- Taip
- Iš dalies
- Ne

**28. Ar dalyvavai pristatant sveikatos stiprinimo veiklą mokyklos bendruomenei?**

- Taip, daug kartų
- Taip, 2–3 kartus
- Taip, vieną kartą
- Niekada

**29. Kaip vertini savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje?** (*jei sveikatos stiprinimo veikloje nedalyvauji, šio klausimo neatsakinėk*)

- Labai gerai
- Gerai
- Vidutiniškai
- Blogai
- Labai blogai

*Dėkojame už atsakymus!*

## 2 priedas. Mokytojams skirta anketa

Užpildymo data 20 m. mėn. d

**Gerbiamas (-a) Mokytojau (-a),**

Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas prašo Jūsų dalyvauti bendruomenių įtraukties į mokinių sveikatos stiprinimą tyrime ir atsakyti į šios anketo klausimus. Pažymėkite pasirinkto atsakymo varianto langelį kryželiu (X) arba įrašykite atsakymą tam skirtoje vietoje. **Anketa yra anoniminė**, vardo ir pavardės nurodyti nereikia. Dėkojame.

**1. Jūs esate:**

- Vyras                       Moteris

**2. Kiek Jums metų? (įrašykite) .....**

**3. Jūsų mokykla yra:**

- Mieste                       Kaime, gyvenvietėje

**4. Kiek metų dirbate mokykloje? (įrašykite) .....**

**5. Kokį dalyką dėstote? (įrašykite) .....**

**6. Ar Jūsų mokykla turi sveikatą stiprinančios mokyklos statusą?**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**7. Ar esate susipažinęs (-usi) su sveikatą stiprinančių mokyklos samprata?**

- Gerai susipažinęs (-usi)                       Susipažinęs (-usi)  
 Menkai susipažinęs (-usi)                       Nesusipažinęs (-usi)

**8. Ar mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė? (jei nėra arba nežinote, pereikite prie 12 klausimo)**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**9. Jei yra, ar šioje grupėje yra mokytojų?**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**10. Ką žinote apie mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės nuveiktus darbus? (parašykite)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**11. Ar teikiate pasiūlymus mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**12. Ar mokytojai skatinami išreikšti savo nuomonę jiems rūpimais sveikatos klausimais?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais                        
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**13. Ar priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į Jūsų nuomonę?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais                        
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**14. Ar Jus dalyvaujate atliekant sveikatos stiprinimo veiklos vertinimą?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais                        
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**15. Ar mokytojai yra supažindinami su sveikatos stiprinimo veiklos vertinimo rezultatais?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**16. Kaip buvo panaudojamos sveikatos stiprinimo veiklos vertinimo išvados? (pažymėkite ne daugiau nei 3 labiausiai tinkančius atsakymų variantus)**

- Rengiant sveikatos stiprinimo programas  
 Rengiant sveikatos ugdymo programas  
 Tobulinant programas  
 Ruošiantis pamokoms  
 Dalykų dėstymui  
 Kita (įrašykite).....

**17. Ar dalyvaujate sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje? (jei ne, pereikite prie 19 klausimo)**

- Taip, visada                       Taip, gana dažnai  
 Taip, kartais                       Ne, niekada

*Likę anketos klausimai pateikti kitoje lapo pusėje*

**18. Kaip dalyvaujate sveikatos stiprinimo veikloje?** *(pažymėkite ne daugiau nei 3 labiausiai tinkančius atsakymo variantus)*

- Prsidėjau rengiant programą
- Siūliau sveikatos stiprinimo renginius
- Siūlau temas, priemones
- Padėjau organizuoti renginius
- Gaminau reikalingas priemones
- Vedžiau renginius
- Planuoju išteklius
- Išteklių paieškoje (žmogiškųjų, finansinių)
- Vertinant veiklą
- Aptariant vertinimą
- Dalyvavau renginiuose
- Kita *(įrašykite)*.....

**19. Ar mokykla pakankamai aprūpinta sveikatos ugdymui reikalinga metodine medžiaga?**

- Taip, pakankamai
- Ne, nepakankamai
- Neturiu nuomonės

**20. Ar sveikatos ugdymas yra integrali ugdymo turinio dalis?**

- Taip
- Iš dalies
- Ne

**21. Į kokius planus, programas integruotas sveikatos ugdymas Jūsų mokykloje?** *(galimi keli atsakymų variantai)*

- Ugdymo sričių teminius planus
- Dalykų teminius planus
- Pasirenkamųjų dalykų programas
- Dalykų modulių programa

**22. Ar Jūs esate integravę sveikatos klausimus į savo dėstomo dalyko programą?** *(jei neintegruoti pereikite prie 24 klausimo)*

- Taip
- Ne

**23. Ar į Jūsų dalyko programą integruoti sveikatos klausimai?** *(galimi keli atsakymų variantai)*

- Praplečia bendrojo lavinimo programos temas
- Pagilina bendrojo lavinimo programų turinį
- Akcentuoja problemines sveikatos sritis
- Aptaria sveikatos rizikos veiksnius
- Aptaria ligų prevencijos priemones
- Kita *(įrašykite)*.....

**24. Kokia sritis sveikatos ugdymas apima Jūsų mokykloje? (galimi keli atsakymų variantai)**

- Fizinis aktyvumas ir kūno kultūra
- Sveika mityba
- Tabako alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencija
- Nelaimingų atsitikimų ir traumų prevencija
- Patyčių prevencija
- Protinė sveikata (streso įveikimas, depresija, netektys)
- Žmogaus sauga
- Lytiškumo ugdymas ir rengimas šeimai
- Užkrečiamų ligų prevencija
- Vartojimo kultūros ugdymas
- Kita (įrašykite).....

**25. Ar dalyvavote pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį mokyklos bendruomenei?**

- Taip, daug kartų
- Taip, 2–3 kartus
- Taip, vieną kartą
- Niekada

**26. Ar dalyvavote pristatant sveikatos stiprinimo veiklos gerą patirtį už mokyklos ribų?**

- Taip, daug kartų
- Taip, 2–3 kartus
- Taip, vieną kartą
- Niekada

**27. Kaip vertinate savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje? (jei sveikatos stiprinimo veikloje nedalyvavote, šio klausimo neatsakinėkite)**

- Labai gerai
- Gerai
- Vidutiniškai
- Blogai
- Labai blogai

*Dėkojame už atsakymus*



## 3 priedas. Tėvams skirta anketa

Užpildymo data 20    m.    mėn.    d

**Gerbiami Tėveliai,**

Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas prašo Jūsų dalyvauti mokyklų bendruomenių įtraukties į mokinių sveikatos stiprinimą tyrime ir atsakyti į šios anketos klausimus. Pažymėkite pasirinkto atsakymo varianto langelį kryželiu (X) arba įrašykite atsakymą tam skirtoje vietoje. **Anketa yra anoniminė**, vardo ir pavardės nurodyti nereikia. Dėkojame už atsakymus.

**1. Jus esate:**

- Vyras                       Moteris

**2. Jūsų išsilavinimas yra:**

- Pagrindinis                       Vidurinis                       Aukštesnysis  
 Aukštasis                       Kita (*įrašykite*).....

**3. Kiek Jums metų? (*įrašykite*) .....**

**4. Jūsų gyvenamoji vieta yra:**

- Miestas                       Kaimas, gyvenvietė

**5. Ar Jūsų vaiko mokykla turi sveikatą stiprinančios mokyklos statusą?**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**6. Ar esate susipažinęs (-usi) su sveikatą stiprinančių mokyklos samprata, idėjomis?**

- Gerai susipažinęs (-usi)                       Susipažinęs (-usi)  
 Menkai susipažinęs (-usi)                       Nesusipažinęs (-usi)

**7. Ar Jūsų vaiko mokykloje yra sveikatos stiprinimo veiklą organizuojanti grupė? (*jei nėra, pereikite prie 11 klausimo*)**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**8. Jei yra, ar šioje grupėje yra tėvų?**

- Taip                       Ne                       Nežinau

**9. Ką žinote apie mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančios grupės nuveiktus darbus? (*parašykite*)**

.....  
 .....

**10. Ar teikiate pasiūlymus mokyklos sveikatos stiprinimo veiklą organizuojančiai grupei?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**11. Ar Jus domina informacija apie sveikatos stiprinimo veiklą Jūsų vaiko mokykloje?**

- Taip                                       Ne

**12. Ar tėvai yra skatinami išreikšti savo nuomonę rūpimais vaikų sveikatos klausimais?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**13. Ar priimant sprendimus, susijusius su sveikatos stiprinimu, atsižvelgiama į Jūsų nuomonę?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**14. Koku būdu galite išsakyti savo nuomonę dėl vaikų sveikatos ugdymo organizavimo mokykloje? (pažymėkite ne daugiau nei 3 labiausiai tinkančius atsakymo variantus)**

- Pildau anketas  
 Pasisakau bendrame mokyklos susirinkime  
 Pasisakau klasės tėvų susirinkime  
 Kalbuosi su mokyklos direktoriumi  
 Kalbuosi su klasės auklėtoju (-a)  
 Kalbuosi su kitais mokytojais, specialistais  
 Kita (įrašykite).....

**15. Ar tėvai yra supažindinami su sveikatos stiprinimo veiklos vertinimo rezultatais?**

- Taip, gana dažnai                       Taip, kartais  
 Taip, retai                                       Ne, niekada

**16. Ar dalyvaujate savo vaiko mokyklos sveikatos stiprinimo ir ugdymo veikloje? (jei ne, daugiau klausimų neatsakinėkite)**

- Taip, visada                                       Taip, gana dažnai  
 Taip, kartais                                       Ne, niekada

**17. Kaip dalyvavote sveikatos stiprinimo veikloje? (pažymėkite ne daugiau nei 3 labiausiai tinkančius atsakymo variantus)**

- Siūliau sveikatos stiprinimo temas ir renginius  
 Siūliau sveikatos stiprinimo priemones  
 Padėjau organizuoti renginius  
 Organizavau materialinę paramą  
 Buvau renginių dalyvis  
 Kita (įrašykite).....

*Likę anketos klausimai pateikti kitoje lapo pusėje*

**18. Kaip vertinate savo dalyvavimą sveikatos stiprinimo veikloje?**

- Labai gerai                       Gerai                       Vidutiniškai  
 Blogai                               Labai blogai

*Dėkojame už atsakymus!*

**4 priedas.** Mokinių tėvams skirta informacija**Gerb. Tėveliai,**

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas ir Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras atlieka tyrimą, kurio tikslas - įvertinti mokyklų bendruomenių narių dalyvavimą sveikatos stiprinimo procese. Todėl norėtume paprašyti Jūsų ir Jūsų vaiko atsakyti į mūsų parengtų anketų klausimus. Anketos yra anoniminės, nereikia nurodyti vardo ir pavardės, o tyrimo rezultatai bus pateikti tik apibendrintais duomenimis.

Tyrimo vadovė prof. Genė Šurkienė, vykdytoja Rūta Maceinaitė. Jei norėtumėte daugiau sužinoti apie tyrimą ar užduoti klausimų, maloniai prašome kreiptis į prof. Genę Šurkienę tel. 8-611 38676.

Dėkojame už bendradarbiavimą!