

ISSN 2351-6062



Socialinė sveikata

Social health

2014 Nr.2

Redaktorių kolegija (Editorial Board)

Vyriausioji redaktorė (Editor-in-Chief)

Dr. Ženija Truskovska

Rēzeknēs aukštoji mokykla
Asmenybės socializacijos tyrimų institutas
Latvijos socialinių pedagogų federacija
Rezekne Higher Education Institution, Latvia
Personality Socialization Research Institute
Federation of Social Pedagogues Latvia

Vyriausiosios redaktorės pavaduotoja (Deputy Editor-in-Chief)

Doc. Danguolė Šakalytė

Utenos kolegija
Utena College, Lithuania

Nariai (Editors):

Loreta Blaževičienė

M. Romerio universitetas
Psichosocialinės onkologijos asociacija
Mykolas Romeris University, Lithuania
Association of Psychosocial Oncology

Dr. Remigijus Bubnys

Šiaulių universitetas
Socialinio tyrėjo mokyklos asociacija
Šiauliai University, Lithuania
Association of Social Researcher School

Dr. Raimundas Čepukas

Utenos kolegija
Utena College, Lithuania

PhD. Antonina Dashkina

Rusijos socialinių pedagogų ir socialinių darbuotojų sąjunga
Tarptautinių nevyriausybinų organizacijų konferencija prie Europos Tarybos
Russian Union of Social Pedagogues and Social Workers, Russia
Conference of INGOs of the Council of Europe

Dr. Daiva Kriukelytė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Utenos kolegija
Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania
Utena College

Dr. Ewa Krzyżak-Szymańska

Katowice aukštoji ekonomikos mokykla
Katowice School of Economics, Poland

Edmundas Vaitiekus

Utenos kolegija

Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija

Utena College, Lithuania

Lituanian Association of Social Workers

Redakcijos adresas (Address):

S.Daukanto g. 16

LT-28242 Utena, Lithuania

El. paštas (e-mail): info@socialinisdarbas.lt

Tel., faksas (Phone, fax): +370-699-12544; +370-45-500511

Leidinio tinklalapis (Home page)

<http://www.socialinisdarbas.lt/socialhealth>

Ižanginis žodis

Gerbiami skaitytojai,

*Kai nėra sveikatos, negali pasireikšti
išmintis, neįmanoma atsiskleisti menui, nebėra
jėgų kovoti, turtai pasidaro nenaudingi, o
protas - neveiklus.
Herofilas*

4

Pristatome antrąjį žurnalo „Socialinė sveikata“ numerį.

Socialinę sveikatą galima nagrinėti kaip integralią asmenybės, grupės, bendrijos vystymosi charakteristiką, pasireiškiančią gyvenimo kokybės, somatinės ir psichinės sveikatos bei socialinio aktyvumo rodiklių visuma. Socialinė sveikata – tai individo subjektyvaus reikšmingumo ir socialinio lūkesčių harmonijos būseną, skatinanti teigiamą asmenybės ir visuomenės vystymąsi.

„Žmonių tarpusavio santykiai yra ne tik pagrindinis veiksnys žmogui tampant socialine būtybe, bet ir jo socialinės ir fizinės sveikatos, saugumo, saviraiškos pagrindas. Vienas svarbiausių sveikatos rodiklių socialiniu, psichologiniu bei filosofiniu požiūriu yra žmogaus nepriklausomumo pojūtis. Norint jį patirti būtina tobula kooperacija tarp individo ir aplinkos bei partnerių šioje aplinkoje. Absoliutaus nepriklausomumo pojūtis yra galimas tik tada, kai yra visiška minėtų veiksmų tarpusavio sąveika“, teigia viena iš žurnalo autorių Z. Ruzgienė.

Tikimės, kad šiame numeryje mokslininkų ir tyrėjų analizuojamos fizinės bei socialinės sveikatos temos, slaugos bei socialinio darbo specialistų vaidmens išryškinimas, praktinės patirties pavyzdžiai praplės mūsų akiratį ir prisidės prie fizinio ir socialinio aktyvumo stiprinimo.

Redaktorių kolegija

Turinys

AKTYVUMO IR DĖMESIO SUTRIKIMŲ TURINČIŲ ASMENŲ ADAPTACINIAI SUNKUMAI IR PSICHOSOCIALINĖ PAGALBA. Dr. Angelė Čepėnaitė, dr. Beata Diomšina, dr. Virginija Ribakovienė	6
PAGRINDINIAI PAŽANGIOS SLAUGOS KLINIKINĖS KOMPETENCIJOS POŽYMIAI. Danguolė Šakalytė	18
SLAUGYTOJO VAIDMUO MOKSLEIVIŲ BURNOS ERTMĖS LIGŲ PROFILAKTIKOJE. Rasuolė Juodvalkienė, dr. Jurgita Gulbinienė, Danguolė Šakalytė	25
SLAUGYTOJO VAIDMUO, SKATINANT PADIDĖJUSĮ CHOLESTEROLIO KIEKĮ KRAUJYJE TURINČIUS PACIENTUS KEISTI GYVENIMO BŪDĄ. Aušra Kalasauskienė, dr. Jurgita Gulbinienė	33
NEW PRINCIPLES OF EDUCATION. Dr. Inta Čamane	41
KONKRETŪS SANTYKIAI SU KITU. Zita Ruzgienė	47
SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ PATIRIAMO STRESO DARBE IR PROFESINĖS VEIKLOS KOKYBĖS SAŠAJŲ ANALIZĖ. Neringa Bakšytė, Jurgita Zabulytė Kupriūnienė	62
ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УТЕНСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА. Jelena Bogdanova	68
REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNALĖ „SOCIALINĖ SVEIKATA“	76
SCIENTIFIC ARTICLES MUST MEET THE REQUIREMENTS OF THE JOURNAL „SOCIAL HEALTH“	77
ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ „SOCIALINĖ SVEIKATA“ („СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ“)	78

AKTYVUMO IR DĖMESIO SUTRIKIMŲ TURINČIŲ ASMENŲ ADAPTACINIAI SUNKUMAI IR PSICHOSOCIALINĖ PAGALBA

Dr. Angelė Čepėnaitė, Mykolo Romerio universitetas

Dr. Beata Diomšina, Vilniaus universitetas

Dr. Virginija Ribakovienė, Pietų Danijos regiono vaikų psichiatrijos skyrius

Santrauka

Mūsų šalies psichikos sveikatos srityje įsigalint biopsichosocialiniam žmogaus prigimties suvokimui, palaipsniui įsitvirtino teikiamų paslaugų orientacija į asmens gyvenimo kokybės augimą. Socialiniai darbuotojai – palyginus neseniai mūsų šalyje pradėti rengti specialistai, galintys efektyviai įsijungti į aktyvumo ir dėmesio sutrikimų turinčių asmenų socialinės adaptacijos procesą, dalyvaudami psichosocialinės edukacijos procese, taikydami įvairius socialinio darbo metodus bei pagalbos būdus. Straipsnyje aptariama aktyvumo ir dėmesio sutrikimų (ADS) raiška, požymiai ir diagnostiniai kriterijai, vykdomųjų smegenų funkcijų vaidmuo bei sutrikimai, adaptaciniai asmenų, turinčių ADS sunkumai, analizuojamas socialinių darbuotojų vaidmuo ir metodai ADS turinčių asmenų socialinės adaptacijos procese.

Raktažodžiai: psichikos sveikata, ADS, socialinio darbuotojo pagalba.

Įvadas

Psichikos sveikata – natūrali žmogaus asmenybės būseną, kuri turi būti saugoma arba grąžinama sutrikimų bei ligų atvejais, teigiama Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatyme (1).

Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau - PSO) šalių ministrų lygio psichikos sveikatai skirtoje konferencijoje Helsinkyje, įvykusioje 2005 m. sausio 12-15 d. buvo paskelbta Psichikos sveikatos deklaracija ir Psichikos sveikatos veiksmų planas Europai. Dokumentus pasirašė 52 Europos regiono valstybės, iškėlusios tikslą remti politiką ir veiklas, skirtas tobulinti psichikos sveikatos informacijos sklaidą, prevenciją, paramą bei gydymą. Minėtame Veiksmų plane konstatuota, kad psichikos sveikata yra esminis socialinės santalkos, produktyvumo, taikos ir stabilumo komponentas gyvenamojoje aplinkoje, kuriantis socialinį kapitalą ir ekonominę plėtrą visuomenėje. Psichikos sveikata buvo pripažinta svarbiausia kuriant sveiką bei produktyvią visuomenę (2). PSO dokumentai suteikė impulsą aktyvesniam psichikos sveikatos politikos bei jos priemonių plėtojimui Europoje, taip pat ir mūsų šalyje.

Dvidešimt penkeri mūsų šalies Nepriklausomybės metai, mūsų šalies tapimas ES nare prisidėjo prie nemažų pokyčių psichikos sveikatos srityje. Joje palaipsniui ėmė įsigalėti biopsichosocialinės žmogaus prigimties suvokimo nuostatos, lėmusios paslaugų orientacija į asmens gyvenimo kokybės augimą.

Vadovaujantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2014 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 2 944 459 asmenys (3).

Aktyvumo ir dėmesio sutrikimų (toliau – ADS) turintys asmenys sudaro mažiausiai 2 proc. suaugusiųjų populiacijos (4). Tokiu būdu, tikėtina, kad mažiausiai apie 58,8 tūkst. asmenų mūsų šalyje turi ADS. Nemažas ADS turinčių asmenų skaičius kelia pagrįstą visuomenės susirūpinimą, kaip padėti asmeniui įveikti sutrikimų padarinius – susilpnėjusius organizacinius, veiklos įgyvendinimo bei kitus gebėjimus ir pagerinti jo gyvenimo kokybę. Iki šiol nereti atvejai, kai pacientai nukreipiami psichiatrams su kitomis diagnozėmis. Taigi gali būti, kad šis sutrikimas

„pražiūrimas“, o to pasekmė - nepagerėjusi asmens gyvenimo kokybė, nepakankama asmens socialinė adaptacija bendruomenėje, patiriami nuostoliai dėl medikamentinio gydymo.

Danijos Rockwool fondo mokslinio skyriaus atlikti tyrimai rodo, kad vienas suaugęs asmuo, turintis ADS ir negaunantis tinkamos pagalbos, kainuoja visuomenei 150 000 daniškų kronų arba 20 000 eurų per metus (5).

Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodekse teigiama, jog pagrindinė socialinio darbo idėja – ginti žmogų kaip individualybę ir vertybę, puoselėti jo teisę į apsisprendimą ir savirealizaciją (6). Tai ypač svarbu, kad būtų išvengta nesusipratimų ADS turinčių asmenų atžvilgiu, kurių socialinio bendravimo problemos gali būti suprantamos, kaip grubumas, egoizmas, neatsakingumas, tingumas, blogas auklėjimas ir pan. Dėl tokių negatyvių nuostatų, ADS turintys asmenys dažnai yra atstumiami, sutrinka jų savirealizacijos procesas. Socialinis atstūmimas gali sąlygoti žemą savivertę, o taip pat gali prisidėti ir prie tokių komorbidinių sutrikimų, kaip depresija ir nerimo sutrikimai, išsivystymo.

Konsultuodamas asmenį socialinis darbuotojas turi mokėti atpažinti ADS sutrikimus, kad galėtų taikyti tinkamus socialinio darbo metodus, planuoti veiklą, orientuotą į pokyčius.

Mokslinė problema remiasi šiais klausimais: kokie sunkumai iškyla asmenų, turinčių ADS adaptacijos procese, kokie socialinio darbo metodai taikytini, kokie lavintini įgūdžiai, siekiant teigiamų pokyčių ADS turinčių asmenų gyvenime.

Šio straipsnio tikslas – atskleisti socialinio darbuotojo vaidmenį asmenų, turinčių ADS, adaptacijos procese.

Tyrimo uždaviniai: supažindinti su ADS pobūdžiu bei atskleisti asmenų, patiriančių ADS adaptacijos visuomenėje sunkumus; išsiaiškinti socialinio darbuotojo vaidmenį, teikiant pagalbą, asmenims, turintiems ADS.

Taikyti šie tyrimo metodai: mokslinės literatūros, tyrimų ir statistinių duomenų analizė

1. ADS raiška ir kognityvinės smegenų funkcijos

1.1. ADS požymiai ir diagnostiniai kriterijai

Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas apibūdinamas šiais pagrindiniais požymiais: dėmesio koncentracijos ir jos išlaikymo sunkumais, padidintu aktyvumu ir impulsų kontrolės stoka. ADS priskiriamas prie lėtinių sutrikimų. Jis labiausiai išryškėja mokyklinio amžiaus vaikams, kai reikia susikaupti ir sistemingai dirbti. Ilgą laiką psichiatrijoje gyvavo mitas, kad šis sutrikimas būdingas tik vaikams ir kad paauglystėje iš jo „išaugama“. Tačiau pastaruoju metu ši nuostata pasikeitė: dabar jau pripažįstama, kad ADS (aktyvumo ir dėmesio sutrikimas) gali tęstis ir suaugusiųjų amžiuje neigiamai paveikdamas socialinę adaptaciją ir gyvenimo kokybę (7). Viena iš priežasčių, kodėl suaugusiems taip ilgai nebuvo diagnozuojamas ADS yra ta, jog vaikams būdingas padidintas motorinis aktyvumas virsta suaugusiųjų vidiniu nerimu, kurį yra žymiai sunkiau atpažinti kaip vieną iš ADS simptomų. Tačiau kiti du pagrindiniai ADS komponentai – dėmesio koncentracijos sunkumai ir impulsyvumas išlieka ir suaugusiems. Impulsyvumas gali pasireikšti ūmiu charakteriu, kitų žmonių ribų nepaistymu, dominavimu, perdėtu kalbumu.

ADS paplitimas įvairių epidemiologinių tyrimų duomenimis yra 2-7 proc. visų mokyklinio amžiaus vaikų. (8) Mažiausiai 50 proc. atvejų vaikystėje stebimi simptomai tęsiasi suaugusiems (8,9). Danijos mokslininkų atlikti tyrimai parodė, jog 2-3 proc. mokyklinio amžiaus vaikų turi išreikštų ADS simptomų (9,10). Lietuvos autorių duomenimis aktyvumo ir dėmesio sutrikimas nustatytas 5,2 proc. tirtų pradinių klasių moksleivių (11). R.A. Barkley nurodo, kad šis sutrikimas diagnozuotas vaikystėje, tęsiasi paauglystėje 50 - 80 proc., o 30 – 50 proc. atvejų stebimas ir suaugusiųjų amžiuje. JAV atliktų epidemiologinių studijų duomenimis, ADS yra būdingas 2 – 4 proc. suaugusiųjų (4).

Dabartiniu metu Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse naudojamoje Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų TLK-10 klasifikacijoje (toliau – TLK-10) ADS skiriama F 90 hiperkinezinių elgesio sutrikimų diagnostinė kategorija (12). Tačiau atskirose šalyse naudojami

TLK – 10 variantai skiriasi sutrikimų diagnostikos detalumu. Žemiau, 1 - oje lentelėje pateikiami Danijoje taikomo daniško ADS TLK-10 varianto (13), parengto pagal TLK-10 mokslinio darbo kriterijus, diagnostiniai kriterijai (14).

1 lentelė

Hiperkinezinių sutrikimų moksliniai diagnostiniai kriterijai (7)

<p>A. Stebimi mažiausiai 6 dėmesio sutrikimo simptomai, pasireiškiantys ne mažiau kaip per 6 mėnesius:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. negali sukaupti dėmesio ties detalėmis, neatidumo klaidos 2. negali išlaikyti dėmesio, atliekant užduotis arba žaidžiant 3. atrodo, lyg negirdėtų kas sakoma 4. negali atlikti ir užbaigti užduoties pagal instrukcijas 5. sunku organizuoti veiklą 6. vengia užduočių arba veiklos, reikalaujančių dėmesio sukaupimo ir išlaikymo 7. pameta daiktus (parkerius, sąsiuvinius, pieštukus, knygas ir kitus daiktus) 8. lengvai išblaškomas aplinkos dirgiklių 9. užuomarša kasdieninėje veikloje
<p>B. Stebimi mažiausiai 3 padidinto motorinio aktyvumo simptomai, pasireiškiantys ne mažiau kaip per 6 mėnesius:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. judina rankas ar kojas, nenusėdi ar nenustygsta vienoje vietoje 2. nenusėdi vietoje pamokų metu arba valgydamas 3. bėgioja, laipioja tuomet, kai to daryti nedera 4. sukelia daug triukšmo, sunku išlaikyti ramybę 5. pasižymi sunkiai valdomu motoriniu aktyvumu
<p>C. Stebimas mažiausiai 1 impulsyvumo simptomas, pasireiškiantys ne mažiau kaip per 6 mėnesius:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. atsako į klausimą, neišklausius jo iki galo 2. sunku sulaukti savo eilės 3. pertraukinėja kitus arba veržiasi į priekį 4. daug kalba, nejausdamas situacijos
<p>D. Simptomai prasideda vaikams iki 7 metų amžiaus</p>
<p>E. Sutrikimas stebimas mažiausiai dvejose situacijose: namuose ir mokykloje, taip pat klinikinio ištyrimo metu.</p>
<p>F. Simptomai trikdo socialinį funkcionavimą (mokykloje bei kitose srityse).</p>
<p>G. Simptomai nėra afektinių F30-F39, nerimo F40-F49 bei įvairiapusių raidos sutrikimų F84 dalis.</p>

Suaugusiųjų ADS diagnozuoti naudojami tie patys TLK-10 diagnostiniai kriterijai, tačiau tam, kad, būtų diagnozuotas šis sutrikimas, pakanka mažiausiai 6-ių iš 9-ių dėmesio sutrikimo kriterijų arba mažiausiai 6-ių iš 9-ių padidinto motorinio aktyvumo ir impulsyvumo kriterijų. Diagnozuojant ADS suaugusiems svarbu įsitikinti, jog šie simptomai (arba bent jų dalis) buvo stebimi iki septynerių metų amžiaus (7, 12, 13, 14).

1.2. Vykdomųjų (ekzekutyvinių) funkcijų vaidmuo ir lygiai

ADS turintys asmenys turi žymiai daugiau sunkumų, nei dėmesio sukaupimas. Paprastai būna sutrikusios tokios funkcijos kaip kelių užduočių vienu metu (multitasking) atlikimas, laiko valdymas ir kontrolė (keeping track of time), galvojimas į priekį, numatymas. O tai yra vykdomųjų funkcijų sutrikimai.

Moksliniai klinikiniai ADS tyrimai pagrindė, jog asmenys, turintys ADS, turi vykdomųjų funkcijų sutrikimą. Vykdomosios funkcijos- tai kognityvinės smegenų funkcijos, kurios kontroliuoja ir užtikrina tikslinį žmogaus elgesį. Šios funkcijos įgalina asmenis numatyti pasekmes ir prisitaikyti prie situacijos pokyčių. Asmens funkcionavimui svarbu sugebėti sukaupti, išlaikyti ir



paskirstyti dėmesį bei atsiriboti nuo nereikšmingų impulsų, dirgiklių ir minčių. Tai pasiekti padeda vykdomosios funkcijos.

Manoma, kad sugebėjimas abstrakčiai mastyti ir suformuluoti koncepciją taip pat yra vykdomosios funkcijos. Vykdomosios funkcijos - tai aukščiausieji kognityviniai sugebėjimai, kurie daro įtaką dėmesiui, atminčiai ir motoriniams įgūdžiams. Už vykdomąsias funkcijas atsakingos frontalinės smegenų sritys (ypač *praeftoral cortex*).

Vykdomosios funkcijos valdo žmogaus elgesį priklausomai nuo vidinių ir išorės poreikių. Tai – vėliausiai išsivystančios kognityvinės funkcijos, kurių raida laipsniškai prasideda kūdikystėje ir jos galutinai susiformuoja 20-30 metų amžiuje. Kiekvienas veiksmas, idėja, kurie reikalauja pasirinkimo, įvertinimo norų ir sąlygų, yra valdomi vykdomųjų funkcijų. Vykdomosios funkcijos įtraukiamos į kiekvieną veiksmą, idėją, mastymo procesą, kurį atliekant reikalingas sąlygų įvertinimas, planavimas, veiksmo valdymas, užbaigimas.

R.A. Barkely – vienas pirmųjų mokslininkų, pabrėžusių, jog dirbant su ADS turinčiais asmenimis, svarbu suprasti jų vykdomųjų funkcijų sutrikimus (15).

Vykdomųjų funkcijų vaidmuo yra keturių lygių:

1. Iškelti idėją (ką nors sugalvoti) ir sukurti vidinius įsivaizdavimus, kaip pasiekti tikslą. Asmeniui ateina į galvą idėja ir jis pradeda įsivaizduoti kaip galima būtų pasiekti tikslą.
2. Suplanuoti savo veiksmų seką (nuo pirmo iki paskutinio veiksmo) ir išlaikyti dėmesį, siekiant užsibrėžto tikslo.
3. Priimti iššūkius ir nesiblaškant pradėti vykdyti veiksmų seką (kartu dėmesys turi būti nukreiptas į tikslą, aplinkos reikalavimus ir lūkesčius).
4. Įvertinti savo veiksmus, pritaikyti juos aplinkai ir juos galimai modeliuoti, keisti).

Vykdomosios funkcijos yra kelios ir kiekviena jų vystosi savo tempu. Esama įvairių jų klasifikacijų. Viena jų – pagal R. A. Barkely (15, 16):

1. Tikslinis elgesys, kurio dalimi yra planavimas, problemos sprendimas, darbinė atmintis.
2. Dėmesio kontrolė: selektyvus ir ilgalaikis dėmesys, laiko pojūtis.
3. Kognityvinis lankstumas (paslankumas) reikalingas dėmesio pakeitimui, grįžtamojo ryšio/rezultato įvertinimui bei strategijų/elgesio taktikos pakeitimui.
4. Savikontrolė, kuri valdo sugebėjimą stabdyti ir kontroliuoti impulsyvias emocines reakcijas.

Vykdomųjų funkcijų sutrikimas stebimas esant autizmui, obsesiniam kompulsiniam sutrikimui, Tourette sindromui, depresijai, šizofrenijai, ADS. Vykdomųjų funkcijų deficitas taip pat stebimas esant asocialiam elgesiui. Asmenys, piktnaudžiaujantys alkoholiu ir psichoaktyviomis medžiagomis taip pat turi pažeistas vykdomąsias funkcijas. Tai gali būti minėtų medžiagų poveikio smegenims rezultatas. Šios medžiagos pažeidžia smegenis, bet tyrimai rodo, kad vykdomųjų funkcijų deficitas taip pat gali būti priežastis dėl kurios žmonės pradeda piktnaudžiauti alkoholiu ir narkotikais.

Siekiant padėti asmeniui, turinčiam ADS, pirmiausia, būtina žinoti apie sunkumus, kuriuos šis asmuo patiria:

- kyla per daug idėjų ir jam sunku yra jas rūšiuoti,
- sunku planuoti savo veiksmus,
- sunku vykdyti veiksmus, siekiant užsibrėžto tikslo,
- sunku įvertinti pasiektus rezultatus, kiek dar liko iki tikslo ir ką, gal būt, reikės keisti savo veiksmuose (17).

2. ADS pobūdis ir adaptaciniai asmenų, turinčių ADS sunkumai

2.1. ADS asmenų bendravimo ypatumai

Suaugę asmenys, turintys ADS, patiria **bendravimo sunkumų**. Didžiulis praradimas ne tik asmeniui, tačiau ir bendruomenei yra dėl bendravimo sunkumų atsirandanti atskirtis.

Socialinių įgūdžių asmuo pradeda mokytis nuo ankstyvos vaikystės, jų išmoksta stebint kitus žmones, kartojant jų elgesį, eksperimentuojant ir gaunant grįžtamąjį ryšį iš kitų. Tai paprastai prasideda vaikystėje ir vystosi su amžiumi. Vaikai pradeda to mokytis žaidimų metu bei per kitokias vaikystės veiklas. ADS vaikai praleidžia ir nepastebi daugelis detalių. Jie gali taikyti savo bendravime kažkokias atsitiktines matytas detales ir elgesio stereotipus neįvertinant viso socialinio konteksto.

Kad asmuo turėtų stabilius santykius jis turi mokėti parodyti dėmesį, būti atsakingu ir kontroliuoti savo impulsus. Žmonės, kurie turi gerus socialinius įgūdžius yra palankiai priimami kitų, gauna iš aplinkinių daug teigiamų įvertinimų, o tai skatina juos dar labiau tobulinti jų socialinius įgūdžius. Tačiau ADS asmenims, kurie neturi tokių socialinių įgūdžių, viskas vyksta atvirkščiai. Jie neišmoksta socialinių įgūdžių, kurių jų amžiuje reikėtų turėti, tokių, kaip klausymas, mandagus elgesys ir atsakingumas. Dėl nepakankamų socialinių įgūdžių jie yra atstumiami bendraamžių. Tai riboja jų galimybes toliau vystyti socialinius įgūdžius, dėl ko jie yra dar labiau atstumiami. Toks atstūmimas ir jį sekanti izoliacija, juolab, neduoda galimybės išmokti bendrauti su šeimos nariais, draugais ar kitais žmonėmis. Užsiveda ydingas ratas, kuris dar labiau veda į atstūmimą. Taip ADS turintys asmenys yra paliekami patys sau, tam, kad jie patys pagerintų savo bendravimo įgūdžius ir išmoktų to, apie ką jie neturi supratimo (18).

Kadangi daugelis žmonių neturi žinių apie šį sutrikimą, dažnai ADS turinčių asmenų socialinio bendravimo problemos gali būti suprantamos, kaip grubumas, egoizmas, neatsakingumas, tingumas, blogas auklėjimas ir pan. Dėl žemos savivertės šie asmenys, dažnai galvoja apie save, kad jie yra nevykėliai.

ADS turintys suaugę asmenys turi socialinio bendravimo sunkumų dėl kelių priežasčių. Visų pirma, tai neurobiologinės priežastys, nes ADS turinčių asmenų smegenys funkcionuoja kitaip. Antra vertus, kadangi ADS jie turi nuo vaikystės, tai reiškia, kad ADS paveikė jų socialinių įgūdžių mokymąsi. Jų socialinės problemų ištakos yra nedėmesingumas (jie nesukaupia dėmesio), impulsyvumas (reaguoja ar pasako dalykus neapgalvodami) ir hiperaktyvumas (17, 18).

ADS turintiems asmenims kyla socialinių signalų ir kūno kalbos supratimo sunkumų. Jiems suprasti ir skaityti kitų asmenų veido išraiškas ir kūno kalbą, o tai komplikuoja jų bendravimą, nes jie praranda dalį informacijos, kurią kiti asmenys pagauna greitai ir beveik instinktyviai ir intuityviai. Taip yra todėl kad ADS turintys asmenys dažnai stokoja empatijos ir situacijos pojūčio. Be to, ADS turintys asmenys dėl dėmesio sutrikimo sunkumų neatkreipia dėmesio į neverbalinius signalus, nes būna išsiblaškę arba fokusuojasi ties kitais dalykais. ADS turintys asmenys dažnai nekontroliuoja savo kūno kalbos, nes jos nesuvokia, pvz., jie gali nesuvokti, kad atrodo pikta ar grėsmingai. Neturėdami asmeninės erdvės pojūčio, jie taip pat gali nesuvokti, kad priėjo per arti kito žmogaus. Šiems asmenims gali būti sunku pajusti kitų ribas, jiems gali trūkti empatijos ir situacijos pojūčio (17,18).

ADS turintys asmenys dėl savo nedėmesingumo nesupranta svarbios pokalbio informacijos, kas gali kelti kitų asmenų pasipiktinimą ir frustraciją, nes kiti asmenys gali suvokti, kad ADS turintys asmenys jų neklauso specialiai. Jie taip pat turi dėmesio sukaupimo sunkumų ir jiems yra sunku susikoncentruoti ir suprasti, ką kitas žmogus pasakoja. Jiems yra sunku palaikyti dialogą, tačiau dar sunkiau jiems yra bendrauti grupėje. Bendraudami su kitais, jie gali staiga pradėti kalbėti visai ne esamo pokalbio tema. Tai yra chaotiškų jų minčių išraiška. Staiga pokalbio metu, jiems į galvą ateina visai kas kita, tuo tarpu kitiems pašnekovams būna sunku sekti jų mintis. ADS asmenims turint poreikį nuolat save stimuliuoti, nuobodus pokalbis jiems gali būti sunkus ir nepakeliamas. Kad palaikytų savo budrumą, jie gali pradėti daryti kažką netinkamo, pvz., nei iš šio, nei iš to jie gali pradėti bartis (18, 19).

Dėl hiperaktyvumo ADS turintiems asmenims gali kilti laisvalaikio praleidimo problemų. Minėti asmenys negali ramiai sėdėti ir susikoncentruoti koncertuose, teatruose, per sporto varžybas, bažnytinėse ceremonijose, atostogų metu.

ADS turinčių asmenų impulsyvumo bruožai - dažniausiai greitakalbystė ir nepertraukiamas kalbėjimas nepaliekant jokios galimybės įsiterpti kitiems. Iš esmės bendravimas vietoje dialogo virsta monologu ir ADS turintys asmenys dažnai nepalieka kitiems asmenims galimybių gauti

grįžtamąjį ryšį apie save. Paprastai ADS turintys asmenys kalba labai daug dėl to, kad jie jaučia vidinį spaudimą visą laiką kalbėti. Jie gali entuziastingai kalbėti kokia nors tema, prarasdami neverbalius kitų žmonių signalus bylojančius, kad kitiems žmonėms tai visai yra neįdomu. ADS asmenys nėra geri klausytojai. Jie neleidžia kitam asmeniui išsikalbėti arba ką nors pasakyti, bet įsiterpia su savo komentarais pertraukdami, arba pardeda kalbėti juos dominančia tema.

Impulsyvumas, reagavimas ir kalbėjimas nepagalvojus gali sugriauti daug santykių. Kalbėjimas nepagalvojus arba reiškimas savo nuomonės ir minčių neapgalvojus, dažnai gali pasireikšti labai grubia ir nemandagia forma, kas dažnai būna socialiai nepriimtina. Jeigu, be to, pašnekovai yra pertraukiami, tai, juolab, komplikuoja pokalbio situaciją. Tai taip pat gali neigiamai veikti bendravimą.

Reagavimas nepagalvojus irgi gali sukelti problemų. Dėl savo impulsyvumo ADS turintys asmenys, kalbėdami su kitais, gali pasakyti kažką netinkamo, kažką, kas atsitiktinai tuo momentu atėjo į galvą. ADS turintys asmenys dažnai pertraukinėja kitus ir tai gali trikdyti jų pokalbius su kitais. Jie gali pasakyti ką nors visai nepagalvodami, ar turinys ir laikas yra tinkamas tam pasakyti (18, 19).

Dažnai dėl impulsyvumo gali kilti neapgalvoti sprendimai. Impulsyvių veiksmų pavyzdys gali būti rizikingas elgesys, kai šansų išlošti yra labai mažai, nepasiruošimas mokyklai arba darbui, staigūs darbo santykių nutraukimai, daugybiniai romanai, greičio viršijimas, agresyvūs veiksmai, tokie kaip daiktų gadinimas ar kitų asmenų fizinių ribų peržengimas. polinkį rizikingam elgesiui. Tai nebūtinai blogai, tačiau tai gali paveikti santykius su draugais ar partneriu. Pavyzdžiui, jie gali būti linkę švęsti per smagiai arba turėti polinkius rizikingiems kaskadiniams triukams. Partneriui arba draugui gali tai būti per sunku išverti. Daugelis ADS turinčių asmenų bando funkcionuoti, laikydamiesi savo rutinos, įpročių, taisyklių ir ribų. Tai gana pozityvu tačiau gali turėti ir neigiamą poveikį, nes šie asmenys gali spausti kitus, laikytis jų primestų taisyklių. Dėl ADS turinčių asmenų netinkamo elgesio gali kilti skyrybos, nutrūkti ryšiai ir draugystės.

2.2. Užduočių vykdymo sunkumai

ADS turintys asmenys – tai kūrybingi ir pilni idėjų žmonės, tačiau dėl adaptacijos sunkumų - nesugebėjimo prisitaikyti aplinkoje (jų prisitaikymo lygis blogesnis negu iš jų tikimasi), šie asmenys gali sunkiai save realizuoti. Pažymėtina, kad ADS turinčių asmenų prisitaikymo lygis yra žemesnis negu šių asmenų IQ, stebimas didelis skirtumas tarp jų verbalinio ir konstruktyviojo IQ (17).

Adaptaciniai sunkumai gali paveikti ADS turinčių asmenų santykius ir draugystes su kitais asmenimis.

Kadangi ADS turinčių asmenų laiko pojūtis yra sutrikęs, jiems sunku pradėti ir užbaigti veiklą. Dėl šios priežasties šie asmenys dažnai gali kitiems atrodyti nerealistiškai. Gali susidaryti pirmas įspūdis, kad jie daug ką gali ir sugeba, tačiau labai greitai gali kitus nuvilti, nes jie gali vėluoti, nemokėti tinkamai suplanuoti laiko. Net išeidami laiku šie asmenys gali pavėluoti, nes pakeliui gali būti išblaškomi ko nors kito, nuklysti kitais keliais bei ilgai eiti iki susitikimo vietos. Jie gali vilkinti pradėtą daryti darbą, dėl kurio yra susitarę su kitais, pamiršti svarbias datas, pvz., draugų gimtadienius.

Nors ADS turintys asmenys gali gerai suplanuoti, tačiau jiems patiems sunku įgyvendinti savo planą, pvz., jie gali pakviesti bendradarbius vakarienei, bet nepasirūpinti nupirkti maisto ir paruošti tą vakarienę. Tokiu būdu, jų visas gyvenimas gali būti pakibęs ore, kas veikia jų santykius su draugais ir darbą - jiems būna sunku išsilaikyti darbe (17, 18, 19).

3. Socialinio darbuotojo pagalba asmenų, turinčių ADS, adaptacijos procese

3.1. Socialinio darbuotojo vaidmuo ir metodai

Nepastebint ADS sutrikimų ir ADS turinčius asmenis nukreipiant pas psichiatrus su kitomis diagnozėmis, pablogėja šių asmenų gyvenimo kokybė, jų adaptacija bendruomenėje, susilpnėja integraciniai bendruomenės ryšiai, asmuo toliau kenčia nuo ADS poveikio. Adaptacija šiame kontekste suvokiama pasitelkiant šį jos apibrėžimą „organizmo ar jo dalių modifikacija, daranti poveikį egzistencijai, labiau atitinkančiai jo aplinkos sąlygoms“ (An Encyclopedia Britannica Company. Merriam Webster dictionary. Adaptation. Full definition of adaptation. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/adaptation>).

Kada ir kaip socialinis darbuotojas gali įtarti ADS? Siekiant nustatyti, ar asmuo turi ADS, konsultuojant asmenį, visų pirma, būtina įvertinti, ar taikoma psichoterapija buvo efektyvi. Jei pokyčiai nebuvo pastebėti, galima manyti, kad asmuo turi ADS. Įsigilinus į asmens gyvenimo situaciją, jei jis patyrė daugybę kartų gyvenimo nesėkmes ir baimes, jei mano, kad visuomet viskas nesiseka, jei asmuo vėl ir vėl pradėjo naują darbą, naujus mokslus, kuria naują ryšį, galima įtarti esant ADS. Verta atkreipti dėmesį į chaotišką asmens gyvenimą – chaosas su pinigais, santykiais, galimas alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas, galimi sunkios orientacijos aplinkoje atvejai, nuolatos atsitinkantys nelaimingi atsitikimai, traumos, problemos su valdžios institucijomis/policija, nors, apskritai, asmuo gali būti vertinamas, kaip geras ir malonus žmogus (8, 10, 17).

Nors medikamentai pagerina ADS asmenų koncentraciją, mažina impulsyvumą ir hiperaktyvumą, tačiau to neužtenka, kad jie įgytų reikiamų socialinių įgūdžių. Kad suprastų savo problemas ir išmoktų reikalingų įgūdžių, būtina psichosocialinė edukacija, konsultavimas, ugdomasis vadovavimas (*coaching*), psichoterapija. Socialinių darbuotojų profesiniai ištekliai - jų žinios, įgūdžiai ir asmeninės vertybės gali ženkliai prisidėti prie ADS turinčių asmenų pozityvių pokyčių, taikant psichosocialinę edukaciją bei konsultavimą - universalų metodą, vykdomą tarpasmeninės sąveikos tarp socialinio darbuotojo ir kliento būdu.

Kliento konsultavimo metu socialinis darbuotojas ieško sprendimų asmeniui iškilusiems iššūkiams spręsti, drauge su klientu aptardamas pokyčių planą. Darbuotojas ir klientas pasidalina savo žiniomis, suteikia informaciją apie esamus ir potencialius resursus, svarbius sprendžiant problemas. Tai bendradarbiavimo procesas, skirtas išsiaiškinti klausimus, stiprybes, aptarti galimybes ir identifikuoti veiksmus. Kaip konsultantas, socialinis darbuotojas sustiprina klientą, gerbdamas jo kompetenciją, remdamasis jo stiprybėmis ir bendradarbiaudamas, ieškant sprendimų (20).

Kalbant apie taikytinus įgūdžius pažymėtina, jog socialiniam darbuotojui, bendraujant su klientu verta pasitelkti šiuos: bendravimo (gebėjimas klausyti, ginti asmens integralumą), analizės (informacijos rinkimas, interpretavimas, vertinimas, atranka, veiklos plano modifikavimas), veiksmingumo (bendradarbiavimas su kolegomis ir administracija, derybos su kitomis institucijomis dėl paslaugų klientui, klientų atstovavimas įvairiose institucijose, pagalba savanoriams, šeimai ir bendruomenei, bendraujant su klientu; pagalba klientui pasinaudoti vietos bendruomenės pagalbos tinklais) (21).

Bendraujant su ADS turinčiu asmeniu labai svarbu, kad jis turėtų teigiamas nuostatas ir norą keistis, būtų atviras pokyčiams ir informacijai apie save, kurią gautų iš kitų. Būtina, kad ADS turintys asmenys suprastų savo sunkumus bei reikiamų socialinių įgūdžių stygių. Socialinis darbuotojas galėtų patarti asmeniui, kokius socialinius įgūdžius reikėtų įsisavinti ir kokius reikėtų patobulinti. Antra vertus, ADS turintiems asmenims geriau susipažinti su ADS situacija ir poreikiais galėtų padėti tokie leidiniai kaip: Michele Novotni „What does everybody else know that I do not“, (22), Halverstandt J.C. „ADD at romans“ (23), Bell M.T. „You, your relationship and ADD“ (24).

Svarbu padėti ADS turintiems asmenims, suprasti savo sunkumų priežastis arba silpnąsias vietas. Asmens suvokimas, kad jis turi šį sutrikimą gali pakeisti jo nusistatymą teigiama linkme. Padedant socialiniam darbuotojui tai gali padėti asmeniui ieškoti naujų strategijų ir elgesio būdų.

Socialiniam darbuotojui rengiant pagalbos asmeniui, turinčiam ADS, planus, rekomenduotina iš pradžių siekti mažesnių tikslų. Svarbu iš pradžių patobulinti vieną iš socialinių įgūdžių ir jį įsisavinus, imtis kito. Dirbant su ADS turinčiais asmenimis dienos centruose, bendruomenės centruose, ar konsultuojant juos socialinių paslaugų centruose, socialiniai darbuotojai turėtų pasitelkti metodus, skatinančius bendravimo įgūdžių ugdymą. Visų pirma reikėtų pradėti nuo dėmesio koncentracijos ugdymo, tuo tikslu naudojant „Aido“ principu grįstą koncentracijos įgūdžių įtvirtinimo būdą.

„*Aidas*“. ADS turinčius asmenis reikėtų mokyti patikrinti, ar jie teisingai išgirdo informaciją. Esant dėmesio koncentracijos problemai, šie asmenys gali prarasti dalį informacijos. Todėl rekomenduojama, kad socialiniai darbuotojai bendraujant su šiais asmenimis įtvirtintų poreikį dažniau patikrinti, ar jie teisingai išgirdo. ADS turintys asmenys turėtų išmokyti gyvenime naudoti, pvz., tokias frazes: „Aš girdėjau, kad tu pasakei tai ir tai, ar aš teisingai supratau?“, „Ar tu dar kažką pasakei?“ (19).

Biopsichosocialinis požiūris į žmogaus prigimtį iš socialinių darbuotojų reikalauja į socialinių įgūdžių ugdymo procesą įtraukti ADS asmenų artimuosius, kurie turėtų dažniau patikrinti, ar juos išgirdo ADS turintys asmenys. Artimieji turėtų įprasti tokiam asmeniui užduoti klausimą: „Dabar pasakyk man, ką tu išgirdai“ arba „Pakartok, ką aš dabar pasakiau“. Šis būdas padėtų išvengti bendravimo nesusipratimų, kylančių dėl dėmesio sutrikimo. ADS asmenims būtina parekomenduoti stebėti kitus žmones, savo šeimos narių, bendradarbių elgesį, o taip pat stebėti, kaip žmonės elgiasi televizijoje.

Vaidybiniai žaidimai. Vaidybinių žaidimų metu socialiniai darbuotojai galėtų ADS turinčius asmenis išmokyti naujų socialinių įgūdžių ir gauti apie juos grįžtamąjį ryšį. Socialinis darbuotojas gali pasiūlyti ADS turinčiam asmeniui repetuoti įvairias socialines situacijas. Per tokias socialines treniruotes ADS turintis asmuo gali pasimokyti, kaip jis turėtų kalbėti su savo viršininku, kolega, kitais asmenimis, tokiu būdu padidinant sėkmingo bendravimo šansus, sustiprinant „sugebėjimą patikti kitiems“. Psichologai yra atskleidę, kokius bruožus turintys asmenys yra simpatiški kitiems, paprastai tai - atviri, nuoširdūs, supratingi, lojalūs, sakantys tiesą, patikimi, mėstantys, dėmesingi, draugiški, šilti, neegoistiški, humoristiški, atsakingi žmonės. Socialinio darbuotojo pagalba mokantis sustiprinti šiuos bruožus pagerintų ADS turinčių asmenų socialinį gyvenimą (19).

3.2. Socialinių įgūdžių lavinimas ir ugdymas

Suaugusiems asmenims su ADS būdingi tokių valdančiųjų funkcijų sutrikimai kaip tikslinis elgesys, laiko pojūtis ir valdymas, dėmesio išlaikymas. Tikslinio elgesio sunkumai- reiškia, kad ADS turintiems suaugusiems sunku yra suplanuoti, pradėti ir užbaigti veiklą. Jiems sunku save motyvuoti/prisiversti ką nors daryti. Jie dažnai pilni idėjų, bet jiems būna sunku jas įgyvendinti (10, 11, 12, 13). Socialiniai darbuotojai turėtų padėti ADS turintiems asmenims patobulinti ir įsisavinti reikiamus socialinius įgūdžius.

Siekiant geriau adaptuotis bendruomenėje ADS turintys asmenys, visų pirma, turi patobulinti savo bendravimo įgūdžius. Tuo tikslu ADS turintys asmenys privalo išmokyti:

- įvairiose situacijose stebėti kitų žmonių elgesį; klausytis, ką sako kiti asmenys ir matant, ką jie daro, suprasti, kad žmonės kartais nesako to, ką iš tikrųjų galvoja. Ypač daug dėmesio socialinis darbuotojas turi skirti stebėjimo įgūdžių ugdymui ir suvokimui, pastebint, kaip kiti žmonės elgiasi rengiasi skirtingose gyvenimo situacijose, skirtingose viešosiose vietose, koku tonu jie kalba, kokius parenka žodžius, kaip išreiškia savo mandagumą. ADS turintis asmuo turi išmokyti atskirti, kas gali slypėti už mandagaus elgesio, kadangi mandagus elgesys kartais pridengia realius neigiamus jausmus. Būtina skatinti ADS turintį asmenį stebėti, žiūrint pašnekovui į akis tam, kad galima būtų geriau suprasti, ką jis sako arba galvoja. Tokiu būdu socialinis darbuotojas padėtų įtvirtinti taip vadinamą „skaitymo tarp eilučių“ įgūdį, įsigilinimą į pašnekovo parenkamus žodžius.

- žiūrėti, stebėti ir pažinti neverbalinius kitų žmonių elgesio signalus kūno kalbą, balso toną, elgesį ir bandyti suprasti, ką žmonės iš tikrųjų galvoja. ADS turinčiam asmeniui gali kilti įtarimas, kad jei žmogus sako viena, bet daro kitą, jo žodžiai pasako daugiau, negu jo veiksmai.

Socialinis darbuotojas turėtų padėti ADS turinčiam asmeniui suprasti, kad savo veiksmais žmonės pasako daugiau negu žodžiais. Socialinio darbuotojo vaidmuo šiuo atveju būtų padėti ADS turinčiam asmeniui išmokti ką reiškia tokia „paslėpta“ žmonių kalba (19).

Bendraujant su ADS turinčiu asmeniu socialinis darbuotojas turėtų padėti jam pamatyti skirtumus tarp to, kaip suprato asmuo ir pats socialinis darbuotojas. Pokalbio su socialiniu darbuotoju metu ADS turintis asmuo turėtų pabandyti interpretuoti, kodėl kiekvienas suprato skirtingai.

ADS turintiems asmenims svarbu padėti įsisavinti įgūdžius tinkamai prižiūrėti save. ADS turintys asmenys gali hiperfokusuoti (per daug fokusuoti) ties dalykais, kurie jiems patinka, juos įtraukia, pamiršdami pavalgyti, pailsėti, nusiprausti ir pan. Dėl to labai svarbu padėti įtraukti į ADS turinčių asmenų dienos struktūrą tokius dalykus, kaip valgymas, nuėjimas į dušą ir pan.

Būtina pažymėti, kad ADS turintiems asmenims ypač svarbi miego higiena. Miego trūkumas sąlygoja ADS simptomų suintensyvėjimą. Neišsimiegojus dėmesio sukaupti problemos pasidaro dar ryškesnės. Be to, neišsimiegojus sunku įvertinti ADS vaistų veikimą, todėl svarbu mokytis ADS asmenis miego higienos. Svarbu, kad jie išmoktų eiti miegoti ir keltis tuo pačiu metu.

Patartina, kad, tobulinant organizacinius įgūdžius, ADS turintys asmenys su savimi nuolat turėtų užrašų knygutę į kurią rašytų visas kylančias idėjas, turėtų savo kalendorių (tai gali būti popierinis kalendorius arba kalendorius mobiliajame telefone), kuriame turi būti įrašomos visos reikalingos užduotys ir veiklos, pvz., nurodant konkrečią datą, atsiskaitymas už butą, mobilųjį telefoną, dujas ir pan. Taip pat ten reikėtų įrašyti visus susitarimus (vizitus pas gydytojus ir pan.), draugų gimtadienius. Kitos dienos užduotis reikėtų peržiūrėti prieš dieną ir detaliau jas suplanuoti.

Dėl nedėmesingumo ir didelio išsiblaškymo ADS turintiems asmenims gali būti sunku organizuoti savo dieną, savo aplinką tiek darbe, tiek namuose. Dažnai jie gyvena pojūtyje, jog skęsta chaose. Todėl labai svarbu jiems padėti struktūrizuoti savo dieną, suplanuoti dienos veiklas ir naudoti įvairius priminimus. Svarbu išmokyti ADS turinčius asmenis naudotis įvairiais taimeriais ir žadintuvais, ilgesnius darbus suskirstyti į etapus taip, kad kas kurį laiko tarpą skambėtų žadintuvas, reiškiantis, kad reikalinga pauzė – dėl to padidėtų darbo produktyvumas. ADS turinčius asmenis taip pat svarbu išmokyti daryti vieną užduotį arba darbą, ir tik atlikus vieną užduotį, pradėti daryti kitą. Socialinis darbuotojas turėtų prisiminti, kad dėl dėmesio koncentravimo sunkumų, ADS asmenys negali ilgam susitelkti užduočiai, sunkiai koncentruojasi nestabilioje, nestructūruotoje, nenumatomoje situacijoje (18, 19).

Tobulinant organizacinius įgūdžius, reikėtų padėti ADS turintiems asmenims kompiuteryje sudaryti failus įvairiomis temomis, pavyzdžiui, viename failą skirti medicininėms pažymoms laikyti, kitame faile laikyti informaciją apie keliones ir pan. ADS turintiems asmenims svarbu tikrinti kiekvieną dieną savo elektroninį pašta, ištrinti nereikalingas žinutes. ADS turintiems asmenims svarbu padėti sumažinti nereikalingų popierių kiekį. Svarbu, kad ADS turintis asmuo priprastų laikyti savo dokumentus, sąskaitas ir pan. elektroninėje formoje, tai sumažintų netvarkos kambariame atsiradimo galimybę.

ADS turintiems asmenims dažnai reikalinga socialinio darbuotojo pagalba, ugdant buitinius įgūdžius, mokantis, kaip sutvarkyti savo butą, kambarį, kaip sudėti kelionės krepšį arba ką įdėti į ranki. Padedant tvarkyti kambarius, reikėtų rekomenduoti ADS turinčiam asmeniui padalinti kambario tvarkymą į trumpesnius etapus, pavyzdžiui, sutvarkyti vieną stalčių, kitą dieną - kitą ir t.t. ADS turintys asmenys stokoja laiko pojūčio. Jiems sunku laikytis galutinės veiklos atlikimo datos arba numatyti vieno arba kito veiksmo pasekmes todėl svarbu jiems dažniau naudoti įvairius priminimus. Paprasčiausias žadintuvas arba žadintuvus mobiliajame telefone, jiems gali praversti tuo atveju, kai sunku įvertinti, kiek laiko reikės atlikti tai ar kitai užduočiai. Žadintuvas, pav., gali padėti ruošiant maistą tam, kad jis nepridegtų, taip pat jis gali padėti rytais, nustatant tam tikrą laiką, pvz., 10 min nueiti į dušą tam, kad asmuo neprarastų laiko pojūčio ir vėliau nepavėluotų į darbą.

Svarbu padėti ADS turintiems asmenims organizuoti namų aplinką, tvarkyti savo daiktus, įvertinti koks daiktas yra reikalingas, o kas nenaudojama, išmesti nereikalingus daiktus, palikti reikalingus. Šiems asmenims svarbu padėti nustatyti pastovias vietas daiktų, kurie yra nuolat reikalingi, bet lengvai pametami, pavyzdžiui, raktai turėtų gulėti toje pačioje vietoje.

Biudžeto valdymo, planavimo ir organizavimo įgūdžių lavinimas ir ugdymas gali būti iššūkis daugeliui ADS turinčių asmenų. Galima patarti jiems užsirašinėti visas savo išlaidas, per mėnesį, organizuoti savo maitinimą perkant supermarketuose ir mokantis ruošti maistą namuose. Svarbu išmokyti juos tvarkyti savo sąskaitas, patartina tai daryti kompiuteryje, kuriame bus saugomos visos sąskaitos. Šiems asmenims patartina taip pat sudaryti debetines elektronines sutartis, kad pinigai nuo jų sąskaitos būtų reguliariai nuskaičiuojami (17, 18, 19).

Kadangi ADS turintys asmenys pasižymi didesne impulsyvaus pirkimo rizika, todėl jiems būtų patartina išeinant iš namų turėti tik grynuosius, o kreditines korteles palikti namuose. Prieš einant į parduotuvę sudaryti sąrašą tų daiktų, kuriuos reikia nusipirkti. Reikėtų apsipirkinėjimo metu mokytis naudoti skaičiuotuvą tam, kad asmuo pats galėtų kontroliuoti apsipirkimus.

Diskusija ir išvados

Mūsų šalies visuomenei - tiek gyventojams, tiek specialistams stingant žinių apie ADS bei ADS turinčių asmenų sunkumus, būtina giliau domėtis nemažos dalies mūsų šalies gyventojų - ADS sutrikimų turinčių asmenų - adaptacijos visuomenėje būdais, galinčiais iš esmės pagerinti jų gyvenimo kokybę.

Siekiant išvengti arba sumažinti konfliktų lygį bei nepagrįstus kaltinimus asmenims, turintiems ADS, labai svarbu vykdyti visuomenės šviečiamąją veiklą, organizuoti mokymus apie ADS bei juos turinčių asmenų problemas, susijusias su ADS. Ypatingai svarbu plėtoti socialinių darbuotojų žinias apie ADS ir minėtų asmenų adaptacijos visuomenėje problemas, sudarant galimybes socialiniams darbuotojams nuolat kelti savo kvalifikaciją. Specialistų žinių ir įgūdžių tobulinimui būtina pasirinkti ES šalis, sukaupusias nemažą psichosocialinės pagalbos ADS turintiems žmonėms patirtį.

ADS turinčių asmenų mokymai drauge su socialiniais darbuotojais, kaip psichosocialinės edukacijos dalis, padėtų ADS turintiems asmenims geriau pažinti sunkumų priežastis, jų įveikimo būdus bei socialinių darbuotojų vaidmenį pagalbos procese.

Lietuvos socialinių darbuotojų potencialas gali būti efektyviai panaudotas teikiant konsultavimo paslaugas ADS turintiems asmenims bendruomenės socialinių paslaugų centruose, psichikos sveikatos centruose, nevyriausybinėse organizacijose. Socialinių darbuotojų teikiamos minėtos paslaugos, o taip pat grupinės terapijos bei ugdomojo vadovavimo (*angl.* „coaching“) paslaugos prisidėtų prie socialinių darbuotojų, kaip profesinės grupės, stiprinimo bei ADS turinčių asmenų adaptacijos kaštų visuomenėje sumažinimo.

Literatūra

1. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas . Žin., 1996, Nr.66-1572
2. Mental Health Action for Europe.WHO Ministerial Conference on Mental Health „Facing the Challenges Building Solutions“. Helsinki, Finland, 12-15 January, 2005. (Interaktyvus) (Žiūrėta 2014-08-16). Prieiga per internetą:
1. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf
2. Lietuvos statistikos departamentas. Teritorija ir gyventojų skaičius. (Interaktyvus) (Žiūrėta 2014- 09-10). Prieiga per internetą:
3. <http://db1.stat.gov.lt/statbank/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=M3010211&PLanguage=0&TableStyle=&Buttons=&PXSID=3767&IQY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14>
4. Barkley R.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorders in Adults. New York. The Guilford Press. 2006.
5. Daley D, Jacobsen RH, Lange AM, Sørensen A, Walldorf J. Private and Social Costs of ADHD: COST ANALYSIS University Press of Southern Denmark. Odense 2014.

6. Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodeksas. Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija. Vilnius, 1998.
7. Diomšina B., Ribakovienė V., Česnienė I, Danilevičiūtė V., Adomaitienė V. Dėmesio trūkumo ir padidinto aktyvumo sutrikimas - diagnozė visam gyvenimui. Sveikatos mokslai. 2010, Nr. 2, p. 3029-3034.
8. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorders: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediat* 2007; 1 suppl:73-81.
9. Damm D., Thomsen P.H. Om børn og unge med ADHD. Hans Reitzels Forlag. 2006.
10. Thomsen PT, Damm D. ADHD hos voksne. *Videnskab og praksis. Ugeskr Læge.* 170-43. 20 Oktober 2008.
11. Leskauskas D., Kuzmickas K., Baranauskienė B., Daškevičienė J. Kauno miesto pradinų klasių moksleivių aktyvumo ir dėmesio sutrikimo bei gretutinių psichikos sutrikimų tyrimas. *Medicina.* 2004; 40 (6):589-597.
12. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Red. R Bunevičius, A. Dembinskas. Kaunas. 1997.
13. WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfædsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaards Danmark. 2003.
14. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993.
15. Barkley RA. The Nature of Self-control. New York: Guilford Press. 1997.
16. Barkley, Russell A., Murphy, Kevin R., Fischer, Mariellen . ADHD in Adults: What the Science Says (pp 171 - 175). New York, Guilford Press. 2008.
17. Thomsen PT., Damm D. Et liv i kaos. Om voksne med ADHD. Hans Reitzels Forlag. 2007.
18. How Adult ADHD Can Affect Social Skills And Relationships. A free guide to getting past social awkwardness. (Interaktyvus). (Žiūrėta 2014-08-18). Prieiga per internetą: <http://www.succeedsocially.com/>
19. Social Skills in Adults with AD/HD. National Resource Center on AD/HD Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. (Interaktyvus). (Žiūrėta 2014-08-29). Prieiga per internetą: <http://www.help4adhd.org/>
20. Miley K.K., O'Melia M., Dubois B. Generalist social work practice. An empowering approach. Boston- Sydney, Pearson, 2007.
21. Social Workers Their Roles and Tasks. National Institute for Social Work. Bedford Square press, 1982.
22. Novotni, M.. What Does Everybody Know That I Don't? Plantation, FL: Specialty Press, Inc. 2000.
23. Halverstadt, J.C. A.D.D. & romance: Finding fulfillment in love, sex, and relationships. Dallas, TX: Taylor Publishing Company. 1998.
24. Bell, M.T. You, your relationship, and your ADD. Oakland, CA: New Harbinger Publishing Company 2002.

PSYCHOSOCIAL SUPPORT AND ADAPTIVE DIFFICULTIES OF PERSONS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

Summary

Biopsychosocial approach is being increasingly accepted among mental health professionals in Lithuania, which refocuses service providers on further improvement of the quality of life of clients.

The training of professional social workers has started only recently in our country. The article explains how social workers can effectively help the social adaptation process of persons with ADHD.

The article describes ADHD manifestations, symptoms, the role and disorders of the executive functions of the brain, and the diagnostic criteria. The article also discusses the social adaptation difficulties of the persons with ADHD, the role of social workers and the methods they can use to help the adaptation of the persons with ADHD from a biopsychosocial perspective.

Keywords: mental health, ADHD, social worker's help

Dr. Angelė Čepėnaitė

Mykolo Romerio universitetas
Socialinių technologijų fakultetas
Edukologijos ir socialinio darbo katedra
Ateities g. 20, LT- 05303 Vilnius
El. paštas angelec@mruni.eu

Dr. Beata Diomšina

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas
Psichiatrijos klinika
Vasaros g. 5, LT-10309 Vilnius
El. paštas beata.diomsina@mf.vu.lt

Dr. Virginija Ribakovienė

Pietų Danijos regiono vaikų psichiatrijos skyrius
Kresten Philipsens Vej 15 6200 Aabenraa Danija
El. paštas: v.ribakoviene@gmail.com

PAGRINDINIAI PAŽANGIOS SLAUGOS KLINIKINĖS KOMPETENCIJOS POŽYMAI

Danguolė Šakalytė, Utenos kolegija

Santrauka

Remiantis apibrėžtimi, kad pažangi slaugos praktika – tai slaugytojo profesinė veikla, apimanti tradicinės slaugos sampratą, pagrįstą autonomija, maksimaliomis slaugos žiniomis, padedanti vystyti slaugos profesijos identitetą, galima teigti, kad slaugytojų klinikinės kompetencijos vystymosi prielaidos susidaro tuomet, kai jie patys sau identifikuoja, kas tai yra pažangi slaugos klinikinė kompetencija.

Šio straipsnio **tikslas** – atskleisti pagrindinius pažangios slaugos klinikinės kompetencijos požymius ir slaugytojų atsakomybės įtaką pažangios slaugos klinikinės kompetencijos vystymui.

Realizuojant tyrimą buvo atlikta teorinė mokslinės literatūros analizė, įvykdytas momentinis kiekybinis ir kokybinis tyrimas, apklausiant raštu 318 respondentų, dvejose slaugos specialistus rengiančiose institucijose ir dvejose gydymo įstaigose. Tyrimas atliktas, naudojant *Slaugytojų klinikinės kompetencijos skalę*. Kokybinė turinio analizė nuo kiekybinės analizės, kurioje aktualiausia sužinoti skaičius, nieko nepasakančius apie žmogaus išvalgas, išgyvenimus, leidžia išvengti paviršutiniškumo, nagrinėjant tekstą. Šiame straipsnyje kokybinės turinio (content) analizės medžiagą sudaro tekstas „gautas“, naudojant atviro tipo klausimus.

Keliami probleminiai klausimai: kaip fenomeną suvokia tiriamieji, reflektuodami savo patirtį ir kokie skirtumai egzistuoja tarp teorinio ir tiriamo fenomeno.

Tiriamųjų, kurių anketos priimtos turinio analizei, kompetencijos lygmens balo vidurkis yra 70,5 balų pagal VAS skalę. Galima teigti, kad į klausimus atsakinėjo aukštą kompetencijos lygį turintys, slaugytojai praktikai, absolventai ir studentai.

Formuluojamos išvalgos, kad pagrindiniai pažangios slaugos klinikinės kompetencijos požymiai: patirtis ir sumanumas, paciento priežiūros tyrimas ir vertinimas, mokymas ir vadovavimas bei naujos šiuolaikinių technologijų kompetencijos poreikis. Daugumai tyrime dalyvavusiųjų ribojamos atsakomybės ribos arba užkraunama per didelė atsakomybė – priskiriami darbai, kurie neturi nieko bendro su slauga. Realioje slaugos praktikos erdvėje nėra galimybės realizuoti ir plėtoti visų pažangios slaugos klinikinę kompetencijų: individualizuotos slaugos, mokslinių tyrimų taikymo praktikoje, priežiūros optimizavimo, multidisciplininio klinikinio kelio plėtros, autonominio pareigų atlikimo ir konstruktyvaus grįžtamojo ryšio su kolegomis užtikrinimo.

Raktažodžiai: pažangi slaugos praktika, slaugytojo klinikinė kompetencija

Įvadas

Slaugos samprata kiekvienoje šalyje skirtinga, nes priklauso nuo tautos kultūros, nacionalinių tradicijų, geografinės, kultūrinės aplinkos, visuomenėje vyraujančios politinės ideologijos, religinės filosofijos, socialinės santvarkos, ekonominės padėties ir slaugos istorinės raidos. Šalyse, kuriose medicinos raida yra spartesnė nei slaugos, rūpybos ir globos, žmonių sveikata labiau atsilieka nuo medicinos galimybių.

Drįstu teigti, kad pažangios praktikos slauga reprezentuoja dabarties slaugos praktiką ir profesinį tobulėjimą. Tai naujos pažiūros pasaulyje, kurios įgalina kurti slaugos praktiką, paremtą praktine patirtimi, sukurtomis naujomis slaugos žiniomis ir tobulinti slaugos bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybę. Sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas daugelyje šalių lėmė įvairių tipų ir vaidmenų pažangios praktikos slaugos diegimą. Kiek šie vaidmenys atspindi pažangios slaugos praktiką – dažnai būna neaišku [7].

Žodis „*slauga*“ sukelia daug minčių ir vaizdų. Kai kam, šie vaizdai yra tradiciniai ir galbūt pasenę, apimantys baltas uniformas, slaugytojo kepure, adatas ir basonus ligoniams. Kitiems, slaugos įvaizdis apima gerumą, įgūdį, užuojautą ir intelektą. Šiuolaikinė slaugos praktika apima daug įprastinių įvaizdžių ir naujų sampratų, nesusijusių su įprastiniais vaizdiniais [8].

Vykstantys dinamiški pokyčiai Lietuvos gyvenime yra lydimi sveikatos priežiūros sistemos reformos, kurioje akcentuojama slaugytojų veiklos kaita. Tradicinė slaugytojų veikla nebeįstengia patenkinti sparčiai kintančių žmogaus poreikių sveikatos priežiūrai [1].

Pasak Žydžiūnaitės V., slauga neturi nuolatinio, identifikuojančio mentalinio modelio, kuris apibrėžia ir įvertina slaugos kokybę. Slaugytojo kompetencija apima daugiau, nei psichomotorinius įgūdžius, kadangi slaugytojų standartai specifikuoja slaugos veiklos lygmenį, kuriame tikimasi realizuoti konkrečias klininkines slaugos kompetencijas specifinėje, specializuotoje slaugos srityje [4]. Taigi slaugytojo kompetencija priklauso nuo asmeninių slaugytojo gebėjimų veikti nuolat besikeičiančiose situacijose, vadovaujantis žiniomis, įgūdžiais ir įsitikinimais, siekiant optimalių paciento slaugos rezultatų pažangios slaugos praktikos kontekste. Pažangi slaugos praktika grindžiama autonomija, maksimaliomis mokslinėmis slaugos žiniomis ir iškelia slaugos profesijos identiteto plėtojimo aspektus. Šiame kontekste slaugytojo kompetencija – daugiafunkcinis žinių, gebėjimų ir nuostatų derinys, kuris reikalingas kiekvieno individo saviraiškai gyvenime, darbe ir tobulėjant.

Šiuolaikiniame žinių ir informacijos pasaulyje kinta ir tampa vis sudėtingesne visų sričių darbuotojų profesinė veikla, o jų priimami sprendimai neretai turi didelės reikšmės ne tik darbo organizacijos nariams, bet ir pakankamai plačiai aplinkai. Europos Sąjungos dokumentuose akcentuojama tai, jog spartūs pasikeitimai ekonomikoje, socialiniame ir politiniame gyvenime priklauso nuo aukštos kokybės žinių, gebėjimų ir kompetencijų raidos individualiu, vietiniu ir nacionaliniu lygmenimis.

Darbuotojas, siekdamas savo veiklos veiksmingumo, turėtų būti kompetentingu savo srities atstovu. Sąvokos „*kompetencija*“ ir „*kompetentingumas*“ nėra tapačios [2]. Apibūdinant slaugą, kaip profesiją, kompetencijos sąvoka įgauna specifinę prasmę. Pasak Žydžiūnaitės V. (3), kompetencijos vieta yra slaugytojų nuolatinio profesinio vystymosi ir slaugos veiklos sandūroje, o slaugytojų kompetencijų tyrimai ieško galimybių integruoti tarpusavyje veiklą, jai keliamus reikalavimus, slaugytojo profesijai reikalingas asmenines savybes bei nuolatinio mokymosi procesą.

Remiantis apibrėžtimi, kad pažangi slaugos praktika – tai slaugytojo profesinė veikla, apimanti tradicinės slaugos sampratą, pagrįstą autonomija, maksimaliomis slaugos žiniomis, padedanti vystyti slaugos profesijos identitetą [11], galima teigti, kad slaugytojų klininkinės kompetencijos vystymosi prielaidos susidaro tuomet, kai jie patys sau identifikuoja, kas tai yra pažangi slaugos klininkinė kompetencija.

Kokybinė turinio analizė nuo kiekybinės analizės, kurioje aktualiausia sužinoti skaičius, nieko nepasakančius apie žmogaus įžvalgas, išgyvenimus, leidžia išvengti paviršutiniškumo, nagrinėjant tekstą. Šiame straipsnyje kokybinės turinio (content) analizės medžiagą sudaro tekstas „gautas“, naudojant atviro tipo klausimus.

Straiptinio tikslas – atskleisti pagrindinius pažangios slaugos klininkinės kompetencijos požymius ir slaugytojų atsakomybės įtaką pažangios slaugos klininkinės kompetencijos vystymui.

Keliami probleminiai klausimai: kaip fenomeną suvokia tiriamieji, reflektuodami savo patirtį ir kokie skirtumai egzistuoja tarp teorinio ir tiriamo fenomeno.

Tiriamųjų, kurių anketos priimtoms analizei, kompetencijos lygmens balo vidurkis yra 70,5 balų pagal VAS skalę. Galima teigti, kad į klausimus atsakinėjo aukštą kompetencijos lygį turintys, slaugytojai praktikai, absolventai ir studentai.

Pagrindiniai pažangios slaugos klininkinės kompetencijos požymiai

Atlikus atsakymų į klausimą „*Kaip Jūs suvokiate pažangios slaugos klininkinę kompetenciją?*“ kokybinę turinio analizę, išskirtos 5 pagrindinės kategorijos:

- **orientacija į darbinės užduotis ir asmenybę;**

- pažintiniai įgūdžiai ir gebėjimai;
- specializuoti techniniai įgūdžiai ir gebėjimai;
- klinikinio ir kritinio mąstymo gebėjimai;
- technologijų panaudojimas.

Orientacija į darbinės užduotis ir asmenybę. Tiriamieji tapatina pažangios slaugos klinikinę kompetenciją su įprastine savo veikla, kai ši apima slaugos procedūrų, gydytojo paskyrimų vykdymą. Orientacija į darbinės užduotis ir asmenybę apibūdinama kaip: „atsižvelgti į ligonio norus, objektyviai vertinti poreikius, gydytojų užduočių atlikimas <...> bendradarbiavimas paciento, jo artimųjų su slaugytojais <...> nuolatinė paciento priežiūra“. Orientacijos į darbinės užduotis ir asmenybę tikslas apibūdinamas kaip: „pareigų žinojimas ir atlikimas, geras pacientų teisių žinojimas, patirtis savo srities darbe“.

Tiriamieji akcentuoja, jog pažangios slaugos klinikinė kompetencija yra **pažintiniai įgūdžiai ir gebėjimai**. Pastarosios kategorijos turinys apima: „žinias, gebėjimus, įgūdžius, požiūrius, vertybės esančias žmogaus viduje ir pasireiškiančias sėkmingai dirbant tam tikroje pasirinktoje srityje, šiuo atveju – slaugoje“.

Specializuotų techninių įgūdžių ir gebėjimų kategorijoje akcentuojama, jog slaugytojai turi: „gilinti praktinius įgūdžius, žinoti kompetencijos ribas <...>“. Slaugytojams turi būti sudaromos sąlygos: „pakankamai laiko bendrauti su pacientu, mokyti jį, pritaikyti naujus mokslo metodus, vykdyti tikrą komandinį darbą ir dirbti be stresų, su visa šiuolaikine aparatūra bei gauti realų uždarbį“. Ši kategorija savo turinio ir tikslo elementais yra susijusi su pažintiniais įgūdžiais ir gebėjimais. Tiriamieji teigia, kad šioje srityje pažangios slaugos klinikinė kompetencija yra: „profesionalus savo pareigų atlikimas, bendradarbiavimas su kolegomis, kvalifikuotas pagalbos teikimas pacientui. Pakankami komunikacijos įgūdžiai, o slaugytoja nėra akla gydytojų paskyrimų vykdytoja <...> daug funkcijų ji gali atlikti savarankiškai“.

Klinikinio ir kritinio mąstymo gebėjimų, kategorijoje tiriamieji išskiria „teorinių ir mokslinių žinių pritaikymą praktinėje veikloje, įgūdžių ir žinių gilinimą savo srityje, ir jų pritaikymą savo veikloje“. Tiriamieji akcentuoja, kad pažangi klinikinė kompetencija turi būti: „paremta praktinėmis ir teorinėmis naujausiomis žiniomis“ įgalinančiomis slaugytojus – „savarankiškai veikti: paciento slaugoje, vadovauti kitoms slaugytojoms, padėti gydytojams rezidentams“. Šios kategorijos gebėjimai apibūdinami, kaip „sugebėjimas įvertinti slaugytojų atliekamų veiklų svarbą ir atpažinti pagrindinius klinikinės kompetencijos požymius“.

Technologijų panaudojimo srityje tiriamieji įvardija nuolatinį žinių siekimą, tobulinimąsi, įdiegiant inovacijas slaugoje. Tiek slaugytojams praktikams, tiek ir studentams (absolventams, nuolatinį studijų studentams) svarbu: „pažangios technologijos ir gebėjimas jomis naudotis, užtikrinant slaugos kokybę, mažinant riziką galimybes teikiant paslaugas“. Technologijų panaudojimo slaugoje tikslas apibūdinamas taip: „slaugos personalo gebėjimas dirbti nauja diagnostine aparatūra, gebėjimas identifikuoti paciento problemas <...> bendradarbiauti slaugos tyrimų ir plėtros duomenų skleidime ir informacinių technologijų įdiegimo gerinime <...> slaugos modelių ir individualios slaugos taikyme“.

Castledine G. (11) nustatė pažangios slaugos praktikos slaugytojų specifinius kriterijus, vaidmenis ir funkcijas ir suskirstė juos į septynias kategorijas: *autonomiška veikla, patirtis ir sumanumas, priežiūros tyrimas ir vertinimas, kvalifikuotas sveikatos ir slaugos valdymas, kvalifikuotas valdymas, konsultavimas, mokymas ir vadovavimas, pagarba ir pripažinimas kitų profesijų*. Apklausoje dalyvavę tiriamieji nėra susiformavę aiškios ir vieningos pažangios slaugos klinikinės kompetencijos sampratos. Pasirodo, kad dar vis tapatinamas gydymas ir slauga: „suteikti pacientui reikalingą kvalifikuotą priežiūrą, mokymą, vadovavimą, taikyti naujausias medicinos žinias bei gydymo būdus, nuolat kelti slaugytojų kvalifikaciją“.

Pagrindiniai tyrimo duomenys iš dalies atitinka pažangios slaugos praktikos ir klinikinės kompetencijos literatūrinę apibrėžtį, tačiau dar reikalingas įdirbis visose srityse, tiek mokant teorijos, tiek ją diegiant praktikoje, juk slauga turėtų būti įvardijama kaip savarankiškas mokslas bei autonomiška veikla. Išryškėjo šie pagrindiniai pažangios slaugos klinikinės kompetencijos

požymiai: patirtis ir sumanumas, priežiūros tyrimas ir vertinimas, mokymas ir vadovavimas, ir naujos šiuolaikinių technologijų kompetencijos poreikis.

Slaugytojų atsakomybės įtaka pažangios slaugos klinicinei kompetencijai

Atsakomybė neatsiejama slaugytojo kompetencijos dalis, kadangi slaugytojams yra patikima svarbiausia žmogaus vertybė – sveikata. Profesinė slaugos praktika apima specializuotus įgūdžius, būtinus unikalios profesinio vaidmens atlikimui. Nors įgūdžiai keičiasi ir vystosi laikui bėgant, pagrindinė slaugymo vertė – paslauga visuomenei. Slauga reikalauja tęstinumo ir visą gyvenimą trunkančio įsipareigojimo pacientui. Dvi sąvokos, kurios yra profesinio slaugymo ir jo paslaugos idealo pagrindinėje pozicijoje, yra atsakingumas ir autonomija. Pasak Žydžiūnaitės V. (3), asmens autonomiją darbe gali lemti įvaldyti aukščiausio lygmens gebėjimai bei turima kompetencija, tačiau tai nėra galutinis produktas ar teikiama paslauga. Atskaitomumas apima atsakingumą ir atsakomybę už savo elgesį. Slaugytojas prisiima atsakomybę už slaugos sprendimus ir veiksmus. Slaugytojo atsakingumo sfera yra jis pats, klientas, veiksmai ir priemonės. Įvairūs įstatymai ir normos nustato slaugytojo profesinės veiklos apimtį ir atsakingumo ribas. Slaugytojas gali prisiimti atsakomybę už savo sprendimus, kritišką mąstymą ir klinikinę kompetenciją. Pacientai turi teisę gauti aukštos kokybės priežiūrą, kuri yra vystoma mokslo žinių pagrindu ir atitinka pažangią slaugos praktiką (9).

Kitas kokybinės turinio analizės klausimas, leidžiantis atskleisti slaugytojų atsakomybės įtaką pažangios klinikinės kompetencijos diegimui praktikoje, yra šis: „*Apibrėžkite Jūsų atsakomybės ribas paciento priežiūroje*“. Analizuojant atsakymų į klausimo turinį, išskirtos 3 kategorijos:

- **organizacinė;**
- **pedagoginė;**
- **techninė** (paciento priežiūra, „*kaip pragyvenimo šaltinis*“).

Kiekvienoje kategorijoje išsiskiria keli sluoksniai pacientų priežiūros ir atsakomybės: nuo *ribotos – iki laisvos, nepastebimos ir nepriklausomos, gąsdinančios ir daug iššūkių keliančios, nuo apsinkinančios – iki malonios*.

Organizacinėje kategorijoje atsakomybė apibrėžiama pagal darbo vietą. Šie tiriamieji savo atsakomybės ribas apibrėžia, kaip gąsdinančias ir daug iššūkių keliančias: „*priklauso nuo darbo pobūdžio <...> vadybinė, įpareigojanti – darbo ir išteklių organizavimas*“. Tiriamieji atsakingai žiūri į savo klinikinės kompetencijos tobulinimą ir plėtojimą: „*atsakingas pažangios slaugos diegimas praktikoje <...> dirbu administracinį darbą, bet stengiuosi neatsiriboti nuo pacientų*“. Tačiau šioje kategorijoje išryškėja ir sunkinančios atsakomybės ribos: „*turi atlikti ne tik savo darbą, bet ir slaugos padėjėjos, kurjerės darbą ir net dalį darbų, kuriuos turi atlikti gydytojas. Slaugytojos – tai grandis, ant kurių pečių stengiamasi sukrauti viską – tiek darbą, tiek atsakomybę*.“

Kaip malonų ir laisvą atsakomybės lygį įvardija tie tiriamieji, kurie savo profesinės veiklos atžvilgiu gali teigti: „*esu darbe atsakinga už slaugos procedūras, ligonio fizinės būklės vertinimą, kritinių ligonio fizinių būklių vertinimą, bendradarbiaujant su gydytoju, priimant svarbius sprendimus, įtakojančius ligonio slaugą <...> malonu, kai gali pasikliauti savo kompetencija*“.

Tiriamieji įvardija ir **pedagoginę** atsakomybę. Šioje kategorijoje daugiau išsiskiria nepastebimas ir nepriklausomas atsakomybės aspektas. Savo klinikinėje veikloje slaugytojai praktikai geba: „*kvalifikuotai atlikti procedūras, padėti pacientui kompetencijų ribose, mokyti jį ir jo artimuosius*.“ Būtent šioje atsakomybės kategorijoje slaugytojai įgyvendina profesijos prestižo kėlimą ir profesinės patirties skleidimą: „*savarankiškai mokau studentus, perteikiu praktinę patirtį*“.

Techninė (paciento priežiūra, „*kaip pragyvenimo šaltinis*“) kategorija. Dauguma tiriamųjų savo atsakomybę mato kaip ribotą, sunkinančią ir gąsdinančią. Tokie darbuotojai kolektyve dažnai nenori matyti jokių pokyčių ir naujovių diegimų. Nusivylęs žmogus retai kada nori priimti naujoves. Tik įgalinti darbuotojai prisiima atsakomybę dėl rizikos ir dalijasi informacija, įsipareigoja nuolatiniam mokymuisi ir tobulėjimui, kas ir įgalina pažangios slaugos klinikinės kompetencijos plėtrą.

Ypatingai vyresnio amžiaus slaugytojai savo atsakomybės ribas griežtai apibrėžia kompetencijų ribomis, kurias „reglamentuoja bendrosios praktikos slaugytojo norma arba vidaus tvarkos taisyklės“. Be kita ko, tyrimo dalyviai teigia, kad: „mūsų darbe atsakomybė labai didelė, tik gaila, kad kartais nešame ją ne tik už save, bet ir už gydytojus. Nes jie labai dažnai nurodo žodžiu, o ne raštu atlikti veiksmą. Ir jai kas nors atsitinka, tai jie labai lengvai gali išsisukti nuo atsakomybės <...>. Nėra atsakomybės, liepia dirbti net nusikalstamus veiksmus, prieštaraujant – patariama susirasti darbą <...>. Didelė atsakomybė už viską: už aplinką, veiksmus, žodžius, jei galėčiau – išeičiau, bet neturiu kur...“ Galima daryti prielaidą, kad, kol pati asmenybė nematys savo veiklos kaip asmeninės veiklos planavimo elemento, tol nebus paties asmens integracijos su konkrečia vykdoma veikla. Tik kryptingai atliekant prasmingą veiklą, galima jos pažanga ir plėtotė. Didžioji dalis tiriamųjų teigia, kad pagrindinis jų darbas: „daryti, ką liepia gydytojas, procedūrų atlikimas, asmens higienos priežiūra, dokumentacijos tvarkymas“, nors iš esmės jie savo kompetencijos lygmenį įsivertina kaip aukštą pagal VAS, vidutiniškai – 70,5 balų. Tyrimo rezultatai atskleidė tai, kad tiriamiesiems trūksta pagarbos ir pripažinimo iš kitų sveikatos priežiūros komandos narių. Dažnai ribojamos jų atsakomybės ribos arba užkraunama per didelė atsakomybė – priskiriami darbai, kurie neturi nieko bendro su slauga. Realioje slaugos praktikos erdvėje nėra galimybės realizuoti ir plėtoti visų pažangios slaugos klinikinių kompetencijų: individualizuotos slaugos, mokslinių tyrimų taikymo praktikoje, priežiūros optimizavimo, taikant aktualią informaciją, multidisciplininio klinikinio kelio plėtros palaikymo, autonominio pareigų atlikimo ir konstruktyvaus grįžtamojo ryšio su kolegomis užtikrinimo.

Atvirų klausimų analizė parodė, kad kompetencijos tobulinimas priklauso nuo bendro slaugos konteksto, jos vizijos ir misijos suvokimo visuomenėje ir nuo pačio individo. Kohmeiran RT ir kt. (10) nustatė, kad, norint diegti pažangą slaugoje, reikalingi pagrįsti planai ir programos. Tyrimo rezultatai leidžia manyti, kad apklausoje dalyvavę tiriamieji nėra susiformavę aiškios ir vieningos pažangios slaugos klinikinės kompetencijos sampratos, nors pagrindiniai tyrimo duomenys iš dalies atitinka pažangios slaugos praktikos ir klinikinės kompetencijos literatūrinę apibrėžtį. Išryškėjo šie pagrindiniai pažangios slaugos klinikinės kompetencijos požymiai: *patirtis ir sumanumas, priežiūros tyrimas ir vertinimas, mokymas ir vadovavimas, ir naujos šiuolaikinių technologijų kompetencijos poreikis*.

Begat I., Ellefsen B. ir kt. (6) nagrinėjo slaugytojų pasitenkinimą savo darbo aplinka. Jie nustatė, kad slaugytojams labai svarbus santykis su kolegomis, bendradarbiavimas ir geras komunikavimas, profesinė kompetencija. Šie veiksniai didžia dalimi daro įtakos slaugytojų atsakomybės suvokimui. Labiau patenkinti slaugytojai sieks darbe pasireikšti, inicijuos pažangios slaugos praktikos pakeitimus. Aleyne J., Jumaa MO (5) teigia, kad tradicinė slaugos sistema negali ilgai egzistuoti, slaugoje būtini nuolatiniai pokyčiai, todėl būtina peržiūrėti slaugytojų atsakomybės ribas ir mokymo perspektyvas, diegiant naujas slaugytojų kompetencijas.

Apibendrinant galima teigti, kad tyrimo rezultatai atskleidė, kad tiriamiesiems trūksta pagarbos ir pripažinimo iš kitų sveikatos priežiūros komandos narių. Dažnai ribojamos jų atsakomybės ribos arba užkraunama per didelė atsakomybė – priskiriami darbai, kurie neturi nieko bendro su slauga. Realioje slaugos praktikos erdvėje nėra galimybės realizuoti ir plėtoti visų pažangios slaugos klinikinių kompetencijų: individualizuotos slaugos, mokslinių tyrimų taikymo praktikoje, priežiūros optimizavimo, taikant aktualią informaciją, multidisciplininio klinikinio kelio plėtros palaikymo, autonominio pareigų atlikimo ir konstruktyvaus grįžtamojo ryšio su kolegomis užtikrinimo. Svarbiausias pažangios slaugos klinikinės kompetencijos plėtros aspektas turi būti susietas su vidiniu atsakomybės matmeniu. Atsakinga pažangi slauga turi būti laisva, autonomiška, viliojanti ir maloni, o ne ribota, sunkinanti ir gąsdinanti.

Išvalgos

1. Pagrindiniai pažangios slaugos klinikinės kompetencijos požymiai: patirtis ir sumanumas, paciento priežiūros tyrimas ir vertinimas, mokymas ir vadovavimas bei naujos šiuolaikinių technologijų kompetencijos poreikis.

2. Daugumai tyrime dalyvavusiųjų ribojamos atsakomybės ribos arba užkraunama per didelė atsakomybė – priskiriami darbai, kurie neturi nieko bendro su slauga. Realioje slaugos praktikos erdvėje nėra galimybės realizuoti ir plėtoti visų pažangios slaugos klinikiųjų kompetencijų: individualizuotos slaugos, mokslinių tyrimų taikymo praktikoje, priežiūros optimizavimo, multidisciplininio klinikinio kelio plėtros, autonominio pareigų atlikimo ir konstruktyvaus grįžtamojo ryšio su kolegomis užtikrinimo.

Literatūra

1. Bielinienė N. Slaugytojų kompetencijos kaitos tendencijos visuomenės poreikių raidos kontekste: magistro darbas: socialiniai mokslai, edukologija (07S). Vilniaus pedagoginis universitetas. Vilnius, 2007.
2. Dumbrauskienė R., Razbadauskas A., Kiaunytė A. *Slaugos modelio praktinis taikymas*. Kaunas: Vitae Litera, 2008.
3. Žydžiūnaitė V. *Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų požiūriu: monografija*. Kaunas: Judex, 2005.
4. Žydžiūnaitė V. Slaugytojų kompetencijų charakteristikos: edukologijos ir slaugos požiūriai. *Sveikatos mokslai* 2002a;4(20):53 – 59.
5. Alleyne, J., Jumaa, MO. (2007). Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management* 2007;15(2): 230-43.
6. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. 2005 May [online]. From *Journal of Nursing Management* [cited 2007-10-21]. Available from Internet <<http://www.PubMed.com>>. Indexed for MEDLINE
7. Byrant-Lukosius, D., Dikensio, A., Browne, G., Pirelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48(5):519 – 529.
8. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamentals of nursing: human health and function*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
9. Creasia JL, Parker B. *Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice*. St. Louis, Missouri: Mosby – Year Book, Inc., 1996.
10. Khomeiran, RT., Yektra, ZP., Kiger, AM., Ahmadi, F.(2006). Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review* 2006;53: 66-72.
11. McGee P., Castledine G. *Advanced Nursing Practice*. Blackwell Publishing, Ltd, 2003.

MAIN FEATURES OF ADVANCED NURSING CLINICAL COMPETENCE

Summary

On the basis of the definition of the advanced nursing practice, which means that advanced nursing practice is a nurse professional activities, involving the traditional concept nursing which is based on the autonomy and the maximum nursing knowledge, helping develop the identity of nursing profession, it can be said that nurses' clinical competence development assumptions formed when nurses for themselves identify what this is an advanced nursing clinical competence.

Research aim in presented article is *to find out the main features of advanced clinical competence and the impact of nurses responsibility to the development of advanced nursing development of clinical competence*.

In research realization has made the literature analysis and instantly quantitative and qualitative study was performed. Sample consisted of 318 respondents. Respondents for the study

were chosen from two educational institutions providing professional nursing and two health care institutions. The study was conducted using the authors concluded *Nurse clinical competence scale*.

Qualitative content analysis unlike the quantitative analysis, in which is most relevant to know the number, which reveals nothing about human insights, experiences, allows avoid superficiality of text analysis. In this article, the material of the qualitative content analysis consists from the text „received“, using open type questions. To raise problematic issues: how respondent's perception a phenomenon by reflecting their experience and what differences exist between the theoretical and the studied phenomenon.

The level of competence respondents', whose questionnaire adopted by content analysis, point average is 70.5 points on the VAS scale. It can be argued that the questions answered nurse practitioners, and graduate students with high level of competence.

The main features of advanced nursing clinical competence are: experience and cleverness, monitoring and evaluation of care training and leadership and needs of new competency of modern technology. For the most of respondents limited responsibility or imposing a great responsibility – includes work that has nothing in common with nursing. In real nursing practice space there is no possibility to realize and develop all advanced nursing clinical competencies: personalized nursing, research use in the practice, incorporating relevant knowledge to provide optimal care, contributing to further development of multidisciplinary clinical paths, acting autonomously and giving feedback to colleagues in a constructive way.

Key words: advanced nurse practice, nurse's clinical competence

Danguolė Šakalytė, sevcove@gmail.com, Lithuania.

SLAUGYTOJO VAIDMUO MOKSLEIVIŲ BURNOS ERTMĖS LIGŲ PROFILAKTIKOJE

Rasuolė Juodvalkienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija

dr. **Jurgita Gulbinienė**, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija

Danguolė Šakalytė, Utenos kolegija

Santrauka

Pastaruojamu metu akcentuojamas slaugytojų, kaip sveikatos edukologų vaidmuo, suteikiant pacientams daugiau žinių apie sveiką gyvenimo būdą bei ligų išvengimą. Slaugos procesą lydintys ugdomieji aspektai, tokie kaip informavimas, švietimas, mokymas, lavinimas, vadovavimas, įgūdžių ir įpročių formavimas, nuostatų sveikatos ir gyvenimo atžvilgiu keitimas, reikalauja iš slaugytojo tokių gebėjimų, kaip savarankiškumas, kūrybiškumas bei atsakomybės prisiėmimas. Slaugytojas dirbantis su šeimos daktaru ar pediatru privalo žinoti, kaip saugoti vaikų burnos ertmės sveikatą. Slaugytojai mokydami moksleivius burnos ertmės ligų profilaktikos turėtų remtis H. E. Peplau psichodinaminiu slaugos modeliu bei B. S. Bloomo kognityvinių tikslų taksonomiją, kuri gali būti praktiškai taikoma ir vaikų burnos ertmės ligų prevencijoje.

Moksleivių burnos ertmės ligos, tokios kaip dantų kariesas yra labai plačiai paplitę. Todėl bendruomenės slaugytojai turėtų vykdyti pirminę burnos ertmės ligų profilaktiką, paaiškinti ligų profilaktikos svarbą, mokyti vaikus ir suaugusiuosius saugoti ir prižiūrėti burnos ertmės sveikatą, nes sveikatos mokymas įeina į slaugytojo profesinės kompetencijos sąrašą.

Slaugytojai, remdamiesi H. E. Peplau psichodinaminiu slaugos modeliu bei B.S.Bloomo kognityviosios srities mokymo tikslų taksonomija galėtų mokyti vaikus/tėvus burnos ertmės ligų profilaktikos, kadangi sveikatos mokymo tikslas - mokyti vaikus ir tėvus sąmoningai rūpintis ir stiprinti savo sveikatą, aiškinti ne tik apie ligų ir rizikos prevenciją, bet ir apie sveikatos stiprinimą.

Straipsnio tikslas - teoriškai pagrįsti slaugytojo, kaip mokytojo vaidmenį, vykdant moksleivių burnos ligų prevenciją, remiantis H. E. Peplau psichodinaminiu modeliu ir B. S. Bloomo tikslų taksonomija.

Raktažodžiai: *slaugytojas, burnos ertmės ligų profilaktika, pacientų mokymas, taksonomijos teorija, slaugos modelis.*

Įvadas

Sveikatos mokymas yra pagrindinė sveikatos stiprinimo priemonė. Sąvokos „sveikatos skatinimas“ (angl. *health promotion*) ir „sveikatos mokymas“ (angl. *health education*) tiek mokslinėje, tiek populiariojoje literatūroje kartais vartojamos ta pačia prasme, nors jos ir nėra sinonimai. Z. Javtokas (2009) teigia, kad abi šios veiklos susijusios su pastangomis suteikti žmonėms daugiau galimybių kontroliuoti sveikatą įtakojančius veiksnius ir kurti sveikatą palaikančią aplinką.

Pagrindinis sveikatos mokymo tikslas - ugdyti žmogų, kuris saugodamas savo sveikatą, sveiką aplinką, realizuodamas sveikos gyvenimo principus, gebėtų užtikrinti bei palaikyti atitinkamą savo sveikatos lygį. Sveikatos mokymas turi būti pradėtas nuo vaikystės ir tęstis visą gyvenimą. Kuo anksčiau asmuo pradės mokytis sveikos gyvenimo principų, tuo geresnių sveikatos rezultatų galima tikėtis ateityje (Javtokas Z., 2009).

Sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys slaugytojai pritaria teiginiui, kad pacientų sveikatos mokymas padėtų išvengti kai kurių ligų (pvz.: moksleivių dantų karieso), tačiau jiems trūksta žinių, įgūdžių bei sveikatos mokymo tradicijų, nors Lietuvos medicinos norma MN 57:2011 "Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė" nurodo, kad „... [„...]

slaugytojai privalo mokyti asmenis sveikos gyvensenos, ligų profilaktikos ir sveikatos tausojimo bei ugdymo šeimose ir bendruomenėje“. Pagal naujai įsigaliojusias LR medicininės normos, bendruomenės slaugytojai, dirbantys su vaikų ligų ir šeimos gydytojais turėtų mokyti vaikus tinkamos burnos ir dantų higienos, tačiau galbūt jie nežino koku būdu šį mokymą vykdyti.

Daugelis mokslinių straipsnių įrodo, kad slaugytojai mokydami pacientus ir jų šeimos narius remiasi vienu ar kitu slaugos modeliu bei teorija (Demskytė J. ir kt., 2008; Sajienė L., 2001; Bartkevičiūtė B. ir kt., 2013). Hildegarda Elizabeth Peplau psichodinaminis slaugos modelis (*angl. Peplau's theory of interpersonal relations nursing science quarterly*) bei Benjaminio Samuelio Bloomo taksonomijos teorija (*angl. Bloom's Taxonomy of Learning Domains*) yra vieni iš tinkamiausių mokant vaikus ir jų tėvus tinkamos burnos ir dantų priežiūros.

Šio straipsnio tikslas yra teoriškai pagrįsti slaugytojo, kaip mokytojo vaidmenį, vykdant moksleivių burnos ertmės ligų prevenciją, remiantis H. E. Peplau psichodinaminio modeliu ir B.S. Bloomo taksonomijos teorija.

Moksleivių burnos ligų prevencijos mokymo svarba

Sveikatos mokymas yra sudėtinė sveikatos stiprinimo dalis, pagrindinė ligų prevencijos priemonė. Jau XIX a. viduryje Florence Nightingale slaugos moksliniame traktate rašė, kad pacientų mokymas yra neatskiriama slaugytojo veiklos dalis (Noble C. 1991; Rankin SH, Stallings KD. 2001; Shipes EA. 1992). Apžvelgiant slaugos raidos istoriją, pastebima, kad slaugytojai, mokydami pacientus, skatindavo juos būti atsakingus už savo sveikatą (Rankin SH, Stallings KD. 2001). Kaip teigė Virginija Henderson: „...slaugytojo veikla yra nepakartojama, padedanti žmogui ligos ir sveikatos atvejais, o konsultavimas, mokymas – neatsiejama slaugos dalis, kurios reikia daugeliui pacientų, o atsakingi už tai turi būti slaugytojai“ (Rankin SH, Stallings KD. 2001). Siekiant, kad pacientų mokymas būtų veiksmingas, jis turi remtis sudarytu paciento ir šeimos narių mokymo planu arba mokymo standartu (Rankin SH, Stallings KD. 2001, Shipes EA. 1992).

Sveikatos mokymas - tai pagrindinė sveikatos stiprinimo priemonė, todėl slaugytojų vaidmuo moksleivių burnos ligų profilaktikoje yra išsaugoti sveikus moksleivių dantis ir išvengti kitų burnos ertmės ligų. Nes šiandienos vaikai yra visaverčiai rytdienos visuomenės piliečiai, todėl jų asmenybės raida, patirtis, gebėjimas veikti ir priimti sprendimus yra svarbus veiksnys, kurio pagrindas - gera sveikata. Yra daug rizikos veiksnių, kurie turi neigiamos įtakos sveikatai. Remiantis statistinių duomenų ir lėtinių neinfekcinių ligų epidemiologine apžvalga, galima teigti, kad daugelio ligų būtų galima išvengti taikant profilaktikos priemones ir stiprinant sveikatą nuo ankstyvos vaikystės (Vaitkevičienė V. ir kt. 2005 m.).

Sveiki dantys yra vienas iš svarbių vaikų sveikatos veiksnių, deja vaikų dantų ėduonis yra viena iš labai paplitusių vaikų ligų – tai su civilizacija susijusi liga (Vaitkevičienė V. ir kt. 2005). Dantų ėduonis – viena labiausiai paplitusių burnos ligų, pažeidžiančių vaikų kramtomąjį aparatą. Ši liga būdinga visiems vaikų amžiaus tarpsniams ir yra neatsiejama nuo bendrosios organizmo būklės. Vaikų burnos ertmės ligos, ypač ėduonis, paplitusios visame pasaulyje, bet jų intensyvumas įvairiose populiacijose skiriasi. Lietuvoje atlikti tyrimai parodė, kad 12 m. vaikų dantų ėduonies intensyvumas, išreiškiamas KPI (ėduonies pažeistų, plombuotų ir išrautų dantų skaičius, tenkantis vienam individui) indeksu, svyruoja nuo 1,9±2,1 iki 4,5±3,8 (vaikų dantys sveiki, kai KPI lygus 0). Kadangi ėduonis dažniausiai pažeidžia dantų paviršiuje esančias vageles ir duobeles, todėl šios lokalizacijos ėduonis sudaro 50–88 proc. visų vaikų ir paauglių dantų ėduonies atvejų, o Lietuvoje ši tendencija taip pat pastebima: net 69,4 proc. 7–8 m. vaikų krūminių dantų kramtomųjų paviršių yra pažeisti (Saldūnaitė K., Pūrienė A., Milčiuvienė S, Brukienė V., Kutkauskienė J., 2009).

Vaitkevičienė V. ir kt. (2005) tyrime nagrinėdami profilaktikos programas teigia, kad pastangos išsaugoti burnos ertmės sveikatą būtų kur kas vaisingesnės, jei būtų kontroliuojamas nuolatinių dantų kramtomųjų paviršių ėduonies atsiradimas. Siekiant išvengti dantų ėduonies visose amžiaus grupėse, būtina tinkama asmens burnos ertmės higiena, mityba, fluoro preparatų vartojimas. Autorės atliktame tyrime buvo nustatyta, kad dantų pasta su fluoridais padėjo sumažinti lygiųjų ir kontaktinių dantų paviršių ėduonies paplitimą, o viena iš efektyviausių vaikų dantų

ėduonies profilaktikos priemonių išlieka silantinės medžiagos, kaip mechaninio barjero, tarp danties emalio ir mikrobinio dantų apnašo bei burnoje susidarantių rūgščių. (Vaitkevičienė V. ir kt., 2005).

Siekiant išsaugoti moksleivių burnos sveikatą labai svarbi slaugytojo veikla, dirbančio su vaikų ligų ir šeimos gydytojais.

Vaitkevičiūtės R. (2008) bakalauriniame darbe „Dantų ėduonies paplitimo Vilniaus Ryto vidurinės mokyklos moksleivių tarpe“ taip pat įrodoma, kad tirtųjų moksleivių (7-18 m.) nuolatinių dantų ėduonies paplitimas siekia 68,5 proc., o nepatenkinamą burnos higieną turi 79,5 proc. tirtų moksleivių. Didėjant tiriamųjų amžiui, daugėja blogai dantis valančių moksleivių ir auga nuolatinių dantų ėduonies paplitimas. 7-10 m. amžiaus grupėje nuolatinių dantų ėduonies paplitimas siekia 45,6 proc., 11-14 m. – 78,1 proc., o 15-18 m. – 93,2 proc. Didesnis dantų ėduonies paplitimas yra tarp moksleivių, kurių burnos ertmės higiena yra nepatenkinama. Jiems 16,3 proc. dažniau nustatomas nuolatinių dantų ėduonis. Nuolatinių dantų ėduonies paplitimas visose amžiaus grupėse didesnis mergaičių tarpe (71,7 proc.) nei berniukų (65,7 proc.). Mergaičių burnos higiena augant blogėja, tuo tarpu berniukų gerėja. Nekokybiškas dantų valymas ryškiai įtakoja nuolatinių dantų ėduonies paplitimą. (Vaitkevičiūtė R., 2008).

Galima teigti, kad atliktas Vaitkevičiūtės R. (2008) tyrimas parodo, kad dantų ėduonies paplitimas moksleivių tarpe vis dar išlieka aktualia problema ir šiomis dienomis. Gal būt šią problemą būtų galima išspręsti jeigu slaugytojai dirbantys su vaikų ligų ir šeimos gydytojais aktyviau įsijungtų į moksleivių burnos ertmės ir dantų higienos mokymą. Nes šiuo metu vaikų burnos ertmės sveikata yra palikta tėvų atsakomybėje, o vienintelė Lietuvoje veikianti dantų ėduonies profilaktikos programa – „Dantų vagelių ir duobelių hermetizavimas silantais“ – nėra tokia efektyvi kaip tikėtasi todėl naujoje Baltijos šalių burnos sveikatos strategijoje 2012-2020 m., sudarytoje trijų Baltijos šalių jungtinių darbo grupių pastangomis, daugiausia dėmesio bus skiriama vaikų burnos ertmės ligų profilaktikai. (Brukienė V., 2013).

Juodvalkienės R., Gulbinienės J. (2008) atliktame tyrime buvo siekiama sužinoti, ar visuomenės sveikatos specialistas dalyvauja burnos ligų prevencijos programose. Atsakymai parodė, kad tik nedidelė dalis (26,7 proc.) visuomenės sveikatos specialistų dalyvauja burnos ligų prevencijos programose. Taip pat tyrimo rezultatai parodė, kad didžioji šių specialistų dalis (60 proc.) retai moko moksleivius burnos ertmės priežiūros, o 10 proc. visai nemoko. Galima teigti, kad visuomenės sveikatos specialistai nepakankamai vykdo savo švietėjišką veiklą, nemoko moksleivių burnos ertmės priežiūros principų. Tyrėjai teigia, kad pagrindinės priežastys yra sveikatos specialistų gebėjimų trūkumas arba nesudarytos sąlygos mokyklose patikrinti moksleivių burnos ertmę, nesuvokia moksleivių burnos ertmės ligų profilaktikos būtinumo arba nesuinteresuoti ją vykdyti, nors tai galėtų būti, pasak tyrėjų, vienas iš svarbiausių elementų burnos ertmės ligų prevencijoje (Juodvalkienė R., Gulbinienė J., 2008).

Lietuvoje nėra atlikta tyrimų, kiek bendruomenės slaugytojai įsitraukia į burnos ertmės ligų prevencijos priemonių įgyvendinimą, todėl nėra duomenų su kuriais galima būtų palyginti.

LR Odontologų rūmai bendradarbiaudami su LR Sveikatos apsaugos ministerija planuoja išspręsti tiek sergamumo burnos ertmės ligomis epidemiologinių duomenų trūkumą, tiek burnos ertmės ligų profilaktikos skatinimą. Šiam tikslui pasiekti bus išplėsta vaiko sveikatos pažyma, kuri kasmet pristatoma į ugdymo įstaigas, papildant ją duomenimis apie kariozinių, plombuotų ir išrautų dantų skaičių bei sąkandžio anomalijų registravimas. Taip pat planuojama per Visuomenės sveikatos biurų atstovus, mokyklose sustiprinti *šviečiamąjį - mokomąjį darbą* burnos ertmės ligų prevencijos srityje, apmokant mokyklose dirbančius visuomenės sveikatos specialistus ir burnos sveikatos priežiūros specialistus (Brukienė V., 2013).

Saldūnaitė K., Tamošiūnas A. ir Milčiuvienė S. (2009) teigia, kad moksleivių ir ikimokyklinio amžiaus vaikų ėduonies profilaktikai būtina kompleksinė priemonių sistema, kuriai būtina parengti ir įdiegti „Burnos sveikatos programą“, kurios tikslas – išsaugoti sveikus ne tik vaikų dantis, bet ir periodontą, mažinti sąkandžio anomalijų atsiradimo galimybes. Šios programos įgyvendinimas atvertų galimybę vaikų, o ateityje ir suaugusiųjų burnos ertmės sveikatos būklės ženkliam pagerėjimui (Saldūnaitė K. ir kt., 2009).

Galbūt galima teigti, kad pigiausias bei geriausias burnos ertmės ligų gydymas yra - profilaktika.

H. E. Peplau psichodinaminio modelio pritaikymas moksleivių burnos ligų prevencijoje

Slaugos teoretikė Hildegarda Elizabeth Peplau psichodinaminį modelį (*angl. Peplau's theory of interpersonal relations nursing science quarterly*) apibrėžia kaip terapinį, tarpasmeninį procesą, o sveikatos mokymą apibūdina kaip lavinamąjį instrumentą, kuris nukreipia žmogų kūrybiškai, konstruktyviai ir produktyviai vystyti savo asmenybę. Pagal H. E. Peplau, slaugytojas turi rūpintis ne vien ligonių slaugymu, bet ir jų mokymu, kaip sustiprinti savo sveikatą ir išvengti ligų. Taigi, H. E. Peplau savo modelyje nustato šviečiamąją ir terapinę slaugos kryptį, o pagrindine slaugos priemone laiko bendravimą. Šiame modelyje slaugos tikslas yra nukreiptas asmenybės tobulinimo ir vystymo kryptimi, kuris padės žmogui suvokti savo sveikatos problemas, išlaikys jo gyvybingumą ir leis palyginti savo paties patirtį teisingų žinių apie sveikatą pritaikymui (Peplau's Theory of Interpersonal Relations, 2012).

H. E. Peplau psichodinaminiam slaugos modelyje pateikia šešis slaugytojo vaidmenis (patarėjo, vadovo, pavaduotojo, nepažįstamojo, išmanančiojo, mokytojo), kurie pasireiškia gyvenimiškose situacijose ir remiasi paciento ir slaugytojo abipusiu pasitikėjimu.

Slaugytojai naudodami šį modelį ir remdamiesi šiais vaidmenimis, gali užtikrinti geresnius vaikų/tėvų burnos ertmės ligų prevencijos mokymo/si rezultatus.

Slaugytojo patarėjo vaidmuo vaikų burnos ertmės ligų profilaktikai yra pirmasis, kai vaikas kartu su savo tėvais apsilanko pas vaikų gydytoją. Šiame vaidmenyje slaugytojas patarėjas nustato, kokios informacijos reikia, kad susiformuotų teisingi vaiko burnos ertmės higienos įgūdžiai, išsiaiškina veiksnius, įtakančius karieso atsiradimą. **Pavaduotojo vaidmuo** – perkeltine prasme slaugytojas pavaduoja asmenį jo gyvenime. Slaugytojas būdamas šiame vaidmenyje turi parodyti vaikui/tėvams, kaip taisiklingai išsivalyti dantis, kokius valymo metodus naudoti bei kokias priemones rinktis, kad burnos ertmės higiena būtų pilnavertė. **Nepažįstamojo vaidmuo** – slaugytojas priima pacientą objektyviai t.y. tokį, koks jis yra, o ne tokį, kokį norima matyti (Fitzpatrick J.J., Whall A.L., 2005). Slaugytoja turi išmanyti ir paaiškinti apie dantų priežiūrą kiekvienam, išanalizavus esamą situaciją ir įvertinus kokio amžiaus pacientas atėjo, kokios tėvų žinios ir poreikiai. **Išmanančiojo vaidmuo** – slaugytojas, šiame vaidmenyje suteikia informaciją kiekvienam pacientui pagal jo poreikius (Fitzpatrick J.J., Whall A.L., 2005). Pateikiama informacija apie dantų profilaktiką turi būti aiški ir suprantama tiek vaikams, tiek jų tėvams. **Vadovo vaidmuo** - padeda suprasti ir integruoti dabartinių gyvenimo aplinkybių reikšmę, skatina keistis (Fitzpatrick J.J., Whall A.L., 2005), o tai vaikų burnos ligų sveikatos mokyme ir profilaktikoje reiškia, kad nustačius dabartinę vaiko burnos ertmės sveikatos būklę, vaikui/tėveliams bus paaiškinta ką jie daro blogai, kas netinkama. **Slaugytojo mokytojo vaidmuo** - perteikia žinias remdamasis paciento poreikiais ir interesais (Fitzpatrick J.J., Whall A.L., 2005). Galime teigti, kad slaugytojo – mokytojo vaidmuo, vaikų burnos ertmės ligų profilaktikos ir sveikatos mokyme yra pagrindinis, nes gydytojas gydo, o informacijos suteikimas apie ligų išvengimą ir būdus kaip tai pasiekti lieka slaugytojui. Slaugytojas šiame vaidmenyje turi išsiaiškinti ką vaikai ir jų tėviai žino apie burnos ertmės higieną, sveikų įgūdžių formavimą, ką jie nori sužinoti, kad ateityje vaikai išsaugotų sveikus dantis ir susiformuotų tinkamus higieninius įgūdžius visam gyvenimui.

Apibendrinant galime teigti, kad dabartiniu metu slaugytojams tenka ne tik ligonius globoti, slaugyti, bet ir mokyti sveiko gyvenimo būdo, todėl slaugytojai yra sveikatos mokytojai, vadybininkai ir psichologai, gydymo ir prevencijos komandos nariai bei dalyviai.

B. S. Bloom'o kognityvinės srities tikslų taksonomijos pritaikymas moksleivių burnos ertmės ligų prevencijoje

Slaugytojai mokydami vaikus ar jų tėvus burnos ertmės priežiūros turėtų vykdyti pagal griežtai sudaryta mokymo planą, iškeliant tinkamus mokymo/si tikslus.

Mokymo/si tikslų suformulavimui tinkamiausia naudotis B. S. Bloomo parengta tikslų taksonomija, kurios tikslas - leisti tiksliai aprašyti tiesiogiai nepačiuopiamus arba nepastebimus reiškinius (t.y. žinių įgijimo rezultatus) (Bloom's Taxonomy of Learning Domains, 2013; Bydam J., 2000).

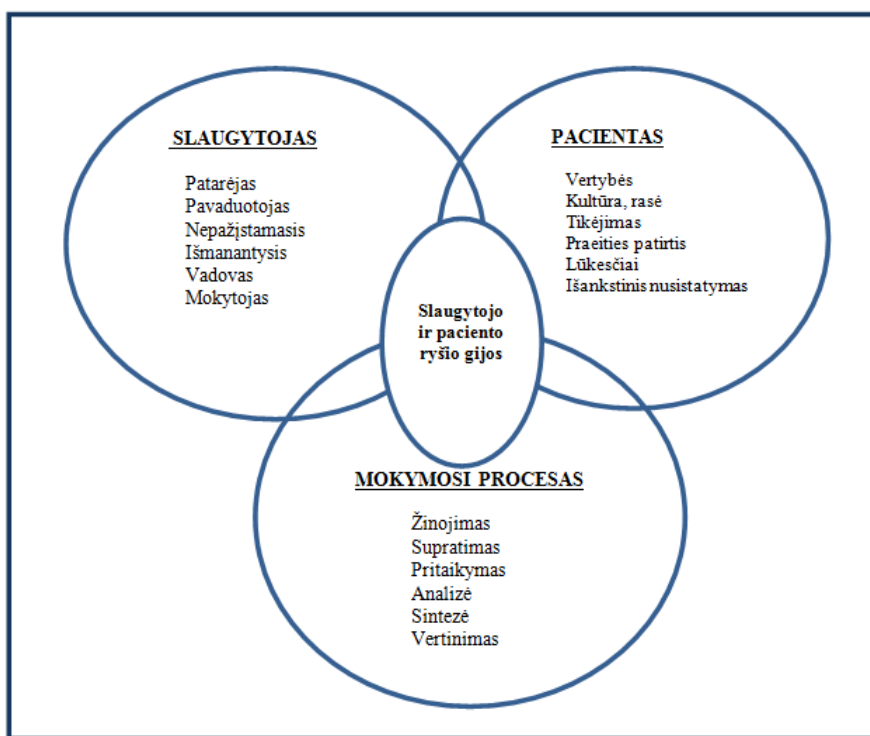
B. S. Bloom'o taksonomija sudaryta iš šešių lygmenų: žinojimo, supratimo, pritaikymo, analizės, sintezės ir vertinimo (Bloom's Taxonomy of Learning Domains, 2013). Visi šie B. S. Bloom'o taksonomijos lygmenis gali būti naudojama burnos ertmės ligų prevencijoje kaip sveikatos mokymo pagrindas.

Vienas iš pirmųjų lygmenų yra **Žinios** – jos apibrėžiamas kaip sugebėjimas atpažinti bendruosius ir specialiuosius dalykus, metodus ir procesus (Bydam J., 2000). Tai - pamatinis lygmuo, kuris remiantis atmintimi (Riklikienė O., Sajienė L., 2011). Žinios, pacientų mokyme reiškia informacijos atgaminimą, kurią pacientas (vaikas ar jo tėvai) gavo iš slaugytojo arba perskaitė specialiame lankstinuke, ar pamatė televizijos laidoje, internete. Slaugytojas, kuris teikia informaciją pacientui, turi atsirinkti tai, ką pats žino apie dantų profilaktiką, kokius pavyzdžius iš savo praktikos apie burnos ertmės priežiūrą gali pateikti vaikui ar jo tėveliams, kad ši informacija neišgąsdintų, o sukeltų teigiamas emocijas ir būtų suvokiama. **Supratimas (nusimanymas)** leidžia žinoti, apie ką kalbama ir pasinaudoti tomis žiniomis, nebūtinai siejant jas su kitomis situacijomis (Bydam J., 2000). Tai - prasmės suvokimas (Riklikienė O. ir kt., 2011). Slaugytojas, mokydamas vaikus/tėvus, turi pateikti informaciją savais žodžiais, o vėliau klausimų forma išsiaiškinti, ar pateikta informacija buvo suprantama. Aiškios ir suprantamos informacijos pateikimas suteiks galimybę vaikui/tėvams teisingai ugdyti sveikus burnos ertmės higieninius įgūdžius, padės pasirinkti tinkamas dantų valymo priemones, leis profilaktiškai lankytis pas odontologą, nelaukiant, kol vaikui ims skaudėti ir gesti dantukai. **Pritaikymas** – abstrakčių dalykų taikymas specialiose ir konkrečiose situacijose. Tai sugebėjimas pritaikyti, perkelti įgytas žinias (abstrakcijas, taisykles, dėsnius, teorijas) įvairiose situacijose (Bydam J., 2000; Riklikienė O. ir kt., 2011). Šis lygmuo leidžia slaugytojui pritaikyti teorines žinias gyvenimiškose situacijose, siekiant išvengti pavojingų burnos ertmės ligų ir padės susiformuoti tinkamus įpročius ir sveikus įgūdžius. **Analizė** – paaiškina informaciją, parodo jos struktūrą, parodo, kokiomis priemonėmis naudojamosi perteikiant informaciją, ir kaip gaunamas norimas poveikis (Bydam J., 2000). Tai - medžiagos suskaidymas į sudedamąsias dalis. Pateikiamos probleminės situacijos, kurios būtų pakankamai patrauklios, norint sudominti pacientus ir pakankamai prieinamos jas realizuojant (Bartkevičiūtė B. ir kt., 2013). Šis lygmuo reikalauja visos turimos medžiagos apie vaikų burnos ertmės ligas ir sveikatos išsaugojimą suskaidyti į atskiras dalis ir pateikti vaikui/tėvams patrauklia forma bei turiniu. Analizės metu vaikai ir tėvai turi suvokti blogos burnos ertmės higienos pasekmes. **Sintezė** – sintetinio proceso reiškinys, kad atskiros dalys, elementai bus siejami ieškant jų tarpusavio ryšio, formuojant tam tikrą struktūrą, ieškant bendrų bruožų, kurie anksčiau nebuvo išžvelgti (Bydam J., 2000). Sintezė atskiras dalis susieja į visumą ir suteikia joms prasmę (Riklikienė O. ir kt., 2011). Sintezės metu vaikai/tėvai gebės suformuluoti atsakymus, pateikti argumentus, sukurti veiksmų planą, paaiškinti priežastis, kodėl pas vaikus yra sugedusių dantų, kodėl reikia laiku lankytis pas odontologą. **Įvertinimas** – apima metodo pasirinkimą bei įvairių užduočių įvykdymą (Bydam J., 2000). Slaugytojas nurodo išmoktų žinių veiksmingumą ir prasmę (Riklikienė O. ir kt., 2011). Vaikų ir tėvų įgytų žinių apie vaikų burnos ertmės ligas/būdus įvertinimas vyksta diskusijų ir pokalbių metu. Slaugytojas pagal tam tikrus kriterijus nustato, kiek perduota informacija buvo įsisąmoninta vaikų ir jų tėvų, kokių įgūdžių ir žinių jiems dar trūksta, kaip sekasi įtvirtinti įgytas žinias ir ar jiems reikės tolimesnio mokymo.

Apibendrinant galime teigti, kad remiantis H. E. Peplau psichodinaminiu modeliu bei B. S. Bloom'o sudaryta taksonomija susiejamos jau turimos ir naujos žinios bei įgūdžiai, o įgytas tam

tikras žinių minimumas gilinamas bei plečiamas jau kitu lygmeniu, kol tampa vientisa žinių sistema. Moksleivius, nuosekliai mokant sveikos gyvensenos pagrindų bus suformuojami tinkami higienos įgūdžiai, o suteikta informacija padės išvengti burnos ertmės ligų, nes sveikas vaikas – tai sveika visuomenė ateityje.

Slaugytoją ir pacientą siejantys ryšiai sveikatos mokyme pagal teorinius H. E. Peplau bei B. S. Bloom'o modelius tiesiogiai įtakoja mokymo rezultatus, nes tiek slaugytojas, tiek pacientas turi savo vertybes, patirtis, lūkesčius ir išankstinį nusistatymą (žr. 1 pav.). Slaugytojo asmenybei, nesvarbu, kuriame vaidmenyje jis būtų yra svarbios vertybės, kurias jis įgijo, o taip pat jo kultūra, rasė ir tikėjimas. Praeities patirtimi, lūkesčiais ir jo išankstinis nusistatymas, sveikatos mokyme susisieja su paciento patirtimi, lūkesčiais ir išankstiniu nusistatymu. Tie bendri siūleliai mokymosi procese įgauna konkretų turinį, kurį galima apibrėžti kaip žinojimo, supratimo, pritaikymo, analizės ir sintezės bei vertinimo kamuolius, kuriuos slaugytojas vynioja ir pats mokydamasis moko pagal juos pacientus (Peplau's Theory of Interpersonal Relations, 2012).



1 pav. Slaugytoją ir pacientą siejantys ryšiai sveikatos mokyme
Sudaryta autorių, remiantis H.E. Peplau psichodinaminiu slaugos modeliu ir B. S. Bloom'o taksonomija

Slaugytojo gebėjimas perduoti žinias visada turi turėti atsaką, supratimą ir sugebėjimą suprasti kas yra sakoma. Tos pačios sąsajos būdingos pacientui analizuojant gautas žinias bei slaugytojui tinkamai jas pateikiant (pvz.: suprantama terminologija, prieinami šaltiniai, aiškūs apibrėžimai) ir tinkamai įvertinant tiek pacientui (pvz.: ar tinka procedūros, ar veiksmingas naudojamų dantų pastų poveikis ir kt.), tiek slaugytojui bei kokia yra suteiktų žinių vertė konkrečiam pacientui jo sveikatos išsaugojimui.

Kaip teigia Sajienė L. (2001), sveikatos mokymo ir ligų prevencijos tikslas - didinti visuomenės kompetenciją sveikatos priežiūros srityje, skatinti ją dalyvauti priimant bei įgyvendinant šalies politinius, ekonominius ir socialinius sprendimus, nes jaunosios kartos, t.y. vaikų geresnė sveikata priklauso nuo slaugytojų, gydytojų, ugdytojų sveikatai skiriamo dėmesio ir tinkamo sveikatos mokymo programos įgyvendinimo įvairiose institucijose (mokyklose, ligoninėse,

poliklinikose ir kt.), bei tinkamų būdų parinkimo sveikatai ugdyti ir nuo asmeninio tėvų ir kitų suaugusiųjų pavyzdžio bei sąlygų formuoti sveikos gyvensenos įpročius (Sajienė L., 2001).

Galime teigti, kad svarbiausia priemonė vaikų burnos ertmės ligų prevencijoje – individualus darbas su pacientais, kurie apsilanko pas gydytoją. Prevencinį darbą slaugytojas gali vykdyti, pasitelkdamas H. E. Peplau bei B. S. Bloom'o teorinius modelius, kurie padės pacientams ugdyti sveikus įgūdžius, tokius, kaip teisingas ir kasdieninis dantų valymas, nes teisingi higienos įgūdžiai dar neįsitvirtinę moksleivių tarpe. Svarbu, kad moksleiviai ir jų tėvai gautas žinias apie sveiką gyvenimo būdą ir burnos ligų išvengimą pritaikytų savo kasdieniniame gyvenime, o slaugytojas sugebėtų tinkamai įvertinti ar jo mokymo tiksas pasiektas, ar dar reikia plėsti ir gilinti mokymą.

Išvados

1. Moksleivių burnos ertmės ligos, tokios kaip dantų kariesas yra labai plačiai paplitę, todėl bendruomenės slaugytojai turėtų vykdyti pirminę burnos ertmės ligų profilaktiką, paaiškinti ligų profilaktikos svarbą, mokyti vaikus ir suaugusiuosius saugoti ir prižiūrėti sveikatą, nes sveikatos mokymas įeina į slaugytojo profesinės kompetencijos sąrašą.
2. Slaugytojai, remdamiesi H. E. Peplau psichodinaminiu slaugos modeliu bei B.S.Bloomo kognityviosios srities mokymo tikslų taksonomija galėtų efektyviai mokyti vaikus/tėvus burnos ertmės ligų profilaktikos, ugdant vaikų ir jų tėvų sąmoningumą rūpintis ir stiprinti savo sveikatą, aiškinti ne tik apie ligų ir rizikos prevenciją, bet ir apie sveikatos stiprinimą.

Literatūros sąrašas

1. Bydam J. Pedagogika. Vilnius: Charibdė, 2000, p. 39-41.
2. Bloom's Taxonomy of Learning Domains [interaktyvus], 2013 [žiūrėta 2013-12-06]. Prieiga per Internetą < <http://www.nwlink.com/~donclark/hrd/bloom.html> >
3. Brukienė V. Baltijos šalių burnos ligų profilaktikos strategijos gairės [interaktyvus]. 2013, [žiūrėta: 2013-11-11] Prieiga per Internetą: <www.odontologurumai.lt>
4. Demskytė J., Kriukelytė D., Vaškelytė A. Slaugos pagrindai: paskaitų konspektai. Kaunas: Vitae Litera, 2008, p. 22-23.
5. Gudžinskienė V. Mokytojų žinios apie sveikatą ir sveiką gyvenseną kaip mokinių sveikos gyvensenos ugdymo prielaida. *Socialinis darbas*, 2013, 12(1):121–136.
6. Javtokas Z. Sveikatos stiprinimo konspektas [interaktyvus]. 2009 [žiūrėta 2013-11-11] Prieiga per Internetą: <smlpc.lt/media/file/Skyriu.../Sveikatos_stiprinimas-Konspektas2.pdf>
7. Kauno miesto ikimokyklinio amžiaus vaikų burnos higiena ir jų tėvų požiūris į vaikų burnos sveikatą / Vaitkevičienė V., Milčiuvienė S, Zaborskis A. *Medicina*, 2005; 41, 5:427-434.
8. Lietuvos medicinos norma MN 57:2011 Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė - *Valstybės žinios*, 2011-07-07, Nr. 82-4015
9. Moksleivių nuolatinių krūminių dantų paviršių pažeidžiamumas ėduonimi ir jų išsaugojimo galimybės / Saldūnaitė K., Tamošiūnas A., Milčiuvienė S. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*, 2010, 14, 9: 624-630.
10. Peplau's Theory of Interpersonal Relations [interaktyvus]. 2012, [žiūrėta 2013-11-13] Prieiga per Internetą: < http://currentnursing.com/nursing_theory/interpersonal_theory.html >
11. Riklikienė O., Sajienė L. Praktinis slaugos mokymas: vadovėlis. Kaunas: LSMU leidybos namai, 2011.
12. Sajienė L. Pedagoginiai gebėjimai slaugytojo kvalifikacijos struktūroje, Vilnius, *Pedagogika*, 2001, 51:p.81-98.

13. 7-12 metų Lietuvos moksleivių krūminių dantų ėduonies profilaktikos programos analizė/ Saldūnaitė K., Pūrienė A., Milčiuvienė S., Brukienė V., Kutkauskienė J. *Medicina*, 2009, 45, 11: 887-895.
14. Slaugytojo diabetologo vaidmuo pacientų, sergančių cukriniu diabetu, mokyme/ Bartkevičiūtė B., Vaškelytė A., Pauliukėnas L. *Slauga mokslas ir praktika*, 2013, 7-8: 4-9.
15. Vaitkevičiūtė R. Dantų ėduonies paplitimo Vilniaus Ryto vidurinės mokyklos moksleivių tarpe tyrimas. Bakalauro darbas. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2008
16. Noble C. Are nurses good patient educators? *J Adv Nurs* 1991; 16(10):1185-1189.
17. Rankin SH, Stallings KD. Patient education, principles and practice. 4th ed. Philadelphia.: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
18. Shipes EA. Principles of teaching. In: Hampton BG, Bryant RA, editors. Ostomies and continent diversions. Nursing management. St.Louis: Mosby-Year Book, Inc.; 1992. 711-727.
19. Visuomenės sveikatos specialisto svarba vykdant moksleivių burnos ligų prevenciją ugdymo įstaigose/ Juodvalkienė R., Gulbinienė J. *Sveikatos mokslai*, 2008, 6 (18):1978-1983).

NURSE'S ROLE IN PROPHYLACTIC OF STUDENTS' ORAL DISEASE

Summary

Recently, emphasis is put on the role of nurses as health educologists, giving patients more knowledge about healthy lifestyle and the prevention of disease. Nurse, working with family doctor or pediatrician, has to have knowledge how to store children's oral health. Nurses, teaching students the oral cavity prevention, should be based on H. E. Peplau psychodynamic nursing model and B. S. Bloom's taxonomy of cognitive objectives, which can be practically applied in child oral disease prevention.

The purpose of the article is to base in theory the nurse's, as a teacher's, role in the context of students' oral disease prevention, on the basis of H. E. Peplau's psychodynamic nursing model and the objectives of Bloom's taxonomy.

School children oral diseases, such as dental caries, are very widely distributed. Therefore, community nurses, based on the H. E. Peplau psychodynamic nursing model and B. S. Bloom's taxonomy in the field of training objectives in the cognitive area, could teach children/parents oral disease prevention, because health education is included into the list of professional competencies and job as a nurse.

Key words: *nurse, oral prophylaxis, patient educations, nursing models, taxonomy.*

Rasuolė Juodvalkienė

LSMU MA Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedros magistrantė. A. Mickevičiaus g. 9, LT-44307 Kaunas, Lietuva. rasuole.juodvalkiene@gmail.com

Dr. Jurgita Gulbinienė

LSMU MA Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedra. A. Mickevičiaus g. 9, Lt – 44307, Kaunas, Lietuva. jurgita.gulbiniene@gmail.com

Danguolė Šakalytė

UK Medicinos fakultetas, Utenio a. 2, LT-28421, Utena, Lietuva. sevcove@gmail.com

SLAUGYTOJO VAIDMUO, SKATINANT PADIDĖJUSĮ CHOLESTEROLIO KIEKĮ KRAUJYJE TURINČIUS PACIENTUS KEISTI GYVENIMO BŪDĄ

Aušra Kalasauskienė, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

Dr. Jurgita Gulbinienė, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos Akademija

Santrauka

33

Lietuvoje gyventojų mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligos vis dar išlieka svarbiausia ankstyvos mirties priežastis. Sukelianti patologija dažniausiai yra padidinto cholesterolio kiekio kraujyje sąlygota aterosklerozė, kuri daugelį metų vystosi nebyliai, o pasireiškus simptomams neretai būna toli pažengusi. Dislipidemija – vienas svarbiausių aterosklerozės ir koronarinės širdies ligos rizikos veiksnių. Esant dislipidemijai, ypač žalingais tampa visi kiti rizikos veiksniai: hipertenzija, rūkymas, nutukimas, netgi amžius ir lytis. Tik intensyvus ir savalaikis nesveiko gyvenimo būdo keitimas gali užkirsti kelią šioms ligoms. Pacientų mokymą keisti ilgai trukusius rizikos veiksnius (pvz.: nesveiką mitybą, rūkymą, nejudrumą ir t.t.) sveikatos priežiūros įstaigose turėtų vykdyti ne tik gydytojai, bet ir slaugytojai, prižiūrintys pacientus, sergančius širdies ir kraujagyslių ligomis.

Tam, kad sėkmingai vyktų pacientų, turinčių padidintą cholesterolio kiekį kraujyje mokymas, keičiant sveikatą žalojančius įpročius bei padedant išlaikyti naujai įgytą elgesį, slaugytojai turi remtis J.O. Prochaska ir C. Di Clemente Transteoretiniu elgesio pokyčių modeliu. Taikant šį modelį slaugytojai turi mokėti išvelgti itin rizikingas situacijas, paskatinti pacientus imtis iniciatyvos keisti gyvenimą bei išlaikyti įvykusius pokyčius.

Šio straipsnio tikslas – įrodyti slaugytojo vaidmens svarbą, skatinant padidintą cholesterolį kraujyje turinčius pacientus pakeisti gyvenimo būdą, pritaikant J. O. Prochaska ir C. Di Clemente Transteorinį elgesio pasikeitimo modelį.

Raktažodžiai: *dislipidemija, sveikatos mokymas, slaugytojo vaidmuo, elgesio pokyčių modelis*

Įvadas

Lietuvoje dislipidemijos paplitimas žymiai didesnis nei kitose šalyse ir siekia apie 90,1 proc. (Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., Laucevičius A., Ringailaitė E., Laučytė A., 2009). Cholesterolio kiekis kraujyje priklauso nuo daugelio priežasčių, tačiau jo perteklius dažniausiai pasitaiko riebių maistą valgantiems, mažai judantiems, turintiems viršsvorį ar nutukusiems asmenims (Petrulionienė Ž., 2010). Padidėjusio cholesterolio kraujyje pasekmė - aterosklerozės ir koronarinės širdies ligos vystymasis. Dėl šių ligų Europoje kasmet miršta virš 4 milijonų žmonių, ir tai sudaro 47 proc. visų mirčių (Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M., 2012).

Naujos kardiovaskulinių ligų prevencijos nuorodos pabrėžia pacientų gyvenimos keitimą ir profilaktinio vaistų vartojimo svarbą, kaip pagrindinį širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnių valdymą (Laucevičius A., Nemickas R., Petrulionienė Ž., 2008). Kaip teigia L. Jasikevičienė (2007), užkirsti kelią ligai yra pigiau, nei ją gydyti, tačiau Lietuvoje profilaktikai trūksta pinigų, nepakankamai panaudojamos žiniasklaidos galimybės, gyventojai mažai žino apie išeminės širdies ligos rizikos veiksnius ir jų korekcijos būdus. Vaistais kontroliuojami rizikos veiksniai, kaip riebalų apykaitos sutrikimas ir arterinė hipertenzija, dažnai yra koreguojami neveiksmingai, o gyvenimos korekcija (netinkama mityba, atsvario mažinimas, rūkymo nutraukimas, fizinio aktyvumo

didinimas) yra nepakankamai vertinama (Jasikevičienė L., 2007). Galbūt galime teigti, kad tik intensyvus gyvenimo būdo keitimas gali užkirsti kelią plisti širdies ir kraujagyslių ligoms.

Slaugos specialistai, prižiūrintys pacientus, sergančius širdies ir kraujagyslių ligomis ar turinčius padidėjusį cholesterolio kiekį, turėtų paskatinti keisti gyvenimo būdą sveikatai palankia linkme ir suteikti reikiamą informaciją. Kaip teigia Z. Javtokas (2009), veiksmingas sveikatos mokymas gali pakeisti žinias ir supratimą, įtakoti žmogaus vertybes, keisti įsitikinimus ar požiūrį, padėti įgyti įgūdžių ir paveikti asmens elgseną ar gyvenseną (Javtokas Z., 2009).

Slaugytojai, siekdami pakeisti pacientų, turinčių padidėjusį cholesterolio kiekį, gyvenseną, turi remtis slaugos mokslo teorijomis. Mokslo teorijos, aiškinančios žmonių elgesio, veikiančio jų sveikatą, priežastis, gali padidinti sveikatos mokymo efektyvumą, nes vienas iš pagrindinių sveikatos mokymo tikslų yra propoguoti sveikesnę elgseną. Žmogaus elgesys gali būti pagrindinė sveikatos problemų priežastis, bet taip pat gali būti ir pagrindinis jų sprendimo būdas: pakeisdami savo elgesį individai gali išspręsti daugelį problemų ir neleisti kilti naujoms (Javtokas Z., 2009). Tradiciniai gyvenimo būdo keitimo modeliai paprastai pagrįsti rizikos aiškinimu ir nuolatiniu informacijos pateikimu įsakomuoju ir globėjiškuoju stiliumi. Suvokimas, kad pacientai laikosi tik pusės visų patarimų, verčia peranalizuoti gyvenimo būdo kaitos procesą (Reckless J., Morrell J., 2007). Šiuolaikiniame sveikatos mokymo procese didesnio dėmesio susilaukia įvairios inovatyvios elgesio keitimo metodikos, įvertinančios asmens pasirengimą keisti gyvenseną ir labiau įtraukiančios į procesą patį pacientą. Viena iš tokių teorijų yra J. O. Prochaska ir C. Di Clemente Transteoretinis elgesio pokyčių modelis (*angl. Transtheoretical Model of Behavior Change*) (Prochaska J.O., DiClemente, G.C., Norcross, J.C. (1997). Taikant šį modelį greičiau pasiekiami teigiami rezultatai keičiant pacientų elgesį (Peterson J., 2009). J. Reckless ir J. Morrell (2007) pabrėžia, kad slaugytojai, mokydami pacientus pagal šį modelį, siekiant pakeisti jų elgesį, pirmiausiai turi atpažinti elgesio pasikeitimo stadiją, tinkamai paskirstyti laiką, teikti informaciją, paramą ir numatyti galutinius tikslus.

Šio straipsnio tikslas – įrodyti slaugytojo vaidmens svarbą, skatinant padidintą cholesterolį kraujyje turinčius pacientus pakeisti gyvenimo būdą, pritaikant J. O. Prochaska ir C. Di Clemente Transteorinį elgesio pasikeitimo modelį.

Rengiant straipsnį taikyta mokslinės literatūros analizė.

Pacientų, turinčių padidėjusį cholesterolio kiekį kraujyje, mokymo svarba

Daugelyje Europos šalių širdies ir kraujagyslių ligos (ŠKL) - yra pagrindinė Europos moterų ir vyrų mirčių priežastis (European Heart Health Charter, 2008). Lietuvoje gyventojų mirtingumas nuo koronarinės širdies ligos, insulto – vienas didžiausių Europoje, o kardiovaskulinio sergamumo ir mirtingumo rodikliai beveik 2-3 kartus blogesni už Europos Sąjungos vidurkius (Petrulionienė Ž., 2010). Higienos instituto sveikatos informacijos centro duomenimis, 2013 m. Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos sudarė 47,6 proc. vyrų ir 65,0 proc. moterų mirties priežasčių (Mirties priežasčių registras, 2013). Širdies ir kraujagyslių ligas sukelianti patologija dažniausiai yra aterosklerozė, kuri daugelį metų vystosi nebyliai, o pasireiškus simptomams – būna toli pažengusi (Petrulionienė Ž., 2009; Laucevičius A. ir kt., 2008). Dislipidemija (kraujo riebalų, arba lipidų apykaitos sutrikimas) – vienas svarbiausių aterosklerozės ir koronarinės širdies ligos rizikos veiksnių. Nustatyta, kad kraujo plazmos bendrojo cholesterolio padidėjimas 10 proc. koronarinės širdies ligos dažnį padidina 27 proc. (Petrulionienė Ž., 2010).

Pasak E. Rinkūnienės ir kt. (2009), Lietuvoje padidėjusį cholesterolio kiekį turi per 90 proc. suaugusiųjų, sergančių išemine širdies liga, populiacijos (Rinkūnienė E. ir kt., 2009). A. Laucevičius ir kt. (2008) pritaria, kad Lietuvoje aterosklerozė ir jos sukeliama kardiovaskulinė ligos įgavo sunkiai valdomos epidemijos mastą. Cholesterolio padidėjimo ryšys su kardiovaskuline rizika įrodytas įvairiais tyrimais. W.M. Verschuren, D.R. Jacobs ir kt. 1957 m. pradėtoje ir 25 metus trukusioje studijoje „Bendro cholesterolio kiekis kraujo serume ir ilgalaikis koronarinės širdies ligos mirtingumas skirtingose kultūrose. Dvidešimt penkių metų trukmės studija atlikta septyniose šalyse“, buvo įrodyta, kad šalyse, kurių gyventojų kraujyje cholesterolio daugiau, sergamumas

koronarine širdies liga ir mirštamumas nuo jos didesnis, ir atvirkščiai (Reckless J., Morrell J., 2007; Petrulionienė Ž., 2010). Tyrėjai J. Reckless, J. Morrell (2007) bei Ž. Petrulionienė (2010) taip pat mini įvairiose šalyse kelis dešimtmečius trukusią epidemiologinę Framingham studiją, kurios metu buvo nustatytas ryšys tarp didėjančios koronarinės širdies ligos rizikos ir mažo tankio lipoproteinų (MTL-cholesterolio) kiekio. Šių tyrimų duomenimis, mažinant bendrojo ir mažo tankio (MTL) cholesterolio kiekį, ženkliai sumažėja koronarinių įvykių dažnis ir mirtingumas tiek pirminėje, tiek ir antrinėje prevencijoje (Petrulionienė Ž., 2010).

Pacientui nustačius dislipidemiją, ypač žalingais širdies ir kraujagyslių sistemai tampa tokie rizikos veiksniai, kaip hipertenzija, rūkymas, nutukimas, amžius ir lytis. Suregulius lipidų kiekį kraujyje, sumažėja neigiama daugumos veiksnių įtaka bei stabdomas aterosklerozės progresavimas. Cholesterolio kiekis kraujyje priklauso nuo daugelio priežasčių, tačiau jo perteklius dažniausiai pasitaiko riebų maistą valgantiems, mažai judantiems bei turintiems viršsvorį/nutukusiems asmenims (Petrulionienė Ž., 2010). Pacientų, turinčių padidėjusį cholesterolio kiekį, mokymas keisti ŠKL rizikos veiksnius tokius, kaip mityba, rūkymas, nejudrumas – dažnai būna veiksmingesnis, vykdomas tos srities specialistų, ypač šiuos pacientus prižiūrinčių slaugytojų. Mokyti ir šviesti pacientus - viena iš slaugytojų kompetencijų ir pareigų. Tai įrodo ir Lietuvos medicinos norma MN 28: 2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“, kur teigiama, kad „bendrosios praktikos slaugytojas privalo „[...] mokyti pacientus, šeimas, bendruomenę saugoti ir prižiūrėti sveikatą bei mokyti asmenis, šeimas ir grupes tausoti, palaikyti ir stiprinti sveikatą“ (Valstybės žinios 2011, Nr. 72-3490). Šių dienų slaugytojas - kompetetingas, nepriklausomas sveikatos priežiūros darbuotojas, todėl jis gali mokyti pacientus, turinčius padidėjusį cholesterolio kiekį kraujyje, sveikesnės gyvensenos: patarti, kokius produktus geriau rinktis, perkant maistą parduotuvėse, skatinti atidžiai studijuoti etiketes, kad išmokti atpažinti ir vengti didelio riebumo bei savo sudėtyje subproduktų, transriebių rūgščių, cholesterolio ar kitų nepageidaujamų sudėtinių dalių turinčių produktų, informuoti, kaip sveikiau paruošti maistą, kuo užkandžiau tarp pagrindinių valgymų ir t.t.

Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, prevencijos priemonės, skirtos gyventojų požiūriui į sveikatos veiksnius formuoti, gali penkeriais metais pailginti asmens gyvenimo trukmę [...]. Tačiau Lietuvoje ligonių kasos nefinansuoja pacientų mokymo programų, nors ekonomikos požiūriu investuoti į sveikatos mokymą yra keleriopai naudingiau nei gydyti susirgusius dėl netinkamos gyvensenos (Javtokas Z., 2009). Daugelyje pasaulio šalių sveikatos priežiūros įstaigos yra pasitvirtinusios pacientų mokymo rekomendacijas. Pacientams ne tik suteikiama informacija apie konkrečią ligą, pasakoma diagnozė, bet ir aiškinama, kaip stiprinti ir saugoti sveikatą (Javtokas Z., 2009).

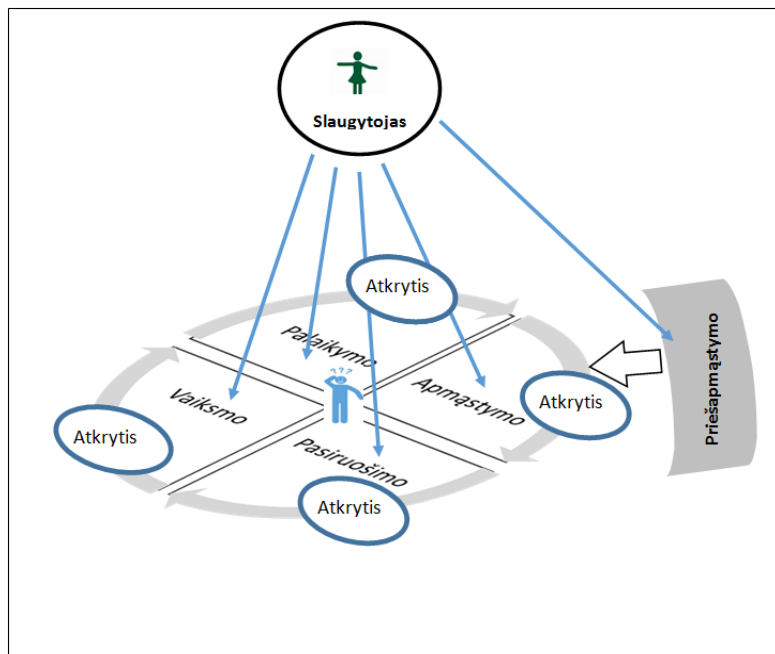
Cholesterolio mažinimo strategijos aprašytos įvairiuose tarptautiniuose leidiniuose. JAV lipidų vertinimo ir gydymo rekomendacijos suaugusiems, suformuluotos Nacionalinės Cholesterolio mokymo programos (NCEP ATPIII) ekspertų komiteto, buvo paskelbtos 1993 m. ir jos yra reguliariai papildomos ir atnaujinamos (Laucevičius A. ir kt., 2008). Europoje vadovaujamosi naujausiomis Europos kardiologų draugijos kardiovaskulinių ligų prevencijos rekomendacijomis, tokiomis kaip Europos širdies sveikatos chartija, Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos gairės ir kt. Lietuvoje širdies ir kraujagyslių ligų bei aterosklerozės profilaktika vykdoma pagal specialią programą, reglamentuojamą Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-913 „Dėl asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ (Valstybės žinios 2005, Nr.145).

Europos širdies sveikatos chartijoje (2008) pabrėžiama, kad širdies ir kraujagyslių ligų vystymąsi lemia daugelis veiksnių, todėl būtina, kad visi rizikos veiksniai ir lemiantys faktoriai būtų koreguojami tiek visuomenės lygiu, tiek individualiai (European Heart Health Charter, 2008). Tačiau žmonės, neturėdami nusiskundimų, susijusių su sveikata, nesusimąsto apie savo netinkamą elgesį sveikatos atžvilgiu. Bėgant metams, ar vos pajutus fizinius ligos simptomus bei susidūrus su savo ar artimojo liga, žmonės vis dažniau ima mąstyti apie tai, kad jų elgesys turėtų būtų palankus sveikatai, tokiu būdu siekdami išlaikyti, puoselėti ar atstatyti sveikatą (Anuškevičienė S., 2013).

Slaugytojai, prižiūrėdami pacientus sergančius ŠKL ar turinčius padidėjusį cholesterolio kiekį kraujyje, turi pateikti instrukcijas, ką konkrečiai žmogui reikia daryti ar keisti, norint, kad jo elgesys būtų palankus sveikatai. Siekiant kokybiškai paaiškinti pacientui, kaip tinkamai keisti elgesį siekiant geresnės sveikatos ateityje, rekomenduojame remtis J.O.Prochaska ir C. Di Clemente Transteoriniu elgesio pokyčių modeliu.

Elgesio pokyčių modelio pritaikymas slaugytojo veikloje, keičiant pacientų, turinčių padidintą cholesterolio kiekį, gyvenimą

Transteorinis elgesio pokyčių modelis (*angl. Transtheoretical Model of Behavior Change (TTM)*) buvo sukurtas 1980 m. J.O.Prochaska ir C. Di Clemente (Prochaska J.O., DiClemente C., 1983). Šis modelis skirtas elgesio, kuris tapo įpročiu (pvz.: nesveika mityba, rūkymas, nejudrumas), keitimui ir sveikatą skatinančio elgesio planavimui. Remiantis modeliu, gyvenimosios kaitos procesas skirstomas į penkis etapus: *Priešapmąstymo*; *Apmąstymo*; *Pasiruošimo*; *Veiksmo*; *Palaikymo*. Pirmuose trijuose etapuose pasiekiami požiūrio, o ketvirtame ir penktame - elgesio pasikeitimai (Velicer W. F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.M., & Redding, C.A 1998). Atskirai aprašytas dar vienas etapas – *Atkrytis*, kuris gali pasireikšti, bet kuriame elgesio keitimo etape (žr.: 1 pav.).



1 pav. Paciento žalingos elgesenos pasikeitimų ratas

(sudaryta autorių remiantis J.O.Prochaska ir C. Di Clemente Transteoriniu elgesio pokyčių modeliu)

Pasak modelio autorių, svarbiausia dalis - **priešapmąstymo** (*angl. Precontemplation*) etapas, kuriame žmogus dar negalvoja apie elgesio pasikeitimus ir artimiausioje ateityje, t. y. ateinančius šešis mėnesius, neplanuoja imtis jokių veiksmų. Šiame etape asmenys nepripažįsta savo problemos, ją neigia arba nėra informuoti apie savo elgesio pasekmes. Gali būti, kad anksčiau tokie asmenys bandė pasikeisti ne vieną kartą ir nusivylė savo gebėjimais tai įvykdyti (Prochaska J.O. ir kt., 1997). Todėl slaugytojas šiame etape turi suteikti tinkamą informaciją pacientui, kuriam nustatytas padidėjęs cholesterolio kiekis apie tai, kas atsitiks, jei žmogaus gyvenimoje niekas nesikeis (Anuškevičienė S., 2013). Sveikatos specialistams svarbu nustatyti priešapmąstymo stadiją, nes pacientams gali atrodyti, kad pasikeitimai negalimi ir jie savo dėmesį gali nukreipti į kitas problemas (Javtokas Z., 2009). Slaugytojas turėtų skatinti pacientą pasidomėti, ar jo artimi giminaičiai nesirgo insultu, širdies ir kraujagyslių ligomis, ar giminėje nebuvo ankstyvų mirčių dėl šių susirgimų. Tikslinga kartu su pacientu įvertinti rizikos veiksnius (pvz.: rūkymą, nutukimą,

nejudrumą, netaisyklingą mitybą, aukštą kraujospūdį), skatinančius aterosklerozę ir kraujagyslių ligas, o juos nustačius, pasiūlyti pacientui įvertinti jo riziką susirgti/mirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Bendrąją riziką susirgti/mirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų rekomenduojama vertinti naudojant Europos Kardiologų Draugijos rekomenduojamas lenteles pvz., SCORE (*angl. System Coronary Risk Evaluation*) (Kovaitė M., Petrulionienė Ž., Ryliškytė L., Badarienė J., Čypienė A., Dženkevičiūtė V., Laucevičius A., 2007; Reckless J., Morrell J., 2007), Framingham (*angl. Heart Study CHD Risk Assessment Scoring System*) (Reckless J., Morrell J., 2007). Mūsų šalyje pagal šiuo metu galiojančią ministro įsakymą naudojama SCORE rizikos vertinimo sistema (Valstybės žinios, 2005, Nr.145).

Apmąstymo (*angl. Contemplation*) **etape** žmonės planuoja artimiausioje ateityje (t. y. per ateinančius šešis mėnesius) keisti savo gyvenimą. Žmogus pradeda mąstyti apie elgesio pasikeitimus ir ką reikėtų daryti, kad elgesys pasikeistų (Kupstytė N., 2007; Anuškevičienė S., 2013). Pasikeitimo kainos ir naudos pusiausvyra gali sukelti dvilypus jausmus, todėl asmenys šiame etape gali įstrigti ilgam laikui, kartais net keleriems metams (Prochaska J.O., Di Clemente C.C. 1992). Šioje stadijoje pacientas ieško informacijos, todėl slaugytojas turi motyvuoti pacientą ir išsiaiškinti, kokios informacijos (pvz.: apie mitybą, fizinį aktyvumą, svorio mažinimo priemones, apie padidinto cholesterolio sąlygojamus susirgimus ir kt.) jis norėtų gauti bei patarti, kur jos surasti.

Pasiruošimo arba **apsisprendimo** (*angl. Preparation/ Determination*) **etapas** – asmuo pradeda planuoti elgesio pokčius, remdamasis elgsenos keitimo patirtimi praeityje. Asmuo numato nedelsiant (pvz.: ateinančių mėnesių) imtis konkrečių veiksmų (pvz. reguliuojant kūno svorį, susidaro dienos valgymo meniu ir pan.) (Anuškevičienė S., 2013). Paprastai tokie asmenys paskutiniaisiais metais imasi rimtų priemonių ir turi susidarę veiksmų planą, pvz.: prisijungti prie sveikatingumo švietimo kursų, pasitarti su konsultantu, apsilankyti pas savo gydytoją, nusipirkti saviugdą knygą ir t.t. Kai kurie pacientai jau būna pasiekę teigiamų gyvenimo pokyčių pvz.: sumažinę surūkomų cigarečių skaičių, pakoregavę mitybą (Kupstytė N., 2007). Slaugytojams svarbu skatinti pacientą siekti tikslo, pvz.: teikiant informaciją mitybos ar fizinės veiklos klausimais ar rekomenduoti sveikatingumo centrą, esantį pacientui patogioje vietoje.

Kaip teigia L. Jasikevičienė (2007), rekomendacijos turi būti pateikiamos teigiamai, pvz.:

„*Jums labai padės, jei vartosite žuvies bent du kartus per savaitę*“;

„*Jums tinka visa balta ir raudona žuvis, žuvies riebalai labai naudingi, tik būtinai ją parūgštinkite citrinos sultimis – bus daug skaniau*“;

„*Vartokite daug daržovių ir vaisių – tai labai skanu ir sveika*“;

„*Riebi kiauliena skatina jūsų ligos vystymąsi, geriau valgykite paukštieną ar veršieną, labai skanu marinuota sojos, kečupo ir apelsinų sulčių marinata ir apskrudusi ant grilio*“ ir pan. (Jasikevičienė L., 2007).

Atsižvelgiant į paciento mitybos įpročius, kultūros tradicijas šiame etape reikia skatinti pacientus pastebėti ir įvertinti mažiausias jų „pergales“.

Veiksno arba **vykdymo** (*angl. Action*) **etape** teigiami pokyčiai jau būna pasiekti, tačiau kyla didelė rizika jų neišlaikyti. Šiuo laikotarpiu poveikio strategija turi būti aktyvi, stebint, ar pacientas pereis į pokyčių išlaikymo, ar regreso stadiją (Jasikevičienė L., 2007). Veiksno etape žmonės noriai bendrauja su slaugytojais ar kitais sveikatos priežiūros specialistais. Asmuo naudoja naujai išmokus įgūdžius, užsiima sveikatai palankiu elgesiu ir jeigu neįvyksta **atkrytis**, kurio metu žmogus grįžta prie senų įpročių, tuomet pereinama į **palaikymo** (*angl. Maintenance*) **etapą** - elgesio stabilizavimo ir atkryčio išvengimo etapą.

J. M. Peterson (2009) teigimu, veiksmo etapas apima aktyvų elgesio keitimą, trunkantį iki 6 mėnesių. Kadangi elgesys yra naujas, šioje stadijoje atkryčio rizika yra didžiausia (žr. 1 pav.). Kai kurie asmenys niekada nepasiekia paskutinio etapo, nes egzistuoja pagundos ar potraukiai senajam elgesiui. Negalėjimas nutraukti senojo elgesio gali priklausyti nuo to, ar elgesys visiškai keičiama, ar tik paprastai modifikuojamas pvz. dietos ar fizinio aktyvumo korekcijos (Peterson J. M., 2009). Palaikymo etape įtvirtinami elgesio pokyčiai, kurie išlieka ilgą laiką (mažiausiai šešis mėnesius). Žmogus užsiima sveikatai palankiu elgesiu ir tai tampa jo gyvenimo dalimi

(Anuškevičienė S., 2013). Šiai, galutinei stadijai, būdinga tai, kad išlieka pagunda grįžti prie seno gyvenimo būdo. Palaikymas būna sėkmingas tik tada, kai būna išspręstos daugelis probleminių situacijų ir pacientas įgyja pakankamai pasitikėjimo savo jėgomis (Prochaska J.O., Di Clemente C.C., 1992).

Remiantis *Transteoriniu elgesio pokyčių modeliu*, asmens elgesio kitimas vyksta stadijomis ir turi pereiti visus etapus, nepraleidžiant nei vieno (Peterson J.M., 2009). Kaip teigia Z. Javtokas (2009), nedaug žmonių šias stadijas pereina nuosekliai, tipiškai eidami pirmyn (Javtokas Z., 2009). Šiam *Elgesio pokyčių* modeliui būdingas nepastovumas, leidžiantis žmogui progresuoti arba regresuoti keičiant elgesį. Tam, kad sėkmingai taikytų Elgesio keitimo modelį ir padėtų žmonėms keisti sveikatą žalojančius įpročius bei išlaikyti naują elgesį, sveikatos priežiūros praktikai turi mokėti įžvelgti itin rizikingas situacijas, padėti savo pacientams pasitinkti ir praktiškai įgyvendinti reikalingus sprendimus, o taip pat įveikti atkryčius.

Tyrėjai D. Ornish ir kt. (1990) įrodė, kad intensyvus gyvenimo būdo keitimas (mažo riebalų kiekio vegetariška dieta, vidutiniškai intensyvūs aerobikos pratimai, rūkymo atsisakymas ir psichologinė parama) gali sumažinti mažo tankio lipoproteinų (MTL) cholesterolio kiekį (iki 37,2 proc.). Daugelis mokslinių tyrimų rodo, kad pacientai sėkmingai keičia elgesį su profesionalų pagalba (Reckless J., Morrell J. 2007). Svarbu individualiai įvertinti paciento ketinimus, nuostatas ir galimybę keisti gyvenimą, o vėliau – padėti išlaikyti pokyčius (Kupstytė N., 2007).

Kiekvienas sveikatai palankia linkme besikeičiantis asmuo yra skirtingame elgesio pasikeitimo etape, todėl slaugytojas turi suteikti individualią pagalbą pacientui, padedant nusistatyti tikslus, teikiant patarimus, kontroliuojant jo veiksmus gyvenimo keitime. Nepaprastai svarbu kontaktuoti bei dirbti ir su artimiausia asmens aplinka - namiškiais, skatinant juos gyventi sveikiau. Reikėtų jiems pasiūlyti padėti savo šeimos nariui išvengti pagundų grįžti prie senų įpročių, palaikyti kad ir mažiausią teigiamą paciento pasiekimą. Specifiniai tikslais galėtų būti šie: gerinti mitybos įpročius, didinant vaisių ir daržovių davinį, valgyti penkis kartus per dieną, informuoti ir mokyti, kokius produktus pirkti parduotuvėje ir organizuoti apsipirkimo grupes, skatinti pasivaikščiojimą ir važiavimą dviračiu, sportą laisvalaikiu, lipti laiptais vietoj važiavimo liftu; užsiimti sodininkyste, tvarkytis namie ir užsiimti kita veikla, kuriai naudojama energija (Becker T., Kilian R. 2008-2011)

Netinkamai interpretuotos gyvenimo korekcijos rekomendacijos gali sukelti pacientų nepasitikėjimą, todėl daugelio šalių specialistai pabrėžia, kad labai svarbu gyvenimo korekciją pateikti ne kaip paciento apribojimą, varginimą ir skriaudimą, bet kaip geresnę galimybę, pažangesnį variantą, žingsnį savęs tobulinimo ir aukštesnės buities kultūros link. Reikia įsiklausyti į paciento poreikius, įpročius ir palikti jam teisę rinktis (Jasikevičienė L., 2007).

Apibendrinant galima teigti, jog keičiant netinkamą gyvenimą ir siekiant sustiprinti sveikatą, tiek slaugytojo, tiek paties asmens indėlis į keitimosi procesą labai svarbus. Tai atspindi Elgesio pokyčių modelis, kur pacientas - centrinė figūra pasikeitimų rate. Pacientas, skatinamas, motyvuojamas bei remiamas slaugytojo, gali tikslingai suplanuoti ir įgyvendinti gyvenimo pokyčius geresnės sveikatos link.

Išvados

1. Pacientų mokymas - tai viena iš slaugytojų kompetencijų ir pareigų, todėl turinčių padidėjusį cholesterolio kiekį pacientų mokymas sveikesnės gyvenimo, vykdomas slaugytojų, užtikrintų greitesnį rezultatų pasiekimą ir jų išlaikymą.
2. Slaugytojai, taikydami J.O. Prochaska ir C. Di Clemente Transteoretinį elgesio pokyčių modelį pacientams, turintiems padidintą cholesterolio kiekį kraujyje, paskatins imtis iniciatyvos keisti gyvenimą bei išlaikyti įvykusius pokyčius, taip koreguojant širdies ir kraujagyslių rizikos veiksnius.

Literatūros sąrašas

1. Rinkūnienė E., Petrulionienė Ž., Laucevičius A., Ringailaitė E., Laučytė A. (2009). Treadicinių rizikos veiksnių paplitimas tarp sergančių širdies liga. *Medicina*, 45(2), p. 140-146. Kaunas.
2. Petrulionienė Ž. (2010). Koronarinė širdies liga. Rizikos veiksniai, klinikiniai simptomai ir gydymas. Vilnius: UAB Vaistų žinios, p.21- 36.
3. Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M. (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012 edition. European Heart Network and European Society of Cardiology, September 2012. Prieiga per Internetą: 2014-01-05:< <http://www.escardio.org/about/documents/eu-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf> >.
4. Laucevičius A., Nemickas R., Petrulionienė Ž. (2008). Klinikinės kardiologijos pagrindai. Mokomoji knyga. Vilnius: UAB Vaistų žinios, p.31-42.
5. Jasikevičienė L. (2007). Kardiologinių ligonių mitybos korekcija – sudedamoji šiuolaikinės profilaktikos ir reabilitacijos sistemos dalis. Kauno krašto kardiologų draugijos konferencijos pranešimų tezės. *Kardiologijos praktika*,4. Kaunas: UAB Kardiologijos projektai, p. 5-7.
6. Javtokas Z. (2009). Sveikatos stiprinimo komspektas.Elektroninis leidinys. Prieiga per Internetą 2013-12-29: <http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Sveikatos_stiprinimas-Konspektas2.pdf >.
7. Reckless J., Morrell J. (2007). Lipidų sutrikimai. Atsakymai į jūsų klausimus. Vilnius: Vaistų žinios, p.24- 79.
8. Prochaska, J.O., DiClemente, G.C., & Norcross, J.C. (1997). In search of how people change: application to addictive behaviours. G.A. Marlatt & G.R. VandenBos (Eds.), *Addictive behaviours: Readings on aetiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 671-696.
9. Peterson, Janice (Jan) M. (2009) Using the Transtheoretical Model in Primary Care Weight management: Tipping the Decisional Balance Scale for Exercise. Capstone Projects. Paper 3. Prieiga per Internetą 2014-01-05: < <http://scholarworks.umass.edu> >
10. European Heart Health Charter. World Heart Federation (2008, April/May). Prieiga per Internetą: < <http://www.heartcharter.org/read-charter/default.aspx> >.
11. Mirties priežasčių registras (2014). Mirties priežastys 2013 (išankstiniai duomenys). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. ISSN 1392-9186.
12. Petrulionienė Ž. (2009). Kardiovaskulinės rizikos įvertinimo ir modifikavimo įtaka aterosklerozės progresavimui ir sąsajos su arterijų sienelės pažeidimo žymenimis (Habilitacijos procedūrai teikiamų mokslo darbų apžvalga, Vilniaus universitetas). Prieiga per Internetą 2014-01-08: < http://vddb.library.lt/fedora/get/LT-eLABa-0001:E.02~2009~D_20090526_151723-88838/DS.005.0.01.ETD >.
13. Lietuvos Respublikos Sveikatos psaugos ministro įsakymas. Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28: 2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė. Valstybės žinios. 2011, Nr.72-3490 (2011-06-14).
14. Lietuvos Respublikos Sveikatos psaugos ministro įsakymas. Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo. Valstybės žinios. 2005 Nr.145 (2005-11-25).
15. Anuškevičienė S. (2013). Palankaus sveikatai elgesio sąsaja su dvasingumu ir vidine darna suaugusiame amžiuje (Magistro baigiamasis darbas, Vytauto Didžiojo Universitetas).
16. Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 51, 390-395.

17. Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.M., & Redding, C.A. (1998). Smoking cessation and stress management. Applications of the Transtheoretical Model of behavior change, *homeostatis* 38, 216-233.
18. Kupstytė N. (2007). Gyvensenos korekcijos strategija. Kauno krašto kardiologų draugijos konferencijos pranešimų tezės. *Kardiologijos praktika*, 4. Kaunas: UAB Kardiologijos projektai, p. 3-4.
19. Kovaitė M., Petrulionienė Ž., Ryliškytė L., Badarienė J., Čypienė A., Dženkevičiūtė V., Laucevičius A. (2007). Arterijų sienelės rodiklių ryšys su širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksniais bei širdies ir kraujagyslių ligų rizika remianrštis SCORE vertinimo sistema. *Medicina* 43 (7), 529-541 Kaunas.
20. Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. Becker DM, et al, ed. *Health Behavior Research in Minority Populations: Access, Design, and Implementation*. NIH Publication no 92-2965:1992.
21. Becker T., Kilian R. (2008-2011). *HELPS* priemonių kompleksas. Priemonė gerinti pacientų fizinę sveikatą psichiatrinėse įstaigose. Ulmo universiteto tiriamasis projektas HELPS. Prieiga per Internetą 2014-01-04: <http://www.uni-ulm.de/helps-net/toolkit/helps_toolkit_lithuania.pdf>

THE ROLE OF A NURSE IN ENCOURAGING THE PATIENTS WITH AN INCREASED LEVEL OF CHOLESTEROL IN THEIR BLOOD TO CHANGE THEIR LIFESTYLE

Summary

The mortality rate from cardiovascular diseases is still the most significant reason causing early death in Lithuania. Usually the pathology causing them is atherosclerosis, which develops for many years unnoticed and once the symptoms appear, it has progressed. Dyslipidemia is one of the most important risk factors of atherosclerosis and coronary heart disease. In case of dyslipidemia, all other risk factors, including hypertension, smoking, obesity, even age and gender, become especially harmful. Only intensive changes in lifestyle can preclude the development of cardiovascular diseases. Nurses tending patients with cardiovascular diseases must train them to control the main risk factors (e.g.: unhealthy lifestyle, smoking etc.). Nursing specialists can apply J.O. Prochaska and C.C. Di Clemente's Transteoretical model for successfully training patients with increased level of cholesterol changing their health habits and helping to maintain the acquired behavior. Nurses must recognize high-risk situations; encourage patients to be more initiative in changing lifestyle and maintaining new habits.

The **aim** of this article is to show the importance role of a nurse in encouraging the patients with an increased level of cholesterol in their blood to change their lifestyle by applying J. O. Prochaska and C. Di Clemente's Transtheoretical Model of Behaviour Change.

Keywords: *dyslipidemia, health training, role of a nurse, model of behaviour change.*

Aušra Kalasauskienė

VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Santariškių g. 2, Lt – 08661 Vilnius, Lietuva.

ausrakalasauskiene@yahoo.com

Dr. Jurgita Gulbinienė

LSMU MA Slaugos fakultetas Slaugos ir rūpybos katedra. A. Mickevičiaus g. 9, Lt – 44307, Kaunas, Lietuva. jurgita.gulbiniene@gmail.com

NEW PRINCIPLES OF EDUCATION

Dr. Inta Čamane
Baltic International Academy
Latvia

Abstract

In our quickly changing contemporary world and abundance in information a qualitative development of society is connected with a person's orientation to a fuller humane self-perfection. That is why in the countries with a contemporary innovative society a teacher's profession and significant creative professional activity are considered a priority. Teacher's profession is closely connected with educating of a contemporary and future person, acquisition of knowledge in the arts, the humanities and science in manifold forms at the level of secondary education. In the process of current development of civilization, more than ever before, the unity of a person's individual activity and development of the society is to be provided for, so that each person would be able to develop one's abilities, self-realization and self-actualization.

Key words: education principle, collaboration, free choice, achievements of youths.

Introduction

The re-declaration and the twenty-four year long and ongoing preservation of independency in Latvia has changed the politics, economics, culture and education of the country. People have gained freedom. In the process of developing the quality of society the value of each person and each person's social and professional importance has increased. Latvia's main resource and the prerequisite for a sustainable and qualitative development of society is an educated, creative person, who is interested in taking action, obtaining new knowledge, new skills. Thus children, pupils and students become the biggest and most perspective values of Latvia. A real recognition of these values means the responsibility and care about of adults (parents, teachers, society, political party's and the government) towards the new generation and mainly growing personalities. This future-oriented and important function demands a new approach and upbringing as well ad new principles in educational science.

The aim of the study – discover new principles of education that provide the unity of personal and social needs for a sustainable and qualitative development.

Materials and methods

The theoretical methods: analysis of pedagogical and psychological literature and modeling. The empirical research methods: self-experience analysis.

Results

The Principle of Collaboration in Education

In 1920-ies the Minister of Education Rainis in the conversation with Zenta Maurina expressed a significant contradictory view as to the teacher's work: "The one who is not able to govern the class with the help of one's fortitude could not be a teacher. But strictly following the rule, most our highschoools would have to be left without teachers." (Maurina, 1997). This contradiction – pupils against teachers or teachers against pupils – is as old as the history of civilization. There have always been teachers unable to gopvern the class, but there have been also those who have forever remained in their pupils' hearts and minds.

In 1920-ies and 1930-ies, Zenta Maurina, a philosopher, writer and teacher, was popular in Latvia, but during postwar years-especially in Germany. In 1993 one of a social workers at Frankfurt University told me that during postwar years students were carried away by writing and

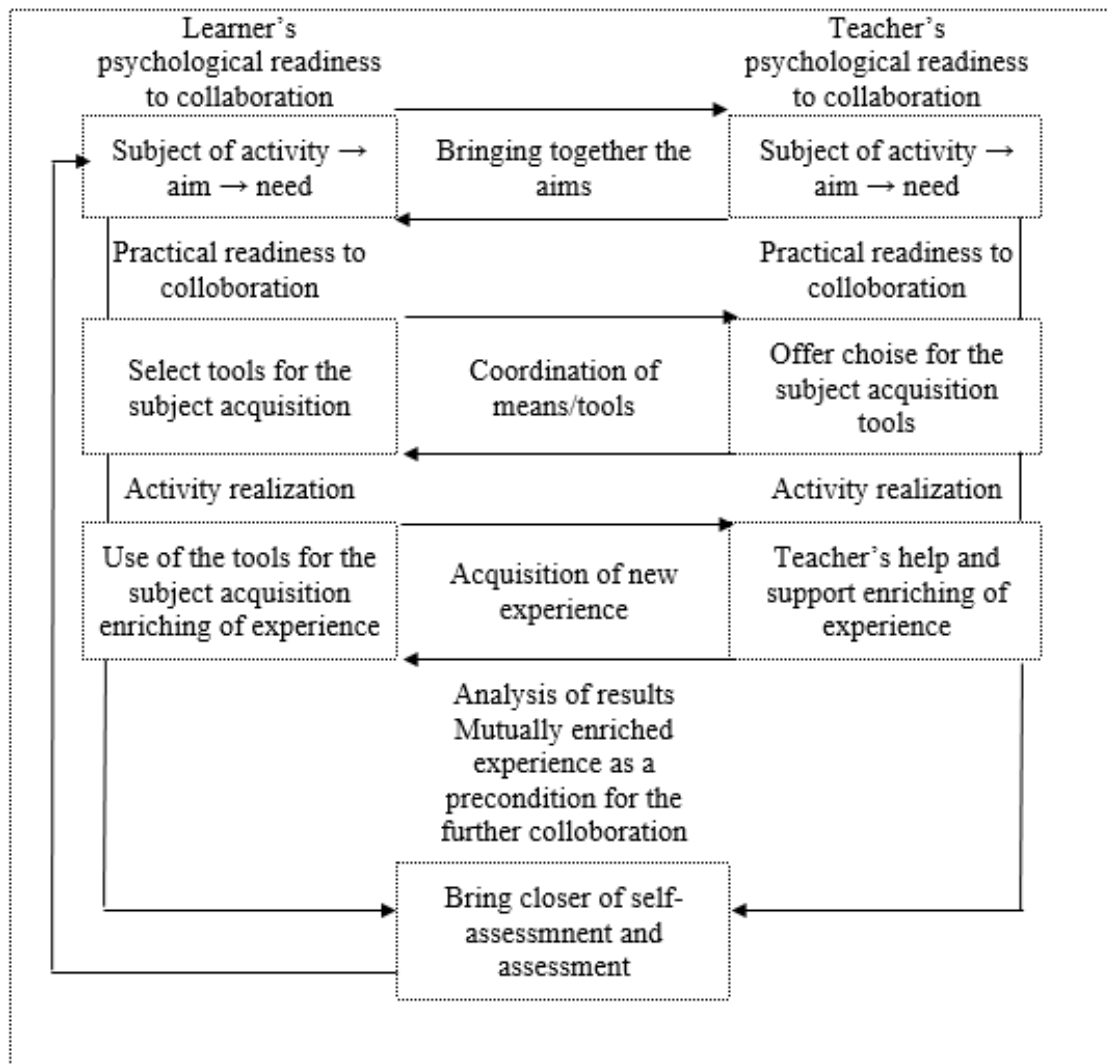
speeches of the Latvian thinker. Philosopher and educator Zenta Mauriņa was aware of popularity of her educational activity in Latvia before the Second World War and stated: “An echo of my speeches was not based on my knowledge, but more in the ability to ignite light in the souls of people. I loved not only what I was speaking about, but also those who were listening to me.” (Maurina, 1997). This self-evaluation came into my mind listening to lectures of Vladimirs Kincāns, a future professor at the University of Latvia. Where he was speaking enthusiastically to students. As I needed their evaluation of a lecture, I asked students to state the usefulness and excitement of it. Their assessment was 5 or 5+ (in the system of five marks). Students' interest could be explained by Kincāns' ability to show how conclusions of different philosophical schools were connected with behavior culture of people forming more kindly disposed and richer reciprocal relations, communication and collaboration between people.

In education most scientific research, including, analysis of self-experience is conducted towards the personality of teachers and the quality of their educational activities. There is less research as to the human qualities of an academic body at higher educational establishments and their influence in formation of students' personalities.

Philosophy is the very foundation of the theory of science of education. Most important is to develop the science of education based on philosophic conclusions, especially so for development of educators at higher educational establishments. Remembering lectures in education at University previous to the Second World War, Zenta Maurina wrote: “The most favourite lecturer at Riga University was Alexander Duge, a professor of pedagogics. The theme of his lectures was always the same: formation of a personality in works of Shakespeare, Goethe, Nietzsche... He was brilliant orator. Thoughts flourished, while he was speaking, the wide scope of his heart and largesse made unity with the sense of proportion, order and self-criticism. Culture for him meant harmony, the unity of inner and outer man, knowledge and life experience, thinking feeling and activity.” (Maurina, 1997).

Nowadays there is quite a number of educators at higher educational establishments with experience of working at school who manage perfectly well with students. A teacher, an educator is the main component of educational process ensuring successive and united continuation of educational process started at school and finding its continuation at a high educational establishment. The main indication of unity is collaboration that determine the quality of educational process both at school and higher educational establishment.

As society becomes more democratic, the collaboration between youths, between pupils and teachers and between students and lecturers becomes an objective pedagogical phenomenon. The collaboration between generations and peers is a mutual learning process. Collaboration is the main means of education and upbringing which in families, schools and high-schools becomes a two sided process – a growing personality on the one side and an adult on the other. If collaboration is to be beneficial for both parties, it must be based in equality (having equal rights) – the convergence of aims in action, the coordination of means, mutual help and support in carrying out the process of collaboration, the convergence of evaluating the process and results and self-evaluation. The modeling of collaboration gives an opportunity of pupils and teachers alike to see collaboration as a process and an important change in their self-experience. See model of collaboration in picture 1.



Picture 1. The model of collaboration

As collaboration is essential in educational process, it becomes a principle or the basic need in organizing any educational activity. Principle is not a situation-based condition, but that of a sustainable activity. What does a principle of collaboration in education demand? To achieve study aims, the principle of collaboration in the family, nursery school, at school and higher educational establishment demands a united approach from parents, children, pupils and teachers, students and educators. Like any other activity of a person, collaboration is purposeful, deliberate and voluntary. It has objective components, such as collaboration subject, means and product. It is necessary that all collaboration subjects in the study process would be aware of it. There has to be a unity of subjective components, namely the aim, needs, values, knowledge, the skills, to use them and self-experience that are improving in the course of collaboration. Development of self-experience in the process performed by a person himself. In the learning process one of things to overcome is the information flow of ready-made knowledge, judgements, facts, conclusions that take away the joy and excitement, possibility to improve self-experience for pupils (also students). On such occasions work at classes, lectures, seminars become boring and superfluous for pupils and students.

Psychologist A. Leontiev (Леонтьев, 1978) while analysing the inner structure of action first of all indicates the needs that motivate a person to action and are acquired through experience. The relations between the inner components of the objectives and motives indicate the meaning of action. The meaning of action changes if the motive changes psychologically. Interesting content, the methods of collaboration (especially a dialogue), positive peer attitude, intentionally acquired

new self-experience – these are important motives in the learning process. It means that a pupil/student is satisfied with one's own study process and the results.

The principle of collaboration demands organizing a purposeful collaboration in teams: pupils together with parents and teachers, students in cooperation with educators. Teamwork is worthy in cases if:

- 1) Promotion of mutual communication, unity, responsibility and trust takes place on everyday basis.
- 2) All team members have a clear objective and the need to achieve it.
- 3) Everyone is aware of importance of teamwork that is secured by cooperative learning and harmonizing of opinions (Špona, Čamane, 2009).

The common objective of a life-triangle, children-parents-teachers, is implemented in teamwork. Study and educational means for perfection of a growing personality are coordinated, the results are self-evaluated (within a framework of the triangle) and assessed together. Collaboration in a team is based on humane ideas – mutual respect, openness and trust. It is necessary to do away with the practice of teachers complaining about pupils being lazy, not doing their home-work, bad behaviour at school. Such approach threatens inculcation of pupils' respect to people, it creates distrust towards teachers, school, it brings about alienation from the study process, school and, as a result, - truancy. Respect, openness and trust demand from children, parents, teachers united involvement in learning activities.

In point of fact, teachers' work being submitted to authoritarian control remaining over from the authoritarian society does not promote realization of principles of collaboration. Supervision is directly connected with inculcating of mistrust of free will, incomprehension as to essence of collaboration. What is teachers' collaboration with pupils worth, if it does not disclose, firstly, pupils' attitude towards studying, secondly, a person as a value and, thirdly, self-evaluation of the results?

Feedback was a keyword at school in 20th century when the authoritarian technocratic process of education was in force.

A. Klarin in his "Innovations in the World Education" analysed and compared this educational process with a humane process (Кларин, 1999).

It is necessary for both – a teacher at school and an educator at a higher educational establishment – to have professional autonomy. It means free choice, independence and responsibility for study content and organization of its acquisition. Without educators' autonomy it is difficult to create a purposeful collaboration in teams, open and fair self-evaluation and assessment of activities.

Achievement – based approach in the development of each pupil and student

Under the influence of modern technology pupils' and students' understanding, way of thinking, process of learning is changing (Prensky, 2001). The researcher has established differences in a study process influenced by an early and long-term usage of computers by children.

Working with pupils/students this requires adults to know these changes in their development and to base upbringing in their achievement, diverse knowledge, skills and attitudes.

In 17th century Ian Amoss Komensky defined the principle of visuals in learning which meant that teachers were to care for word and text illustration by visuals – pictures, tables, charts, practical activities. Nowadays pupils who have been playing computer games from an early age at first see not a text, but a picture and this is a peculiarity of systematic usage of computers. Pupils' perception has changed and often the text is incomprehensible and the word – not taken in. Computer addicts also think differently from their teachers, they indulge in fancies and often live out of reality. They are active because a computer game demands quick actions; they get evaluated systematically. It stimulates for the action and game. But computer choices are random, whereas most teachers work with the content on a systematic basis. Using a computer the speed of perception is uneven and it is contrary to a traditional one at a lesson. That is why some of computer addicts are bored in the class. What is the way to work with so much diversity in pupils'

development? All teachers who work in one particular class ought to unite their effort and clarify each pupil's achievements in development, knowledge, attitudes, aptitude for self-regulation, established habits, contradictions in intellectual and emotional development, forming of will, attainment in physical development, social collaboration and communication skills. Achievements are stimuli for advancing development. A particular pupil's particular achievements are to be used by the teacher at lessons and for extra-curricular purposes as a source of reference. By stimulating particular achievements a pupil's development is fostered.

Ieva Jurjāne, lecturer of descriptive geometry at Riga Technical University, has noticed essential changes in the subject acquisition results; previously (approximately 20 years ago) students found it difficult to perceive and acquire descriptive geometry, which is not a problem any longer. Students – computer addicts – easily perceive images, space and acquire the subject without particular difficulties. In the processes of self-evaluation and assessment students and pupils discover new achievement possibilities, develop self-regulation skills and more purposeful self-education as their development guidance. Achievement – based principle is used in the research carried out by Riga Teacher Training and Educational Management Academy chair of Pre-school Education. It includes favouring a child's development using achievements and influencing less developed personality components by the ones better developed (scientific consultant Dace Medne, Dr.paed., asoc.prof.). This principle requires not to look for something that is not achieved but promote the accomplished and by help of achievement analysis and self-evaluation stimulate development of the lesser attainment.

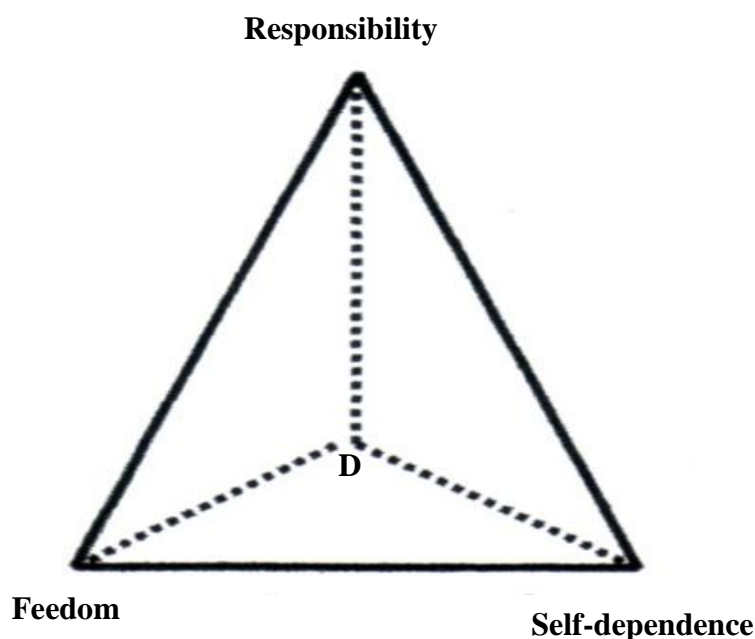
The principle of free choice

A person's freedom starts with ability to choose. Dzidra Meikšāne, professor of psychology, after getting acquainted with the work of nurseries in Germany characterized by children's choice of activities for most of the day, concludes: "A child is oriented towards choice and not commands" (Zīriņa, 2008).

This principle asks adults to support the unity of creating free consciousness (ability to choose/self-dependency and responsibility for each growing personality in collaboration. Freedom means a person's ability and possibility to think, choose a version of action or behaviour appropriate to his needs. Each person possesses his own inner and outer freedom. A person possessing inner freedom is self-governing (with rights of independent decisions / to take decisions and to act. Each child uses these rights very willingly, but on daily basis parents or teachers places restrictions on the growing child. Taking and executing decisions independently is a part of formation of a personality qualities. If a child, pupil, student has taken a decision independently, he tries to responsibly carry it out. Adults' help and support in realization this decision is the significant task in teaching values in the family, at school and also at a higher educational establishment. Our society more than ever before needs free people who, not dependent on external circumstances, choose their goals, means to achieve them, are responsible for implementation of the decisions taken.

Collaboration and achievement – based principles in education bring forward demands for development promotion means, whereas the principle of free choice asks for achieving needs-based educational goals. The aim of education is free choice / consciousness, self-dependence and responsibility as development of a lifelong humane personality core.

Picture 2 shows development of a humane personality core in action.



Picture 2. A triangle of educational goals

Activity results are not taken separately from the process of their implementation, and the means are in unity with a goal and needs of people.

Generosity between generations and social groups will become stronger if based on notions: the right creates the right, recognition of achievements creates new achievements.

Conclusion

The article deals with analysis of new principles in education that are significant for development of contemporary society and personality:

- 1) Collaboration between peers and generations;
- 2) Achievement – based approach to children and young people;
- 3) Free choice / consciousness in unity with self-dependency and responsibility as development of a humane personality care.

The urgency of the worked-out educational principles is determined by the need of improvement in professional educational activities and the tendencies of all socio-political communicative and collaborative quality.

References

1. Mauriņa, Z. (1997) *Iedrīkstēties ir skaisti*. Rīga: Daugava.
2. Prensky, M. (2001). *Digital game-based learning*. New York: McGraw-Hill.
3. Špona A., Čamane, I. (2009). *Audzinašana un pašaudzināšana*. Rīga: Raka.
4. Zīriņa, T. (2008). *Dzidra Meikšāne – pedagoģijas un psiholoģijas vienotāja*. Grāmatā *Laikmets un personība*, 218.-281.lpp., Rīga: Raka.
5. Кларин, А. (1999). *Инновации в мировой педагогике*. Москва: Смысл.
6. Леонтьев, А. (2005). *Деятельность. Сознание. Личность*. Москва: Смысл.

As.prof., Dr.paed. Inta Čamane
 Baltic International Academy
 Jaunā iela 44, Jēkabpils, LV-5201
 E - mail: direktors@jk.bsa.edu.lv

KONKRETŪS SANTYKIAI SU KITU

Zita Ruzgienė, Utenos kolegija

Anotacija

Atėjęs į šį pasaulį tam tikru laiku ir užėmęs man skirtą vietą erdvėje, aptinku, kad čia neesu vienas, esu daugybės kitų apsuptyje. Tiems kitiems aš taip pat esu kitas. Kaip mane sutinka jau esamos bendruomenės nariai, į ką krypta jų žvilgsnis, kodėl esu kito apžiūrinėjamas ir, atvirkščiai, kodėl aš pats apžiūrinėju kitus? Pagaliau suvoki, kad egzistuoju kito laisvės dėka, tačiau ši laisvė man kelia pavojų. Suprantu, kad kitas gali atimti mano laisvę, varžyti mane, kėsintis į mano tapatybę. Stengiuosi atsiriboti nuo kito, apibrėžti savo asmeninę erdvę. Išeidamas iš savosios erdvės, užsimaukšlinu kapišoną, užsidedu kaukę, užsimetu šydą, žodžiu, užmaskuoju save. Tai darau tam, kad kitas savo žvilgsniu neatskleistų manęs tokio, koks aš iš tikrųjų esu. Visgi, esu priverstas pripažinti, kad turiu gyventi bendruomenėje, nes be kito nesuvokčiau savo paties kitoniškumo kito atžvilgiu.

Man reikalingas kitas tam, kad suprasčiau save, kad save pažinčiau. Kol nėra *kito* aš esu subjektas ir mano stebimą *kitą* suvoki kaip objektą. Atsiradus *kitam*, subjektu tampa *kitas*. *Kitą*, kaip subjektą, galiu suvokti aptikdamas save kaip objektą *kitam*. *Kitas* iš objekto gali transformuotis į subjektą, nes manajame savęs kaip objekto suvokime yra implikuotas *kito* žvilgsnis.

Reikšminiai žodžiai: *Kitas, kito* žvilgsnis, *kito* veidas, *būtis – su (Mitsein), mes*, laisvė, atsakomybė.

Ivadas

Tyrimo problema. Savo straipsnyje¹ nagrinėdama *pono-vergo* santykio problemą, priėjau išvadą, kad jau „pats laikas pereiti prie Kito problemos analizės.“² Siekdama įgyvendinti šį tikslą ir išlaikyti minėto straipsnio tęstinumą, konkrečių santykių su kitu analizei pasirinkau du skirtingoms filosofinėms kryptims atstovaujančius autorius: prancūzų egzistencialistą *Jeaną – Paulį Sartre‘ą* (Ž.-P. Sartra, 1905 – 1980) ir Kaune gimusį prancūzų filosofą *Emmanuelį Leviną* (1906 – 1995).

Kitas įvairiais istoriniais laikotarpiais buvo traktuojamas skirtingai: iki XIX a.- kaip to paties veidrodis, XVIII a. pab.–XIX a.- įskilęs veidrodis, arba kitas kaip tarpininkas. Kitybė šiapus veidrodžių - XX a. tendencija mąstyti kitą bei kitybę anapus ontologijos ir jo suponuojamų būties, esmės, pažinimo klausimų. Pasak N. Keršytės, J.-P. Sartre‘o filosofija yra „savotiškas tiltas, jungiantis Vakarų ontologinę tradiciją su E. Levino filosofija.“³ Todėl neatsitiktinai šiame straipsnyje, gvildenant konkrečius santykius su Kitu, daugiausia dėmesio bus skirta J.-P. Sartre‘o laisvės problemos originalumui atskleisti. Kitas J.-P. Sartre‘o mąstyme yra atskleidžiamas kaip mano priešas ir mano konkurentas, o „aš“ ir kito santykio esmė – konfliktas.

E.Levinas, priešingai, įsitikinęs kad mano ir Kito santykis niekuomet nėra priešiškas. Kitas nėra mano laisvės riba. Iš esmės *monologinė* ateistinio egzistencializmo būtis E. Levino filosofijoje keičiama *dialoginiu* mano ir kito pašnekesiu. Pradinis klausimas, norint suvokti esminį Levino aprašomų intersubjektyvinių santykių skirtumą nuo aptartųjų, būtų toks: „ar gali „aš,“ žiūrėdamas į kitą, ieškoti ko nors kito, o ne savęs paties, savosios tapatybės patvirtinimo?“⁴

¹ Ruzgienė Z. Pono – vergo dialektika // Socialinė sveikata. 2014 Nr.1. P. 6 – 18. Prieiga internetu: <http://www.socialinisdarbas.lt/socialhealth>

² Ruzgienė Z. Pono – vergo dialektika // Socialinė sveikata. 2014 Nr.1. P. 18. Prieiga internetu: <http://www.socialinisdarbas.lt/socialhealth>

³ Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 33

⁴ Ten pat. P. 33

Straipsnio objektas – konkretūs santykiai su kitu.

Rengiant straipsnį buvo taikyti mokslinės literatūros ir kitų šaltinių analizės, lyginamasis ir apibendrinamasis metodai.

Kito žvilgsnis

Žvilgsnio fenomenologija yra dažniausiai aptariama tema šiuolaikinėje filosofijoje, tačiau filosofo D. Jonkaus pastebėjimu, „dažnai net užmirštama, kad būtent J.-P. Sartre'as buvo vienas pirmųjų, kuris panaudojo žvilgsnio fenomeno analizę santykiui su kitu aptarti.“⁵ *Būties-kitiems* struktūrą filosofas atskleidžia analizuodamas žvilgsnį, kuris nėra apribojamas vien tik akimi kaip jutimo organu. „Žvilgsnis pasireiškia ne tik kaip akių obuoliai, nukreipti į mane, bet ir kaip šakų šlamesys, žingsniai už manęs, praviros durys, atitraukta užuolaida. <...> Matomos yra ne akys ir jų spalva, dydis ir grožis, bet pats žvilgsnis su savo kryptimi, intensyvumu, galimais apžvalgos laukais ir kitomis išraiškomis. Tad suprantu, kodėl „kito žvilgsnis slepia jo akis.“⁶ Buvimas–pamatytu suponuoja, kad individo būtį jau konstitavo *Kito* dabartiškumas. *Kito žvilgsnis* verčia mane suakmenėti, nes jis mane, kaip savo stebėjimo objektą, sudaiktina, sustingdo. Tapdamas – *kito-pamatytu*, aš sustingstu virsdamas objektu, nes esu atiduodamas Kito sprendimui. Vadinasi, mano laisvė nėra jau tokia ir didelė, ji apribota?

Būtyje ir Niekyje J.-P. Sartre'as rašo: „... bet kuriuo momentu kitas žiūri į mane; vadinasi, mums reikia konkrečiais pavyzdžiais parodyti šį egzistuojantį santykį, kuris turi sukurti kito teorijos pagrindą; jei kitas iš principo yra *tas, kuris į mane žiūri*, mes turime sugebėti išaiškinti kito žvilgsnio prasmę.“⁷ Šią mintį J.-P. Sartre'as iliustruoja „slapta besiklausančio pavydulautojo“⁸ pavyzdžiu. Situacija tokia: žmogus klausosi pro rakto skylutę ir galvoja, kad jo niekas nemato. Tačiau pasigirsta žingsniai ir žmogus suvokia, kad kažkas jį patį stebi. Žmogus pajunta *gėdą*, būtent tuo momentu, kai išgirsta žingsnius. Pasidavęs smalsumui, žmogus ištirpsta savo veiksmuose ir praranda Aš-sąmonę. Staiga jį užklumpa (pamato) kitas; tuo momentu jis užfiksuojamas kaip *tas*, kas jis yra iš tikrųjų – slapta besiklausantis pavydulautojas.

Taigi, kitų požiūris į mus sugrąžina mūsų pačių savęs supratimą. Vadinasi, kad būtų įmanoma save pažinti, būtina reikalingas Kitas. J.-P. Sartre'as teigia, kad aprašytoji situacija „tuo pačiu metu atspindi mano faktiškumą ir mano laisvę.“⁹ Šioje būtinybėje glūdintis priklausomybės nuo kito aspektas nugalimas tada, kai individas sąmoningai save projektuoja į savo galimybes. Jis patiria savo paties-būtį nebūdamas Kitas. Kitais žodžiais tariant, teigia Sartre'as, „bet koks veiksmas, atliktas prieš kitą, iš principo gali būti kitam instrumentu, kuris gali būti nukreiptas prieš mane. <...> Kitas yra užslėpta mano galimybių mirtis...“¹⁰ Tokiu atveju, aš jau nebe padėties šeimininkas, aš tiesiog nežinau, kaip mane įvertins Kitas. Jo žvilgsnis *nusavina* mano galimybes mane sekdamas: „mano galimybę pasislėpti kampe kitas gali pakeisti į savo galimybę atidengti mane, identifikuoti, sulaikyti.“¹¹

Tačiau aš dar turiu *gėdą* ir *išdidumą*. Tai yra mano subjektyvios reakcijos į Kito žvilgsnį. *Gėda*, rašo Sartre'as, „yra gėda prieš save, ji yra *prisipažinimas* to, kad aš esu tas objektas, į kurį žiūri kitas ir jį teisia. Aš galiu jausti gėdą tik prieš savo laisvę, nes ji išslysta iš manęs, kad taptų *tuo* objektu.“¹² Būti pamatytu, teigia J.-P. Sartre'as, „konstituoja mane kaip būtį be apsigynimo prieš laisvę, kuri nėra mano laisvė. Būtent šia prasme mes galime nagrinėti save kaip „vergus,“ kadangi pasirodome kitam. Tačiau ši vergija nėra istorinis gyvenimo abstrakcijoje sąmonės formoje

⁵ Jonkus D. Santykio su Kitu paradoksai J.-P. Sartre'o fenomenologinėje antropologijoje // Žmogus ir žodis. 2006, IV, p. 12. Prieiga internetu: <http://www.biblioteka.vpu.lt/zmogusirzodis/PDF/filosofija/2006/jonkus.pdf>

⁶ Ten pat. P. 13

⁷ Сартр Ж.-П. (2000). Бытие и Ничто. Москва: Республика. P. 280

⁸ Ten pat., P. 282

⁹ Ten pat. P. 282 - 283

¹⁰ Ten pat. P. 287

¹¹ Ten pat. P. 287

¹² Ten pat. P. 284

rezultatas, kuris gali būti įveiktas. Aš esu vergas tokiame lygmenyje, kokiame esu priklausomas savo būtyje sąmonės viduje, kuri nėra mano, bet mano būties sąlyga.¹³ Tokiu būdu, aš atsiduriu pavojuje, kuris nėra atsitiktinis, jis – pastovi mano būties – kitam struktūra.

J.-P. Sartre'o žodžiais tariant, *Kitas* man visuomet yra esantis, nes aš visuomet esu *Kitam*. Būtent *žvilgsnis* mus ir nukreipia link mūsų *Būties-kitam* ir tuo pačiu atskleidžia Kito, kuriam mes pasirodome, egzistavimą. „Jei kiekvienas girgždesys kalba man apie žvilgsnį, reiškia, kad aš jau esu apžiūrinėjamos-būties padėtyje.“¹⁴

Kalbėdamas apie Kito pasireiškimą man, J.-P. Sartre'as seka G. Hegeliu. Kitas yra taip pat savęs įsisąmoninimas, nors jis man atrodo kaip įprastas objektas. Tokiu pat objektu ir aš pasirodau kitam ir tik tokioje akistatoje su kitu žmogus gali būti absoliučiai sau (*pour-soi*). Kitas mane domina tiek, kiek jis yra kitas aš ir kiek jis atspindi mano aš, nes jam aš esu objektas. Ši dar G. Hegelio išvelgta būtis-kitam yra būtina stadija savimonei vystyti. J.-P. Sartre'as, kaip ir G. Hegelis, teigia, kad aš turiu sulaukti iš kito mano būties pripažinimo, todėl mano savęs įsisąmoninimas turi būti įtarpintas kita savimone, kitaip tariant, „koks aš atrodau kitam, toks aš ir esu.“¹⁵ Tuo tarpu kitas M. Hedeggerio ontologijoje netampa objektu, santykis su kitu netampa priešybių priešprieša: „tai veikia skirtingų pusių tarpusavio priklausomybė. <...>. Tai sąmonių egzistavimas vienos šalia kitos.“¹⁶

Pirmoji nuostata *Kito* atžvilgiu: meilė, kalba, mazochizmas

Minėjau, kad J.-P. Sartre'as grįžta prie pono-vergo dialektikos, kurią tęsia parodydamas dviejų asmenų meilės santykį kaip pamatinį konfliktą. Meilė, kalba, mazochizmas, pasak J.-P. Sartre'o, yra tie veiksmai, kuriais *sau* stengiasi asimiliuoti *Kito* laisvę. *Meilėje* mylintysis sutinka būti *objektu*, nes nori būti mylimajam viskuo. Tačiau iš kitos pusės, jis nori būti mylimas. Buvo minėta, kad kito asmens laisvė yra mano būties pamatas, bet būtent dėl to, kad egzistuoju kito laisvės dėka, esu visai nesaugus, ši laisvė man kelia pavojų. Aš nenoriu būti objektu, noriu būti absoliučiu tikslu. Bet tam reikia kito meilės, aš turiu būti mylimas. Kai mane kas nors myli, išvengiu žvilgsnio, kuris mane mato tik kaip objektą. Tačiau ką tai reiškia norėti būti mylimam? J.-P. Sartre'as atsako: „tai užkrėsti kitą savuoju faktiškumu, norėti priversti jį nuolatos atkurti jus kaip paklūstančios ir įsipareigojančios laisvės sąlygą; tai norėti, kad laisvė grįstų faktą ir sykiu kad faktas būtų pranašesnis už laisvę. <...>... tai norėti įsikurti už bet kokios verčių sistemos, kurią kitas asmuo teigia kaip bet kokio vertinimo sąlygą ir objektyvų visų verčių pamatą.“¹⁷

Tam, kad būčiau mylimas, esu objektas, kurio įgaliotas pasaulis egzistuos kitam. Tačiau kita vertus, aš ir esu pasaulis. Dabar galiu nusiraminti, nes „kito žvilgsnis manęs nebesustingdo iki baimingumo, nebesustingdo mano būties tiesiog į **tai, kas aš esu**, aš negaliu būti **matomas** kaip bjaurus, kaip mažas, kaip bailus, nes šios savybės neišvengiamai reprezentuoja būties faktinį ribotumą ir mano baigtinumo kaip baigtinumo suvokimą.“¹⁸ Pasaulio fone aš nebeesu matomas kaip kažkoks „šis“ tarp kitų *šių*. Vadinasi, mylimasis egzistuoja kaip apriorinė šios laisvės riba.

J.-P. Sartre'as teigia, kad iki tol šis aprašymas beveik sutampa su G. Hegelio pono-vergo santykių aprašymu. Įsimylėjęs mylimajam nori būti tuo, kas vergui yra G. Hegelio ponas. Tačiau čia analogija ir pasibaigia, nes ponas, pasak Hegelio, „reikalauja vergo laisvės tik netiesiogiai <...>, o įsimylėjęs **pirmiausia** reikalauja mylimojo laisvės.“¹⁹ Vadinasi, jei noriu būti laisvas, turiu būti laisvai pasirinktas mylimuoju, kadangi kitam, kuris yra mano būties objekto pagrindas, *aš* yra tiek, kiek save atiduoda, o jo egzistavimas yra tiek, kiek jo *reikia*.

¹³ Ten pat. P. 290

¹⁴ Ten pat, P. 299

¹⁵ Ten pat, P. 275

¹⁶ Baranova J. (2004). XX amžiaus moralės filosofija: pokalbis su I. Kantu. Vilnius: VPU leidykla. P. 8 - 9

¹⁷ Sartre J.-P. Konkretūs santykiai su kitu asmeniu // Baltos lankos. 2002 Nr. 14. P. 134 – 135

¹⁸ Ten pat. P. 136

¹⁹ Ten pat. P. 137

Nežinantį troškimo mylėti mylimąjį, mylintysis turi *sugundyti*. O tai pasak J.-P. Sartre'o, reiškia padaryti save apžiūrimu. Gundymas siekia sukelti kitam asmeniui jo niekybės gundančiojo objekto akivaizdoje įsisąmoninimą. „Gundydamas siekiu įsteigti save kaip būties pilnatvę ir priversti **mane pripažinti kaip tokį**.“²⁰ Gundymu atsiveria *kalba*. J.-P. Sartre'o teigimu, kalba yra tas pats, kas kito asmens egzistencijos pripažinimas. Kito, kaip žvilgsnio pasirodymas priešais mane, verčia kalbą pasirodyti kaip mano būties sąlygą. J.-P. Sartre'as sutinka su M. Heideggeriu, teigusiu, kad *aš esu tai, ką aš kalbu*, tačiau, jo nuomone, aš niekuomet tiksliai nežinau, ar reiškiau tai, ką noriu reikšti ir iš viso ką nors reiškiau, nes tik Kitas yra tai, kas suteikia kalbai jos prasmę.

Akivaizdu, kad meilė iš esmės yra projektas padaryti save mylimą. Todėl J.-P. Sartre'o nuomone, kyla naujas prieštaravimas ir naujas konfliktas: „kiekvienas iš įsimylėjėlių yra visiškai kito belaisvis tiek, kiek jis nori padaryti save kito mylimą pašalinant visus kitus, bet tuo pačiu metu kiekvienas reikalauja iš kito meilės, jokių būdu neapsiribojančios „projektu būti mylimam.“²¹ Kiekvienas iš jų reikalauja, kad kitas įžvelgtų savo mylimajame objektyvią savo laisvės ribą kaip neišvengiamą ir pasirinktą savo transcendencijos pamatą. Įsimylėjėlio laisvė susvetimėja. „Kiekvienas trokšta, kad kitas jį mylėtų, ir nepagalvoja, kad mylėti – tai norėti būti mylimam, ir kad norėdamas, jog kitas mylėtų, jis nori tiksliai to, kad kitas norėtų būti jo mylimas.“²²

Visgi, mano būties - kitam asmeniui problema lieka neišspręsta. Kiekvienas iš įsimylėjėlių lieka sau visiškai subjektyvus, niekas neapsaugo jų nuo faktiškumo, kitas tampa transcenduojamu objektu. Be to, pasak J.-P. Sartre'o, mylimojo objektiškumą man gali atverti ir pamatytas iš šono trečiojo žvilgsnis. Čia pasirodo naujas bandymas, kurį J.-P. Sartre'as vadina *mazochizmu* arba meile pralaimėjimui. Tai būtų užsibrėžimas tapti mylimajam tik **objektu**, t. y. radikaliai būti **savyje**. Mazochizmą, filosofo nuomone, galima apibūdinti kaip tam tikrą svaigulį, bet ne tokį, „kuris apima stovint ties bedugne, tai svaigulys priešais kito asmens subjektiškumo prarają.“²³ Tai nuolatinė pastanga sunaikinti subjekto subjektiškumą, priverčiant kitą jį įsisąmoninti. Tai pralaimėjimas, kuris galų gale tampa pagrindiniu subjekto siekiamu tikslu. Tikslas, kurį aš noriu užvaldyti kitame yra pati jo laisvė. Tačiau laisvos ir sąmoningos būtybės neįmanoma valdyti. Todėl ir negali būti laimingos meilės istorijos.

Antroji nuostata *Kito atžvilgiu*: abejingumas, geismas, neapykanta, sadizmas

J.-P. Sartre'as neįžvelgia sėkmingų alternatyvų kaip išeiti iš uždaro pono-vergo dialektikos rato. Kadangi negaliu asimiliuoti Kito sąmonės savo objektyvumu, bandau laisvai *apžiūrinėti* kitą. Kito žvilgsnio apžiūrinėjimas suteikia galimybę išstoti prieš kito laisvę. Tačiau J.-P. Sartre'o nuomone, žvilgsnio apžiūrinėti negalima, nes tuo metu aš matau tik akis, o pats žvilgsnis pranyksta. Kitas tampa objektu. Bet tokiu atveju jis jau nebepajėgia pripažinti mano laisvės. Pasak J.-P. Sartre'o, *abejingumas* – tai *aklumas* santykiuose su kitu. *Aš* imu jaustis taip lyg būčiau vienas pasaulyje ir net nemanau, kad mane gali *apžiūrinėti* Kitas. Kitas visada yra čia, nors aš jo ir nepastebiu. Todėl projektas save patį padaryti savo būties pagrindu patiria nesėkmę.

J.-P. Sartre'as nurodo *geismą* kaip bandymą pasiekti laisvą Kito subjektyvumą per jo objektyvumą. Tačiau ir geisme negaliu pasisavinti kito laisvės, nes kitam tapus objektu, jo laisvė miršta. Vadinasi, geismas yra savo pralaimėjimo šaltinis, nes jo tikslas, filosofo nuomone, yra įkūnytos sąmonės *pasisavinimas*. Kito sąmonė paprasčiausiai išnyksta mano žvilgsnyje. „Troškimas prarado savo materiją, jis tapo abstraktus.“²⁴

Sadisto tikslas – paversti Kitą objektu. Tačiau tokiu atveju jis pats nebesupranta, ko ieško. Jis taip pat trokšta pasisavinti kitą kaip persikūnijusį transcendentalumą. Sadizmas gimsta iš nerimo Kito akivaizdoje, jis kyla iš pačios Meilės prasmės. J.-P. Sartre'as teigia: „Iš tikrųjų, mes pastebėjome, kad Meilė reikalauja ne kito laisvės pašalinimo, bet jos kaip laisvės pavergimo, tai yra

²⁰ Ten pat. P. 139

²¹ Ten pat. P. 143

²² Ten pat. P. 145

²³ Ten pat. P. 148

²⁴ Сартр Ж.-П. (2000). Бытие и Ничто. Москва: Республика. P. 412

jos pavergimo pačia savimi.²⁵ Todėl sadistas siekia neužgniaužti laisvę to, kurį jis kankina, o priversti šią laisvę laisvai susitapatinti su kankinamu kūnu. Sadistas stengiasi užvaldyti kito kūną prievarta ir skausmu. Savo klaidą jis pastebi, kai „auka žiūri į jį, tai yra tada, kai jis patiria savo būties absoliutų susvetimėjimą Kito laisvėje.“²⁶ Tokiu būdu Kito žvilgsnio išplėskimas sadisto pasaulyje veda prie sadizmo prasmės ir tikslo sunaikinimo. Todėl mes dar kartą sugrįžtame nuo *apžiūrinėjančiojo būties* prie *apžiūrimojo būties*.

Sadistas, supratęs, kad neužvaldė savo aukos laisvės, gali *neapkęsti* jos ir ją nužudyti. Tačiau *neapykanta*, J.-P. Sartre'o nuomone, taip pat neišlaisvina nuo Kito. Savo ruožtu, neapykanta yra pralaimėjimas. „Jos pirminis projektas iš tikrųjų yra kitų sąmonių likvidavimo projektas.“²⁷ Daugiausia, ką ji gali padaryti – kad iš viso nebūtų kito. Tačiau tai yra „aiškus pripažinimas, kad kitas *egzistavo*. <...> Kito mirtis nepermalduojamai konstituoja mane kaip objektą, lygiai taip pat, kaip ir mano asmeninė mirtis. Tokiu būdu, neapykantos pergalė jau pačiame savo atsiradime virsta pralaimėjimu.“²⁸ Neapykanta neleidžia ištrukti iš rato. Konfliktas taip ir lieka esminiu santykio pagrindu.

Būtis-su (Mitsein) ir mes

Šiame veikalų *Būtis ir Niekis* skyriuje J.-P. Sartre'as aiškina sąvokos *mes* prasmę. Jis rašo, kad kai kas gali priekaištauti, kad jo aprašymas yra nepilnas, „nes nebuvo skirtas dėmesys tam, kaip mes atskleidžiam save ne konflikte su kitu, o bendrume su juo.“²⁹ Iš tikrųjų, mes dažnai sakome „mes.“ Šios sąvokos naudojimas neišvengiamai nusiunčia prie realios *Mitsein* patirties; „mes“ galime būti subjektu ir šioje formoje, ji prilygsta daugiskaitai nuo „aš.“ Subjektas „mes,“ J.-P. Sartre'o nuomone, nėra mąstomas, jei jis nepriklauso daugumos subjektų mąstymui, kurie tuo pačiu metu ir vienas kito suvokiami kaip subjektyvumai, t. y. kaip transcendentuojantys-transcendentalumai, o ne kaip transcendentuojami-transcendentalumai. *Mes* apima daugelį subjektiškumų, kurie pripažįsta vienas kitą kaip subjektiškumai. Pavyzdžiui, „mes“ priešinamės, „mes“ šturmuojame, „mes“ stebime kažkokį reiškinį. Tokiu būdu, „subjektiškumo pripažinimas yra analogiškas neteistinės sąmonės pripažinimui ja pačia. <...> Geriausią „mes“ pavyzdį gali pateikti teatro žiūrovas, kurio sąmonė ištirpsta teatro vaidinimo suvokime.“³⁰ J.-P. Sartre'o nuomone, subjekto-mes patirtis gali būti surasta esant bet kokioms aplinkybėms. Pavyzdžiui, kai tampa incidento žiūrovu, aš patiriu save netetistiškai įjungtu į *mes*. *Mes* žiūrime į įvykius, *mes* dalyvaujame. Ir štai mes sugrįžome prie M. Heideggerio. Tačiau J.-P. Sartre'as teigia, kad „mes nemanėme abejoti „mes“ *patirtimi*. Mes apsiribojame atskleidimu to, kad iš patirties negali būti mūsų kito sąmonės pagrindu.“³¹ Juk iš tikrųjų ji negali konstituoti ontologinės žmoniškosios realybės struktūros, „mes parodėme, kad buvimas-sau tarp kitų pirmapradiškai pasirodė kaip metafizinis ir atsitiktinis faktas.“³²

Be to, kaip teigia J.-P. Sartre'as, aišku, kad *mes* nėra nei intersubjektyvi sąmonė, nei nauja būtis, kuri iškelia ir apjungia savo dalis į sintetinę visumą panašiai kaip sociologų kolektyvinė sąmonė. „*Mes*“ patiriama kaip vieninga sąmonė, nebūtina, kad *visi* lankytojai kavinės terasoje būtų išisąmoninę būti „*mes*,“ kad aš jausčiau jog esu įjungtas į „*mes*“ su jais. „*Mes* yra ypatinga apibrėžta patirtis, kuri susikuria patikimuose atvejuose būties-kitam apskritai pagrindu. *Būtis-kitam* yra *būtis-su-kitu* pirmtakė ir pagrindas.“³³ J.-P. Sartre'as teigia, kad nėra tokio *Mes*-subjekto, yra dar ir *Mes*-papildymas, tai yra *Mes*-objektas. Tokiu būdu, egzistuoja dvi radikalčiai skirtingos „*Mes*“

²⁵ Ten pat. P. 416

²⁶ Ten pat. P. 419

²⁷ Ten pat. P. 425

²⁸ Ten pat. P. 425

²⁹ Ten pat. P. 425

³⁰ Ten pat. P. 426

³¹ Ten pat. P. 427

³² Ten pat. P. 427

³³ Ten pat. P. 427

patirties formos ir tiksliai jas atitinkančios dvi formos *apžiūrinčioje-būtyje* ir *apžiūrimoje-būtyje*, kurios suformuoja pagrindinius Sau santykius su Kitu.³⁴

Mano santykis su Kitu arba Kito santykis su manimi gali tapti *objektu Kitiems* tada, kai atsiranda *trečias*, kuris mus stebi. Tuomet aš ir patiriu gėdą, jaučiu, kad mano galimybės yra nusavinamos ir tuo pat metu suvokiu, kad Kito galimybės yra mirusios. Trečiam aš ir Kitas egzistuojame kaip *ekvivalenčios* ir *solidarios* struktūros. Šioje objektyvioje situacijoje iš laisvų mūsų transcendentalumų atsiradimo nekyla konfliktas, bet jis įsitvirtina ir transcenduojasi Trečio kaip faktiškai duoto, kuris mus apibrėžia ir išlaiko vieną su kitu. „Kito galimybė įveikti mane ir mano galimybė apginti save ne išskiria vienas kito, o papildo.“³⁵ J.-P. Sartre'o nuomone, mes-objektas atsiveria tik per prisiėmimą to, kas šioje situacijoje yra mano įgyvendinta, t.y. per būtinumą, kai aš turiu prisiimti laisvės gilumoje *taip pat* prisiimti Kitą. Tokiu atveju aš galiu pasakyti: „Aš kaunuosi su Kitu,“ kai nėra Trečio. Bet kai jis tik pasirodo, mano ir Kito galimybės niveliuojasi į mirusias-galimybes. Mes-objektas atitinka pažeminimo ir bejėgiškumo patirtį: „tas, kas patiria save kaip konstituojantį *Mes* su kitais žmonėmis, jaučiasi priklijuotas tarp svetimų egzistavimų begalybės; jis susvetimėja radikaliai ir bejėgiškai.“³⁶ Mes esame *mes* tik kitų akyse; būtent kitų žvilgsnio dėka priimame save kaip mes, daro išvadą *Būties ir Niekio* autorius.

Patirtis „mes“ negali duoti man pirmavaizdžio žinojimo kaip kitų, tų, kas sudaro dalį mes. Visiškai priešingai, būtina, kad iš pradžių būtų kažkokios žinios to, kas yra kitas, kad mano santykių su kitu patirtis galėtų būti realizuota „*Mitsein*“ forma. „Jei kitas nebūtų duotas tuo pačiu metu, tai „mes“ patirtis, suduždama, pagimdytų tik grynų objektų-instrumentų pasaulyje suvokimą.“³⁷ Veikalo autorius teigia, kad šie pastebėjimai nepretenduoja išsemti visas galimybes apie klausimo „mes“ sprendimą. Jie tik parodo, kad mes-subjekto patirtis neturi jokios metafizinio atskleidimo vertės; jis neatskiriamai priklauso nuo skirtingų *kitam* formų ir yra tik empirinis kai kurių iš jų praturtinimas. J.-P. Sartre'as teigia, kad veltui tikimės humaniško „mes,“ nes šis idealas „numato transcendencijų konflikto kaip pirmaprādės būties kitam būsenos pripažinimą.“³⁸

Tokiu būdu, nėra jokios simetrijos tarp mes-objekto patirties ir mes-subjekto patirties. Pirmasis yra realaus egzistavimo matmens atvertis ir atitinka paprasčiausią pirmaprādės patirties kitam praturtinimą. Antrasis yra psichologinė patirtis, realizuojama istorinio žmogaus, panardinto į darbo pasaulį ir į tam tikro ekonominio tipo visuomenę. „Ši patirtis nieko ypatingo neatskleidžia ir yra tiesiog subjektyvus *Erlebnis*“³⁹ J.-P. Sartre'as pasilieka prie savo nuomonės: santykių tarp sąmonių esmė – ne *Mitsein*, o konfliktas.

Kitas kaip kito veidas

E. Levino, kaip ir J.-P. Sartre'o, mąstymą veikė E. Husserlio fenomenologija ir M. Heideggerio ontologija. Be to, J.-P. Sartre'o *Būties ir Niekis* buvo tas šaltinis, iš kurio E. Levinas sėmėsi minčių savo filosofijai, suteikdamas skaitytojui progą parodyti, kuriuo keliu jis pats nuėjo. Todėl tikslinga paieškoti bendrų sąlyčio taškų ir atskleisti kitokį E. Levino mąstymo atspirties pagrindą.

N. Keršytė, rašydama įvadą E. Levino kūriniiui *Apie Dievą, ateinantį į mąstymą*, pastebi, kad fenomenologija E. Leviną „sudomina kaip nauja mąstymo galimybė nuo vienos idėjos pereiti prie kitos <...>, galimybė aprašyti mąstymo intencijas, stengiantis išvengti to, kad žiūra būtų apakinta matomo dalyko.“⁴⁰ Mąstytojas visam gyvenimui išlieka ištikimas fenomenologiniam metodui, nežiūrint tam tikro atsiribojimo nuo E. Husserlio ar M. Heideggerio. R. Šerpytė pokalbyje, skirtame E. Levino pirmosioms mirties metinėms, teigė, jog Levinas „išryškina tai, ką jis

³⁴ Ten pat. P. 427

³⁵ Ten pat. P. 430

³⁶ Ten pat. P. 431

³⁷ Ten pat. P. 439

³⁸ Ten pat. P. 441

* Išgyvenimas, pergyvenimas (*vok.*)

³⁹ Ten pat. P. 44

⁴⁰ Keršytė N. *Kitas veidas* // Levinas E. (2001). *Apie Dievą, ateinantį į mąstymą*. Vilnius: Aidai. P. 9

pats laiko esmine Husserlio tiesa – sąmonės intencionalumo, jos nukreiptumo į tam tikrą objektą idėją.⁴¹ Juk kiekviena sąmonė yra kieno nors sąmonė. Tačiau, pasak E. Levino, jos negalima aprašyti nenurodant to objekto, į kurį nukreipta jos intencija. N. Keršytė nurodo, kad E. Husserliui intencionalumas – tai identifikavimas, kito tapatybės nustatymas, bet kokios kitybės redukavimas į tapatybę. E. Levinas, priešingai, siekia to išvengti ir tokį sąmonės nukreiptumą į tai, kas nėra ji pati, būtent į kitą, mąsto nepažintinėmis kategorijomis ir, priešingai E. Husserliui, negalvoja, jog ji gali būti redukuojama į pažinimą ir tikrumą. R. Šerpytė pastebi, kai sąmonė yra redukuojama ir aprašoma kaip kieno nors, kaip atgręžta į tam tikrą objektą, ji pastato jį į kitą vietą, kitur nei pažįstančioji sąmonė: „ji pastato jį šalia daiktų, tai yra ten, kur, pasak Levino, jau galima klausti ne „kas tai?“, bet „kaip yra tai, kas yra?“⁴² Pats E. Levinas teigia, kad jam „tai yra“ beasmenės būtybės reiškinys „tai“ [il].⁴³ Šio „tai yra“ filosofas nelaiko nei būties įvykiu, nei niekiu, net jei nieko nėra.

E. Levinas atsiriboja nuo E. Husserlio intencionalumo teorijos, pagrįstos adekvačia ir simetrine koreliacija tarp *noema* ir *noesis*,* nes Kitas E. Levino mąstyme priartėja prie manęs kaip totaliai svetimas, jis man pasirodo kaip Kito veidas. R. Šerpytės nuomone, Levino filosofavimo teorinis pamatas yra M. Heideggeris ir jo intencijos, be to, filosofas pripažįsta, kad M. Heideggerį „išpranašauja pati fenomenologija, kad Heideggeris yra ne tik jos tąsa, bet, matyt, ir išsipildymas.“⁴⁴ Tačiau reikia pastebėti, kad E. Levinas išsaugo E. Husserlio „fenomeną.“ Šiuo terminu prancūzų mąstytojas nusako realybę, atitinkančią esančių totalybę. Kadangi Kitas negali tapti tokios totalybės momentu, jis nėra „fenomenas.“ Jis yra paslaptis, neapibrėžiama fenomenologiniais terminais, yra tai, kuo aš nesu. Tuo tarpu fenomenologine prasme žmogus išlieka vienišas *Aš*, kuris „neturi kito kaip kito, kuriam kitas – tai kitas *Aš*, *alter ego*, pažįstamas simpatijos, tai yra grįžimo į patį save būdu.“⁴⁵

E. Levinui artimesnė M. Heideggerio fenomenologija, kurioje transcendentalinis subjektas keičiamas egzistenciniu subjektu (štai-būtis), o intersubjektinė arba „būties-su“ [*Mitsein*] sfera, kaip pastebi N. Keršytė, „aprašoma ne kaip teorinio pažinimo, o kaip praktinės veiklos sfera.“⁴⁶ Taip pat ji teigia, kad M. Heideggerio fenomenologijoje „esama visiškos simetrijos bei adekvatumo tarp manosios štai-būties ir kitų štai-būties, be to, čia kitas, panašiai kaip ir huserliškame aprašyme, yra „mano dublikatas.“⁴⁷ Kaip rašo pats M. Heideggeris, „būtiškas santykis su kitu yra savos būties autoprojekcija „į kitą.“⁴⁸ Tuo tarpu E. Levino aprašymas iš esmės yra asimetriškas, Kitas negali būti aprašomas taip pat kaip *aš* (tas pats). N. Keršytė rašo, jog E. Levinas „intersubjektyvumo, socialumo pagrindo ieško anapus bet kokios pragmatikos ir ekonomijos, pagrįstos nuosavybės, taigi ir tapatybės, savasties „aš“ pirmumo principu.“⁴⁹ *Ivado* autorė taip pat įžvelgia, kad čia E. Levinas bus pasinaudojęs J.-P. Sartre'o tvirtinimu, kritikuojant M. Heideggerį, kad kito būtis „nėra išvedama nei per objektus ar įrankius, nei iš „aš“ būties, ji išstinka „aš“ būtį per *susitikimo įvykį*: „Kitas asmuo yra *sutinkamas*, o ne konstituojamas.“⁵⁰

⁴¹ Šerpytė R. Į begalybę išeinama tik per kitą // Šiaurės Atėnai, 1996 01 06, Nr. 1(295)

⁴² Ten pat.

⁴³ Levinas E. (1994). *Etika ir begalybė*. Vilnius: Baltos lankos. P. 24

* Sąvokas *noema* ir *noezė* vartojo E. Husserlis savo *Karteziškosiose meditacijose* (Husserl E. (2005). *Karteziškosios meditacijos*. Vilnius: Aidai). Pasak E. Husserlio, gryoji sąmonė savo aktais (*noezėmis*) konstituoja *manomus* objektinės prasmės turinius (*noemas*). *Noezė* – sąmonės veikla, kurios pagrindas yra juslinė duotybė (*hyle*). Tai realieji išgyvenimo turiniai. *Noema* – esmė, kurią atitinka sąmonės veikla. Sintezė atskiras *noezes* paverčia objektinio suvokimo vienvėde. *Noema* – tai ne tikrai egzistuojantis objektas pats savaime, o objektas intencionaliai kylantis iš prasmę teikiančios sąmonės procesų funkcijos. Noetikos negalima tapatinti su subjektu, o noemikos – su objektu. Noeminė – noetinė sąmonės sąranga yra ir subjekto bei objekto patyrimo galimybės sąlyga. Taip pat šių procesų negalime patirti atskirai vienas nuo kito (Прехтль П. (1999). Введение в феноменологию Гуссерля. Томск: Водолей. P. 30).

⁴⁴ Šerpytė R. Į begalybę išeinama tik per kitą // Šiaurės Atėnai, 1996 01 06, Nr. 1(295)

⁴⁵ Левинас Э. От существования к существующему // Левинас Э. (1999). *Избранное: Тотальность и Бесконечное*. Москва: СПб.: Культурная инициатива. P. 53

⁴⁶ Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). *Apie Dievą, ateinantį į mąstymą*. Vilnius: Aidai. P. 38

⁴⁷ Ten pat. P. 38

⁴⁸ Heideggeris M. Būtis ir laikas // Heideggeris M. (1992). *Rinktiniai raštai*. Vilnius: Mintis. P. 75

⁴⁹ Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). *Apie Dievą, ateinantį į mąstymą*. Vilnius: Aidai. P. 38

⁵⁰ Сартр Ж.-П. (2000). *Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии*. Москва: Республика. P. 273

Kita vertus, E. Levinas susitelkia ties pagrindine M. Heideggerio mintimi, teigiančia, kad ryšys tarp būtybių ir Būties pirmiausia glūdi *suvokime* ir *supratime*. E. Levinas teigia, kad tokia M. Heideggerio samprata neleidžia parodyti kitai žmogiškai būtybei savęs tokios, kokia ji yra. *Totalybėje ir begalybėje* E. Levinas pabrėžia: „mes radikaliai prieštaraujam Heideggeriui, kuris santykį su Kitu priskiria ontologijai <...> vietoj to, kad teisingume ar neteisingume įžvelgtų savotišką kreipimosi į Kitą būdą, esantį už bet kokios ontologijos.“⁵¹ E. Levinui suvokti kitą – reiškia sugriauti tai, kas skiria kitą žmogų nuo visų pasaulio būtybių. Filosofo nuomone, negalima turėti galios kitam, neredukuojant jo į tai, kuo jis nėra, tai yra nenužudant jo. Tai, pagal ką mes „žinome“ kitą, yra randama ne Būtyje, o veide, kuris žiūri į mane. R. Šerpytė pastebi, kad „Būtybė E. Levinui jau ne visa tai, kas egzistuoja, o žmogus, egzistuojantis žmogus. Pati būtis tėra grynas, nuogas buvimo faktas, egzistencija, neasmeniška, neutrali, anonimiška arba, kaip jis pats įvardija, - „tai yra.“⁵² Pasak R. Šerpytės, E. Levinas kalba ne apie pačios būties, kaip visų būtybių buvimo pagrindo teisių atstatymą, o apie būtybės privilegijas santykiuose su būtimi. E. Levinas ieško išeities iš M. Heideggerio filosofijoje atskleisto būties totalumo. Jo filosofijos atspirties taškas – *Kitas (Autre)*, kurio kitybė atsiskleidžia per kitą asmenį (*Autrui*).

N. Keršytė teigia, kad susitikimo su kitu situaciją, priešingai negu J.-P. Sartre'as, E. Levinas supriešina su patirtimi: „Levino aprašomame susitikime kitas pasiekia mane ne kaip tiesiog kita būtybė, kita štai-būtis (Heideggeris) ir ne kaip patyrimui bei suvokimui duotas kito subjekto, kito „aš“ fenomenas (Husserlis), bet kaip *veidas*.“⁵³ Pats E. Levinas teigia, kad prieiga prie veido yra etinė. Kai matome nosį, akis, kaktą, smakrą ir galime juos aprašyti, atsisukame į kitą asmenį kaip į objektą. Pasak E. Levino, „geriausias būdas susitikti su kitu asmeniu – tai net nepastebėti jo akių spalvos!“⁵⁴ Stebėdami akių spalvą, mes jau nebesueiname į socialinį santykį su kitu asmeniu. Filosofas kalba apie Kitą kaip apie „nuogumą.“ Tačiau tai nėra ta nuoguma, kuri atsiranda apsinuoginus; greičiau, aiškina E. Levinas, tikroji nuoguma yra (Kito) veidas. „Veido oda lieka nuogiausia, labiausiai apnuoginta. <...> Veidas yra išstatomas, grėšiamas, tartum skatintų mus prievartos aktui. O kartu veidas mums draudžia žudyti.“⁵⁵ Anot E. Levino, „Nežudyk“ yra pirmasis veido žodis. <...> Veido apraiškoje glūdi prisakymas, tartum man kalbėtų vyresnysis [*maitre*].“⁵⁶ Tačiau tuo pat metu, sako mąstytojas, kito asmens veidas yra apnuogintas: tai vargšas, kuriam aš galiu padaryti viską ir kuriam viską privalau. Aš pateikiu save kitam netgi daugiau negu pats sau. Kito nuogumas iš esmės kaip išorė, nesuvokiamas ontologiškai, numato, jog tarp Aš ir Kitas egzistuoja asimetriški santykiai; kitaip sakant, jie išvengia tarpsubjektyvumo simetrijos. E. Levino teigimu, „veidas yra reikšmė, reikšmė be konteksto.“⁵⁷ Tuo norima pasakyti, kad kitas asmuo dėl savo veido tiesumo nėra personažas kontekste, „veidas yra prasmė tik dėl jos pačios. Tu – tai tu. Šia prasme galima sakyti, kad veidas nėra „regimas.“⁵⁸ Pasak E. Levino, veidas yra tai, kas negali tapti turiniu, kurį aprėptų mūsų mąstymas, jis yra neaprepiamas, jis veda mus anapus. Kaip tik todėl veido reikšmė verčia jį išeiti už būties kaip žinojimo koreliato. Priešingai, „regėjimas yra atitikimo siekimas, kaip tik jis pirmiausia įtraukia būtį.“⁵⁹

N. Keršytės nuomone, veido kaip fenomeno, statusas yra ypatingas, tai savotiškas fenomeniško perteklius, kurio negalima aprašyti įprastomis fenomenologinėmis kategorijomis. O regimybės perteklius skatina E. Leviną mąstyti apie tai, kad kitas kaip toks, kaip absoliučiai kitas negali būti aprašomas regos kategorijomis, nes „Kito veidas nėra koks nors apibrėžta formą turintis

⁵¹ Левинас Э. Тотальность и Бесконечное // Левинас Э. (1999). Избранное: Тотальность и Бесконечное. Москва: СПб.: Культурная инициатива. P. 119

⁵² Šerpytė R. Į begalybę išeinama tik per kitą // Šiaurės Atėnai, 1996 01 06, Nr. 1(295)

⁵³ Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 38

⁵⁴ Levinas E. (1994). Etika ir begalybė. Vilnius: Baltos lankos. P. 86

⁵⁵ Ten pat. P. 86

⁵⁶ Ten pat. P. 89

⁵⁷ Ten pat. P. 86

⁵⁸ Ten pat. P. 87

⁵⁹ Ten pat. P. 87

vaizdas, antraip jis nesiskirtų nuo kaukės. Kitų fenomenų atžvilgiu veidas išsiskiria ne tuo, kad yra kaip nors kitaip regimas, bet tuo, kad savo esme jis neregimas.⁶⁰

Išeitis iš regimybės surandama per *kalbą*. Kitas asmuo kalba man, o aš kalbu kitam. E. Levinas teigia, kad „veidas ir diskursas yra susiję. Veidas byloja. Byloja ta prasme, kad kaip tik jis įgalina ir pradeda bet kokį diskursą.“⁶¹ Kalbantis santykis yra tarsi alternatyva intensionaliai santykiui. „Kitas - ne regimas, bet išgirstamas,“⁶² - pastebi N. Keršytė. Vos tik pasirodo mano akivaizdoje, veidas byloja ir taip kreipiasi į mane. Priešingai, negu fenomenologiniame aprašyme, veidas nėra mano nukreiptumo į jį objektas. N. Keršytė mano, kad E. Levino pateikiamas veido fenomeno aprašymas iš esmės atitinka J.-P. Sartre'o atliekamą žvilgsnio aprašymą. Būtent per žvelgiantį kito žvilgsnį, „kuris negali būti užčiuoptas, pagautas nei pašalintas kaip objektas, kitas išnyra kaip absoliutus subjektas, absoliutus kitas,“⁶³ - teigia J.-P. Sartre'as. N. Keršytės pastebėjimu, J.-P. Sartre'as taip ir pasilieka ontologijoje, kurioje bet kokia kitybė neišvengiamai redukuojama į tapatybę. E. Levinas, priešingai, nurodo kelią, kaip iš jos išeiti. Išeidamas iš regėjimo srities, aš kartu pasitraukiu nuo pažinimo ir būties klausimų. Tuo tarpu J.-P. Sartre'as sako, jog „kito asmens žvilgsnio dėka aš konkrečiai patiriu, kad esama pasaulio anapusybės.“⁶⁴ E. Levinas tokį santykį įvardija kaip santykį anapus būties, teigia N. Keršytė ir nurodo, kad vienas iš to „anapus“ modų ir yra kalba.

E. Levinas – dialogo filosofas, iš esmės *monologinę* egzistencializmo būtį pakeitęs *dialoginiu* mano ir Kito pašnekesiu, bendru buvimu. Kitas, anot filosofo, pasirodo man dievišku apreiškimu, nes talpina savyje begalybės idėją. Mano ir Kito santykis niekada nėra priešiškas, kitas nėra mano laisvės riba. E. Levino nuomone, individas gali papasakoti apie savo egzistenciją, bet ne ja pasidalyti. Vienatvės temą mąstytojas priskiria „egzistencialistams“ ir sako, kad „egzistencija“ tuo metu buvo aprašoma kaip vienatvės neviltis arba kaip izoliacija baimėje.⁶⁵ Knygos *Laikas ir Kitas* autorius teigia, kad jis savo kūrinys mėgino išeiti iš šios egzistavimo izoliacijos.

Mirtis. Erosas. Sūnystė

Knygoje *Laikas ir Kitas* E. Levinas pateikia mirties analizę ir perspėja, kad jo mirties analizė kančioje skiriasi nuo heidegeriškojo buvimo-mirties-link. E. Levinui mirtis yra paslaptis, o M. Heideggeriui – buvimas-mirties-link yra „didžiausias proto aiškumas ir tuo pačiu didžiausias vyriškumas,“⁶⁶ pačios galimybės pagava – kitaip sakant, aktyvumas ir laisvė. Vadinas, mirtis M. Heideggeriui yra laisvės įvykis, tuo tarpu E. Levino subjektas pasiekia galimos kančios ribą, paties autoriaus žodžiais tariant, „jis sukaustytas joje, jos užtvindytas ir pasyvus. Šia prasme mirtis yra idealizmo riba.“⁶⁷ E. Levinas stebisi, kad šis pagrindinis mūsų santykio su mirtimi bruožas išslydo iš filosofų akiračio, todėl jis jaučia pareigą pradėti analizę ne nuo mirties niekio, o nuo situacijos, kurioje pasirodo kažkas absoliučiai nepažinus. Mirtis E. Levinui niekada netampa dabartimi, ji – nuolatos ateityje. Autorius vadovaujasi dar iš antikinių laikų mus pasiekusia mintimi apie mirtį: „kol esi tu, jos nėra, o kai ji yra, tavęs nėra“⁶⁸ ir pastebi, kad čia nėra pakankamai įvertintas mirties paradoksas, nes „nutrintas mūsų santykis su mirtimi,“ kuris ir yra vienintelis mūsų santykis su ateitimi.

Tai, kad mirtis nuolat ateityje, E. Levino nuomone, yra todėl, kad mes nuo jos bėgame ar nedovanotinai nusigręžiame mirties valandą, o todėl, kad „mirties negalima pagauti, kad ji talpina

⁶⁰ Keršytė N. *Kitas veidas* // Levinas E. (2001). *Apie Dievą, ateinantį į mąstymą*. Vilnius: Aidai. P. 40

⁶¹ Levinas E. (1994). *Etika ir begalybė*. Vilnius: Baltos lankos. P. 88

⁶² Keršytė N. *Kitas veidas* // Levinas E. (2001). *Apie Dievą, ateinantį į mąstymą*. Vilnius: Aidai. P. 41

⁶³ Сартр Ж.-П. (2000). *Бытие и Ничто*. Москва: Республика. P. 307 -308

⁶⁴ Ten pat. P. 309

⁶⁵ Levinas E. (1994). *Etika ir begalybė*. Vilnius: Baltos lankos. P. 53 - 54

⁶⁶ Левинас Э. (1998). *Время и Другой/Время и Другой*. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа. P. 69

⁶⁷ Ten pat. P. 69

⁶⁸ Ten pat. P. 71

savyje bet kokią subjekto vyriškumo ar didvyriškumo pabaigą.⁶⁹ Sekant filosofo mintimis, jau kančioje, kurios gelmėse buvo sučiupta ši kaimynystė su mirtimi, subjekto aktyvumas pavirsta pasyvumu, vis dar fenomeno plotmėje, tačiau ne tą kančios akimirką, kai užspėstas būtyje, aš ją dar pagaunu ir lieku kančios subjektu, - o verksme, raudoje, kurioje atsispindi kančia. E. Levinas sako, kad ten, kur kančia tampa gryna, kur tarp jos ir subjekto nieko nėra, būtent čia „didžiausia atsakomybė pavirsta į didžiausią neatsakingumą, į vaikystę.“⁷⁰ Vadinasi, mirti – tai sugrįžti į neatsakingumo būseną, būti vaikiškai sukrėstu raudos.

E. Levino nuomone, prasmė ne tame, kad subjektas kažko nebegali, išekvoja savo galias, o tai, kad artėjant mirčiai, mes daugiau nebegalime galėti; būtent čia subjektas ir praranda savo subjektinę valdžią: „mirtis – tai negalimybė turėti projektą.“⁷¹ E. Levino manymu, mirties artėjimas reiškia, kad mes išitraukiame į santykį su kitu, kad mano vienatvė čia nėra patvirtinama, atvirksčiai, ji sugriaunama mirties. Sekant mąstytojo mintimi, kitas jokių būdu nėra mano Aš kitas, o ir „ryšys su kitu – ne idiliškas ir harmoningas ryšys vienos bendruomenės viduje, ne išigyvenimu, pastatant save į svetimą vietą, mes pripažįstame kitą; <...> ryšys su kitu – paslaptis.“⁷² Vadinasi, pasak E. Levino, tik per kančią, tik per santykį su mirtimi savo vienatvėje, būtybė atsiduria toje srityje, kur galimas ryšys su kitu. Tačiau kai teigia pats knygos *Laikas ir Kitas* autorius, charakterizuoti šį ryšį būtina skirtingais terminais ir nurodo, kad jų provaizdžiu galėtų būti meilės santykiai. Būtent erosas ir pasitarnautų šios analizės ryšiui su paslaptimi. Be to, E. Levinas mirties situacijos analizėje atranda dar vieną buvimo su kitu požymį, ko taip pat negalima pagauti – tai ateitis, kuri mus visuomet užklumpa netikėtai, „kas užgriūna mus ir užvaldo mus. Ateitis – tai kitas.“⁷³

Analizuodami E. Levino ir J.-P. Sartre'o mirties sampratas, pastebėsime, kad jų požiūriuose esama panašumo. J. Baranovos pastebėjimu, mirtis J.-P. Sartre'ui „yra ne mano galimybė, o atsitiktinis faktas. Mirtis kaip nuolatinio atsitiktinumo mano projektuose galimybė.“⁷⁴ Mirtis nėra jokia mano galimybė, greičiau tai visų mano galimybių sunaikinimas. J.-P. Sartre'as, priešingai E. Levinui, mirtyje neįžvelgia Kito apraiškų, mirtis – absurdas, o ne žmogaus pasaulio dalis.

E. Levinas iškelia klausimą, ar egzistuoja situacija, kurioje kito kitumas būtų grynas? Kad jis būtų ne tik tai jo tapatumo su savimi išvirksčioji pusė, kur kiekvienas situacijos dalyvis išlaiko vieną ir tą patį ir tuo pačiu kitą? Ar nėra tokios situacijos, kurioje kita būtybė neštų savo kitybę kaip teigiamą, kaip esmę? Filosofo nuomone, tai būtų moteriškumas.

Lytis, anot E. Levino, tai ne koks nors rūšių skirtingumas. Lyčių skirtumas – „tai formali struktūra, bet ji dalija realybę kito kryptimi ir apsprendžia pačią realybės kaip daugybinės galimybę.“⁷⁵ E. Levinas negalvoja, kad lyčių skirtumas yra prieštaravimas, taip pat tai nėra ir tarpusavio papildymas, juk meilėje jaudina neperžengiamas būtybių poriškas. Moteriškumas – tai paslaptis, drovumas, slėpimasis, tai „*kitas negu a.*“ tačiau šios kitybės E. Levinas neredukuoja į loginę ar skaitinę sritį. Anot filosofo, erotinė kitybė nesiriboja ir ta palyginamų būtybių kitybe, kuri priklauso nuo jas skiriančių bruožų. Pati moteriškumo prigimtis yra kitybė. E. Levinas teigia, kad „erotiniame santykiuje svarbu yra ne kito asmens kitas bruožas, o jojo kitybės bruožas.“⁷⁶ Meilės santykis kitybės nepanaikina, priešingai, erotinis santykis jį išsaugo. E. Levino žodžiais tariant, „erotinio santykio patetiką sudaro tai, kad esama dviese ir kad kitas yra visiškai kitas.“⁷⁷ Skirtingai nuo J.-P. Sartre'o aprašyto meilės santykio, E. Levinas teigia, kad jam moteriškumo sampratoje rūpi ne tik tai, kas nepažinu, bet ir buvimo būdas – slydimas iš šviesos, tai yra tam tikras šviesos vengimas. Tai moteriškumo paslaptis – skaistybė: „suvokdamas kito kitybę kaip paslaptį, apibrėžtą per skaistybę, aš nesuvokiu jos kaip laisvės, tapačios manajai ir kovojančios su ja; aš suvokiu ne

⁶⁹ Ten pat. P. 71

⁷⁰ Ten pat. P. 72

⁷¹ Ten pat. P. 75

⁷² Ten pat. P. 75 -76

⁷³ Ten pat. P. 76

⁷⁴ Baranova J. (2002). *Etika: filosofija kaip praktika*. Vilnius: Tyto Alba. P. 332

⁷⁵ Левинас Э.(1998). *Время и Другой//Время и Другой*. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа. P. 93

⁷⁶ Levinas E. (1994). *Etika ir begalybė*. Vilnius: Baltos lankos. P. 64

⁷⁷ Ten pat. P. 65

kitą egzistuojantį, priešingą man, o kitybę. Čia, kaip ir mirties atveju, mes susiduriame ne su egzistuojančiu, o su kitybės įvykiu, su atitolimu. Savo kitybę kitas turi kaip esmę.⁷⁸

J.-P. Sartre'o požiūriu, laiminga meilės istorija nėra galima, nes lyčių santykiai – amžina kova. Čia susiduria dvi laisvės: aš noriu užvaldyti kito laisvę, kitas – manąją; jei kitas išlieka laisvas, jis pabėga nuo manęs. Aš negaliu valdyti laisvos ir sąmoningos būtybės. E. Levinui kitas – tai ne mūsų sutinkama būtybė, kuri mums grasintų arba stengtųsi mus užvaldyti; „kito paslaptis yra kitybėje.“⁷⁹ E. Levinas daro reikšmingą pastabą: kitas pirmapradiškai nėra duotas manyje kaip laisvė, kitaip nebūtų galima komunikacija ir tokie santykiai patirtų nesėkmę. Filosofo nuomone, negali būti kitų santykių su laisve, kaip pačiam paklusti arba pavergti kitą; abiem atvejais viena iš laisvių sunaikinama. E. Levinas pastebi, kad galima būtų suprasti pono ir vergo santykius kovos lygmenyje, bet tuomet jie tampa abipusiškais, „kaip taikliai parodė G. Hegelis, ponas tampa vergo vergu, o vergas – pono ponu.“⁸⁰ Atskleidę, kuo *erosas* skiriasi nuo valdymo ir galios, galime pripažinti, kad *erose* esama komunikacijos. *Erosas* nėra nei kova, nei susilieėjimas, nei pažinimas,⁸¹ teigia E. Levinas.

Būtent *erose* dėka kitas išlieka subjektu: jei *kitas* per erotinį santykį atsiveria man kaip paslaptis, jis jau nėra ta laisvė, kuria aš disponuoju. *Erosas* išsaugo artimume su Kitu distanciją. Kai mylintysis tiesia ranką į kitą, glosto jį, jis neprisiliečia prie *kito*, o tik ištiesia ranką į ateitį, „nes glamonės ieškojimas yra jos esmė, nes glamonė nežino, ko ji siekia. <...> Tai tartum žaidimas su kažkuo, kas slepiasi, žaidimas be jokio projekto ar plano, žaidimas ne su tuo, kas gali tapti mūsų ar mumis, o su kažkuo kitu, visuomet nepasiekiamu, visuomet ateisiančiu. Glamonė yra tos ateities be turinio laukimas.“⁸² J. Baranovos pastebėjimu, nors E. Levinas, kaip ir J.-P. Sartre'as, manė, jog kitas asmuo yra sutinkamas, o ne konstituojamas, tačiau jam buvo nepriimtina ši susitikimą apgaubianti dviejų laisvių kova. Todėl E. Levinas savo veikale *Laikas ir Kitas* „erotinį santykį interpretavo ne kaip dviejų laisvių susidūrimą, bet kaip santykį su paslaptimi, su tuo, kas išslysta.“⁸³

E. Levinas teigia, kad yra ir kitas santykio su kitu asmeniu pavidalas, kuris nėra pažintinis santykis. Tai – *sūnystė*. *Sūnystė* – galimybė tapti kitu Pačiu Sau. Mąstytojo požiūriu, *sūnystė* yra dar paslaptingesnė: „tai santykis su kitu asmeniu, kuriame kitas asmuo yra radikaliai kitas ir kuriame *jis* vis dėlto tam tikra prasme yra *aš*. Tėvo *aš* turėti reikalą su kitybe, kuri yra jo, nebūdama nei valda, nei nuosavybė.“⁸⁴ E. Levino požiūriu, *sūnus* tėvui nėra tiesiog jo kūrinys ar jo atsinaujinimas *sūnuje*, o santykis su savo vaiku neaprašomas valdžios ar užvaldymo kategorijomis. Kita vertus, *sūnus* nėra ir koks nors vykstantis su manimi įvykis, pavyzdžiui, liūdesys, gyvenimo išbandymas arba kančia. Tėvystė E. Levinui – tai galimybė išeiti iš užsisklendimo savo tapatybėje, tai galimybė eiti link kažko, kas mums nėra skirta, bet vis dėlto yra mūsų. *Sūnaus* atžvilgiu tėviška būtis yra išoriška. Tėvystė – tai ateitis anapus mano paties būties. E. Levinas teigia, kad biologinė *sūnystė* – tai tik pirmas *sūnysitės* pavidalas. Jo nuomone, tie, kurie negali turėti savo vaikų, kito asmens atžvilgiu gali turėti tėvišką santykį, o tai ir yra santykiai „anapus galimybės.“

E. Levinas pabrėžia, kad jam buvo svarbu „pademonstruoti, kad kitybė nėra paprastas kitos laisvės egzistavimas kartu su manąja.“⁸⁵ Tokiai laisvei aš turiu valdžią, kurioje ji lieka visiškai svetima man, nesusieta su manimi. Pasak filosofo, daugelio laisvių egzistavimas – tai daugybė, nepaliečianti kiekvienos iš jų vienatvės; arba toji daugybė apsijungia į vieną bendrą valią, „o

⁷⁸ Левинас Э.(1998). Время и Другой//Время и Другой. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа. P. 95

⁷⁹ Ten pat. P. 95

⁸⁰ Ten pat. P. 95

⁸¹ Ten pat. P. 96

⁸² Levinas E. (1994). Etika ir begalybė. Vilnius: Baltos lankos. P. 68

⁸³ Baranova J. Kelios Emmanuelio Levino filosofijos teorinės ištakos// Athena, 2006 Nr.1 ISSN 1822-5047. P.160
Prieiga internetu: <http://lkti.lt/athena/pdf/2/155-172.pdf>

⁸⁴ Levinas E. (1994). Etika ir begalybė. Vilnius: Baltos lankos. P. 68

⁸⁵ Левинас Э.(1998). Время и Другой//Время и Другой. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа. P. 101

seksualumas, tėvystė ir mirtis apjungia egzistavimo porišumą, kuris paliečia patį kiekvieno subjekto egzistavimo aktą.⁸⁶

Atsakomybė už *Kitą* ir mano laisvė

Kalbėdamas apie atsakomybę, J. –P. Sartre'as ją susieja su laisvės problema. Jo manymu, individas yra pasmerktas būti visiškai atsakingas už *save*, nes „viskas, kas nutinka su manimi, yra *mano*“.⁸⁷ Tuo tarpu E. Levinas teigia, kad mintis apie laisvę yra tik mintis, laisvės viltis, o ne laisvė. J. –P. Sartre'as patį žmogų aptaria kaip laisvą individualios jo būties kontekste. Žmogus esti atsakingas už viską, išskyrus pačią jo atsakomybę, nes jis nėra savo būties pagrindas. Asmuo, J. –P. Sartre'o manymu, yra įmestas į šį pasaulį, save netikėtai atranda vienišą be jokios paramos, įtrauktą į pasaulį, už kurį esti atsakingas ir negali net akimirkai pasitraukti nuo šios atsakomybės. Žmogus „neša visą pasaulio našta ant savo pečių; jis atsakingas už pasaulį ir už patį save būties būdu.“⁸⁸ Šis absoliutus atsakingumas, teigia J. –P. Sartre'as, nėra vis dėlto, priėmimas; jis – paprasčiausiai logiškas mūsų laisvės pasekmės reikalavimas.

Anot E. Levino, atsakomybė yra esminė, pirminė ir pamatinė subjektyvybės sąranga, per kurią užsimezga ryšys su kitu. Mąstytojas pabrėžia atsakomybės neperleidžiamumą, jos nepakeičiamumą. „juk pati žmogiškojo *aš* tapatybė remiasi atsakomybe: „Atsakomybė yra tai, kas atitenka išimtinai man ir ko *aš* negaliu *žmogiškai* atmesti.“⁸⁹ E. Levinas teigia, kad *aš* galiu pakeisti visus, tačiau niekas negali pakeisti manęs. Ar kitas asmuo taip pat nėra atsakingas už mane? E. Levino nuomone, abipusiškumas yra kito reikalas, kadangi mūsų santykis yra asimetriškas, vadinasi, *aš* esu atsakingas už kitą asmenį, nesitikėdamas abipusiškumo. Filosofo nuomone, kaip tik todėl, kad mano santykis ne abipusis, *aš* esu pavaldus kitam asmeniui. Kalbėdamas apie atsakomybę, E. Levinas remiasi žinoma F. Dostojevskio fraze: „*Visi mes esame kalti dėl visko, už visus ir prieš visus, ir *aš* daugiau, negu kiti.*“⁹⁰ Etikos ir begalybės autorius daro išvadą, kad *aš* visuomet turiu viena atsakomybę *daugiau* negu kiti, nes *aš* esu atsakingas totaline atsakomybe, kuri „atsako už visus kitus ir atsako už viską, netgi už jų atsakomybę.“⁹¹ Nuo tos akimirkos, kai kitas mane pamato, *aš* esu už jį atsakingas, net *nesiimdamas* šios atsakomybės jo atžvilgiu; „jo atsakomybė *įpareigoja mane*.“⁹² Kasdienė patirtis man sako, kad paprastai esame atsakingi už savo pačių veiksmus, už tai, ką *aš* darau. Tačiau E. Levinas primygtinai teigia, kad atsakomybė iš esmės yra atsakomybė *už kitą asmenį*. Tai reiškia, kad *aš* esu atsakingas už pačią jo atsakomybę.

Knygoje *Kito žmogaus humanizmas* E. Levinas daro išvadą, kad „subjektas pirmiau yra atsakomybė, nei tampa intencionalumu.“⁹³ Autorius iškelia klausimą: „Argi tai nėra vergiška padėtis, jeigu nėra galimybės pasitraukti nuo atsakomybės? Kur veda šis subjekto pasyvumas „už laisvės ribų?“ <...> Kodėl išvytas iš savęs, užspėstas atsakomybėje, šia nepalenkiama atsakomybe nuvestas prie savo nepakeičiamo atskirumo, subjektas ištirpsta Vieno nepalenkiamame?“⁹⁴ Mąstytojas bando atsakyti į šiuos klausimus teigdamas, kad determinuotumas kitu galėtų vadintis vergiška padėtimi, būtina, jog determinuojamasis liktų kitu determinuojančiojo atžvilgiu. Iš tikrųjų, E. Levino požiūriu, grynas, paprastas determinizmas nėra vergiška padėtis nė vienam iš elementų. Tam, kad determinuojamasis galėtų būti kitu determinuojančiojo atžvilgiu, reikia, kad jis būtų laisvas: reikia, kad jis saugotų prisiminimą apie dabartį, kurioje determinuojantysis determinavo jį ir būtų jo amžininkas, - tęsia savo mintis filosofas. „Šis prisiminimo sugebėjimas ir yra kaip tik tai, kas turėjo pasprukti nuo determinuotumo, laisvės dalelė – tegu pati menkiausia, būtina dėl laisvos

⁸⁶ Ten pat. P. 102

⁸⁷ Сартр Ж.-П. (2000). Бытие и Ничто. Москва: Республика. P. 558

⁸⁸ Ten pat. P. 557

⁸⁹ Levinas E. (1994). Etika ir begalybė. Vilnius: Baltos lankos. P. 104

⁹⁰ Ten pat. P. 102

⁹¹ Ten pat. P. 102

⁹² Ten pat. P. 98

⁹³ Левинас Э. Гуманизм другого человека.// Левинас Э. (1998). Время и Другой. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа. P. 207

⁹⁴ Ten pat. P. 208

padėties.⁹⁵ Būtent pasyvumas yra tolygus determinizmui. Analizuodamas atsakomybės ir laisvės santykį, E. Levinas teigia, kad atsakomybė, viršijanti laisvę, - tai atsakomybė už kitus. Pasyvumas laikant jį aukščiau už laisvę, - „tai mano atsakomybė už svetimą laisvę. Ten, kur aš galėjau būti žiūrovu, aš atsakingas, kitais žodžiais tariant, aš kalbu.“⁹⁶

Atsakomybė sieja vieną žmogų su kitu, netgi tada, kai pavyksta išvengti atsakomybės. Tačiau šis santykis, kaip jau buvo minėta, yra asimetriškas, nes aš negaliu tikėtis abipusiškumo. Simetrija, pasak N. Keršytės, atsiranda tik tada, kai „mano atsakomybė laukia atsakymo – atlygio.“⁹⁷ E. Levinas įsitikinęs, kad bet kokia kito kančia, bėda, rūpestis jau savaime yra pagalbos prašymas ar maldavimas dar iki tol, kol kitas kreipiasi į mane. Atsakomybė už kitą įpareigoja mane nepalikti jo net mirties akivaizdoje, nes už jo mirtį aš taip pat esu atsakingas. E. Levinui atrodo, kad atsakomybės ribų negalima nustatyti, „ji visais atžvilgiais stebina refleksiją, pasiekdama tokį laipsnį, kad virsta privalomybe atsakyti už kito laisvę, būti atsakomybe už kito atsakomybę.“⁹⁸ Tuo tarpu laisvė, anot E. Levino, negali būti kito asmens galimybės aprėpianti esamybė, kito asmens laisvė negali sudaryti bendros struktūros ar sintezės su manąja. Atsakomybė už kitą, už artimą yra tai, kas išeina už legalumo ribų, kyla šiaupus mano laisvės. Tarp manęs ir kito, teigia E. Levinas, „žioji skirtis <...>. Mano atsakomybė už kitą asmenį yra būtent neabejingumas šiai skirčiai – kito artumas.“⁹⁹ Atsakomybė už kitą kyla iš šiaupus mano laisvės, aš stoju prieš artimą, aš atsiliepiu į jo šauksmą, aš jam sakau „Štai aš!“ Būtent per tai ir užsimezga ryšys su kitu žmogum. Pasakymas „štai aš“ J. Baranovos pastebėjimu, „nuslopina beasmenį būties gaudesį.“¹⁰⁰ E. Levinas tai pavadina „triukšminga tylą“ arba „tai yra“ (*I'il y a*) ir aprašo miegamajame palikto vaiko, suvokiančio miegamojo kambario tylą kaip „triukšmingą“ situaciją. Norėdami atsikratyti „tai yra“ būsenos, jos beasmeniškumo keliamo siaubo, turime sukurti atsakomybės santykį su kitu, atsisakyti savo suverenumo. Pasak E. Levino, artimo artumas – tai mano atsakomybė už jį; „priartėti reiškia būti savo brolio sargu, būti savo brolio sargu reiškia būti jo įkaitu. <...> Atsakomybė neatsiranda iš brolybės, bet būtent brolybė įvardija šiaupus mano laisvės esančią atsakomybę.“¹⁰¹

N. Keršytė pastebi, kad atsakomybė E. Levino mąstyme yra nusakoma per paradoksalią priešpriešą: būti išrinktam – tai tarsi būti nepakeičiamam, tačiau galinčiam savimi pakeisti kitą, tapti jo įkaitu. Šis nepakeičiamumas nereiškia, kad man ir reikės numirti už kitą. Šiuo atveju E. Levinui, matyt, „yra svarbi pati dvasios intencija – būti nepakeičiamam („išrinktam“) savo pasiryžime pakeisti kitą.“¹⁰² Anot paties E. Levino, „subjektas yra nepakeičiamas per atsakomybę, kuri jį pašaukia ir kurioje jis randa naują tapatybę.“¹⁰³ Būtent tas nepakeičiamumas ir išreiškia *asimetrijos* principą.

Tuo tarpu J. –P. Sartre'o fenomenologinėje ontologijoje intersubjektyvistinis santykis, sekant N. Keršyte, pateikiamas kaip absoliučiai simetriškas, kadangi abu subjektai yra vienodai atsakingi tiek už savo, tiek už kito būvį. Tačiau būtent ši simetrija, visiškos lygybės ir vienodos laisvės principas, N. Keršytės teigimu, „suteikia galimybę „išsisukti iš šios atsakomybės, privalomybės kitą pripažinti kaip absoliučiai kitą, kaip subjektą, ir leidžia jo transcendenciją pakeisti imanencija.“¹⁰⁴ Tuo tarpu E. Levino radikalios asimetrijos, nesukeičiamumo, negrįžtamumo principas leidžia etiniam santykiui išeiti anapus bet kokios pažinimo sistemos, - apibendrina N. Keršytė dviejų filosofinių kryptių atstovų mąstyseną.

⁹⁵ Ten pat. P. 209

⁹⁶ Ten pat. P. 212 - 213

⁹⁷ Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 55

⁹⁸ Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 187

⁹⁹ Ten pat. P. 187

¹⁰⁰ Baranova J. (2002). Etika: filosofija kaip praktika. Vilnius: Tyto Alba. P. 347

¹⁰¹ Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 189

¹⁰² Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 45

¹⁰³ Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 190 - 191

¹⁰⁴ Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai. P. 46

Išvados

1. E. Levinas, išryškines sąmonės intencionalumo, jos nukreiptumo į tam tikrą objektą idėją, priima intencionalumo idėja pagrįstą išvadą: intencinis nukreiptumas nėra žinojimas. Tai rodo, kad E. Levino filosofinis postūmis yra M. Heideggeris. Nors J.-P. Sartre'as intersubjektyvinius santykius nusako kaip nepažintinius, tačiau per tapatybės pagrindimo paieškas jis sugrįžta prie pažinimo, o konkrečius „aš“ ir kito santykius aprašo pagal G. Hegelio pono ir vergo kovos modelį. Intersubjektyviuose santykiuose J.-P. Sartre'as akcentuoja ne tai (skirtingai nuo kitų fenomenologų), kaip aš suprantu kitą, bet kaip kitas žvelgdamas į mane konstituoja mano savijautą.
2. E. Levino aprašomame susitikime Kitas pasiekia mane kaip veidas. E. Levino pateiktas veido fenomeno aprašymas iš esmės atitinka J.-P. Sartre'o žvilgsnio aprašymą. Tačiau J.-P. Sartre'as taip ir lieka ontologijoje, kurioje bet kokia kitybė neišvengiamai redukuojama į tapatybę, o bet kokia transcendencija – į imanenciją. Tuo tarpu E. Levinas nurodo išėjimo iš jos kelią, skirtingai nuo J.-P. Sartre'o, susitikimo situaciją supriešina su fenomenologine patirtimi.
3. J. –P. Sartre'o filosofijoje *aš* ir *Kito* santykis yra antagonistinis dviejų laisvių santykis, pirminė būties-kitam prasmė – konfliktas. Būdami santykiyje su Kitu, atsiduriame *rate*, grįždami nuo Kito-objekto prie Kito-subjekto ir, atvirksčiai. Šia prasme Sartre'o intersubjektyvumo samprata yra vienapusiška. E. Levino filosofijoje subjektas praranda pirmumo teisę. Jo įsitikinimu, visi žmonės yra vienodai ir abipusiškai įpareigoti, kiekvienas yra ponas ir tarnas tuo pačiu metu.
4. Asimetrijos principas yra pamatinis principas E. Levino aprašytame etiniame santykiyje. J.-P. Sartre'o filosofijoje tarpasmeninis santykis yra simetriškas, nes abu subjektai vienodai atsako tiek už savo, tiek už kito būtį. Tokia simetrija suteikia galimybę išvengti atsakomybės, privalomybės pripažinti kito kitybę. E. Levino filosofijoje asimetrijos principas leidžia etiniam santykiui išeiti anapus bet kokios pažinimo sistemos.
5. J.-P. Sartre'ui *kalba* yra kaip pirminis išraiškos būties būdas, gundymo įrankis. E. Levinui *kalba* taip pat yra santykis su Kitu kaip bylojančiu veidu. Tačiau tai yra individo subjektyvumo patvirtinimas, jo galimybė išsiskirti iš fenomenų pasaulio.

Literatūros ir šaltinių sąrašas

1. Baranova J. (2004). XX amžiaus moralės filosofija: pokalbis su I. Kantu. Vilnius: VPU leidykla
2. Baranova J. (2002). Etika: filosofija kaip praktika. Vilnius: Tyto Alba
3. Baranova J. Kelios Emmanuelio Levino filosofijos teorinės ištakos// Athena, 2006 Nr.1 ISSN 1822-5047, p. 155 – 170. Prieiga internetu: <http://lkti.lt/athena/pdf/2/155-172.pdf>
4. Jankauskienė V. (2012). Manasis aš kaip *kitas* ir kaip *persona non grata*. Prieiga internetu:
5. <http://aplinkkeliai.lt/musu-tekstai/filosofine-ese/manasis-as-kaip-kitas-ir-kaip-persona-non-grata/>
6. Jonkus D. Santykio su Kitu paradoksai J.–P. Sartre'o fenomenologinėje antropologijoje // Žmogus ir žodis. 2006, IV, p. 8 – 14. Prieiga internetu: <http://www.biblioteka.vpu.lt/zmogusirzodis/PDF/filosofija/2006/jonkus.pdf>
7. Heideggeris M. Būtis ir laikas // Heideggeris M.(1992). Rinktiniai raštai. Vilnius: Mintis
8. Husserl E. (2005). Karteziškosios meditacijos. Vilnius: Aidai
9. Keršytė N. Kitas veidas // Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai
10. Levinas E. (2001). Apie Dievą, ateinantį į mąstymą. Vilnius: Aidai
11. Levinas E. (1994). Etika ir begalybė. Vilnius: Baltos lankos
12. Ruzgienė Z. Pono – vergo dialektika // Socialinė sveikata. 2014 Nr.1, p. 6 – 18. Prieiga internetu: <http://www.socialinisdarbas.lt/socialhealth>

13. Sartre J.-P. Konkretūs santykiai su kitu asmeniu // Baltos lankos. 2002 Nr. 14
14. Šerpytė R. Į begalybę išeinama tik per kitą // Šiaurės Atėnai, 1996 01 06, Nr. 1(295)
15. Левинас Э. (1998). Время и Другой // Левинас Э. Время и Другой. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа
16. Левинас Э. (1998). Время и Другой. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа
17. Левинас Э. Гуманизм другого человека.// Левинас Э. (1998). Время и Другой. Гуманизм другого человека. Санкт – Петербург: Высшая религиозно – философская школа
18. Левинас Э. От существования к существующему // Левинас Э. (1999). Избранное: Тотальность и Бесконечное. Москва: СПб.: Культурная инициатива: Университетская книга
19. Левинас Э. Тотальность и Бесконечное // Левинас Э. (1999). Избранное: Тотальность и Бесконечное. Москва: СПб.: Культурная инициатива: Университетская книга
20. Прехтль П. (1999). Введение в феноменологию Гуссерля. Томск: Водолей.
21. Сартр Ж.-П. (2000). Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии. Москва: Республика

SPECIFIC RELATIONSHIP WITH THE OTHER PERSON

Annotation

Having come to this world at a certain time and having occupied a place in the space, provided to me, I find that I am not alone but in the encirclement by many others. I am also the other to those others. What way am I met by the members of the already existing community? Where is their glimpse turning at? Why am I looked over or vice versa? Why am I looking over the others? At last I realise that I exist by courtesy of the other's freedom, however, this freedom jeopardises me. I understand that the other may deprive me of my freedom, restrict me, infringe my identity. I try to dissociate myself from the other, to determine my personal space. Leaving my own space, I am bonneting my hood, I am putting the mask on, throwing on the veil, in a word, I am covering myself up. I am doing so as the other will not reveal by his/her glimpse me the way I am in fact. Still I am obliged to acknowledge that I must live in a community as without the other I would not realise my own otherness with regard to the other.

I need the other to understand myself and to cognize myself. Till there is no *the other*, I am a subject and I understand my own observed *other* as an object. As having appeared *the other*, *the other* becomes the subject. I can cognize *the other* as a subject after having detected myself as an object *for the other*. *The other* may be transformed into the subject given in my own identification as an object the *other's* glimpse is implicated.

Keywords: *the other*, *the other's* glimpse, the other's face, *social being – with (Mitsein)*, *we*, freedom, responsibility.

Zita Ruzgienė

Utenos kolegijos Medicinos fakulteto Socialinės gerovės katedros lektorė.

Mokslinių interesų sritys: filosofinės etikos problemos.

El. paštas: zitaruzgiene@gmail.com

SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ PATIRIAMO STRESO DARBE IR PROFESINĖS VEIKLOS KOKYBĖS SĄSAJŲ ANALIZĖ

Neringa Bakšytė, Jurgita Zabulytė Kupriūnienė
Utenos kolegija

Santrauka

Daugelyje šalių socialinio darbo ir socialinių paslaugų sritis, kurioje dirba socialiniai darbuotojai, priskiriama prie didesnės profesinės rizikos sričių. Dirbančių socialinį darbą darbo sąlygos jų saugumo aspektu, socialinių darbuotojų profesinės rizikos veiksnių raiška Lietuvoje faktiškai dar nėra labai plačiai tyrinėjami dalykai, nors užsienio šalyse ši problematika yra įvairių mokslo sričių tyrimo objektas. Šio straipsnio tikslas – ištirti socialinių darbuotojų patiriamo streso darbe ir profesinės veiklos kokybės sąsajas.

Ištyrus tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų požiūrį į patiriamo streso darbe ir profesinės veiklos kokybės sąsajas paaiškėjo, kad darbe dažnai jaučiamas nuovargis, įtampa, iškyla įvairių emocinių problemų, todėl nukenčia darbo kokybė ir rezultatai.

Raktiniai žodžiai: stresas, perdegimo sindromas, rizikos veiksniai, socialinis darbuotojas.

Įvadas

Pastebima, kad nors ir daugėja įvairių profesijų grupių streso ir streso įveikos strategijų tyrimų, tačiau profesijų, kurios priskiriamos žmogus–žmogus grupei, tyrimų yra vykdoma per mažai. (Kepalaitė, 2013). Socialinis darbas yra labai sudėtinga profesija, reikalaujanti žinių, įgūdžių, aukštos profesinės ir asmeninės kompetencijos. Šiandien socialiniai darbuotojai dirba labai sunkų, netgi pavojingą darbą, todėl labai dažnai jaučia stresą bei emocinę įtampą darbe. Siekiant išsiaiškinti šiandieninę socialinių darbuotojų situaciją darbe, buvo analizuojami mokslinė literatūros šaltiniai bei atliktas kokybinis tyrimas, kurio tikslas – ištirti socialinių darbuotojų patiriamo streso darbe ir profesinės veiklos kokybės sąsajas. Informantais buvo pasirinkti 5 socialiniai darbuotojai, dirbantys su skirtingų grupių klientais.

Socialinių darbuotojų patiriamas stresas darbe

Socialinio darbo Lietuvoje patirtis atskleidė, kad socialiniai darbuotojai dažnai patiria stresą, būdingi „perdegimo“ sindromo atvejai, kuriuos sukelia nuolatinė akistata su sudėtingais egzistenciniais žmonių išgyvenimais, menkais profesinės veiklos rezultatais. Šiame kontekste socialinių darbuotojų ir klientų ryšiai, sąveika yra sudėtingi, nuolat kinta. Kad socialinis darbas yra labai sudėtingas, rodo ir praktikos refleksijos būtinybė, kintantys socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos reikalavimai, kuriuos lemia visuomenės pokyčiai. (Kondrašovienė, Zabulytė – Kupriūnienė, 2008, p.152)

Nemažai kalbama apie socialinį darbą dirbančių žmonių kasdienę riziką. Ypač dirbantys su protinę negalią turinčiais žmonėmis pensionatuose, dienos centruose socialiniai darbuotojai beveik kasdien atsiduria pavojingose situacijose, jų patiria ir lankomosios priežiūros, nakvynės, krizių centrų darbuotojai.

Socialinių darbuotojų juridinė atsakomybė tokia didelė, kad net baugina: socialiniai darbuotojai tiria ir organizuoja intervenciją vaikų išnaudojimo, pavyzdžiui, smurto ar incesto bylose; jie apgyvendina vaikus tokiuose globėjų namuose, kokius pavyksta rasti; renka medžiagą, ar įvaikinti norintys tėvai atitinka keliamus reikalavimus ir daug kitų dalykų. Iš socialinių darbuotojų

reikalaujama, kad siūlytų pagalbą ir padėtų proto negalią turintiems žmonėms ir jų šeimoms, seniems žmonėms, kuriems reikia bendruomenės pagalbos, taip pat etninių mažumų grupių nariams. Yra žinoma, kaip griežtai žiniasklaida kritikuoja tuos, kurie apsiriko vykdydami šiuos sunkius įsipareigojimus. (Sutton, 1999, p. 208)

Socialiniai darbuotojai savo profesinėje veikloje susiduria su asmenimis, priklausomais nuo narkotinių medžiagų ir alkoholio, grįžusiais iš laisvės atėmimo vietų, neturinčiais nuolatinės gyvenamosios vietos, neįgaliais, socialinės rizikos šeimomis, neprižiūretais vaikais, bedarbiais, skurstančiais asmenimis bei kitais klientais. Būtent šie darbuotojai turi atlaikyti ne tik nusivylusių, bet dažnai piktų ir agresyvių klientų spaudimą. Socialiniai darbuotojai yra gana dažnai apšaukiami, iškoneveikiami, apspjaudomi, jiems ne tik grasinama, prieš juos ir smurtaujama. (Kozlovas, Firsovas, Grigorjeva, 2007, p.11)

Socialiniam darbuotojui sunku išlikti nešališkam nuolat susiduriant su neišbrendamu kai kurių klientų skurdu, vienatve, sunkiomis ligomis, nevirtimi, atstūmimo jausmu, netikrumu dėl ateities. O dalies žmonių, kuriems socialiniai darbuotojai stengiasi padėti, nebeįmanoma įkalbėti pakeisti asocialaus gyvenimo būdo, kurį perima ir tų žmonių vaikai. Tie, kurie neigia išgyvenantys stresus, nenori apie tai kalbėti, rizikuoja susirgti depresija, susikaupę pyktis, liūdesys ir nuoskaudos sprogsta, jie gali susirgti ir kitomis psichikos ligomis. Dėl užsitęsusio emocinio perdegimo jausmo, kai kuriems darbuotojams tenka išeiti iš darbo. (Stankaitienė, 2009)

Dažnai žmonės, susidūrę su socialinėmis problemomis, į socialinį darbuotoją žiūri kaip į gelbėjimosi ratą, tačiau nepagalvoja, kad jų „gelbėtoju“, sprendžiant savo paslaugų vartotojų problemas, taip pat iškyla atitinkamų problemų. Jos pasireiškia ir tada, kai sprendžiamų problemų sprendimo priėmimui kliudo jam pačiam atsiradę svarstymai, prieštaravimai, o ką jau kalbėti apie įstatyminius, ekonominius bei kitus trukdžius. Tačiau, kiekvienas atvejis yra unikalus ir reikalauja ne tik teorinių žinių, bet ir visuomeninėmis bei asmeninėmis moralės normomis pagrįsto elgesio. (Vyšniauskienė, Minkutė, 2008, p. 103)

Apibendrinant galima pasakyti, jog socialiniai darbuotojai savo profesinėje veikloje susiduria su begale iššūkių ir streso faktorių, kurie ne tik daro įtaką profesinės veiklos rezultatams, bet ir socialinio darbuotojo, kaip asmens santykiams su aplinka.

Tyrimo rezultatų aptarimas

Siekiant išsiaiškinti, kaip socialiniai darbuotojai jaučiasi dirbdami savo darbą, kas jiems yra sunkiausia, kokiose srityse patiria didžiausią stresą ir kaip tai lemia darbo kokybę bei profesinės veiklos rezultatus, atliktas kokybinis tyrimas, naudojant pusiau struktūruotą interviu. Tiriamųjų buvo prašoma pasakyti kas yra sunkiausia darbe, kaip jaučiasi kiekvieną rytą eidami į darbą, su kokiais klientais sunkiausia dirbti, kaip sutaria su savo kolegomis, ar patiria stresą darbe, jei taip, tai kokie veiksniai tai lemia, kaip jaučiasi, kai nesiseka išspręsti tam tikros kliento problemos, kokiose srityse jaučia didžiausią stresą. Taip pat buvo prašoma įvardinti savo profesinės veiklos silpnąsias ir stipriąsias puses, būdus, kurie, jų manymu, tinkamiausi kovojant su stresu darbe, kaip jie asmeniškai kovoja su stresu darbe.

Tyrimas atliktas X socialinės paramos centre. Informantais buvo pasirinkti socialiniai darbuotojai, dirbantys socialinės paramos centre su skirtingų grupių klientais. Tyrimo duomenys analizuoti, naudojant kokybinę turinio (content) analizės metodą.

Išanalizavus socialinių darbuotojų atsakymus į klausimą „Kaip jaučiatės dirbant socialinį darbą“, informantai išskyrė reikalingumo jausmą, dirbant socialinį darbą („Normaliai ir jaučiuosi reikalinga padėdama kitiems, nes sakoma, kad žmonių nereikia gailėtis, jiems reikia padėti, nes žmonių yra visokių ir visi skirtingi“, „Dirbdama socialinį darbą jaučiuosi taip, kad daryčiau kažką labai naudingą, patinka padėti žmonėms, gera jaustis reikalingai“). Socialiniai darbuotojai, dirbdami socialinį darbą jaučiasi reikalingi kaip specialistai, kurie gali padėti žmonėms, kuriems reikia pagalbos. Tikėtina, kad taip jie realizuoja save, jaučiasi naudingi, žino, kad daro gera žmonėms. Socialiniai darbuotojai pripažįsta, kad socialinis darbas nėra lengvas, tačiau jie tokį darbą

pasirinko ir tai jiems patinka, gera girdėti, kai klientai yra patenkinti jų darbu, įvertina jų pastangas („Jaučiuosi gerai, patinka padėti žmonėms, malonu, kai tave įvertina, padėkoja“, „Socialinis darbas yra nelengvas darbas, tačiau aš jį dirbdama jaučiuosi gerai, nes mane tai traukia ir noriai padėdau žmonėms“)

Analizuojant sunkumus, kuriuos patiria socialiniai darbuotojai, uždavus klausimą „Kas jums yra sunkiausia jūsų darbe“, išsiskyrė trys kategorijos:

- Nemažai sunkumų ir emocinių problemų keliantys agresyvūs klientai („Sunkumų būna nemažai, ypač dirbant su agresyviais klientais“, „Dažnai jaučiu baimę, įtampą, nuovargį, tačiau stengiuosi apie tai negalvoti“)
- Informacijos trūkumas, emocinės problemos bei skirtingi darbo metodai („Sunku būna kai trūksta informacijos įvairiais klausimais“, „Tai yra darbas su žmonėmis ir iškyla daug įvairių emocinių problemų“, „Taip pat reikia derinti skirtingus darbo metodus“)
- Didžiausias sunkumas darbe – nuovargis („Dažnai pavargstu tiek fiziškai, tiek psichologiškai, nes reikia dirbti su senais žmonėmis, reikia juos išklausti ir jų poreikiai labai dideli“, „Sunku būna emociškai, dažnai pavargstu, nes žmonių yra įvairių, visi skirtingi ir tiesiog bandau prisiderinti prie jų. Tai yra sunkiausia – perlipti per save ir stengtis išlikti ramiai bet kokioje situacijoje“).

Tyrimo dalyviai dažnai jaučia baimę, įtampą, nuovargį, ypatingai tokius neigiamus jausmus kelia agresyvūs klientai. Dažniausiai jaučiamas didelis fizinis bei psichologinis nuovargis darbe, nes žmonių poreikiai yra dideli bei visų skirtingi, todėl pareikalauja daug vidinių socialinių darbuotojų resursų. Darbą sunkina įvairūs veiksniai: informacijos trūkumas, emocinės problemos, skirtingi darbo metodai, neigiamai veikia socialinių darbuotojų savijautą, o tuo pačiu ir darbo kokybę. Galima teigti, jog darbo vietose daugiau dėmesio reikia skirti socialinių darbuotojų savijautai darbe, sudarant galimybes augti ir tobulėti ne tik kaip profesionalams, bet ir kaip asmenybėms. Kolegų supervizija gali būti kaip platforma, kuri padėtų socialiniams darbuotojams reflektuoti bei sudarytų prielaidas saviugdai.

Kalbantis su socialiniais darbuotojais apie tai, su kokiais klientais jums sunkiausia dirbti, buvo išskirtos trys kategorijos:

- Varginantis darbas su pasyviais klientais („Sunkiausia dirbti tais su pasyviais klientais, kurie nenori nieko veikti, reikia juos įkalbinėti. Tai labai vargina“)
- Sunkiausias darbas su psichinę ir fizinę negalią turinčiais klientais („Sunkiausia dirbti su tais, kurie turi psichinę negalią, su tokiais sunku susikalbėti“, „Sunkiausia dirbti su tais, kurie turi visišką fizinę negalią. Sunku būna fiziškai ir psichologiškai“)
- Sunkus darbas su priklausomybę alkoholiui turinčiais asmenimis, keičiant jų požiūrį („Man sunkiausia su tais, kurie turi žalingų įpročių, piknaudžiauja alkoholiu, nes jie kitaip suvokia gyvenimą ir labai sunku jiems kažką įrodyti ar pakeisti jų požiūrį“).

Analizuojant tyrimo rezultatus, matyti, jog socialiniai darbuotojai patiria sunkumų, kuomet tenka dirbti su pasyviais klientais, kuriuos reikia motyvuoti, kad stengtųsi patys spręsti savo problemas, keičiant jų požiūrį ir motyvuojant pokyčiui gyvenime. Kita klientų kategorija yra fizinę ir psichinę negalią turintys klientai, darbas su jais sukelia neigiamus jausmus - su jais sunku susikalbėti, jiems jaučiamas gailestis. Darbas su jais pareikalauja tiek fizinės, tiek dvasinės stiprybės.

Ypatinga klientų grupė yra priklausomybę turintys asmenys. Tokie žmonės turi savo tam tikrų išankstinių nuostatų, požiūrį į gyvenimą, dažnai nenori nieko keisti, todėl yra labai sunku tokiems žmonėms padėti suvokti, kad jiems pradėjus siekti blaivios būsenos, galima visiškai pakeisti gyvenimo kokybę.

Apibendrinant galima teigti, jog profesinė veikla su klientais pareikalauja didelių vidinių resursų ir balanso (Neal S., Spenser- Arnell L., Wilson L., 2011). Darbo vietose socialiniai

darbuotojai turi gauti profesinę paramą įvairiomis formomis - grupinė kolegų supervizija, individualios konsultacijos, individualus ir grupinis vadovavimas saviugdai.

Analizuojant tai, kaip stresas darbe įtakoja socialinių darbuotojų profesinės veiklos kokybę, matyti, jog tyrimo dalyviai įvardino neigiamą streso įtaką profesinei veiklai, darbo kokybei, motyvacijai ir bendravimui:

- Streso įtaka profesinei veiklai ir motyvacijai („Stresas turi didelę įtaką profesinei veiklai, kartais po sunkios darbo dienos daugiau nieko nebesinori, tai jaučiasi ir kitą dieną ir, aišku, neigiamai veikia visą darbo dieną“, „Kai jaučiu stresą, nuovargį didelį, tai labai neigiamai veikia darbo kokybę, bendravimą, sunku būna susikaupti“, „Jei darbe kas nors nesiseka, tai atsiliepia ir asmeniniame gyvenime, norisi išsiliesti ant kitų. Be abejo ypatingai nukenčia darbo kokybė, nes kai nėra motyvacijos darbui, kai jaučiasi nuovargis, įtampa, tai gerų darbo rezultatų negalima tikėtis“, „Tam kartui tikrai jaučiuosi blogai. Dažnai grįžusi iš darbo, dar gyvenu darbu. Jei buvo sunki diena, tai labai jaučiasi emociškai, nukenčia darbo rezultatai, sunkiau sukaupti dėmesį ir pan.“)

Kaip matyti, profesinės veiklos kokybė yra paveiki streso sukeltiems padariniams. Stresas neigiamai įtakoja ne tik darbo rezultatus, bendravimą, bet ir motyvaciją darbui. Dėl streso socialiniams darbuotojams yra sunku sutelkti dėmesį į norimą pokytį, dėl to dažniausiai nukenčia jų profesinės veiklos kokybė ir rezultatai.

Analizuojant tyrimo dalyvių profesinės veiklos silpnąsias puses, išskirti darbo kompiuteriu įgūdžių stoka, psichologinių žinių trūkumas ir patirties stoka socialiniame darbe („Prie silpnųjų pusių galėčiau priskirti darbo kompiuteriu įgūdžių stoka“, „Mano silpnoji pusė yra psichologinių žinių trūkumas“, „Mano silpnoji pusė yra patirties stoka socialiniame darbe“) Galima teigti, kad tai sukelia neužtikrintumo jausmą, kas gali kelti diskomfortą darbe. Šiuo atveju svarbus vaidmuo tenka įstaigai, kurios paremiami socialiniai darbuotojai galėtų tobulėti nuolat mokantis, reflektuojant bei dalinantis gerąja patirtimi su kolegomis, ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas pačioje įstaigoje sukuriama kolegų paramos/pagalbos kultūrai.

Analizuojant, kaip asmeniškai socialiniai darbuotojai kovoja su stresu darbe, išryškėjo šie socialinių darbuotojų asmeniniai kovos su stresu būdai – nusiramimas („Aš asmeniškai, tokiu atveju pagalvoju, kad kitiems būna dar blogiau, tiesiog nuraminu save“), konfliktų vengimas („Tiesiog, jei kažkokioje veikloje jaučiu stresą, tai bandau pakreipti darbą kita, man priimtinesne puse“, „Darbe stengiuosi išlikti rami ir vengiu konfliktų, kurie dažniausiai sukelia stresą“), poilsis ir mėgstamos veiklos pasirinkimas („Stengiuosi nusiraminti ir gerai pailsėti. Jei „stresuoju“ tai „stresuoju“, tiesiog laukiu darbo pabaigos“). Tai parodo, kad socialiniai darbuotojai naudoja tam tikrus būdus, kaip išvengti streso darbe, tačiau matyti, jog naudojami būdai padeda ne konstruktyviai spręsti problemas, o jų vengti. Galima teigti, jog socialinių darbuotojų saviugda padėtų jiems ne tik susipažinti su įvairiais sunkumų įveikos būdais ir strategijomis, bet ir siekti sąmoningumo ugdant savo ir klientų gebėjimus susidoroti su kylančiais iššūkiais.

Išvalgos

1. Socialiniams darbuotojams dažnai keliami per dideli reikalavimai ir lūkesčiai, jiems priskiriama didžiulė atsakomybė ir mažai kreipiama dėmesio, ką jie jaučia ir išgyvena. Dėl per didelės profesinės rizikos bei jaučiamo streso darbe nukenčia ir socialinių paslaugų teikimo kokybė, darbo rezultatai, motyvacija, gyvenimo bei profesinės veiklos kokybė. Socialiniai darbuotojai rizikuoja savo sveikata, net gi kartais ir gyvybe, nes jiems tenka dirbti netikėčiausiose situacijose. Dėl per didelės baimės, įtampos, streso gali nukentėti socialinių darbuotojų santykiai tiek su klientais, kolegomis, tiek ir su artimais jiems žmonėmis. Socialiniame darbe patiriama streso prevencijoje didelę reikšmę turi supervizija, kuri gali padėti socialiniams darbuotojams gauti profesinę paramą ugdant savo kompetencijas
2. Ištyrus tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų požiūrį į patiriama streso darbe ir profesinės veiklos kokybės sąsajas paaiškėjo, kad darbe dažnai jaučiamas nuovargis, įtampa, iškyla įvairių emocijų problemų, todėl nukenčia darbo kokybė ir rezultatai. Socialiniai

darbuotojams, dirbantiems su skirtingų grupių klientais, stresą kelia fiziniai ir psichologiniai faktoriai, dėl to sunkiau sutelkti dėmesį, trūksta motyvacijos darbui, nukenčia bendravimas bei darbo kokybė. Tiriamieji pažymėjo, jog sunkiausia dirbti su pasyviais, turinčiais fizinę bei psichinę negalią klientais bei su priklausomybę nuo alkoholio turinčiais asmenimis. Silpnosiomis savo profesinės veiklos pusėmis socialiniai darbuotojai įvardijo darbo kompiuteriu įgūdžių stoką, psichologinių žinių trūkumą bei patirties stoką socialiniame darbe.

Literatūros šaltinių sąrašas

1. Kepalaitė A. (2013) Socialinių pedagogų streso ir jo įveikos strategijų sąsajos. Ugdymo psichologija 2013 (24)
2. Kondrašovienė, L., Zabulytė Kupriūnienė, J. (2008). Socialinis darbas ir sveikatos priežiūra. Kaunas: Vitae Litera.
3. Kozlovas, A. A., Firsovas, M. V., Grigorjeva, I. A. (2004). Socialis darbas. Profesinės veiklos įvadas. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
4. Neal S., Spenser- Arnell L., Wilson L. (2011) Emotional Intelligence Coaching: Improving performance for leaders, coaches and individuals. Kogan pages
5. Stankaitienė, D. (2009). Kodėl socialiniai darbuotojai vis dar čia? Prieiga per internetą http://www.gestuvertejai.lt/about.php?page_id=66&type=pages&page_menu=12&lng=LT
6. Sutton, C. (1999). Socialinis darbas, bendruomenės veikla ir psichologija. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
7. Vyšniauskienė, D., Minkutė, R. (2008). Socialinės veiklos profesinė etika. Kaunas: Technologija.

SOCIAL WORKERS' STRESS AT WORK AND PROFESSIONAL-QUALITY INTERFACE ANALYSIS

Summary

Stress and work quality are closely related as sentient stress decreases motivation, difficulty concentrating, deterioration of the quality of work and results. The resurses results showed that the maximum stress is felt in the physical and psychological fields, the most difficult to work with the passive, full physical, intellectual disabilities to have customers and dependence on alcohol to have parties. A study carried out enables you to take one of the key findings that the maximum stress felt by the social worker, working for independent living at home with social risk individuals.

Neringa Bakšytė
Utenos kolegija, baksyte.neringa@gmail.com
Jurgita Zabulytė Kupriūnienė
Utenos kolegija, j.kupriuniene@gmail.com

PRAKTINĒ PATIRTIS

ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УТЕНСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Елена Богданова, Утенский психиатрический дневной стационар

Резюме

В стране растёт число людей, страдающих от различных форм депрессии, других психических заболеваний, а также тех, кто испытывает постоянный стресс, подавленное настроение, раздражение и другие сопутствующие психическим расстройствам симптомы. В обществе принято ошибочно считать, будто крепкое психическое здоровье не является приоритетом.

По всей стране стали учреждать дневные стационары психической помощи. Дневной стационар - это не больница в классическом её понимании, это центр занятости, эмоциональной и психической помощи, в котором работают компетентные специалисты, ориентированные на качественную, глубокую, всестороннюю помощь обращающимся сюда людям.

Цель статьи - поделиться опытом работы в Утенском психиатрическом дневном стационаре, рассказать о его главных функциях, ознакомить с услугами психосоциальной реабилитации.

Практика показывает, что психосоциальная реабилитация является важным этапом оказания психиатрической помощи, так как занятость и терапия помогают улучшить функциональные возможности и качество жизни человека.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, психическое здоровье, психиатрический дневной стационар.

Введение

Психическое здоровье общества – залог успешного функционирования государства. В стране растёт число людей, страдающих от различных форм депрессии, других психических заболеваний, а также тех, кто испытывает постоянный стресс, подавленное настроение, раздражение и другие сопутствующие психическим расстройствам симптомы.

Живущие в обществе мифы и стереотипы мешают многим вовремя обратиться за помощью. Принято считать, будто крепкое психическое здоровье не является приоритетом. Даже когда проблемы очевидны, немногие решаются обратиться за помощью. Признать, что тебе не удаётся справиться с нарастающими симптомами самостоятельно, - словно расписаться в своей несостоятельности и неполноценности. Люди боятся услышать от родных неприятные слова, когда те узнают, что родственнику необходима помощь психиатра или приём серьёзных медикаментов. А ещё ведь, думают многие, домашние станут криво смотреть на них, а коллеги по работе и соседи – шептаться за спиной. Принято думать: „Я ведь нормальный, и с головой у меня всё в порядке. А плохое настроение пройдёт.“ Но вот оно не проходит, а тяжёлое психическое состояние усугубляется. Своевременное не оказание помощи приводит к печальным последствиям: человек не может сосредоточиться на работе, теряет сон, аппетит, становится раздражительным и злым, срывается на родных, а утром не может заставить себя подняться с постели, проблемы начинают нарастать как снежный ком.

С осознанием того, что психическое здоровье – одно из важнейших составляющих качественного функционирования человека и общества в целом, приоритетной задачей государства стало учреждение дневных стационаров психической помощи. Один из них расположен в городе Утена.

Дневной стационар - это не больница в классическом её понимании, это центр занятости, эмоциональной и психической помощи, в котором работают компетентные специалисты, ориентированные на качественную, глубокую, всестороннюю помощь обращающимся сюда людям. Здесь оказываются услуги психосоциальной реабилитации, способствуется социализация пациентов, укрепляются способности людей, имеющих психический недуг, адаптироваться к их окружающей среде.

Лечение в дневном стационаре проходят люди с различными заболеваниями и формами психологических и психиатрических расстройств. Это могут быть люди с серьёзными заболеваниями, такими как шизофрения, биполярное расстройство и т.д., а также страдающие от нетяжёлых форм депрессии.

В стационаре не лечат сложные, обострённые состояния, в таких случаях люди лечатся в специализированных больницах. Какие-либо изменения в человеке могут заметить близкие, поэтому важно быть внимательнее к друг другу и не откладывать обращение за помощью. Как правило, обострение, хандру, депрессию провоцируют стресс, потеря близких, развод, нищета, потеря работы, эмиграция, когда человек остаётся один, или в том случае, когда он сам вынужден уехать на чужбину. Многие переносят это очень тяжело. Важно не упустить момент у пожилых людей, особенно предпенсионного возраста, когда на рынке труда они не востребованы, а выйдя на пенсию, не находят себе занятия по душе. Многие жалуются на „день сурка“, когда похожие дни сменяют друг друга и ничего не радует. Поэтому очень важно вовремя определить изменение настроения и состояние человека.

Создание дневных психиатрических стационаров – это важный виток развития услуг в области психиатрии.

По мнению Всемирной федерации обществ биологической психиатрии, психиатрическая помощь должна оказываться преимущественно амбулаторно. Дневной стационар оказывает услуги на уровне первичного звена по лечению распространённых нарушений психического здоровья. При этом выполняются следующие важные функции (Шакалите, 2014):

- предоставление информации и средств самопомощи для пациентов и для поддержки членов их семьи,
- оказание услуг по охране психического здоровья по месту жительства, связанных с профилактикой, лечением и психосоциальной реабилитацией людей тяжёлыми и/ или комплексными нарушениями психического здоровья.

Организация деятельности дневного стационара

Утенский психиатрический дневной стационар начал свою работу с ноября 2013 года. Учредителем дневного стационара является Утенское самоуправление. Утенский центр первичной помощи здравоохранения осуществил проект создания стационара на средства из Европейского фонда регионального развития и средства государственного бюджета. Стационар рассчитан на 16 человек. Территориальная больничная касса финансирует курс лечения в течение 30 рабочих дней в году, поэтому услуги в стационаре бесплатные. Создана



возможность курс лечения делить на этапы, т.е. например: первые 15 дней посещать стационар весной, другие 15 дней – осенью. Работающим людям выдаётся больничный лист.

Попасть в стационар можно по направлению семейного врача или врача-психиатра. Клиентами являются люди с определёнными диагнозами, какая-то часть из них принимает медикаменты, следует схеме лечения, полученной от своего лечащего врача, кто-то проходит лишь реабилитацию без медикаментозного вмешательства. Обычно число пациентов увеличивается в тёмное время года, когда человека начинает одолевает сезонная депрессия. В основном в стационар обращаются люди, страдающие от депрессии, особенно от сезонной. Часто помощь необходима тем, кто испытывает такие расстройства как постоянные беспокойство, страх, бессонница, нервное напряжение, чувство одиночества, приступы паники и люди, страдающие от зависимостей. Алкоголизм также является психическим расстройством, которое обычно начинается с беспокойства и депрессии. В начальной стадии болезни человеку часто бывает трудно осознать, что одолевающие беспокойство и напряжение нужно лечить, поэтому зачастую пробует по-своему справиться с проблемой. Также принимаются пациенты, которые имеют зависимость от наркотических веществ, компьютерных, азартных игр. Сменив обстановку, круг знакомых, человек начинает по-другому мыслить, а конкретная занятость помогает отогнать негативные мысли.

Основная задача стационара – различными методами и способами в течение 30 рабочих дней улучшить, стабилизировать психическое состояние человека, чтобы его динамика стала положительной, а качество жизни улучшилось. Со дня открытия здесь оказана помощь многим людям. Некоторые пациенты уже обратились в дневной стационар повторно.

Оказание помощи в дневном стационаре выполняет следующие функции:

- превентивную,
- реабилитационную.

Превентивная функция заключается в недопущении того, чтобы болезнь достигла острой формы со всеми вытекающими последствиями.

Следует отметить, что одна из основных задач дневного стационара – реабилитировать пациента после закрытого стационарного лечения. Человек, проходя лечение в больнице, особенно во время острой формы заболевания, начинает терять социальные навыки, становится тяжелее общаться с окружающими, происходит замыкание в себе и т.д. Это в большей мере характерно больным шизофренией – тем, кто в больнице проводит многие дни. Довольно часто бывает, что вернувшись домой, им тяжело или самостоятельно не получается приготовить еду, помыть посуду и т.п. Также некоторым пациентам после больницы приходится заново адаптироваться к их окружающей среде, налаживать общение с близкими, чтобы понемногу вернуться к обычной жизни. С этой целью и создаются дневные стационары, где человек проводит день, а к вечеру возвращается к себе домой.

W.Anthony, M.Cohen, M. Fark (1998) признают, что цель психосоциальной реабилитации – дополнить современное психиатрическое лечение, то есть помочь людям, имеющим психический недуг, улучшить их функциональные возможности, чтобы они могли успешно приспособиться к избранной среде, ощутить удовлетворение в жизни и чтобы им хватило минимального участия специалистов.

Услуги психосоциальной реабилитации

В стационаре оказываются следующие услуги психосоциальной реабилитации: консультации врача-психиатра, психолога (при желании консультируются и члены семьи клиента), индивидуальная психотерапия, фармакотерапия, аудиовизуальная терапия, художественная терапия, свето-, цвето-, арома-, кинотерапии, занятия по оздоровительной гимнастике, групповое общение, восстановление и развитие социальных навыков, занятия по интересам, и т.д.

Каждый день в стационаре проходит по расписанию. Эмоционально дестабилизированным людям важно придерживаться режима. Утром все собираются, затем

по группам проводятся терапии и занятия. В течение дня для каждой группы проходят занятия по оздоровительной гимнастике, свето-, цвето-, ароматерапии, художественная терапия, групповое общение.

Немаловажную роль здесь играет восстановление и развитие социальных и бытовых навыков, таких как приготовление еды, уход за одеждой и т.п.

Аудиовизуальная терапия

Во время аудиовизуальной терапии пациенты устраиваются сидя или полужёла в комфортабельных креслах, слушают успокаивающую музыку и на экране наблюдают красивые виды природы. Эта терапия важна тем, кому нужно научиться расслабиться и направлять поток своих мыслей в другое, более позитивное направление. Если человек в стационар приходит с такими расстройствами как постоянное нервное напряжение, ощущение тревоги, то ему обычно бывает тяжело спокойно посидеть даже несколько минут. Основная цель этой терапии – создать возможность испытывающему тревогу, беспокойство и страх или просто желающему расслабиться человеку побыть в спокойной, гармоничной обстановке. Даже если пациенту хоть какое-то время удаётся посидеть не чувствуя напряжения, тревоги – это уже успех как для него самого, так и для специалиста.



Многим помогает просмотр художественных фильмов, в основу которых легли простые жизненные понятные истории. Многие люди примеряют ситуации на себя, порой таким образом находят решение своих проблем.

Светотерапия

Излучающий свет прибор биоптрон широко используется в медицине как простой в применении, эффективный, нелекарственный метод лечения. Свет — источник хорошего настроения, высокой работоспособности, активности и жизненной силы. На наше настроение влияют гормоны серотонин и мелатонин, количество которых изменяется в зависимости от времени дня и времени года. Доказано, что солнечный свет, воздействуя через сетчатку глаза, способствует выработке этих гормонов и таким образом влияет на настроение, в то время как темнота подавляет их продукцию. По этой причине люди, живущие в южных солнечных регионах, менее подвержены депрессии, чем люди, живущие при дефиците солнечного света¹⁰⁵.

Терапия движением

Терапия движением выросла из признания того, что эмоциональные состояния неизбежно выражаются в позе, мышечном напряжении и выражении лица, а релаксация или

¹⁰⁵ <http://www.ruzepter.ru/article/2>

энергичные движения тела способны улучшить психическое состояние. Традиционно считается, что душевная жизнь человека самым непосредственным образом связана с телом, с движениями¹⁰⁶.

По мнению психоаналитика Вильгельма Райха, человек, освободившись с помощью специальных физических упражнений от мышечного панциря, познает свое тело, осознает свои внутренние побуждения и принимает их. Это ведет к развитию в человеке способности к саморегуляции и гармоничной жизни в соответствии с его глубинными стремлениями и чувствами, иначе говоря, к физическому и психологическому росту¹⁰⁷.

Терапия движением – это физические упражнения, благодаря которым уменьшается нервное напряжение, улучшается самочувствие и функционирование организма. Также применяются упражнения, которые помогают уменьшить боли в спине и почувствовать себя бодрее и энергичнее. Для выполнения физических упражнений используется дополнительный инвентарь (большие мячи, гантели, эспандеры и т.д.), что помогает их разнообразить. Страдающие от депрессии и других психических расстройств довольно много времени проводят в постели в неподвижном состоянии, из-за чего пропадает гибкость тела и тонус мышц. Пребывание в постоянном напряжении сковывает мышцы, поэтому необходимо хотя бы минимально физически упражняться. Также следует заметить, что приём некоторых лекарств вызывает повышение аппетита и набор лишнего веса. Это ещё один повод для занятия физическими упражнениями. Нагрузка подбирается индивидуально и увеличивается постепенно. Физические упражнения и правильный режим дня способствуют улучшению как физического, так и психического самочувствия.

Художественная или арт-терапия

Художественная терапия – один из важных методов, применяемых при лечении эмоциональных и психических расстройств. Художественная терапия помогает освободиться от стресса и тревог, а также облегчает другие симптомы психических заболеваний. Искусство развивает творчество, делает свободным, возвышает и создает гармонию. Предыдущие навыки и познания в искусстве значения не имеют.

Подход к работе должен быть абсолютно творческий и свободный – направлен также на поощрение творческого выражения пациента. Во время занятий используется музыкальный фон. Создаются условия, чтобы человек мог ощутить себя в приятной и непринуждённой обстановке.

Процесс художественной терапии вырывает больного из когтей пассивно принимаемой болезни и направляет его к собственной активности, через которую он учится выравнять негармоничное, исправлять ошибки, приводить в порядок хаотичное и вместе с этим следовать определённым естественным законам. Он соединяется с материалом, преодолевает трудности, принимает ошибки, развивает терпение. Он чувствует смысл постановки задания, связь между различными упражнениями и чувствует себя ответственным за созданное им произведение. Он радуется форме, цвету, оттенкам и движению, которые могут стать пищей для его души, средством исцеления¹⁰⁸.

Для большинства пациентов начало курса художественной терапии бывает сложной, так как бывают ошибочно настроены на то, что ничего не умеют, имеют низкую самооценку. Но по-немногу они привыкают к новой обстановке, новым лицам, что-то пробуют, и творческий процесс начинает увлекать, помогает раскрыть способности и даже таланты. В результате у многих улучшается настроение, развивается мелкая моторика рук, некоторые находят себя в творчестве и продолжают им заниматься дома. Занятия помогают отогнать

¹⁰⁶ <http://www.krugosvet.ru/enc/medicina/PSIHOTERAPIYA.html?page=0,1>

¹⁰⁷ <http://heatpsy.narod.ru/04/dance.html>

¹⁰⁸ <http://terapevticum.msk.ru/index.php/2009-12-16-14-17-55.html>

негативные мысли и бывает, что в процессе творчества человек находит способы решения своих внутренних проблем. Каждому пациенту подбираются индивидуальные задания по желанию и физическим силам. Во время выполнения заданий много внимания уделяется общению. Поощряется проявление инициативы клиентов при выборе цвета краски для своих художеств, желаемой техники выполнения работы. Во время занятий пациенты рисуют карандашами, мелками, тушью, выклеивают орнаменты из цветной бумаги, валяют из шерсти и т.д.

В стационаре применяется ещё один вид арт-терапии – это лепка из глины. Глиноterapia является редким видом арт-терапии, при этом – очень интересным и действенным для восстановления баланса и гармонии человека¹⁰⁹. Работа с глиной используется при различных психических расстройствах.

Из глины можно лепить метафорические образы своей проблемы, своих эмоций и чувств, свое настроение, свою болезнь, образ себя и т.д. Важно то, что все эти образы в процессе лепки можно трансформировать в другие символические образы, которые позволят справиться с сильными чувствами, посмотреть на проблему с разных сторон и найти нужное решение для того чтобы выйти из проблемной ситуации. Болезнь можно трансформировать в здоровье, тревогу – в спокойствие. И не так уж



важно, что человек совершенно не умеет лепить¹¹⁰. Пациенты бывают увлечены во время всех этапов этой терапии – от лепки изделия до его глазуровки специальными красками и обжига в печи при температуре в 1200 градусов.

Для тех, кто категорически отказывается от художественной терапии, дневной стационар имеет альтернативу – компьютерное помещение. Пациенты могут слушать музыку, просматривать фильмы. Для тех, кто не умеет пользоваться компьютером, но имеет желание научиться, есть возможность получить основы пользования, например найти полезную информацию в интернете, зарегистрироваться к нужному врачу, оплатить с помощью интернета за коммунальные услуги. С обретением новых навыков у пациентов появляется уверенность в себе, в своих силах, повышается самооценка.

Групповое общение

Очень важно общение в группе. Оно играет роль группы самопомощи, когда люди сами стараются высказать, сформулировать свои проблемы, а товарищи по реабилитационной программе обсуждают эти проблемы, высказывают своё мнение, дают советы. Общение в группе в дневном стационаре – это прежде всего обмен положительным жизненным опытом и развитие навыков общения. Человеку важно осознать, что таких как он, людей с проблемами здоровья, есть больше, и некоторые из тех других как-то научились управляться со своими проблемами. Общаясь с другими, человек перестаёт себя чувствовать ненормальным, неполноценным и одиноким. На начальном этапе работы, т.е. пока члены группы знакомятся, привыкают к друг другу, разговариваем на нейтральные темы, например о любимых занятиях, хобби, любимых временах года и т.д. Постепенно происходит переход к более сложным темам, например к теме „Мой самый близкий человек“. Это болезненная тема для одиноких людей и для тех, кто из-за болезни ведёт отшельнический образ жизни. Среди пациентов встречаются и такие, кому тяжело найти общий язык с родными людьми и

¹⁰⁹ <http://sashadenisova.com/uslugi/art-terapiya-glinoy>

¹¹⁰ http://olga29011.narod.ru/art_glina.html

которые страдают от этого. Им нелегко говорить о таких проблемах и признать их существование при посторонних. Бывает, что пациент сначала общается очень формально и поверхностно, чувствуется внутренний барьер, а мотивация к общению приходит постепенно. Иногда при общении прорываются эмоции: плач или смех. Такое общение в группе и самоанализ через свой опыт и услышанный опыт других – это попытка размотать клубок проблем и так облегчить свою жизнь.

Для того, чтобы во время работы группы сохранялись порядок и последовательность, имеются правила, которых участники обязаны придерживаться.

Участники группы общения имеют разный жизненный опыт, социальное положение, поэтому важную роль здесь играет поддержание толерантности, взаимоуважения.

Важно сохранить социальную адаптацию человека, пребывающего в дневном стационаре. Многие связи, обретенные в стационаре, становятся настолько крепкими, что люди в дальнейшем близко общаются. Это важно отметить, так как при многих хронических заболеваниях сохраняется очень мало социальных навыков, люди закрываются в 4-х стенах, боятся даже обратиться за помощью.

По мнению Šedienė P. (2012), широкая практика социальной работы в дневных психиатрических центрах позволяет трансформировать роль пациента из пассивного получателя услуг в активного участника, в творческую, коммуникабельную личность, способную оказывать помощь и другим.

Отсюда можно сделать вывод, что дневной стационар – это важное промежуточное звено цепи помощи человеку, чтобы вернуть его к полноценной, активной и качественной жизни. К тому же этот вид службы психиатрической помощи воплощает в себе принципы доступности, всесторонности, непрерывности и является экономически эффективным.

Заключение

1. Принято ошибочно считать, будто крепкое психическое здоровье не является приоритетом. Подобное общественное мнение мешает вовремя оказать помощь нуждающимся в ней людям.
2. Практика работы в Утенском психиатрическом дневном стационаре показывает, что оказываемые им услуги востребованы, так как предоставление информации и средств самопомощи для клиентов происходит непосредственно по месту жительства.
 - 2.1. Оказание помощи в дневном стационаре выполняет превентивную и реабилитационную функции.
 - 2.2. Психосоциальная реабилитация дополняет современное психиатрическое лечение.
 - 2.3. Посещая дневной стационар, человек из пассивного получателя услуг превращается в активного участника процесса оказания помощи.
 - 2.4. Дневной стационар является важным промежуточным звеном цепи помощи человеку, чтобы вернуть его к полноценной, активной и качественной жизни.

Список литературы

1. Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. (1998). Psichiatrinė reabilitacija. Šiauliai.
2. Šedienė P., (2012). The process of the shaping of the mental sick role. Social work. Experience and methods. Complementary volume. Kaunas: Vytautas Magnus University.
3. Арт-терапия глиной или Глинотерапия. Доступ через интернет: <http://sashadenisova.com/uslugi/art-terapiya-glinoy>,
4. Логинова О. Метод арт-терапии: лепка (работа с глиной и пластилином). Статьи по психологии. Доступ через интернет: http://olga29011.narod.ru/art_glina.html

5. Основные принципы танце-двигательной терапии. Доступ через интернет: http://heatpsy.narod.ru/http://olga29011.narod.ru/art_glina.html04/dance.html
6. Терапия движением. Доступ через интернет: <http://www.krugosvet.ru/enc/medicina/PSIHOTERAPIYA.html?page=0,1>
7. Художественная терапия. Доступ через интернет: <http://terapevticum.msk.ru/index.php/2009-12-16-14-17-55.html>
8. Шакалите Д., (2014). Современные принципы политики психического здравоохранения. Главные проблемы, связанные с психическим здоровьем в Европе. Лекционный материал из конференции „Развитие услуг здравоохранения в психиатрических учреждениях здравоохранения“.

THE EXPERIENCE OF UTENA PSYCHIATRIC DAY CENTER

75

Summary

The country has a growing number of people suffering from various forms of depression and other mental illnesses, as well as those who experience constant stress, depressed mood, irritation and other symptoms of psychiatric comorbidity. The society adopted the misconception that strong mental health is not a priority.

Across the country began to establish day care mental health care. Day center - this is not a hospital in the classic sense of the word, it is the center of employment, emotional, and mental health care, which employs competent professionals, focused on quality, deep, comprehensive help people address here.

The aim of the article - to share experience of Utena psychiatric day center, talk about its main function, to acquaint with the services of psychosocial rehabilitation.

Practice shows that psychosocial rehabilitation is an important step in the provision of mental health care, as employment and therapy help to improve the functionality and quality of life.

Keywords: psychosocial rehabilitation, mental health, psychiatric day hospital.

Елена Богданова

Социальный работник Утенского психиатрического дневного стационара.
jelbog@gmail.com

REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNALE „SOCIALINĖ SVEIKATA“

1. Straipsniai rengiami lietuvių, anglų, rusų, latvių, lenkų kalbomis. Autorius atsako už teksto kalbą ir straipsnio redagavimą.
2. Rekomenduotina straipsnio struktūra:
 - straipsnio pavadinimas
 - duomenys apie autorių (autorius): vardas pavardė, institucija
 - santrauka (problema, tikslas, pagrindiniai rezultatai) ir raktažodžiai originalo kalba
 - straipsnio tekstas
 - literatūros sąrašas
 - santrauka ir raktažodžiai anglų kalba
 - autoriaus (autorių) kontaktiniai duomenys (adresas susirašinėti)
3. Techniniai straipsnio rengimo reikalavimai:
 - 3.1. Straipsnio formatas ir stilius:
 - Teksto redaktorius – Microsoft Word.
 - Šriftas – Times New Roman, 12 pt.
 - Puslapio formatas – A4.
 - Puslapio paraštės - 20 mm.
 - Tekstas rašomas 1 intervalo eilėtarpiu.
 - Lentelės, paveikslai, nuotraukos maketuojami puslapio viduryje, ne didesni nei nustatytos paraštės.
Literatūros nuorodos turi būti nuoseklios, t. y. sudarytos pagal tą pačią sistemą visame straipsnyje.
 - Literatūros sąrašas turi būti parengtas taip, kaip yra įprasta šiuo metu daugelyje mokslo sričių.
 - 3.2. Straipsnio medžiaga pateikiama šia tvarka:
 - Straipsnio pavadinimas originalo ir anglų kalba (didžiosiomis, Bold, centrinė lygiuotė)
 - Autoriaus vardas, pavardė (Bold, centrinė lygiuotė)
 - Institucija (centrinė lygiuotė)
 - Straipsnio santrauka originalo kalba (apie 500 spaudos ženklų, abipusė lygiuotė)
 - Raktažodžiai (kairioji lygiuotė)
 - Straipsnio turinys: įvadas, teorinės išvalgos, tyrimo rezultatai ir interpretacija, išvados (abipusė lygiuotė)
 - Literatūros sąrašas (abipusė lygiuotė)
 - Santrauka anglų kalba (apie 500 spaudos ženklų, abipusė lygiuotė)
4. Straipsnius recenzuoja redakcinės kolegijos paskirtas recenzentas.
5. Leidinyje publikuojami redakcinės kolegijos atrinkti straipsniai.
6. Straipsnių rekomenduojama apimtis – iki 6-8 psl., maksimali apimtis – 1 sp.l. Straipsniai neturi būti kur nors kitur anksčiau skelbti.
7. Pirmumą publikuoti leidinyje turi leidinio rėmėjai.

Autoriai savo straipsnius redakcijai gali siųsti el. paštu: info@socialinisdarbas.lt

SCIENTIFIC ARTICLES MUST MEET THE REQUIREMENTS OF THE JOURNAL „SOCIAL HEALTH“

1. The scientific articles are published in the Lithuanian, English, Russian, Latvian, Polish. The author takes the responsibility for editing a manuscript and correct language.
2. The recommended structural components of the article:
 - The title of the article;
 - The author (s) information: the name(s) and the surname(s) of the author(s), name of institution;
 - Summary (problem, aim, main results) and key words in original language;
 - The text of the article ;
 - The list of references ;
 - Summary and key words in English;
 - Contact information of the author (s) (address correspondence).
3. Technical requirements for the Articles.
 - 3.1. The article format and style:
 - Text editor - Microsoft Word;
 - Font - Times New Roman, 12 pt;
 - Page format - A4;
 - Page subtitles – 2x2x2x2;
 - Line spacing: one single;
 - Tables, pictures and photos, set in the center of the page, not bigger than the set page subtitles;
 - Literature references should be consistent, based on that same system around article;
 - The list of literature must be prepared according to the order nowadays used in Lithuania by representatives of various branches of science.
 - 3.2. The material of the article must be represented in this order:
 - The title of the article in original and English languages (in capital letters, bold, center alignment);
 - The name(s) and the surname(s) of the author(s) (bold, center alignment);
 - Name of institution (center alignment);
 - Summary of the article in original language (not more than 500 characters, justify alignment);
 - Key words (left alignment);
 - The article content: introduction, theoretical insight, analysis and interpretation of the research results, conclusions (justify alignment);
 - The list of literature (justify alignment);
 - Summary in English (not more than 500 characters, justify alignment).
4. The articles are read by reviewer that is appointed by the Editorial Board.
5. Only by the editorial board selected articles are published in the scientific articles volume.
6. The recommended length of the article is til 6-8 pages, max length – one printer’s sheet. We impose a ban on articles that have been published already.
7. The proceeds of publishing are distributed according to priority given to our sponsors.

ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ „SOCIALINĖ SVEIKATA“ („СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ“)

1. Принимаются статьи на английском, латышском, литовском, польском и русском языках.

Автор несет ответственность за язык и редактирование текста.

2. Рекомендуемая структура статьи:

- Название статьи
- Данные об авторе (авторах): имя, фамилия, институция
- Резюме (проблема, цель, главные результаты) и ключевые слова на языке оригинала
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме и ключевые слова на английском языке
- Контактные данные автора (авторов) (адрес для переписки)

3. Технические требования к статье:

3.1. Формат и стиль статьи:

- Редактор текста – Microsoft Word
- Шрифт текста Times New Roman, размер шрифта 12 пт.
- Формат страницы – А4
- Ориентация – книжная
- Поля – все по 20 мм
- Межстрочный интервал – одинарный
- Таблицы, рисунки, фото – в середине страницы, не больше, чем установленные поля
- Ссылки на источники литературы должны быть последовательны, то есть, составлены по той же системе во всей статье
- Список литературы оформляется в соответствии с общепринятыми требованиями.

3.2. Материал статьи предоставляется в таком порядке:

- Название статьи на языке оригинала и на английском (прописными, **Bold**, в центре)
- Имя, фамилия автора (**Bold**, в центре)
- Институция автора (в центре)
- Резюме статьи на языке оригинала (выравнивание по ширине)
- Ключевые слова (выравнивание по ширине)
- Содержание статьи: введение, основная часть, заключение (выравнивание по ширине)
- Список литературы (выравнивание по ширине)
- Резюме на английском языке

4. Статьи рецензируются рецензентом, назначенным редколлегией.

5. В журнале публикуются статьи, отобранные редколлегией.

6. Рекомендуемый объем статьи – 6-8 стр., максимальный объем – 1 печатный лист.

Материал, предлагаемый для публикации, должен являться оригинальным, не публиковавшимся ранее в других научных изданиях.

7. Публиковать статьи приоритет имеют спонсоры журнала.

Статьи присылаются на адрес электронной почты редакции info@socialinisdarbas.lt. Статья должна быть представлена в виде файла в формате MS Word.

ISSN 2351-6062

SOCIALINĖ SVEIKATA

SOCIAL HEALTH

2014 Nr.2

Viršelio autorius Matas Paškevičius

Išleido VšĮ Reabilitacijos technika

S.Daukanto g. 16, LT-28242 Utena

www.socialinisdarbas.lt

El. p. info@socialinisdarbas.lt