MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

SOCIALINIŲ TECHNOLOGIJŲ FAKULTETAS

EDUKOLOGIJOS IR SOCIALINIO DARBO INSTITUTAS

INDRĖ ČERGELYTĖ

EDUKOLOGIJOS MAGISTRANTŪROS IŠTĘSTINĖS STUDIJOS

SOCIALINIO PEDAGOGO VAIDMUO UGDANT MOKINIŲ SVEIKATĄ

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas doc. dr. Romas Prakapas

Vilnius

2014

TURINYS

ĮVADAS.....6

1. MOKINIŲ SVEIKATOS UGDYMAS.....9

1.1. Mokinių sveikatos ugdymo samprata.....9

1.2. Mokinių sveikatos ugdymo programos.....13

2.SOCIALINIS PEDAGOGAS KAIP SVEIKATOS UGDYTOJAS.....21

2.1. Socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo samprata.....21

2.2. Socialinio pedagogo veiklos teisinis reglamentavimas 24

2.3. Socialinio pedagogo veiklos ypatumai.....27

3.SOCIALINIŲ PEDAGOGŲ VEIKLA DALYVAUJANT MOKINIŲ SVEIKATOS UGDYME BENDROJO UGDYMO MOKYKLOSE.....44

3.1. Tyrimo metodologijos pagrindimas.....44

3.2.Tiriamųjų charakteristika.....47

3.3.Tiriamųjų nuomonė apie sveikatos ugdymą.....48

3.4. Mokykloje vykdomos sveikatos ugdymo programos.....53

3.5. Socialinio pedagogo veikla sveikatos ugdyme.....58

IŠVADOS..... 69

REKOMENDACIJOS.....71

LITERATŪROS SĄRAŠAS..... 72

SANTRAUKA.....82

SUMMARY.....83

PRIEDAI.....84

LENTELĖS

1 lentelė. Sveikatos ugdytojo ir socialinio pedagogo veikla (Teixeira, 2006).....23

2 lentelė. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo mokyklose rizikos grupės ir veiksniai (Gilchrist, 1997).....29

3 lentelė. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevencijos galimybės (Botvin, 2006).....31

4 lentelė. Vaikų nutukimo rizikos veiksniai (Y. Yi, 2012, Y. Li, 2008).....32

5 lentelė. Agresijos mažinimo mokyklose programų pavyzdžiai (Wilson, 2007).....36

6 lentelė. Daugiapakopė patyčių prevencija (Swearer, 2012, Smokovski, 2005).....38

7 lentelė. Įvairiose prevencijos srityse taikomi metodai.....41

8 lentelė.Demografiniai respondentų duomenys.....47

9 lentelė. Sveikatos ugdymo požymiai.....48

10 lentelė. Sveikatos ugdymas mokykloje.....50

11 lentelė. Sveikatos ugdymo programos.....53

12 lentelė. Prevencinių programų įvairovė.....56

13 lentelė. Socialinio pedagogo veikla sveikatos ugdyme.....58

14 lentelė. Socialinio pedagogo funkcijos sveikatos ugdyme.....62

15 lentelė. Funkcijos ir veikla.....64

16 lentelė. Vykdomi projektai.....65

17 lentelė. Trukdžiai rašant projektus.....66

PAVEIKSLAI

1 paveikslas. Sveikatos ugdymo komanda 11

2 paveikslas. Sveikatos ugdymo programų integravimas (Žin., 2012, Nr. 105 - 5347).....14

3 paveikslas. Sveikatos ugdymo turinys..... 15

4 paveikslas. Fizinio aktyvumo nauda.....16

5 paveikslas. Emocinė ir psichinė sveikata.....19

6 paveikslas. Sveikatos ugdymo mokykloje pagrindinės priežastys.....52

7 paveikslas. Ugdymo formos, kurias naudoja socialiniai pedagogai.....60

8 paveikslas. Komandinio darbo privalumai.....67

SĄVOKŲ ŽODYNAS

Socialinis pedagogas - asmuo, įgijęs socialinio pedagogo profesinę kvalifikaciją aukštosiose mokyklose; įgijęs pedagogo profesinę kvalifikaciją ar edukologijos kvalifikacinį laipsnį. Socialiniai pedagogai reikalingi ten, kur rūpinamasi vaiko ugdymu: ikimokyklinėse įstaigose, bendrojo lavinimo mokyklose, profesinėse mokyklose, vaikų globos namuose, specializuotuose centruose, vaikų teisių apsaugos tarnybose, ligoninėse, savivaldybių įstaigose ir kt. įstaigose. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo įsakymas, dėl socialinio pedagogo kvalifikacijų reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo (Žin.,2010, Nr.2-79).

Vaidmuo - dalyvavimo reikšmė, svarba, poveikis (Lietuvių kalbos žodynas, 2006).

Sveikatos ugdymas - tai kryptingos ir sąmoningos pastangos gilinti žinias apie sveikatos stiprinimo ir saugojimo būdus, įtvirtinti teigiamą požiūrį į sveikatą ir ją stiprinančius veiksnius, formuoti vaiko elgesio įgūdžius bei įpročius (Gudžinskienė, 2007).

Prevencija (lot.*praeventio*) - išankstinis kelio užkirtimas, užbėgimas už akių (Jatkevičius, 2003).

ĮVADAS

Temos aktualumas. Pastaraisiais dešimtmečiais pastebima, kad Lietuvoje prastėja mokinių sveikata: daugėja vizitų pirminės medicininės priežiūros specialistų grandyje, guldymų į ligonines (Burokienė, 2012), nustatytas vaikų neįgalumo atvejų padaugėjimas (Lietuvos sveikatos statistika, 2010), išlieka didelis žalingų įpročių (rūkymo, narkotinių medžiagų ir alkoholio vartojimo, nesveikos mitybos, nejudrumo) paplitimas (Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, toliau tekste -ENNSC, 2012). Lietuvos paauglių gyvensena nėra palanki sveikatai, o neigiamos gyvensenos kitimo tendencijos gali didinti Lietuvos gyventojų riziką sirgti lėtinėmis ligomis (Grabauskas, 2002).

,,Health Behaviourin School-Aged Children“ (HBSC) (Currie, 2012) duomenys rodo, kad Lietuvoje 45 proc. berniukų ir tik 20 proc. mergaičių yra aktyvūs fiziškai. Netaisyklinga mityba būdinga net ketvirtadaliui Lietuvos mokinių (pusryčius valgo tik 60 proc. berniukų ir 53 proc. mergaičių). Daugėja mokinių, kurie turi žalingų įpročių (net 21 proc. berniukų ir 15 proc. mergaičių rūko, 27 proc.berniukų ir 22 proc.mergaičių buvo apsvaigę nuo alkoholio). Statistika rodo, kad daugėja ir psichologinių nusiskundimų: nerimo, liūdesio, savęs nesuvokimo, patyčių. Tik 27 proc. berniukų ir 22 proc. mergaičių yra patenkinti savo gyvenimu ir yra laimingi. Net 19 proc. vaikų nelaiko savęs sveikais (Currie, 2012). Nuo pat mažens būtina vaikus mokyti, kas yra sveikata, kaip ja rūpintis. Būtina suteikti žinių ir įgūdžių, kaip tinkamai maitintis, kodėl svarbu užsiimti fizine veikla, kokią įtaką daro žalingi įpročiai, kas yra asmens higiena, kaip planuoti savo veiklą, saugotis nelaimingų atsitikimų ir taip pat ugdyti savęs suvokimą, pozityvų mąstymą, jausmų supratimą (Kryževičienė, 2012). Sveikatos ugdymas mokykloje padeda vaikams siekti užsibrėžtų tikslų, geriau save realizuoti, padeda sukurti malonią aplinką mokykloje ir tarp bendraamžių, gerina mokymosi pasiekimus.

Mokykloje turi būti specialistų, kurie užsiimtų sveikatos ugdymu. Anksčiau už tai būdavo atsakingi sveikatos specialistai (bendruomenės slaugytojas,gydytojas), pastaruoju metu rengiami sveikatos ugdytojai, socialiniai pedagogai.Socialinio pedagogo specialybė ir veiklos apibrėžtis įvairiose šalyse skiriasi: socialinis pedagogas vadinamas socialiniu edukologu ar mokytoju, tiesiog pedagogu, priskiriamas socialiniams darbuotojams ir pan. (Cameron, 2011).

Šiuolaikiniame moksle socialinė pedagogika nagrinėjama kaip ,,pedagogika plačiąja prasme“ – vaikų ar kitų asmenų globa ir mokymas. Nepaisant tokios plačios srities, socialinio pedagogo identitetą aprašo konkretūs principai, tokie kaip: vaiko palankiam

vystymui sąlygų užtikrinimas, vaiko integracija į visuomenę; teigiamų santykių sukūrimas tarp bendraamžių ir suaugusiųjų bei savarankiškumo ir pagarbos jausmo ugdymas; aplinkos sąlygų sudarymas mokinio fizinei, psichinei ir socialinei gerovei (Petrie, 2009).

Lietuvoje socialiniai pedagogai pradėjo savo veiklą mokykloje kaip specialistai,kurie rūpinasi vaiku, todėl svarbu įvertinti, kokios yra socialinio pedagogo funkcijos, kokiais metodais ir priemonėmis ugdo vaikų sveikatą, kaip tai pasiekiama, kokios yra bendradarbiavimo galimybės su kitų sričių specialistais. Yra atlikti tyrimai apie mokyklos bendruomenės narių dalyvavimą sveikatos ugdyme (Rupšienė, 2002), tačiau pasigendama tyrimų, kuriuose analizuojamas socialinio pedagogo vaidmuo ugdant mokinių sveikatą (Šilkauskienė, Brown, Frieden, 2009) Tyrimai tiek Lietuvoje, tiek užsienyje rodo, kad sveikatos ugdyme socialiniai pedagogai dalyvauja nepakankamai dėl nepakankamai aiškios jų funkcijos sveikatos sektoriuje, nepakankamo finansavimo ar bendradarbiavimo su kitais specialistais stygiaus. (Frieden, 2011). Siekiant sumažinti Lietuvos gyventojų sveikatos skirtumus, būtina gerinti gyventojų mitybą, mokyti apie žalingų įpročių, nejudrumo neigiamą poveikį (Grabauskas, 2002).

Ištirtumas. Lietuvių autorių darbuose, nagrinėjančiuose socialinio pedagogo veiklą sveikatos ugdyme, atskleidžiama nepakankama specialistų patirtis ir įgūdžiai (Barštienė, 2011, Vaitkevičius, 2005). Užsienio literatūroje randama straipsnių apie socialinę pedagogiką ir jos specialistus, kurie užsiima pirmine sveikatos prevencija (Singer, 2011, Jozefowicz-Simbeni, 2008). Anot A. Anderson (2007), T. Lawson (2010), svarbu atkreipti dėmesį į mokyklos aplinką, nes kuo ji labiau pritaikyta prie vaikų poreikių, tuo vaikui sudaromos geresnės ugdymosi galimybės. S. Berzin (2011), D. Bradley (2011), J. Altshuler (2003) pateikia socialinio pedagogo svarbą dirbant su rizikos grupių vaikais: jiems priklauso etninės mažumos, vaikai turintys negalę, neturintieji tėvų, žalingų įpročių turintys vaikai, svarbus dėmesys skiriamas patyčias patiriantiems mokiniams (Greenberg, 2012). Aprašomos įvairios psichinės, somatinės, lytinės sveikatos ugdymo galimybės. Socialiniai pedagogai padeda mokiniams organizuoti pirminę prevencijai (nutukimo, nejudraus gyvenimo būdo, burnos priežiūros, rūkymo ir kt.), įsitraukti į veiklą, kurti įvairius renginius aktyviai dalyvauti ir formaliame ir neformaliame švietime (Leyba 2012). Tyrimai rodo sveikatos edukologų darbo mokyklose suaktyvėjimą, didesnę programų skvarbą, nors kai kurių programų edukacija kaip saugūs lytiniai santykiai, galėtų būti labiau prieinama (Brener 2009).Vaitkevičius J. (2012) pastebi, kad neformalaus sveikatos ugdymo užsiėmimų metu pedagogai dažniausiai renkasi aplinkos sveikatos, sveikos mitybos, asmens higienos, saugaus

elgesio temas, o rečiausiai - analizuoja lėtinių ligų prevencijos, AIDS, psichikos sveikatos, lytiškumo ugdymo temas.

Tyrimo problema. Visapusiška vaikų sveikata užtikrina tinkamą tolesnį vystymąsi, augimą, protinį darbą. Laiku pastebėjus žalingus padarinius sveikatai, galima įvairiomis priemonėmis tai sustabdyti ir įveikti. Todėl labai svarbu išsiaiškinti kaip prie to gali prisidėti socialinis pedagogas. Kaip socialinis pedagogas prisideda prie Sveikatos ugdymo bendrosios programos įgyvendinimo? Kokios yra jo atsakomybės sveikatos srityje? Kokios jo kompetencijos reikalingos? Ar socialinis pedagogas dirba vienas? Kokius metodus naudoja ugdant mokinių sveikatą? Kokie projektai ir programos rengiamos mokyklose?

Tyrimo objektas – Socialinio pedagogo veikla ugdant mokinių sveikatą

Tyrimo tikslas - Atskleisti socialinio pedagogo vaidmenį ugdant mokinių sveikatą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Apibrėžti mokinių sveikatos ugdymo sampratą.
2. Apibūdinti sveikatos ugdymo programas bendrojo ugdymo mokyklose.
3. Išryškinti socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo funkcijas.
4. Apibūdinti socialinio pedagogo prevencinės veiklos ypatumus.
5. Nustatyti socialinio pedagogo taikomų metodų pirminėje prevencijoje įvairovę.

Tyrimo metodika ir organizavimas

1) *Mokslinės ir teisinės literatūros analizė,* taikyta siekiant atskleisti sveikatos ugdymo sampratą. Išsiaiškinta kaip sveikatos ugdymas vyksta Lietuvos ir užsienio šalių mokyklose. Kokios programos yra vykdomos, kokie pasiekimai ir pan.
2) *Interviu taikytas siekiant* išsiaiškinti kokios yra socialinio pedagogo funkcijos, kiek jis kaip specialistas prisideda prie sveikatos ugdymo, kokius metodus naudoja dirbant su vaikais ir pan.

1.MOKINIŲ SVEIKATOS UGDYMAS

1.1. Mokinių sveikatos ugdymo samprata

Kalbant apie mokinių sveikatos ugdymą, svarbu patikslinti terminus ,,sveikatos stiprinimas“, „sveikatos priežiūra“ ir ,,sveikatos ugdymas“. Lietuvos sveikatos terminų ir apibrėžimų standarte (1997) **sveikatos stiprinimas** aprašomas kaip ,,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“. Taigi čia pabrėžiamas valstybės rūpinimasis žmonių sveikata, kuri susijusi su sveikatos priežiūra visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose. Akcentuojama, kad įtraukiant bendruomenę bei įvairias institucijas yra didesnės galimybės stiprinti visuomenės supratimą apie sveikatą. Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) sveikatos stiprinimą apibūdina, kaip procesą, kai žmonės gali gerinti ir rūpintis savo sveikata. Taigi sveikatos stiprinimas suprantamas kaip sąlygų sudarymas kiekvienam žmogui prisidėti prie savo sveikatos gerinimo ir stiprinimo. Akcentuojama ne visos visuomenės, bet kiekvieno asmens atsakomybė už savo sveikatą. Sveikatos stiprinimas inkorporuoja ir **sveikatos priežiūrą**, kuri apimą ligų prevenciją, profilaktiką ir gydymą. Tai visos priemonės skirtos užkirsti kelią ligoms, sveikatos sutrikimams, traumoms bei fizinių ir psichinių sutrikimų prevencijai (Ventrekienė, 2011).

Sveikatos priežiūra dažniausiai vykdoma asmens priežiūros institucijose: poliklinikose, ligoninėse, ambulatorijose, sveikatos centruose. Mokyklose taip pat yra vykdoma pirminė sveikatos priežiūra. Tai būtinoji sveikatos priežiūra, kuri reikalinga visiems bendruomenės nariams. Šios grandies tikslas spręsti sveikatos problemas ir siekti kuo greičiau jas pašalinti t.y. propaguoti sveiką gyvenseną, mokyti, suteikti įgūdžių kaip gerinti savo sveikatą, profilaktika ir gydymas. Pasak V.Ventrikienės (2011), pirminėje priežiūroje vyrauja **sveikatos ugdymas,** kuris apima mokinių supratimą apie sveikatą, neigiamų veiksnių įtaką sveikatos būklei, vykdomas prevencijos programas. Sveikatos ugdymas - tai sąmoningai sudarytos sąlygos, kurių tikslas - ne tik suteikti žinių, bet ir padėti formuotis teigiamoms sveikatos atžvilgiu elgesio nuostatoms bei sveikos gyvensenos įgūdžiams, padėti atsisakyti žalingų įpročių bei keisti požiūrį į sveikatą (WHO, 1994; Sveikatos ugdymo bendroji programa, 2012). Sveikatos ugdymas – tai mokymasis per patirtį, skirtas padėti asmenims ir bendruomenėms gerinti jų sveikatą didinant jų žinias ir supratimą (WHO, 2013). Sveikatos ugdymo tikslas – padėti mokiniams įgyti visuminę sveikatos sampratą, išsiugdyti sveikatai naudingus gebėjimus, įpročius bei nuostatas, atsakomybę už savo ir kitų sveikatą, paskatinti juos rinktis sveiką gyvenimo būdą. Taigi plačiausia iš šių sąvokų yra sveikatos stiprinimas,

kuris apima sveikatos priežiūrą ir sveikatos ugdymą, o siauriausia – sveikatos ugdymas, kuris yra labai svarbi ir pirminė sveikatos stiprinimo ir sveikatos priežiūros dalis.

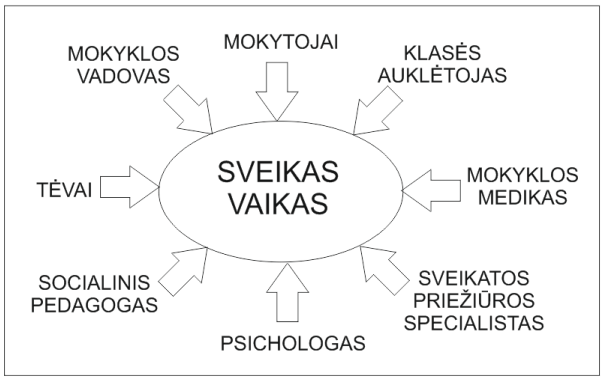
Sveikatos ugdymas – tai mokymasis per patirtį, skirtas padėti asmenims ir bendruomenėms gerinti jų sveikatą, didinant žinias ir supratimą (WHO, 2013). Sveikatos ugdymas – vienas efektyviausių būdų padėti žmogui būti sveikam: įgyti praktinių įgūdžių, leidžiančių prieinamomis priemonėmis sistemingai stiprinti sveikatą, priimti teisingus sprendimus, nuolat rūpintis savo ir artimųjų sveikata, suvokti atsakomybę už savo ir kitų sveikatą, išlaikyti ją optimaliai gerą net kritinėse situacijose, naudotis naujausia visuomenei teikiama informacija apie sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą (Proškuvienė, 2004).Visam gyvenimui išliekantys elgsenos ir gyvensenos pagrindai, kurie ateityje lems kiekvieno sveikatą ir gyvenimo kokybę, formuojasi vaikystėje ir ypač paauglystėje: augdamas vaikas perima savo tėvų, globėjų, mokytojų, kitų pedagogų įgūdžius saugoti ir stiprinti sveikatą, vengti rizikingo gyvenimo būdo (Gudžinskienė, 2013). Vaikų sveikata neatsiejama nuo jų organizmo augimo, vystymosi, adaptacijos, aplinkos veiksnių, mokymosi proceso. Tad pakankamas dėmesys sveikatai turi būti skiriamas nuo mažens: ankstyvas moksleivių sveikatos supratimas, žalingų faktorių vengimas, savalaikė prevencija lemia sveikatos kokybę suaugus.

Norint pagerinti mokinių sveikatą, ugdyti sveiką gyvenseną, mokykloje būtina sistemingai jų sveikata rūpintis. Sveikatos ugdyme svarbu atkreipti dėmesį į amžiaus, lyties, socioekonominio statuso, valstybės įtaką. Žemiau trumpai panagrinėsiu, kodėl tai svarbu.Jaunų asmenų sveiko gyvenimo būdo (maitinimosi, fizinio aktyvumo, psichotropinių medžiagų nevartojimo) pasirinkimas kinta **skirtingais amžiaus tarpsniais**. Ypač tai ryšku paauglystėje, kai vaikai priklauso rizikos grupėms, didėja neigiamų veiksnių ekspozicija – netinkama elgsena šiuo metu gali išlikti ir suaugus. Todėl reikalingos savalaikės intervencijos dar prieš atsirandant sveikatos sutrikdymo priežasčiai, ir sveikatos ugdymas turi prasidėti kuo ankstesniame amžiuje (Brener, 2007). Pavyzdžiui, Sietle (JAV) atliktas tyrimas parodė, kad intervencijos su mokytojais, tėvais ir vaikais, atliktos pradinėse klasėse, davė teigiamą efektą sulaukus pilnametystės (643 vaikai tirti nuo 5 klasės iki 18 m.): vaikai, kuriems skirta prevencija, mažiau girtavo, mažiau smurtavo, buvo mažiau aktyvūs lytiškai (Hawkins, 1999).

HBSC studija rodo, kad reikšminga ir **lyties įtaka**: berniukai labiau linkę į eksternalizaciją, ekspresyvią sveikatos elgseną – alkoholio vartojimą, muštynes, o mergaitės – internalizaciją, pasireiškiančią psichosomatiniais simptomais, protinės sveikatos sutrikimais (HBSC duomenys). Lyčių elgsenos skirtumai svarbūs sveikatos ugdyme, nes programas galima orientuoti ir pagal tokį modelį. Vėlgi labai daug lemia paauglystės periodas, tačiau

skirtumai pastebėti ir remiantis kitais rodikliais: pavyzdžiui, psichologinių ir fizinių simptomų daugiau nustatoma šalyse su žemesniu lyties išsivystymo (t.y. brendimo) indeksu (Haugland, 2001). HBSC studija taip pat pademonstravo šeimos **socioekonominio statuso** įtaką jaunų žmonių sveikatai. Mažos pajamos nesudaro galimybių rūpintis sveiku gyvenimo būdu: vaikai negauna pakankamai daržovių ir vaisių, nelanko sporto būrelių, nepakankamai gauna informacijos apie sveikatą, patiria daugiau streso (Currie, 2011).

Pokyčiai stebimi ir tarp **skirtingų pasaulio regionų**: pavyzdžiui, 1997/1998-2005/2006 m. alkoholinių gėrimų vartojimas padidėjo iki 40 proc. Rytų Europos šalyse, o Š.Amerikos ir Vakarų Europos šalyse – sumažėjo vidutiniškai 25 proc. (Currie, 2011).Moksleivių sveikos gyvensenos ugdymo procese svarbų vaidmenį atlieka mokytojai, kuris pasireiškia mokytojams kuriant visapusio mokinių fizinio, psichinio, dvasinio ir socialinio ugdymo sąlygas, formuojant sveikos gyvensenos supratimą, ugdant sveiko gyvenimo būdo įgūdžius ir įpročius bei vertybinį mokinių požiūrį į savo ir aplinkinių sveikatą (Gudžinskienė, 2013). Tačiau sveikatos ugdymas mokyklose turi vykti glaudžiai bendradarbiaujant visiems, tiesiogiai susijusiems su konkrečiu vaiku. Šie asmenys turėtų užtikrinti moksleivių sveikatą lemiančių sąlygų kontrolę, patį sveikatos ugdymą ir susirgimų profilaktiką. Šiais asmenimis yra mokyklos vadovas, klasės auklėtojas, mokytojai, psichologas, moksleivių tėvai, mokyklos medikas ar sveikatos priežiūros specialistas, socialinis pedagogas (žr. 1.pav.).Kiekvienas šios komandos narys turi savo funkcijas, tačiau juos privalo sieti koordinuota veikla, turinti bendrus tikslus. Kiekvienas specialistas atsakingas už jam skirtas pareigas, reikalingas bendradarbiavimas, pasitikėjimas, veiklos vertinimas. Vaikas – taip pat yra lygiavertis šios komandos narys.



1 pav. Sveikatos ugdymo komanda

Lietuvos Respublikoje Švietimo sistema švietimą skirsto į formalųjį ir neformalųjį. **Formalusis** mokymas – tai mokymo laiko, dalykų, vietos apribojimas, jame akcentuojamas konkretus rezultatas, žinios. **Neformalusis** - nėra oficialiai dokumentuotas,

suteikiantis konkrečias mokslines žinias, orientuojamas į praktinių įgūdžių lavinimą bei asmenybės tobulinimą. Taip pat dar išskiriamas **informalusis** švietimas (arba savišvieta) - galimybė nuolat savarankiškai mokytis, remiantis supančia informacijos erdve – jis paprastai nėra struktūruotas ir vyksta savaime (lankymasis bibliotekose, muziejuose, koncertuose, žiniasklaidos, interneto informacija).

A.Juodeikaitė (2012) aprašo socialinio pedagogo veiklą neformaliajame švietime. Tiesa, Vetrenkienė (2011) teigia, kad mokyklose turi atsirasti, tokios disciplinos, kaip sveika gyvensena, daug dėmesio būtų skiriama fiziniam aktyvumui palaikyti, mitybai, vykdyti prevencines alkoholio, narkotikų ir lytinio švietimo programas – tokius užsiėmimus gali vesti ir specialų pasirengimą įgijęs socialinis pedagogas.

Lietuvoje prigijo terminas **„sveikatą stiprinanti mokykla**“, atsiradęs Lietuvos sveikatos mokslų universitetui bendradarbiaujant su PSO centru, vykdančiu programą *European Network of Health Promoting Schools* (Sveikatą stiprinančių mokyklų Europos tinklas) – jame dalyvavo ar dalyvauja apie 400 šalies mokyklų. Sveikatą stiprinanti mokykla - tai tokia mokykla, kurioje įgyvendinamas tam tikrą struktūrą ir sistemą turintis mokinių, mokytojų, kito personalo sveikatos, gerovės ir socialinio kapitalo plėtojimo planas. Mokykla, būdama bendruomenės dalimi, padeda sumažinti skirtumus sveikatos srityje (Jociūtė, 2013). Išskiriami pagrindiniai uždaviniai mokykloms, įgyvendinančioms sveikatos stiprinimo projektą, mano nuomone, puikiai atitinkantys sveikatos ugdymą propaguojančios mokyklos sampratą:

- Sukurti sveikatos ugdymo struktūra;
- Sudaryti sveikas ir saugias mokymosi sąlygas;
- Padėti kiekvienam mokiniui, šeimos nariams ir visuomenei išsiugdyti sveikatos poreikį ir atsakomybę už ją;
- Išsaugoti ir stiprinti sveikatą, sveiką aplinką;
- Integruoti sveikatos sampratą į bendrąsias ir dalykines mokymo programas;
- Sudaryti mokiniams sąlygas realizuoti fizinius, psichinius, socialinius sugebėjimus;
- Sukurti gerus mokinių, pedagogų, mokyklos, šeimos, visuomenės tarpusavio santykius;
- Turimus išteklius efektyviau naudoti sveikatos stiprinimui;

- Skatinti sveikatos priežiūros specialistus ugdyti ir įtvirtinti sveiką gyvenseną;
- Formuoti platesnį požiūrį į sveikatą (Javtokas, 2009).

Apibendrinant galima teigti, kad mokinių sveikatos ugdymo samprata apima formuojamąjį požiūrį apie sveikatą, kai vaikui yra perteikiamos žinios, ugdomi įgūdžiai kaip sveikai gyventi ir kaip rūpintis savo sveikata. Mokinių sveikatos ugdymo procese reikėtų pasitelkti komandą - mokytojus, tėvus, mokyklos administraciją ir svarbiausia – sveikatos specialistą ar socialinį pedagogą, kuris būtų tarsi ryšys tarp visų šių grandžių. Rekomenduojama, kad sveikatos ugdymas vyktų neformaliųjų užsiėmimų metu, tačiau yra autorių, siūlančių įvesti ir privalomas sveikatos disciplinas.

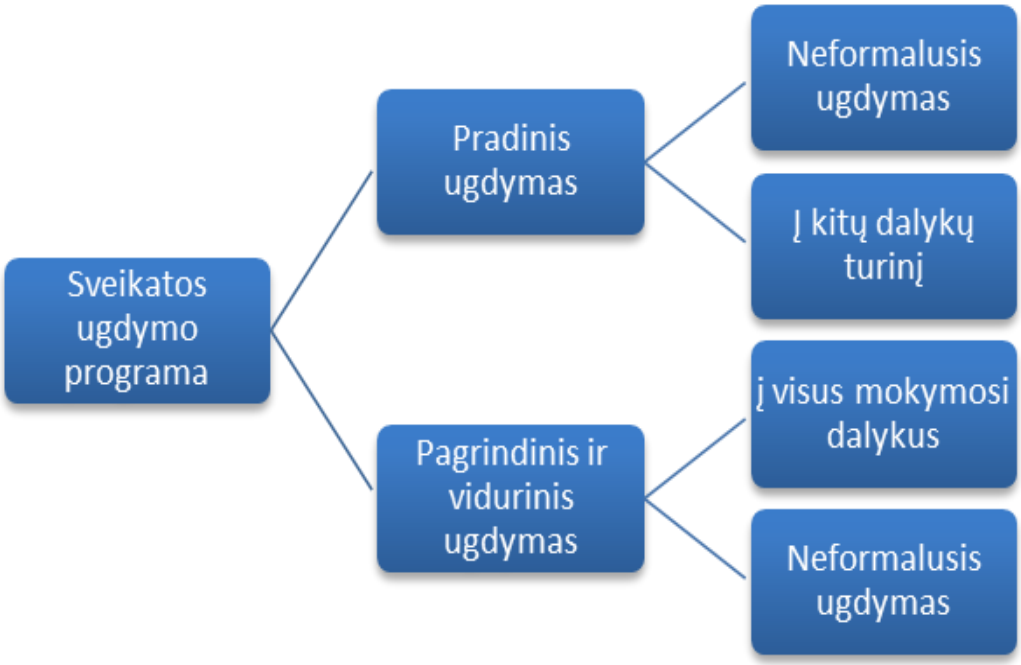
1.2. Mokinių sveikatos ugdymo programos

Lietuvoje ir užsienyje yra sukurtos ir vykdomos sveikatos ugdymo programos, kuriose daug dėmesio skiriama vaikų sveikatos ugdymui. Anksčiau mokinių sveikatai nebuvo skiriama tiek dėmesio, tačiau situacija pasikeitė, dėl didėjančio vaikų sergamumo. Šiais laikais atsirado prioritetas ne ligas gydyti, o kaip tik imtis priemonių, kurios užkirstų kelią įvairiems negalavimams.

Svarbu panagrinėti, kaip keitėsi Lietuvos sveikatos ugdymo programos, nuo ko viskas prasidėjo. Bendrųjų programų projekte pati pirmiausia sveikatos ugdymo programa – **universalioji - integracinė** (1994), kurios pagrindinis tikslas - ugdyti mokinių sveiką gyvenseną. Ši programa integruojama į mokamuosius dalykus ir kartojama tam tikrais intervalais visais mokslo metais tam, kad mokiniai įgytų daugiau įgūdžių. Vaikai buvo mokami pažinti savo kūną, išmokti rūpintis savimi, laikytis asmens higienos, buvo akcentuojami bendravimo įgūdžiai, savęs ir kitų supratimas, vertybių iškėlimas kaip šeima ir sveikata, taip pat mokomi kaip tinkamai maitintis. Šiuo laikotarpiu 1994–1998 m. bendrojo lavinimo mokyklose prisidėjo Atviros Lietuvos fondo veikla ir finansinė parama, rengiant tokias mokymo priemones kaip ,,Sveika mityba“ (1994), ,,Rūkymas“ (1994), ,,Lytinis auklėjimas“ (1994) ir pan. Pats pirmutinis žingsnis buvo padarytas, ir siekiant gerinti sveikatos ugdymą mokyklose sveikatos ugdymas buvo tobulinamas. Sekantis etapas - 2000 m**.** Švietimo ir mokslo ministerija patvirtino **universaliąsias sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programas**. Šiame etape buvo įtrauki mokiniai ir tėvai, taip labiau sustiprinant sveikatos ugdymą, teigiamų nuostatų formavimą mokykloje ir namuose. Sveikatos ugdymo turinys buvo papildytas sveikos gyvensenos tematika, kaip pvz.: pažink

save; asmens higiena; aš ir kiti; maistas ir mityba; veikla, poilsis ir fizinis aktyvumas; kūno apsauga; aplinka ir sveikata; žalingi įpročiai; medžiagų vartojimas ir piktnaudžiavimas; šeima ir sveikata; ligos ir jų prevencija. Tačiau šis ugdymo turinys buvo integruojamas formaliose ir neformaliose ugdymo aplinkose bendradarbiaujant su tėvais, kitaip nei pirmame etape. **Sveikatos ir gyvenimo įgūdžių integruojamoji programa** (2008m.) atnaujinama ir pateikiama bendrųjų programų priede.

Šiuo metu Lietuvos mokyklose naudojama **Sveikatos ugdymo bendroji programa,**kuri patvirtinta visai neseniai, 2012m.Skirtingai nei ankstesnėms sveikatos ugdymo programoms, naujajai suteiktas bendrųjų programų statusas, pažymintis sveikatos ugdymo įgyvendinimo su kitais mokomaisiais dalykais lygiavertiškumą.Sveikatos ugdymo programos įgyvendinamos dviem etapais- per neformalųjį ugdymą ir integruojamas į kitus mokymosi dalykus (žr.2.pav.).Sveikatos ugdymo bendroji programa (Žin., 2012, Nr. 105 - 5347).



2 pav. Sveikatos ugdymo programų integravimas (Žin., 2012, Nr. 105 - 5347)

Lietuvoje bendrojo ugdymo mokyklose sveikatos ugdymo programos turinys orientuotas į 4 sritis. (Žr. 3pav.).

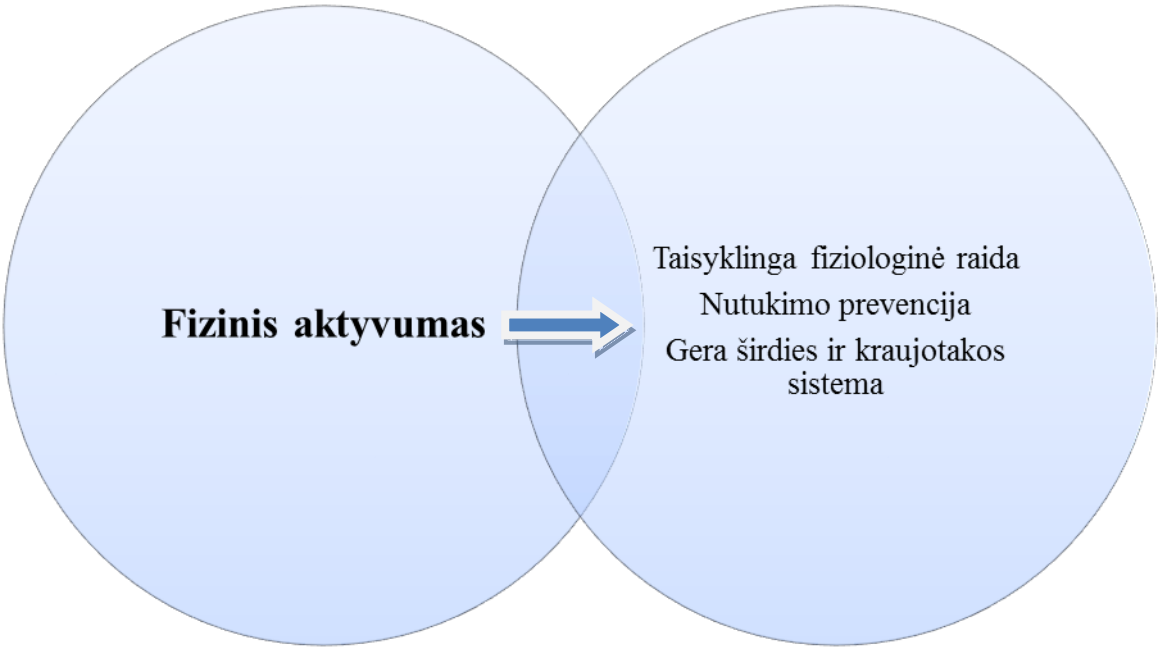


3 pav. Sveikatos ugdymo turinys

Nagrinėjant sveikatos ugdymo programas, svarbu plačiau apžvelgti kiekvieną sveikatos ugdymo programos turinio dalį. Kalbant apie sveikatos ir sveikos gyvensenos supratimą randama mokslinėje literatūroje panašūs posakiai. Sveikatos ugdymo bendrojoje programoje (Žin., 2012, Nr. 105 - 5347) teigia, kad pirmiausia vaikas turi suprasti ir žinoti kas yra sveikata, kokios sąlygos gerina ir blogina sveikatos būklę. Kaip taisyklingai gyventi ir būti sveikam.

Mokslinėje literatūroje fizinė sveikata plėtojama plačiai kuri apima fizinį aktyvumą, sveiką mitybą, asmens ir aplinkos švarą bei veiklą ir poilsį. Patys pagrindiniai uždaviniai kuriuos turi pasiekti tai suteikti žinių apie maistą, jo sudėtį, kokie produktai yra sveikesni, kurių galima valgyti dažniau, kiek kokiuose produktuose yra tam tikrų maistų medžiagų, tinkama mityba ir svorio kontroliavimas,alkoholio, rūkymo ir narkotikų žala organizmui (Furr-Holden, 2004). Fizinio aktyvumo nauda, kokios sporto rūšys, laikysenos koregavimas, daugiau leisti laiką gamtoje. Kadangi vaikų sveikata blogėja ir atsiranda daugiau ligų, svarbu mokyti vaikus ir skatinti kuo sveikiau maitintis, užsiimti fizine veikla (Lammle, 2011).

Story M. (2009) ir Lee A. (2009) teikia pirmenybei keisti vaikų požiūrį į maistą siekiama įvesti daugiau daržovių, mažiau keptų patiekalų, stengiamasi uždrausti mokykloje traškučius, energetinius gėrimus.Akcentuoja, kad ateityje reikėtų kurti komandą iš specialistų (pedagogų, dietologų),kad bendradarbiaujant pasiektų didesnių rezultatų. Janssen L. (2010) ir Dobbins M. (2009) teigia, kad būtina vykdyti programas susijusias su fizine sveikata. Kadangi yra patvirtinančių tyrimų, jog fizinis aktyvumas yra susijęs su sveikata – padeda formuotis mokinių kaulų struktūrai, normalizuoja kūno svorį bei palaiko normalų arterinį kraujo spaudimą (žr.4pav.). Tačiau akcentuoja, kad labai svarbu įtraukti ir tėvus į fizinio aktyvumo programą, nes tai stimuliuoja vaikus ir ugdymas tęsiamas ir namuose.



4 pav. Fizinio aktyvumo nauda

Kriemler S. (2010) nagrinėdamas fizinio aktyvumo naudą vaikams , atskleidė, kad fizinis aktyvumas netik padeda normalizuoti kūno svoriui, bet ir pagerėja vaiko emocinė sveikata (mažiau vargina, nemiega, galvos skausmai, įtampa, nerimas, nepilnavertiškumo jausmas, labiau susikoncentruoja pamokų metu). Taigi galime daryti prielaidą, jog šiam autoriui buvo svarbu vaiko emocinė sveikata, nes fizinio aktyvumo naudą nagrinėjo iš kitos pusės.

Tačiau autorius Brown T. (2009) teigia, jog fiziniai pratimai yra pati geriausia fizinė veikla, dirba visi raumenys, gali tai daryti visur ir bet kada nepaisant vietos (lauke ar viduje). Jo atliktame tyrime – taikomos intervencijos siekiant užkirsti kelią nutukimui, buvo atskleista, kad geriausiai fiziniai pratimai efektyvūs jauno amžiaus vaikams ir būtent mergaitėms. Nagrinėjant šio autoriaus mintis buvo galima įžvelgti, kad autoriui fizinis aktyvumas buvo siejamas būtent su pratimais (pavyzdžiui atsispaudimai, pritūpimai ir atsilenkimai), šie pratimai įjungia visus raumenis į darbą.

Kalbant apie programas, susijusias su rūkymo, alkoholio ir narkotikų prevencija, svarbu akcentuoti, kad jų yra nemažai vykdoma, pvz., Lietuvoje yra įstatymiškai reglamentuota programa – *Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų prevencija* (Žin., 2006, Nr. 33-1197), programos metu siekiama užkirsti kelią žalingiems įpročiams.

Difranza J. (2000) teigia, kad žalingi įpročiai gali sukelti sunkių pažeidimų sveikatai (traumos, apsinuodijimai). Nagrinėjant autoriaus mintis galime daryti prielaidą, kad žalingi įpročiai tai rūkymas, alkoholio vartojimas, narkotinės medžiagos gali padaryti žalingus padarinius ypač fiziniai sveikatai. Programos kurios vyksta mokyklose – *„Saugok save ir kitus“, „Casastart“ (Striving Together to Achieve Rewarding Tomorrows* - Laikydamiesi kartu, pasieksime teigiamą rytojų – rizikos grupių vaikams skirta programa). Šios programos yra vykdomos kiekvienais metais, nes taip norima atkreipti didesnį dėmesį į šią problemą.

J. Barštienė (2011) pabrėžia sveikos gyvensenos ugdymo naudą. Šios programos metu yra įtraukiami visi mokiniai ir ugdomi įgūdžiai kaip gerinti savo veiksmus nežalojant savęs. Įrodyta, kad praėję programos kursą, t.y. išklausę paskaitas, vykdę praktinės užduotis bei dalyvaujant sveikatinimo programose mokiniai įgavo supratimą apie sveiką gyvenseną, buvo įdiegti įgūdžiai kaip reikia taisyklingai maitintis, kam reikalingas fizinis aktyvumas. Tačiau autorė pabrėžia, kad **svarbu bendradarbiavimas** socialinio pedagogo ir mokytojų, svarbu dirbti kaip komanda ir perteikti žinias ir pamokos metu.Lietuvoje vykstančios programos susijusios su sveika mityba ir fiziniu aktyvumu – „Augsiu sveikas“, „Sveikas žmogus-sveika visuomenė“.

Nagrinėjant fizinę sveikatą, svarbu paminėti ir **asmens higieną.** Užsienio šalyse kaip (Kinija, Indija) būdinga ir asmens higienos sveikatos ugdymo programos. Pačios pagrindinės priežastys žalingi padariniai vaiko sveikatai. Kinijoje pastebėtas reiškinys, kad vandenyje yra fluoro todėl padaugėjo dantų problemos. Siekiant išsaugoti burnos tinkamesnę P.Petersen (2004) atskleidė dantų valymo programos efektyvumą. Pastebėjus tendenciją, kad Kinijos gyvenvietėse vaikus kamuoja dantų problemos, todėl buvo pradėta asmens higienos programa. Jos metu vaikai buvo mokomi, kaip tinkamai valytis dantis, kiek kartų per dieną, kokia dantų pastą geriau naudoti. Į ugdymą buvo įtraukti mokytojai ir tėvai, kad vaikai jaustųsi palaikomi ir nevieni. Po programos įgyvendinimo buvo pastebėti aiškūs požymiai ir pasikeitimai į gerąją pusę. Nagrinėjant straipsnį A.Dongre (2006) apie asmens higieną vykdomą Indijoje, buvo išsiaiškinta kokios priežastys lėmė, kad būtų pirmiausia vykdomos asmens higienos programos. Visų pirma tai šalis kuri sunkiau verčiasi, daug žmonių kurie gyvena prastesnėmis sąlygomis, tėvai neturi galimybių tinkamai vaikams įskiepyti asmens higienos įpročius, todėl vaikai ateina į mokyklą nesiprausę, purvinais rūbais, nekarpytais nagais.Galime suprasti iš to, kad siekiama bent mokykloje palaikyti švarą ir išmokyti vaikus prisižiūrėti save. Visų antrą didelė infekcijų rizika pastebėta Indijoje ypač žarnyno, o tai lemia, daugiausiai asmens higiena, nes vaikai valgo maistą nešvariomis rankomis, per pažeistą odą patenka infekcijos ir taip nemažai vaikų miršta. Todėl svarbu vykdyti asmens

higienos profilaktiką, vaikai pripranta prie prausimosi ir taip pamažu galima įskiepyti tinkamus įgūdžius. Lietuvos mokyklose taip pat vykdomos asmens higienos programos, tik skiriasi tuo, kad programos vykdomos dar nepajutus neigiamų reiškinių sveikatai, o vykdant prevenciškai. Programos – *„Švarus kūnas“*. (Mačiūnas, 2006). Nagrinėjant Petersen ir Dongre autorių išsakytas mintis apie programas, galima įžvelgti tokias prielaidas, jog dažniausiai programų vykdymą mokykloje ir jų pasirinkimą lemią išoriniai veiksniai, pavyzdžiui kaip Indijoje didelė infekcijų rizika, todėl siekiama kuo labiau plėtoti asmens higienos programą, todėl tam tikros šalys renkasi programas, kurių reikia labiausiai.

Nagrinėjant mokslinius šaltinius išryškėja ir psichikos sveikata - ši tema svarbi tuo, kad svarbu suteikti žinių, kaip save labiau suprasti ir valdyti savo jausmus. Psichinė ir emocinė sveikata susideda iš savęs nenuvertinimo, motyvacijos, savarankiškumo, streso įveikimo, santykių užmezgimo, bendravimo, blogų minčių neįsileidimo. Psichinė-emocinė būsena svarbi, nes jei vaikas jaučiasi savimi pasitikintis, nepatiriantis psichologinio ir fizinio smurto, jis gali augti ir vystytis normaliai, šią būklę labai svarbu užtikrinti, nes užkertamas kelias savižudybėms ir nusikaltimams. Tinkamas sveikatos ugdymas padeda vaikams susidoroti su iškilusiomis problemomis.

Inman D. (2011) atkreipia dėmesį į vaiko emocinę-psichikos sveikatą, nes atliekant nemažai tyrimų pastebėta, kad vaikai turi labai rimtų sutrikimų (kaip nerimas, depresija, uždarumas, agresyvumas). Todėl svarbu apjungti mokytojus, tėvus, psichologus vykdant emocines-psichologines programas. Taigi galime įžvelgti, kad autorius yra atlikęs nemažai tyrimų ir pastebėta, kad jei nėra tinkamai atkreipiamas dėmesys emocinę-psichikos sveikatą, tada padaugėja žalingų padarinių. Programos *–„Mokykla ir šeima kartu“, „Pagalbos suteikimas*“.

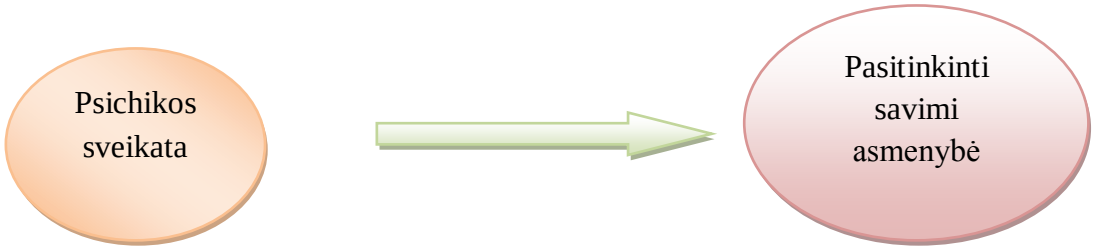
Brener P. (2009) akcentuoja kad vaiko fizinė sveikata priklauso nuo vidinės darnos, jei vaikas patenkintas savimi, nejaučia nepilnavertiškumo jausmo, savęs nuvertinimo ar nepasitikėjimo, jis jaučiasi saugiai ir gali dalyvauti mokyklos veikloje (žr.5.pav.).Galime daryti prielaidą, jog šis autorius įžvelgią fizinės sveikatos ir vidinės sveikatos suderinamumą,be šių dviejų dalykų vaiko sveikata negali būti gera.

Pasak Lee A. (2003), svarbu rūpintis vaiko emocijomis, nes dėl nepatenkintų vaikų lūkesčių, vaikas gali linkti į nusikalstamumą, patyčias.Vaiko psichologinės gerovės programos metu siekiama išvengti stresinių situacijų, sukurti saugią aplinką, kurioje vaikai mažiau patirtų neigiamų emocijų. Galime daryti išvadas, jog autorius pirmiausia atkreipia

dėmesį į vaiko emocijas ,nes per emocijas ateina pažinimas, jei jos nėra suprastos jos gali virsti neigiamoms, kurias lemia ir patyčių atsiradimą.

Girdvainis G. (2004) teigia, kad jei vaiko vidinė būsena yra neišklausoma ir paliekama nuošalyje, tada kyla grėsmė patyčioms, vaikas gali tyčiotis iš kitų arba pats tapti auka. Todėl svarbu suburti komandą iš mokytojų ir tėvų pirmiausia, nes jie vaiką dažniau mato ir pastebi. Analizuojant autorio mintis, buvo galima įžvelgti, kad patyčių atsiradimui turi įtakos vidinė vaiko būsena, todėl svarbu ją rūpintis.

Tačiau Vreeman R. (2007) teigia, kad reikėtų geresnių programų susijusiu su vaiko psichologinę sveikata, nes netgi patyčios jau būna prasidėjusios, kai specialistai tai pamato. Galbūt reikėtų daugiau specialistų ir sveikatos ugdytojų. Nagrinėjant šios autorės mintis buvo galima pastebėti, kad programos kurios liečia vaiko psichologinę sveikatą neduoda tinkamų rezultatų, tai yra jos pradedamos vėlai, kai problema yra atsiradusi, tai galime daryti prielaidą jog arba specialistų trūksta šioje programoje arba jiems trūksta kompetencijos, taigi reikia peržiūrėti visą sistemą.



5 pav. Emocinė ir psichinė sveikata

Kalbant apie visapusišką sveikatą reikia apimti ir Socialinę sveikatą. Socialinei sveikatai būdingas savęs supratimas kaip individualios asmenybės.Svarbu vaikus mokyti, kaip reikia bendrauti su kitais žmonėmis,gerbti savo ir kitų jausmus, padėti suprasti kas yra lytiškumas, kodėl organizme vyksta pasikeitimai. (Cohen, 2010). Šis autorius prie socialinės sveikatos priskiria ir lytiškumo ugdymą, nes nagrinėjant jo mintis buvo galima suprasti, kad lytiškumo ugdymas yra savęs supratimas, o tai priklauso socialinei sveikatai.

JAV, D. Britanijoje ir kitose šalyse vykdomos programos, apimančios lytinį ugdymą. Lytiškumo ugdymas yra svarbus, nes siekiama apsaugoti paauglius nuo lytiškai plintančių ligų (gonorėja, sifilis, AIDS) bei nepageidaujamo nėštumo.Nagrinėjant programų pasirinkimą yra svarbūs ir išoriniai veiksniai, pavyzdžiui D.Britanijoje būdinga lytiniai santykiai ankstyvame amžiuje, todėl siekiama ugdyti lytinį ugdymą, kad žinotų kaip apsisaugoti nuo nėštumo ir ligų.

Goldman J. (2009) pastebi nepakankamą ar neigiamą reiškinį– tiek tarp vadovaujančių organizacijų, tiek tarp tėvų, mokytojų ir kitų darbuotojų. Teigiama, kad lytinis švietimas turi būti diegiamas iki lytinio subrendimo, analizuojami dalykai, kuriuos vaikams reikia perteikti.Taigi galime daryti prielaidą jog lytinis švietimas nėra pakankamai integruotas mokykloje, pasak autorės lytinio švietimo programa turi būti pradedama perteikti vaikams iki lytinio brendimo, nes tai formuoja suvokimą apie lytinį gyvenimą.

Tačiau autorė Inman D. (2011) kaip tik teigia, jog nemažai yra sukurtų programų mokyklose, kurios kaip tik vykdo lytiškumą. Pvz.:“Didžiuokis savimi, būk atsakingas“„Sužinok daugiau“, „Įvertink riziką“„Sužinok daugiau apie AIDS“. Šių programų dėka vaikai sužino, kas yra saugus seksas, kokios ligos gresia. Galime daryti prielaidą, kad skirtumai lytiškumo programų gali būti ir dėl mokyklų, vienoje mokykloje gali skirti daugiau dėmesio tam, kitoje mažiau, arba kaip tik specialistų kompetentingumas irgi gali tai lemti, todėl matome skirtumus tarp šių Goldman ir Inman autorių pasisakymų.

Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose vyksta taip pat programos susijusios su lytiškumo ugdymu. Reglamentuota Lietuvos respublikos ir švietimo įstatymu (Žin., 2005, Nr. 66-2367), *Rengimo šeimai ir lytiškumo programa,* skiriama ugdyti brandžią asmenybę ir rengti mokinius šeimos gyvenimui.Šiek tiek skiriasi nuo užsienio autorių programų, čia labiau skiriama suteikti žinių šeimos kūrimui.

Užsienio literatūroje gausu autorių kurie nagrinėja sveikatos ugdymo programų efektyvumą mokyklose. Sveikatos ugdymo programos kokios jos vyksta užsienyje priklauso nuo to, kokie žalingi įpročiai vargina mokykloje vaikus. Pvz.: JAV – turi problemą su nutukimu. Kinija – turi problemų kas liečia dantų sveikumą, O Indija kamuoja ligos kurios kyla nesilaikant asmens higienos. Tačiau pasigendama ir kitų programų neišbaigtumo, trūksta lytiškumo programų, patyčių programoje matosi spragų, galėtų jos anksčiau pradėtos vykdyti.

Nagrinėjant Lietuvos autorių (Gudžinskienė, 2007, Girdvainis, 2004) straipsnių paaiškėjo, kad nors sveikatos ugdymo programos vyksta mokyklose, tačiau iki pilno programos išvystymo Lietuvos mokyklose trūksta sklandžios ir vieningos sistemos ir kompetentingų specialistų, kurie koordinuotų programas ir apmokytų mokytojus. Trūksta pajamų ir metodinių priemonių. Autorius Story M. (2009) teigia, kad prevencinių programų veikla teigiama, tačiau jų nepakanka. Reikėtų daugiau sričių apimti, kad tik gerintų vaiko sveikatą.

Gudžinskienė V. (2007) akcentuoja sėkmingą sveikatos ugdymo programos veikimą, tada kai yra bendradarbiavimas tarp mokinių, mokytojų ir tėvų, kai visi stengiasi ir prisideda prie sveikatos ugdymo, žino, kas už ką atsakingi.

Taigi mokinių sveikatos programos yra orientuotos saugoti vaikų sveikatą. Dažniausiai mokyklose yra vykdomos programos susijusios su sveika gyvensena, teigiamomis emocijomis, lytiškumo ugdymu ir asmens higienos prevencija. Šios programos yra suskirstytos ir į mažesnes grupeles, pav. sveika gyvensena tai ir tinkama mityba, fizinis aktyvumas, žalingų įpročių vengimas).Tačiau analizuojant straipsnius paaiškėjo, kad ne visos programos vykdomos tobulai, to priežastis yra specialistų trūkumas, pinigų resursai riboti, trūksta metodinių priemonių.

2.SOCIALINIS PEDAGOGAS KAIP SVEIKATOS UGDYTOJAS

2.1.Socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo samprata

Mokykloje sveikatos ugdytojo vaidmenis atlieka visuomenės specialistai, slaugytojos, mokytojai, dažnai prie jų priskiriami ir socialiniai pedagogai.Nagrinėjant socialinio pedagogo sampratą randama nemažai jo apibrėžimų. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo įsakyme,dėl socialinio pedagogo kvalifikacijų reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo (Žin.,2010 m. Nr.2-79) , socialinis pedagogas aprašomas kaip žmogus, turintis edukologo laipsnį ir atsakingas už vaiko ugdymą. Nagrinėjant Edukologijos žodyną (2007) socialinis pedagogas aiškinamas kaip asmuo dirbantis ugdymo, globos ar kitoje ugdymo funkcijas atliekančioje įstaigoje, skirtingai nei įstatyme socialinis pedagogas vaizduojamas kaip vaiko pagalbininkas, kuris padeda prisitaikyti prie mokyklos aplinkos.

Prieš pradedant nagrinėti socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo sampratą, paanalizuokime, kas yra sveikatos ugdytojas, Teixeira C. (2007) teigia, kad sveikatos ugdytojas – asmuo, kuris skatina, palaiko ir tobulina asmens ir bendruomenės sveikatą, padėdamas asmenims ir bendruomenėms pasisavinti sveiką gyvenseną. Sveikatos ugdytojas renka ir analizuoja duomenis identifikuodamas bendruomenės poreikius iki planavimo, monitoravimo ir įvertinimo programų, sukurtų sveiko gyvenimo būdo skatinimui, elgsenai ir aplinkai; taip pat kartais gelbsti individams, kitiems profesionalams, bendruomenei, administruoja sveikatos edukacinių programų fiskalinius šaltinius. Taigi galime daryti prielaidą, kad sveikatos ugdytojo pareiga rūpintis visuomenės sveikata, siekia, kad kuo daugiau žinotų apie sveiką gyvenseną ir ją propaguotų. Dar galime įžvelgti, kad sveikatos ugdytojas atsakingas už visuomenės sveikatos būklės duomenų rinkimą ir analizavimą bei

programų koordinavimą. Taigi nagrinėjant socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo sampratą randama panašumų, pavyzdžiui Kryževičienė L. (2012) socialinį pedagogą vaizduoja, kaip sveikatos ugdymo programų vykdytoją ir koordinatorių teigia, kad socialinis pedagogas yra atsakingas už sveikatos ugdymo programas. Nagrinėjant veiklas susijusias su sveikos gyvensenos ugdymu mokyklose, matomas ir socialinis pedagogas. Jis vaizduojamas kaip sveikos gyvensenos ugdytojas, kuris suteikia žinių, įgūdžių apie sveiką mitybą, sportą bei mokslų ir poilsio režimo suderinimą. Taip pat socialinis pedagogas ugdo netik vaiko sveikatą , bet ir organizuoją vaiko socializacijos procesą (Barštienė, 2010). Socialinis pedagogas kaip sveikatos ugdytojas išreiškiamas ir kitų autorių darbuose pvz.: Story M. (2009), ir Lee A. (2009), tik čia jo veikla labiau nukreipta į tinkamos mitybos parinkimą.

Amerikos statistikos biure sveikatos ugdytojo samprata siejama su mokymu, kaip elgtis tinkamai, kad nežalotum savo sveikatos, kitaip sakant sveikatos ugdytojai tai tokie specialistai kurie ugdo teigiamus įgūdžius reikalingus užkirsti kelią žalingiems padariniams. Taigi lyginant sveikatos ugdytojo ir socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo sampratą įžvelgiama bendrų bruožų, pavyzdžiui socialiniai pedagogai yra atsakingi už prevencijų programų vykdymą, pasak - Giedraitienės E.(2006), Kvieskienės G. (2006) - yra įžvelgiamas stiprus socialinio pedagogo ryšys su prevencine veikla, teigiama, kad socialinis pedagogas yra žmogus kuris visada dalyvauja pirminėje prevencijoje susijusias su:

- Psichoaktyviųjų medžiagų prevencija
- Smurto prevencija
- Patyčių prevencija.

Holtrop P. (2007) teigia, kad sveikatos ugdytojas mokykloje vaizduojamas, kaip asmuo kuris atsakingas už vaikų augimą, tinkamą fiziologinį vystymąsi ir rūpinimąsi vaiku. Nagrinėjant socialinio pedagogo veiklą mokykloje yra randama, kad socialinis pedagogas tai toks asmuo, kuris , atsakingas už visapusišką vaiko ar jauno žmogaus gerovę,padeda vaikui įgyvendinti lygias galimybes į švietimą, užtikrina vaikų saugumą, šalina mokyklos nelankymo priežastis, padeda vaikui ugdyti socialinius gebėjimus, vykdo neigiamų socialinių reiškinių prevenciją, socialinės reabilitacijos programas, skatina socialinį aktyvumą (Vaičiulienė, 2004). Tačiau Kvieskienė G. (2006), socialinį pedagogą vaizduoja kaip žmogų, kuris rūpinasi vaiko elgesiu, dažniausiai tokie vaikai būna hiperaktyvūs, linkę į nusikalstamumą, agresyvūs vaikai.Todėl matome, kad socialinis pedagogas rūpinasi vaiko probleminiu elgesiu, stengiasi sukurti kuo saugesnę mokyklos aplinką. Taigi galime daryti išvadą jog socialinis pedagogas ir sveikatos ugdytojas yra atsakingi už sveikatos ugdymą, sveikatos ugdytojas žvelgia plačiau tai yra apima visą visuomenę, o socialinis pedagogas mokinius.

Analizuojant socialinio pedagogo ir sveikatos ugdytojo funkcijas sveikatos ugdyme, sudaryta lentelė (žr.1 lentelę), kurioje atsispindi skirtumai ir panašumai tarp veiklų,

1 lentelė. Sveikatos ugdytojo ir socialinio pedagogo veikla (Teixeira, 2006)

Sveikatos ugdytojo veikla	**Socialinio pedagogo veikla**
Individo ir bendruomenės poreikių įvertinimas **Sveikatos edukacinių programų planavimas** ***Sveikatos edukacinių programų kūrimas*** **Sveikatos edukacinių programų diegimas** **Vadovavimas sveikatos edukacinėms programoms ir jų personalui** ***Sveikos gyvensenos skatinimas*** **Sveikatos problemų valdymas** **Pagalba kitiems specialistams** ***Sveikatos įgūdžių plėtojimas*** ***Rūpinimasis vaiku***	*Sveikatos programų koordinavimas* Sveikatos programų vykdymas Organizuoja vaikų socializacijos procesą *Sveikos gyvensenos skatinimas* *Sveikatos įgūdžių ugdymas* *Prevencijos vykdymas* Saugumo užtikrinimas *Rūpinimasis vaiku*

Mokslinės literatūros analizė, leidžia teigti, kad socialinį pedagogą galime laikyti kaip sveikatos ugdytoją. Analizuojant literatūrą buvo rasta panašumų tarp šių specialistų. Pavyzdžiui sveikatos ugdytojas ir socialinis pedagogas kuria ir vykdo sveikatos programas, atsakingi už sveikos gyvensenos skatinimą, sveikatos įgūdžių ugdymą, prevencijos vykdymą ir rūpinasi vaiku. Šios išvardintos veiklos yra bendros, tik randama ir skirtumų: sveikatos ugdytojas apima visą visuomenę, o socialinis pedagogas labiau orientuojasi į vaikus, galbūt toks skirtumas yra dėl to, kad sveikatos ugdytojo veikla orientuojasi ne vien mokykloje, bet dirbama ir visuomenės centruose, apjungiamos kelios institucijos.

2.2.Socialinio pedagogo veiklos teisinis reglamentavimas

Socialinis pedagogas savo darbe turi vadovaujasi tarptautiniais vaikų teises ir interesus reglamentuojančiais dokumentais, Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais ir kitais norminiais aktais, pareigine instrukcija ir etikos principais. Toliau šiame skyriuje aptarsiu šiuos tris pagrindinius socialinio pedagogo veiklą Lietuvoje reglamentuojančius teisės aktus:

1. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl Socialinio pedagogo kvalifikacinių reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo“.

2. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl Bendrųjų socialinės pedagoginės pagalbos teikimo nuostatų patvirtinimo“.

3. Socialinio pedagogo rengimo standartas, patvirtintas Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu.

Remiantis Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo įsakymu dėl socialinio pedagogo kvalifikacijų reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo (Žin.,2010 m. Nr.2-79), socialinis pedagogas – tai asmuo, įgijęs socialinio pedagogo profesinę kvalifikaciją aukštosiose mokyklose; įgijęs pedagogo profesinę kvalifikaciją ar edukologijos kvalifikacinį laipsnį. Socialiniai pedagogai reikalingi ten, kur rūpinamasi vaiko ugdymu: ikimokyklinėse įstaigose, bendrojo lavinimo mokyklose, profesinėse mokyklose, vaikų globos namuose, specializuotuose centruose, vaikų teisių apsaugos tarnybose, ligoninėse, savivaldybių įstaigose ir kt.

Nagrinėjant socialinės pedagoginės pagalbos teikimo aprašą (Žin.,2011m. Nr.99-4675), socialinio pedagogo sampratą apibūdinamas kitaip nei Lietuvos Respublikos ir mokslo įsakyme - teigiama, kad socialinis pedagogas - tai toks specialistas kuris turi socialinę-pedagoginę kompetenciją.

Remiantis socialinio pedagogo profesiniu rengimo standartu (Žin., 2002m. Nr. 101-4524), socialinis pedagogas gali dirbti švietimo ir globos, neformalioje ugdymo įstaigoje taip pat specialios paskirties švietimo ir globos institucijoje (dirba su vaikais turinčiais psichinę ir fizinę negalę, elgesio sutrikimais, linkę į nusikalstamumą), socialinių ligų (narkotikų, alkoholio, rūkymo vartojimas, AIDS,prievartos ir kt.), ir gali dirbti reabilitacijos ir prevencijos srityje. Remiantis Lietuvos Respublikos ir mokslo įsakymu dėl socialinio pedagogo kvalifikacijų reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo (Žin.,2010 m. Nr.2-

79), socialinis pedagogas gali dirbti bendruomenėse, vaikų teisės apsaugos tarnyboje, savivaldybių ar regioninės socialinės paramos centruose ir švietimo valdymo struktūrose.

Socialinio pedagogo rengimo standarte (Žin., 2002m. Nr. 101-4524) pagrindinis socialinio pedagogo tikslas minimas kaip siekimas vaiko gerovės, saugumo, teigiamos vaiko socializacijos, savivertės jausmo, asmenybės raiškos ir pilietinės brandos suformavimas.

Socialinio pedagogo pareiginėje instrukcijoje (Žin., 2010 m. Nr.2-79) aprašomos tokios pareigos:

- Įvertinti vaiko socialines problemas ir poreikius;
- Taikyti efektyvius darbo metodus;
- Dalyvauti socialinės pagalbos vaikams metu;
- Būtina kiekvienam vaikui su kuriuo dirbama užvesti sekimo korteles, kuriose viskas būtų užfiksuota;
- Laikytis savo profesinių kompetencijų, neperžengti jų;
- Būtina apie vaiko problemas informuoti mokyklos bendruomenę, tačiau laikytis konfidencialumo;
- Atsakingumo jausmas už naudojamus darbe metodus;
- Bendradarbiauti su mokytojais ir kitais specialistais

Nagrinėjant kitus įstatymus - kaip socialinės pedagoginės pagalbos teikimo aprašą (Žin., 2011m. Nr.99-4675), „Dėl prevencinio darbo grupių mokyklose ir prevencinio darbo koordinavimo grupių savivaldybėse sudarymo bei jų veiklos krypčių“ aprašą (Žin., 2004m.Nr. 145-5281) - juose išskiriamos tik keturios pagrindinės pareigos: tai vaiko socialinių problemų ir poreikių įvertinimas, dalyvavimas teikiant socialinę pagalbą vaikams, apie mokyklos personalo informavimas iškilus problemai ir bendradarbiavimas su mokytojais ir kitas specialistais.

Svarbu išsiaiškinti, kokios yra socialinio pedagogo veiklos reglamentuojamos dokumentuose. Socialinio pedagogo rengimo standarte (Žin., 2002m. Nr. 101-4524) teigiama, jog socialinis pedagogas dalyvauja prevencinėje veikloje, vykdo neigiamų socialinių reiškinių prevenciją, padeda spęsti iškilusias socialines - pedagogines problemas, skatina socialinį aktyvumą, organizuoja ugdytinių veiklą ir ugdo socialinius gebėjimus.

Socialinės pedagoginės pagalbos teikimo apraše (Žin., 2011m. Nr.V-1393) socialinio pedagogo veikla nukreipta į mokymosi aplinką, teigiama kad turi būti užtikrintos mokinių teisės į mokslą, sukurta saugi aplinka mokykloje (šalinti priežastis kurios sukelia mokyklos nelankomumą, nesimokymą), padėti vaikams ir tėvams išsirinkti mokyklą, kurioje

patenkintų vaikų poreikius. Pabrėžiama, jog socialinis pedagogas dirba kartu su mokytojais, švietimo įstaigų darbuotojais ir kitais specialistais. Ir išsiskiria vienas bruožas, kuris anksčiau nebuvo paminėtas, tai , kad netik vykdo pedagoginę socialinę pagalbą, bet ir yra už ją atsakingas (teikia pasiūlymus ir pastebėjimus).

Analizuojant Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo įsakymą - socialinio pedagogo pareiginę instrukciją (Žin.,2010 m. Nr.2-79), paaiškėjo, kad socialinis pedagogo veikla orientuota į vaikus, kurie yra priklausomi nuo psichotropinių medžiagų, taip pat kurie patiria seksualinį ir fizinį išnaudojimą, dirba su vaikais kurie turi emocijų ir elgesio sutrikimų, taigi matome, kad šis įstatymas apibrėžia tikslią prevencinę veiklą. Be prevencinės veiklos socialinis pedagogas dirba šviečiamąjį- informacinį darbą (rašo projektus, teikią informaciją mokyklos bendruomenei). Kaip ir kituose dokumentuose socialiniam pedagogui būdingas bendradarbiavimas.

Tačiau prevencinio darbo grupių mokyklose ir prevencinio darbo koordinavimo grupių savivaldybėse sudarymo bei veiklos krypčių apraše (Žin., 2004m.Nr. 145-5281), išryškinama socialinio pedagogo veikla smurto, prekybos žmonėmis, nusikalstamumo ir ŽIV/AIDS prevencijoje. Ši veikla vykdoma ir už mokyklos ribų. Išryškinama, kad socialinis pedagogas dirba komandoje kartu su psichologu, visuomenės sveikatos specialistu, specialiuoju pedagogu ir kitais.

Socialinio pedagogo vertybinės nuostatos, kuriomis turi remtis dirbant su vaikais, išvardintos Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo įsakyme - socialinio pedagogo pareigine instrukcijoje (Žin.,2010 m. Nr.2-79):

- pagarbos – kiekvienas yra vertas besąlygiškos pagarbos;
- atvirumo – kiekvienas turi teisę į atvirą ir nuoširdų bendravimą;
- kiekvienas turi teisę į atvirą ir nuoširdų bendravimą – kiekvienas turi teisę turėti skirtingus įsitikinimus, vertybes, tautinę priklausomybę;
- unikalumo – kiekvienas yra savitas ir nepakartojamas;
- vaiko kaip asmenybės vertinimas;
- nesmerkimo ir neteisimo – socialinis pedagogas neturi būti teisėjas;
- empatijos – kiekvienas individas, grupė, bendruomenė turi tikėti, kad bus suprasti;
- priėmimo – kiekvienas individas turi teisę būti priimtas toks, koks yra, o ne toks, kokį nori jį matyti socialinis pedagogas;
- konfidencialumo – vaikų bylos ir jose sukaupta informacija turi būti saugoma tik socialiniam pedagogui prieinamoje vietoje ir gali būti pateikiama kitiems tiktai gavus tėvų arba teisėtų globėjų sutikimą ir būtina laikytis paslapties apie vaiko problemas išlaikymo principų;

- neteisimo – socialinis pedagogas neturi būti teisėjas;
- pasitikėjimo – socialinis pedagogas neturi rodyti įtarumo ir nepasitikėjimo vaiku.

Nagrinėjant socialinės pedagoginės pagalbos teikimo aprašą (Žin., 2011m. Nr.99-465), randamos ir kitokios vertybinės nuostatos: tai visuotinumas (kad pagalba teikiama visiems), kompleksiškumas (pagalba teikiama, kam jos reikia), veiksmingumas (tinkami priimti sprendimai), o taip pat paminėta ir bendros nuostatos su Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo įstatymu, tai lygios galimybės, individualumas ir konfidencialumas.

Išnagrinėjus socialinio pedagogo teisinį veiklos reglamentavimą, išsiaiškinta, kad socialinis pedagogas - tai asmuo, kuris yra įgijęs socialinio pedagogo profesinę kvalifikaciją aukštosiose mokyklose. Nagrinėjant dokumentus buvo atskleista, kad socialinio pedagogo veikla skirta vaiko gerovei užtikrinti (vykdyti prevencines programas, užtikrinti mokykloje mokinių saugumą, bendradarbiauti su mokyklos bendruomenę, spręsti iškilusias problemas). Dokumentai aprašo ir papildo socialinio pedagogo vertybines nuostatas, veiklas, dalyvavimą prevencinėse darbo grupėse.

2.3. Socialinio pedagogo veiklos ypatumai

Socialinio pedagogo veikla specifiška savo veiklos kryptimis, kurių yra daug ir jos dažniausiai susiję su prevencine veikla. Toliau tekste atskirai detalizuojamas socialinio pedagogo veiklos specifika vykdant atskiras prevencines veiklas.

Socialinis pedagogas dalyvauja fizinės, psichinės mokinių sveikatos, žalingų įpročių mažinimo prevencijoje. Prevencija (lot. *praeventio*) - tai išankstinis kokio nors proceso sustabdymas. Prevencija būna orientuota daugiausiai į visuomenę, siekiant išvengti įvairių problemų atsiradimo, užkirsti kelią smurtui, patyčioms, priklausomybių ligoms, savižudybėms, nusikalstamumui (Šalaševičiūtė, 2011). Pirminė prevencija – tai būklės ar ligos rizikos mažinimas, ribojant žalojančio veiksnio prieinamumą ar kontaktą su juo (Baumann, 2013). Antrinė prevencija – tai būklės ar ligos nustatymas ir gydymas (Karel, 2013). Remiantis šiais apibrėžimais – socialinis pedagogas gali aktyviai dalyvauti pirminėje prevencijoje, nes antrinėje ar tretinėje – jau reikalingi specialistai, turintys medicinos išsilavinimą.

Psichoaktyviosios medžiagos – tai tokie preparatai, kuriuos vartojant pakinta žmogaus mąstymas, emocinė būsena ar elgesys. Joms priskiriamos tokios medžiagos, kurios neigiamai veikia žmogaus psichiką ir sukelia sveikatos bei elgesio sutrikimus: tai kvaišalai

(narkotikai), alkoholis, tabakas, cheminės medžiagos, raminamieji, migdomieji vaistai. Legalios ir nelegalios svaiginamosios medžiagos dažnai pradedamos vartoti paauglystėje, mokantis mokykloje. Šiam elgesiui didžiausios įtakos turi socialinė aplinka: bendraamžių grupė, šeima, mokykla, laisvalaikio galimybės (Čaplinskas, 2013).

DiFranza D. (2000) teigia, kad rūkymas ar kitoks tabako vartojimas sukelia negrįžtamų sveikatos pokyčių ir gali rimtai sužaloti vaiko sveikatą dar iki baigiant mokyklą. Rūkymo priklausomybės simptomai gali atsirasti jau pirmomis savaitėmis pradėjus rūkyti. Rūkymas taip pat yra pirmas ,,žingsnis“ į narkotikų vartojimą

Ronksley P. (2011) atkreipia dėmesį į ūminius apsinuodijimus narkotikais ar alkoholiu.Visos šios medžiagos sukelia priklausomybę, o ilgalaikis vartojimas – negrįžtamai veikia sveikatą. Ilgalaikis alkoholio vartojimas sukelia širdies ir kraujagyslių ligas, lėtinį kasos uždegimą, pažeidžia centrinę ir periferinę nervų sistemas, skatina polinkį savižudybėms.

Čaplinskas S. (2013), atlikęs analizę Lietuvoje, 1994-2010 m. (dalyvavo 26,556 11, 13 ir 15 m. vaikai) nustatytas rūkančių vaikų skaičiaus padidėjimas: tarp mergaičių (nuo 3.6% iki 14.8%) ir berniukų (nuo 11.3% iki 21.5%), taip pat – savaitinis alkoholio vartojimo augimas: tarp mergaičių (nuo 4.3% iki 7.9%) ir berniukų (nuo 9.6% iki 12.9%) (Šumskas, 2012). Vilniuje, Klaipėdoje ir Kaune buvo apklausta 14,155 15-16 m. paaugliai ir nustatyta, kad tik 46% jų neturėjo patirties vartojant kvaišalus ar migdomuosius vaistus: 24% vartojo kanapes (hašišą, marihuaną), 20% - migdančiuosius vaistus. Įdomu tai, kad psichoaktyviąsias medžiagas vartojantys vaikai mažiau rūpinosi savo studijomis, mažiau laiko leido su tėvais, taip pat didelė dalis rūkė ir gėrė alų ar stipriuosius gėrimus (rūkantieji – patikimai dažniau piktnaudžiavo gėrimais, negu nerūkantieji).

Jurgaitienė D. (2013) tyrė vaikų požiūrį į kvaišalų vartojimą: viename iš naujų tyrimų 79,6% mokinių teigia, kad iš mokyklos reikia pašalinti narkotikus platinančius, o 48,2% - kad ir vartojančius narkotikus mokinius; tiesa, tik 44,3 proc. vaikinų ir 41,5 proc. merginų pritaria nuomonei, kad moksleivius reikia testuoti dėl nelegalių narkotikų vartojimo.Pavyko surasti vieną Lietuvoje numatytą programą -Nacionalinę narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programą, kurios tikslas – stabdyti ir mažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų pasiūlą ir paklausą, narkomanijos plitimą, stiprinant asmens ir visuomenės švietimą, sveikatą ir saugumą. Vienas iš 4 programos prioritetų yra paklausos mažinimas, ypač tarp vaikų ir jaunimo.

Sudarant psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programą, svarbu nustatyti rizikos grupes, kurioms priskiriami vaikai yra labiau linkę tapti priklausomais nuo šio žalingo veiksnio ir į kuriuos reikia kreipti ypatingą dėmesį arba sudaryti specialias, ilgalaikio poveikio programas. Daugelis mokyklų linkę teigti, kad visi mokiniai yra rizikos grupėje – dėl aplinkos (visuomenės ir šeimos) poveikio, psichologinių ir individualių veiksnių (žr.2 lentelę). Tačiau didėjant veiksnių skaičiui, proporcingai didėja psichoaktyvių medžiagų vartojimo rizika.

2 lentelė. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo mokyklose rizikos grupės ir veiksniai (Gilchrist, 1997)

Veiksniai	**Rizikos grupės**
Asmeninis elgesys	Ankstyvas nesocialus elgesys Nesugebėjimas mokytis Ankstyvas psichoaktyvių medžiagų vartojimo pradėjimas Elgesio įgūdžių stoka
Individualūs faktoriai	Pasipriešinimo jausmas Sumažėjęs mokyklos lankomumas Suaugusiųjų pamėgdžiojimas Netinkamo elgesio pamėgdžiojimas
Psichologiniai veiksniai	Žema savivertė Pojūčių paieška Savirealizacijos stoka
Šeimos veiksniai	Psichoaktyvių medžiagų vartojimas šeimoje Nesocialus elgesys Blogi tėvų rūpinimosi vaikais įgūdžiai Šeimos disorganizacija
Bendruomenės veiksniai	Ekonominis, socialinis atskirtumas Bendruomenės disorganizacija Psichoaktyvių medžiagų prieinamumas Draugai, įžymybės, vartojančios medžiagas Bendruomenės normų polinkis į nukrypimus

Mokslinės literatūros analizė leidžia teigti, kad svarbūs yra vidiniai faktoriai kaip asmeninis elgesys ir psichologiniai veiksniai, kaip save vertina, ar sugeba prisitaikyti prie klasės draugų, ar pritampa mokykloje,tai yra svarbu, nes jei vaiko savivartė aukšta, tada

tikimybė,kad nesusigundys pabandyti rūkyti ir pan. Autorius Gilchrist L.D. (1997) pabrėžia ir individualius faktorius: pavyzdžiui ar vaikas turi atsparumo įgūdžius, moka pasakyti ne, nes jei vaikui yra ugdomas kaip atsispirti tam tikriems pasiūlymams, tai yra mažesnė tikimybė vartoti psichoaktyviasias medžiagas.Taip pat labai svarbūs ir išoriniai veiksniai kaip šeimos pavyzdys, bendruomenės, nes pavyzdžiui mato reklamas apie alkoholį, rūkymą, draugai rūko, arba arčiausia grandis tai šeima, jei vaikai mato, kad tėvai rūko tai ir jie gali pradėti rūkyti.visos šios priežastys gali vaiką paskatinti pabandyti.Prevencijos programų tikslas – sustabdyti bet kokį psichoaktyvių medžiagų vartojimą – eksperimentinį (atsitiktinį), pasikartojantį, priklausomybę, vartojimą, susijusį su socialinėmis ar asmeninėmis problemomis. Dėl šios priežasties programos turi būti pakankamai ankstyvos ir aktyvios. Neseniai atlikta 135 studijų 428,293 atvejų analizė parodė, kad prevencinių programų vykdymas mokyklose sumažino moksleivių rūkymo pradėjimą 12% ir ženklų rūkymo mažėjimą po > 1 metų įdiegus programas (Thomas, 2013).

Prevencija turi būti kombinuota, nes pavienės iniciatyvos nepasiekia norimo efekto: pavyzdžiui, išanalizavus 6362 11-14 m. moksleivių duomenis, tik skatinamųjų (motyvacinių) programų įdiegimas klasėse moksleivių rūkimo nesumažino (Johnson, 2012). Psichoaktyvių medžiagų vartojimą nukreiptos programos privalo apimti įvairius žalingo veiksnio aspektus: trumpalaikį ir ilgalaikį poveikį sveikatai, socialines pasekmes, reklamos, masinių informavimo priemonių įtaką. Labiausiai tokios programos veiksmingos vidurinėse klasėse. Socialiniai pedagogai ir programose dalyvaujantys mokytojai turi būti apmokyti specialaus personalo, kad galėtų teisingai sumodeliuoti programą ir ją įgyvendintų tinkamomis priemonėmis. Autoriai teigia, kad programa privalo būti ilgalaikė, periodiškai atnaujinama, pakartojama, nukreipta į visą mokyklą, įtraukianti papildomus darbo metodus. Įgūdžių ugdymo programos gali sustiprinti su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu susijusius įgūdžius (pvz.: atsisakymą vartoti), bet šių įgūdžių pritaikymas realiose situacijose yra ribotas.

Pirmosios psichoaktyvių medžiagų prevencijos programos buvo nukreiptos tik prieš vartojimą, vėliau atsirado ir modernūs prevencijos būdai: socialinio rezistentiškumo įgūdžių skatinimas, kompetencijos gerinimas. Pastaruoju metu populiarios programos, kurios remiasi socialinių įgūdžių stiprinimu ir kompetencijų gerinimu. Autoriai teigia, kad psichoaktyvių medžiagų vartojimo mažinimui efektyvios programos ir skiriamos universaliai, ir rizikos grupėms (Griffin, 2003). Programų pobūdis nurodytas lentelėje nr. 3. Socialinis pedagogas aktyviai prisideda prie informacijos platinimo, alternatyvios veiklos rengimo, socialinio rezistentiškumo skatinimo, kompetencijų gerinimo. Nagrinėjant Kvieskienės G. (2006) socialinio pedagogo veiklą psichoaktyviųjų medžiagų prevencijoje rastas pastebėjimas,

kad būtina kurti komandą, kuri koordinuotų šios prevencijos procesą, nes neužtenka tik socialinio pedagogo reikėtų ir apjungti mokytojus bei pasikviesti ir psichologą

3 lentelė. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevencijos galimybės (Botvin, 2006)

Veiklos pobūdis	**Poveikis**	**Metodai**
Informacijos platinimas	Žinių apie psichoaktyvias medžiagas kaupimas Vartojimo mažinimas	Didaktinės instrukcijos Diskusijos, susirinkimai Audio/ video-prezentacijos Posteriai
Efektyvus mokymas	Savivertės skatinimas Sprendimų priėmimas Tarpasmeninis augimas	Didaktinės instrukcijos Diskusijos Dalinimasis patirtimi Problemų sprendimo pratimai
Alternatyvos	Savivertės, atsakingumo skatinimas Alternatyvų paieška	Jaunimo centrai Poilsio praleidimas Bendruomenės projektai
Socialinio rezistentiškumo įgūdžiai	Budrumo didinimas Atsisakymo vartoti skatinimas Neigiamų pasekmių analizė „Nevartojimo normos“ sukūrimas	Diskusija klasėse Elgesio repeticijos Lyderių pavyzdys „Namų darbai“
Kompetencijos gerinimas	Sprendimų priėmimas Asmeninio elgesio pokyčiai Komunikacijos įgūdžiai	Diskusija klasėse Kognityvinių ir elgesio įgūdžių pratimai: instrukcija, demonstracija, praktika, atgalinis ryšys, sustiprinimas

Mokslinės literatūros analizė vaizduoja, kokia prevencija turėtų vykti kai kovojama su žalingais įpročiais (alkoholiu, rūkymu).Pats svarbiausias dalykas, tai daugiau informacijos apie tai, kam rūkymas kenkia, kodėl tai nenaudinga, ir pan.Galime suprasti jei informacijos yra permažai arba iš viso jos nėra, tai vaikai gali net nesuprasti kokią žalą daro jų organizmui.Svarbus kitas punktas tai efektyvus mokymas, pabrėžiama, daugiau būtų vykdomų užsiėmimų šia tematika, šiuo atveju šis mokymas yra skirtas vaikui, kodėl yra

išryškinama ši priemonė vien dėl to, kad vaikas augtų visapusiškai: galėtų teigiamai save vertinti, mokėtų priimti tinkamus sprendimus, pvz. vaikui siūlo draugas paragauti alkoholio ir šioje vietoje vaikas žinotų kaip elgtis. Svarbu analizuoti neigiamus padarinius, ne vien paaiškinti kodėl tai „negerai“, bet įjungti ir vaikus, kad mąstytų ir galvotų veiktų per veiklas. Akcentuojama, kad svarbu vaikams įdiegti tinkamus įgūdžius, o tai galima padaryti, kai vaikai kartu dalyvauja per praktinius užsiėmimus ir taip labiau įsigilina.Todėl svarbu taikyti efektyvius metodus. Šiuo atveju svarbios alternatyvos suteikimas vaikams, tai užimtumo didinimas, nes kai vaikai po pamokų neturi ką veikti, gali susirasti netinkamų draugų kurie įtrauks į svaigalų liūną.

Kita aktuali socialinio pedagogo veikla yra **nutukimo prevencija**. Autorius Huang H. (2009) pabrėžia, kad mokyklos vaidmuo nutukimo prevencijoje – labai svarbus. Pastebima, kad vaikai mažiau sportuoja, valgo nesveiką ir greitą maistą, todėl mokykliniame amžiuje padaugėja vaikų turinčių antsvorį, fiziologinius sutrikimus (cukrinis diabetas, virškinimo sistemos sutrikimai, kaulų lūžiai ir pan.), todėl labai svarbu vykdyti prevencines programas. Manoma, kad iki 2034 m. cukriniu diabetu sergančių žmonių skaičius pasaulyje padaugės nuo 23,7 mln. iki 44,1 mln., o apie 65 proc. pasaulio gyventojų bus nutukę ar turės antsvorio – tai yra vienas pagrindinių cukrinio diabeto išsivystymo veiksnių. Yi Y. (2012) pabrėžia kad nutukimo atsiradimui įtakos turi daug veiksnių: mitybos įpročiai, fizinių pratimų stoka, šeimos anamnezė, psichologiniai faktoriai, socioekonominiai veiksniai (žr. 4.lentelė.).

4 lentelė. Vaikų nutukimo rizikos veiksniai (Y. Yi, 2012; Y. Li, 2008)

Rizikos veiksniai	**Apsauginis poveikis**
Cukrinis diabetas šeimoje	Ilgas miegas
Tėvų antsvoris	Tėvų aukštasis išsilavinimas
Ilgas televizijos žiūrėjimas	Geros sporto sąlygos
Menkas fizinis aktyvumas	
Gyvenimas mieste	
Ribotos sportavimo galimybės	
Dažnas gaiviųjų gėrimų vartojimas	
Nereguliari mityba	
Nesirūpinimas savo mityba	
Stresas	

Mokslinės literatūros analizė atskleidžia,kokie veiksniai skatina ir mažina nutukimą. Didina - reguliarus didelio kaloringumo produktų vartojimas, užkandžiai tarp

pagrindinių patiekalų (kurie neretai būna pirkti iš mokyklose esančių aparatų ar kioskų), vaisvandenių gliukozė, saldainiai ir desertai sukelia svorio priaugimą,šie visi produktai yra kaloringi, todėl jei pagrindiniu maistu tampa saldainiai, vaisvandeniai tai didelė tikimybė, kad vaikams pradės kilti kūno svoris, nes organizmas pradeda kaupti šias medžiagas. Kita kategorija tai mažas fizinis aktyvumas, laiko leidimas prie kompiuterio, televizoriaus, video žaidimai įtakoją sumažėjusį kalorijų vartojimą, arba atvirkščiai vaikas daug valgo saldumynų ir mažai juda tai sulėtina medžiagų apykaitą todėl didėja svoris. Svarbus kitas faktorius tai paveldimumas, jei vaikas priklauso šeimai, kurioje sergama diabetu ar tėvai turi antsvorio – vaikai taip pat priklauso rizikos grupei, nes cukrinis diabetas yra perduodamas genetiškai ir didelė tikimybė, kad vaikas taip pat susirgs. Emocinės problemos (stresas, nuobodulys),šios priežastys irgi įtakoja nutukimui, nes kai kuriems vaikams kurie labai stresuota gali pradėti augti svoris.socioekonominiai faktoriai (šaldyti pusfabrikačiai, druskos ir riebalų vartojimas – tai pigesni ar greitesni patiekalai) taip pat susiję su vaikų nutukimu. Kalbant apie apsauginį poveikį, kuris mažina nutukimo riziką, tai labai svarbus ilgas miegas, nes vaikas pailsi, mažiau streso, organizmas atsipalaiduoja. Pastebėtai tai, kad tėvų išsiauklėjimas turi įtakos, kurie turi aukštąjį išsilavinimą, jų vaikai mažiau linkę į nutukimą, nes parenka subalansuotą maistą, turi galimybių pasiūlyti vaikams įvairių užsiėmimų. Didelę reikšmę turi fizinis aktyvumas, nes užsiimant bet kokia sporto šaka, važiavimas dviračiu, bėgiojimas ir pan.skatina riebalų deginimą, formuoja raumenis, todėl mažesnė rizika nutukimui.

Dobbins M. (2009) atliko **fizinio aktyvumo** analizę mokyklose ir nustatė, kad fizinis aktyvumas ir sveikata yra susiję. Todėl labai svarbu mokyklose įtvirtinti fizinio aktyvumo naudą, kalbėti apie tai per pamokas, sudaryti sąlygas kad vaikai galėtų pasirinkti sporto šaką, kad mokyklose būtų sporto salės, ar sporto ir žaidimų kambariai. Svarbu, kad prie fizinio aktyvumo įgyvendinimo prisidėtų visas mokyklos personalas bei mokinių tėvai.

Pavyzdžiui, JAV ligų kontrolės ir prevencijos centras pateikia 10 strategijų, kuriomis remiantis privalo vykti nutukimo prevencija (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* – Nacionalinis lėtinių ligų prevencijos ir sveikatos stiprinimo centras, 2010). Daugelyje šių veiksmų reikalinga ir socialinio pedagogo pagalba:

- Mokyklose vykstančių programų koordinavimas ir integravimas į kitų įstaigų veiklą;
- Bendrų ir vietinių duomenų panaudojimas sprendimų priėmimui ir politikos formulavimui;
- Mokyklų sveikatos tarybų ir sveikatos planavimo procesų vystymo paskata;
- Stipraus gerbūvio politikos sukūrimas;
- Mokyklose dirbančių specialistų skaičiaus didinimas;
- Įvedimas reikalavimų, kiek laiko mokiniai privalo praleisti fiziniuose užsiėmimuose;

- Maitinimo standartų peržvelgimas mokyklose;
- Didelės kokybės sveikatos ir fizinės veiklos edukacija;
- Mokinių dalyvavimas geros kokybės maitinimo programose;
- Mokinių dalyvavimo fiziniuose užsiėmimuose ir sveiko maisto vartojimo palaikymas.

Dobbins M. (2009) teigia, kad nutukimo prevencijos programų kūrime ir vykdyme socialinis pedagogas dalyvauja stiprinant programos integravimą, koordinavimą ir bendradarbiavimą tarp mokyklų ir kitų organizacijų. Bendradarbiavimas sąlygoja universalių programų pritaikymą, nustačius, kokie veiksmai tinkamiausi ir duoda naudos. Apjungus keliose mokyklose ar regionuose vykstančias programas, galimas patikimesnis programos vertinimas.Kuriant programas, reikia žinoti, kaip plačiai paplitęs nutukimas, nejudrumas, kokios fizinio aktyvumo galimybės sudaromos mokyklose. Socialinis pedagogas gali pateikti analizę ir numatyti programos galimybes konkrečioje aplinkoje. Intensyvesnės programos reikalingos tose mokyklose, kur nustatomas mažesnis fizinis aktyvumas, daugiau vaikų su padidintu kūno masės indeksu. Jei mokykloje mokosi daugiau vaikų, sergančių su nutukimu susijusiomis ligomis (cukriniu diabetu), reikia numatyti specialias programas tiems vaikams. Daugelis mokyklų neturi specialių darbuotojų, kurie dalyvautų mokinių maitinimo programose. Šia veikla gali užsiimti socialinis pedagogas, padedamas dietologo, dietisto ar visuomenės sveikatos specialisto.Socialinis pedagogas gali prisidėti prie sporto ir žaidimų kambarių kūrimo, konsultavimas mokytojų, bendruomenės narių, kaip tinkamai vykdyti nutukimo prevenciją.(Story, 2009).Pagrindines nutukimo priežastis būna papildomo maitinimo priemonės: mokyklose įsteigti kioskai, gėrimų ir maisto aparatai. Socialinis pedagogas gali teikti siūlymus, kaip riboti papildomo maitinimo prieinamumą ar koreguoti asortimentą. Yra studijų, rodančių teigiamą poveikį, kai mokyklas atsirado galimybės aprūpinti šviežiomis, ekologiškomis daržovėmis, kai buvo imta riboti maisto aparatų statymą ir pan. Socialinio pedagogo dalyvavimas aprašytas šiose priemonėse: klausimynų ir informacinių skrajučių pildymas, video įrašų demonstravimas, renginių su dietologais, gimnastais, psichologais, gydytojais organizavimas, paskaitos apie sveiką mitybą, maisto produktų prekybos mokyklose kontrolė.(Brown, 2009).

Huang H. (2009) teigia,kad socialinis pedagogas taip pat dalyvauja fizinio aktyvumo reikalavimų nustatyme. Pavyzdžiui, kai kurios programos aprašo kelis lygius, kurie taikomi priklausomai nuo vaikų fizinio pajėgumo, sveikatos būklės, nutukimo laipsnio: 150 min. trukmė elementariojo lygio vaikams, 225 min, trukmė antrojo lygio ir pan. Kai kurie specialistai rekomenduoja atsisakyti fizinio lavinimo lengvatų ir atleidimo nuo fizinio lavinimo pamokų – vietoj jų skirti specialias programas, sudarytas vaikams su fiziniais

sutrikimais, kurie įprastai ,,atleidžiami“ nuo fizinio krūvio. Socialinis pedagogas dalyvauja sudarant tokių vaikų sąrašus, skiriant jiems vieną ar kitą programą.

Akcentuojamas socialinio pedagogo veiklos ypatumai dirbant su vaikais, kurie linkę į **agresyvumą**. Dabartinėje visuomenė labai skaudi problema – agresyvumas, o 39 proc. sunkių nusikaltimų aukų aukos ar nusikaltėliai – vaikai ir jaunimas. Jaunimo žiaurumas – sudėtingas veiksnys, sukeliantis poveikį atskiriems individams, šeimoms, bendruomenėms ir visuomenei.

Card A. (2006) ir French D. (2002) teigia, kad nuo seno fizinė agresija laikoma rimtu veiksniu, tačiau pastaruoju metu akcentuojamas ir nefizinės agresijos poveikis: manipuliavimas socialine reputacija (gandų skleidimas, draugystės nutraukimas, socialinė atskirtis) – tai įvardijama kaip bendravimo agresija.

Goldstein L. (2008) įvardija, kad agresija sukelia socialinių problemų sprendimo deficitą, problemų internalizavimą, psichosocialinius sutrikimus. Agresyvus elgesys veikia ir mokyklos aplinką: moksleiviai jaučiasi mažiau saugūs.Taigi galima daryti prielaidą, jog agresija veikia ne tik vaiką prieš kurį yra nukreipta, bet ir visą mokyklos bendruomenę, todėl šią problemą reikia spręsti.

Malinauskienė D. (2011) teigia, kad smurtinis elgesys glūdi vaiko socialinėje aplinkoje: šeimoje, bendraamžių rate, mokykloje, visuomenėje. Agresyvus elgesys labiausiai priklauso nuo vaiko šeimos ekonominės, socialinės padėties, vertybių, auklėjimo metodų, tėvų ir vaikų tarpusavio santykių, menkų mokslo pasiekimų, prastų santykių su mokytojais ir bendraamžiais, asmenybės charakterio savybių, paauglystės laikotarpiui būdingų ypatumų. Mokyklose pasireiškia trys smurto atvejai: mokiniai prieš mokinius, mokiniai prieš mokytojus ir mokytojai prieš mokinius.Nagrinėjant šios autorės mintis aiškiai matome kokios priežastys įtakoja agresyvų elgesį, nagrinėjant vaiko augimo sąlygas šeimoje matome, kad šeima įtakoja labiausiai pvz., iš šeimos ekonominės-socialinės padėties, auklėjimo metodų galima suprasti, kad jei vaikai auga žemesnėje ekonominėje klasėje, pav. tėvai bedarbiai, girtuokliauja, tai vaiku nesirūpinama, netgi gali smurtauti prieš jį, todėl vaikas savo agresija išlieją ant kitų vaikų.Taip pat įtakos turi vaiko komunikabilumas, charakterio savybės, nes priklauso kiek vaikas paims agresijos iš kitų asmenų, kaip savo emocijas valdys.

Wilson S. (2007) išskiria pagrindines socialinio pedagogo veiksmus dirbdamas su vaikais, kurie yra agresyvūs savo bendraamžių atžvilgiu.Pirmiausia tai turi rinkti anamnezę: dėl ko vaikas yra agresyvus, ar tai skatina vaiką mokyklos aplinka ar išorinė (namai, draugai, tėvai), ar tai vyksta dėl vaiko poreikių neatsižvelgimo (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Agresijos mažinimo mokyklose programų pavyzdžiai (Wilson, 2007)

Programos modelis	***Aprašymas***
Elgesio strategija	Įvairios elgesio intervencijos: apdovanojimai, kišenpinigiai, paskatinimai
Kognityvinės programos	Mąstymo keitimas: pykčio kontrolė, neigiamo elgesio slopinimas
Socialinių įgūdžių programos	Socialinių įgūdžių mokymas: bendravimo, grupinės veiklos, akių kontakto
Tarpininkavimas, konsultavimas	Konfliktų sprendimas, kai dalyvauja tarpininkai (pvz., apmokyti studentai, profesionalai); vedami užsėmimai individualiai, klasėse

Analizuojant Wilson S. (2007) atliktą į agresyvų elgesį linkusių vaikų stebėjimą, išskirtos programos, kurios padeda mažinti agresiją. Jos suskirstytos į keturias dalis. Siekiama pirmiausia keisti elgesį - tai gali būtį įvairūs paskatinimai, kaip apdovanojimai, kišenpinigiai, kurie skatintų daryti gera, o ne bloga, galime suprasti, kad kai vaikui yra suteiktas šansas pasikeisti arba -kitaip sakant - jis yra už tam tikrą darbą paskatinamas, tai jo veiksmai taip pat gali keistis, nes jis pradeda suprasti, kad gali elgtis taip, kad gautų atlygį, būtų pagiriamas. Svarbu vaiką mokyti valdyti savo pyktį, nukreipti jį ne prieš vaikus, o rasti alternatyvą pavyzdžiui užsiimti veikla, per kurią jo pyktis nukreipiamas kita linkme.Taip pat labai svarbus yra bendradarbiavimas bei tarpininkavimas, kuriuo metu padeda spręsti draugiškai iškilusias problemas - tai gali vykti per įvairius užsiėmimus, gali tai būti daroma ir per klasės valandėles, taip apjungiami ir klasės draugai.

Agresyvumo prevencijoje socialinio pedagogo veikla nukreiptą į konsultavimą. Socialinis pedagogas konsultuoja vaikus, kurie save parodo per pyktį. Reikia vaikui išaiškinti, kad pyktis yra normalus dalykas, tačiau jį reikia kontroliuoti, todėl socialinis pedagogas su vaiku kalbasi kada tas pyktis pasireiškia,moko vaiką per tam tikrus žaidimus pajausti jį ir pamėginti save suvaldyti. Kiekviena kartą kai vaikas labiau save suvaldo ir atpažįsta agresyvumo proveržį, pedagogas pagiria ir paskatina jį. Labai skatintinas ir tėvų konsultavimas, kaip bendrauti su vaikais, kurie turi problemų, kaip labiau juos užimti namuose, ką veikti kartu su šeima, tarpininkauja tarp mokytojų ir tėvų.

Agresyvumas yra susietas ir su **patyčiomis**, dažniausiai vaikai kurie yra agresyvūs, jų agresyvumas tampa psichologinis puolimas, kitaip tariant –patyčios (Greenberg, 2012). Lyginant su kitomis šalimis, patyčių dažnis Lietuvos mokyklose kol kas

lieka didžiausias, nors stebimas patyčių mažėjimas, skirtumo kaimo ir miesto mokyklose išnykimas. Patyčias Lietuvos mokyklose patiria 26,5 proc. mergaičių ir 27,97 proc. berniukų (Zaborskis, 2008). Tyrimai rodo, kad vien JAV daugiau kaip 150,000 vaikų nelanko pamokų dėl patyčių.

Kim G.(2006) įvardija patyčias kaip – psichologinės ir emocinės prievartos formą, sukelianti negatyvių pėdsakų asmenybės raidoje, pažeidžianti sveikatą, sukelianti lėtinį stresą, didinanti savižudybių riziką ir pan. Galime daryti prielaidą, kad patyčios palieka pėdsakus asmenybės raidoje, tai gali vaikas užaugti ir naudoti prievartą savo šeimoje, prieš draugus.

Borg A. (1999), teigia, kad patyčios tai neigiamas reiškinys, kurios sukelia sunkias ir ilgalaikes pasekmes vaikui- kurie tyčiojasi ir vaikui, iš kurio tyčiojamasi ir taip pat visai mokyklos bendruomenei – kyla emocinės, akademinės (mokymosi) ir elgsenos problemos. Patyčių aukos įgyja žemesnę savivertę, yra vieniši, nesaugūs, turi galimybę sirgti depresija. Patyčios sąlygoja tokias problemas, kaip mokyklos nemėgimas, išmetimas iš mokyklos, pamokų praleidimas.Analizuojant patyčių problemą mokykloje matome, kad ji apiima visą mokyklos bendruomenę, o ypač vaikus kurie kenčia nuo psichologinio smurto. Užsienio autoriai Saufler C. ir Gagne C. (2000) nustatė, kad patyčias keliantys vaikai priklauso smurto ir agresijos rizikos grupei, ypač vyresnėse klasėse, linkę į nusikalstamą veiklą, burtis į gaujas. Olweus (1999) programoje minima, kad nuo patyčių kenčia net ir tiesiogiai jose nedalyvaujantys vaikai – jiems nemalonu stebėti tokias stresines situacijas, taip pat kyla baimė eiti į mokyklą, kad patys netaptų aukomis. Mokykloje ar klasėje susidaro neigiama atmosfera.Nagrinėjant patyčių problemą, labai svarbu išsiaiškinti, kad gali tapti aukomis, analizuojant literatūrą buvo išsiaiškinta, kad prie patyčių rizikos grupės yra priskiriami vaikai kurie gyvena prastesnėmis gyvenimo sąlygomis, turi nepilną šeimą ar atvykę iš kitų šalių būna nepasitikintys savimi, užsidarę savo viduje, labai svarbu tai pamatyti ir kuo labiau tokius vaikus integruoti į mokyklos gyvenimą, nes kitaip jie gali tapti aukomis. Todėl labai svarbu kovoti su patyčių padariniais.Vieną iš specialistų kuris dirba su patyčiomis autorius išskiria socialinį pedagogą, pati pagrindinė funkcija tai - koordinavimas ir vadovavimas, tai atsispindi veiklos planavimo ir pagalbos teikimas vaikui bei jų tėvams. Svarbu vaikus užimti, suteikti proga dalyvauti užklasinėje veikloje (būreliai), tobulinti savo bendravimo su vaikais įgūdžius **(**Greenberg, 2012). Daugelis autorių kreipia dėmesį į vaiko vidinę būseną, todėl mano , kad socialinis pedagogas turi padėti stiprinti savivertės jausmą, taip vaikai labiau galėtų vertinti save ir neleisti užgauliojimams.

Lee A. (2003), teigia, kad socialinis pedagogas suteikia įgūdžių vaikams, kaip tinkamai valdyti stresą bei emocijas. Jis ugdo vaikus kaip valdyti savo emocijas.Galime daryti

išvadas, jog šiam autoriui patyčių problemos sprendimo būdas yra siejamas su įgūdžiais, išugdyti įgūdžius kaip valdyti stresą, neigiamas emocijas.

Tačiau Girdvainis G. (2009), papildo kitų autorių paminėtas socialinio pedagogo funkcijas. Dirbdamas su patyčių problema, mokykloje socialinis pedagogas yra atsakingas už mokyklos darną, jis turi rinkti informaciją, stebėti mokinius, ar nėra psichologinio ar fizinio smurto. Pastebėjęs, kad yra vaikų kurie patiria psichologinį smurtą, turi nedelsiant kurti prevencijos komandą, ruošti prevencijos programą bei iškelti tikslus ir uždavinius. Naudingas programos koordinavimas, bendradarbiavimas mokyklos viduje bei su kitomis institucijomis.Galime daryti išvadas, kad socialinis pedagogas patyčių prevencijoje laikomas toks asmuo, kuris pastebėjęs problemą yra atsakingas už komandos kūrimą, kitaip sakant specialistų įtraukimas į problemos sprendimą, iš to suprantame, kad socialinis pedagogas atlieka šioje situacijoje vieną iš pagrindinių vaidmenų.

Weare K. (2005) išskiria socialinio pedagogo tokias veiklas, jis skaito paskaitas vaikams patyčių tema, taip pat moko tėvus mokytojus kaip elgtis su vaikais kurie patiria patyčias ir kurie vykdo jas.

Leyba E. (2010) užsimena, kad socialiniai pedagogai patyčių problemoje koordinuoją pačią programą (turi išsikelti tikslus, kam reikės padėti; žinoti, kokiais būdais).

6 lentelė. Daugiapakopė patyčių prevencija (Swearer, 2012; Smokovski, 2005)

Patyčių prevencija		
Mokyklos strategija: kultūros ir klimato keitimas	*Klasės strategija: mokytojai ir kiti suaugusieji*	*Vaikų strategija: pagalba aukoms, patyčūnams, stebėtojams*
Klausimynai, įvertinantys patyčių paplitimą, priežastis, budrumą Programos įdiegimo lyderis (direktorius, pavaduotojas) Anoniminis atvejų pranešimas Visos mokyklos teritorijos kontrolė Komandos sudarymas (tėvai,	Reguliarūs susirinkimai ir diskusijos klasėse Mokinių įtraukimas į programą, nukreiptą prieš patyčias Patyčių prevencijos įtraukimas į mokymo programas Teigiamo bendravimo tarp personalo skatinimas	Socialinių įgūdžių lavinimas Pagalbos įgūdžių lavinimas Pagalbos sistema aukoms Kitų mokinių įtraukimas į pagalbos aukoms programą Bendravimas su tėvais, nustačius ar įtariant patyčių atvejį Psichikos specialistų įtraukimas

vaikai, mokytojai, socialinis pedagogas, kiti) Griežtas programos laikymasis Apmokymai mokyklos personalui (mokytojams, pagalbiniam personalui, administratoriams, kitiems specialistams) Programos vertinimo sistemos diegimas	Patyčių atvejų pranešimas ir nagrinėjimas Draugiškumo skatinimas rizikos grupių vaikams Visų vaikų įtraukimas į specialias priemones, užimtumą Griežti nuostatai, kad patyčios nepriimtinos Fizinių bausmių vengimas Bendravimas su tėvais, nustačius ar įtariant patyčių atvejį	

Mokslinės literatūros analizė atskleidė kokia turėtų būti patyčių prevencija.Pirmiausia prasideda nuo pačios mokyklos, jos aplinkos, darbuotojų elgesio keitimo- pirmiausia išsiaiškinama situacija, sukuriama komanda kuri bus atsakinga už prevencijos vykdymą, suteikimas žinių jiems.Antra visos mokyklos bendruomenės įtraukimas, ir požiūrio keitimas į patyčias, kad tai nėra gerai, rengiami susitikimai, renginiai kuriuose konsultuojami tėvai, mokiniai. Galime suprasti, kad kovojant su patyčių prevencija yra svarbus mokymas skirtas mokyklos bendruomene, tai, kad mokytojas ar kitas mokykloje dirbantys specialistas žinotų kaip elgtis įvykus incidentui per pamoką ar kitu metu. Ir trečia tai vaikų įgūdžių lavinimas, kurie padeda esant rimtai problemai kreiptis pagalbos, žinotų pagalbos centrus bei žmones kurie gali padėti.Taigi visa ši grandis yra svarbi, kadangi reikia keisti viską nuo pamatų.

Vreeman R. (2007) teigia: jei mokyklose dirba socialiniai pedagogai - mažiau smurto, mokyklos nelankymo ir patyčių. Svarbu, rinkti informaciją apie vaikus, kurių sveikata paprastėjo, jaučia nerimą, nesaugumo jausmą, nelanko mokyklos, nes tai gali būti požymiai, kad vaikas patiria patyčias.

Nagrinėjant užsienio literatūros autorių darbus yra dauguma straipsnių minimas socialinis pedagogas kaip **seksualinės prievartos** prevencijos vykdytojas. Seksualinės prievartos problema mokykliniame amžiuje yra plačiai nagrinėjama. Siekiama kuo daugiau kurti prevencinių programų, kurios užkirstų kelią vaikų prievartai. Ilgalaikės tokios prievartos išeitys apima depresiją, bendravimo sutrikimus, reviktimizaciją, turi įtakos psichinei sveikatai ir integracijai visuomenėje (Irish, 2009).

Faller K. (1993) teigia, kad tikrasis lytinės prievartos paplitimas nėra žinomas, nes vaikai linkę slėpti šią neigiamą patirtį. Teigiama, kad skirtingose populiacijose berniukų lytinę prievartą patiria 3-24 proc., mergaičių – 6-62 proc., o didžiausia rizika – 7-13 m. amžiuje.

Lietuvos duomenimis, 31 proc. moksleivių teigia vaikystėje ar paauglystėje patyrę seksualinę prievartą (Žemaitienė, 2005).

Topping K. (2009) konstatuoja, kad lytinio švietimo ir prievartos atpažinimo būdai menkai aptariami, tokių programų mokyklose vyksta mažai. Remiantis studijomis, efektyvi programa turi apimti efektyvų lytinės prievartos atpažinimą, gebėjimų tobulinimą, aktyviai įtraukti tėvus, pakankamą profesionalaus personalo skaičių, pakankamai ilgai trukti (4-5 ,,sesijos“). Sprendžiant lytinės prievartos problemą pirmiausia turi būti sukurta specialistų komanda, kuri susideda iš socialinio pedagogo, bendruomenės slaugytojo, psichologo ir mokytojų. Pats pagrindinis tikslas - vaikus išmokyti atskirti pavojingas situacijas ir jų vengti. (Finkelhor,2009).

Daugelis seksualinės prievartos programų turi skirtingus modelius, tačiau apima bendrus darbo su vaikais principus:

1. Seksualinio išnaudojimo atpažinimas
2. Skirtumas tarp tinkamo ir netinkamo lietimosi
3. Skirtumas tarp ,,gerų“ ir ,,blogų“ paslapčių
4. Nemalonaus kontakto atsisakymas
5. Pasisakymas suaugusiesiems
6. Žinojimas, kad nebus kritikos dėl pasisakymo.

Mokyklų darbuotojai (pedagogai, socialiniai pedagogai psichologai, auklėtojai) gali padėti vaikui,kai jam iškyla sunkumų mokykloje, organizuodami integraciją skatinančius ar edukacinius užsiėmimus ir užtikrindami vaikui bendravimą, pagrįstą pasitikėjimu. Esant būtinybei, pedagogai gali pasitarti su mokykloje dirbančiu psichologu ir/ar socialiniu darbuotoju, surinkti daugiau informacijos apie šeimą, vaiko aplinką (Topping, 2009).

Taigi socialinio pedagogo veiklos ypatumai susiję su prevencijos programomis. Socialinis pedagogas dalyvauja psichoaktyviųjų medžiagų, nutukimo, agresyvaus elgesio, patyčių bei lytinės prievartos prevencijos programose. Dažniausiai socialinio pedagogo veikla susijusi tiesiogiai su vaikais. Tačiau jie taip pat yra atsakingi už programų koordinavimą ir įvykdymą. Skatina įsitraukti ir mokyklos bendruomenę, kad kartu pasiektų geresnių rezultatų.

Išanalizavus prevencinių programų apibūdinimus, kuriuose dalyvauja socialinis pedagogas, sudaryta lentelė (žr.7 lentelę) kurioje atsispindi panašumai ir skirtumai metodų kurie yra taikomi įvairiose prevencijose.

7 lentelė. Įvairiose prevencijos srityse taikomi metodai

Prevencija → / Metodai ↓	**Psichoaktyvių medžiagų vartojimo**	**Nutukimo**	**Patyčių**	**Agresyvumo**	**Seksualinės prievartos**	**Išvados**
Organizavimas	Yra	Yra	Yra	Yra	Yra	Būdinga visoms
Bendradarbiavimas	Su mokytojais, tėvais	Su mokytojais, dietologais,psichologais	Su vaikais, tėvais, mokytojais	Su tėvais, vaikais	Mokytojais	Bendradarbiauja dažniausiai su pačiu vaiku, jo tėvais bei mokytojais, dar pasitaiko ir kitų specialistų
Konsultavimas	Tėvų	Vaikų konsulta-vimas	Mokytojų, tėvų	Tėvų , vaikų	Mokytojų	Dažniausiai tenka konsultuoti tėvus ir mokytojus
Koordinavimas	Temų koordinavimas	Valgiaraš-čių keitimas, maisto produktų keitimas	Temų koordinavimas	Temų koordinavimas	Temų koordinavimas	Visos programos koordinavimas
Renginiai	Vykdomi renginiai	Sporto žaidynės, įvairūs susitikimai,	Vykdomi renginiai, susiję su patyčio-mis	Vykdomi renginiai	Nėra	Vykdomi įvairūs renginiai išskyrus, kai dirbama su seksualinę prievartą
Užsiėmimai	Diskusijos, paskaitos,	Būreliai, skrajučių	Klasės valandė-	*Būreliai*	*Skaitomos paskaitos,*	Vykdomi įvairūs

	mokymai	platinimas, sporto priemonių rinkimas įtraukiant vaikus, filmų seansai	lės,organi-zuojami žaidimai, rengia-mos paskaitos, filmų seansai, laikraščio leidimas, būreliai, vaikai moko kitus vaikus		žaidimai susiję su tikromis situacijomis , *filmų seansai,*	užsiėmimai, tačiau visur yra akcentuo-jama užklasinė veikla: tai būreliai, filmų seansai, vedamos paskaitos, kūrybiškumo skatinimas tai laikraščio leidimas
Projektai	Nėra	Nėra	Nėra	Nėra	Nėra	Matome, kad dažniausiai projektai nerašomi, rašomi tik patyčių programai

Mokslinės literatūros analizė teigia, ką socialinis pedagogas kaip specialistas dalyvauja vykdant tam tikros srities prevenciją. Šioje lentelėje vaizduojamos prevencijos ir metodai kuriuos taiko socialiniai pedagogai. Prie kiekvienos prevencijos yra išvardinti metodai, kuriuos naudoja siekiant prevencijos efektyvumo. Pavyzdžiui psichoaktyviųjų medžiagų prevencijoje yra svarbus bendradarbiavimas ir konsultavimas kuris nukreiptas į tėvus, rengiami užsiėmimai, vykdomi įvairūs renginiai, jie smulkiau pateikti lentelėje, tačiau šioje prevencijos srityje projektai nėra rašomi. Ir kitos prevencijos vaizduojamos analogiškai. Analizuojant metodų naudojimą prevencijose, randama daug panašumų: organizavimas, bendradarbiavimas, konsultavimas, renginiai ir užsiėmimai. Šios vykdomos veiklos visose minimose programose. Tačiau kai kurie metodai skiriasi: pavyzdžiui, koordinavimas nutukimo prevencijoje - mokyklose reikia keisti tam tikras sąlygas; kitose prevencijoje skirtingi veiklos vykdymo būdai. Taip pat akivaizdus skirtumas – projektinė veikla: nes matome lentelėje pavaizduota, kad beveik visos programos vykdomos be naujų projektų rašymo, tik patyčių prevencijoje detaliau aprašytas projektų rengimas. Tai rodo, kad daug programų vyksta jau turint aiškią strategiją, jie yra ilgalaikiai ir finansuojami, o socialinis pedagogas projektų rengime dalyvauja kaip konsultantas.

Apibendrinant galima teigti, kad socialinių pedagogų veikla yra susijusi su prevencinių programų vykdymu. Analizuojant literatūrą išryškėjo pačios pagrindinės prevencijos programos: tai psichoaktyviųjų medžiagų prevencija, nutukimo, agresyvumo, patyčių ir seksualinės prievartos. Nagrinėjant paminėtas prevencines programas, buvo išsiaiškinta kad socialinis pedagogas yra ne tik programų vykdytojas, bet ir koordinatorius. Taip pat socialinis pedagogas minimas kaip programų kūrėjas, stebėtojas, kritikas, programos analitikas - tiriantis, kokie trukdžiai atsiranda jas vykdant. Socialinis pedagogas taip pat renka informaciją apie vaikus, sudaro rizikos grupes ir sprendžia įvairias iškilusias problemas. Nagrinėjant nutukimo prevenciją, socialinis pedagogas yra atsakingas už sveiką mitybą, valgiaraščius. Analizuojant literatūrą, galima pastebėti, kad vykdydamas prevenciją socialinis pedagogas naudoja skirtingus metodus: paskaitas, užsiėmimus, diskusijas, konsultacijas, išvykas ir kt. Taigi matome, kad socialinis pedagogas prevencinėje veikloje turi pasitelkti savo kūrybiškumą ir pritaikyti įvairius metodus.

3.SOCIALINIŲ PEDAGOGŲ VEIKLA DALYVAUJANT MOKINIŲ SVEIKATOS UGDYME BENDROJO UGDYMO MOKYKLOSE

3.1.Tyrimo metodologijos pagrindimas

Mokslinio tyrimo tikslas – atskleisti socialinio pedagogo vaidmenį ugdant mokinių sveikatą.Tam buvo pasirinkta kokybinio tyrimo metodologija, tai padaryta dėl šių priežasčių:

- Kokybinio tyrimo metodologija skiriasi nuo kiekybinio tyrimo metodologijos tuo, kad atsižvelgiama į žmogaus patirtį, o ne į pasekmes ir siekia suprasti tiriamuosius reiškinius (Bitinas,2008). Taip pat skiriasi tuo, kad kokybinio tyrimo metodologijai būdinga reikšmingas elgesys ir subjektyvumas. (Kardelis, 2002).

- Lietuvoje šios srities tyrimų yra atlikta nedaug, literatūroje rastas tyrimas, kuriame atsispindi socialinio pedagogo veikla sveikatos ugdyme,pavyzdžiui buvo tirta Panevėžio miesto socialinių pedagogų veiklos perspektyvos ugdant mokinių sveikatą (Kryževičienė, 2012), tačiau minėtas tyrimas yra grindžiamas kiekybinio tyrimo metodologija. Arba buvo atlikti tyrimai, kuriuose nagrinėjama viena iš sveikatos veiklų, pvz. darbas su elgesio problemomis - socialinio pedagogo galimybės, teikiant pagalbą elgesio problemų turintiems vaikams, tačiau nenagrinėjamos kitos sveikatos sritys. Šiuose atliktų tyrimų metu buvo išsiaiškinta kokios kaip socialinio pedagogo veiklos susijusios su mokinių sveikata, su kokiomis problemomis susiduria, kokias sritis dažniausiai jie koordinuoja, su kokiais specialistais dirba. Tačiau taikant kiekybinio tyrimo metodologiją nebuvo atskleisti socialinio pedagogo vaidmenys, kokiais būdais siekia sveikatos ugdymo, kokie metodai yra efektyviausi, per kuriuos gaunami maksimalūs rezultatai.Taikant kiekybinio tyrimo metodologijos pusės tai galima išsiaiškinti giliau.

- Kiekybinio tyrimo metodologija nepasirinkta ir dėl to, kad apdorojant surinktus duomenys siekia kuo mažiau įdėti savo nuomone, o remtis tik nustatytais kriterijais, o šiuo atveju siekiant išsiaiškinti socialinio pedagogo veiklą sveikatos ugdyme reikalinga ir interpretacija (Kardelis, 2002).

Kokybinio tyrimo konceptualaus pagrindo pasirinkimas tai pirminis etapas. Jį pratęsia tokia tyrimo eiga (Žydžiūnaitė, 2009, Civinskas,2005):

- Baigiamojo darbo tyrimo parametrų suformulavimas;

- Mokslo šaltinių atranka ir susipažinimas su jų turiniu;
- Sąvokų formulavimas;
- Tyrimo instrumento sudarymas bei parengimas
- Tyrimo duomenų rinkimas;
- Tyrimo duomenų analizė;
- Baigiamojo darbo tyrimo parametrų tikslinimas;
- Mokslo šaltinių analizės apibendrinimas ir teorinės dalies parengimas;
- Kokybinio tyrimo rezultatų interpretavimas;
- Kokybinio baigiamojo darbo dalies parengimas;
- Išvadų ir rekomendacijų parengimas;
- Pirminės baigiamojo darbo ataskaitos parengimas;
- Galutinės baigiamojo darbo ataskaitos parengimas.

Tyrimo klausimų formulavimas- buvo užduotas bendras klausimas:Kaip socialiniai pedagogai supranta - kas yra sveikatos ugdymas? Ir po to kiti klausimai išskaidyti, pavyzdžiui: Kokios programos su sveikata vykdomos mokykloje? Kokios prevencinės programos vykdomos? Kaip socialinis pedagogas dalyvauja sveikatos ugdyme? Kokios jo funkcijos sveikatos ugdyme? Kaip jos pasireiškia praktikoje?

Sąvokų formulavimas – remiantis moksline literatūra apibrėžtos pagrindinės sąvokos. Pati pirmoji sąvoka kuri buvo apibrėžta tai, kas yra socialinis pedagogas.Socialinio pedagogo apibrėžimų buvo nemažai randama tiek Lietuvos tiek užsienio šalių mokslinėje literatūroje, tačiau pats tiksliausias apibrėžimas buvo rastas Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo įsakyme, kad socialinis pedagogas *tai toks asmuo kuris įgijęs profesinę kvalifikaciją aukštosiose mokyklose, įgijęs pedagogo profesinę kvalifikaciją ar edukologijos kvalifikacinį laipsnį.* Vykdant mokslinių šaltinių atranką, taip pat prireikė papildyti sąvokų žodyną tokiomis sąvokomis kaip kas yra *vaidmuo,sveikatos ugdymas* ir *prevencija*.

Tyrimo metodų pasirinkimas – tyrimo duomenims surinkti buvo pasirinktas pusiau struktūrizuotas interviu metodas, kurio pagalba surinkti tyrimo duomenys buvo apdorojami taikant turinio analizės metodą.

Tyrimo instrumentą sudarė 8 atvirieji klausimai (žr.1 priedą), kuriais siekta nustatyti socialinio pedagogo vaidmenį ugdant mokinių sveikatą.Pirmas ir antras klausimai buvo susieti su sveikatos ugdymo samprata, likusieji - su sveikatos ugdymo programomis ir veikla.

Atliekant tyrimą buvo atlikti šie V. Žydžiūnaitės (2009) išskirti žingsniai: manifestinių kategorijų išskyrimas remiantis „raktiniais“ žodžiais, kategorijų turinio svaidymas į subkategorijas, kategorijų/subkategorijų turinio elementų sutapimo identifikavimas, kūrinio duomenų interpretavimas.

Turinio analizė. Buvo analizuojama ir interpretuojama informacija kuri susijusi su darbo tema, nagrinėjama kokie tyrimai yra atlikti šia tematika, kas išsiaiškinta ir ko trūksta. Turinio analize sudaryti ir klausimai interviu.

Tyrimo imties sudarymas. Tyrimo atlikimui pasirinkta tikslinė socialinių pedagogų imtis. Imtis buvo formuojama „sniego gniūžties“ principu. Kriterijai, pagal ką atrinkti socialiniai pedagogai:

- Išsilavinimas: aukštasis neuniversitetinis/aukštasis universitetinis.
- Darbo stažas: nemažesnis nei 5 metai bendrojo ugdymo mokykloje;

Pirminių duomenų rinkimas – Ši procesą sudarė respondentų atranka, jų pasiekimas, interviu tyrimo atlikimas bei tyrimo medžiagos turinio analizė.

Respondentų atranka ir pasiekimas – Socialiniai pedagogai, kurie jau sudalyvavo kokybinio tyrimo interviu procese, geranoriškai pasiūlė kitą socialinį pedagogą, kuris atitiktų iškeltus kriterijus.Respondentams pasiekti buvo svarbus tyrimo interviu laikas, dažniausiai interviu vyko darbo pabaigoje.

Interviu vieta ir laikas – Remiantis minėtais kriterijais buvo apklausti *8*socialiniai pedagogai, dirbantys įvairiose Vilniaus miesto bendrojo ugdymo mokyklose, visi interviu buvo atliekami socialinių pedagogų darbo vietose, išskyrus vieną, kuriam pageidaujant buvo atliktas interviu ne darbo vietoje. Pusiau struktūrizuoti interviu buvo atliekami nuo 2013- 01 -10 iki 2014 03-07. Vidutiniškai vienas interviu truko nuo 60 min. iki 70 min.

Tyrimo etika - Vykdant apklausą buvo atsižvelgiama į pagrindinius tyrimo etikos principus.

Tyrimas realizuotas, remiantis šiais etikos principais:

1) Geranoriškumo principas - tyrime visi informantai dalyvavo savo valia, niekieno neverčiami.

2) Konfidencialumas – Respondentai kurie dalyvavo tyrime buvo informuoti jog asmeniniai jų duomenys nebus viešai skelbiami, tik bendrai apdoroti duomenys.

3) Pagarbos asmens orumui principas –informantams buvo paaiškinama tyrimo tikslas, interviu apklausos metu klausimai buvo aiškūs ir neįžeidžiami.

Tyrimo duomenų analizė – Gauti tyrimo duomenys po pirmojo interviu, buvo transkribuojami ir paruošiami tolesnei duomenų analizei. Visi surinkti tyrimo duomenys yra išsaugoti kompiuterio diske - tiek garso takeliu, tiek popieriniu variantu.

3.2. Tiriamųjų charakteristikos

Tyrime dalyvavo įvairiose Vilniaus miesto bendrojo ugdymo mokyklose dirbantys socialiniai pedagogai (žr.7 lentelę), turintys pedagoginės patirties dirbant su vaikais.Buvo atsižvelgta, kad tyrimo metu socialiniai pedagogai dirbtų mokykloje ir turėtų ne mažiau kaip 5 metų patirties pedagoginėje srityje.Siekiant konfidencialumo kiekvienam interviu buvo suteiktas kodas.

8 lentelė. Demografiniai respondentų duomenys

Imties dydis	n 8
Lytis	Moterys (100proc.)
Darbo stažo vidurkis	9 metai
Pareigos	2 vyr. socialinės pedagogės. 6 socialinės pedagogės
Išsilavinimas	Aukštasis universitetinis (100 proc.)

3.3 Socialinio pedagogo nuomonė apie sveikatos ugdymą ir jo naudą

Šiame skyriuje bus analizuojama kaip socialinis pedagogas supranta sąvoką – sveikatos ugdymas, kokius požymius priskiria sveikatos ugdymui, ir sveikatos ugdymo naudą mokykloje.

Analizuojant socialinių pedagogų vaidmenį sveikatos ugdyme, pirmiausia buvo bandoma išsiaiškinti kaip informantai supranta, kas tai yra sveikatos ugdymas, kokie jo požymiai.

9 lentelė. Sveikatos ugdymo požymiai

Kategorija	**Subkategorija**	**Įrodantys teiginys**
Sveikatos ugdymas	Teorinės žinios	„Sveikatos ugdymas, tai būtų ir fizinės sveikatos ir emocinės sveikatos, galiausiai galima sakyti dvasinės- psichologinės sveikatos ugdymas <...> (I6,7) <...>sveikatos ugdymas,visa tai kas susiję su vaikų sveikata,o tai yra kad vaikas augtų tiesiog nu kad vaikas augtų iš tikrųjų tam tikrose sąlygose sveikas, <...>“ (I2,9) „Sveikatos ugdymas, psichologinė sveikata,fizinė sveikata,emocinė“(I3,8) „<...>, tai yra ir sveikata fizinė, taip ir socialinės sveikata<...> (I8,14) „Oi, visų pirma, tai yra žinios kas yra sveikata, kas jai kenkia, kas ją stiprina – žinios“(I5,14) „<...>plius visa informacija ir mokymas kaip tą daryti“ (I2,10)

	Sveikos gyvensenos įgūdžiai	„<...> suprantu, kad sveikatos ugdymas yra visgi tie įgūdžiai kad būtų,sveika gyvensena,įpročiai“(I2,12) „<..>sveikatos ugdymas tai yra visi įgūdžiai, kurie atsiranda pas mokinius, sveikos gyvensenos taip pat“ (I4,5) „Sveikatos ugdymas, tai sveika gyvensena,įpročiai, ir maistas..“(I2,13) „Sveikatos ugdymas, tai toks dalykas kai nori atkreipti mokinių dėmesį į sveiką mitybą..“(I1,7)
	Prevencijos programos	„Sveikatos ugdymas apskritai viskas,apimant tiek prevencinį darbą, tas rūkymas, alkoholio vartojimas ir visus kitus aspektus..“(I1,10) „<...>Tai pirmas tai būtų prevencija, kad nepradėtų ko nors daryti, kas yra be galo žalinga.<..>“(I4,11) „Tai prevencija,galbūt liečiant vaiko vidinę sveikatą ypač patyčių problemos prevenciją“(I8,17) „Sveikatos ugdymas, susideda iš prevencijos, daug tų prevencijų, bet manau labai svarbi patyčių prevencijos programa“(I3, 16)
	Asmenybės formavimas	„Vertybių , elgesio, susijusio sus sveikata, formavimas nuo pat ankstyvos vaikystės“(I7,15) „Sveikatos ugdymas, tai ne tik fiziologinės sveikatos ugdymas, bet apimant viską , sakykim bendravimas, santykiai ir panašiai“(I8,16)

Remiantis informantų nuomone, galima teigti, kad sveikatos ugdymą socialiniai pedagogai traktuoja įvairiai. Dažniausiai informantai pažymi, kad sveikatos ugdymas, tai sveikos gyvensenos, sveikatos stiprinimo įgūdžių formavimas. Kiti akcentuoja, kad sveikatos ugdymas yra ne tik apimantys sveikatą, bet ir ugdo asmenybės formavimą. Sveikatos ugdymas yra siejamas su prevencine veikla, socialiniai pedagogai išryškina psichotropinių medžiagų (t.y. alkoholio, tabako gaminių vartojimas) ir patyčių prevenciją. Apibendrinant informantų išsakytas mintis galima teigti, jog sveikatos ugdymas yra visapusiškas asmenybės

ugdymas, kuriai yra suteikiamos žinios, formuojami įgūdžiai kaip išsaugoti ir tausoti savo sveikatą.

Informantų išsakytos mintys sutampa su mokslinėje literatūroje pateikimais - sveikatos ugdymo apibūdinimais,išskirtais požymiais., pavyzdžiui V.Ventrikienė (2011) pabrėžia, kad sveikatos ugdymas tai, visos priemonės skirtos vykdyti prevencijas, pasaulinės sveikatos organizacija (2013) įvardina, kad tai sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymas ir naujos žinios. Sveikatos ugdymo bendrojoje programoje (2012) sveikatos ugdymas akcentuojamas kaip asmenybės formavimas.

Nagrinėjant sveikatos ugdymo poreikį mokyklose, informantai nurodė daug skirtingų priežasčių dėl ko sveikatos ugdymas yra naudingas mokyklose (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Sveikatos ugdymas mokykloje

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginys
Sveikatos ugdymo nauda	Sveikatos supratimo formavimas	„<...>vaikams akcentuoju, kad jūs ugdotės visapusiškai , būtent čia tai,vaikai sužino viską tiek apie... kartu ir sveikatos visas problemas“(I1,15) „<...>Nes yra daug problemų, yra bulimijos, anoreksijos programos, jeigu mes kalbėtume apie mergaites, todėl turi kalbėti apie tas ligas, kad žinotų ir suprastų, kokia žalą organizmui tai padaro“ (I4,28) „Vaikas ateina į mokyklą ugdytis,mokytis,bet ir sveikata taip pat svarbi sąvoka, ją turi suprasti,tai vienas iš pirmų mokyklos prioritetų.“(I3,14) „Mokykloj vis tiek dirba mokytojai profesionalai, ta prasme, kiek daug galima žinių suteikti per chemijos, biologijos, fizikos pamokas, mes tai ir darome<...>(I5,33) „<...>bet ir žinios apie žmogų, apie jo sveikatą ir biologiją, tai irgi suteikia žinių apie sveikatą, pradeda suprasti“ (I6,17)

	Socialinių įgūdžių formavimas	„Bet labiausiai tą socialinio atsparumo ugdymą aš ugdau<...>(I2,65) „Aišku visokių dalykų gali nutikti,tiesiog maišytis,vis tiek vaikai kalba apie tai,vienam tas svarbu,kitam tas tai tiesiog mokykla irgi gali parodyt tam tikrą kryptį“(I2,27) „Mokykloje yra visos sąlygos ir galimybės jauną žmogų mokyti pozityvių dalykų, kurių nusineš į savo šeimą, vėliau - į visuomeninį gyvenimą, tai yra svarbu link to ir einame“ (I7,22)
	Traumų prevencija	„<...>glaudžiai mokykla susijusi su fizine sveikata, sakykim, nes vaikai, ir susižeist gali ir koridoriuose ir kūno kultūros pamokose, tai tas yra svarbu“. (I8, 28) „Mokykloje vaikai yra mokomi kaip nesusižeisti, kaip atsargiai elgtis per pertraukas, svarbus yra saugumas“ (I3, 14)

Remiantis informantų nuomonėmis, galima teigti, jog sveikatos ugdymas yra naudingas mokyklose. Pačius pagrindinius argumentus socialiniai pedagogai akcentavo, kad dėka sveikatos ugdymo vaikai sužino sveikatos esmę, kas ją įtakoja, kokios ligos atsiranda dėl tam tikrų padarinių. Taip pat paminėjo, kad mokykla padeda suformuoti socialinius įgūdžius, kurie reikalingi ir vėlesniame gyvenimo tarpsnyje ir taip pat dėka sveikatos ugdymo, mažėja traumų mokykloje. Galima teigti, kad sveikatos ugdymas yra naudingas mokykloje dėl papildomų įgūdžių ugdymo apimant ne vien dalykines žinias. Informantų išsakytos mintys sutampa su mokslinėje literatūroje pateikimais, pavyzdžiui J.Barštienė (2011) pateikė, kad sveikatos ugdymas papildo turimas žinias naujomis, taip vaikams nuo mažens formuojasi sveikatos supratimas. Sveikatos ugdymo programoje (2012) pabrėžiama socialinių įgūdžių ugdymas. Apibendrinant galima daryti išvadas, kad sveikatos ugdymas yra reikalingas mokykloje, nes papildo žinias ir ugdo sveikos gyvensenos įgūdžius iš sveikatos pusės.

Nagrinėjant informantų išsakytas mintis išryškėjo trys sąlyginės sveikatos ugdymo mokykloje priežastys (žr.6 pav.).Informantai pažymi, kad vaikas didelę dalį laiko

praleidžia būdamas mokykloje, todėl jis turi ne tik mokintis pagal formalųjį ugdymo planą, bet ir holistiškai ugdytis*(„vaikas labai daug laiko praleidžia mokykloj*“(I2,23). Tyrimo dalyviai pažymėdami mokyklos svarbą ugdant vaiką, atkreipia dėmesį į tai, kad išryškėja kai kurios problemos susiję su sveikatos ugdymu. Viena iš pagrindinių problemų, informantų teigimu, susijusi su šeima *„deja, bet šiandien dienai ne visada tėveliai turi laiko apie tai kalbėtis, ir ne visada galvoja, kad apie tai derėtų kalbėti“* (I4,18). Kita, informantų dažnai išskiriama problema – informacijos gausa ir vaikų gebėjimas ją kritiškai vertinti: *„pavyzdžiui, sveikatos laidos kurios reklamuoja vaistus,sporto laidos alkoholį, poilsis dažnai suprantamas kaip gulėjimas paplūdimyje, kur ,,viskas įskaičiuota“ ar prie ežero su kepsniais ir alumi, mokykloje yra visos sąlygos ir galimybės jauną žmogų mokyti pozityvių dalykų.“*(I7,20).



6 pav. Sveikatos ugdymo mokykloje pagrindinės priežastys

Nagrinėjant surinktą tyrimo medžiagą, buvo sudarytas paveikslas, kuriame atsispindi pačios pagrindinės priežastys dėl ko reikalingas sveikatos ugdymas mokyklose. Problemos įvardintos dviejose grandyse, tai šeima ir informacijos sklaida, analizuojant šias problemas galima teigti, kad tėvai šiuolaikinėje visuomenėje turi išlaikyti šeimą, kai kurie tėvai dirba kelis darbus, todėl nebelieka laiko vaiko auklėjimui ir ugdymui, todėl galima daryti išvada, kad mokykla tokia institucija, kuri suteikia trūkstamus įgūdžius. Nagrinėjant kitą problemą - informacijos sklaidą, kadangi ją galima pasiekti įvairiais būdais, o ypač internetu, vaikai gali neatsirinkti kuri informacija yra teisinga ir gera, taigi čia vėl iškyla mokykla, kuri gali padėti atsirinkti teigiamą informaciją.

3.4. Mokykloje vykdomos sveikatos ugdymo programos

Analizuojant mokyklose sveikatos ugdymo specifiką, buvo užduodamas informantams klausimas: kokios sveikatos ugdymo programos yra vykdomos jų mokykloje. Klausimas buvo užduodamas tikslingai, nes norėjosi palyginti gautus rezultatus su mokslinės literatūros pateikimais ir rasti panašumus ir skirtumus (žr. 11 lentelę).

11 lentelė. Sveikatos ugdymo programos

Kategorija	**Subkategorija**	**Įrodantis teiginys**
Sveikatos programos	Sveikos gyvensenos programa	„<...>mūsų mokykloje jau antrus metus yra vykdomos sveikos mitybos programos vaisiai vaikams, ir pienas vaikams, kurių metu vaikai gauna kasdien vaisių ir pienų produktų, tai yra vitaminų ir kalcio.“ (I1,19) „Europos sąjungos programa „Vaisių vartojimo ir skatinimo švietimo įstaigoje ir pienas vaikams., taip pat mokiniai gauna vaisius, sultis, ir pieno produktus.“(I1,18) „Mitybos, ten daugiau su pradinukais turi tą, sveiko maitinimosi.“(I6,66) „<...>pirma, žalingų įpročių prevencijos programa“(I4,62) „<...> apie žalingų įpročių prevencijos programą“(I2,81) „Oi, tai yra, visų pirma, žalingų įpročių prevencijos programa“ (I5,59)
	Fizinės sveikatos programa	„tai yra ir bėgimo savaitės, ir sporto šventė, kuri vyksta kiekvienais metais, tai yra tradiciniai renginiai, tai yra mokinių įtraukimas į aerobikos, kūno kultūros“(I4,44) „<...>tada fizinis aktyvumas, tai kūno kultūros pamokos“(I5,40) „fizinis aktyvumas tai kūno kultūros pamokos ir neformalus kaip sakant ugdymas kur taip pat vaikai gali lankyti“ (I3,44) „..higienos įgūdžiai..“ (I3,69)

	Psichologinės-psichinės sveikatos tausojimo programa	„tai yra lytiškumo programa“(I1,40). „sveikata ir lytiškumo ir šeimos ta programa“ (I8,37) „programos vykdomos labai daug susijusios su psichinės sveikatos ugdymu..“(I2,68). „galvoju kas čia dar. Nu vat, visa patyčių programa. Jinai nukreipta į psichinę sveikatą. (I6,61). „apie savižudybių prevencinę programą ji nukreipta į psichinę sveikatą<...> (I2,64)
	Socialinio atsparumo programa	„<...>ir apie socialinį ugdymą bet labiausiai tą socialinio atsparumo ugdymą, tai yra socialinio atsparumo programos“(I2,66),“ „Socialinio atsparumo programa, kai vaikas tiesiog sugebėtų nu atsispirti tam tikriems neigiamiems dalykams.“(I8,84) „.kaip mokėti pasakyti ne,atsispirti visokiems žalingiems įpročiams,galų gale mokėti bendrauti“(I3,93). „Paauglių socialinių įgūdžių programa tiltai“(I3,84).

Informantai išskyrė pagrindines sveikatos programas kurios yra vykdomos mokyklose. Tai sveikatos gyvensenos programa, fizinės sveikatos, psichologijos-psichinės sveikatos programa ir socialinio atsparumo programa. Dauguma socialinių pedagogų paminėjo, kad labai svarbi sveikos gyvensenos programa, kuriai priskiriama ir žalingų įpročių programa, nes Lietuvos mastu psichotropinių medžiagų vartojimas yra didelis. Taip pat informantai akcentavo socialinio atsparumo programą, nes programos metu yra suteikiamos žinios, įgūdžiai kaip atsispirti neigiamiems dalykams, atpažinti gerus dalykus nuo blogų. Nagrinėjant tyriminės dalies analizę su teorine dalimi (Janssen,2010;Lammle,2011 ir t.t) yra randami panašumai, pavyzdžiui kalbant apie sveikatos ugdymo programas mokyklose yra išskiriamos tokios pačios programos, tai sveikos gyvensenos, fizinio aktyvumo, psichikos sveikatos ir socialinės sveikatos programos. Tačiau rastas skirtumas, informantai išskyrė sveikos gyvensenos programos šaką, tai žalingų įpročių prevencinė programa, nors literatūros analizėje žalingų įpročių prevencijos programa priskirta prie fizinės sveikatos (Furr-Holden,

2004). Taigi galima teigti, jog žalingi įpročiai gali būti priskirti prie sveikos gyvensenos ir prie fizinės sveikatos, nes organizmui kenkia.

Nagrinėjant socialinių pedagogų atsakymus apie vykdomas programas mokyklose buvo pastebėta, kad socialiniai pedagogai kartais nežino visų sveikatos programų: „*O taip jeigu labai jau tiksliau, tai reikėtų žinokite klausti pas mokytojus, kurie integruoja į savo dalyką. Bet va šitos va pagrindinės, kurias žinau.“(I5,61)*; *„<...>Aš dabar net nepasakysiu žinokit, nes nelabai pati su to dirbu..“(I6,68)*. Kalbant apie sveikatos programas,socialiniai pedagogai pasako tik 1 ar 2 programas, nors toliau kalbant iš konteksto suprantama, kad ir daugiau jų yra vykdoma, tik jų neužakcentuoja, nes nedirba su jomis. *„tai gal konkrečiai su kuo susiduriu aš..“ (I6,41)*. Nagrinėjant respondentų atsakymus paaiškėjo, kad kai kuriose mokyklose yra nevieninga mokyklos sistema, trūksta vieningumo vykdant programas. *„Nu reikėtų prisipažinti kad tos bendros programos kai įsijungia visas kolektyvas, jos tikrai nėra pas mus gimnazijoje, yra tai ką daro sveikatos specialistai, yra tai ką daro psichologai, yra tai ką daro socialiniai pedagogai, bet dažniausiai tai būna atskiros veiklos..“(I4,37)*; *„aš dirbu antroje mokykloje, ir žinot, pirmoje mokykloje mūsų seselė buvo žymiai aktyvesnė, jinai ir pati įsitraukdavo į projektus, ir juos rašydavo kartu su manimi, ir jinai, tikrai, ir paskaitas vesdavo, šitoj vietoj yra patirtis kitokia. Yra žmogus, kuris daugiau sėdi savo kabinete ir dirba su pažymom ir tiesiai su vaiku.“(I4,267)*.

Apibendrinant visų informantų atsakymus, matome, kad yra vykdomos sveikatos programos mokyklose ir socialinis pedagogas prisideda prie jų vykdymo, tačiau išryškėjo ir problemos, tai, kad socialiniai pedagogai apsibrėžia dažniausiai tik ties savo programų vykdymu, o bendrai programų kurios yra vykdomos mokykloje negali įvardinti, tai galima susidaryti įspūdį, kad trūksta motyvacijos arba laiko, nes turi daug darbų bei bendradarbiavimo su mokyklos sesele ir kitais mokyklos darbuotojais. Mokykloje trūksta vieningos sistemos.

Literatūrinėje dalyje, V.Gudžinskienė (2007), taip pat paminėjo, kad mokyklose trūksta vieningos sistemos: kompetentingų specialistų ir motyvacijos jau dirbantiems.

Nagrinėjant prevencinių programų įvairovę, informantai išskyrė nemažai prevencinių programų, kurios yra vykdomos mokyklose, dažniausiai socialiniai pedagogai minėjo programas tas, kuriuose patys dalyvauja.

12 lentelė. Prevencinių programų įvairovė

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginys
Prevencinės programos	Nusikalstamumo – smurto prevencija	„<..> tiek nusikalstamumo programa<...>“(I1,113) „<...>smurto-nusikalstamumo prevencijos programos“(I7,49).
	Žalingų įpročių prevencija	„Tiek rūkymo tiek alkoholio vartojimo..“(I1,112) „Ir apie žalingų medžiagų prevenciją..“(I6,43) „tai šioje vietoje tai būtų rūkymo, narkotinių medžiagų, alkoholio prevencija..“(I4,9); „Visos psichoaktyviosios medžiagos, kurios veikia mūsų smegenis tai yra ir nikotinas, ir alkoholis, ir narkotikai, kaip psichotropinės medžiagos“(I5,81); „Narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo“(I8,33)
	Patyčių prevencija	„čia tai tada aš priskirčiau ir patyčias.“ (I2,171); „..visa visa patyčių programa..“(I3,85); „Šiuo metu tai „Olweaus“ patyčių prevencijos programa“(I7,51)
	Ligų prevencija	„<..>tiek AIDS, tiek ŽIV, apie užkrečiamas ligas jų plytimą vykdomos prevencijos“(I1,112); „Nes yra daug problemų, yra bulimijos, anoreksijos programos, jeigu mes kalbėtume apie mergaites.“(I4,28)

	Savižudybių prevencija	„Svarbi prevencija yra apie savižudybes, jų prevenciją“(I2,67); „SUPREME“ savižudybių prevencijos programa.“(I7,52).

Išanalizavus tiriamųjų duomenis, paaiškėjo kokios prevencinės programos yra vykdomos mokyklose. Daugiausiai informantų paminėjo žalingų įpročių prevenciją, kuriai priklauso, narkotinės medžiagos, rūkymas, alkoholio vartojimas ir patyčių prevenciją, kuri šiais laikais mokykloje yra vis dar opi. Taip pat socialiniai pedagogai išskyrė nusikalstamumo-smurto prevenciją, ligų prevenciją ir savižudybių prevenciją. Nagrinėjant prevencijų programų įvairovę, yra randama dar viena svarbi prevencijos programa,tai socialinių įgūdžių ugdymas *„svarbi socialinių įgūdžių prevencija, nes padeda atsispirti neigiamiems dalykams, išmokti sakyti ne, tinkamai rinktis“)* (I2,69), taigi galima daryti išvadas, kad socialinių įgūdžių programa padeda vaikams išmokti atpažinti neigiamas situacijas ir jų išvengti.

Mokslinės literatūros analizėje randama panašumų, pavyzdžiui yra vykdoma žalingų įpročių prevencija, ją išskiria S.Čaplinksas (2013) po to agresyvumo-nusikalstamumo prevencija (Card,2008 ; French,2002), patyčių prevencija (Greenberg,2012) ir ligų prevencija (Huang,2009).Tačiau yra įžvelgiama ir skirtumų, kalbant apie ligų prevenciją mokslinėje literatūros analizėje yra apžvelgiami ne vien krauju plintančių infekcijų prevencija, bet ir nutukimo padariniai, tai didelis KMI, atsirandantis cukrinis diabetas. Taip pat literatūroje nėra akcentuojama socialinių įgūdžių programa.

Apibendrinant galima teigti, kad mokyklose yra vykdomos įvairios prevencinės programos, kurios padeda sumažinti žalingus veiksnius vaikų sveikatai, tačiau yra randama skirtingos nuomonės, kuri prevencija yra svarbesnė, todėl buvo sudarytos prevencijų programų grupės, kurias paminėjo daugiausiai.

3.5 Socialinio pedagogo veikla sveikatos ugdyme

Socialiniams pedagogams buvo užduotas klausimas- kaip jie dalyvauja sveikatos ugdyme, šiuo klausimu buvo bandoma išsiaiškinti kokias veiklas vykdo, už ką yra atsakingi. (žr. 13 lentelę).

13 lentelė. Socialinio pedagogo veikla sveikatos ugdyme

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginys
Socialinio pedagogo veikla	Prevencijos vykdymas	„Su prevencija, su socialiniais įgūdžiais, daugiau dirbu aš“(I6,102) „Prevencines programas per žalingų įpročių prevencijos programas“(I5,76) „Pradėjome organizuoti psichikos sveikatos katedros inicijuotas savižudybių prevencijos projektas „Supreme“.“(I7,33).
	Programų koordinavimas-vykdymas	„<...>koordinuoju patyčių prevencijos savaitės veiklas“ (I2,43) „konkrečiai atsakinga esu aš už tas programas,vaisių skatinimas ir pieno produkcija“ (I3,100)
	Sveikatos renginių organizavimas	„taip tai ką mes darom, aš tiesiog organizuoju įtraukiu vaikus, kad dalyvautų konkursuose sveikatos“(I1,45) „Organizuoju tarptautinę nerūkymo dieną tai lapkričio ketvirtąją trečiadienį berods..tada AIDS dieną“(I1,76) „<..>aš pavyzdžiui inicijuoju akcijas:„Keisk cigaretę į obuolį“, dalyvauju akcijoje „Mano miestelis be pavojingų atliekų“ (I7,32) „Organizuojam gerumo, nerūkymo, tolerancijos dienos“(I5,111) „Organizuoju kasmet konkursą „Sveikas kūnas plius sveika siela - lygu žmogus“. (I1,38)
	Šviečiamoji	„Yra daug tokių programų , kaip yra nu kaip pamokų planų parašytų , apie skirtingas problemas ir didžiąją dalį aš tikrai

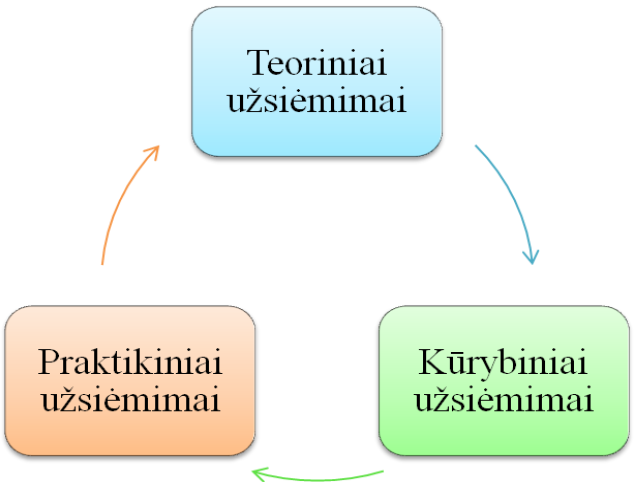
	veikla	esu pasiruošusi ir skaitau pati“(I4,64). „<..>kalbėjau savižudybių tema, šita tema irgi visada yra paliečiama.“(I6,148) „Asmeniškai konsultuoju tėvus, vaikus, ypač socialinės rizikos šeimas, sveikatos stiprinimas žalingų įpročių prevencijos klausimais“(I7,36) „<...>tiesiog vedam įvairius užsiėmimus<..>“(I2,119)

Informantai nurodė pagrindines sferas už kurias yra atsakingi sveikatos ugdyme. Nagrinėjant informantų interviu buvo kalbama apie veiklas prevencijoje, jų atsakomybė yra viena iš pagrindinių,tai apsaugoti vaiką nuo įvairiausių padarinių (smurto, susižeidimų ir pan.).Socialiniai pedagogai taip pat yra atsakingi už organizacinius dalykus, tai įvairių akcijų, renginių organizavimas, taip pat sveikatos programų koordinavimas.Daugelis tyrėjų paminėjo kad yra atsakingi už šviečiamąją veiklą, tai veda įvairius užsiėmimus, skaito paskaitas, konsultuoja tėvus bei mokinius.

Mokslinės literatūroje autoriai M.Dobbins (2009), M.Story (2009) pateikia visas išvardintas iliustracijoje socialinio pedagogo veiklas sveikatos ugdyme. Tačiau G.Girdvainis (2009) ir kiti autoriai išskiria bendradarbiavimą kaip vieną iš svarbesniu veiklų sveikatos ugdyme: bendradarbiavimas apjungia kuo įvairesniu žmonių, specialistų ir į mokymo procesą įtraukia ir tėvus.

Apibendrinant socialiniai pedagogai dalyvauja įvairiose veiklose, siekiant gerinti vaikų sveikatą. Jie ne tik inicijuoja ir organizuoja įvairias akcijas, tačiau veda įvairius užsiėmimus, vykdo prevencines programas. Dirba tiek administracinį darbą tiek tiesioginį darbą su vaikais.

Nagrinėjant socialinių pedagogų interviu atsakymus, yra randami paminėtos ugdymo formos, kurias naudoja informantai savo darbe dirbant su vaikais. Kadangi socialiniai pedagogai paminėjo daug įvairių ugdymo formų tai jie suskirstyti į pagrindines 3 grupes (žr. 7.paveikslą.).



7 pav. Ugdymo formos, kurias naudoja socialiniai pedagogai

Remiantis surinktais tyrimo metu informantų duomenimis, sudarytos ugdymo formų grupės. Tai praktiniai užsiėmimai, kuriuose įvardinami išvykos, akcijos, renginiai, užsiėmimai.Dauguma socialinių pedagogų akcentuoja grupinius užsiėmimus *„grupiniai užsiėmimai, klasės valandėlės.“ (I3,104); “mes vedam ir paaugliam irgi užsiėmimus<...>“(I2,153)* ,socialinė pedagogė pamini išvykas pavyzdys į kraujo centrą – *„.arba pamokos metu arba dviejų pamokų metu arba tai mes kažkur vykstame. Ten nežinau, kraujo to paties priduoti mes važiuojame į kraujo centrą kiekvienais metais“(I4,84).* Taip pat yra svarbu ir akcijos- *„Visada būna kiekvienais metais, AIDS dienos akcija, nerūkymo, gerumo akcija, tolerancijos akcija, savaitė be patyčių, gegužė - mėnuo be smurto prieš vaikus, va šitos pagrindinės.“(I5,114).* Prie ugdymo formų priskiriami ir renginiai, vienas iš pavyzdžių viktorinos – *„.yra įvairios viktorinos irgi organizuojamos,kas susiję su sveika..“(I1,82*); *kiekvienais metais organizuoju konkursą 1-4 klasių sveikos mitybos piramidę..“(I1,47); „tada dar būna estafetės pavasarį irgi 1-4 klasių mokiniams organizuojamos nu irgi link sveikatos ugdymo.“(I1,52).*

Kita grupė metodų - teoriniai užsiėmimai, į juos įeina paskaitos, konsultavimas ir diskusijos. Socialiniai pedagogai prisipažįsta, kad jiems ir patiems tenka skaityti ir pasiruošti tam tikrai temai, nors ir nėra tos srities žinovai. *„ir kalbamės su vaikais, net ir neturint to sveikatos ten to viso išsilavinimo, ir apie anoreksiją, ir apie bulimiją“(I4,60); „aš vedu paskaitėles“(I3,106).* Taip pat būna vienas iš metodų, tai diskusijos metodas, *„Aišku, pirmiausia mano informacija po to mes diskutuojam, diskutuojam giliai kalbamės su vaikais ta tema“(I6,177).*

Informantų duomenų analizė parodė, kad labai svarbūs kūrybiniai metodai, kuriems priklauso, tai ką daro patys vaikai, pavyzdžiui - filmų kūrimas,plakatų kūrimas ir

pan.*"laiško konkursas, plakatų konkursas, filmukų kūrimas, klipų kūrimas"(I5,130)*; *„ Alkoholis veža" – va čia turim tokį filmuką, apie patyčių situacijas. Vaikai patys kūrė su aktoriais situacijas, patyčių filmukus kūrė."(I6,188).* Keli informantai akcentavo, kad per praktikinę veiklą labiau atsiranda supratimas apie tam tikrą problemą – *„Taip, patirtinius tokius, kai vaikai kažką išbando, kažką veikia ir paskui nu reflektuoja, aptaria kaip jis jautėsi, ką jis išgyveno."(I6,266).* Socialinė pedagogė išskyrė geriausia jos nuomonę metodą – *„bendraamžių bendraamžiams principas,tai kada mokiniai vat vyresnieji mokiniai veda paskaitėles, patys atitinkamai ,pasiruošia tam tikra tema jaunesniems moksleiviams"(I7,81).*

Analizuojant informantų gautus duomenys, galime teigti, kad socialiniai pedagogai naudoja įvairias ugdymo formas, kurios pereina į metodus, tai dažniausiai būna paskaitos bei įvairios konsultacijos ir užsiėmimai, tačiau pasitaiko nemažai ir kūrybinių užduočių. Tačiau nagrinėjant metodų pritaikomumą susiduriame ir su problema,tai kai socialiniams pedagogams tenka skaityti paskaitas kurioms neturi kompetencijos, tai atsiranda problema, kad galbūt socialiniai pedagogai atlieka kai kurias funkcijas nesusijusias su jų pareigybėmis.

Lyginant mokslinės teorijos duomenis su tyriminės dalies medžiagą randama bendrų sąsajų, pavyzdžiui socialiniai pedagogai skaito paskaitas,vykdo diskusijas veda užsiėmimus (Brienet, 2009), organizuoja renginius sveikatos tema, įtraukia vaikus į kūrybines veiklas (Leyba, 2010). Tačiau skiriasi tam tikros veiklos, literatūroje minima, kad socialiniai pedagogai konsultuoja tėvus, vaikus ir mokytojus, nors analizuojant socialinių pedagogų išsakytas mintis, randama, kad dažniausiai konsultacijas veda tėvams ir mokytojams, o vaikams labai retai, vykdo konsultacijas vaikams tik 1 socialinis pedagogas.

Apibendrinant galima teigti, kad socialiniai pedagogai savo darbe naudoja įvairias ugdymo formas, kad vaikus kuo labiau sudomintų ir pasiektų kuo efektyvesnių rezultatų.

Analizuojant mokslinės literatūros analizę ir informantų išsakytas mintis, apie socialinio pedagogo funkcijas sveikatos ugdyme, buvo sudarytos kelios grupės funkcijų, kurias vykdo informantai. Pačios pagrindinės funkcijų grupės pavaizduotos lentelėje (žr.14 lentelę) .

14 lentelė. Socialinio pedagogo funkcijos sveikatos ugdyme

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginys
Funkcijos sveikatos ugdyme	Šviečiamoji-informacinė funkcija	„tai yra ugdyti gebėjimą būti atspariam, tai yra rūkymui, alkoholiui, narkotinėms medžiagoms, kad atsirastų tas gebėjimas, tai ką aš turiu daryti, aš turiu šviesti, aš turiu koordinuoti tas veiklas“(I4,172) „tai funkcijos tai pirma tokiu pagrindiniu tai šviečiamoji aš pasakyčiau“(I3,148) „Mokykla antri namai, čia vyksta toks pat gyvenimas kaip ir namuose ir kalbam kalbam visą laiką ir apie viską, ir apie sveikatą, tai vadinasi šviečiamoji funkcija reikalinga“(I5,93)
	Prevencinė funkcija	„<...>O pačios funkcijos, tai daugiau prevencija“(I6,287) „Jeigu yra nors kiek žodis „prevencija“, tai visi mokykloje žino, kad tą reikia atiduoti socialiniam pedagogui. Nesvarbu iš kurios pusės, ar iš sveikatos, ar iš nusikaltimų srities, bet tai yra socialinio pedagogo. Mušasi, geria alkoholį, dainuoja – viskas yra socialinio pedagogo.“ (I4,355)
	Saugumo funkcija	„tai yra užtikrinti saugumą, kad nebūtų jokių problemų su jų sveikata, tai saugumo galima sakyti funkcija“ (I4,181) „Svarbi saugumo funkcija: vaiko saugumas mokykloje, aplamai saugumas. Nu visom prasmėm ir psichologinis, ir fizinis saugumas, ir įvyksta čia smurto kažkokių atvejų, ten mažesnių ar didesnių. Labai didelių neturime“(I6,265)

	Bendradarbiavimo funkcija	„tenka bendradarbiauti, ,kviestis tai pat specialistus iš kitų įstaigų,taip pat iš visuomenės sveikatos centro“ (I3,165) „Svarbus bendradarbiavimas, nes tenka bendradarbiauti su mokyklos personalu ir iš kitų įstaigų“(I7,100)
	Įtraukimo funkcija	„įtraukiu vaikus, kad dalyvautų konkursuose sveikatos biuro“(I1,45) „Įtraukti vaikus, jeigu iš pareigybinės instrukcijos, į papildomą arba neformalios veiklos organizavimą. Tai šitoj vietoj tai čia irgi atsiranda ta sveikata, jeigu jisai užsiims sportu, kokybišku laisvalaikiu, tai jis turės žymiai mažiau laiko užsiimti kitais dalykais, kurie gali pakenkti jo sveikatai.“ (I4,187)

Remiantis surinkta tyrimo medžiaga, buvo išskirtos funkcijos, kurios reikalingos ugdant mokinių sveikatą, socialiniai pedagogai paminėjo šias funkcijas, tai Šviečiamoji-informacinė funkcija, prevencinė funkcija, saugumo funkcija, bendradarbiavimo ir įtraukimo funkcija. Dauguma socialinių pedagogų pačią pagrindinę funkciją išskyrė šviečiamą-informacinę funkciją, kadangi per šviečiamąją veiklą dažniausiai perduodama informacija vaikams, mokyklos personalui, šią funkciją paminėjo visi socialiniai pedagogai. Taip pat socialiniai pedagogai akcentavo įtraukimo funkciją, nes pasak informantų, svarbu vaiką sudominti veiklomis, įtraukti į užklasines veiklas ir pan.Nagrinėjant visas išskirtas funkcijas matome, kad visos funkcijos yra nukreiptos į vaiką ir susijusios su sveikatos ugdymu ir tausojimu.

Lyginant teorinės dalies analizę su tyriminės dalies analizę randama panašumų, pavyzdžiui Lietuvos Respublikos reglamentuotose dokumentuose (socialinės pedagoginės pagalbos teikimo apraše, Žin., 2011m. Nr.99-4675; dėl prevencinio darbo grupių mokyklose ir prevencinio darbo koordinavimo grupių savivaldybėse sudarymo bei jų veiklos krypčių apraše, Žin., 2004m.Nr. 145-5281) taip pat įvardijama Šviečiamoji, saugumo ir prevencinės funkcijos, kurias atlieka socialinis pedagogas. Nagrinėjant smulkiau socialinio pedagogo

funkcijas įstatymuose tai taip pat randama ir bendradarbiavimo funkcija.Tik dėl įtraukimo funkcijos, jos literatūrinėje dalyje kaip atskiros funkcijos nėra.

Apibendrinant galime teigti, kad socialiniai pedagogai naudoja visas šviečiamąsias priemones, kad gerintų vaikų sveikatą ir vykdytų mokinių sveikatos ugdymą,išryškėjo, jog socialiniai pedagogai nesureikšmina kokias funkcijas priklauso daryti ir kokias ne, tiesiog jų pareiga rūpintis vaiku, jo gerove, todėl jie net neakcentuoja, kada tai daro, kokiomis akimirkomis, jų tokia kasdienybė, jie kiekviena akimirką vykdo veiklas susijusius su vaiku ir sveikatos ugdymu.

Pagal socialinio pedagogo funkcijas sudaryta lentelė, kurioje parodoma, kaip visos šios funkcijos pasireiškia socialinio pedagogo darbe (žr.15 lentelę.).

15 lentelė. Socialinio pedagogo funkcijos ir veikla

Funkcijos pritaikomos praktikoje				
Šviečiamoji-informacinė	Saugumo	Įtraukimo	Prevencinė	Bendradarbiavimo
Veiklų koordinavimas; Paskaitos; Užsiėmimai; Kalbėjimas	Tinkamų sąlygų sudarymas;	Konkursuose dalyvavimas; Laisvalaikio formavimas	Įvairios prevencinės programų kūrimas ir jų vykdymas	Bendradarbiavimas su VSB; Policija Mokyklos personalu

Kad funkcijos būtų įvykdytos, socialiniai pedagogai atlieka įvairias veiklas, pavyzdžiui: „*Ne tai visų pirma, jeigu esi, ne tik socialinis pedagogas kas parašyta tavo darbo sutarty, bet jeigu dar esi ir sveiko protooo žmogus ir pilietiškas žmogus, pilietis, tai tu apie tą sveikatą kalbi kiekvieną dieną su visais vaikais, nes tai yra neišvengiama, vėl gi susiduri su rūkančiais- kalbi, vaikas eina su čipsais – kalbi, ateina pas tave su kokakola – kalbi, tai yra nu nuolatinai, taip kaip tu su namuose su savo vaiku kalbi.“(*I5,87) ;„*jeigu kalbėtume apie rūkymą, taip pavyzdžiais, kad būtų labiau aišku, taip ,tai iš pradžių tu vedi paskaitas, kad tai yra blogai, tada eini ir gainioji rūkančius lauke, aiškini vietoj, kad tai yra blogai, aš tai vadinu, tai pirmoji prevencija“(I4,199).*Bendradarbiavimas su specialistais, jų kvietimas į mokyklą –„ *glaudžius ryšius palaikome su policijos komisariatu, nepilnamečių inspektore, sveikatos biuru ir iš tikrųjų mes netgi pasitarę su klasės auklėtoja kviečiam į tokius*

prevencinius mini tokius susitikimus“ (I8,364). Organizuoja renginius – *„kiekvienais metais organizuoju konkursą 1-4 klasių sveikos mitybos piramidę*“ (I1,45).

Analizuojant socialinių pedagogų pasisakymus, kaip funkcijos pasireiškia praktikoje, yra paminima nemažai įvairių veiklų: pavyzdžiui kalbėjimas, dauguma socialinių pedagogų kalbėjimą išskiria kaip vieną iš pagrindinių veiklų, nes per kalbėjimą yra vykdomos prevencinės programos, kurios organizuojamos per užsiėmimus, klasės valandėlėse ar tiesiog mokyklos koridoriuje, tai galima daryti išvadas, kad šviečiamoji-informacinė veikla vyksta nuolatos, tiesiog ji nėra užakcentuota. Dauguma socialinių pedagogų įtraukimo funkciją praktikoje pritaiko organizuojant įvairius renginius, kuriuose dalyvauja vaikai ar net prisideda patys prie organizavimo. Visi socialiniai pedagogai akcentavo ir bendradarbiavimo funkcijos pritaikomumą praktikoje, kadangi kviečiasi įvairių institucijų atstovus ir vykdo įvairias veiklas. Apibendrinant galima teigti, kad socialiniai pedagogai funkcijas pritaiko savo praktikoje per įvairias veiklas.

Analizuojant informantų atsakymus, buvo siekiama išsiaiškinti ar socialiniai pedagogai dalyvauja projektinėje veikloje, kokius projektus rašo, kaip dažnai rašo, kokius rezultatus nori pasiekti (žr.16 lentelę).

16 lentelė. Vykdomi projektai

Kategorija	Subkategorija	Įrodantys teiginys
Projektai	Sveikatos projektai	„..ir dabar va yra narkotikų,alkoholio ir tabako departamento irgi paskelbtas projektas kad irgi psichotropinių medžiagų prevencija..“ (I2,262) „Mokykla privalo rašyti. Viskas tas pats yra skelbiami kiekvienais metais tie patys , ir juos tiesiog mokykla rašo konkursuos dalyvauja. Patyčių prevencija, smurto prevencija.. (I5,171), gi tų pačių žalingų įpročių prevencija.“ (I2,170) psichikos sveikatos katedros inicijuotas savižudybių prevencijos projektas „Supreme“(I7,32) „..ugdymai karjerai projektą galima pritraukti prie

		sveikatos ,nes tai yra ugdomas savęs pažinimo žmogaus..“ (I3,206)

Informantų duomenų analizė parodė, kad dauguma socialinių pedagogų dalyvauja projektinėje veikloje. Buvo išskirta grupė projektų tai sveikatos projektai, kuriuose atsispindi prevencijos vykdymas, užimtumo skatinimas ir pažinimo skatinimas, tai irgi priklauso sveikatai, nes ugdosi pats žmogus, tai yra supratimas paties savęs. Tačiau nagrinėjant kitų socialinių pedagogų pasisakymus apie projektinę veiklą iškilo ir neigiamų dalykų su kuo jie susiduria (žr.17.lentelę).

17 lentelė. Trukdžiai rašant projektus

Priežastys		
Efektyvumo trūkumas	**Informacijos stoka**	**Tvarkos trūkumas savivaldybėse**
Nėra naudos	Nepaaiškinama ką reikėtų keisti	Lėšų negavimas laiku

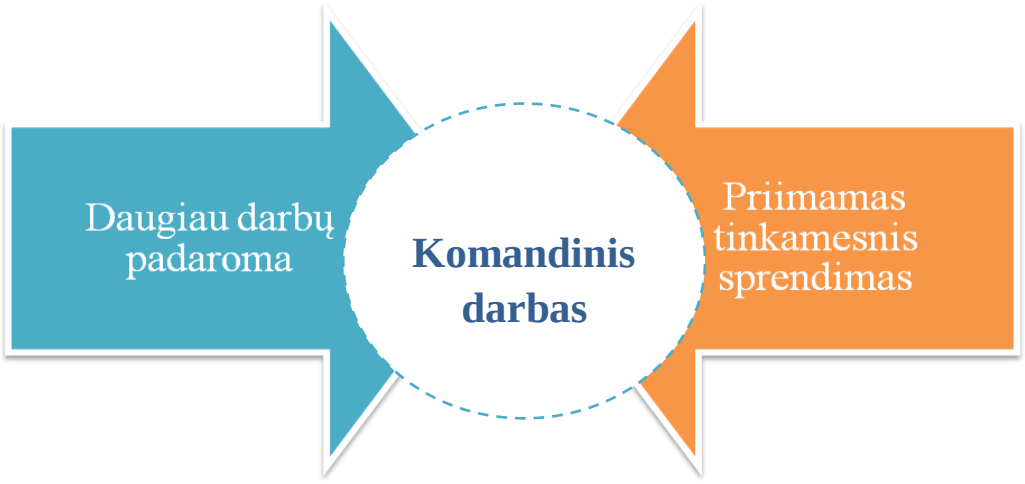
Apibendrinant informantų duomenys matoma, kad keli socialiniai pedagogai, kurie anksčiau rašydavo projektus, šiuo metu neberašo, nes iškyla keletą priežasčių - tai efektyvumo trūkumas, *„..Nu gerai nu išsileidi tu ten tą lankstinuką, vat tu išsileidi plakatą, bet nu tai nėra tas pats. Galbūt aktyviausios veiklos, kažkur išvežti tuos vaikus,tai yra mokyti ten, nu , sportiniai abonimentai tai yra žymiai naudingiau negu tai ką tu gauni, bet tai vis tiek neateina iki to vaiko“(I4,149).* Antra - informacijos stoka - **„***Dar prieš kokius tris metus, tai pasakyčiau, kad taip, ir rašiau projektus ir visa kita, šiandien dienai ne, mes vat tuo neužsiimam. Kodėl tikriausiai reikėtų atsakyti. Nes niekada neradom atsakymų ką reikėtų tobulinti, jeigu tu nelaimi, tarkim, tam tikros sveikatos projekto..“(I4,142),* ir paskutinis argumentas - tai ,,nėra tvarkos Savivaldybėse“ - *„..lektoriai mums paskaito paskaitas ir tik po to gauna, atgalinėm datom sutvarkoma ir tik po mes jiems galim atlyginti, kai ateina lėšos iš savivaldybės. Tai šitie dalykai, kai vyksta metai iš metų vykdavo, tai praeina noras bet kokį projektą.“(I6,355).*

Apibendrinant galima teigti, kad projektinė veikla yra mokyklose, tačiau kai kurie socialiniai pedagogai nebedalyvauja šiame procese, nes atsiranda kliūčių įgyvendinant

projektą arba negaunant tikslingo grįžtamojo ryšio. Taigi galima daryti išvadas, kad reikėtų koreguoti savivaldybėse tvarką projektų rašymo, kad viskas vyktų sklandžiai.

Tačiau nagrinėjant literatūros analizę nėra minima apie projektų rašymus, ypač užsienio autorių darbuose yra aiškiai rašoma, kad projektų socialiniai pedagogai nerašo. Taigi išryškėja skirtumų šioje srityje. Galime daryti išvadas, kad galbūt užsienio šalių valstybėse visos programos yra remiamos savivaldybės pinigais, kitaip nei Lietuvoje, nes ne visos veiklos yra finansuojamos, arba atvirkščiai trūksta lėšų.

Analizuojant socialinių pedagogų darbo specifiką, buvo bandoma išsiaiškinti ar sveikatos ugdyme geriau dirbti vienam ar komandoje ir kokius argumentus informantai pateikia už komandinį darbą (žr. 8 paveikslą).



8 pav. Komandinio darbo privalumai

Nagrinėjant informantų atsakymus buvo išsiaiškinta, kad beveik visiems respondentams komandinis darbas yra geriau „ *bereikšmiškai taip. Kuo daugiau pagalbos tuo geriau tuo didesni projektai būna, veiklos įdomesnės vaikams labai patinka kuo daugiau prisidedam"*(I1,355); *„ .jeigu kalbant apie vaiką, tai be abejo kad kompleksinis vertinimas, jo, aišku kad nu tiesiog iš visų sričių pasižiūri*"(I2,470); *„tik komandoje,nes sakau vieno žmogus na jis mažai ką gali padaryti,turi būti komanda nes tai tiesiog pagalba vienas kitam"* (I3,224*); „ vienas negali galbūt kartais ir dvejoji dėl sprendimo kokį priimti, bijai pakenkti ir vaikui ,o nuomonės, kada jos įvairios galima būtų objektyviau gal įvertinti problema ir surasti daugiau tų sprendimo kelių ir būdų*".(I7,104); *„visada grupėje geriau dirbti tikrai visada yra negu vienam dirbti jeigu kalbant apie tai ką mes norim pasiekti* (I8,514). *„Vienas lauke ne karys"(I5,*241). Taigi socialiniai pedagogai akcentuoja komandinį darbą, nes kuo

daugiau įvairių specialistų tuo geriau yra pažiūrimą į iškilusią problemą iš įvairių pusių ir randami sprendimai.

Tačiau vienas respondentas paminėjo, kad vis dėl to geriau dirbti vienam, *„ Man patinka prisiimti atsakomybę pilnai, įgyvendinti savo idėją ir tada pamatuoti, ar man pasisekė ar ne. Kai tu dirbi komandoje tai yra skirtingi įsivaizdavimai to paties metodo. Arba skirtingi žmonių supratimai iš viso, kas tas yra.“* (I4,369). Nagrinėjant socialinių pedagogų darbo specifiką ar jiems geriau dirbti komandoje ar vienam, atsirado ir tokių nuomonių, kad individualiai dirbti geriau, galime įžvelgti, kad tai gali lemti asmenybės bruožai, požiūrio į darbą ir į jo atlikimo braižą.

Apibendrinant galima teigti, jog dauguma socialinių pedagogų yra linkę į komandinį darbą, kiti kitokio varianto ir neįsivaizduoja, nes vienam specialistui yra sunku priimti įvairių sričių sprendimus. Nagrinėjant mokslinės literatūros analizę ypač prevencijų srityje yra randama, kad būtina dirbti komandoje, vienam specialistui yra per sunku visas problemas išspręsti arba trūksta kompetencijos (Kvieskienė, 2006).

IŠVADOS

- Mokinių sveikatos ugdymas - tai pirminė prevencija, kurios metu vaikams perduodamos sveikatos žinios, ugdomi sveikos gyvensenos įgūdžiai ir ugdomas atsakomybės jausmas už savo ir kitų sveikatos būklę.

- Sveikatos ugdymo programos keitėsi bendrojo ugdymo mokyklose: pirmiausia buvo universalioji, kuri atkreipė dėmesį į sveiką gyvenseną, po to atsirado sveikatos ugdymo bei rengimo šeimai ir lytiškumo programa, kuriai buvo būdinga ne tik sveika gyvensena, bet ir savęs pažinimas. Vėlesniu laikotarpiu atsirado sveikatos ir gyvenimo įgūdžių integruojamoji programa, kuri atkreipė dėmesį į įgūdžių ugdymą. Šiuo metu vyrauja mokyklose sveikatos ugdymo bendroji programa, kuriai būdinga sveikatos ir sveikos gyvensenos supratimas, fizinė sveikata, psichinė sveikata ir socialinė sveikata.

- Tyrimo duomenys atskleidė šiuos socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo funkcijas:

  - Prevencinė funkcija, kuri yra reikalinga siekiant sumažinti riziką žalingiems padariniams vaikų sveikatai.

  - Šviečiamoji-informacinė,per kurią socialiniai pedagogai gali perteikti visą informaciją.

  - Bendradarbiavimo ir įtraukimo funkcija, kuri padeda į ugdymo procesą įtraukti daugiau specialistų bei sudominti vaikus įvairiomis veiklomis.

  - Koordinacinė funkcija, reikalinga dėl veiklų ir programų vykdymo, stebėjimo ir valdymo.

  - Socialinio pedagogo veikla sveikatos ugdyme yra siejama su prevencijos programomis. Nagrinėjant socialinio pedagogo prevencinės veiklos ypatumus išryškėjo, kad socialiniai pedagogai tokie specialistai, kurie vykdant prevencijos programas pasitelkia kūrybiškumą: naudoja įvairaus profilio metodus- skaito paskaitas, veda užsiėmimus, organizuoja renginius, inicijuota įvairias akcijas, vykdo išvykas į kitas institucijas ir bendradarbiauja su įvairiais specialistais. Dalyvavimas prevencijos veikloje yra siejamas ne tik su programų vykdymų, bet ir su veiklų koordinavimu. Analizuojant socialinio pedagogo kaip specialisto asmenybės bruožus išryškėjo, kad būtina turėti gerus bendravimo įgūdžius, kūrybiškumą, lankstumą, kantrybę.

- Socialiniai pedagogai pirminėje prevencijoje taiko daug įvairių ugdymo formų, tyrimo duomenys atskleidė, šias ugdymo formų grupes: praktiniai užsiėmimai, teoriniai užsiėmimai ir kūrybiniai užsiėmimai. Praktiniuose metoduose išskiriami įvairios išvykos, akcijos, renginiai ir užsiėmimai, nagrinėjant teorinius užsiėmimus priskiriamos paskaitos, konsultacijos ir konsultacijos. Informantai išryškina kūrybinius metodus, dėl to, kad vaikai yra įtraukiami patys dalyvauti kūrimo procese, pavyzdžiui – filmų kūrimas, laiško rašymas, plakatų konkursai.

REKOMENDACIJOS

- **Bendrojo ugdymo mokyklai:**
    - Įtraukti visus specialistus į sveikatos ugdymo plėtojimą;
    - Rengti daugiau lytiškumo ugdymo programų;
    - Skatinti darbuotojus už atliktus darbus, ypač neformalioje veikloje;
    - Organizuoti projektų rašymo seminarus socialiniams pedagogams: kaip tinkamai rašyti projektus, kad būtų gautas finansavimas.

- **Socialiniams pedagogams:**
    - Daugiau domėtis sveikatos ugdymo programų vykdymų, nors tas programas koordinuoja kiti mokyklos specialistai;
    - Padėti surinkti mokyklos specialistų komandą, kuri spręstų kartu visas problemas;
    - Sveikatos ugdymo programas perteikti visų klasių mokiniams.

- **Visuomenės sveikatos biurui:**
    - Skatinti visuomenės sveikatos specialistus, bendruomenės slaugytojas mokykloje bendradarbiauti su socialiniais pedagogais ir bendrai vykdyti veiklas susijusias su mokinių sveikatos ugdymu;
    - Organizuoti visuomenės sveikatos specialistų mokymus, sudaryti galimybę kelti savo kompetenciją.
    - Surengti periodinius susitikimus, per kuriuos būtų aptariama kas yra pasiekta, kokie tikslai iškelti.

LITERATŪRA

1. Anderson A., Thomas D.R., Moore D.W., Kool B. Improvements in school climate associated with enhanced health and welfare services for students // Science and Business, 2007, Nr.12, p.1-12.

2. Alstshuler S.J. From Barriers to Successful Collaboration: Public Schools and Child Welfare Working Together // Social Work. 2003, Nr.48 (1), p.52-63.

3. Barštienė V. Paauglių sveikos gyvensenos programa – socioedukacinis aspektas // Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė. 2011, Nr. 1, p.283-286.

4. Baumann L.C., Karel A. Prevention: Primary, Secondary, Tertiary // Baumann L.C., Karel A. (Eds.). Prevention. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York: Springer, 2013, p. 1532-1534.

5. Berzin S.C., O'Brien K.H., Frey A., Kelly M.S., Alvarez M.E., Shaffer G.L. Meeting the Social and Behavioral Health Needs of Students: Rethinking the Relationship BetweenTeachers and School social workers // Journal of school health. 2011, Nr. 81, p.493-501.

6. Borg M.G. The extent and nature of bullying among primary and secondary schoolchildren // Educational Research. 1999, Nr.2(41), p.137-53.

7. Botvin G.J., Griffin K.W. Drug Abuse Prevention Curricula in Schools // Sloboda Z, Bukoski W.J. (Eds.). Handbook of Drug Abuse Prevention. New York: Springer, 2006, p.45-74.

8. Bradley D. Helping Children Cope with Violence and Trauma. A School-Based Program That Works // Research And Development Corporation. 2011, Nr.2, p.1-7.

9. Brener N.D., McManus T., Foti K., Shanklin S.L., Hawkins J., Kann L., Speicher N. School Health Profiles 2008: Characteristics of Health Programs Among Secondary Schools. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

10. Brown T., Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: anupdate to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence // Obesity Reviews. 2009, Nr.10, p.110–141.

11. Bureau of Labor Statistics. Health Educators and Community Health Workers. Occupational Outlook Handbook, 2014 < http://www.bls.gov/ooh/community-and-social-service/health-educators.htm> [žiūrėta 2014-04-16].

12. Burokienė S., Raistenskis J., Strička J., Usonis V. Children Care in Lithuania's Hospitals Emergency Departments: Patient Flows and Consumption Tendencies of Medical Services // Sveikatos Mokslai. 2012, Nr.22(3(82)), p.54–57.

13. Cameron C., Moss P. Social Pedagogy and Working with Children and Young People– Where Care and Education Meet. London: Jessica Kingsley Publishers, 2011.

14. Card N.A. Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: A meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment // International Journal of Behavioral Development. 2006, Nr.5(30), p466-480.

15. Civinskas R., Pivoras S. Metodinės rekomendacijos rašantiems viešojo administravimo diplominius darbus. Kaunas: VDU, 2005.

16. Currie C., Zanotti C., Morgan A., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O.R.F., Barnekow V. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Kopenhaga: WHO Regional Office for Europe, 2012.

17. Čaplinskas S. Lietuvos moksleivių psichotropinių medžiagų (narkotikų) vartojimo, pasekmių ir priežastinių ryšių tyrimas // Užkrečiamų ligų aktualijos. 2013, Nr.5, p.28-34.

18. Čepukas R. Socialinių pedagogų veiklos, profesinių kompetencijų ir studijų tikslų santykis // Pedagogika. 2001, Nr.51, p.21-28.

19. DiFranza J.R., Rigotti N.A., NcNeil A.D., Ockeane J.K., Savageau J.A., Cyr D.S., Coleman M. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents // Tobacco Control. 2000, Nr.9, p.313-319.

20. Dobbins M., De Corby K., Robeson P., Husson H., Tirilis D. Scho1ol-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18 // Cochrane database of systematic reviews, 2009 Nr.1.

21. Dongre A., Deshmukh P., Garg B. The Impact of School Health Education Programme on Personal Hygiene and Related Morbidities in Tribal School Children of Wardha District // Indian Journal of Community Medicine. 2006, Nr.2, p.81-82.

22. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras. 2012 m. metinė ataskaita. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2012.

23. Faller K.C. Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues. Silver Springas (JAV): Westover Consultants, Inc., 1993.

24. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse // The Future of Children. 2009 Nr.19, p.328–338.

25. Flay B.R. School-based smoking prevention programs with the promise of long-term effects // Tobacco Induced Diseases. 2009, Nr.5, p.1-18.

26. French D.C., Jansen E.A., Pidada S. United States and Indonesian Children's and Adolescents' Reports of Relational Aggression by Disliked Peers // Child Development. 2003, Nr.3(73), p.1143–50.

27. Frieden T.R., Jaffe H.W., Stephens J.W., Thacker S.B., Zaza S. School Health Guidelines to Promote Healthy Eating and Physical Activity // Morbidity and Mortality Weekly Report. 2011, Nr.60, p.1-74.

28. Furr-Holden C.D.M., Ialango N.S., Anthony J.C., Petras H., Kellma S.G. Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial // Drug and Alcohol Dependence. 2004, Nr.2(73), p.149-58.

29. Gaidelytė R., Madeikytė N., Tendziagolskytė D. Lietuvos sveikatos statistika. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2011.

30. Giedraitienė E., Leliūgienė I., Rupšienė L. Socialinių darbuotojų / socialinių pedagogų rengimas Lietuvoje // Pedagogy Studies (Pedagogika). 2006, Nr. 83, p.64-73.

31. Gifford E.J., Wells R., Bai Y., Troop T.O., Miller Sh., Babinski L.M. Pairing Nurses and Social Workers in Schools: North Carolina's School-Based Child and Family Support Teams // Journal of School Health. 2010, Nr.80(2), p.104–107.

32. Gilchrist L.D. Defining the Intervention and the Target Population // Substance Use & Misuse. 1997, Nr.32 (12-13), p.1649-1654.

33. Girdvainis G., Pocevičienė, R. Patyčių problema ir jos prevencijos bendrojo lavinimo mokykloje analizė // Jaunųjų mokslininkų darbai. 2009, Nr.4, p.136-142.

34. Goldman J.D.G., Collier-Harris C.A. School-based reproductive health and safety education for students aged 12–15 years in UNESCO's (2009) International Technical Guidance // Cambridge Journal of Education. 2012, Nr.42, p.445-461.

35. Goldstein S.E., Young A., Boyd C. Relational Aggression at School: Assotiations with School Safety and Social Climate // Journal of Youth and Adolescence. 2008, Nr.37, p.641-54.

36. Grabauskas V., Zaborskis A., Klumbienė J., Petkevičienė J., Žemaitienė N. Lietuvos paauglių ir suaugusių žmonių gyvensenos pokyčiai 1994–2002 metais // Medicina (Kaunas). 2004, Nr.40(9), p.884-890.

37. Greenberg J. P. Serving Hispanic School-Aged Children in After School Programming: Implications for School Social // School Social Work Journal. 2012, Nr.36, p.73.

38. Griffin K.W., Botvin G.J., Nichols T.R., Doyle M.M., Effectiveness of a Universal Drug Abuse Prevention Approach for Youth at High Risk for Substance Use Initiation // Preventive Medicine. Nr.1(36), p.1-7.

39. Gudžinskienė V. Jaunimo socialinės sveikatos ugdymas. Vilnius: MRU, 2013.

40. Gudžinskienė V., Česnavičienė J., Suboč V. Sveikos gyvensenos ugdymas mokyklose. Tyrimo ataskaita. Vilnius: ŠMM, 2007.

41. Hämäläinen, J. The Concept of Social Pedagogy in the Field of Social Work // Journal of Social Work. 2003, Nr.3, p.69–80.

42. Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aaroe L.E., Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence—a cross-national comparison of prevalence and dimensionality // European Journal of Public Health. 2011, Nr.11, p.4–10.

43. Hawkins J.D., Catalano R.F., Kosterman R., Abbott R., Hill K.G. Preventing Adolescent Health-Risk Behaviors by Strengthening Protection During Childhood // Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 1999, Nr.153(3), p.226-234.

44. Health Promotion Glossary. Ženeva: Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, 1998.

45. Holtrop J.S., Dosh S.A., Torres T., Thum Y.M. The Community Health Educator Referral Liaison (CHERL): A Primary Care Practice Role for Promoting Healthy Behaviors // American Journal of Preventive Medicine. 2008, Nr.35(5), p.S365-72.

46. Huang E.S., Basu A., O'Grady M., Capretta J.C. Projecting the future diabetes population size and related costs for the US // Diabetes care. 2009, Nr.32 (12), p.2225-29.

47. Inman D.D., van Bakengem K.M., LaRosa, A.C., Garr D.R. Evidence-Based Health Promotion Programs for Schools and Communities. American Journal of Preventive Medicine // 2011, Nr.40(2), p.207-19.

48. Irish L., Kobayashi I., Delahanty D.L. Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review // Journal of Pediatric Psychology. 2010, Nr.35(5), p.450-461.

49. Yi X., Yin, C., Chang M., Xiao Y. Prevalence and risk factors of obesity among school-aged children in Xi'an, China // European Journal of Pediatrics. 2012, Nr.171(2), p.389.

50. Janssen L., LeBlanc A. Sistematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth // International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activit. 2010, Nr.7, p.1-16.

51. Jatkevičius A. Nepilnamečių smurtinio nusikalstamumo prevencija. Vilnius: VU leidykla, 2003.

52. Javtokas Z. Sveikatos stiprinimo konspektas. Vilnius: Elektroninis leidinys, 2009 <http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas2.pdf> [žiūrėta 2014-04-16].

53. Jociūtė A. Visuomenės darnus vystymasis. Metodinė priemonė. Vilnius: MRU, 2013.

54. Johnston V., Liberato S., Thomas D. Incentives for preventing smoking in children and adolescents // Cochrane database of systematic reviews. 2012, Nr.17;10.

55. Jozefowicz-Simbeni D., Hernandez D.M. An Ecological and Developmental Perspective on Dropout Risk Factors in Early Adolescence: Role of School Social Workers in Dropout Prevention Efforts // Children & Schools. 2008, Nr.30, p.49-62.

56. Juodeikaitė A. Profesinė sąveika socialinio pedagogo ir socialinio darbuotojo veikloje // Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė. 2011, Nr.1, p.1-6.

57. Jurgaitienė D., Šopagienė D. Klaipėdos mokinių požiūris į narkomanijos problemą // Sveikatos mokslai, Nr.1(23), p.60-64.

58. Kaminer Y. Prevention of High-Risk Behaviors: Adolescent Substance Use, Adolescent Psychoactive Substance Use Disorders, and Suicide // Critical Issues in Psychiatry. 1994, Nr.1, p.157-174.

59. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex, 2002.

60. Kim Y.S., Leventhal B.L., Koh Y.J., Hubbard A., Boyce W.T. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? // Archives of General Psychiatry. 2006, Nr.63(9), p.1035-41.

61. Kriemler S., Zahner L., Schindler C., Meyer U., Hartmann T., Hebestreit H., Brunner-La Rocca H.P., van Mechelen W., Puder J.J. Effect of school based physical activity programme (KISS) on fitness and adiposity in primary school children: cluster randomised controlled trial // British medical journal. 2010, Nr.23, p.1-8.

62. Kryževičienė N. Panevėžio miesto socialinių pedagogų veiklos perspektyvos ugdant mokinių sveikatą // Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė. 2012, Nr.1, p.358-362.

63. Kvieskienė G.,Indrašienė V.,Merfeldaitė O. Socialinės pedagoginės pagalbos komandos narių atrankos kriterijai // Pedagogika. 2006, Nr.83, p.101-108.

64. Kvieskienė G., Indrašienė V., Targamadzė V., Valeckienė D., Merfeldaitė O., Suboč V. Pedagoginės psichologinės pagalbos mokykloje veiksmingumas (mokyklų psichologų, socialinių pedagogų, specialiųjų pedagogų. Mokytojų padėjėjų funkcijos: mokykloje pagal pareigines instrukcija ir realų darbo turinį). Tyrimo ataskaita. Vilnius, 2006 <http://www.smm.lt/uploads/documents/kiti/ppp_mokykl_veiksmingumas.pdf> [žiūrėta 2014-04-16].

65. Lammle L., Worth A., Bos K. Socio-demographic correlates of physical activity and physical fitness in German children and adolescents // European Journal of Public Health. 2012, Nr.22(6), p.880-884.

66. Lawson T.A., Lawson M.A., Lawson H.A. Social Workers Roles in Facilitating the Collective Involvement of Low-Income, Culturally Diverse Parents in an Elementary School // Children & Schooh. 2010, Nr.32, p.172-182.

67. Lee A., Tsang C., To C. Comprehensive “Healthy Schools Programme” to promote school health: the Hong Kong experience in joining the efforts of health and education sectors // Journal of Epidemiology And Community Health. 2003, Nr.57, p.174-177.

68. Leliūgienė I., Techovienė R. Socialinio pedagogo raiška mokykloje // Socialinis darbas. 2011, Nr.10(2), p.193-204.

69. Leyba E., Gleason E. The Quality Elements of Youth Development Activities Facilitated by School Social Workers: Results from a Qualitative Study // School Social Work Journal. 2010, Nr.10, p.37-59.

70. Li Y., Yang, X., Zhai F., Piao J., Zhao W., Zhang J., Ma G. Childhood obesity and its health consequence in China // Obesity Reviews. 2008, Nr.9(1), p.82-86.

71. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2001 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. ĮSAK-1667 „Dėl Socialinio pedagogo kvalifikacinių reikalavimų ir pareiginių instrukcijų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2002, Nr. 24-896; 2010, Nr. 2-79; 2011, Nr. 14-628; 2012, Nr. 98-5007.

72. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2004 m. birželio 15 d. įsakymas Nr. ISAK-941 „Dėl Bendrųjų socialinės pedagoginės pagalbos teikimo nuostatų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2004, Nr. 100-3729; 2009, Nr. 44-1724; 2011, Nr. 99-4675.

73. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2004 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. ISAK-1462 „Dėl teisės pažeidimų, mokyklos nelankymo, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, ŽIV/AIDS, smurto ir nusikalstamumo prevencijos programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2004, Nr. 145-5281.

74. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2006 m. kovo 17 d. įsakymas Nr. ISAK-494 „ Dėl Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų prevencijos“ // Valstybės žinios. 2006, Nr. 33-1197.

75. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2007 m. vasario 7 d. įsakymas Nr. ĮSAK-179 „Dėl Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2005, Nr. 66-2367.

76. Mačiūnas E., Burbienė R., Gorobeckienė D. Mokinių asmens higiena ir kosmetika. Metodinės rekomendacijos. Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras, 2006.

77. Malinauskienė O., Vosylis R., Žukauskienė R. Longitudinal examination of relationships between problem behaviors and academic achievement in young adolescents // Procedia – Social and Behavioral Sciences: 3rd World Conference on Educational Sciences. 2011, 15: 3415-3421.

78. National Commission for Health Education Credentialing, Inc. A competency-based framework for health educators < http://www.nchec.org/aboutnchec/rc.htm#1> [žiūrėta 2014-04-16].

79. Petersen P.E., Peng B., Tai B., Bian Zh., Fan M. Effectof a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China // International Dental Journal. 2004, Nr.54, p.33-41.

80. Petrie P., Cameron C. Importing Social Pedagogy? // Kornbeck J., Rosendal N. (Eds.). The Diversity of Social Pedagogy in Europe. Bremenas: Europäischer Hochschulverlag, 2009.

81. Popoviciu S.A., Popoviciu I., Pop I.G., Sass D. The role of the school social worker in improving pupils achievement through a synergistic parent-pupil-teacher // Problems of education in the 21 century. 2010, Nr.25, p.122-137.

82. Proškuvienė R. Sveikatos ugdymo įvadas. Vilnius: VPU leidykla, 2004.

83. Resnick B., Parker R. Simplified scoring and psychometrics of the revised 12-item Short-Form Health Survey // Outcomes management for nursing practice. 2001, Nr.5(4), p.161-6.

84. Ronksley P.E., Brien S.E., Turner B.J., Mukamal K.J., Ghali W.A. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis // British Medical Journal. 2011, Nr.342, p.d671.

85. Rupšienė L., Plačenienė D. Vaikų agresyvumas: šiuolaikinės pradžios mokyklos problema ir jos sprendimo gairės // Pedagogika. 2002,Nr.59,p.37-44.

86. Saufler C., Gagne C. Maine Project against Bullying. Final Report. 2000. <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ ED447911.pdf> [žiūrėta 201-04-14].

87. Singer J. B., Slovak K. School Social Workers' Experiences with Youth Suicidal Behavior: An Exploratory Study // National Association of Social Workers. 2011, Nr.33, p.215-228.

88. Smokowski P.R., Kopasz K.H. Bullying in School: An Overview of Types, Effects, Family Characteristics, and Intervention Strategies // Children and Schools. 2005, Nr. 27(2), p.102-108.

89. Socialinio pedagogo rengimo standartas. Patvirtintas Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2008 m. birželio 26 d. įsakymu Nr. ISAK-1872/A1-209. // Valstybės žinios. 2008, Nr. 76-3033.

90. Storø J. The Difficult Connection between Theory and Practice in Social Pedagogy // International Journal of Social Pedagogy. 2012, Nr.1(1), p.17-29.

91. Story M., Nanney M.S., Schwartz M.B. Schools and Obesity Prevention: Creating School Environments and Policies to Promote Healthy Eating and Physical Activity // The Milbank Quarterly. 2009, Nr.87, p.71-100.

92. Swearer M.S., Espelage D.L., Napolitano S.A. Bullying Prevention and Intervention– Realistic Strategies for Schools. Niujorkas: The Guilford Press, 2012.

93. Šalaševičiūtė R. Prevencinių projektų įgyvendinimas Lietuvos mokyklose. Vilnius: Drąsinkime ateitį, 2011.

94. Targamadzė V., Valeckienė D., Kvieskaitė E. Mokykloje dirbančių specialistų brėžiamų problemų eskizas – pedagoginėje-psichologinėje erdvėje // Socialinis ugdymas. 2008, Nr.16, p.31-50.

95. Teixeira C. Health educators: working for wellness // Occupational Outlook Quarterly. 2007, Nr.3, p.1-7.

96. Thomas R.E, McLellean J., Perera R. School based programmes for preventing smoking // Cochrane database of systematic reviews. 2013, Nr.30.

97. To S.M. Empowering school personel for positive yuoth development: The case of Hong Kong school social workers // Adolescence Summer. 2009, Nr.44, p.65-77.

98. Topping K.J., Barron I.G. School-Based Child Sexual Abuse Prevention Programs: A Review of Effectiveness // Review of Educational Research. 2009, Nr.79(1), p. 431-463

99. Vetrenkienė V. Sveikatos priežiūros specialistų ugdomoji veikla bendrojo lavinimo mokyklose // Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė. 2011, Nr.,. p.1-5.

100. Vreeman R.A. Systematic Review of School-Based Interventions to Prevent Bullying // Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2007, Nr.1, p.78-88.

101. Weare K., Nind M. Mental health of Children and Adolescent Through Schools and School Based Interventions // Evidence Outcomes. 2011, Nr.26, p.29-69.

102. Wilson S.J., Lipsey M.W. School-Based Interventions for Aggressive and Disruptive Behavior: Update of a Meta-Analysis. American Journal Preventive Medicine. 2007, Nr.33(2), p.S130–S143.

103. World Health Organisation Guidelines 2013. Transforming and scaling up health professionals‘ education and training. Šveicarija: Upwelling, 2013.

104. Zaborskis A., Žemaitienė N., Šumskas L., Grabauskas V., Veryga A., Petkevičius R. Lietuvos moksleivių alkoholinių gėrimų vartojimo kaita 1994–2006 m. ir nauji iššūkiai // Medicina (Kaunas). 2008, Nr.44(8), p.623-33.

105. Žemaitienė N. Seksualinė prievarta tarp jaunų žmonių // Jaruševičienė L., Valius L. (Eds.). Jaunų žmonių lytinė ir reprodukcinė sveikata. Kaunas: Vitae littera, 2007.

106. Žydžiūnaitė V., Rupšienė L., Bitinas B. Kokybinių tyrimų metodologija. Klaipėda: S.Jokužio leidykla-spaustuvė, 2009.

SANTRAUKA

Sveikatos ugdymas - reikšminga ir būtina ugdymo šaka mokykloje, skatinanti vaikai supratimą ir žinojimą apie savo sveikata bei ją stiprinančius bei žalojančius veiksnius.

Tyrimo tikslas – atskleisti socialinio pedagogo vaidmenį ugdant mokinių sveikatą. Iškelti tokie uždaviniai: apibrėžti mokinių sveikatos ugdymo sampratą; apibūdinti sveikatos ugdymo programas bendrojo ugdymo mokyklose; išryškinti socialinio pedagogo kaip sveikatos ugdytojo funkcijas; apibūdinti socialinio pedagogo prevencinės veiklos ypatumus; nustatyti socialinio pedagogo taikomų metodų pirminėje prevencijoje įvairovę. Temai atskleisti buvo pasirinkta mokslinės ir teisinės literatūros analizė, kokybinio tyrimo metodologija, interviu metodas.

Tyrime dalyvavo 8 Vilniaus miesto bendrojo ugdymo mokyklose dirbantys socialiniai pedagogai, turintys ne mažiau kaip 5 metų patirties. Tyrimo duomenims surinkti buvo pasirinktas pusiau struktūrizuotas interviu metodas pagal specialų klausimyną, gauti duomenys apdoroti taikant turinio analizės metodą.

Atlikus tyrimą buvo išsiaiškinta, kad socialiniai pedagogai prisideda prie mokinių sveikatos ugdymo, vykdydami prevencinę, šviečiamąją-informacinę, bendradarbiavimo ir įtraukimo funkcijas. Koordinacinė funkcija svarbiausia prevencijos veiklose. Nagrinėjant socialinio pedagogo prevencinės veiklos ypatumus išryškėjo, kad socialiniai pedagogai vykdydami prevencijos programas pasitelkia kūrybiškumą, naudoja įvairaus profilio metodus: praktinius, teorinius, kūrybinius. Jie skaito paskaitas, veda užsiėmimus, konsultacijas, organizuoja renginius, inicijuoja akcijas, vykdo išvykas į kitas institucijas, bendradarbiauja su kitų organizacijų specialistais. Informantai išryškina kūrybinius metodus, kai vaikai yra įtraukiami patys dalyvauti kūrimo procese. Dalyvavimas prevencijos veikloje yra siejamas ne tik su programų vykdymų, bet ir su veiklų koordinavimu. Analizuojant socialinio pedagogo kaip specialisto asmenybės bruožus išryškėjo, kad būtina turėti gerus bendravimo įgūdžius, kūrybiškumą, lankstumą, kantrybę.

Remiantis šiaip duomenimis, socialinis pedagogas - svarbus specialistas vaikų sveikatos ugdyme mokyklose, turintis savo funkcijas ir papildantis kitų specialistų veiklą.

SUMMARY

Role of social educator in childrens' health promotion at comprehensive schools

Health education is an important and essential discipline at school. It promotes awareness and cognition of factors associated with health in children, trained by objective and non-formal learning. Health education should be integrated and augmentated with fresh knowledge periodically.

The subject of this study was to recognize the role of social educator in health education in schools. The aims were to identify the conception of childrens' health education; to character health education programs in comprehensive schools; to highlight the activities of social educator in preventive practices; to determine the methods of social educator in primary prevention.

Scientific review of scholar and juridical data was accomplished, followed by qualitative research and interviewing according to a special questionnaire. The content analysis was made. 8 social educators with experience more than 5 years at comprehensive schools participated in the study.

The study revealed that social educators are involved into childrens' health education implementing preventive, educative- informative, cooperative and incorporative methods. The coordinative function is the most prominent in the preventive care. The study exposed several educational forms in primary prevention: praxis, theory, and creation. Social educators exhibit their preventive activity exhausting creativeness and diversifying the health education in different manners: lectures, occupational tasks, events, actions, tours, collaboration with other institutions. The employment of prevention is coupled with management of programs, as well as with the coordinating of these activities. Also, children are incorporated themselves into the health education. The examination of individuality of social educators unmasked such features as good communication, creativeness, flexibility, and patience.

In conclusion, the role of social educator is consequential in different methods promoting health education at schools. These specialists have their own functions and supplement activities of other professionals.

PRIEDAI

PRIEDAS NR.1

Interviu klausimynas

1. Kaip suprantate - kas yra sveikatos ugdymas?

2. Kodėl sveikatos ugdymas reikalingas mokykloje?

3. Kokios sveikatos programos yra vykdomos Jūsų mokykloje?

4. Kaip Jus dalyvaujate sveikatos ugdyme?

5. Kokios jūsų kaip socialinio pedagogo funkcijos susiję su sveikatos ugdymu? Kaip jos pasireiškia praktikoje?

6. Kokios vykdomos prevencinės programos mokykloje?

7. Kokius projektus rengiate mokykloje?

8. Kaip manote: ar geriau dirbti grupėje su kitais specialistais ar vienam? Kodėl?