

ŠIAULIŲ MIESTO VISUOMENĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTŲ POŽIŪRIO Į SVEIKATOS REFORMĄ MOKYKLOSE ĮVERTINIMAS

Simona Abromavičienė, Jūra Vladas Vaitkevičius, Tatjana Bakanovienė
Šiaulių universiteto Visuomenės sveikatos mokslinis centras

Santrauka

Besikeičiant sveikatos priežiūros organizavimui mokykloje, kyla būtinybė atkreipti dėmesį į mokyklose dirbančius visuomenės sveikatos priežiūros specialistus, jų kompetencijos lygį ir šiuo metu teisės aktų tvarka keliamus reikalavimus. Mokykloje skiriamos tokios visuomenės sveikatos priežiūros veiklos sritys: sveikatinimo konsultacijų teikimas, sveikatos projektų rengimas, maitinimo organizavimo priežiūra, pirmosios medicinos pagalbos teikimas, ugdymo aplinkos vertinimas, duomenų apie mokinių sveikatą teikimas ir pan. Neaišku, ar dabartinis mokyklos visuomenės sveikatos priežiūros specialistas yra pasirengęs įgyvendinti šiuos uždavinius. Šio tyrimo tikslas buvo palyginti mokyklų sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į mokinių sveikatos priežiūros reformą mokyklose. Siekiant tikslo atlikta lyginamoji apklausos rezultatų analizė. Apklausa vyko dviem etapais: pirmasis – 2006 m., antrasis – 2008 m. Gauti rezultatai leidžia teigti, kad daugiau nei pusė 2008 m. apklausoje dalyvavusių respondentų pritarė sveikatos priežiūros reformai mokyklose visiškai sutikdami, kad ji naudinga ir gali pagerinti vaikų sveikatą (2006 m. šiam teiginiui pritarė tik trečdalis apklaustųjų). Per dvejus metus pasikeitė apklaustų asmenų požiūris į savo funkcijas (2008 m. beveik pusė sveikatos priežiūros specialistų daugiausiai laiko skyrė sveikatos mokymui ir ugdymui, o 2006 m. tai nurodė tik penktadalis apklaustųjų). Pastebėtas pokytis vertinant savo veiklos svarbą: 2008 m., palyginti su 2006 m., respondentai dažniau teigė, kad teikti sveikatinimo veiklos konsultacijas, inicijuoti ir dalyvauti rengiant sveikatinimo projektus (programas), kaupti ir apibendrinti informaciją apie profilaktinius vaikų sveikatos patikrinimus yra nesvarbu. Tokie rezultatai leidžia pastebėti, kad mokinių sveikatos priežiūros reforma mokyklose vyksta tinkama linkme, tačiau tolesnė reforma turėtų būti orientuota į sveikatos stiprinimo veiklos integravimą mokykloje, visos mokyklos bendruomenės įtraukimą į sveikatinimo veiklą.

Raktažodžiai: mokinių sveikatos priežiūra, mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistai.

IVADAS

Esminis šiuolaikinės visuomenės sveikatos stiprinimo požymis – ne tik įveikti ligas, bet ir ieškoti būdų, kaip nuo pat mažens saugoti ir stiprinti savo ir kitų sveikatą. Daugeliu atvejų bendrojo lavinimo mokykla yra pagrindinė vaikų socializacijos institucija, tinkama puoseleli vaikų sveikatą, formuoti sveikos gyvensenos ir kitus gyvenimo įgūdžius [1]. Šiandienos vaikai yra visaverčiai rytdienos visuomenės piliečiai. Jų raida, išgyvenimai, gebėjimai veikti ir priimti sprendimus yra tolesnės pažangos, taip pat ir gyvenimo kokybės prielaida, kurios pagrindas – gera sveikata [2].

Vaikai Lietuvoje sudaro ketvirtadalį visuomenės. Šią populiacijos dalį apima įvairių sektorių vykdomos sveikatinimo programos ir įvairios kitos prie-

monės. Įprasta manyti, kad vykdomos priemonės turėtų užtikrinti geresnę vaikų sveikatą, tačiau oficiali statistika rodo, jog vaikų sveikata nėra tokia gera ir kelia daug rūpesčių [3]. Iki 2003 m. buvusi sveikatos priežiūra mokykloje apsiribojo siauromis asmens sveikatos priežiūros funkcijomis. Pertvarkius asmens sveikatos priežiūrą į draudiminę, vykdyti funkcijas, skirtas ligoms gydyti, pasidarė neracionalu ir per daug brangu. Dėl ekonominių aspektų šalyje buvo pradėti naikinti sveikatos priežiūros paslaugas mokyklose teikiančių specialistų etatai [1]. Tokie veiksmai tik blogino sveikatos paslaugų teikimo mokiniams galimybes. Akivaizdu, jog tai prieštaravo Liublianos chartijos principams: „siekti sveikatos gerėjimo“, „tenkinti paslaugų gavėjo poreikius“ ir „išiklausyti į piliečių nuomonę ir pasirinkimą“ [4].

Dabartiniuose Lietuvos sveikatos politikos dokumentuose reglamentuojama, jog mokyklose būtina teikti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, daugiau dėmesio skiriant mokinių ir mokyklos bendruomenės sveikatai stiprinti ir saugoti, ligų profilaktikai ir rizikos veiksnių poveikiui mažinti [3, 5, 6, 7, 8].

*Adresas susirašinėti: Jūra Vladas Vaitkevičius,
Šiaulių universiteto Visuomenės sveikatos
mokslinis centras,
P. Višinskio g. 25-204, 76351 Šiauliai.
El. p. vsmc@spf.su.lt*

PSO programoje „Sveikata visiems XXI amžiuje“ teigiama, kad 95 proc. vaikų turi būti ugdomi sveikatą stiprinančioje mokykloje. Į mokinių sveikatos stiprinimo veiklą turi būti įtraukiami mokyklos pedagogai, tėvai, sveikatos priežiūros specialistai, kiti darbuotojai ir visa mokyklos bendruomenė [9]. Mokyklos sveikatos priežiūros specialistui suteiktas vaidmuo turi būti orientuotas į sveikatos stiprinimą [5].

Šiuolaikinė visuomenės sveikatos samprata išplečia siaurą biomedicininį sveikatos priežiūros modelį. Atsiranda būtinybė spręsti naujus mokinių sveikatos priežiūros uždavinius. Juos įgyvendinti padėtų mokyklų sveikatos priežiūros reforma ir kryptingai parengti specialistai.

Iki šiol Lietuvoje mokinių sveikatos priežiūros veikla mokyklose mažai tyrinėta. Pasigendama išsamesnių tyrimų apie sveikatos priežiūros veiklą mokyklose vykdančio specialisto atliekamas funkcijas, jų kokybę, požiūrį į teikiamas paslaugas ir šių paslaugų poreikį. Nagrinėjant mokyklos mediko vaidmenį sveikatos ugdymo procese, kyla kontroversiškas klausimas – ar medikas mokykloje gali ugdyti sveikatą, jei jis nėra „tikrasis“ ugdymo profesionalas (ugdytojas, mokytojas). Sveikatos ugdymo įgyvendinimas kelia reikalavimus sveikatos ugdytojams, siekiantiems formuoti mokinių individualios savirūpos, sveikatos priežiūros vartotojo ir socialines kompetencijas, įgalinančias priimti pozityvius sveikatai elgsenos sprendimus individo ir socialiniu lygmeniu [10, 11]. Siekiant įvertinti tam tikros dalies mokyklos bendruomenės požiūrį į vykstančią reformą, tyrimo metu remtasi subjektyviais sveikatos priežiūros specialistų darbo rodikliais.

Pasaulio ir Lietuvos sveikatos politikos ir strategijos dokumentuose akcentuojama sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo problema [4, 6, 7, 9, 12, 13, 14]. Vienas pagrindinių akcentų – vaikų ir jaunimo sveikata.

Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos 2004 m. duomenimis, bendrojo lavinimo mokyklose veikė tik 364 medicinos punktai, kuriuose dirbo 364 slaugos darbuotojai, nors etatinių mokyklų bendruomenės slaugytojų Lietuvoje turėjo būti 698 [15]. Medicinos punktai šalyje buvo pradėti naikinti

klaidingai interpretavus 2002 m. liepos 30 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymą „Dėl švietimo įstaigų medicinos punktų finansavimo“ [16]. Medicinos punktai mokyklose pradėti naikinti motyvuojant, jog lėšų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo sveikatos programoms skiriama per mažai.

Šiaulių mieste, vadovaujantis Šiaulių miesto savivaldybės tarybos sprendimu, buvo nutarta nuo 2003 m. sausio 2 d. įsteigti bendruomenės slaugytojų etatus Šiaulių miesto savivaldybės bendrojo lavinimo mokyklose [17], taip pat patvirtinti bendrojo lavinimo mokyklų bendruomenės slaugytojų etatų sąrašą ir sudaryti sutartį su VšĮ Šiaulių asmens sveikatos priežiūros centru dėl Šiaulių miesto savivaldybės bendrojo lavinimo mokyklų bendruomenės slaugytojų etatų išlaikymo iš Šiaulių miesto savivaldybės biudžeto. 2008 m. Šiaulių miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biure dirbo 24 mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistai. Šio tyrimo tikslas – atlikti Šiaulių miesto visuomenės sveikatos biuro visuomenės sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į mokinių sveikatos priežiūros reformą mokyklose lyginamąją analizę.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimo metu buvo siekiama palyginti 2006 ir 2008 m. visuomenės sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į mokinių sveikatos priežiūros reformą mokyklose. Duomenys surinkti apklausos raštu metodu, taikant mišraus tipo klausimyną (iš viso 17 klausimų: 7 kombinuoto, 2 atviro ir 8 uždaro tipo klausimai). 2006 m. buvo apklausti 29 bendrosios praktikos slaugytojai, dirbantys Šiaulių m. bendrojo lavinimo mokyklose, o 2008 m. apklausti 23 Šiaulių m. Visuomenės sveikatos biuro visuomenės sveikatos priežiūros specialistai.

Duomenų analizei atlikti taikyti kiekybiniai tyrimo metodai. Anketiniai duomenys analizuoti naudojant kompiuterinį SPSS statistinį paketą. Dviejų kintamųjų skirtumui įvertinti apskaičiuotas chi kvadrato (χ^2) ir Fišerio (Fisher's, F) kriterijai esant mažam stebėjimų skaičiui. Skirtumai tarp nagrinėjamų dydžių laikyti statistiškai patikimais, jei $p < 0,05$.

1 lentelė. Demografiniai imties rodikliai

	Išsilavinimas		Amžius	Darbo stažas				
	2006	2008		2006	2008			
	Proc./n	Proc./n	2006	2008	2006	2008		
Aukštesnysis	100/29	91,3/21	24–40 m.	24,1/7	30,4/7	< 5 m.	41,4/12	33,3/7
Aukštasis	–	8,7/2	41–50 m.	37,9/11	39,1/9	6–20 m.	27,6/8	42,9/9
			> 51 m.	37,9/11	30,4/7	> 21 m.	31,0/9	23,8/5

1 lentelėje pateikiami apklaustų asmenų demografiniai rodikliai: išsilavinimas, amžius, darbo stažas. Vertingas pokytis pastebėtas vertinant išsilavinimo rodiklius – 2008 m. buvo respondentų su aukštesniu išsilavinimu. 2006 m. visi apklaustieji nurodė turintys aukštesnį išsilavinimą. Tai leidžia daryti prielaidą, kad tais metais Šiaulių mieste nedirbo nė vienas reglamentuojamas visuomenės sveikatos studijas baigęs specialistas [18].

Vienas iš būdų kaupti profesinės srities žinias ir tobulėti yra kvalifikacijos kėlimas. Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos apraše nurodoma, jog viena iš sveikatos priežiūros specialisto teisių yra tobulinti savo kvalifikaciją [18]. Tyrimo metu vertinta, kaip dažnai sveikatos priežiūros specialistai kelia kvalifikaciją. Rezultatai atskleidė, jog 2008 m. kvalifikaciją kėlė visi (100 proc.) tyrime dalyvavę respondentai, o 2006 m. – 96,6 proc.

Sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarka nustato, kad vienas visuomenės sveikatos priežiūros specialisto etatas steigiamas tūkstančiui mokinių. Sprendimą dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto etato steigimo priima savivaldybės institucija, atsižvelgdama į tai, kiek savivaldybės teritorijoje mokosi mokinių [19]. Daugiau nei pusė (52,2 proc.) 2008 m. apklausoje dalyvavusių respondentų nurodė, jog aptarnauja 800–1 000 mokinių, o viena respondentė (4,3 proc.) pažymėjo, kad aptarnauja daugiau nei 1 000 mokinių. Lyginant 2006 ir 2008 m. rezultatus pastebėta, kad 2006 m. 10,3 proc. dirbančių sveikatos priežiūros specialistų aptarnavo didesnę skaičių mokinių nei reglamentuota minėtame Lietuvos Res-

publikos Vyriausybės nutarime [19] (t. y. daugiau nei 1 000 mokinių). Tačiau skirtumai tarp 2006 m. ir 2008 m. apklausos rodiklių nebuvo statistiškai reikšmingi ($p > 0,05$).

Mokinių sveikatos priežiūrą gali vykdyti sveikatos priežiūros specialistai, baigę ne trumpesnius kaip 40 val. visuomenės sveikatos priežiūros kursus, arba asmenys, baigę visuomenės sveikatos studijas teisės aktų nustatyta tvarka [20]. Pateiktoje anketoje prašyta pažymėti, ar respondentai persikvalifikavę į visuomenės sveikatos priežiūros specialistus. Tyrimo metu nustatyta, kad 2008 m. 73,9 proc. mokyklose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų jau buvo persikvalifikavę į visuomenės sveikatos priežiūros specialistus.

Anketoje buvo pateiktas klausimas, kuriuo siekta išsiaiškinti specialisto požiūrį į konsultacijų tikslingumą ir svarbą. Didžioji dalis respondentų sutiko, jog konsultacijos labai tikslingos ir mokytojams (63,5 proc.), ir mokinių tėvams (globėjams, rūpintojams) (96,2 proc.), ir mokiniams (61,5 proc.). Po vieną respondentą (1,9 proc.) teigė, kad netikslinga teikti konsultacijas mokytojams ir mokinių tėvams (globėjams, rūpintojams) (2 lentelė). Lyginant 2006 ir 2008 m. apklausos rezultatų duomenis paaiškėjo, kad, beveik visų nurodytais metais apklausoje dalyvavusių respondentų nuomone, labai tikslinga konsultuoti mokytojus, mokinius ir jų tėvus (globėjus, rūpintojus) (2 lentelė). Reikšmingų skirtumų tarp 2006 ir 2008 m. atliktos apklausos respondentų požiūrio į konsultacijų teikimo minėtoms grupėms tikslingumą nenustatyta.

2 lentelė. 2006 ir 2008 m. sveikatos priežiūros specialistų apklausos rezultatų pasiskirstymas (proc.) pagal požiūrį į sveikatinimo veiklos konsultacijų tikslingumą

	Apklausos metai	
	2006 m. (proc./n), N = 29	2008 m. (proc./n), N = 23
Ar tikslinga teikti metodines konsultacijas mokytojams		
labai tikslinga	55,2/16	73,9/17
šiek tiek	41,4/12	26,1/6
netikslinga	3,4/1	na
Ar tikslinga teikti metodines konsultacijas mokiniams		
labai tikslinga	93,1/27	100/23
šiek tiek	6,9/2	na
netikslinga	na	na
Ar tikslinga teikti metodines konsultacijas mokinių tėvams (globėjams, rūpintojams)		
labai tikslinga	55,2/16	69,6/16
šiek tiek	41,4/12	30,4/7
netikslinga	3,4/1	na

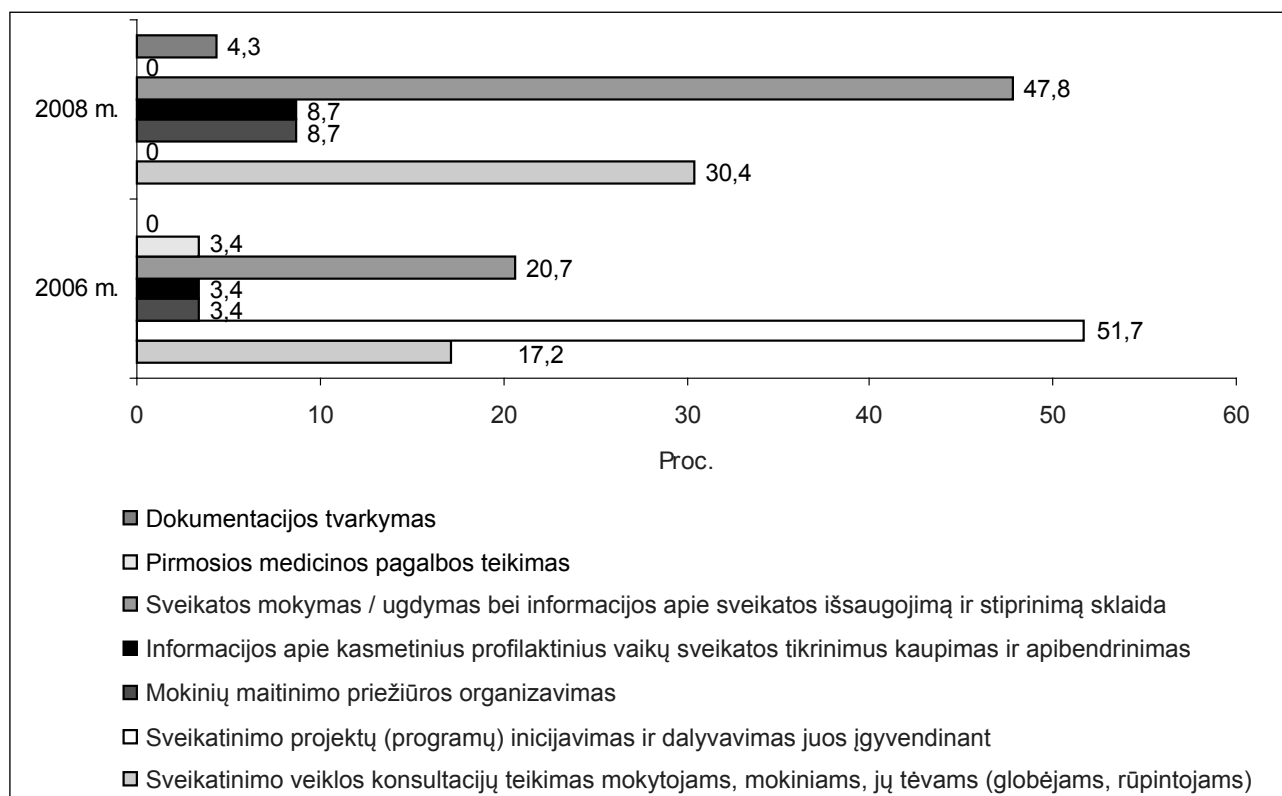
3 lentelė. 2006 ir 2008 m. respondentų pasiskirstymas (proc.) pagal bendradarbiavimą su tikslinėmis grupėmis

Bendradarbiavimas su tiksline grupe	Mokyklų sveikatos priežiūros specialistai		Iš viso (proc./n) N = 52	F; p
	2006 m. (proc./n) N = 29	2008 m. (proc./n) N = 23		
Mokytojai, administracija				
pakankamas	75,9/22	82,6/19	78,8/41	0,92; 0,34
vidutinis	20,7/6	13/3	17,3/9	
mažas	na	4,3/1	1,9/1	
nebendradarbiaujama	3,4/1	na	1,9/1	
Asmens sveikatos priežiūros specialistai				
pakankamas	48,3/14	30,4/7	40,4/21	1,54; 0,22
vidutinis	27,6/8	43,5/10	34,6/18	
mažas	17,2/5	21,7/5	19,2/10	
nebendradarbiaujama	6,9/2	4,3/1	5,8/3	
Kitos įstaigos, turinčios įtakos vaikų sveikatai				
pakankamas	31/9	21,7/5	26,9/14	0,43; 0,52
vidutinis	44,8/13	17,4/4	32,7/17	
mažas	13,8/4	56,5/13	32,7/17	
nebendradarbiaujama	10,3/3	4,3/1	7,7/4	
Tėvai (globėjai, rūpintojai)				
pakankamas	13,8/4	36,4/8	23,5/12	0,32; 0,57
vidutinis	51,7/15	31,8/7	43,1/22	
mažas	17,2/5	31,8/7	23,5/12	
nebendradarbiaujama	17,2/5	na	9,8/5	
Mokiniai				
pakankamas	89,7/26	95,7/22	92,3/48	4,01; 0,05
vidutinis	6,9/2	4,3/1	5,8/3	
mažas	na	na	na	
nebendradarbiaujama	3,4/1	na	1,9/1	

na – nepasirinktas atsakymas.

Bendravimo ir bendradarbiavimo kompetencijos išskiriamos daugelio specialistų kompetencijų aprašuose. Visuomenės sveikatos specialistams ši kompetencija taip pat yra svarbi [20]. 3 lentelėje pavaizduotas 2006 ir 2008 m. apklaustų asmenų požiūris į bendradarbiavimą su mokyklos bendruomene. Pastebėjome, kad 2008 m. bendradarbiavimą su pačiais mokiniais specialistai vertino palankiau nei 2006 m. Pastebėtas mažėjantis bendravimo vertinimas su asmens sveikatos priežiūros specialistais ir kitomis įstaigomis, turinčiomis įtakos vaikų sveikatai.

Per dvejus metus pastebėtas skirtumas tarp apklaustų asmenų savo veiklos vertinimo. 2006 m. didžiąją laiko dalį skirdavo sveikatinimo projektams (programoms) inicijuoti ir dalyvauti jose (daugiau kaip pusė apklaustų asmenų), o 2008 m. šios veiklos niekas neišskyrė. 2008 m. beveik pusė respondentų kaip savo pagrindinę veiklą nurodė sveikatos mokymą / ugdymą ir informacijos apie sveiką gyvenimą sklaidimą. 2006 m. šią veiklą nurodė tik penktadalis respondentų (1 pav.).



1 pav. Respondentų pasiskirstymas (proc.) 2006 ir 2008 m. pagal darbą, kuriam skiriama daugiausia laiko

Respondentų paprašius darbus sunumeruoti svarbos tvarka, daugiau kaip 80 proc. (2006 ir 2008 m.) specialistų prioritetą skyrė pirmosios pagalbos teikimui ir koordinavimui. Beveik ketvirtadalis (39,1 proc.) respondentų nuomone, taip pat nesvarbu inicijuoti mokyklos sveikatinimo projektus (programas), dalyvauti juos įgyvendinant ir nustatant lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių (alkoholio ir narkotikų vartojimas, rūkymas) paplitimą. Trečdalis (30,4 proc.) respondentų nurodė, jog teikti metodines sveikatinimo veiklos konsultacijas (globėjams, rūpintojams), organizuoti mokinių maitinimo priežiūrą, skatinti sveikos mitybos įgūdžių formavimą, kaupti ir apibendrinti informaciją apie kasmetinius profilaktinius vaikų sveikatos tikrinimus taip pat nėra viena iš prioritetinių sričių (4 lentelė). Lyginant 2006 ir 2008 m. apklausų duomenis, išaiškėjo, jog požiūris į šį darbą reikšmingai pasikeitė. 2008 m. reikšmingai daugiau ($p < 0,05$) respondentų nei 2006 m. nurodė, kad sveikatinimo veiklos konsultacijų teikimas (globėjams, rūpintojams), mokyklos sveikatinimo projektų (programų) inicijavimas ir dalyvavimas juos įgyvendinant, informacijos apie kasmetinius profilaktinius vaikų sveikatos tikrinimus kaupimas ir apibendrinimas yra nesvarbi veikla. Lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimo (tokių kaip alkoholis,

narkotikai, tabakas) nustatymas 2006 m. reikšmingai dažniau nei 2008 m. buvo vertinamas kaip svarbus darbas ($p < 0,05$) (4 lentelė).

Mokyklos sveikatos priežiūros specialistų prašėme įvertinti savo žinias ir įgūdžius paskirtų funkcijų įgyvendinimo metu (5 lentelė). Lyginant 2006 ir 2008 m. pastebėta, kad yra sričių, kur apklaustųjų žinios ir įgūdžiai nepakito, tačiau pastebėta ir skirtumų. Pavyzdžiui, 2008 m. daugiau apklaustųjų asmenų nurodė, kad jiems trūksta žinių ir įgūdžių mokyklos aplinkos atitikčiai visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų reikalavimams vertinti, dalyvauti prevencinėse grupėse, pagalbai organizuojant mokinių imunoprofilaktiką.

Tyrime taip pat siekėme sužinoti, ar visada sveikatos priežiūros specialistai atlieka teisės aktuose reglamentuojamas pareigas [18]. Tyrinėta, kaip dažnai sveikatos priežiūros specialistai atlieka kai kurias teisės aktuose numatytas pareigas. Vertinant tyrimo rezultatus išryškėjo, kad dauguma 2008 m. respondentų nuolat teikia konsultacijas (77,3 proc.) ir informaciją (86,4 proc.) sveikatinimo veiklos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo klausimais mokyklos bendruomenėje. Tačiau šie skirtumai lyginant 2006 ir 2008 m. nebuvo reikšmingi, nors 2006 m. apklausti asmenys reikšmingai dažniau nei dalyvavusieji

4 lentelė. Mokiū sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas (proc.) pagal požiūrį į svarbą atlikti tam tikras veiklas 2006 ir 2008 m.

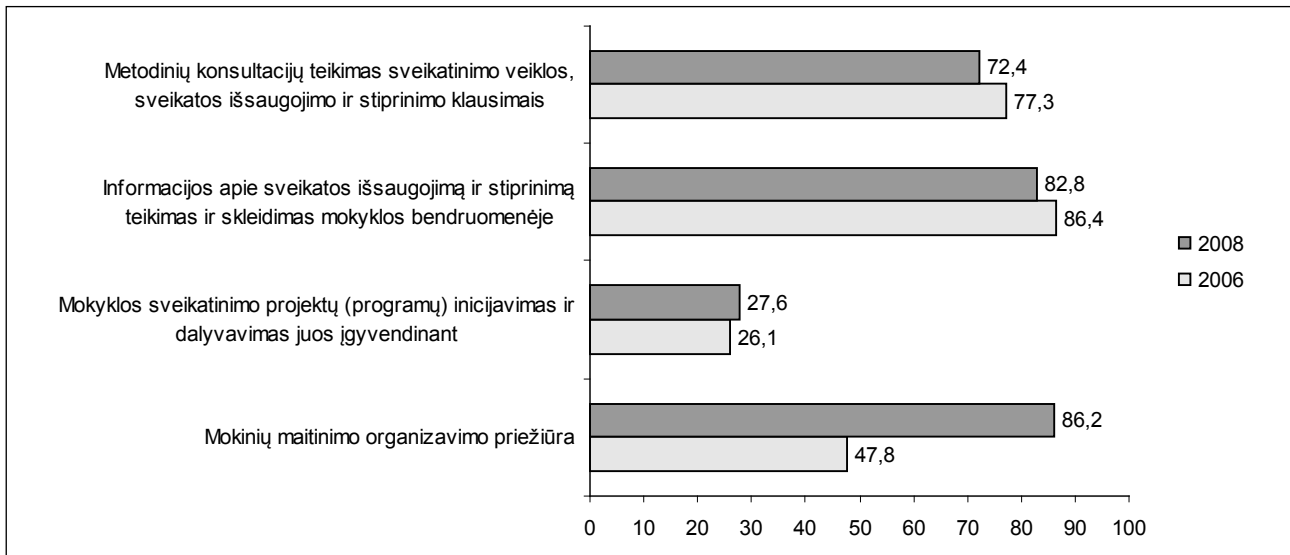
Veikla	Mokyklų sveikatos priežiūros specialistai		Iš viso (proc./n) N = 52	χ^2 ; IIs; p
	2006 m. (proc./n) N = 29	2008 m. (proc./n) N = 23		
Teikti metodines sveikatinimo veiklos konsultacijas (globėjams, rūpintojams)				
svarbu	51,7/15	52,2/12	51,9/27	6,50; 2; 0,039
mažiau svarbu	41,4/12	12,4/4	30,8/16	
nesvarbu	6,9/2	30,4/7	17,3/9	
Inicijuoti mokyklos sveikatinimo projektus (programas) ir dalyvauti juos įgyvendinant				
svarbu	65,5/19	30,4/7	50,0/26	6,41; 2; 0,041
mažiau svarbu	17,2/5	30,4/7	23,1/12	
nesvarbu	17,2/5	39,1/9	26,9/14	
Organizuoti mokinių maitinimo priežiūrą, skatinti sveikos mitybos įgūdžių formavimą				
svarbu	79,3/23	52,2/12	67,3/35	4,31; 2; 0,116
mažiau svarbu	6,9/2	17,4/4	11,5/6	
nesvarbu	13,8/4	30,4/7	21,2/11	
Kaupti ir apibendrinti informaciją apie kasmetinius profilaktinius vaikų sveikatos tikrinimus				
svarbu	65,5/19	47,8/11	57,7/30	7,18; 2; 0,028
mažiau svarbu	31,0/9	21,7/5	26,9/14	
nesvarbu	3,4/1	30,4/7	15,4/8	
Sveikatos mokymas / ugdymas bei informacijos apie sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą sklaida (mokyklos stenduose, renginiuose, viktorinose ir pan.)				
svarbu	55,2/16	56,5/13	55,8/29	0,09; 2; 0,953
mažiau svarbu	24,1/7	26,1/6	25,0/13	
nesvarbu	20,7/6	17,4/4	19,2/10	
Nustatyti lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnių paplitimą (tokių kaip alkoholio, narkotikų vartojimas, tabako rūkymas)				
svarbu	75,9/22	34,8/8	57,7/30	9,37; 2; 0,009
mažiau svarbu	13,8/4	26,1/6	19,2/10	
nesvarbu	10,3/3	39,1/9	23,1/12	
Teikti pirmąją medicinos pagalbą				
svarbu	93,1/27	82,6/19	88,5/46	1,38; 2; 0,051
mažiau svarbu	3,4/1	8,7/2	5,8/3	
nesvarbu	3,4/1	8,7/2	5,8/3	
Tvarkyti dokumentaciją				
svarbu	24,1/7	21,7/5	23,1/12	0,65; 2; 0,722
mažiau svarbu	20,7/6	30,4/7	25,0/13	
nesvarbu	55,2/16	47,8/11	51,9/27	

5 lentelė. 2006 ir 2008 m. apklausos sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas (proc.) pagal turimas žinias ir praktinius įgūdžius

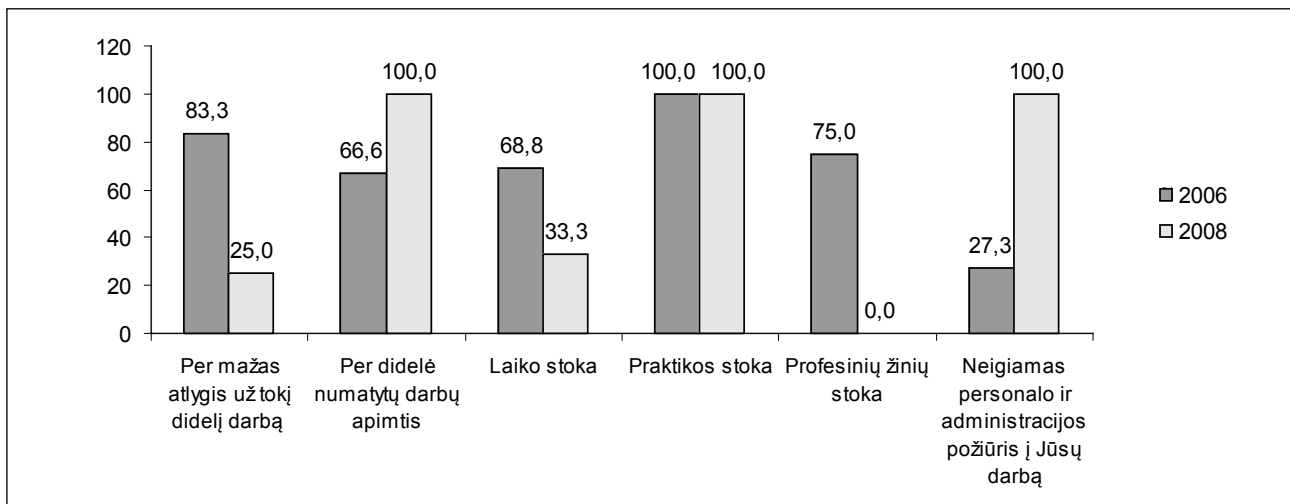
Žinios ir įgūdžiai	Mokyklų sveikatos priežiūros specialistai		Iš viso (proc./n) N = 52	χ^2 ; IIs; p
	2006 m. (proc./n) N = 29	2008 m. (proc./n) N = 23		
Metodinių konsultacijų teikimas sveikatinimo veiklos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo klausimais				
pakankamai	82,8/24	82,6/19	82,7/43	0,0; 1; 0,989
nepakankamai arba neturi	17,2/5	17,4/4	17,3/9	
Informacijos apie sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą teikimas ir sklaidimas mokyklos bendruomenėje				
pakankamai	93,1/27	100/23	96,2/50	1,65; 1; 0,199
nepakankamai arba neturi	6,9/2	na	3,8/2	
Mokyklos aplinkos atitiktis visuomenės sveikatos priežiūros teisės aktų reikalavimams vertinimas				
pakankamai	82,8/24	73,9/17	78,8/41	0,60; 1; 0,438
nepakankamai arba neturi	17,2/5	26,1/6	21,2/11	
Pagalbos kūno kultūros mokytojams, komplektuojant fizinio ugdymo grupes, teikimas				
pakankamai	69/20	95,7/22	80,8/42	5,88; 1; 0,015
nepakankamai arba neturi	31/9	4,3/1	19,2/10	
Informacijos apie kasmetinius profilaktinius mokinių sveikatos patikrinimus kaupimas, apibendrinimas				
pakankamai	86,2/25	95,7/22	90,4/47	1,32; 1; 0,251
nepakankamai arba neturi	13,8/4	4,3/1	9,6/5	
Dalyvavimas mokyklos prevencinio darbo grupėse				
pakankamai	96,6/28	78,3/18	88,5/46	4,20; 1; 0,04
nepakankamai arba neturi	3,4/1	21,7/5	11,5/6	
Pagalba organizuojant mokinių imunoprofilaktiką				
pakankamai	100/29	69,6/16	86,5/4	10,19; 1; 0,001
nepakankamai arba neturi	na	30,4/7	13,5/7	
Pirmosios pagalbos teikimas ir koordinavimas				
pakankamai	69/20	91,3/21	78,8/41	3,83; 1; 0,05
nepakankamai arba neturi	31/9	8,7/2	21,2/11	

2008 m. apklausoje teigė, kad svarbu inicijuoti mokyklos sveikatinimo projektus (programas) ir dalyvauti juos įgyvendinant (3 lentelė). Ir 2006, ir 2008 m. daugiau nei 70 proc. respondentų teigė, jog šį darbą atliko tik kartais arba niekada ($p > 0,05$). Reikšmin-

gų skirtumų tarp 2006 ir 2008 m. apklausos rezultatų nustatyta vertinant mokinių maitinimo priežiūros organizavimą: 2006 m. respondentai nurodė, kad šį darbą nuolat atlieka reikšmingai dažniau nei 2008 m. ($p < 0,05$).



2 pav. 2006 ir 2008 m. apklausų sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas (proc.) pagal atliekamų darbų dažnumą



3 pav. Svarbiausios kai kurių pareigų neatlikimo priežastys 2006 ir 2008 m.

Respondentai, kurie pažymėjo, kad neatlieka kai kurių pareigų, kaip svarbiausias priežastis, 2008 m. įvardijo praktikos stoką ir per didelę numatytų darbų apimtį (atitinkamai 100 proc. ir 40 proc.) (3 pav.). 75 proc. apklaustų asmenų teigė, kad neigiamas personalo ir administracijos požiūris, jų nuomone, nėra labai svarbi priežastis. 2006 m. po 50 proc. respondentų, kaip svarbiausias priežastis, kodėl neatlieka numatytų veiklų, įvardijo per mažą atlygį, praktikos ir profesinių žinių stoką. Lyginant 2006 ir 2008 m., tarp pasirinktų atsakymų variantų reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p > 0,05$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Šiauliuose įkūrus Visuomenės sveikatos biurą ir į jo struktūrą įtraukus mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistus ir jų veiklą, sumažėjo mokinių skaičius vienam specialistui. Turime vilties, kad ši tendencija išliks ir ateityje. Tam, kad Visuomenės sveikatos

biuras tinkamai vykdytų visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje ir gebėtų realizuoti sveikatos ugdymą ir stiprinimą, 40 val. visuomenės sveikatos priežiūros kursų nepakanka. Būtinai specializuotos bakalauro studijos, kurių metu sveikatos ugdymo specialistai įgytų reikiamos kompetencijos bendrosios ir sveikatos edukologijos srityse. Tokie specialistai rengiami Šiaulių ir Vilniaus pedagoginiame universitetuose. Tačiau dėl neaiškių priežasčių jie neįtraukti į specialistų, kurie gali dirbti visuomenės sveikatos biure, sąrašą, nors sveikatos edukologų studijų programa atitinka visus kriterijus ir teisės aktuose reglamentuotas funkcijas [20]. Organizuojant sveikatos priežiūrą mokykloje, būtina suprasti, kad sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys mokykloje, turi dirbti ne tik su vaikais, bet ir su tėvais, mokytojais.

Mokyklos mediko ugdymo vaidmenų raiškai būdinga orientacija į mokinių sveikatos priežiūros (vartotojo) kompetencijų ugdymą, sveikatos ugdymo

prieigų apsiribojimas individo (mokinio, mokinių grupės) lygmeniu ir mokyklos aplinka [21]. Atlikto tyrimo metu taip pat pastebėta, kad apklaustieji dažniau atlieka veiklas, susijusias su mokinių sveikatos priežiūra (pirmoji pagalba, maitinimo priežiūra ir pan.), tačiau, anot jų pačių vertinimo, jiems trūksta žinių ir įgūdžių organizuojant prevencinių darbo grupių veiklą, imunoprofilaktiką, taip pat nepakankamas bendravimas ir bendradarbiavimas tarp mokinių tėvų ir kitų įstaigų, turinčių įtakos vaikų sveikatai. Todėl labai svarbu numatyti galimybes visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijai tobulinti šiais aspektais.

Viena iš teisės aktuose [7, 18, 20] minimų specialisto funkcijų – sveikatinimo veiklos konsultacijų mokytojams, mokiniams, jų tėvams (globėjams, rūpintojams) teikimas bei informacinės medžiagos mokinių sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo klausimais kaupimas.

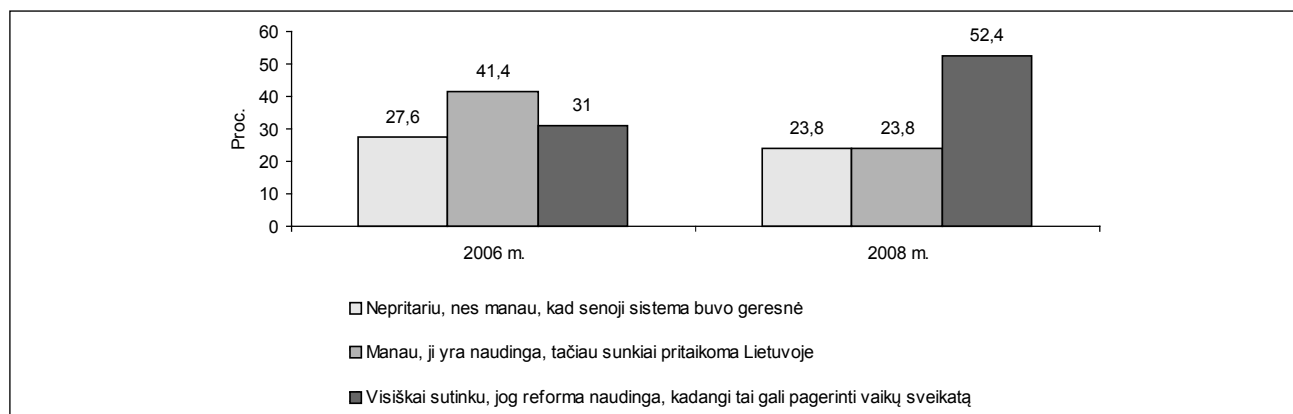
2008 m. apklausoje dalyvavę respondentai, priešingai nei 2006 m., dažniau teigė, kad mažai bendradarbiauja su įstaigomis, turinčiomis įtakos vaikų sveikatai ($p < 0,05$). O 2006 m. sveikatos priežiūros specialistų nuomone, bendradarbiavimas su tėvais (globėjais, rūpintojais) dažniau buvo vertinamas kaip vidutinis, lyginant su 2008 m. ($p < 0,05$). Sveikatos ugdymo ir stiprinimo tęstinumas šeimoje ir bendruomenėje yra svarbus šios veiklos efektyvumo garantas, todėl Visuomenės sveikatos biurų administracija į tai turėtų atkreipti ypatingą dėmesį.

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti mokyklų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į mokinių sveikatos priežiūros reformą mokyklose. Anketoje buvo pateiktas klausimas apie sveikatos priežiūros mokyklose reformos vertinimą. Suformuluoti trys galimi atsakymų variantai ir prašyta pagrįsti savo nuomonę. Nustatyta, jog 2008 m. daugiau nei pusė respondentų (52,4 proc.) pritarė sveikatos priežiūros reformai mokyklose. Jų nuomone, tai gali pagerinti vaikų sveikatą. Penktadalis (23,8 proc.) sveikatos priežiūros specialistų

reformai nepritarė, manydami, jog senoji sistema buvo geresnė. 2006 m. šiek tiek daugiau nei 40 proc. respondentų manė, jog reforma naudinga, tačiau sunkiai pritaikoma Lietuvoje. Apibendrinant galima teigti, jog ir 2006 m., ir 2008 m. apklausos dalyvių požiūris į reformą yra teigiamas, tačiau reikšmingų skirtumų, lyginant 2006 ir 2008 m. respondentų atsakymų rezultatus, nebuvo. Tyrimo rezultatus iliustruoja 4 pav.

Perkvalifikavimo reformai nepritariančios respondentės teigė, jog „neskirta laiko sveikatos ugdymui. Visoms pareigoms atlikti trūksta priemonių. Dubliuojamas sveikatos ugdymo ir praktinės medicinos darbas“. Jų nuomone, medicinos pagalbą turi teikti medikas, o profilaktiką reikėtų deleguoti specialistui, kurio pagrindinė darbo funkcija būtų sveikatos mokymas ir ugdymas. Daugelis nepritarė ir dėl to, jog medikės pagal naują tvarką nebegali suteikti medikamentinės pagalbos vaikams: „įvykus traumai negalima skirti jokių medikamentų, nuo šiol būtina kviesti tėvus ar greitąją medicinos pagalbą. Tai tik apsunkina darbą, ypač skubiais atvejais“. Respondentai, kurių nuomone, ši sistema yra naudinga, tačiau sunkiai pritaikoma Lietuvoje, kaip pagrindines priežastis įvardijo finansavimo ir žmogiškųjų išteklių stoką bei nepakankamą mokyklos bendruomenės dėmesį vaikų sveikatai. Daugelis respondentų nurodė, jog „nėra ugdymo tęstinumo namuose. Tėvai neretai būna išvykę, o vaikus prižiūri kaimynai ar seneliai“. Dar viena priežastis, kurią nurodė sveikatos priežiūros specialistai, kodėl ši sistema sunkiai pritaikoma Lietuvoje, – tai stiprus medikalizuotas visuomenės požiūris. „Vaikai ir jų tėvai labai pripratę vartoti medikamentus ir sunku įrodyti, jog sveikata – ne tik medikamentų neįnaudojimas“, kad kai kurios sveikatos problemos išsprendžiamos tinkamai vykdant profilaktinį darbą.

Apklausos dalyviai 2008 m. reikšmingai dažniau teigė, jog turi užtektinai žinių ir įgūdžių teikiant pagalbą kūno kultūros mokytojams, komplektuojant fizinio



4 pav. 2006 ir 2008 m. mokyklų sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas (proc.) pagal požiūrį į perkvalifikavimo reformą

lavinimo grupes, teikiant ir koordinuojant pirmąją pagalbą nei 2006 m. ($p < 0,05$). Taip pat reikšmingai skyrėsi požiūris į žinias ir įgūdžius dalyvaujant prevencinio darbo grupėse, kurios sprendžia mokinių psichologines, adaptacines ir socialines problemas. 2006 m. respondentų, teigiančių, jog žinių ir įgūdžių turi pakankamai, buvo reikšmingai daugiau nei 2008 m. ($p < 0,05$), todėl šioje srityje reikia aktyviau kelti kvalifikaciją. Daugelis respondentų nuolat teikia konsultacijas ir informaciją sveikatinimo veiklos, sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo klausimais mokyklos bendruomenei. Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai suvokia sveikatinimo programų ir projektų svarbą, tačiau ši darba dirbo retai. Ženkliai mažiau dėmesio respondentai 2008 m. skyrė mokinių maitinimo priežiūros organizavimui, matyt, todėl, kad šioje srityje dominuoja Valstybinė maisto ir veterinarijos tarnyba. Respondentai, pažymėjo, kad neatlieka kai kurių pareigų ir veiklos, kaip svarbiausias priežastis 2008 m. įvardijo praktikos stoką ir per didelę numatytų darbų apimtį, per mažą atlygį, praktikos ir profesinių žinių trūkumą.

Apibendrinant, kaip vieną iš problemų, galima nurodyti tai, kad kai buvo atliekamas šis tyrimas, Šiaulių miesto mokyklose nedirbo nė vienas visuomenės sveikatos studijas baigęs specialistas. Aukštąjį išsilavinimą ir aukštą kvalifikaciją turintis specialistas gali kokybiškiau ir efektyviau atlikti pareigas. Sveikatos priežiūrą vykdančio specialisto darbas turi būti orientuotas į sveikatos stiprinimą ir saugojimą, teikiant įvairias konsultacijas, skleidžiant mokyklos bendruomenėje informaciją apie tai. Atlikto tyrimo metu paaiškėjo, kad sveikatos priežiūros specialistų požiūris į metodinių konsultacijų teikimo tikslingumą yra teigiamas. Šeimos įtaka vaiko sveikatai yra neginčijama. Sėkmingas vaiko sveikatos problemų sprendimas priklauso nuo darnaus šeimos ir ugdymo įstaigų bendradarbiavimo. Dirbant ir bendraujant su sveikatos priežiūros specialistais, neretai užsimeinama, jog per mažai bendradarbiaujama su tėvais, nes daugelio mokinių tėvai išvykę į užsienio šalis, o juos prižiūrintys globėjai nesuinteresuoti metodinėmis konsultacijomis. Kita priežastis – pasyvus tėvų noras dalyvauti klasės susirinkimuose: neretai tėvai yra užsiėmę ir neturi laiko. Šią problemą spręsti turėtų padėti ne tik mokyklų sveikatos priežiūros specialistai, bet ir įstaigų, atsakingų už vaikų sveikatą, vadovai. Tėvus į šį procesą

reikėtų įtraukti jau tada, kai vaikas pradeda lankyti mokyklą. Įkurtas Šiaulių miesto savivaldybės Visuomenės sveikatos biuras, aktyviai bendradarbiaudamas su žiniasklaida, galėtų teikti informaciją apie vaikų sveikatos problemas ir sveikatos priežiūrą mokyklose, rengti seminarus tėvams ir motyvuoti juos dalyvauti vaikų sveikatos stiprinimo veikloje, taip pat organizuoti išvykas, kurių metu būtų skleidžiama informacija apie sveikatos stiprinimą ir išsaugojimą. Bendruomenę aktyviai įtraukiant į sveikatos stiprinimo veiklą, galima pasiekti efektyvesnių rezultatų. Todėl svarbu suteikti užtektinai informacijos apie sveikatos stiprinimą ir išsaugojimą.

Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti, ar pasikeitė sveikatos priežiūros specialistų požiūris į mokinių sveikatos priežiūros reformą. Vertinant požiūrį po 2 metų pastebima teigiamų pokyčių. Daugiau nei pusė (52,4 proc.) respondentų 2008 m. pritarė ir tik penktadalis nepritarė minėtai reformai. Nepritariančiųjų nuomone, ankstesnė sistema buvo geresnė: „Šiuo metu yra visiška suirutė. Norint pakeisti tarybinių laikų sistemą, turi praeiti dar daug laiko.“

IŠVADOS

1. Daugiau nei pusė (52,4 proc.) 2008 m. apklausoje dalyvavusių respondentų reformai mokyklose pritarė visiškai sutikdami, kad ji naudinga ir gali pagerinti vaikų sveikatą (2006 m. – 31 proc.).
2. Beveik pusės (47,8 proc.) 2008 m. apklausoje dalyvavusių respondentų požiūriu daugiausia laiko skiriama sveikatos mokymui ir ugdymui (2006 m. – 20,7 proc.).
3. 2008 m. reikšmingai pasikeitė mokyklų sveikatos priežiūros specialistų požiūris į atliekamos veiklos svarbą: 2008 m. respondentai dažniau teigė, kad teikti sveikatinimo veiklos konsultacijas, inicijuoti ir dalyvauti rengiant sveikatinimo projektus (programas), kaupti ir apibendrinti informaciją apie profilaktinius vaikų sveikatos patikrinimus yra nesvarbu nei 2006 m. apklausos dalyvės ($p < 0,05$).
4. Mokinių sveikatos priežiūros reforma mokyklose vyksta tinkama linkme, tačiau tolesnė reforma turėtų būti orientuota į sveikatos stiprinimo veiklos integravimą mokykloje, visos mokyklos bendruomenės įtraukimą į sveikatinimo veiklą.

Straipsnis gautas 2009-04-17, priimtas 2009-06-30

Literatūra

1. Valstybinis aplinkos sveikatos centras. Sveikatos priežiūros specialisto, dirbančio mokykloje, darbo planavimas. Metodinės rekomendacijos. Vilnius, 2006.
2. Jociūtė A. Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklas. Sveikatą stiprinančių mokyklų projektas Lietuvoje: veikla, veiksmingumas, plėtros galimybės. Vilnius, 2002.

3. Dėl vaikų sveikatos metų programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 651. Valstybės žinios. 2004;87-3177.
4. The Liubliana charter on Reforming Health Care. BMI. 1996;312:1664-1665.
5. Dėl vaikų ir mokinių sveikatos apsaugos politikos strateginių gairių. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos

- Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas Nr. 169/299. Valstybės žinios. 2000;27-738.
6. Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 315. Valstybės žinios. 2005;40-1290. (505 priemonė.)
 7. Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų plano patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 600. Valstybės žinios. 2006;70-2574.
 8. Vaitkevičius JV. Sveikatos rizikos veiksnių valdymas ir savikontrolė ugdymo srityje. 2005;205.
 9. Sveikata visiems XXI amžiuje. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, 1998.
 10. Harrison J. Science Education and Health Connection: Locating the Connection. *Studies in Science Education*. 2005;41:51-90.
 11. Glanz K, Rimer B, Lewis F. Health behavior and health education. Theory, research and practise. San Francisco: Jossey - Bass. 2002;388.
 12. Dėl strateginių veiklos planų. Sveikatos apsaugos ministerijos 2006–2008 metų sutrumpintas strateginis veiklos planas. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 132. Valstybės žinios. 2006;21-683.
 13. Dėl Nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo. Patvirtinta Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. birželio 14 d. Nr. 327. Valstybės žinios. 1991;33-893.
 14. Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimas VIII-833. Valstybės žinios. 1998;64-1842.
 15. Mokykloje – kvalifikuotas slaugytojas. *Sauga. Mokslas ir praktika*. 2004;1(85):6.
 16. Dėl švietimo įstaigų medicinos punktų finansavimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 389. Valstybės žinios. 2002;79-389.
 17. Dėl bendruomenės slaugytojų etatų įsteigimo bendrojo lavinimo mokyklose. Šiaulių miesto savivaldybės Tarybos 2002 m. lapkričio 21 d. sprendimas Nr. 547.
 18. Dėl sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas Nr. V-1035/ISAK-2680. Valstybės žinios. 2005;153-5657.
 19. Dėl sveikatos priežiūros mokyklose finansavimo tvarkos patvirtinimo. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 5. Valstybės žinios. 2004;5-96.
 20. Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-630. Valstybės žinios. 2007;88-3492.
 21. Petrauskienė A, Žydzūnaitė V. Mokyklos mediko vaidmens kompleksškumas ugdant mokinių sveikatą. *Specialusis ugdymas*. 2008;1(18):91-100.

The assessment of the attitude of the specialists of public health service towards health reform at schools

*Simona Abromavičienė, Jūra Vladas Vaitkevičius, Tatjana Bakanovienė
Šiaulių university, The Scientific Center of Public Health*

Summary

Changing organization of health service at schools lays a necessity to pay attention to the specialists of public health service working at schools, the level of their competence and the requirements set according to the order of present law acts. The realms of activity attributed to the spheres of public and personal health service, including counselling, preparation of health projects, supervision of catering organization, provision of first medical aid, assessment of educational environment, provision of the data regarding students health etc., intercross at school. It is not clear whether a present public health service specialist of school is able and prepared enough to implement the above named tasks. The aim of the research was to compare the attitude of public health service specialists working at schools towards students' health reform at schools. To achieve this aim the comparative analysis of survey results was performed. The survey was executed in the following two stages: the first stage – in 2006 and the second – in 2008. The results received enables to claim that more than a half of the respondents participating in the survey in 2008 sustain the health care reform at schools and agree that this reform is beneficial and can improve children's health (in 2006 statement has been supported only by third of respondents). In two years the attitude of respondents towards their functions

has changed (In 2008 almost a half of the specialists of health care commit much time for health education, in 2006 only fifth part of participants). The change in the assessment of the significance of one's activity is observed: in 2008 the respondents more often than in 2006 stated that it is not important to provide the consultations of health promoting activities, to initiate and participate in the projects (programmes) of health promotion, to accumulate and generalize information concerning prophylactic children's health examination. Such results reveal that the reform of students' health service at schools is being progressed in appropriate way, however a further reform should be oriented to the integration of the activity of health improvement at school and incorporation of the whole school community into the activity of health promotion.

Keywords: school health service, school health personnel.

*Correspondence to Jūra Vladas Vaitkevičius,
Scientific Center of Public Health, Šiauliai University,
P. Višinskio 25-204, LT-76351 Šiauliai, Lithuania.
E-mail: vsmc@spf.su.lt*

Received 17 April 2009, accepted 30 June 2009