

Redaktorių kolegija (Editorial Board)

Vyriausioji redaktorė (Editor-in-Chief)

Dr. Ženija Truskovska

Rēzeknės technologiju akadēmija
Asmenybės socializācijas tyrimu institūts
Latvijas sociāliņu pedagogu fēderācija
Rezekne academy of Technologies, 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):

Dr. Jurgita Andruškienė

Klaipėdos valstybinė kolegija
Klaipeda State University of Applied Science, Lithuania

Dr. Aurelija Blaževičienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Lithuanian University of Health Sciences, Lithuania

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

Prof. dr. Inta Čamane

Baltijos tarptautinė akadēmija
Baltic International Academy, Latvia

Dr. Raimundas Čepukas

Utenos kolegija
Utena College, Lithuania

Dr. Daiva Kriukelytė

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

Prof. dr. Irina Plotka

Baltijos tarptautinė akademija
Baltic International Academy, Latvia

Dr. Ewa Krzyżak-Szymańska

Katowice aukštoji ekonomikos mokykla
Katowice School of Economics, Poland

Edmundas Vaitiekus

Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija
Lithuanian Association of Social Workers

Dr. Milda Žukauskienė

Vilniaus kolegija
Europos aukštųjų kineziterapijos mokyklų tinklas (ENPHE)
Vilniaus kolegija/University of Applied Sciences, Lithuania
ENPHE Coordinator for Lithuania

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>

© VšĮ Reabilitacijos technika, 2016

Įžanginis žodis

Gerbiami skaitytojai,

Mokslinis įkvėpimo fenomenas – sunkiai paaiškinamas reiškinys. Kartais sprendžiamame fundamentalius reiškinius, niekaip neradami atsakymo į iškilusius klausimus. Nagrinėjant įkvėpimo fenomeną, mokslininkai išsiaiškino, kad genialios idėjos atsiranda ne iš karto, o ilgą laiką palaužius galvą ir kai jau galvojama, kad nieko nebus, staiga ateina įkvėpimas. Manoma, kad tas, kas ieško atsakymų į sudėtingus klausimus, iš pradžių turi išanalizuoti visus sprendžiamo klausimo aspektus, o po to šiek tiek atsitraukus leisti sąmonei pačiai rasti sprendimą.

Po ilgesnės pertraukos pristatome Jums šeštąjį žurnalo „Socialinė sveikata“ numerį. Tikimės, kad žurnale pateikiami tyrimų rezultatai padės tyrėjams surasti atsakymus į iškilusius probleminius klausimus, laukiant įkvėpimo fenomeno.

Redkolegija

Turinys

FAMILIES OF HIGH SOCIAL RISK WITH CHILDREN: SOCIO-PEDAGOGICAL ACTIVITY MODEL FOR RURAL COMMUNITY. J.Upeniece, Ž.Truskovska	6
SLAUGOS FAKULTETO IR MEDICINOS FAKULTETO STUDENTŲ VERTYBINIŲ NUOSTATŲ ĮVERTINIMAS. ASSESMENT OF STUDENTS MORAL VALUES OF NURSING AND MEDICINE FACULTY. M.Naginevičiūtė, A.Blaževičienė	17
GYDYTOJŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIS Į PROFESINIO BENDRADARBIAVIMO SANTYKIUS. PHYSICIANS' AND NURSES' ATTITUDES TOWARDS INTERPROFESSIONAL COLLABORATION. O.Riklikienė, V.Žvikienė, Ž.Luneckaitė	26
PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO SLAUGYTOJŲ EDUKACINĖ VEIKLA VYKDANT MOKSLEIVIŲ BURNOS ERTMĖS LIGŲ PREVENCIJĄ. PRIMARY HEALTH CARE CENTER NURSES' EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR SCHOOLCHILDREN OF ORAL CAVITY DISEASES PREVENTION. R.Juodvalkienė, J.Gulbinienė	33
ARBUTINO IR VITAMINO C VEIKSMINGUMAS VEIDO ODOS MELAZMAI. EFFECTIVENESS OF ARBUTIN AND VITAMIN C FOR MELASMA OF FACE SKIN. V.Jasiūnaitė, J.Prakapavičienė	42
VAIKŲ DANTŲ GYDYMO BAIMĖ IR JĄ LEMIANTYS VEIKSNIAI. CHILDREN'S TEETH TREATMENT FEAR AND DETERMINING FACTORS. J.Pukaitė	54
SABIEDRISKĀ TRANSPORTA PIEEJAMĪBA JŪRMALAS PILSĒTĀ. ACCESS OF PUBLIC TRANSPORT IN JŪRMALA CITY. I.Vīksniņa, K.Vītoļiņa, I.Ozola, L.Priede, D.Erkena	62
KOMPLEKSINIŲ RŪGŠČIŲ EFEKTYVUMAS KOREGUOJANT MELASMOS PASIREIŠKIMĄ. COMPLEX ACID EFFECT ADJUSTING MANIFESTATION OF MELASMA. L.Ramašauskaitė, R.Gervickaitė	70
ESOŠO RESURSU IZMANTOŠANA UN JAUNU RESURSU PIESAISTE SOCIĀLAJĀ DARBĀ AR BĒRNIEM NO RISKĀ ĢIMENĒM. THE USE OF EXISTING RESOURCES AND INVOLVEMENT OF NEW RESOURCES IN SOCIAL WORK PRACTICE WITH ADOLESCENTS FROM RISK FAMILIES. I.Čamane, L.Poriete	76
REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNAL „SOCIALINĖ SVEIKATA“	86
SCIENTIFIC ARTICLES MUST MEET THE REQUIREMENTS OF THE JOURNAL „SOCIAL HEALTH“	87
ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ „SOCIALINĖ SVEIKATA“ („СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ“)	88

FAMILIES OF HIGH SOCIAL RISK WITH CHILDREN: SOCIO-PEDAGOGICAL ACTIVITY MODEL FOR RURAL COMMUNITY

Jolanta Upeniece, Ženija Truskovska

Rēzeknes Tehnoloģiju akadēmija

6

Abstract

Due to various socio-economic factors, a number of high social risk families with children does not fall in Latvia. Assistance and support models accomplished in social work are not effective in real practice because all the resources available for families' social recovery are not fully used. The paper offers an insight into the study carried out by a social pedagogue in Latvia's rural communities in 2016. It also describes the socio-pedagogical activity model for effective work with high social risk families with children, expecting that such a planned, organized and implemented assistance and support to the target group in rural communities will contribute to the social recovery of social risk families with children and reduce the reproduction of such families.

Ievads

Introduction

Pētījuma aktualitāte. Mūsdienā Latvijā daudzās lauku kopienās ar katru gadu palielinās to ģimeņu skaits, kas nespēj vai nevēlas rūpēties par bērnu audzināšanu. Vairumā šādu ģimeņu nereti valda depresija, vienaldzība, alkoholisms, narkomānija, pieaug vardarbības risks un veidojas kriminogēnas situācijas. Ģimenēs, kurās pastāv kāds no minētajiem riska faktoriem, veidojas disfunkcija ģimenes attiecībās. Neredzot risinājumu bezcerībai, ģimenes nereti izvēlas destruktīvu ceļu. 19,8% valstī dzīvojošajām ģimenēm ar bērniem piešķirts trūcīgās personas statuss (*Eiduka,D;http://www.slideshare.net/sosbernuciemati/socil-riska-imes-ar-brniem-latvij-13-122013;resurss skatīts 05.05.15.*), kas liecina par to, ka bērniem šādās ģimenēs ir apgrūtināta ne tikai pamatvajadzību apmierināšana, bet netiek pietiekami nodrošināti apstākļi veiksmīgai socializācijai. Joprojām palielinās vecāku skaits, kam ar bāriņtiesas lēmumu tiek atņemtas aprūpes tiesības. Salīdzinājumam, 2010. gadā bērnu aprūpes tiesības tika atņemtas 1645 vecākiem, bet 2012. gadā - jau 1876 vecākiem.

Pētījuma problēma. Valsts sociālajā politikā vērojama tendence atbalstu augstam sociālajam riskam pakļautām ģimenēm ar bērniem pašvaldībās sniegt galvenokārt tad, kad jau ir iestājies sociālā riska gadījums un ģimenes nespēj pašas apmierināt savas vajadzības. Šādos gadījumos pašvaldību sociālā dienesta darbinieki, izvērtējot ģimenes ienākumus, piešķir ģimenei trūcīgā vai maznodrošinātā statusu, uz kura pamata tālāk tiek sniegts atbilstošs materiālais atbalsts ģimenei. Savukārt trūkst sistemātiska preventīvā sociālā un sociāli pedagoģiskā darba ar augsta sociālā riska ģimenēm ar bērniem, lai mazinātu šāda modeļa ģimeņu atražošanu. Bieži tam par iemeslu ir nepietiekams sociālo pedagoģu skaits, kā arī nepilnīgi izmantoti lauku kopienas resursi.

Pētījuma mērķis: Sociāli pedagoģiskā darba modeļa lauku kopienā ar augsta sociālā riska ģimenēm izstrāde. **Pētījuma metodoloģija:** zinātnisko teoriju, zinātniskās literatūras u.c. avotu analīze, lai zinātniski pamatotu apzinātai problēmai piedāvāto risinājumu – modeli; aptaujas un kopienas sociālā šķēluma metodes, lai noskaidrotu augsta sociālā riska ģimeņu ar bērniem sociālo portretu; modelēšana, lai izveidotu sociāli pedagoģiskās darbības modeli ar augsta sociālā riska ģimenēm ar bērniem lauku kopienā; matemātiskā datu apstrāde. Pētījums veikts brīvas izlases veidā N. novada četrās lauku kopienās Latgales reģionā Latvijā, atlasot 22 pieaugušos no mērķa grupas un uzrunājot 5 sociālos darbiniekus, kopējais respondentu skaits: 27 respondenti. N. novadā dzīvo 5671 iedzīvotājs. Novadā pēc *Sociālā dienesta statistikas datiem uz 2015.gada beigām* kopumā ir 19 nelabvēlīgas ģimenes ar 49 bērniem vecumā no 0 – 18 gadiem. Respondentu skaits pietiekošs, lai veiktu socioloģisku pētījumu atsevišķā novadā, atsevišķās kopienās, iegūtie rezultāti ir pietiekami validi un var būt attiecināmi uz līdzīgām lauku kopienām Latgales reģionā un Latvijā kopumā.

Teorētiskās izpētes aspekti **Aspects of theoretical research**

Augsta sociālā riska ģimeņu ar bērniem (turpmāk tekstā - **ASRĢAB**) sociālās problēmas var būt saistītas ar: 1) ģimenes veidošanos, attīstības vai iziršanas posmu (nepilna, daudzbērnu, ar bērnu vai vecāku invalīdu utt.); 2) apstākļus ietekmē valsts un sabiedrības situācija (maznodrošinātas ģimenes, ģimenes ar sliktiem dzīves apstākļiem, bēgļu ģimenes, bezdarbnieku ģimenes u.c.); 3) apstākļus ietekmē iekšējie faktori, asociāla ģimenes locekļu uzvedība (alkoholisms, narkomānija, likumpārkāpumi u.c.) (*Reinholde I., Vanaga D., 2005*). ASRĢAB ir ģimene, kuru raksturo disfunkcija gan ģimenes iekšējos procesos, gan attiecībās ar sabiedrību un kura atrodas kritiskā situācijā, radot draudus bērnu veselībai un dzīvībai. Šīm ģimenēm ir nepieciešama aktīva un efektīva *sociālā aizsardzība un atbalsts*.

Ārējo faktoru ietekmei uz ģimeni ir graujošas sekas. Nevienlīdzīgais sociālais stāvoklis veicina šo ģimeņu un bērnu sociālās izslēgtības risku kopienā un sabiedrībā kopumā: bērnu sociālo izolāciju skolā un līdz ar to traucējumus bērnu garīgajā un fiziskajā attīstībā. Lielai daļai bērnu šajās ģimenēs netiek nodrošināta pietiekoša aprūpe, pilnvērtīgs uzturs, bērni dzīvo nelabvēlīgā sociālā

vidē, kas robežojas ar vardarbības un noziedzības risku. Nereti ģimenes sociālā riska situācijā nonāk tādā kā apburtajā lokā, kur viena problēma noved pie nākamās. Tieši *sociālo problēmu apburtā loka fenomens* liecina par ASRĢAB problēmu sarežģītību, kompleksumu un norāda uz speciālistu iesaistīšanās nepieciešamību, jo ģimene ar bērniem viena nespēj savas problēmas atrisināt (Gorlova, D., 2001). Tātad šādās ASRĢAB aug un attīstās liels skaits bērnu, kas neiegūst pozitīvu dzīves pieredzi, bet pārņem ģimenē valdošās vērtības un uzskatus, pieredzi un priekšstatus par ģimeni. Tādējādi pastāv nopietns risks, ka bērniem pieaugot, tiks atražotas vecāku ģimeņu problēmas, *atražots nelabvēlīgās ģimenes modelis*, šāda ģimene atkal nokļūst Sociālā dienesta redzeslokā.

Šādam sociālajam riskam sevišķi pakļautas lauku kopienu ģimenes visdepresīvākajā Latvijas reģionā – Latgalē. Daudzi zinātnieki un sociālā darba pētnieki ārzemēs, mazāk Latvijā ir veikuši pētījumus par **kopienu** sociālā darba skatījumā, līdz ar to *kopiena* tiek raksturota dažādi (Hermansens, O.F., 1998, Sedvalde, E., 2005). Autori skata *kopienu* kā cilvēku vai ģimeņu grupu, ko raksturo kopīgas vērtības, pakalpojumi, institūcijas, intereses vai ģeogrāfiskais izvietojums. Līdzīgs un varbūt atbilstošāks Latvijas kontekstam traktējums mūsdienās: *kopiena* ir visas vecuma, etniskās, reliģiskās, sociālās iedzīvotāju grupas, kas apdzīvo/ apvieno noteiktu ģeogrāfisku teritoriju – reģionu, novadu, pilsētu vai pagastu (<http://www.kopienufondi.lv/dictionary>, skatīts 16.03.2016.). Tātad kopienas raksturo ģeogrāfiskais faktors, institūcijas, pakalpojumi, kuri sevī ietver visa vecuma, etniskās, reliģiskās, sociālās iedzīvotāju grupas, kuras veido *vienu veselumu* – *kopienas iedzīvotājus*. No sociālā un sociāli pedagoģiskā aspekta *kopienu varētu uzlūkot kā klientu*. Kopienas interesēs ir nevis paļauties un gaidīt, ka valdība vai bizness kaut ko darīs lietas labā, bet kopienai ir jāpaļaujas uz sevi, jāatrod pašai savi resursi un jādarbojas pēc savām programmām. Svarīgākās no kopienas attīstības metodēm ir kopienas organizācijas un iedzīvotāju līdzdarbības metode (Sedvalde, E., 2005; Zemīte, Ē., 2016).

Kopienas attīstības stratēģija virzīta uz jaunu funkciju atjaunošanu vai attīstīšanu kopienā, kura nodrošinātu savu iedzīvotāju labklājību, pētījuma ietvaros – ASRĢAB sociālo funkcionēšanu un labklājību. Sociālā darba speciālistu reālā praktiskā darbā pielietotās *spēka pieejas* skatījumā – kopienas attīstības process nav tik daudz fokusēts uz problēmām, trūkumiem un konfliktiem kopienā, lielākā mērā tas tiek fokusēts uz kopienas vērtību atklāšanu. Šī pieeja dod sociālajam darbam alternatīvu vides koncepciju, kas ļauj saskaņot indivīda spēkus ar dabiskajiem sociālās vides resursiem kopienā. Šo spēku atrašana, veicināšana un izmantošana var palīdzēt palielināt sociālā un sociāli pedagoģiskā darba ar klientu un kopienas potenciālu. Ja kopiena tiek aplūkota kā resurss un iespēju avots sociālā darba klientam, nevis šķēršļu radītāja, krasi palielinās sociālā darba iespējas palīdzēt klientam. (Kempa S.P., Vitakers Dž.k., Treisija E.M., *Mācību materiāls*). Kopienas attīstībā būtiski ir spēja noteikt nelabvēlīgo ģimeņu sociālās problēmas, kādi resursi eksistē kopienā,

kādas spējas un dotības ir kopienas iedzīvotājiem, lai palīdzētu risināt šo ģimeņu problēmas. Vietējo cilvēku iesaistīšanā kopienas attīstībā nelabvēlīgo ģimeņu problēmu risināšanas kontekstā jāpiemin audžuģimeņu, kā resursa „spēku bāzes” attīstību bērnu ārpusģimenes aprūpes nodrošināšanā. Iedzīvotāju iesaistīšana, atbalsta ģimeņu, uzticības personu un citu brīvprātīgo palīdzība ir kā resurss un spēku bāzes attīstība darbam ar ģimenēm lauku kopienā. (Reinholde I., Vanaga D., 2005).

Pasaulē ir izveidotas organizācijas, kurās apmācīti speciālisti sniedz pakalpojumus ģimenēm ar pirmskolas vecuma bērniem mājās gan pilsētās, gan laukos, gan lielākos un mazākos reģionos. Šādas organizācijas ir izveidotas daudzās pasaules valstīs un darbojas zem vienota nosaukuma **Home – Start**. *Home – Start ir projekts, kurš tika izveidots, lai mazinātu sociālo atstumtību ģimenēs ar bērniem.* Šo projektu vadīja un finansēja Eiropas Komisijas kopienas rīcības programma (2002–2006). Vispārējais programmas mērķis - mācīt mazturīgām ģimenēm risināt problēmas, ar kurām tās saskaras. Starptautiskajā ziņojumā tiek skatīti trīs aspekti: 1) galvenais uzdevums - veicināt sociālo integrāciju; 2) ģimeņu pieredzes dokumentēšana, lai saprastu šo ģimeņu šķēršļus pakalpojumu izmantošanā un līdzdarbību sabiedrībā; 3) palīdzības prakse ģimenēm, kuras ir gatavas iesaistīties un ieklausīties, lai gūtu pozitīvus rezultātus (Shinman S. Publishers, <http://arrow.dit.ie>, 2005). Vārdi *Home – Start* uzsver atbalsta nozīmību mājās ģimenēm ar bērniem agrīnā vecumā. Sniegtā pakalpojuma pieeja ir vienkārša, bet ļoti efektīva, un ir pierādīts, ka tā spējīga palīdzēt ģimenēm ar bērniem riska vai krīzes situācijās (Černišova, O., 2006). Programma balstās uz sadarbību, uzmanību, lai identificētu šo ģimeņu patiesos stāvokļus. (Manz, Patricia H.; Lehtinen, Jaana; Bracaliello, Catherine, 2013). *Home – Start programmā darbojas brīvprātīgie*, kuri sniedz regulāru atbalstu, praktisku palīdzību un draudzību sociālā riska ģimenēm viņu mājās. Šis atbalsta pakalpojums ir balstīts uz pozitīvām emocijām, ko var dot vecākiem un bērniem ģimenēs savstarpējas izpratnes gaisotnē, bieži vien novēršot krīzes un ģimenes sairšanu (Harrison, M., 2003)

Raksta autores pārliecinātas, ka Home – Start kustību var pielāgot un attīstīt arī Latvijas apstākļos, īpaši lauku kopienās. Kā brīvprātīgos var piesaistīt kopienas sociāli veiksmīgās ģimenes ar bērniem – tie var būt kaimiņi, radi utml. Attīstot šādu sociālo pakalpojumu Latvijā, ir iespējams, izmantojot pieejamos kopienas resursus, ne tikai sniegt atbalstu un palīdzību krīzes situācijās, bet arī veikt **preventīvo** sociālo un sociāli pedagoģisko darbu ASRĢAB, kas būtu liels atbalsts kopienas attīstībā.

Sociālais pedagogs atbilstoši Latvijā spēkā esošajiem normatīvajiem dokumentiem (www.likumi.lv) strādā ar bērnu, pedagogiem un ģimeni. Palīdz veidot un mainīt vidi, kurā dzīvo un mācās bērns. Palīdz bērnam iemācīties prasmi dzīvot sabiedrībā, izprast sevi, izdarīt izvēli, pieņemt lēmumus, apgūt saskarsmes prasmes. Sociālais pedagogs māca bērnam un vecākiem piedalīties socializācijas procesos, māca jaunu uzvedību, pieņemamu bērnam, sabiedrībai un

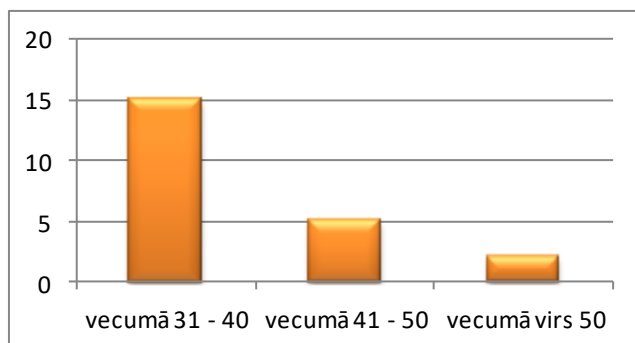
ģimenei. Problēmu, ko nākas risināt sociālajam pedagogam, strādājot ar bērniem un vecākiem, tostarp lauku kopienā, ir daudz. Risinot sociāli pedagoģiskās problēmas, viņš veicamās funkcijas ietvaros atbilstoši pilda dažādas lomas - iniciatora, glābēja, izglītotāja, starpnieka, advokāta, novērotāja, vadītāja, koordinatora, plānotāja un konsultanta (*Truskovska, Ž., 2013*). Sadarbībā ar citiem profesionāļiem, lauku kopienā, pirmkārt, ar sociālo darbinieku, otrkārt, ar skolas pedagogiem, *komandas darba pieejas* ietvaros, uzturot vajadzības gadījumā ciešu sadarbību ar ģimeni, rada iespēju bērnam apmierināt bioloģiskās, sociālās un garīgās vajadzības.

Atbalstu un palīdzību ASRĢAB lauku kopienā var piedāvāt atbalsta grupas veidā. **Atbalsta grupas** – cilvēku grupas, ko vieno vienādas intereses, vajadzības. Uzmanība tiek pievērsta pieredzei gan pozitīvai, gan negatīvai un spējai mācīties no tās. Atbalsta grupas - ir cilvēku kopa, ko veido līdzīgas situācijas vai dzīves apstākļi. Tā ir balstīta uz pašpalīdzības principu: darboties kopā, pārvarēt grūtības, iegūt zināšanas un atbalstu. Atbalsta grupas vadītājs var būt profesionāls sociālais darbinieks vai sociālais rehabilitētājs, kurš sadarbībā ar psihologu vai citu pieaicināto speciālistu vada grupas procesu (*Magone, 2014*). *Sociālā atbalsta grupās* riska ģimenēm ar bērniem ir iespēja satikt citus vecākus un dalīties pieredzē, kā arī izveidot savstarpēju atbalsta tīklu, kas ir tik nepieciešams ikvienam cilvēkam. Piederība grupai palīdz izvairīties no sociālās izolētības vai atstumtības. Grupas dalībnieki iemācās labāk saprast sevi un citus, attīstīt saskarsmes iemaņas, iemācās klausīties un adekvāti reaģēt uz citiem, uzlabojot attiecības ar sevi un citiem – ģimeni, draugiem, kolēģiem. Grupa sniedz atbalstu un cerību, jo ir iespēja ieraudzīt, kā citi grupas dalībnieki pozitīvi atrisinājuši kādu svarīgu jautājumu.

Ieskats empīriskā pētījuma rezultātos

Insight into the results of empirical research

Veicot ASRĢAB lauku kopienās *aptauju (anketēšanu)*, tika noskaidrots to sociālais portrets – vecums, izglītība, aktuālākās problēmas, viedoklis par vajadzībām, utml.



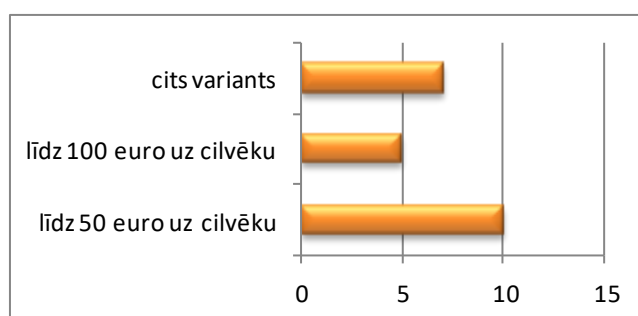
1.attēls. Respondentu sadalījums pēc vecuma.

Figure 1. Division of respondents in accordance with their age.

Vecums. No 22 respondentiem vairāk kā puse, t. i. 15 respondentu, ir vecuma grupā no 31 – 40 gadiem. Tie ir vecāki produktīvā vecumā, kad ģimenēs turpina dzimt bērni, līdz ar to radot papildus risku, sevišķi, ja ģimene netiek galā ar bērnu audzināšanu šajā brīdī. Šajā vecumā ģimeņu vecāki ir darbaspējīgi, tos var atgriezt darba tirgū, kā arī sniegt atbilstošas apmācības, lai motivētu pārmaiņām. Pieci respondenti ir vecuma grupā no 41 – 50 gadiem. Šajā vecumā cilvēki, parasti ieguvuši izglītību, strādā atalgotu darbu, audzina bērnus. Taču N. novadā augsta sociālā riska ģimenēs šī situācija ir citādāka. Lielākā daļa respondentu agrāk ir strādājuši uzņēmumos, kas tikuši likvidēti. Cilvēki, zaudējuši darbu, ieguvuši trūcīgās ģimenes statusu. Divu respondentu vecums ir virs 50 gadiem. Šis vecums raksturojas ar paaugstinātu trauksmes līmeni par savu pozīciju dzīvē noturēšanu. Šis trauksmes līmenis ietekmē attiecības ar bērniem. Vērojama apātija attiecībās ar pusaudžiem vai arī spontānu, neregulētu emociju izpausmes, kuras ir neadekvātas situācijai.

Izglītība. Noskaidrots, ka desmit respondentiem ir vidējā profesionālā izglītība, desmit – vidējā izglītība un diviem – augstākā izglītība. Visi respondenti ir ieguvuši izglītību, jo agrāk vidējā izglītība bija obligāta. Daudzi vidējo izglītību ieguva profesionāli tehniskajās skolās vai vakarskolās. Respondentiem ar vidējo izglītību ir grūti konkurēt darba tirgū. Respondentiem ar vidējo profesionālo un augstāko izglītību ir lielākas iespējas atrast darbu. Izglītība ir nozīmīgs resurss uz spēka perspektīvu orientētā pieejā sociālajā darbā.

Darbs. Ienākumi.



2.attēls. Respondentu ģimenes ienākumi.

Figure 2. Income of respondents' families.

Respondentu ģimenes ienākumi mēnesī uz vienu ģimenes locekli līdz 50 eiro ir desmit respondentu ģimenēm. Septiņi respondenti atzīmējuši variantu cits, piebilstot, ka zemāk par 50 eiro mēnesī uz vienu ģimenes locekli. Šīm ģimenēm trūkst līdzekļu pamatvajadzību apmierināšanai, lielai daļai trūkst līdzekļu uzturam, nerunājot nemaz par medicīniskajiem izdevumiem. Šīs ģimenes ir GMI pabalsta saņēmējas. Piecu respondentu ģimenes ir tās, kuras saņem vidēji 100 eiro uz ģimenes locekli. Šīm ģimenēm ir piešķirts trūcīgās ģimenes statuss. Šie ienākumi katru mēnesi mainās. Daži no bezdarbniekiem saņem bezdarbnieka pabalstus. Latvijā par ienākumiem neuzskata

bezdarbnieka stipendiju, profesionālās apmācības, pārkvalifikācijas vai kvalifikācijas paaugstināšanas, kā arī neformālās izglītības ieguves laikā.

Respondentu ģimenēs bērnu skaits un viņu vecums ir dažāds: vienā ģimenē ir četri bērni, vienā ģimenē ir pieci bērni, divās ģimenēs ir trīs bērni, divās ģimenēs ir viens bērns, divās ģimenēs ir seši bērni, trīs ģimenēs ir divi bērni. N. novadā visvairāk ASRĢAB kurās ir seši bērni. Šīs ģimenes ir visgrūtākajā situācijā, jo nabadzība, bezdarbs, vecāku alkoholisms skar daudzus bērnus ģimenēs. Bērniem netiek nodrošināti labvēlīgi apstākļi bērnu aprūpei un audzināšanai, saasinātas ir arī visas citas problēmas. Sociālajam dienestam, arī sociālajiem pedagogiem ir jāpievērš īpaša uzmanība šīm ģimenēm, lai atbalstītu un strādātu ar ģimeņu atveseļošanu.

Sociālās problēmas. Viena no lielākajām ASRĢAB sociālajām problēmām ir līdzekļu trūkums. To apstiprina 15 aptaujātie respondenti. Otra skaitliski lielākā problēma ir grūtības bērnu audzināšanā (minēja desmit respondenti). Atkarības ir viena no smagākajām sociālajām problēmām, kas skar ģimenes. Desmit no aptaujātajām ģimenēm ir atkarības problēmas. Pieci no aptaujātajiem respondentiem atzīmē veselības problēmas. Līdzekļu trūkums iztikai un citu pamatvajadzību nodrošināšanai tiek minēts kā sociālā problēma, kas izraisa citu sociālo problēmu kā seku rašanos - sociālo problēmu apburtais loks. ASRĢAB visbiežāk ikdienišķajā dzīvē tiek minētas sekojošas sociālo problēmu izraisītas sekas: 1) Dzīvībai un veselībai bīstami dzīvošanas apstākļi. 2) Nabadzīgi, nelabvēlīgi ģimenes dzīves apstākļi 3) Alkoholisko vielu ietekmē bērnu atstāšana novārtā. 5) Atstātas novārtā bērnu vēlmēs, vajadzības, problēmas. 6) Traumēta bērnu psihe. 7) Nepietiekama bērnu medicīniskā aprūpe, u.c. Var secināt, ka respondentu ģimenēm nepieciešams gan materiāls, gan psihosociāls atbalsts, kā arī atbalsts zināšanu un sociālo prasmju veidošanā ģimenēm, lai tajās tiktu veiktas pamatfunkcijas sabiedrībā pieņemamā līmenī.

Aptaujā noskaidrots, ka vērojams sociālā un sociāli pedagoģiskā atbalsta trūkums ASRĢAB sociālai atveseļošanai. Netiek pilnvērtīgi izmantoti kopienas resursi. Sociālais pedagogs netiek minēts, iespējams, tāpēc, ka šīs ģimenes neizprot sociālā pedagoga lomu viņu problēmu jautājumu risināšanā, kā arī iespējams šis speciālists šajās lauku kopienās nav vai maz pieejams. *Līdz ar to rodam apstiprinājumu nepieciešamībai pēc preventīvi izglītojoša sociāli pedagoģiskā darba.*

Apkopojot 5 sociālo darbinieku intervijās paustos viedokļus par sociāli pedagoģisko jautājumu risināšanu N. novadā, noskaidrots, ka 1) visvairāk pievērš uzmanību skolēnu neattaisnotajiem stundu kavējumiem, deviantai uzvedībai, atkarības problēmām, konfliktiem ar vecākiem. 2) ASRĢAB galvenokārt strādā pagasta sociālais darbinieks, augsta sociālā riska ģimenes tiek apsekotas mājās, lai noskaidrotu sociālekonomisko stāvokli, noskaidrotu vajadzības, bērnu aprūpi un audzināšanu. 3) Ar vecākiem tiek slēgti sadarbības līgumi problēmu risināšanai. 4) Efektīvai sociāli pedagoģiskai darbībai trūkst sociālo pedagogu skolās, u.c. sociālā darba speciālistu

kopienā, tāpēc veidojas neefektīvs un vienveidīgs starpprofesionāļu darbs. 5) Vērojams sadarbības trūkums ar pedagogiem skolās. 6) Tiek veikti izglītojoši pasākumi vecākiem skolās, bet tie ir nepietiekami un vecāku motivācijas trūkuma dēļ mazefektīvi.

Izmantojot *kopienas šķēluma metodi* noskaidrojām *N. novada 4 kopienu resursus*, sociālās funkcionēšanas iespējas kopienas iedzīvotājiem. Visos četros pagastos funkcionālie resursi ir pietiekami un dažādi, lai tos varētu izmantot kopienas sociālajā un sociāli pedagoģiskajā darbā, tostarp tie ir nozīmīgs resurss atbalsta grupu nodarbību satura dažādošanā. Aktīvi kopienas locekļi - biedrību locekļi, sieviešu sociāli ekonomiskā aktivitāšu centra „Mozaika” dalībnieki, utml. Kopienās ir daudz sociāli veiksmīgu cilvēku (ģimenes). Raksta autoru profesionālā pieredze ļauj spriest, ka gan aktīvistus, gan nosauktās ģimenes sociālais pedagogs sadarbībā ar sociālo darbinieku varētu uzrunāt un motivēt kļūt par brīvprātīgajiem ASRĢAB atbalstītājiem, palīgiem un draugiem, līdzīgi kā tas ir Home – Start programmā (kustībā), kas izplatīta ārzemēs un jau atpazīstama dažās Latvijas lauku kopienās.

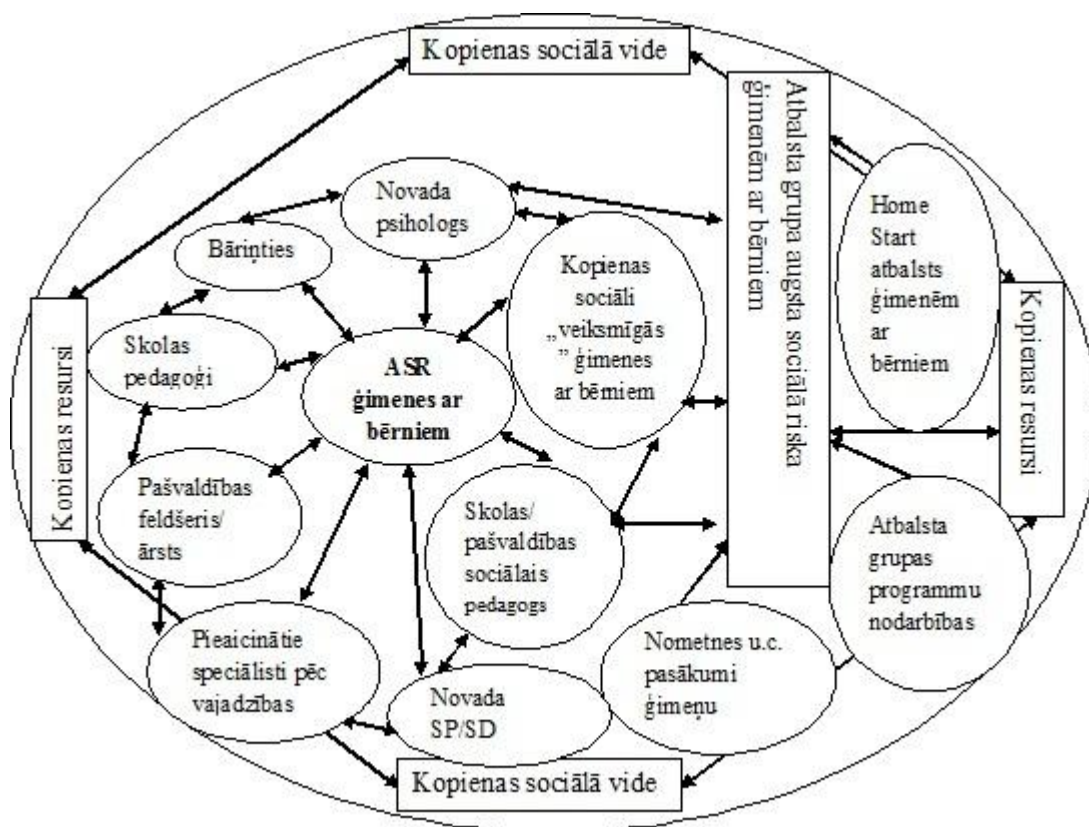
Sociāli pedagoģiskā modeļa darbam ar augsta sociālā riska ģimenēm ar bērniem raksturojums

Description of the socio-pedagogical model for working with high social risk families with children

Veicot zinātnisko pieeju un atziņu, kā arī dažādu informācijas avotu izpēti un analīzi, tika noskaidrots, ka tādā sociālās labklājības valstī kā mūsdienu Latvijā, dažādu faktoru ietekmē joprojām ir liels ASRĢAB skaits. Līdz ar to, rodas nepieciešamība pārskatīt esošās pieejas un aktivizēt lauku kopienā esošos resursus apzinātās problēmas risināšanai un tās seku mazināšanai. Pētījuma gaitā modelēts un izstrādāts **Modelis** (skatīt 3. attēls). Tas modelēts, izmantojot kopienas attīstības pieeju, uz kopienas spēka perspektīvu vērsto pieeju, balstīts uz kopienā esošajiem ģeogrāfiskajiem, funkcionālajiem un administratīvajiem resursiem, arī uz klienta perspektīvu centrēto pieeju sociālajā un sociāli pedagoģiskajā darbā. Pēc satura un būtības t.i. *interdisciplinārs modelis*, kur arī *klients – ASRĢAB* ir iesaistīts aktīvā problēmu risināšanā. Sociālā palīdzība un atbalsts ASRĢAB tiek nodrošināts, izmantojot *komandas darba pieeju*. Komandas darbu var organizēt un vadīt gan sociālais pedagogs, gan sociālais darbinieks atbilstoši profesionālajām kompetencēm un izvirzītajiem mērķiem un uzdevumiem sadarbībā ar ASRĢAB. Shēmā attēlotie speciālisti un komandas locekļi darbam tiek piesaistīti pēc nepieciešamības un savstarpēji komandas sapulcēs, par to vienojoties. Modelī šajā attīstības stadijā ASRĢAB tiek piedāvāti ne tikai sociālā darbinieka un sociālā pedagoga pakalpojumi *individuālā darbā ar klientu ietvaros*, uzņemoties pildīt dažādas lomas - sociālā gadījuma vadītājs, iespēju piedāvātājs, izglītotājs, vidutājs, plānotājs. Bet tiek arī veidota *Atbalsta grupa* ASRĢAB, apzinot pašu klientu spēka resursus, motivāciju utt.,

kopienas resursus (skolas, biedrības, interešu centri u.c.). *Pilnajā pētījuma versijā tiek piedāvāta preventīvi izglītojoša programma, nodarbību tematiskais plānojums un nodarbību apraksts sociāli pedagoģiskajam darbam ar ASRĢAB.*

Modelis paredz arī *patstāvīgas grupas izveidi pēc Home – Start kustības parauga*, kur brīvprātīgie draugi un atbalstītāji – kopienas „veiksmīgās” ģimenes ar bērniem, pēc brīvprātības principa: 1) sniedz atbalstu ASRĢAB, apciemojot, aicinot ciemos, aicinot kopīgos pasākumos; 2) dalās pieredzē saimniecisko darbu veikšanā, ģimenes budžeta plānošanā utt.; 3) dalās pieredzē bērnu audzināšanas jautājumos (šajās tikšanās reizēs vēlama sociālā pedagoga piedalīšanās); 4) piedalās atbalsta grupas programmas īstenošanā pēc sociālā pedagoga uzaicinājuma; 5) uzņemas brīvprātīgo audzinātāju palīga lomu nometnēs u.c. pasākumos, kas tiek organizēti kopienā visām ģimenēm ar bērniem.



3.1.attēls. Modelis sociāli pedagoģiskam komandas darbam ar augsta sociālā riska ģimenēm ar bērniem (ASRĢAB) lauku kopienā (Autoru veidots)

Figure 3.1. The model of socio-pedagogical team for work with high social risk families with children (HSRFWC) in rural community. (By the authors)

Ārvalstu pieredze un pieredze vairākās lauku kopienās Latvijā apliecina Home – Start kustības, kas balstīta uz lauku kopienas resursu aktivizēšanu, lietderību šajā modelī: 1) Brīvprātīgie („veiksmīgi socializējošās ģimenes ar bērniem” u.c.) sniedz regulāru atbalstu, praktisku palīdzību un draudzību kopienas ASRĢAB viņu mājās (sociālā pakalpojuma nodrošināšana klientam tuvāk dzīves vietai). 2) Atbalsta pakalpojums balstīts uz pozitīvām izmaiņām, emocijām, ko var dot vecākiem un bērniem ASRĢAB savstarpējās izpratnes, atbalsta un draudzīgas palīdzības piesaistē, palīdzot ģimenei kļūt stiprākai un patstāvīgākai, novēršot krīzes un ģimenes sairšanu, bērnu nokļūšanu bērnu namos. 3) Lauku kopienā izveidots jauns projekts, kopienas sadarbībā celtos pašapziņa un potenciāls sociālo problēmu risināšanā un uz kopienas resursiem balstītā sociāli pedagoģiskā un sociālā darbā, veiksmīgi izmantojot interdisciplinārās komandas sadarbības modeli.

Pētījuma autores uzskata, ka attīstot lauku kopienā Home – Start kustību var nodrošināt pēctecību darbā ar ASRĢAB, piemēram, pēc Atbalsta grupas programmas beigām, izveidojies sociālais tīklojums, kontakti veicinās Atbalsta grupas pārtapšanu par *Pašpalīdzības grupu*. Tādējādi sociālais pedagogs pakāpeniski „atlaidīs klientu”, vienlaicīgi radot, drošības izjūtu, ka kopienā ir resursi, kurus var aktivizēt darbam ar ASRĢAB.

Nobeigums Conclusion

The authors of the paper have a practical experience of a social educator, social worker and coordinator of rural community. The topic of the study is still actual in contemporary Latvia. In general, the study focuses on solving the defined problem that is described in the empirical research and mitigation of its consequences through social and socio-pedagogical work by supporting HSRFWC in rural community, promoting social rehabilitation of families and reducing the reproduction of such families in society.

The study is of practical importance because the results of the study were tested during the international students' scientific conference in Rezekne Academy of Technologies on April 29, 2016. ***The model of socio-pedagogical team for work with high social risk families with children in rural community*** that was developed within the study is approved to be applied not only in the survey region, but also in many regions in Latgale and Latvia.

By developing the Home - Start movement in rural community, the continuity in the work with HSRFWC can be ensured, for example, after finishing the *Program of Support Groups*, the established social network and obtained contacts will facilitate to transformation of the Support Groups into *Self-Help Groups*. Thus, a social educator will gradually "release a client" while creating a sense of security that there are resources in the community, which can be activated for work with HSRFWC.

Literatūra u.c. avoti References

1. Briede, D. (2005) Komandas darba modeļi. Dzīves jautājumi X. Zinātniski metodiskais rakstu krājums.- Rīga: SDSPA "Attīstība", 91.lpp.
2. Čerņišova, O. (2006) Kas ir Home – Start: žurnāls „Sociālais darbinieks”, Nr. 6.
3. Eiduka, D. (2013) Sociālā riska ģimenes ar bērniem Latvijā – situācijas raksturojums. <http://www.slideshare.net/sosbernuciemati/socil-riska-imes-ar-brniem-latvij-13-122013> - resurss skatīts 05.05.15.
4. Gorlova, D. (2001) Sociālo problēmu identificēšana. Dzīves jautājumi 6. Zinātniski metodisks rakstu krājums. SDSPA "Attīstība": Rīga.
5. Harrison ,M. (2003) Hooray! Here comes Tuesday The Home – Start Story, Bamaha Publishing, – 287. S.
6. Kempa, S.P., Vitakers, Dž.K., Treisija, E.M. Personas – Vides prakse: Starppersonu palīdzības sociālā ekoloģija – SDSPA „Attīstība” – 12.-15.lpp. – Mācību materiāls.
7. Liepa, B. (2000) Sociālo gadījumu vadīšanas problemātika sociālo pakalpojumu sniegšanā ģimenēm – Rīga: SDSPA „Attīstība”.
8. Magone, I. (2014), Spēka perspektīvas pieeja atbalsta grupu darbā. Labā pieredze. Metodiskais līdzeklis. Rīga: AISMA.
9. Manz, Patricia H.; Lehtinen, Jaana; Bracaliello, Catherine (2013), <http://web.b.ebscohost.com/> - resurss skatīts 19.05.2016.
10. Marcella, Jennifer; Howes, Carollee; Fuligni, Allison Sidle (2014), <http://web.b.ebscohost.com/>- resurss skatīts 19.05.2016.
11. Reinholde, I., Vanaga, D. (2005) Sociālais darbs ar augsta riska ģimenēm. Rīga: SDSPA „Attīstība”.
12. Sedvalde, E. (2005) Kopiena kā sociālā darba resurss. Dzīves jautājumi X, Zinātniski metodiskais rakstu krājums. SDSPA "Attīstība": Rīga.
13. Shinman, S. Publishers (2005), <http://arrow.dit.ie/aaschssslrep/5/> - resurss skatīts 19.05.2016.
14. Truskovska, Ž. (2013). Sociālā pedagoga profesionālās kompetences veidošanās supervīzijā. Promocijas darbs. Latvijas Universitāte.
15. Zemīte, Ē. (2016) Sociālā darba metodes, Metodiskais līdzeklis, Rīga: AISMA.

SLAUGOS FAKULTETO IR MEDICINOS FAKULTETO STUDENTŲ VERTYBINIŲ NUOSTATŲ ĮVERTINIMAS

ASSESSMENT OF STUDENTS MORAL VALUES OF NURSING AND MEDICINE FACULTY

Milda Naginevičiūtė, Aurelija Blaževičienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Slaugos ir rūpybos katedra

Santrauka

17

Vertybė – tai abstraktus, bendras elgesio principas, standartas, pateisinantys konkrečius veiksmus ir tikslus. Vertybės asmuo perima socializacijos procese, sutapatindamas save su jomis emociškai – internalizuoja. Jos yra bendri elgesio standartai, kurie yra išreiškiami socialinėmis normomis. Vertybinė orientacija programuoja visą žmogaus veiklą, lemia svarbiausią žmogaus veiklą, lemia elgesio kryptį, vieną ar kitą poelgį ar net atskirą veiksmą [1]. Jaunimo atstovai yra pagrindiniai visuomenės raidos evoliucionieriai. Be teisingo jaunimo indėlio, visuomenės raida neįmanoma norint kurti teisingą jos modelį. Suvokiant jaunimo svarbą visuomenės raidos procese, įmanoma integruoti jaunos žmones į teisingą visuomenės formavimą. Jaunimas turėtų puoselėti moralines vertybes per visą gyvenimą, nes jos lemia ne tik gyvenimo būdą, bet taip pat ir mintis, žodžius ir kiekvieno individo elgseną [2].

Tyrimo tikslas - įvertinti slaugos fakulteto ir medicinos fakulteto studentų vertybines nuostatas.

Tyrimo metodika. Tyrimas buvo atliktas 2016 m. sausio – vasario mėnesiais Lietuvos sveikatos mokslų universitete, Medicinos akademijoje. Įtraukimo į tyrimą kriterijus - slaugos ir medicinos programų studentai, kurie buvo išklause slaugos etikos ir medicinos etikos mokomuosius dalykus LSMU. Respondentams pateiktą anketą sudarė 29 uždaro tipo klausimai (požiūris į naujas reprodukcines technologijas, Rokeach vertybių apžvalga, Europos vertybių apžvalgos klausimai, bendroji informacija).

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugos fakulteto studentams svarbiausios vertybės tikslui pasiekti yra sąžiningumas ir drąsa, o medicinos studentams paklusnumas. Lyginant vertybes, atspindinčias gyvenimo tikslą, rezultatai parodė, kad medicinos fakulteto studentams vidinė harmonija ir tikra draugystė yra svarbesnė vertybė nei slaugos fakulteto studentams. Tuo tarpu, slaugos fakulteto studentams lygybė yra svarbesnė vertybė nei medicinos fakulteto studentams.

Raktažodžiai: slaugos fakulteto studentai, medicinos fakulteto studentai, Rokeach skalė, vertybinės nuostatos.

Įvadas

Kai gyvenime susiduriama su situacijomis, kuriose reikia priimti moraliai teisingą sprendimą, dažniausiai žmogus ilgai negalvoja ir priima remdamasis gyvenimiška patirtimi ir suformuotomis vertybinėmis nuostatomis. Kai mes galvojame apie vertybes, mes galvojame apie tai, kas svarbu mums mūsų gyvenime (pvz.: saugumas, laisvė, išmintis, sėkmė, gerumas, malonumas ir t.t.). Kiekvienas iš mūsų turi prioritetinį savo asmeninių vertybių sąrašą. Tam tikra vertybė gali būti labai svarbi vienam asmeniui, bet visiškai nesvarbi kitam [3,4].

Skirtingos kartos turi skirtingas vertybes ir savitą mąstymą. Karta, arba kohorta, – tai grupė žmonių, kuriuos sieja gimimo data bei esminiai įvykiai, nutikę kritiniais jų vystymosi laikotarpiais [17]. Šie įvykiai suformavo panašias vertybių sistemas, požiūrį, gyvenimo patirtį. Kad suprastume, kokie esminiai įvykiai formavo skirtingų kartų vertybių sistemą, verta žinoti, kaip kartos skirstomos [15]. Apibūdinamos penkios kartos:

Veteranų karta (angl. Silent Generation) 1919–1945 metai. Šiai kartai būdingos vertybės: ištikimybė, taisyklių laikymasis, pagarba pareigoms ir statusui, kantrybė.

Kūdikių bumo karta (angl. Baby Boom Generation) 1946–1965 metai. Šiai kartai priklausantys individai trokšta stabilumo, bijo permainų ir iššūkių. Puoselėja šeimos tradicijas ir vertybes, tokias kaip - asmeninė ir socialinė saviraiška, idealizmas, sveikata.

X karta (angl. Generation X) 1961–1981 metai. Ši karta laikoma viena maištingiausių, nes jos atstovai nepakenčia formalumų ir pasaulėžiūros, kuria žavisi ankstesnė karta. X kartai būdingos šios vertybės: verslumas, individualizmas, pragmatizmas, emocijų paieška, neformalumas, lyčių lygybė. Didžiulę reikšmę šios kartos atstovams turi išsilavinimas, darbas, pinigai ir valdžia.

Y / Tūkstantmečio karta (angl. Generation Y / Millennial Generation) 1982–2004 metai. Y kartai augant ir bręstant vystėsi moderniosios informacijos ir komunikacijos technologijos, socialiniai tinklai, bevielis internetas ir kt. Šiai kartai būdingos tokios vertybės, kaip pilietinė pareiga ir moralė, ryšys su tėvų karta, naivumas, sugebėjimas paklusti, norimas greitas atlygis už darbą ir pasiekimus.

Z / Interneto karta (angl. Generation Z / Homeland Generation) 2005 ir gimiantys iki 2023 metų. Ši karta vadinama ir „Google“ karta, nes nuolat ieško informacijos, žino, kur ją rasti, ir domisi naujovėmis. Jie puikiai valdo ar valdys technologijas [15,16,17].

Kartų skirtumus lemia ne žmonių amžius, bet skirtingos įvairių kartų vertybių sistemos. Būtent vertybės ir tapo kartų teorijos pagrindu. Slaugos ir medicinos fakulteto studentai – Y kartos atstovai. Todėl labai svarbu kokias vertybes puoselėja būsimi sveikatos priežiūros specialistai.

Vertybės dažniausiai padeda žmogui ne tik orientuotis pasaulyje, bet ir pasirinkti tai, kas jame reikšminga ir svarbu. Todėl vykstant ugdymo procesui ir jo metu, labai svarbu padėti jaunam žmogui įžvelgti tikrąsias vertybes. Jaunimo atstovai yra pagrindiniai visuomenės raidos evoliucionieriai. Be teisingo jaunimo indėlio, visuomenės raida neįmanoma norint kurti teisingą jos modelį. Suvokiant jaunimo svarbą visuomenės raidos procese, įmanoma integruoti jaunos žmones į teisingą visuomenės formavimą. Jaunimas turėtų puoselėti moralines vertybes per visa gyvenimą, nes jos lemia ne tik gyvenimo būdą, bet taip pat ir mintis, žodžius ir kiekvieno individo elgseną [6].

Šio straipsnio tikslas - įvertinti slaugos fakulteto ir medicinos fakulteto studentų vertybines nuostatas.

Tyrimo metodika

Tyrimas buvo atliktas 2016 m. sausio – vasario mėnesiais Lietuvos sveikatos mokslų universitete, Medicinos akademijoje. Tiriamąją populiaciją sudarė IV kurso slaugos fakulteto (N-88, atsako dažnis – 97,9 proc.) ir medicinos fakulteto (N - 180, atsako dažnis 94 proc.) studentai.

Įtraukimo į tyrimą kriterijus – slaugos ir medicinos programų studentai, kurie buvo išklause slaugos etikos ir medicinos etikos mokomuosius dalykus.

Tyrimo instrumentas. Respondentams pateiktą klausimyną sudarė 29 uždaro tipo klausimai (požiūris į naujas reprodukcines technologijas, Rokeach vertybių apžvalga, Europos vertybių apžvalgos klausimai, bendroji informacija). Siekiant išsiaiškinti studentų vertybines nuostatas, buvo naudojama Rokeach vertybių apžvalga, tai sudarė II ir III klausimyno dalį. Rokeach vertybių apžvalgą sudaro du vertybių sąrašai: galutinių (terminalinių), kurių mūsų klausimyne yra 11 ir tarpinių (instrumentinių), kurių klausimyne taip pat yra 11. Galutinės (terminalinės) vertybės atspindi pageidautiną galutinę egzistavimo būseną - tai tikslai, kuriuos žmogus per savo gyvenimą norėtų pasiekti. Kita grupė – tarpinės (instrumentinės) atspindi pageidautiną elgesio būdą arba priemones tikslams pasiekti. Respondento prašoma vertybes suranguoti svarbumo tvarka jam. Paskutiniąją klausimyno dalį sudarė sociodemografiniai klausimai, suteikiantys informacijos apie respondentų amžių, lytį, gyvenamą vietą, studijų programą ir kuriame kurse respondantai mokosi.

Tyrimo etika. Tyrimui atlikti buvo gautas LSMU bioetikos leidimas (Nr. BEC-KS(M)-102). Taip pat, buvo gautas žodinis informuotas sutikimas iš kiekvieno tyrime sutikusio dalyvauti respondento, prieš tai pristatčius tyrimo temą ir tikslą. Respondentų konfidencialumas buvo

užtikrintas, nes anketa yra anoniminė, tiriamųjų vardų, pavardžių, adresų neklausama. Surinkti duomenys buvo panaudoti tik apibendrinti ir moksliniais tikslais.

Statistinė duomenų analizė. Anketiniai duomenys buvo apdoroti ir analizuojami naudojant statistinį duomenų kaupimo ir analizės paketą SPSS for Windows 21.0 (Statistical Package for Social Sciences). Norint nustatyti, ar slaugos ir medicinos fakulteto studentų požiūrį į instrumentines ir terminalines vertybes, taikytas Mann-Whitney kriterijus. Apskaičiuoti vertybines nuostatas matuojančių teiginių vertinimų rangų vidurkiai ir patikrintas rangų vidurkių statistinis reikšmingumas. Rangų vidurkių skirtumai statistiškai reikšmingi, kai $p < 0.05$.

Rezultatai

Sociodemografiniai duomenys

Tyrimo dalyvavo 248 respondentai. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį yra netolygus, nes didžiąją dalį (73,8 proc.) tiriamųjų sudarė moterys, o 26,2 proc. – vyrai. Analizuojant tiriamųjų pasiskirstymą pagal gyvenamąją vietą matyti, kad didžioji dalis respondentų gyvena mieste (89,9 proc.). Analizuojant tiriamųjų pasiskirstymą pagal pasirinktą studijų programą matyti, kad dauguma studijuoja mediciną (67,7 proc.) ir kineziterapiją (13,7 proc.). Likusi dalis tiriamųjų studijuoja slaugą akušeriją ir ergoterapiją (1 lentelė).

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografinius rodiklius

Rodiklis		N (proc.)
Lytis	Vyras	65 (26,2%)
	Moteris	183 (73,8%)
Gyvenamoji vieta	Mieste	223 (89,9%)
	Kaime	25 (10,1%)
Studijų programa	Akušerija	17 (6,9%)
	Slauga	19 (7,7%)
	Kineziterapija	34 (13,7%)
	Ergoterapija	10 (4%)
	Medicina	168 (67,7%)
Fakultetas, kuriame mokosi	Slaugos fakultetas	80 (32,3%)
	Medicinos fakultetas	168 (67,7%)

Slaugos ir medicinos fakulteto studentų instrumentinės vertybės

Vertybės yra bendri kriterijai, kuriais remiantis yra vertinamas žmonių elgesys visose gyvenimo srityse. Instrumentinės vertybės – tarpinės, atspindinčios pageidautiną elgesio būdą, priemonės, padedančios pasiekti aukščiausių tikslų (išryškėja priemonėse, vartojamose tarpinėms vertybėms realizuoti) [7].

Tyrimo duomenys atskleidė, kad statistiškai reikšmingai dažniau svarbiausiomis instrumentinėmis vertybėmis įvardijo sąžiningumą (nuoširdus, teisingas) ir drąsumą (kovojantis už savo įsitikinimus) slaugos fakulteto studentai. Tuo tarpu, medicinos fakulteto studentai lyginant su

slaugos fakulteto studentais statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi paklusnumą ($p = 0.046 < 0.05$) (2 lentelė).

2 lentelė. Instrumentinių vertybių vertinimas priklausomai nuo fakulteto

		N	Rangų vidurkis	Z	p
Ambicingumas (darbštus, siekiantis karjeros)	Slaugos fakultetas	78	109.06	-1.648	0.099
	Medicinos fakultetas	160	124.59		
Gabumas (kompetentingas, efektyvus)	Slaugos fakultetas	76	112.82	-1.104	0.270
	Medicinos fakultetas	163	123.35		
Linksmumas (džiugus, nerūpestingas)	Slaugos fakultetas	69	102.80	-0.535	0.592
	Medicinos fakultetas	142	107.55		
Drąsumas (kovojoantis už savo įsitikinimus)	Slaugos fakultetas	79	138.66	-3.239	0.001 *
	Medicinos fakultetas	157	108.35		
Naudingumas (dirbantis kitų gerovei)	Slaugos fakultetas	72	114.55	-0.166	0.868
	Medicinos fakultetas	154	113.01		
Sąžiningumas (nuoširdus, teisingas)	Slaugos fakultetas	79	134.99	-2.465	0.014 *
	Medicinos fakultetas	159	111.81		
Drąsumas ir kūrybingumas	Slaugos fakultetas	79	113.73	-0.917	0.359
	Medicinos fakultetas	159	122.37		
Logiškumas (nuoseklus, racionalus)	Slaugos fakultetas	68	116.60	-0.132	0.895
	Medicinos fakultetas	166	117.87		
Meilė (švelnus, meilus)	Slaugos fakultetas	70	108.78	-0.736	0.462
	Medicinos fakultetas	138	102.33		
Paklusnumas (drausmingas, pagarbus)	Slaugos fakultetas	54	79.62	-1.998	0.046 *
	Medicinos fakultetas	128	96.51		
Atsakingumas (patikimas)	Slaugos fakultetas	76	114.00	-0.554	0.580
	Medicinos fakultetas	158	119.18		

* $p < 0,05$ lyginant su slaugos fakultetu

Slaugos ir medicinos fakulteto studentų terminalinės vertybės

Vertybės išugdomos, sugrupuojama jų hierarchija ir vertybės tampa reliatyviai ilgalaikė sistema [8]. Terminalinės vertybės – tai galutinės vertybės, atspindinčios galutinę egzistavimo

būseną (individo pasiekimų galutiniai rezultatai, tikslai, kuriuos jis siekia realizuoti per savo gyvenimą) [9].

Tyrimo duomenys atskleidė, kad statistiškai reikšmingai dažniau svarbiausiomis terminalinėmis vertybėmis įvardijo lygybę (brolybę, vienodos galimybės visiems) slaugos fakulteto studentai. Tuo tarpu, medicinos fakulteto studentai lyginant su slaugos fakulteto studentais statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi vidinės harmonijos ($p = 0.047 < 0.05$) ir tikros draugystės (artimas bendravimas) ($p = 0.017 < 0.05$) vertybes (3 lentelė).

3 lentelė. Terminalinių vertybių vertinimas priklausomai nuo fakulteto

		N	Rangų vidurkis	Z	p
Patogus gyvenimas	Slaugos fakultetas	75	111.89	-0.183	0.855
	Medicinos fakultetas	150	113.56		
Pasiektas tikslas (ilgalaikis)	Slaugos fakultetas	78	124.13	-0.406	0.684
	Medicinos fakultetas	164	120.25		
Ramybė (gyvenimas be kovų ir konfliktų)	Slaugos fakultetas	79	128.82	-0.733	0.464
	Medicinos fakultetas	168	121.73		
Grožis (gamtos ir meno)	Slaugos fakultetas	64	100.38	-0.785	0.433
	Medicinos fakultetas	127	93.80		
Lygybė (brolybė, vienodos galimybės visiems)	Slaugos fakultetas	66	121.37	-2.029	0.042 *
	Medicinos fakultetas	150	102.84		
Šeimos saugumas (rūpinimasis mylimais žmonėmis)	Slaugos fakultetas	80	128.73	-0.987	0.324
	Medicinos fakultetas	164	119.46		
Laisvė (pasirinkimo laisvė)	Slaugos fakultetas	79	114.98	-0.168	0.866
	Medicinos fakultetas	152	116.53		
Vidinė harmonija	Slaugos fakultetas	80	108.00	-1.988	0.047 *
	Medicinos fakultetas	160	126.75		
Malonumas (malonus, nerūpestingas gyvenimas)	Slaugos fakultetas	59	100.23	-0.044	0.965
	Medicinos fakultetas	141	100.61		
Socialinis pripažinimas	Slaugos fakultetas	68	98.23	-1.505	0.132
	Medicinos fakultetas	146	111.82		
Tikra draugystė (artimas bendravimas)	Slaugos fakultetas	72	99.33	-2.377	0.017 *
	Medicinos fakultetas	156	121.50		

* $p < 0,05$ lyginant su slaugos fakultetu

Apibendrinant galima teigti, kad slaugos fakulteto studentams sąžiningumas ir drąsumas yra svarbesnis siekiant tikslo nei medicinos fakulteto studentams. Tuo tarpu, paklusnumo vertybė, svarbesnė medicinos fakulteto studentams nei slaugos fakulteto studentams. Medicinos fakulteto studentams vidinė harmonija ir tikra draugystė yra svarbesnės vertybės atspindinčios gyvenimo tikslą, o slaugos fakulteto studentams svarbesnė vertybė yra lygybė.

Rezultatų aptarimas

Gyvenime kiekvienas žmogus susikuria savo vertybinės orientacijos modelį. Asmenybės jautrumas ir imlumas dorovinėms vertybėms priklauso nuo individualių bruožų, nuo žmogaus gyvenimo aplinkos, santykių su kitais žmonėmis ir auklėjimo [13]. Šiame darbe įvertinta Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos (LSMU MA), slaugos fakulteto ir medicinos fakulteto studentų vertybinės nuostatos. Šio tyrimo metu nustatyta, kad lyginant slaugos fakulteto ir medicinos fakulteto studentų vertybes atspindinčias gyvenimo tikslą ir vertybes, atspindinčias priemones tikslams pasiekti, respondentų vertinimai išsiskyrė.

Kiekviename gyvenimo periode vertybinės orientacijos yra skirtingos, pirmiausia priklausomai nuo amžiaus. Remdamasis įgytomis žiniomis, susipažindamas su žmonijos sukauptomis dvasinėmis ir materialinėmis vertybėmis, jaunimas vis savarankiškiau vertina įvairius gyvenimo reiškinius [10]. Kaya H, Senyuva E. (2012) atliktame tyrime siekė nustatyti slaugos studentų vertybines nuostatas. Nustatyta, kad studentams yra svarbiausios moralinės vertybės, vėliau sekė socialinės ir ekonominės, estetinės vertybės, politinės, religinės ir mokslo vertybės. Atsižvelgiant į šiuos rezultatus, studentai išskyrė jiems svarbiausias moralines vertybes šiuo metu: sąžiningumas, teisingumas ir meilė [11]. Mūsų atlikto tyrimo gauti duomenys atliepia užsienio autorių gautus duomenis: slaugos fakulteto studentai svarbiausia instrumentine vertybe laikė sąžiningumą.

Empatija – tai svarbiausias socialinės kompetencijos bei emocinio intelekto komponentas. Šis bruožas yra labai svarbus būsimiems sveikatos priežiūros specialistams, nes taip jie galės geriau suprasti klientus, pacientus, bendradarbius, lengviau įsijaus į jų būseną, efektyviau bendraus. S. Glaz (2015) atliktoje studijoje buvo vertinamos sąsajos tarp studentų empatijos ir terminalinių vertybių svarbos. Rezultatai parodė, kad studentai, kurie yra labai empatiški svarbiausia vertybe laikė šeimos saugumą, tuo tarpu studentai, kurie teigė, kad nejaučia empatijos, svarbiausiomis vertybėmis išskyrė malonumą ir laisvę [19]. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog tiek slaugos fakulteto, tiek medicinos fakulteto studentams, šeimos saugumo (rūpinimasis mylimais žmonėmis) vertybė yra viena iš svarbiausių. Šią vertybę, kaip svarbiausią, rinkosi didžioji dalis abiejų grupių respondentų.

Mokslininkai pabrėžia moralinės drąsos svarbą [12,13]. Tai tarsi gebėjimas pakilti virš baimės ir imtis veiksmų remiantis savo etiniais įsitikinimais. Moralinė drąsa laikoma labai svarbia vertybe slaugytojų darbe. Teigiama, kad moraliai drąsūs slaugytojai nepaisant pasikeitusios aplinkos, išlieka įsipareigoję savo įsitikinimams [12]. Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad slaugos fakulteto studentai drąsą priskyrė prie svarbesnių instrumentinių vertybių.

Būti sveikatos priežiūros profesionalu reiškia laikytis šių moralės principų – būti sąžiningu tiek sau, tiek pacientui, būti kompetentingu specialistu savo srityje, būti altruistišku ir vadovautis moralinėmis normomis. Tai yra sveikatos priežiūros specialisto profesijos pagrindas, kuris įpareigoja prieš visuomenę. Kim ir kt. (2015) atlikto tyrimo duomenys atskleidė, kad gydytojams sąžiningumas yra pati svarbiausia savybė [13]. Mūsų atliktame tyrime sąžiningumą kaip svarbią instrumentinę vertybę tikslo siekime įvardijo slaugos fakulteto studentai, tuo tarpu medicinos fakulteto studentai paklusnumą įvardijo svarbiausia instrumentine vertybe.

Žmogus, kaip vienintelė mąstanti būtybė, gyvena vadovaudamasis savo susikurtais principais ir nuostatomis. Visi turime savo vertybių skalę, skiriasi tik jos sudėties elementai, hierarchiškumas. Laisvė yra subjekto galimybė nevaržomai, savo nuožiūra elgtis bei veikti. Lietuvoje atliktame tyrime (2005) buvo vertinamos technologijų srities studentų vertybės. Technologijų studentai ypač išaukština laisvę [18]. Mūsų atliktas tyrimas patvirtino atlikto tyrimo rezultatus, nes slaugos fakulteto studentai laisvę (pasirinkimo laisvę), kaip terminalinę vertybę taip pat rinkosi kaip vieną iš prioritetinių vertybių gyvenime. Y kohortai laisvė yra labai svarbi.

Šveicarijoje atliktame tyrime (2014), buvo lyginama mediciną ir ekonomiką bei finansus studijuojančių studentų vertybės. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad būsimiesiems sveikatos priežiūros specialistams svarbiausios šios vertybės: pagarba, lojalumas, atsakingumas, sąžiningumas. Šios vertybės buvo išskirtos ir kitos studentų grupės studijuojančios ekonomiką bei finansus, tačiau ši

respondentų grupė prie jau ankščiau išvardintų vertybių priskyrė gerą reputaciją, kaip dar vieną vertybę. Kaip matome, abi studentų grupės, nors ir studijuodamos skirtingus dalykus, renkasi tokias pagrindines vertybes, kaip pagarbą, lojalumą ir atsakomybę [14]. Mūsų tyrimas patvirtino, kad medicinos fakulteto studentai svarbiausia laikė paklusnumo vertybę, o slaugos fakulteto studentai, svarbiausią vertybę išskyrė sąžiningumą. Galima teigti, kad nepriklausimai nuo studijuojamo dalyko ir studijų programos, jauni žmonės, vadovaujasi panašiomis moralinėmis vertybėmis.

Žmogaus asmenybė formuojasi visą gyvenimą. Svarbūs ar sukrečiantys istoriniai įvykiai žmogaus asmenybę gali pakeisti bet kokiame amžiuje, tačiau vaikystėje ir jaunystėje asmenybės formavimosi procesas vyksta intensyviau nei vyresniame amžiuje [18]. Stanišauskienės V. (2015) atliktame tyrime apie kartų kaitos vertybių dinamiką, išryškėja skirtingos X ir Y kartų charakteristikos. X kartai būdingas savarankiškumas, individualizmas, drąsa, pragmatizmas. Y karta pasižymi pasitikėjimu savimi, kosmopolitiškumu, naivumu, įvairiapusiškumu. Skiriasi X ir Y kartų požiūris į darbą bei karjerą: X kartos atstovams karjera yra priemonė susikurti gerovę sau ir šeimai, o Y karta pirmiausia mąsto apie savo ir šeimos gerovę, kuriai karjera neturėtų trukdyti [20]. Mūsų atliktas tyrimas patvirtina autorės rezultatus apie Y kartos požiūrį į darbą. Tiek slaugos fakulteto, tiek medicinos fakulteto studentams viena iš svarbiausių vertybių šeimos saugumas (rūpinimasis mylimais žmonėmis).

Apibendrinant tyrimus, kuriuose vertinamos studentų vertybinės nuostatos, galima teigti, kad studento moralinė pozicija yra labai svarbi jo praktikos dalis.

Išvados

Analizuojant vertybes, tikslui pasiekti, slaugos fakulteto studentai statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi sąžiningumo (nuoširdus, teisingas) ir drąsumo (kovojojantis už savo įsitikinimus) vertybes. Tuo tarpu medicinos fakulteto studentai statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi paklusnumo (drausmingas, pagarbus) vertybę.

Analizuojant terminalines vertybes nustatyta, kad slaugos fakulteto studentai statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi lygybės (brolybė, vienodos galimybės visiems) vertybę, nei medicinos fakulteto studentai. Tuo tarpu, medicinos fakulteto studentai statistiškai reikšmingai dažniau rinkosi vidinės harmonijos ir tikros draugystės (artimas bendravimas) vertybes, nei slaugos fakulteto studentai.

Literatūra

1. Aleksandravičius A, Navasaitienė S, Vasylienė E. Šakių rajono jaunimo pagrindinių problemų, poreikių ir vertybinių nuostatų mokslinis tyrimas. Lietuvos žemės ūkio universitetas. 2010;118.
2. Ime G, Uyanga D. Youth and Moral Values in a Changing Society. IOSR Journal Of Humanities And Social Science 2014;19: 40-44.
3. Schwartz S, Boehnke K. Evaluating the structure of human values with confirmatory factor analysis. Journal of Research in Personality 2004;38: 230-255.
4. Rzymska I, Rzymski P, Wilczak M. The influence of passive and active moral training on medical university on changes of students' moral competence index – results from randomized single blinded trial. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2014;21:161-166.
5. Ime G, Uyanga D. Youth and Moral Values in a Changing Society. IOSR Journal Of Humanities And Social Science 2014;19: 40-44.
6. Vveinhardt J, Gulbovaitė E. asmeninių ir organizacijos vertybių kongruencija: dialogo paieškos. VDU Jaunųjų mokslininkų darbai 2012;1:167-173.

7. MacNaughton, LisaForman L. The Value of Mainstreaming Human Rights into Health Impact Assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014;11: 10076-10090.
8. MacNaughton, LisaForman L. The Value of Mainstreaming Human Rights into Health Impact Assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014;11: 10076-10090.
9. Kaya H, Senyuva E. Personal values of baccalaureate nursing students in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 2012;18:527–536.
10. LaSala C.A, Bjarnason D. Creating Workplace Environments that Support Moral Courage. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2010;15(3):16.
11. Christen M, Tanner C. How “moral” are the principles of biomedical ethics? – a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis. *BMC Medical Ethics* 2014;15:47.
12. Kim S, Choi S. The Medical Professionalism of Korean Physicians: Present and Future. *BMC Medical Ethics* 2015;10.
13. Rabow M, Evans N. C, Remen N. R. Professional Formation and Deformation: Repression of Personal Values and Qualities in Medical Education. *FamMed* 2013;45(1):13-8.
14. Juknevičienė L. Psichologinio kontrakto veiksmų įtaka X ir Y kartų darbuotojų įsipareigojimui organizacijai. Magistro baigiamasis darbas. ISM Vadybos ir ekonomikos universitetas, 2013.
15. Howe N., Strauss W. *Millennials Rising: The Next Great Generation*. New York. Vintage Books 2000.
16. Kupperschmidt B. R. Multigeneration employees: strategies for effective management. *The Health Care Manager* 2000;19(1):65-76.
17. Grakauskaitė R, Kriaučiūnaitė A. Studentų požiūris — vertybių puoselėjimas ar devalvacija? Technologijos mokslų studijų srities specialistų rengimas: pasiekimai ir problemos. Vilnius, 2005;81-87.
18. Glaz S. The Importance of Terminal Values and Religious Experience of God’s Presence and God’s Absence in the Lives of University Students with Various Levels of Empathy. *J Relig Health* 2015;54:1052–1067.
19. Stanišauskienė V. Karjeros sprendimus lemiančių veiksmų dinamika kartų kaitos kontekste. *Tiltai* 2015; 2: 1–20.

Summary

Value is the abstract, common principle of behavior, the standart which excuses actions and aims. Person takes over value during the socialization process, while identifying himself emotionally – internalize. Value are common standarts of behavior which are expressed with social norms. The orientation of value program entire person’s activity, determines person’s activity, determines the direction of behiviour, person’s actions or other actions [1]. Youths are the engine room of societies. They are the drivers of any developmental trend and activity in society and major determinants of the extent of growth and development in any given society. Youths are usually very energetic and are always willing to go the extra mile if need be to achieve what they believe in and hold on to [2].

The aim of research – to evaluate the provision of value of students of faculty of nursery and faculty of medicine.

Method. Research was held in January – February of 2016 in Lithuanian health science university, Academy of Medicine. The criteria of involving in research – students from nursing and medicine programs in LSMU, who had listen the main subjects of ethics of nursing and ethics of medicine. Respondents had had to answer in 29 closed questions (the approach of assisted reproduction technologies, overview of value of Rokeach, questions of Europe Value Survey, common information).

The results of research showed that students from faculty of nursing think that values for the aim to reach are honesty and brave while students from the faculty of medicine specified that the main value is obedience. While comparing the values of life which reflects the aim of life, results showed that for students from faculty of medicine inner harmony and true friendship is more important than for students from the faculty of nursing. Meanwhile, for students from the faculty of nursing equality is more important than for students from the faculty of medicine.

Keywords: students of nursing faculty, students of medicine faculty, Rokeach Value Survey, moral values.

GYDYTOJŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIS Į PROFESINIO BENDRADARBIAVIMO SANTYKIUS PHYSICIANS' AND NURSES' ATTITUDES TOWARDS INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

Olga Riklikienė¹, Violeta Žvikienė¹, Žydrūnė Luneckaitė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos ir rūpybos katedra

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra

26

Santrauka

Kokybiška sveikatos priežiūra neatsiejama nuo gydytojų ir slaugytojų tarpusavio santykių, jų profesinio bendradarbiavimo ypatumų.

Darbo tikslas – ištirti ir palyginti gydytojų bei slaugytojų požiūrį į profesinio bendradarbiavimo santykius.

Metodai. Kiekybinis tyrimas. Tyrimo metodas – apklausa, taikant Džefersono požiūrio į gydytojo ir slaugytojo bendradarbiavimą skalę. Tyrime dalyvavo vieno Lietuvos rajono savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros centro ir rajono ligoninės slaugytojai (119) ir gydytojai (62).

Rezultatai. Gydytojai teigiamai vertino slaugytojų autonomiškumą. Slaugytojų tarpe reikšmingai skyrėsi požiūris į gydytojo autoritetą, atsižvelgiant į amžių: jaunesniojo amžiaus (iki 45 m.) slaugytojų grupėje šis požiūris buvo pozityvesnis nei vyresnio amžiaus grupėse. Vyresni slaugytojai ir gydytojai, t.y. 46-55 m. ir 56-65 m., turėjo pozityvesnį požiūrį į tarpprofesinį rengimą ir bendradarbiavimą bei slaugytojo autonomiją, nei jaunesni gydytojai, t.y. 25-45 metų.

Išvados: Gydytojų požiūris į slaugytojo autonomiją yra reikšmingai pozityvesnis nei pačių slaugytojų. Gydytojo autoritetas reikšmingai svarbesnis jauniausiems gydytojams ir slaugytojams, tačiau požiūris į tarpprofesinį rengimą ir bendradarbiavimą, slaugytojo autonomiją yra labiau teigiamas tarp vyresnio amžiaus gydytojų ir slaugytojų.

Raktažodžiai: gydytojai, slaugytojai, profesinis bendradarbiavimas, Džefersono skalė

Įvadas

Sveikatos priežiūros sistema tampa visuomenės vertinimo objektu, o pacientas yra visuomenės narys. Nuolat didėja visuomenės poreikiai ir lūkesčiai, kurie ypač siejami su kokybiška sveikatos priežiūra. Tokia priežiūra ir slauga neatsiejama nuo gydytojų ir slaugytojų tarpusavio santykių, jų profesinio bendradarbiavimo ypatumų.

Dažniausiai gydytojo ir slaugytojo bendravimas yra hierarchinis dėl istoriškai susiklosčiusios įtakos ir galios pusiausvyros, dėl pajamų ir lyties skirtumų [1]. Gydytojai ir vadovai dažnai slaugytojus laiko žemesnio lygio specialistai [2]. Tradiciškai gydytojas yra pasirengęs priimti atsakomybę, o iš slaugytojo yra tikimasi, kad jis atliks nurodymus ir išvengs atviro bendravimo su gydytoju. Daugelis slaugytojų tokią praktiką apibūdina kaip slogią patirtį, kuri nuvertina slaugytojų profesinę vertę ir didina jų nepasitenkinimą darbu [3]. Įdomu tai, jog patys slaugytojai nurodo, kad santykiuose tarp gydytojų ir slaugytojų esama pakankamai daug problemų, o tuo tarpu gydytojai čia daug problemų neįžvelgia [4].

Vystantis sveikatos priežiūros sistemai, bendradarbiavimas tampa labiau biosocialiniu, t.y., į paciento sveikatinimą įtraukiamas įvairesnių specialistų ratas [5]. Tang ir kt. (2013) profesinį bendradarbiavimą apibūdina kaip tarpasmeninį procesą, kai skirtingų mokslo krypčių disciplinų atstovai ir profesionalai (šiuo tyrimu - gydytojai ir slaugytojai) siekia bendrų tikslų [3]. Esminis dėmesys bendradarbiaujant skirtingiems sveikatos profesionalams telkiamas į paciento poreikius [6].

Gydytojo-slaugytojo bendradarbiavimas yra naudingas tiek pacientams, tiek sveikatos priežiūros teikėjams [7, 8]. Mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad veiksmingas gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimas gerina klinikinius rezultatus, didina pacientų pasitenkinimą sveikatos priežiūra, taupo sveikatos priežiūros išlaidas bei mažina pacientų mirtingumą [9,10].

Šis tyrimas buvo pirmasis bandymas įvertinti gydytojų ir slaugytojų požiūrį į tarpprofesinį bendradarbiavimą, naudojant Džefersono skalę, kuri buvo išversta ir pritaikyta mūsų šalies kultūrai bei sveikatos priežiūros praktikai.

Tyrimo metodai

Atliktas kiekybinis tyrimas, taikant anoniminę anketinę apklausą. Naudota atsitiktinė respondentų atranka. Apklausti bendrosios praktikos slaugytojai (N-119) ir gydytojai (N-62), apklausos vykdymo metu dirbę (neįskaitant atostogavusiųjų, buvusių vaiko auginimo, ar gimdymo atostogose arba sirgusiųjų). Atsako dažnis – 83 proc.

Anketos gydytojams ir slaugytojams buvo išdalintos jų darbo vietose. Užpildytas anketas po dviejų savičių tyrėja surinko pati, nuvykusi į sveikatos priežiūros ir gydymo įstaigą.

Tyrimui buvo naudojama „Džefersono požiūrio į gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimą skalė“, sukurta Džefersono medicinos kolegijoje, JAV (2001 m.). Skalėje pateikiama 15 teiginių, kurie suskirstyti į keturias grupes: tarpprofesinis rengimas ir bendradarbiavimas; priežiūra vs. gydymas; slaugytojo autonomija ir gydytojo autoritetas.

Tyrimo etika. Tyrimui vykdyti gautas Bioetikos leidimas (Nr. BEC-SLF(N)-532, 2014-06-17). Respondentai buvo supažindinti su tyrimo tikslu ir su anketos pildymo instrukcija, kartu pabrėžiant jų teisę atsisakyti dalyvauti tyrime.

Anketa naudota gavus jos autoriaus leidimą. 2014 m. autoriaus leidimas versti anketą į lietuvių kalbą ir naudoti tyrimams Lietuvoje buvo išduotas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto doc. dr. Olgai Riklikienei.

Duomenų analizė. Tyrimo rezultatų statistinei analizei buvo naudotas programinis statistikos duomenų paketas SPSS 19.0. Taikyta aprašomoji statistika požymių dažnių pasiskirstymui nustatyti. Siekiant palyginti gydytojų ir slaugytojų požiūrį į bendradarbiavimą, lyginant vidurkius, naudoti MannWhitney neparametrinis kriterijus dviem nepriklausomoms imtims palyginti, bei Kruskal-Wallis neparametrinis kriterijus kelioms nepriklausomoms imtims palyginti. Tyrime pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $p = 0,05$.

Tyrimo rezultatai

Tyrimo dalyvavo 181 respondentas: 34,3 proc. (62) gydytojų ir 65,7 proc. slaugytojų (119). Tyrime dalyvavo slaugytojos – visos moterys. Gydytojų tarpe daugumą respondentų taip pat sudarė moterys – 73 proc. Slaugytojų didžiąją dalį sudarė 46-55 metų amžiaus darbuotojai (42 proc.), o gydytojų didžioji dalis (45 proc.) priklausė 56-65 metų amžiaus grupei. Jauniausio amžiaus (25-45 m.) gydytojų buvo 25 proc., slaugytojų – 30 proc.

Įvertintas ir palygintas gydytojų bei slaugytojų požiūris į bendradarbiavimą. Statistiškai reikšmingai ($p=0,017$) gydytojai labiau vertina slaugytojų autonomiją (10,37 balai iš 12 galimų) nei pačios slaugytojos (9,78 balai iš 12 galimų). Gydytojai, pateikdami savo požiūrį į tarpprofesinį rengimą ir bendradarbiavimą, šiai skalės grupei skyrė vidutinį suminį balą 23,60 iš 28 galimų; slaugytojų skirtas vidurkis šioje grupėje buvo kiek aukštesnis, t.y. 23,71 iš 28 galimų, tačiau reikšmingo skirtumo tarp respondentų grupių nenustatyta (1 lentelė).

1 lentelė. Gydytojų ir slaugytojų požiūrio į profesinį bendradarbiavimą įvertinimas ir palyginimas tarp specialistų grupių.

Džefersono skalė	Profesija	N	Vidurkis	SN	Vidutiniai rangai	Z	p^*
Tarpprofesinis rengimas ir bendradarbiavimas	Gydytojai	62	23,60	2,866	89,15	-0,346	0,729
	Slaugytojos	119	23,71	2,938	91,97		

Priežiūra gydymas	vs	<i>Gydytojai</i>	62	9,90	1,725	101,23	-1,922	0,055
		<i>Slaugytojos</i>	119	9,39	1,832	85,67		
Slaugytojo autonomija		<i>Gydytojai</i>	62	10,37	1,507	103,62	-2,383	0,017
		<i>Slaugytojos</i>	119	9,78	1,683	84,42		
Gydytojo autoritetas		<i>Gydytojai</i>	62	3,42	1,443	86,53	-0,855	0,393
		<i>Slaugytojos</i>	119	3,66	1,653	93,33		

* MannWhitney neparametrinis kriterijus.

Lygintas bendras gydytojų ir slaugytojų požiūris į bendradarbiavimą trijose amžiaus grupėse (Kruskal-Wallis kriterijus). Rezultatai parodė, jog kartu vyresni slaugytojai ir gydytojai, t.y. amžiaus grupėse nuo 46 iki 55 m. ir nuo 56 iki 65 m. turėjo stasistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) pozityvesnį požiūrį į tarpprofesinį rengimą ir bendradarbiavimą bei slaugytojo autonomiją, nei jaunesni slaugytojai ir gydytojai t.y., nuo 25 iki 45 m. amžiaus. Tačiau požiūris į gydytojo autoritetą buvo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) labiau teigiamas jaunesnių (25-45 m.) gydytojų ir slaugytojų amžiaus grupėje, nei vyresniųjų (2 lentelė).

2 lentelė. Slaugytojų ir gydytojų bendro požiūrio į bendradarbiavimą palyginimas amžiaus grupėse.

Džefersono skalė	Amžiaus grupė	N	Vidurkis	SN	Vidutiniai rangai	Chi kvadratas	p^*
Tarpprofesinis rengimas ir bendradarbiavimas	25-45 m.	51	22,84	2,810	74,98	7,855	0,020
	46-55 m.	69	24,20	3,027	101,84		
	56-65 m.	61	23,75	2,730	92,15		
Priežiūra vs gydymas	25-45 m.	51	9,16	1,748	78,68	4,093	0,129
	46-55 m.	69	9,72	1,955	96,81		
	56-65 m.	61	9,72	1,655	94,73		
Slaugytojo autonomija	25-45 m.	51	9,37	1,720	73,16	8,588	0,014
	46-55 m.	69	10,22	1,662	98,88		
	56-65 m.	61	10,23	1,442	97,00		
Gydytojo autoritetas	25-45 m.	51	4,25	1,742	111,83	13,440	0,001
	46-55 m.	69	3,19	1,468	77,75		
	56-65 m.	61	3,46	1,409	88,57		

* Kruskal-Wallis neparametrinis kriterijus.

Tyrimo metu lygintas požiūris į bendradarbiavimą pagal amžių gydytojų ir slaugytojų grupėse atskirai. Vidurinės amžiaus grupės gydytojai (46-55 m.) pasižymėjo statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) pozityvesniu požiūriu į priežiūrą ir slaugytojo autonomiją, nei jauniausieji ir vyriausieji pagal amžių gydytojai. Palankiausias požiūris į gydytojo autoritetą buvo tarp jaunesniosios gydytojų grupės respondentų (25-45 m.) (3 lentelė).

3 lentelė. Gydytojų požiūrio į bendradarbiavimą palyginimas, atsižvelgiant į amžių.

Džefersono skalės	Amžiaus grupė	N	Vidurkis	SN	Vidutiniai rangai	Chi kvadratas	p
Tarpprofesinis rengimas ir bendradarbiavimas	25-45 m.	16	22,88	2,579	26,31	3,089	0,213
	46-55 m.	18	24,22	3,524	37,03		
	56-65 m.	28	23,61	2,544	30,91		
Priežiūra vs gydymas	25-45 m.	16	8,81	1,721	19,84	10,394	0,006
	46-55 m.	18	10,56	1,542	38,83		
	56-65 m.	28	10,11	1,595	33,45		
Slaugytojo autonomija	25-45 m.	16	9,38	1,996	22,44	9,421	0,009
	46-55 m.	18	11,11	1,023	40,83		
	56-65 m.	28	10,46	1,138	30,68		
Gydytojo autoritetas	25-45 m.	16	3,94	1,569	37,63	8,101	0,017
	46-55 m.	18	2,67	1,283	22,03		
	56-65 m.	28	3,61	1,315	34,09		

Slaugytojų grupėje statistiškai reikšmingai ($p < 0,05$) skyrėsi požiūris į gydytojo autoritetą. Tarp jaunesnio amžiaus slaugytojų jis buvo reikšmingai didesnis nei tarp vyresnių (4 lentelė).

4 lentelė. Slaugytojų požiūrio į bendradarbiavimą palyginimas, atsižvelgiant į amžių.

Džefersono skalės	Amžiaus grupė	N	Vidurkis	SN	Vidutiniai rangai	Chi kvadratas	p
Tarpprofesinis rengimas ir bendradarbiavimas	25-45 m.	35	22,83	2,945	48,93	5,347	0,069
	46-55 m.	51	24,20	2,871	65,85		
	56-65 m.	33	23,88	2,913	62,70		
Priežiūra vs gydymas	25-45 m.	35	9,31	1,762	58,53	0,126	0,939
	46-55 m.	51	9,43	2,013	61,16		
	56-65 m.	33	9,39	1,657	59,77		
Slaugytojo autonomija	25-45 m.	35	9,37	1,610	52,41	2,559	0,278
	46-55 m.	51	9,90	1,735	62,31		
	56-65 m.	33	10,03	1,649	64,47		
Gydytojo autoritetas	25-45 m.	35	4,40	1,818	74,53	9,316	0,009
	46-55 m.	51	3,37	1,496	54,24		
	56-65 m.	33	3,33	1,493	53,50		

Tyrimo metu nustatyta, kad slaugytojų ir gydytojų požiūrį į tarpprofesinį bendradarbiavimą lemia respondentų amžius. Gydytojų požiūris į priežiūros svarbą ir slaugytojo autonomiją pozityvesnis, nei pačių slaugytojų, ir kinta su amžiumi: kuo vyresni gydytojai, tuo pozityviau jie žiūri į slaugytojų teikiamą priežiūrą ir autonomiją.

Rezultatų aptarimas

Naudojant Džefersono požiūrio į gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimo skalę, buvo įvertintas slaugytojų ir gydytojų požiūris į bendradarbiavimą bei įvertinti požiūrio skirtumai, atsižvelgiant į respondentų lytį ir amžių. Užsienio autoriai pateikia skirtingas nuomones apie slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimą. Mūsų tyrimo rezultatai sutampa su Nelson ir kt. (2008) tyrimo duomenimis, kuomet nustatytas pozityvesnis gydytojų požiūris į bendradarbiavimą [11], tačiau paneigia Sterchi (2007) tyrimo išvadas, kad slaugytojos turi daug pozityvesnį požiūrį į bendradarbiavimą nei gydytojai [6].

Mokslinėje literatūroje pateikiama prieštaringa nuomonė dėl lyties įtakos profesiniam bendradarbiavimui. Brandi (2000) tyrimo duomenimis, lytis turi įtakos slaugytojų ir gydytojų bendradarbiavimui. Slaugytojoms dažniausiai tenka bendrauti su gydytojais vyrais, todėl slaugytojų bendravimo stilius būna atsargesnis, nors gydytojų nuomone, jie žiūri į slaugytoją kaip į profesionalę, o ne kaip moterį [12]. Foley ir kt. (2002), palyginę karinių ir civilių slaugytojų, dirbančių karinėse ligoninėse, savarankiškumą bei slaugytojų ir gydytojų bendravimą, nustatė, kad slaugytojai vyrai turi daug pozityvesnį požiūrį į bendradarbiavimą nei moterys [13]. Tuo tarpu Hojat [14], Sterchi [6] teigė, kad gydytojų ir slaugytojų bendradarbiavimui lytis įtakos neturi. Tačiau gana tolygus pasiskirstymas pagal lytį, kai visos slaugytojos ir dauguma gydytojų buvo moterys, nesudarė mums sąlygų patikimai įvertinti lyties įtakos požiūriui į profesinį bendradarbiavimą.

Slaugytojo autonomija turi didelę reikšmę profesiniam savarankiškumui. Slaugytojo profesinė elgsena siejama su slaugytojo klinikinio mąstymo stiprėjimu, valdymo ir organizacinių gebėjimų, įgūdžių atsiradimu, inovatyvumu, išvalgumu, kompetencija [15], taigi ir su slaugytojo autonomija. Tyrimo metu lyginome gydytojų ir slaugytojų požiūrį į bendradarbiavimą pagal amžių. Vyresni gydytojai turėjo pozityvesnį požiūrį į priežiūros svarbą ir slaugytojo autonomiją, nei jaunesni gydytojai. Taip pat statistiškai reikšmingai 46-55 metų amžiaus gydytojų tarpe sumažėja gydytojo autoritetas, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis. Jaunystės kultas, kuris dominuoja mūsų visuomenėje, neretai nukonkuruoja patyrimą ir ilgalaikę praktiką, kai su amžiumi nyksta pasitikėjimas savimi ir daroma įtaka. Kita vertus, vyresni gydytojai galimai labiau pasitiki slaugytojais, per ilgus metus įsitikinę jų profesionalumu ir įgytu pasitikėjimu jais.

Slaugytojų požiūris į gydytojo autoritetą taip pat skyrėsi, atsižvelgiant į amžių: jaunesnio amžiaus grupėje (25-45 m.) jis buvo reikšmingai didesnis nei vyresnio amžiaus grupėje. Tokie rezultatai galimai susiję su trumpa jaunųjų slaugytojų profesine patirtimi, kai jie linkę labiau pasitikėti gydytojais, nei savimi.

Naujas slaugytojo vaidmuo visuomenėje, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir dalyvaujant sveikatos priežiūros reformoje, iš slaugytojo reikalauja naujų žinių, gebėjimo savarankiškai veikti, atsakyti už savo sprendimus ir jų įgyvendinimą [16]. Mūsų atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad kuo vyresnio amžiaus slaugytojos, tuo jų požiūris į autonomiją yra pozityvesnis. Tai reiškia, kad vyresnio amžiaus slaugytojos turi daugiau patirties bei profesinių įgūdžių, todėl dėl profesinių kompetencijų gali didinti specialybės savarankiškumą ir prestižą.

Vienas iš būdų palankiai slaugos praktikai yra gydytojų ir slaugytojų profesinio bendradarbiavimo skatinimas. Šis tyrimas suteikia pagrindą tolimesniems tyrimams, identifikuojant profesinio bendradarbiavimo trukdžius ir ieškant sprendimų.

Išvados

Tyrimas parodė, kad vyresni slaugytojai (46-55 m.) ir vyresni gydytojai (56-65 m.) pozityviau vertino tarp profesinį rengimą, bendradarbiavimą bei slaugytojo autonomiją, nei jaunesni slaugytojai ir gydytojai (25-45 m.), tačiau gydytojų autoritetas buvo labiau vertinamas jaunesnių gydytojų ir slaugytojų, nei vyresniųjų.

Gydytojams, vertinant slaugytojų autonomiją ir jų teikiamą priežiūrą, įtaką darė amžius: kuo vyresnis gydytojas, tuo pozityvesnis slaugytojo teikiamos priežiūros ir jo autonomijos vertinimas, o gydytojų požiūris į slaugytojo autonomiją yra reikšmingai pozityvesnis nei pačių slaugytojų.

Literatūra

1. EL Sayed KA., Sleem WF. (2011). Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 8(2):140-146.
2. Aiken LH., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J.A., Busse R., Klarke H., Giovannetti PH., Hunt J., Rafferty A.M. (2001). Nurses reports on hospital care in five countries. *Health Aff*; (3): 43-53.
3. Tang C. J., Chan S. W., Zhou W.T. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60, 291–302.
4. Le Toureau B. (2009). Physicians and Nurses: Friends or Foes? *Journal of Healthcare Management*, 49(1):12-15.
5. Istomina N., Šakienė L., Bagdonas R., Bakaitė I. (2013). Komandinio darbo operacinėje efektyvumo vertinimas operacinės komandos narių požiūriu. *Sveikatos mokslai*, 23 tomas, Nr.1, p. 155-160.
6. Sterchi L. S. (2007). Perceptions That Affect Physician-Nurse Collaboration in the Perioperative Setting. *AORN JOURNAL*, VOL 86, NO 1.
7. Taylor C. L. (2009). Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration in Anesthesia. *AANA Journal*, Vol. 77, No. 5.
8. Onishi M., Komi K., Kanda K. (2013). Physicians' perceptions of physician– nurse collaboration in Japan: Effects of collaborative experience. *Journal of Interprofessional Care*, 27: 231–237.
9. Bronstein L. A. (2003). Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*. 30: 297–306.
10. Ward J., Schaal M., Sullivan J. ir kt. (2008). The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4): 375–386.
11. Gina Aya Nelson Major L. King Stephanie Brodine. (2008). Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units. *MED SURG Nursing*, Vol. 17/No. 1.
12. Brandi CL. (2000). Relationships between nurse executives and physicians: the gender paradox in healthcare. *J Nurs Adm.*, 30 (7-8):373-378.
13. Foley BJ, Kee CC, Minick P, Harvey SS, Jennings BM. (2002). Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *J Nurs Adm*, 32(5):273-282.
14. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al. (2003). Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician- Nurse Collaborative Relationships. *Int J Nurs Stud.*, 40(4):427-435.
15. Jankauskienė Ž, Kubilienė E, Juozulynas A, Stukas R. (2009). Veiksnių, formuojančių slaugytojų profesinę elgseną, analizė. *Medicinos teorija ir praktika*, 15(4): 372–81.
16. Jankauskienė Ž., Kubilienė E., Juozulynas A., Venalis A. (2010). Slaugytojų profesinė socializacija užtikrinant praktinę veiklą. *Medicina (Kaunas)*, Nr.46 (1), 16-25.

Summary

The good quality in health care is related to interprofessional relationship between doctors and nurses in practice.

The aim of the study was to assess physicians' and nurses' attitudes towards interprofessional collaboration.

Methods. A quantitative research was carried out conducting the survey. The data was collected by using Jefferson's scale of attitudes towards nurse-physician collaboration. The research was carried out with 119 nurses and 62 physicians at one rural hospital and primary health care center.

Results. The physicians rated nurses autonomy positively. Nurses' attitudes towards physicians' authority were related to their age: younger nurses have had more positive attitudes than older ones. Older nurses and physicians (age at 46-55 and 56-65 years) have had more positive attitudes towards interprofessional education and collaboration, and nurse's autonomy than their younger colleagues (25-45 years old).

Conclusions: Physicians' attitudes towards nurses' autonomy was much more positive than of nurses themselves. The physician's authority is significantly more important for young physicians and nurses. Though older nurses and physicians have had more positive attitudes towards interprofessional education, cooperation and nurse's autonomy than younger physicians.

Keywords: physicians, nurses, interprofessional collaboration, Jefferson's scale

Žydrūnė Luneckaitė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Socialinių ir humanitarinių mokslų katedra

El.p.: zydrune.luneckaite@gmail.com

PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS CENTRO SLAUGYTOJŲ EDUKACINĖ VEIKLA VYKDANT MOKSLEIVIŲ BURNOS ERTMĖS LIGŲ PREVENCIJĄ PRIMARY HEALTH CARE CENTER NURSES' EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR SCHOOLCHILDREN OF ORAL CAVITY DISEASES PREVENTION

Rasuolė Juodvalkienė, Jurgita Gulbinienė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Santrauka

33

Tyrimo tikslas – ištirti pirminio sveikatos priežiūros centro slaugytojų edukacinę veiklą, vykdant moksleivių burnos ertmės ligų prevenciją.

Tyrimas vykdytas trijuose pirminės sveikatos priežiūros centruose, skirtinguose Lietuvos miestuose: Kaune, Kėdainiuose, Utenoje. Tyrimo metu apklausti visi slaugytojai ($n=29$) dirbantys šiose įstaigose su bendrosios praktikos gydytojais. Tyrimui atlikti naudota tyrėjų sudaryta anketa.

Tyrimo rezultatai parodė, kad 51,7 proc. pirminės sveikatos priežiūros slaugytojų moksleivius burnos ertmės priežiūros moko kartais, trečdalis tyrime dalyvavusių slaugytojų visai nemoko. Moksleivių mokymui 62,1 proc. slaugytojų naudoja pasyviuos mokymo metodus ir 34,5 proc. naudoja individualius mokymo metodus. Dauguma slaugytojų savo profesinę kvalifikaciją kelia dalyvaudami konferencijose/seminaruose (51,7 proc.) ir savišvietos būdu (72,4 proc.), tačiau tik 17,2 proc. slaugytojų kėlė profesinę kvalifikaciją sveikatos edukologijos srityje. Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai (61,1 proc.), kurie turi pakankamai žinių apie burnos ertmės profilaktiką ir svarbą statistiškai reikšmingai dažniau moksleiviams nustato neprižiūrėtą burnos ertmės ir dantų būklę, lyginant su slaugytojais (36,4 proc.), kuriems žinių šia tema neužtenka ($p<0,05$).

Raktažodžiai: slaugytojai, moksleivių mokymas, dantų ir burnos ertmės ligų prevencija

Įvadas

Pirminė sveikatos priežiūra apibrėžiama, kaip būtiniausia sveikatos priežiūros grandis, prieinama atskiriems individams ir šeimoms, įtraukiant juos pačius į sveikatos puoselėjimo, gydymo bei reabilitacijos procesą [15]. Pirminėje sveikatos priežiūroje ypatingas vaidmuo skiriamas bendruomenės slaugai, kuri remiasi holistine paciento gerovės samprata [5]. Bendruomenės slauga Europoje vaidina svarbų vaidmenį, slaugant ne tik sergančius, pagyvenusius asmenis, bet ir skatinant sveikatos stiprinimą, palaikymą bei sveiką gyvenseną [1]. Lietuvos medicinos normoje MN 28:2011 taip pat nurodoma, kad viena iš bendruomenės slaugytojų kompetencijų yra gebėti „...organizuoti ir savarankiškai mokyti įvairaus amžiaus pacientus, jų šeimos narius ir bendruomenę sveikatos stiprinimo, palaikymo, išsaugojimo, lėtinių ligų profilaktikos ir valdymo“ [7].

Burnos ertmės ligų prevencija – tai viena iš edukacinių veiklų, kurias turėtų vykdyti bendruomenės slaugytojai, nes tyrėjų duomenimis dantų ėduonies paplitimas tarp Lietuvos vaikų

siekia 98 proc. ir su amžiumi dantų ėduonies paplitimas, kaip ir intensyvumas, didėja [2]. Lietuvoje vykdomos dantų ėduonies profilaktikos programos padėjo stabilizuoti vaikų dantų ėduonies paplitimą tose vietovėse, kur jos buvo įdiegtos, tačiau lyginant šiuos rodiklius su kitų Europos šalių rodikliais, šių ligų paplitimas Lietuvoje išlieka didelis [2].

Pirminiuose sveikatos priežiūros centruose dirbantys slaugytojai ir gydytojai taip pat galėtų suteikti moksleiviams ir jų tėvams žinių apie dantų priežiūrą ir vykdomas dantų ėduonies profilaktikos programas, nes remiantis LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-507, 2013 m. gegužės 16 d., „Vaiko sveikatos pažymėjime, forma Nr. 027-1/a“, privaloma įvertinti vaikų dantų ir žandikaulių būklę [8]. D. Yevlahova, S. Satur (2009) teigia, kad būtina teikti informaciją apie burnos ertmės ligų prevenciją pacientams, jų apsilankymų metu, sveikatos priežiūros įstaigoje [18]. D. Hallas, D. Shelley (2009) teigimu, slaugytojų edukacinės veiklos svarba, įgyvendinant moksleivių burnos ertmės ligų prevenciją pasireiškia akcentuojant profesionalios burnos higienos būtinybę [17].

Lietuvoje atlikta nedaug tyrimų, atskleidžiančių, sveikatos srityje dirbančių specialistų prevencinę veiklą, siekiant išsaugoti moksleivių burnos sveikatą [5,12,13]. Lietuvoje vyrauja požiūris, kad už visuomenės burnos sveikatą atsakingi odontologo paslaugas teikiantys specialistai. Nekreipiamas dėmesys, kad pirminio sveikatos priežiūros centro darbuotojų vienas pagrindinių tikslų – visuomenės sveikatos išsaugojimas ir puoselėjimas yra tiesiogiai susijęs ir su burnos sveikatos išsaugojimu. Lietuvoje atlikta tyrimų nagrinėjančių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų vykdomą moksleivių burnos ertmės ligų prevencinę veiklą mokykloje [5]. Tačiau neatlikta tyrimų, analizuojančių pirminio sveikatos priežiūros centro slaugytojų veiklą, vykdančią moksleivių burnos ertmės ligų prevenciją. Mūsų tyrimo tikslas – ištirti pirminio sveikatos priežiūros centro slaugytojų edukacinę veiklą, vykdančią moksleivių burnos ertmės ligų prevenciją

Tyrimo metodika

Tyrimas vykdytas 2014 m. sausio – spalio mėnesiais, trijuose Lietuvos miestuose, pirminės sveikatos priežiūros centruose (PSPC): VšĮ Kauno Dainavos PSPC, VšĮ Kėdainių PSPC ir VšĮ Utenos PSPC. Gydomo įstaigos buvo atrinktos iš bendrojo gydymo įstaigų sąrašo taikant patogiosios atrankos būdą. Tyrimas pradėtas gavus PSPC vadovų sutikimus ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos centro komisijos leidimą Nr.: BEC-12F(F)-255. Tyrimo metodas – vienmomentinė anoniminė anketinė apklausa.

Tiriamųjų kontingentas. Tyrimo metu, netikimybinės tikslinės atrankos būdu, apklausti visi slaugytojai dirbantys šiose įstaigose. Apklausta 14 slaugytojų, dirbančių VšĮ Kauno Dainavos PSPC, 8 slaugytojai, dirbantys VšĮ Kėdainių PSPC ir 7 slaugytojai, dirbantys VšĮ Utenos PSPC. Tyrimo imtis – patogioji netikimybinė.

Tyrimo etika. Atliekant tyrimą buvo laikomasi etikos principų. Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai ir tiriamieji turėjo teisę apsispręsti dėl dalyvavimo tyrime. Kiekvienas respondentas prieš apklausą buvo supažindintas su tyrimo tikslu ir tyrimo eiga. Atliekant tyrimą ir pateikiant surinktų duomenų analizę buvo laikomasi konfidencialumo principo, siekiant neatskleisti dalyvavusių asmenų tapatybės.

Tyrimo instrumentas. Tyrimui atlikti naudota tyrėjų sudaryta anketa „Slaugytojo dirbančio PSPC, veikla, vykdančią moksleivių burnos ertmės ligų prevenciją“. Anketa parengta tyrėjų, remiantis Lietuvos medicinos norma MN 28: 2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ bei literatūros analize [4,7].

Anketoje pateiktais klausimais siekta įvertinti sociodemografinius duomenis: amžių, išsilavinimą, bendrą darbo stažą slaugytojo pareigose. Siekta išsiaiškinti, ar slaugytojai moko moksleivius burnos ertmės priežiūros, kokius mokymo metodus naudoja, ar kelia kvalifikaciją sveikatos edukologijos srityje. Taip pat siekta išsiaiškinti, ar slaugytojai turi pakankamai informacijos apie burnos ertmės prevenciją ir, ar ši informacija sąlygoja jų vykdomą burnos ertmės prevencinę veiklą. Atsakymai į anketos klausimus pateikti Likerto skalės principu (susumuotų reitingų metodas) t. y. nuo mažiausio/blogiausio (visai nesutinku) įvertinimo iki didžiausio/geriausio įvertinimo (labai dažnai sutinku).

Prieš tyrimą anketa testuota, siekiant įvertinti jos patikimumą ir suprantamumą apklausta 10 slaugytojų. Po bandomojo anketos įvertinimo buvo pakoreguoti keli klausimai.

Statistinė duomenų analizė. Kiekybinė duomenų analizė buvo atliekama SPSS (angl. Statistical Package for Social Science) statistiniu paketu, versija 21.0. Hipotezėms tikrinti buvo naudojama aprašomoji statistika, Man-Whitney ir Kruskal-Wallis kriterijai nepriklausomoms imtims ir χ^2 kriterijai. Pasirinktas reikšmingumo lygmuo 0,05.

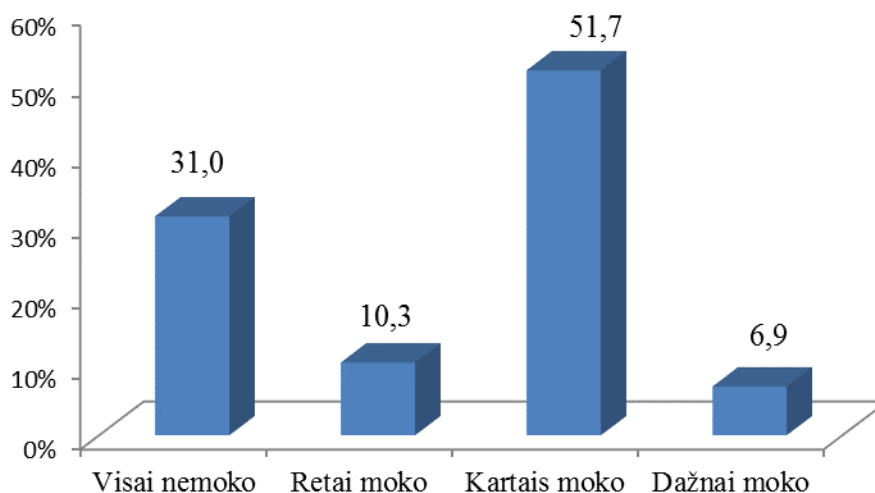
Rezultatai ir aptarimas

Bendra slaugytojų charakteristika

Tyrimė dalyvavo 29 slaugytojai: 10 bendrosios praktikos (34,5 proc.) ir 19 bendruomenės (65,5 proc.) slaugytojų. Tyrimė dalyvavusių slaugytojų amžiaus nuo 25 iki 62 metų, amžiaus vidurkis 43,3 m. Slaugytojų darbo stažo vidurkis 21 m. Visos tyrimė dalyvavusios slaugytojos buvo moterys.

PSPC slaugytojų vykdoma moksleivių burnos ertmės ligų prevencijos edukacinė veikla

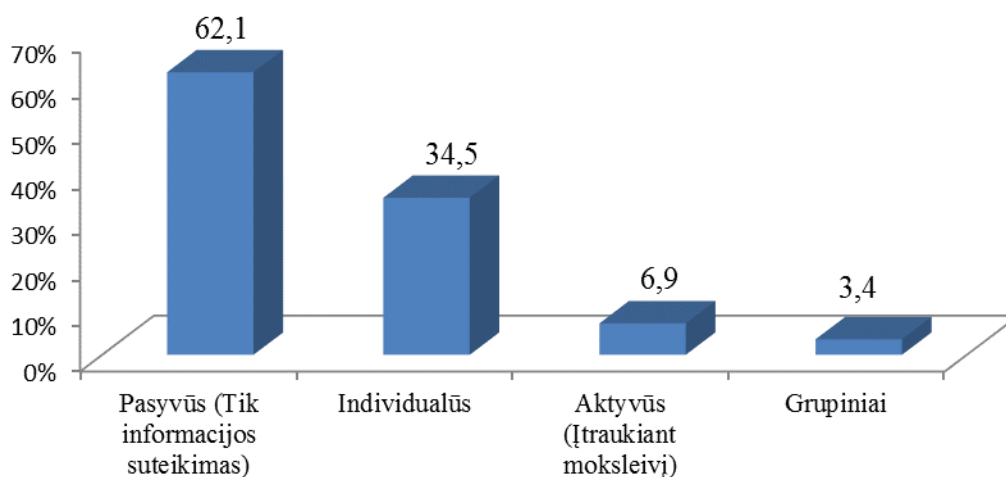
Lietuvos medicinos normoje MN 28: 2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ nurodoma, kad viena iš PSPC slaugytojo kompetencijų – asmens higienos bei sveikos gyvensenos ugdymas [7]. Todėl tyrimo metu siekėme išsiaiškinti, kaip dažnai slaugytojos, dirbančios PSPC, moko moksleivius burnos ertmės priežiūros (žr.: 1 pav.).



1 pav. PSPC slaugytojai vykdančios moksleivių edukaciją burnos ertmės priežiūros tema

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad daugiau kaip pusė slaugytojų (51,7 proc., n=15) moksleivius burnos ertmės priežiūros moko kartais, trečdalis tyrime dalyvavusių slaugytojų (31 proc., n=9) visai nemoko. Nedidelė dalis slaugytojų (6,9 proc., n=2) teigė, kad burnos ertmės priežiūros moksleivius moko dažnai ir 10,3 proc. slaugytojų teigė, kad retai (žr.: 1 pav.). A. Jurgutis, B. Strukčinskienė, I. Pačiauskaitė, D. Balčiūnas (2012) tyrė slaugytojų dirbančių PSPC kompetencijas taip pat nustatė, kad tik 53,3 proc. respondenčių sugeba organizuoti mokymus ir/ar savarankiškai mokyti įvairaus amžiaus pacientus, jų šeimos narius ir bendruomenę sveikatos stiprinimo, palaikymo, išsaugojimo, lėtinių ligų profilaktikos klausimais [6]. Galime teigti, kad PSPC slaugytojos turėtų aktyviau vykdyti moksleivių edukaciją burnos ir dantų priežiūros tema, nes tai viena iš bendruomenės slaugytojų kompetencijų [7].

Mokant moksleivius burnos ertmės priežiūros svarbu parinkti tinkamus mokymo metodus [9,11]. PSPC slaugytojų mokymo metodo ar kelių metodų derinio pasirinkimas priklauso nuo moksleivių poreikių, žinių, amžiaus, taip pat slaugytojo kvalifikacijos ir patirties bei gebėjimo perteikti mokymo medžiagą. Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti, kokius mokymo metodus naudoja PSPC slaugytojai mokydami moksleivius burnos ertmės priežiūros (žr.: 2 pav.).

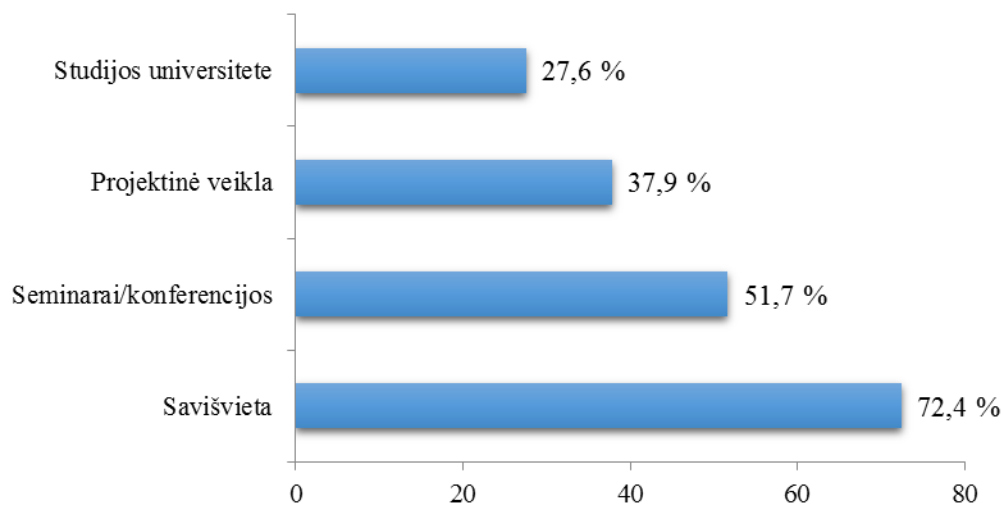


2 pav. PSPC slaugytojų naudojami mokymo metodai, mokant moksleivius burnos ertmės priežiūros

Didžioji dalis (62,1 proc., n=18) tyrime dalyvavusių slaugytojų nurodė, kad dažniausiai naudoja pasyviuos mokymo metodus, mokant moksleivius burnos ertmės priežiūros ir tik nedidelė dalis slaugytojų (6,9 proc., n=2) naudoja aktyviuos mokymo metodus. Didesnė dalis PSPC slaugytojų (34,5 proc., n=10) nurodė, kad moksleivius burnos ertmės priežiūros moko individualiai ir tik nedidelė dalis (3,4 proc., n=1) - grupėje (žr.: 2 pav.). Gal būt, mūsų tyrime dalyvavę slaugytojai, daugiausiai naudojo pasyviuos ir individualiuos mokymo metodus, dėl edukacinių žinių trūkumo arba nepakankamos kompetencijos šioje srityje. Tyrėjai nurodo, kad slaugytojai gali būti tinkami mokytojai ir ši veikla yra išplėtotą, tačiau jiems dažnai trūksta žinių, įgūdžių, motyvacijos ir paramos, organizuojant ir įgyvendinant pacientų mokymo programas [19,20,21]. Išskiriama keletas priežasčių trukdančių slaugytojams įgyvendinti pacientų mokymo programas: slaugytojai mano, kad pacientus mokyti gali tik asmenys išklause specialius mokymo kursus arba einantys specialias pareigas ligoninėje; įsitikinimas, kad jie nemoka mokyti arba pacientą jau apmokė kitas sveikatos priežiūros atstovas [22].

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad didžioji dalis tyrime dalyvavusių PSPC slaugytojų (72,4 proc.) kvalifikaciją kelia savišvietos būdu, likusi dalis slaugytojų dalyvauja seminaruose ir

konferencijose (51,7 proc., n=15.), projektinėje veikloje (37,9 proc., n=11.) ir 27,6 proc. studijuoja universitete (žr.: 3.pav.).



3 pav. PSPC slaugytojų kvalifikacijos kėlimo būdai

Tyrimo rezultatai parodė, kad tik nedidelė slaugytojų dalis (n=5, 17,2 proc.) kėlė profesinę kvalifikaciją sveikatos edukologijos srityje. Siekiant vykdyti moksleivių burnos ertmės ligų prevenciją, būtinas sistemingas turimų žinių atnaujinimas, nes nuolatinis profesinis tobulėjimas yra slaugytojų profesionalumo garantas [3]. Tobulinama kvalifikacija suteikia slaugytojoms žinių kaip elgtis įgyvendinant tam tikras funkcijas. I. Mikutavičienė ir V. Rastenienė (2011), analizavusios diabeto slaugytojų edukacinių kompetencijų tobulinimo galimybes, nustatė, kad plėtodamos edukacines kompetencijas, slaugytojos įgyja žinių, mokymo ir konsultavimo metodų taikymo srityse [10].

PSPC slaugytojų žinių apie burnos ertmės profilaktiką sąsajos su vykdoma burnos ertmės ligų prevencine veikla

Slaugytojai savo darbe turi skirti didelį dėmesį visuomenės sveikatos ugdymui ir lėtinių ligų rizikos veiksnių kontrolei, nes žinios apie sveikatą naudingos ne tik sveikiems, bet ir pacientams, turintiems sveikatos problemų ar sergantiems lėtinėmis ligomis. Jos padeda formuoti sveikos gyvensenos įgūdžius ir požiūrį į sveikatą, sąmoningai suprasti rizikos veiksnių įtaką, o vėliau keisti elgseną siekiant geresnės sveikatos [14]. Tačiau A. Jurgutis ir kt. (2012) atliktame tyrime nustatė, kad tik pusė slaugytojų turi šiuolaikinės bendruomenės ir bendrosios praktikos slaugytojoms būtinų sveikatos stiprinimo ir profilaktikos žinių [6].

Atlikto tyrimo metu siekėme išsiaiškinti, ar PSPC slaugytojai turi pakankamai žinių apie burnos ertmės profilaktiką. Didžioji dalis slaugytojų (62,1 proc., n=18) nurodė, kad joms pilnai užtenka žinių (*toliau tekste ši grupė slaugytojų vadinama - „žinių užtenka“*) apie burnos ertmės profilaktiką bei jos svarbą. Likusi dalis nurodė, kad žinių neužtenka (*toliau tekste ši grupė slaugytojų vadinama - „žinių neužtenka“*): 17,2 proc. (n=5) teigė, kad žinių trūksta retai, 17,2 proc. (n=5) – kartais trūksta ir viena slaugytoja nurodė, kad žinių trūksta dažnai.

Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti ar slaugytojų turimos žinios apie burnos ertmės profilaktiką susijusios su jų vykdoma prevencine veikla šioje srityje. Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojų turimos žinios statistiškai reikšmingai nesusijusios su moksleivių burnos ertmės priežiūros mokymu (žr.: 1 lentelė).

1 lentelė. Slaugytojų žinių apie burnos ertmės profilaktiką sąsajos su moksleivių burnos ertmės priežiūros mokymu

Slaugytojų turimos žinios apie burnos ertmės profilaktiką	Moksleivių burnos ertmės priežiūros mokymas			p
	Visai nemoko ir retai	Kartais	Dažnai ir labai dažnai	
	n (proc.)			
Žinių užtenka	9 (50,0)	8 (44,4)	1 (5,6)	0,481
Žinių neužtenka	3 (27,3)	7 (63,6)	1 (9,1)	

38

Mūsų tyrimo rezultatai parodė, kad net 50 proc. slaugytojų, nurodžiusių, kad „žinių užtenka“ apie burnos ertmės profilaktiką, visai nemoko arba retai moko moksleivius burnos ertmės priežiūros (žr.: 1 lentelė).

Tyrimo metu siekėme išsiaiškinti ar slaugytojų žinios apie burnos ertmės profilaktiką susijusios su atliekamu moksleivių burnos ertmės ir dantų būklės vertinimu, neprižiūrėtos burnos ertmės ir dantų būklės nustatymu bei moksleivių nukreipimu į odontologijos įstaigas profilaktiniam patikrinimui (žr.: 2 lentelė).

2 lentelė. Slaugytojų žinių apie burnos ertmės profilaktiką sąsajos su vykdoma veikla burnos ertmės ir dantų būklės profilaktikoje

Slaugytojų turimos žinios apie burnos ertmės profilaktiką	Niekada arba retai <i>n (proc.)</i>	Kartais <i>n (proc.)</i>	Dažnai ir labai dažnai <i>n (proc.)</i>	p
Moksleivių burnos ertmės ir dantų būklės vertinimas				
Žinių užtenka	14 (77,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	0,711
Žinių neužtenka	7 (63,6)	2 (18,2)	2 (18,2)	
Moksleivių neprižiūrėtos burnos ertmės ir dantų būklės nustatymas				
Žinių užtenka	6 (33,3)	11 (61,1)	1 (5,6)	0,036
Žinių neužtenka	2 (18,2)	4 (36,4)	5 (45,5)	
Nukreipia moksleivius į odontologijos įstaigas profilaktiniam patikrinimui				
Žinių užtenka	2 (11,1)	1 (5,6)	15 (83,3)	0,499
Žinių neužtenka	0 (0)	1 (9,1)	10 (90,9)	

Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai, kuriems „žinių užtenka“ ir, kuriems „žinių neužtenka“ apie burnos ertmės profilaktiką ir svarbą, panašiai dėmesio skiria moksleivių burnos ertmės ir dantų būklės vertinimui bei panaši dalis slaugytojų nukreipia moksleivius į odontologijos įstaigas profilaktiniam patikrinimui (žr.: 1 lentelė). Tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai, kuriems „žinių užtenka“ apie burnos ertmės profilaktiką ir svarbą, statistiškai reikšmingai dažniau („kartais“) nustato neprižiūrėta burnos ertmės ir dantų būklę moksleiviams lyginant su

slaugytojais, kurie teigė, kad „žinių neužtenka“ apie burnos ertmės profilaktiką ir svarbą ($p < 0,05$) (žr.: 2 lentelė).

Mūsų tyrimas turi ir ribotumų: nėra didelė apklaustųjų slaugytojų imtis. Norėdami daryti apibendrinančias išvadas naudojome neparametrinę statistiką, kuri yra mažai jautri imties tūriui. Be to atliekamo tyrimo metu nenaudojome standartizuoto klausimyno ir nepateikėme sudaryto testo siekiant nustatyti slaugytojų žinias apie burnos ertmės profilaktiką. Siekėme, kad slaugytojai patys įsivertintų savo turimas žinias Likerto skalės principu. Todėl gal būt galime daryti prielaidą, kad slaugytojai, nors ir teigia, kad „žinių užtenka“ apie dantų ir burnos profilaktiką, šių žinių turi per mažai, nes šios grupės slaugytojai (50 proc.) nemoko moksleivių dantų priežiūros ir (77,8 proc.) nevertina arba retai vertina moksleivių dantų būklę (žr.: 1 ir 2 lentelės). Mokslininkai teigia, kad būtina teikti informaciją apie burnos higienos svarbą klientams jų apsilankymų sveikatos priežiūros įstaigoje metu, o moksleivių sveikatos žinių tobulinimas turėtų vaidinti pagrindinį vaidmenį ugdant bei puoselėjant burnos higieną [16,18].

Apibendrinant galime teigti, kad siekiant pagerinti Lietuvos moksleivių dantų būklę, PSPC slaugytojai turėtų aktyviau dalyvauti burnos ir dantų profilaktikos programose, tačiau PSPC slaugytojai turi nepakankamai edukacinių žinių, kad galėtų tinkamai vykdyti moksleivių mokymą burnos ir dantų profilaktikos tema. Todėl siekiant pilnai įgyvendinti slaugytojų kompetenciją gebėti „...organizuoti ir savarankiškai mokyti įvairaus amžiaus pacientus, jų šeimos narius“ [7] turėtų būti pravedti edukaciniai kursai pacientų mokymo tematika.

Išvados

1. Daugiau kaip pusė tyrime dalyvavusių PSPC slaugytojų moksleivius burnos ertmės priežiūros moko kartais, trečdalis slaugytojų visai nemoko. Moksleivių mokymui burnos ertmės ir dantų priežiūros dažniausiai naudojami pasyvūs ir individualūs mokymo metodai.
2. Dauguma PSPC slaugytojų savo profesinę kvalifikaciją kelia dalyvaudami konferencijos/seminaruose ir savišvietos būdu, tačiau tik nedidelė slaugytojų dalis kėlė profesinę kvalifikaciją sveikatos edukologijos srityje.
3. Slaugytojai, kurie turi pakankamai žinių apie burnos ertmės profilaktiką ir svarbą, statistiškai reikšmingai dažniau nustato neprižiūrėtą burnos ertmės ir dantų būklę moksleiviams lyginant su slaugytojais, kurie teigė, kad „žinių neužtenka“ apie burnos ertmės profilaktiką ir svarbą.

Literatūros sąrašas

1. Čiočienė A. Bendruomenės slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Sveikatos mokslai, 2002; 4:2-5.
2. Drungilienė D., Kvyklienė S., Mockienė V., Darginavičienė R. Burnos higiena ir eduoines paplitimas tarp 12-15 metų moksleivių. Sveikatos mokslai, 2011; 21 (7): 70-74 .
3. Jankauskienė Ž, Kubilienė E, Juozulynas A, ir kt. Slaugytojų profesinė socializacija užtikrinant praktinę veiklą. Medicina (Kaunas) 2010; 46:16-26.
4. Jankauskienė Ž, Kubilienė E, Juozulynas A, Stukas R. Veiksnių, formuojančių slaugytojų profesinę elgseną, analizė. Medicinos teorija ir praktika, 2009;15(4):372-381.
5. Juodvalkienė R., Gulbinienė J. Visuomenės sveikatos specialisto svarba vykdant moksleivių burnos ligų prevenciją ugdymo įstaigose. Sveikatos mokslai, 2008, 6 (18):1978-1983.
6. Jurgutis A., Strukčinskienė B., Pačiauskaitė I., Balčiūnas D. Slaugytojų, dirbančių pirminės sveikatos priežiūros srityje, kompetencijų analizė. Visuomenės sveikata, 2012; 1: 44 -50.

7. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo. Valstybės žinios, 2011 birželio 8 d. Nr. V-591.
8. LR sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. V-507 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 24 d. įsakymo Nr. V-951 „Dėl statistinės apskaitos formos Nr. 027-1/A „Vaiko sveikatos pažymėjimas patvirtinimo pakeitimo“. Valstybės žinios, 2013, Nr. 52-5611.
9. Mažionienė A. Sveikatos ugdymas. Klaipėda: Klaipėdos kolegija; 2011.
10. Mikutavičienė I, Rastėnienė, V. Diabeto slaugytojų edukacinių kompetencijų tobulinimas. e. mokymo efektyvumo vertinimas. Sveikatos mokslai, 2011; 21(5):176-181.
11. Mikutavičienė I. Ugdymo mokslo pasiekimai modernioje slaugos praktikoje. Kaunas: Vitea Litera; 2008.
12. Milčiuvienė S, Matulaitienė Ž., Narbutaitė J., Vaitkevičienė V., Bendoraitienė E., Timofejeva I. Kauno miesto moksleivių burnos būklės ir odontologinės pagalbos analizė. Medicina, 2006; 42(5): 413-423.
13. Milčiuvienė S., Bendoraitienė E., Andruškevičienė V., Narbutaitė J. Dental caries prevalence among 12–15-year-olds in Lithuania between 1983 and 2005. Medicina, 2009; 45(1): 68-76.
14. Zagurskiene D, Miseviciene I. The comparison of patients' and nurses' attitudes to health education and nurses' participation in this process. Medicina (Kaunas, Lithuania), 2008, 44(11):885-894.
15. Declaration of Alma-Ata. (1978). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [online]. From World Health Organization [cited 2015-01-15]. Available from Internet <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>.
16. Doichinova L, Mitova N. Assessment of oral hygiene habits in children 6 to 12 years. Journal of IMAB 2014; 20(5):664-668.
17. Hallas D, Shelley D. Role of Pediatric Nurse Practitioners in Oral Health Care. Academic Pediatric 2009; 9(6):462-466.
18. Yevlahova D, Satur S. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review. Australian Dental Journal 2009;54(3),190-197.
19. Kruger S. The patient educator role in nursing. Appl Nurs Res 1991; 4(1):19-24.
20. Noble C. Are nurses good patient educators? J Adv Nurs 1991; 16(10):1185-1189
21. Solante S, Leino-Kilpi H. Outcomes of nursing education. Retrospective evaluation after five years in working life. Hoitotiede 1998; 10(2):87-96.
22. 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.

PRIMARY HEALTH CARE CENTER NURSES' EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR SCHOOLCHILDREN OF ORAL CAVITY DISEASES PREVENTION

Summary

The aim of the study - to explore educational activities of primary health care nurses in prevention of oral disease of schoolchildren.

The study was carried out in primary health care centers of three cities of Lithuania: Kaunas, Kedainiai, Utena. The study surveyed all the nurses (n = 29) who worked in these establishments with general practitioners. The investigators' constructed questionnaire was used for the study.

The results of the study showed that 51,7 % nurses of primary health care centers teaches schoolchildren oral health care sometimes, one-third of the study, nurses didn't teach them. Passive

and individual teaching methods of teaching are most commonly used. The majority of nurses improve their professional qualifications participating in conferences/seminars (62,1 %) and informal way (72,4 %). Only 17,2 % of the nurses gained their professional qualification in the field of health education studies. Nurses who have sufficient knowledge on prevention of the oral cavity diseases, determine neglected oral and dental condition of the school children significantly more often ($p < 0,05$).

Key words: nurses, education of schoolchildren, prevention of the oral cavity diseases

ARBUTINO IR VITAMINO C VEIKSMINGUMAS VEIDO ODOS MELAZMAI

EFFECTIVENESS OF ARBUTIN AND VITAMIN C FOR MELASMA OF FACE SKIN

Vaida Jasiūnaitė, Jolanta Prakupavičienė
Utenos kolegija

Santrauka

42

Laikui bėgant, kiekvienas žmogus savo veide pastebi pokyčius ir vienas iš tokių estetinių pakitimų yra - tamsios pigmentinės dėmės, kitaip vadinama melazma. Melazma yra lėtinis odos melanogenezės sutrikimas, pasireiškiantis netaisyklingos formos pigmentinėmis dėmėmis. Dažnai melazma išryškėja suaktyvėjus saulės spinduliams, vartojant kontraceptines priemones ir pastebėta, kad dažniau pasitaiko moterims, kurių odos tipas yra tamsesnis (IV – VI fototipas). Kosmetinių priemonių skirtų hiperpigmentuotai odai vis daugėja ir jų efektyvumui skiriama vis daugiau dėmesio. Straipsnyje aptariama biologiškai aktyvių medžiagų: arbutino ir vitamino C veiksmingumas veido odos melazmai. Tyrimo metu buvo atlikta atvejo analizė.

Tyrimo rezultatai parodė, kad arbutinas ir vitaminas C yra veiksmingi veido odos šviesinime, esant melazmai, bet, kaip depigmentinis agentas veiksmingesnis yra arbutinas. Abi biologiškai aktyvios medžiagos pašviesino bei atjaunino veido odą, bet arbutinas labiau paveikė melazmą.

Raktažodžiai: arbutinas, hiperpigmentacija, melazma, vitaminas C.

Išvadas

Bėgant metams žmonių organizme vyksta negrįžtami pokyčiai. Tam didžiausią įtaką turi genetiniai bei aplinkos faktoriai. 70 - aisiais metais hiperpigmentacija buvo trečioje vietoje iš dažniausiai diagnozuojamų odos problemų¹. Dar ir dabar daugiau negu 30% moterų skundžiasi rudomis dėmėmis ant rankų ar veido - ši neestetiška problema yra trečioje vietoje po raukšlių ir odos elastingumo pokyčių. Tai pigmento melanino produkcijos sutrikimas, įtakojamas vidinių ar išorinių veiksnių. Kalbant apie išorinius veiksnius, piktnaudžiavimas UV spinduliais, sutrikdo normalią melanogenezės eigą, bei skatina oksiduoto melanino kaupimąsi keratinocituose, kas priveda prie negrįžtamų odos spalvos pakitimų. Kadangi saulės poveikio metu melanosomos susigrūpuoja sudarydamos apsauginį sluoksnį virš ląstelių branduolių, spindulių veikimas gali sukelti ne tik odos įdegį, bet ir stimuliuoti hiperpigmentacijos susidarymą². Hiperpigmentacijos atveju melanino odoje yra produkujama per daug, todėl jis nebegali tinkamai bei tolygiai pasiskirstyti, todėl kai kuriose odos vietose jis pradeda kauptis rudomis dėmėmis.

Nuo senų laikų žmogus ieškojo būdų, kaip patobulinti savo išvaizdą gerinant odos spalvą ir suteikiant jai švytėjimą³. Kadangi paskutinių metų progresas kosmetologijos srityje suteikė galimybę veikti natūralią odos pigmentaciją, visame pasaulyje sparčiai populiarėja keletas veiksmingiausių išorinio naudojimo priemonių komponentų hiperpigmentuotos odos priežiūroje.

Taigi vienas iš dažniausiai naudojamų kosmetinių odos šviesinimo komponentų yra vitaminas C. Odos šviesinimas – vienas iš labiausiai geidžiamų vitamino C poveikio efektų⁴. Šis vitaminas iš kitų vitaminų išsiskiria tuo, kad yra vienas stipriausių antioksidantų ir prasiskverbęs į

¹ Christophe, Dr. (2012). Hyperpigmentation and Melasma: Facts and Psychological factors. Gauta iš <http://www.globale-dermatologie.com/en/hyperpigmentation-et-le-melasma-des-faits-et-des-facteurs-psychologiques.html#.VUtrKfk5 IX>

² Hovard, D. (2005). Hiperpigmentacijos gydymo naujovės. Les Nouvelless Esthetiques Lietuva; (11)1: 50 – 53

³ Todokoro, T., Bronte, F. (2014). Kaip išsaugoti odos spindėjimą. Les Nouvelless Esthetiques Lietuva; 67: 88 – 90.

⁴ Šachri, A. (2013). Vitaminas C kosmetikoje. Grožio ekspertai; lapkritis: 22 – 23.

odą puikiai apsaugo joje esančias ląsteles nuo laisvųjų radikalų, kas šiuolaikiniame pasaulyje yra aktuali problema. Kadangi mūsų oda beveik nuolat kenčia dėl vitamino C trūkumo⁵, todėl laisvųjų radikalų perteklius odoje sukelia oksidacinį stresą, kuris turi įtakos pigmentinių dėmių atsiradimui. Vitaminas C naudojamas iš vidaus, organizme išlieka neilgai, todėl reikalingas taikymas ir išoriniu būdu. Derinant abu būdus tarpusavyje šio vitamino koncentracija odoje padidėja netgi 22 kartus. Taip pat tai saugi alternatyva norint išvengti alerginės reakcijos, kadangi vitamino C pagrindo priemonės nedirgina odos ir yra tinkamos naudoti netgi ypač alergiškai odai.

Dar vienas išorinio taikymo komponentas, kuris nenusileidžia vitaminui C ir vis labiau populiarėja kosmetinių priemonių sudėtyje yra mėškauogių ekstraktas - arbutinas. Jungtinėse Amerikos Valstijose hiperpigmentacijos gydyme labai populiarius išorinio naudojimo komponentas - hidrochinonas, kuris yra registruojamas medikamentas. Kadangi šis komponentas yra odos jautrumą didinanti priemonė⁶, todėl balinančių kosmetikos priemonių sudėtyje naudojamas hidrochinono glikozidas - arbutinas. Šiuo metu tai vienas stipriausių depigmentinių agentų, kuris lygiuojasi net su hidrochinonu. Jis puikiai apsaugo odą nuo laisvųjų radikalų žalos ir yra saugus naudoti.

Straipsnio tikslas – palyginti arbutino ir vitamino C veiksmingumą veido odos melazmai.

Melazma ir jos atsiradimo priežastys

Melazma turi nemažai pavadinimų. Ji dar kitaip vadinama chloasma, rudmė arba „nėštumo kaukė“. Tai lėtinis odos melanogenezės sutrikimas. Melazma apibūdinama kaip netaisyklingos formos dėmės, bet dažnai ryškiai apibrėžtos. Jos būna įvairaus atspalvio: nuo šviesios iki tamsiai rudos spalvos⁷. Dėmės gali būti plataus spektro, palyginus didelės, turinčios nelygius krašteliuos, atrodyti tarsi „apkrantytos“. Dažniausios atsiradimo vietos: veido odoje ypač kaktos viduryje; ant skruostų ir viršutinės lūpos; nosies; žandikaulio plotuose; kaklo srityje; viršutinėje krūtinės dalyje; pečių paviršiuje.

Pažeidimų židiniai dažniausiai būna dvipusėškai simetriškai išsidėstę. Yra skiriami 3 pagrindiniai hiperpigmentinių dėmių išsidėstymo variantai: centrinė (kakta, nosis, žandai ir viršutinė lūpa – 63 %); vidurinė (nosis ir skruostai – 21%); apatinio žandikaulio (viršutinė žandikaulio šaka – 16 %)⁸. Trečiasis dėmių išsidėstymo variantas pasitaiko rečiau. Dėmės dažniausiai matomos tose vietose, kurios gauna daugiausiai saulės šviesos⁹.

Pagal melanino išsidėstymą odoje, melazma yra skirstoma į: epiderminę, dermalinę, mišraus tipo (kombinuota). Epiderminės melazmos tipas turi ryškias ribas, o dermalinis atvirkščiai – neryškias. Šiuo atveju pigmentinės dėmės, kurios turi ryškias ribas yra gydomos gana sėkmingai, o šviesiai rudos tarsi išplaukusios dėmės yra gydomos daug sunkiau bei sudėtingiau. Mišrusis melazmos tipas turi tiek ryškių tiek neryškių dėmių, tad gydymas priklauso nuo to, kokių dėmių yra paplitę daugiau.

Melazma yra gana tipiška ir jos fiziologinis paplitimas dažniausiai matomas nėštumo periodu arba vartojant kontraceptines priemones. Kada moteris yra vaisinga, dėmės gali atsirasti bet kuriuo metu, bet pastebėta, kad dažniau pasitaiko moterims, kurių odos fototipas yra tamsesnis (IV – VI). Visgi yra nemažai ir kitų faktorių, įtakančių melazmos atsiradimą. Estrogenas ir UV spinduliai yra pagrindinės priežastys vystyti melazmai. Kol kas yra nežinoma, kaip padidėjęs estrogenų kiekis priveda prie melazmos atsiradimo; visi naujausi tyrimai sako, kad estradiolai gali

⁵ Jančiulytė, J. (2002). Vitaminas C. Salonas; 3: 30 - 31.

⁶ Hovard, D. (2005). Hiperpigmentacijos gydymo naujovės. Les Nouvelles Esthetiques Lietuva; (11) 1: 50 – 53.

⁷ Baumann, L., Saghari, S., Weisberg, E. (2009). Cosmetic dermatology: principles and practice. Melasma. New York, p. 102 – 104.

⁸ Николаевич, А., Родионов, А. Н. (2012). Мелазма. Дерматокосметология : поражения кожи лица и слизистых : диагностика, лечение, профилактика. Санкт-Петербург, p. 263 - 264.

⁹ Baumann, L., Saghari, S., Weisberg, E. (2009). Cosmetic dermatology: principles and practice. Melasma. New York, p. 102 – 104.

turėti didžiulę įtaką melazmos etiologijoje¹⁰. 17β-Estradiolas žymiai padidina tirozinazės aktyvumą. Tačiau melazma atsiranda ne tik pas moteris, bet ir pas vyrus. Tai yra maždaug 10% visų atvejų. Tai labiau aktualu Karibų, Vidurio rytų ar Azijos kilmės vyrams. Melazma gali atsirasti ir tiems, kas naudoja prieš epilepsinius vaistus. Apie trečdalį atvejų pas moteris, o daugiausia pas vyrus, melazma pasireiškė iškart pavartojus šių vaistų. Karštis taip pat gali turėti įtakos melazmai, kadangi nemažai moterų melazma atsirado ant viršutinės lūpos po karšto vaško naudojimo, šalinant nepageidaujamus plaukelius. Kaip ir buvo minėta melazma visgi dažniausiai atsiranda moterims, kurios vartoja kontraceptines tabletes ir pas besilaukiančias moteris. „Nėštumo kaukė“ atsiranda kartu su krūtų bei lyties organų padidėjusia pigmentacija¹¹. Tai yra normalus fiziologinis reiškinys, kuris išnyksta iškart po gimdymo. Melazmos atsiradimas užfiksuotas ir priešmenstruaciniu laikotarpiu ir menopauzės laikotarpiu. Menopauzės metu moterims kartais yra taikoma hormonų pakaitinė terapija, kadangi jos hormonai jau yra išsibalansavę ir nebeaktyvūs. Taip pat dažnesni melazmos atsiradimai sutampa su kiaušidžių funkcijos sutrikimais. Dar vienas melazmos atsiradimo atvejis yra stresas, kadangi streso metu pakyla adrenokortikotropinių hormonų (ACTH) lygis, kas priveda prie padidėjusio MSH (melanocitus stimuliuojantis hormonas). (MSH) sukelia įdegį, kadangi atlikti tyrimai parodė padidėjusį įdegį su stresuojančiomis pelėmis, kurios buvo veikiamos UVB spinduliais¹².

Taigi, melazma yra lėtinis odos melanogenezės sutrikimas, pasireiškiantis netaisyklingos formos pigmentinėmis dėmėmis, palyginus didelėmis, turinčiomis nelygius kraštus, kurios atrodo tarsi „apkramtytos“. Pažeidimų židiniai dažniausiai būna dvipusiškai simetriškai išsidėstę. Yra skiriami 3 pagrindiniai hiperpigmentinių dėmių išsidėstymo variantai. Melazma taip pat turi tris tipus, kurie nustatomi pagal melanino išsidėstymą odoje. Šis pigmentacijos sutrikimas visgi dažniausiai atsiranda moterims, kurios vartoja kontraceptines tabletes ir pas besilaukiančias moteris. Kadangi melazmos atsiradimui įtakos turinčių faktorių yra keletas, tai išskiriami du pagrindiniai: estrogenas ir UV spinduliai. Melazma išryškėja suaktyvėjus saulės spinduliams.

Arbutino savybės bei panaudojimas kosmetikoje

Arbutinas ($C_{12}H_{16}O_7$)¹³ – natūraliai randama veiklioji medžiaga, kuri nuo seno tradiciškai naudojama Japonijoje. Tai hidrochinono glikozidas, kurio nemažai randama mėškauogių lapuose ir kurį jau nuo seno naudoja, kaip odos balinimo priemonę¹⁴. Jis gali būti išgaunamas natūraliu būdu iš miltinių mėškauogių (*lot. Arctostaphylos uva-ursi*), bruknių (*lot. Vaccinium vitis-idaea*), mėlynių (*lot. Vaccinium corymbosum*), kriaušių medžių lapų (*lot. Pyrus communis*), spanguolių (*lot. Vaccinium macrocarpon*), kviečių (*lot. Triticum*) ar bergenių (*lot. Bergenia crassifolia*) arba sintetiniu būdu. Arbutinas įeina kaip ingredientas įvairiuose kosmetiniuose produktuose, kurie skirti šviesinti odą. Natūralių balinančiųjų kosmetikos priemonių sudėtyje dažniausiai naudojamas mėškauogės ekstraktas.

Arbutinas pasižymi ne tik antiseptiniu, bet ir efektyviu balinamuoju poveikiu, bei turi ryškių priešpigmentinių savybių¹⁵. Įsiskverbęs į odą jis slopina fermento tirozinazės aktyvumą taip užkirsdamas kelią melanino susidarymui. Dar kitaip arbutiną galima pavadinti tirozinazės inhibitoriumi. Be balinamojo poveikio, jis dar pasižymi regeneruojamuoju, sutraukiamuoju ir antioksidaciniu efektu. Veikiamas vandens arbutinas skyla į gliukozę (cukrinę dalį) ir hidrochinoną

¹⁰ Baumann, L., Saghari, S., Weisberg, E. (2009). Cosmetic dermatology: principles and practice. Melasma. New York, p. 102 – 104.

¹¹ Николаевич, А., Родионов, А. Н. (2012). Мелазма. Дерматокосметология : поражения кожи лица и слизистых : диагностика, лечение, профилактика. Санкт-Петербург, p. 263 - 264.

¹² Baumann, L., Saghari, S., Weisberg, E. (2009). Skin Pigmentation and pigmentation disorders. New York, p. 98 – 101.

¹³ Baumann, L., Saghari, S., Weisberg, E. (2009). Arbutin. Cosmetic dermatology: principles and practice. New York, p. 280.

¹⁴ Марголина, А., Эрнандес, Е. (2012). Арбутин. Новая косметология. Основы современной косметологии. Москва, p. 244.

¹⁵ Springer, P. (2013). Odos senėjimas pasaulio mastu. Les Nouvelles Esthetiques Lietuva; 5(61): 44 – 46.

(necukrinę dalį). Kadangi jis suskyla dar ir į gliukozę, todėl lyginant su hidrochinonu, arbutinas yra švelnesnis ir nedirgina odos. Nors arbutinas ir neturi tokio didelio efekto, kaip hidrochinonas, bet jis yra mažiau rizikingas ir nesukelia šalutinio poveikio. Plačias arbutino galimybes odos šviesinime taip pat įrodo ir Kinijoje atliktas tyrimas. Tai vieno mėnesio tyrimas, atliktas dalyvaujant 80-čiai Kinijos moterų, naudojant 1% koncentracijos alfa arbutino priemonę, kuris lėmė „odos šviesinimo efektą“¹⁶. Šis efektas buvo greitesnis negu Kojo rūgšties – dar vienos depigmentinės veikliosios medžiagos.

Kadangi arbutinas vis populiarėja ir netgi vadinamas vienu iš labiausiai efektyviausių odos balintojų¹⁷, tad progresuoja ir jo formos. Dabar kosmetinių priemonių sudėtyje yra paplitusi arbutino pavadinimų įvairovė. Ant kosmetikos pakuočių etikečių yra rašomas alfa arba beta arbutinas. **Alfa arbutinas** yra grynas miltelių pavidalo ingredientas, kuris yra tirpus vandenyje. Alfa yra pagamintas laboratorijoje ir jo kosmetiniai gaminiai dabar yra parduodami „alfa-arbutino“ pavadinimu. Alfa – arbutinas yra daug efektyvesnis už meškauogių ekstraktą, saldymedžio ekstraktą, beta - arbutiną, glikolio ir salicilo rūgštį, bei visus kitus natūralaus balinimo augalinius komponentus. Atlikus tyrimą melanino sintezė buvo sumažinta iki 40 % naudojant 250 mikrogramų alfa - arbutino¹⁸. Vienintelis šios arbutino formos trūkumas tas, kad alfa - arbutinas yra labai brangus ir su šiuo ingredientu kosmetinių priemonių yra mažiau. **Beta – arbutinas** dažniausiai vadinamas tiesiog arbutinu. Tai ne sintetinis, o natūralus ekstraktas randamas meškauogių augaluose. Jis yra saugesnis dėl šalutinio poveikio negu alfa – arbutino forma, bet tuo pačiu ir turi silpnesnį efektyvumą odos šviesinimui. Atsižvelgiant į tai, daugelis kosmetinių priemonių skirtų balinanti odą, savo sudėtyje turi alfa – arbutiną nei beta. Arbutinas ir kiti augalo(-ų) ekstraktai yra laikomi, kaip saugus pasirinkimas kasdieniam naudojimui norint mažinti pigmentaciją ir šviesinti odą¹⁹.

Taigi, arbutinas pasižymi efektyviu balinamuoju poveikiu ir turi ryškių priešpigmentinių savybių. Įsiskverbęs į odą jis slopina fermento tirozinazės aktyvumą. Dar kitaip arbutiną galima pavadinti tirozinazės inhibitoriumi. Kadangi, veikiamas vandens arbutinas skyla į gliukozę (cukrinę dalį) ir hidrochinoną (necukrinę dalį), todėl lyginant su hidrochinonu, arbutinas yra švelnesnis ir nedirgina odos.

Vitamino C savybės bei panaudojimas kosmetikoje

Vitaminas C (askorbo rūgštis) pirmą kartą išskirtas iš apelsinų ir kopūstų lapų, vėliau iš kitų vaisių bei daržovių²⁰. Išskirta rūgštis gavo askorbo rūgšties pavadinimą ir buvo greit pradėta gaminti sintetiniu būdu. Skirtinguose produktuose randama daugybė vitamino C derivatų, o tyrimai parodė, kad ingredientas yra stabiliausias ir efektyviausias L-askorbo rūgšties formoje²¹. Šio vitamino galime rasti ne tik maisto racione, bet ir grožio priežiūros priemonėse. Kosmetologijos mokslo atradimas – vitamino C panaudojimas²². Vitamino C naudojimas kosmetiniuose produktuose yra puikus būdas gražinti odai spindesį, gerinti jos funkcijas bei išvaizdą. Dažniausios kosmetikos priemonės, kurių sudėtyje yra vitaminas C, skirtos balinti, apsaugoti nuo laisvųjų radikalų, bei brandžiai odai atitolinti senėjimo požymius. Vertėtų prabrėžti, kad kosmetinės

¹⁶ Marta. (2013). Bearberry and skin lightening Alpha Arbutin. Gauta iš <https://www.truthinaging.com/review/what-is-it-alpha-arbutin>.

¹⁷ Марголина, А., Эрнандес, Е. (2012). Гидрохинон и арбутин. Новая косметология. Основы современной косметологии. Москва, p. 249 – 250.

¹⁸ [Whiterskin](http://www.whiterskin.info/list-of-commercial-skin-lightening-skin-whitening-ingredients/) safe & effective skin lightening. Gauta iš <http://www.whiterskin.info/list-of-commercial-skin-lightening-skin-whitening-ingredients/>

¹⁹ Sandberg, S. (2013). Alpha - Arbutin – is it a safe alternative to hydroquinone? Gauta iš <http://trymeladermcream.com/alpha-arbutin-safe-altemative/>.

²⁰ Vasiliauskiene, D., Vasiliauskas, J., Vasiliauskas, A. (2011). Vitaminas C. Ilgo gyvenimo paslaptys. Vilnius, p. 466 – 469.

²¹ Čejauskas, A. (2013). Aha – vaisinės rūgštys. Kosmetik; lapkritis/gruodis: 16 – 21.

²² Beloglavkienė, U. (2013). Vitaminas C. Kosmetologijos pradžios. Vilnius, p. 162.

priemonės su vitaminu C efektyvumas priklauso nuo gryno vitamino C koncentracijos. Kuo didesnė koncentracija, tuo odos priežiūros priemonė yra efektyvesnė.

Šiuo metu antioksidantai yra nepakeičiami komponentai kalbant apie gražią bei sveiką odą. Atradus vitaminą C, naujų jo biologinių funkcijų kiekis nuolat auga. Profesionalios odos priežiūros srityje šiandien šis vitaminas yra vienas iš dažniausiai sutinkamų biologiškai aktyvių medžiagų kosmetinių priemonių sudėtyje. Deja, vartojant per burną vitaminą C, nepadidėja šio vitamino kiekis odoje, kadangi transportavimas iš virškinimo trakto yra limituotas. O saulės šviesa bei aplinkos tarša sustiprina vitamino C poreikį, todėl išorinis šio vitamino naudojimas yra labai svarbus ir turi didelę reikšmę.

Žinoma, kad su amžiumi odos funkcijos kinta, o jau sulaukus 25 metų organizmo gebėjimas senąsias kolageno skaidulas pakeisti naujomis silpnėja, o pasiekus 50 metų, kolagenas pradeda nykti. Sulėtėjus mikrokraujotakai, nebetiekiamas vitaminas C, kuris yra labai svarbus ląstelėms ir kolageno sintezei. Atliktas žmogaus ląstelių tyrimas įrodė vitamino C veiksmingumą: ilgalaikis vitamino C poveikis jungiamojo audinio ląstelėms kolageno gamybą gali paskatinti net aštuonis kartus²³. Galima teigti, kad vitaminas C yra labai svarbus kolageno atsinaujinimui, o taip pat naujausių vitamino C tyrimų duomenimis jis apsaugo organizmą nuo priešlaikinio senėjimo²⁴. Metams einant, oda kenčia ir nuo fibroblastų ir keratinocitų aktyvumo sumažėjimo. Žmogaus fibroblastai kartu su konkrečiu vitaminu C yra svarbūs dermos formavimosi ir atsinaujinimo elementai, nes, pavyzdžiui, strijos yra dermos struktūros nereguliarumo išraiška fibroblastuose²⁵. Tad vitamino C naudojimas skatina šių ląstelių greitesnį atsinaujinimą. Vieni iš didžiausių mūsų odos priešų yra laisvieji radikalai, kurie atsiranda veikiant išoriniams ir vidiniams faktoriams, tokiems kaip stresas, mityba, saulės poveikis. Laisvieji radikalai pakeičia ląstelės DNR ir paveikia membranas, pagreitina kolageno ir elastino nykimą. Nuolatinio oksidacinio streso veikiamą odą praranda savo sveiką išvaizdą ir suplonėja, sukeliamas priešlaikinis odos senėjimas, dėl kurio atsiranda pigmentinės dėmės ar odos suglebimas. Vitaminas C yra labai veiksmingas antioksidantas, kai užtepamas ant odos²⁶. Taigi vitaminas C turi galingas antioksidacines savybes ir gali neutralizuoti daugelį laisvųjų radikalų rūšių.

Ryškiausiai matomą vitamino C poveikį pastebime odos hiperpigmentacijų sprendime. Askorbo rūgštis dalyvauja melanino sintezėje ir kaip buvo minėta neutralizuoja laisvuosius radikalus, kurie taip pat gali prisidėti prie melanogenezės proceso sutrikdymo. Taip pat vitaminas C blokuoja fermentą tirozinazę, kuri yra svarbi melanino sintezės procese. Taigi, vitaminas C yra puikus odos šviesintojas bei pigmentinių dėmių slopintojas. Jis balina šlakus ir pigmentines dėmes. Taip pat vitaminas C gerina epidermio barjerinę funkciją, kurią patvirtina transepiderminio vandens netekimo apimtys. Jis padeda žaizdų gijimo procesuose, palaiko audinių vientisumą, stiprina kraujagysles. Daugelį biologinių medžiagų – vitaminus A, E, B₁, B₂, folio rūgštį ir biotiną - saugo nuo ardomojo deguonies poveikio²⁷. Taigi, vitamino C teigiamų savybių odai yra labai daug. Šis vitaminas labiausiai rekomenduojamas tiems žmonėms, kurių oda yra pavargusi nuo gyvenimo tempo, papildėjusi, praradusi gyvybingumą, jautri, turinti silpną tonusą, raukšlėta, glėmbanti. Dažniausiai bėgant laikui visos moterys susiduria nors su keletu išvardintų problemų. Ypač rūkančios, kurių oda pastoviai veikiama cigarečių dūmų, radiacijos ar UV saulės spindulių. Tokia oda labiausiai patiria laisvųjų radikalų poveikį - sukelti priešlaikinį odos senėjimą. Čia vitamino C reikšmė labai svarbi.

Apibedrinant galima teigti, kad vitaminas C yra nepakeičiamas kosmetinių priemonių komponentas kalbant apie gražią bei sveiką odą. Tačiau vartojamas per burną vitaminas C, nepadidina šio vitamino kiekio odoje. Saulės šviesa bei aplinkos tarša taip pat mažina vitamino C

²³ Šachri, A. (2013). Vitaminas C kosmetikoje. Grožio ekspertai; lapkritis: 22 - 23.

²⁴ Kazlauskė, J., Liesienė, J. (2012). Vitaminas C. Natūralios žaliavos ir bioaktyvūs priedai kosmetikoje. Kaunas, p. 78 – 79.

²⁵ Paglyzas, P.T. (2010). Vitaminas C odos priežiūrai. Les Nouvelles s Esthetiques Lietuva; 41: 54 – 58.

²⁶ Imberas, D. (2014). Antioksidantai, laisvieji radikalai ir odos priežiūra. Les Nouvelles s Esthetiques Lietuva; 64: 32 - 33.

²⁷ Puidokas, A. (2003). Vitaminas C. Liaudies medicina. Vilnius, p. 504 – 505.

kiekį organizme. Todėl išorinis šio vitamino naudojimas yra labai svarbus ir turi didelę reikšmę odos būklei gerinti ir hiperpigmentacijai spręsti, nes blokuoja fermentą tirozinazę, taip apsaugodamas nuo melanogenezės proceso sutrikimų. Tokiu būdu šviesina odą bei mažina pigmentinių dėmių atsiradimą.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimas buvo atliekamas Rokiškyje nespecializuotose vietose - tiriamųjų namuose. Tyrime dalyvauti parinktos 2 moterys turinčios veido odos melazmą skruostų srityje. Kiekvienai tiriamajai buvo atliktas 10 veido procedūrų kursas. Procedūros buvo atliekamos kas savaitę. Nuo vienos procedūros iki kitos procedūros tiriamosios namuose naudojo veido serumus bei stiprią apsaugą turinčius dieninius kremus. Procedūrų poveikis buvo stebimas užfiksuojant pokyčius prieš ir po nuotraukose.

Tyrimo metodas – atvejo analizė. Tyrimu siekiama palyginti arbutino ir vitamino C veiksmingumą veido odos melazmai.

Tiriamosios atrinktos pagal tikslinės atrankos principą, kadangi turi tokią pačią veido odos problemą bei pagal gyvenamąją vietą ir amžių. Prieš tyrimą abi moterys buvo supažindintos su procedūrų atlikimo eiga, procedūrų dažnumu bei su pagrindinių komponentų įeinančių į naudojamas kosmetines priemones savybėmis. Kiekvienai tiriamajai sudarytas individualus kosmetinės priežiūros procedūrų namuose planas. Taip pat buvo suteikta visa informacija apie tyrimą bei jo tikslą. Abi tiriamosios pasirašė tiriamojo asmens sutikimo formą, jog sutinka dalyvauti tyrime, bei leidžia publikuoti jų nuotraukas. Norint išsaugoti tiriamųjų anonimiškumą, joms suteikti kodai: tiriamoji A ir tiriamoji B.

Tiriamosios A charakteristika – 43 metų amžiaus moteris. Tiriamoji laikosi subalansuotos mitybos režimo, neturi žalingų įpročių, nevartoja jokių vaistinių preparatų. Niekada nenaudojo jokių balinančių kosmetinių produktų. Šiuo metu turi problemų su skydliauke, anksčiau turėjo kiaušidžių funkcijų sutrikimų. Dirba darbą, kuriame yra naktinės pamainos, bendravimas su įvairiais žmonėmis telefono linija, greita reakcija, įvairių stresinių situacijų sprendimas, išklausymas žmonių nepasitenkinimo sukelia daug streso. Pigmentinės dėmės žandų srityse atsirado panašiai prieš 10 metų.

Tiriamosios B charakteristika – 41 metų amžiaus moteris. Tiriamoji laikosi subalansuotos mitybos režimo, neturi žalingų įpročių, nevartoja jokių vaistinių preparatų. Niekada nenaudojo balinančių kosmetinių produktų. Turi pastovų darbą, kuris nereikalauja fizinės jėgos. Bendrauja su įvairiausiais žmonėmis telefono linija, bet mažai tikėtinas didžiulis stresas. Taip pat turi problemų su skydliauke. Pigmentinė dėmė ant kairiojo skruosto ties ausies viduriu atsirado panašiai prieš 5 metus. Tiriamoji mėgsta pasimėgauti saulės teikiamais malonumais nepasinaudojusi apsauginėmis priemonėmis nuo saulės.

Tyrimo rezultatai

Tiriamosioms A ir B buvo atlikta po 10 veido priežiūros procedūrų su kosmetiniais produktais turinčiais skirtingų balinamųjų veiklių medžiagų. Tiriamajai A buvo naudojami kosmetiniai produktai su arbutinu, o tiriamajai B – su vitaminu C. Kiekvienai moteriai procedūros buvo atliekamos kas savaitę. Nuo vienos procedūros iki kitos abi tiriamosios namuose naudojo veido serumą su veikliosiomis medžiagomis: A tiriamoji su arbutinu, B tiriamoji su vitaminu C. Tyrimas buvo atliekamas pavasarį, kada saulės aktyvumas po truputį didėja. Kad užkirsti kelią kasmetiniam veido odos pigmentacijos didėjimui ir atliktam tyrimo tikslumui užtikrinti abiems tirimosioms buvo paskirtas naudoti veido odos kremas su dideliu apsauginiu filtru (SPF-50).

Tiriamosios A atvejis. Atlikus veido odos demakiažą buvo atlikta vizualinė ir manualinė veido odos diagnostika. Atlikus vizualinę odos diagnostiką, nustatyta, kad tai normali atoniška oda, nes oda yra vidutinio storio, odos poros vos matomos ir švarios, riebalinių liaukų sekretas normalus, pasireiškia švelnus blizgėjimas visame veido odos plote. Dėl biologinio senėjimo matomas

sumažėjęs raumenų tonusas. Vizualiai matomi veido odos pokyčiai dėl gravitacijos, kadangi pagal vertikalias veido odos klostes oda gleimba ir veidas netenka taisyklingo ovalo. Tiriant veido odos būklę manualiniu būdu nustatyta, kad elastingumas yra silpnas. Atlikus kompresijos rotacijos testą nustatytas silpnas odos tonusas, nes paspaudus, oda ilgai negrįžo į pradinę padėtį ir susidarė raukšlelių tinklas. Atliktas klostės testas parodė kad odos turgoras taip pat silpnas, o atlikus dermografizmo testą odos jautrumas nepasireiškė. Veido odos kosmetinės problemos buvo labai aiškiai matomos: pirmiausia, tai atsiradusios raukšlės aplink akis, gilėjanti nosies – lūpų klostė, bei šalia jos dar atsiradusios smulkios raukšlės; pakitusi veido odos spalva, lokalizuotomis vietomis įgavusi gelsvai rudą atspalvį aplink akis, lūpas; didelis apgamų skaičius išsidėstęs visame veido plote ir melazma žandų srityse.

1 paveiksle galima aiškiai matyti melazmos išsidėstymą žandų srityse. Tai dažniausiai sutinkama pigmentinių dėmių lokalizacijos vieta (centrinė).



1 pav. Tiriamoji A prieš procedūrų kursą

Tai tipinė melazma, kadangi išsidėstymas yra dvipusiškai simetriškas. Dėmės yra netaisyklingos formos, didelės, turinčios nelygius kraštus. Melazmos yra epidermalinės, kadangi turi aiškias ribas ir nedominuoja skirtingi atspalviai. Dėmės yra tamsiai rudos spalvos ir plečiasi. Kaip pati tiriamoji A teigė, pavasarį dėmės pradeda ryškėti.

Šiai tiriamajai buvo taikytos procedūros su arbutino serumu ir naudotas balinantis apsauginis kremas SPF 50. Po penktos veido procedūros vizualiai buvo galima pamatyti, kad melazmų kontūrai pastebimai sušvelnėjo. Dėmių plitimas buvo sustabdytas, bei matomas plintančių vietų pašviesėjimas. Iš tamsiai rudos spalvos, dėmės pasikeitė į kakavinę spalvą. Pakitusi veido odos spalva, lokalizuotomis vietomis įgavusi gelsvai rudą atspalvį aplink akis įgavo sveiką spalvą, tapo daug šviesesnė bei skaistesnė. Tiriant veido odos būklę manualiniu būdu, nustatyta, kad veido elastingumas žymiai pagerėjo, oda tapo minkštesnė bei elastingesnė. Atlikus kompresijos rotacijos testą nustatytas geresnis odos tonusas, negu buvo prieš 5 procedūras. Klientės oda buvo apsaugota nuo UV saulės spindulių sukeliamos žalos. Raukšlelių gylis aplink akis, ties lūpų klostę pakito, jos tapo nebe tokios pastebimos. Nušveitus negyvas odos ląsteles, į odą geriau prasiskverbė kaukėje ir serume esanti veiklioji medžiaga arbutinas. Klientė taip pat laikėsi po pirmos procedūros nurodytų rekomendacijų. Gėrė daugiau vandens, kiekvieną rytą tepėsi jai paskirtu apsauginiu kremu SPF 50, bei dėmėms skirtu arbutino serumu.

Baigus visą 10 procedūrų ciklą, melazmų kontūrai dar akivaizdžiau sušvelnėjo. Kaip matoma 2 paveiksle D nuotraukoje, dėmės plitimas sustabdytas, bei matomas plintančių vietų pašviesėjimas. Kai kurie dėmės ploteliai vos įžiūrimi, o kai kurie dėmės kraštai tapo dar labiau „iškandžioti“, kas byloja, kad arbutinas sustabdė melogenezės procesą, bei yra veikiamas jau įsisenėjęs melaninas. Odos atsinaujinimo procesas vyko sklandžiai, ko pasekoje šviesėjo melazmos dėmės. Abiejų dėmių spalva pasidarė žymiai blankesnė. Iš tamsiai rudos spalvos, dėmės pasikeitė į šviesiai kakavinę spalvą. Kalbant apie visą veido odos spalvą, oda įgavo sveiką, gaivią, rausvą spalvą. Oda nebeatrodo pažeista hiperpigmentacijos proceso išskyrus apie tai bylojančias melazmos dėmes, kurios pašviesėjo. Po 10 procedūrų veido elastingumas iš silpno tapo pakankamu, oda tapo minkštesnė ir elastingesnė. Atlikus kompresijos rotacijos testą nustatytas geras odos tonusas.

Raukšlelių gylis aplink akis, ties lūpų klose visiškai pakito, tapo mažiau matomos. Kai kurios smulkios raukšlėlės aplink akis visai išnyko.



2 pav. Tiriamoji A po 10 procedūrų su arbutinu

Tiriamosios B atvejis. Atlikus vizualinę odos diagnostiką, nustatyta, kad tai mišri oda, kadangi oda yra vidutinio storio, papilkėjusi, vidutinio dydžio odos poros matomos tik T zonoje, jos užsikimšusios, kitose veido odos zonose poros smulkios. Riebalinių liaukų sekretas tirštas, matomas blizgėjimas T zonoje. Tiriant veido odos būklę manualiniu būdu, nustatyta, kad elastingumas yra nepakankamas. Atlikus kompresijos roatacijos testą, nustatytas silpnas tonusas, kadangi paspaudus ir pasukus pirštą oda ilgai negrįžo į pradinę padėtį ir susidarė raukšlelių tinklas. Klostės testas parodė kad odos turgoras nepakankamas, o atlikus dermografizmo testą odos jautrumas nepasireiškė. Akivaizdžiai matomos raukšlėlės aplink akis, pakitusi veido odos spalva, patamsėję paakiai.

3 paveiksle – matome melazmos išsidėstymą skruosto plote ties skruostikauliu. Dėmė yra netaisyklingos formos, ganėtinai išplitusi, įžiūrimi nelygūs kraštai. Dėmė atrodo tarsi iškandžiota. Tai mišraus tipo melazma, kadangi ji neturi aiškių ribų, o dominuojantys atspalviai yra skirtingi. Ši melazma plotais ryškesnė, plotais blankesnė. Kaip pati tiriamoji B teigė, pavasarį dėmė pradeda ryškėti.



3 pav. Tiriamoji B prieš procedūrų kursą

Šiai tiriamajai buvo taikytos procedūros su vitamino C serumu ir naudotas balinantis apsauginis kremas SPF 50. Atlikus vizualinę odos diagnostiką po penktos veido procedūros, pastebėta kad melazmos kontūrai minimaliai sušvelnėjo. Melazmos dėmė pašviesėjo vienu tonu. Iš tamsios kakavinės spalvos dėmė pasikeitė į šviesesnę kakavinę spalvą. Manualiniu būdu tiriant veido odos būklę prieš procedūras buvo nustatyta, kad elastingumas yra silpnas. Po 5 procedūrų kurso veido elastingumas žymiai pagerėjo. Galima teigti, kad tai pasireiškė dėl to, kad vitaminas C skatina elastino sintezę. Taip pat prieš procedūras buvo nustatyta, kad tiriamosios B odos tonusas silpnas. Atlikus kompresijos roatacijos testą po 5 procedūrų su vitaminu C, nustatyta kad odos tonusas taip pat pagerėjęs. Papilkėjusi veido oda įgavo sveiką spalvą, tapo rausvesnė, gyvybingesnė bei skaistesnė, kadangi vitaminas C skatina odos atsinaujinimo procesus.

Tiriamajai po 10 savaičių vitamino C serumo bei balinančio apsauginio kremo SPF 50 naudojimo, bei po dešimtos veido procedūros, atlikus vizualinę veido odos diagnostiką, buvo nustatyta, kad melazmos kontūrai ženkliai pasikeitė (žr. 4 pav.).

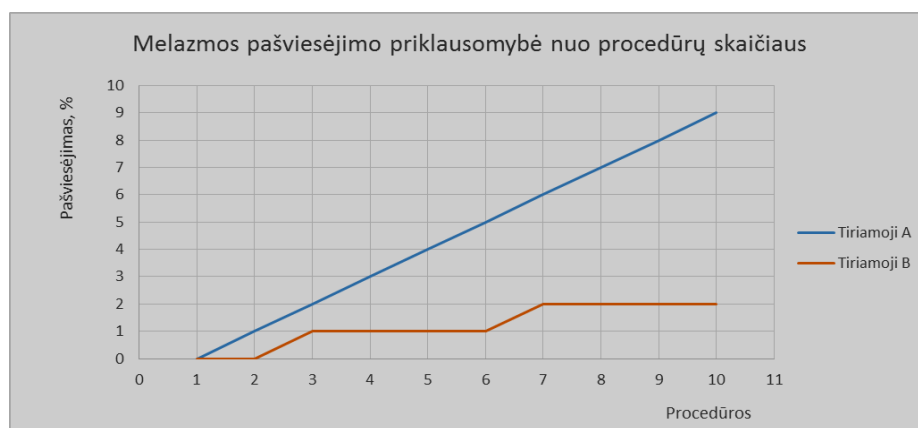


4 pav. Tiriamoji B po 10 procedūrų su vitaminu C

Po procedūrų kurso dėmės atrodo nebe tokia ryški. Nebesimato spalvos nelygumo tonų. Kalbant apie visą veido odos spalvą, oda įgavo sveiką, gaivią, rausvą spalvą. Oda nebeatrodo pilka bei negyvybinga. Po 10 procedūrų veido elastingumas atsitatė: iš silpno tapo geru, oda tapo minkšta bei elastinga. Odos tonusas pasikeitė: iš silpno tapo geru. Klientės oda buvo apsaugota nuo UV saulės spindulių sukeltos žalos. Kai kurios raukšlėlės aplink akis tapo nebepastebimos.

Tyrimo rezultatų apibendrinimas

Siekiant įvertinti arbutino ir vitamino C veiksmingumo hiperpigmentuotai veido odai rezultatų efektyvumą, sudaryta tiriamųjų A ir B melazmos pokyčių skalė. Duomenys buvo fiksuojami po kiekvienos procedūros (iš viso 10 procedūrų). Melazmos šviesėjimą nusako procentai. Tiriamajai A (mėlyna kreivė) buvo atliekamos procedūros su arbutinu, o Tiriamajai B (oranžinė kreivė) – procedūros su vitaminu C (žr. 5 pav.).



5 pav. Tiriamųjų melazmos pokyčių skalė

Skirtingi melazmos pokyčių rezultatai parodo, kuri viena iš dviejų biologiškai aktyvių medžiagų reikalauja ilgesnio jos naudojimo, kad pasimatytų akivaizdūs pokyčiai. Melazmos pokyčiai procentais buvo nustatomi vizualiai, kadangi dėmės yra ganėtinai ryškios. Arbutinas patvirtino savo ganėtinai aukštą užimamą vietą depigmentinių agentų sąraše. Arbutino procedūrų efektyvumas pasireiškė jau po pirmos procedūros. Buvo matomas tiek melazmos tiek visos veido odos prašviesėjimas. Dėmės šviesėjimas prasidėjo jau po pirmos procedūros ir su kiekviena procedūra pokytis buvo vis ryškesnis. Tai parodo ir kylanti melazmos pokyčių skalė. Ryškiausias melazmos prašviesėjimo efektas buvo pasiektas iki 9%. Kadangi atliekant arbutino procedūras

efektas matėsi ryškesnis, galima teigti, kad ir toliau tęsiant arbutino procedūrų kursą, galima pasiekti maksimalaus rezultato – padaryti pigmentinę dėmę (šiuo atveju melazmą) kuo blankesnę. Arbutinas ne tik pašviesino melazmą, bet ir sustabdė tolimesnį jos plitimą. Tiksliausi rezultatai matomi pavasarį, kada UV saulės spinduliai tampa vis aktyvesni ir stimuliuoja melanogenezės procesą. Naudojamos priemonės buvo efektyvios ir apsauginis veido odos kremas su SPF 50 patvirtino savo kokybę, kadangi dėmės ne tik neplito, bet ir veido oda išliko tokia skaisti, šviesi ir tolygi net ir praleidžiant nemažai laiko lauke.

Vitaminas C taip pat turėjo įtakos veido odos šviesinime. Tiriamoji B skundėsi veido odos papildėjimu, kitaip tariant negyvybingumu. Šiuo atveju vitaminas C kuo puikiau išsprendė šią problemą – veido oda tapo skaistesnė, šviesesnė. Kadangi klientės pagrindinė veido odos problema buvo ant skruostų esanti mišraus tipo melazmą, tad visas dėmesys procedūros kurso atlikimo eigoje buvo skiriamas šiai dėmei. Atlikus dvi procedūras dėmės pokyčių nepastebėta, todėl skalėje galime matyti kreivės pakilimą tik po trečios procedūros - melazma pašviesėjo apie 1%. Pokytis išryškėjo tik po septintos procedūros. Ryškesnio melazmos pašviesėjimo rezultatai yra 2%. Tęsiant toliau procedūrų kursą su vitaminu C didesnių melazmos pokyčių nenustatyta. Galima teigti, kad taip nutiko todėl, kad mišraus tipo melazmą yra sunkiau paveikti.

1 lentelėje pateikiame veido odos bendrus pokyčius po 10 procedūrų tiriamajai A ir tiriamajai B.

1 lentelė. Veido odos pokyčiai po 10 procedūrų su arbutinu ir vitaminu C

Kosmetinės problemos		Melazmos dydis	Melazmos spalva	Veido odos spalva	Raukšlėlės	Elastingumas	Tonusas
Tiriamoji A	Pakito (proc.)	4%	9%	20%	20%	100%	100%
Tiriamoji B	Pakito (proc.)	1 %	2 %	10%	10%	100%	100%

Abiejų biologiškai aktyvių medžiagų teigiamas poveikis veido odai yra akivaizdžiai matomas. Pokyčiai vertinti procentaliai, vizualiai įvertinant veido odą po 10 procedūrų kurso. 100 procentų pokytis buvo pasiektas tik veido odos elastingumui bei tonusui tiek po arbutino, tiek po vitamino C procedūrų kurso. Melazmos spalvos bei melazmos dydžio pokyčiai ryškiausiai matėsi po arbutino procedūrų. Vitaminas C veiksmingumas silpnesnis veido odos spalvos šviesinime bei raukšlelių mažinime.

Išvados

1. Iširtos arbutino savybės bei panaudojimas melazmos sukeltų problemų sprendime leidžia manyti, kad tai stipraus poveikio depigmentinis agentas, slopinantis melanino sintezės procesą, dar vadinamas vienu iš efektyvių odos balintojų. Tiriamajai A buvo matomas ne tik visos veido odos pašviesėjimas, bet ir melazmos dėmės stiprus pasikeitimas. Šviesėjimo efektas pradėjo matytis jau po pirmos procedūros ir su kiekviena procedūra buvo matomas vis ryškesnis pokytis.
2. Iširtos vitamino C savybės bei panaudojimas melazmos problemų sprendime, leidžia manyti, kad tai puikus odos šviesintojas bei pigmentinių dėmių slopintojas, balinantis šlakus ir pigmentines dėmes. Taigi, vitaminas C patvirtino puikias odos šviesinimo galimybes, bet konkrečiu atveju nepatvirtino greito vienos iš pigmentinių dėmių (melazmos) balinimo efekto. Mišraus tipo melazmą nežymiai pašviesėjo dviem tonais tik po 7 procedūrų.
3. Įvertinusi arbutino ir vitamino C veiksmingumo veido odos melazmai rezultatus, galima teigti, kad arbutinas, kaip depigmentinis agentas yra veiksmingesnis, negu vitaminas C. Abi biologiškai aktyvios medžiagos pašviesino bei atjaunino veido odą, bet arbutinas labiau paveikė melazmą.

Literatūra

1. Baumann, L., Saghari, S., Weisberg, E. (2009). Skin Pigmentation and pigmentation disorders; Melasma; Vitamin C; Arbutin. *Cosmetic dermatology: principles and practice*. New York, p. 98 – 101; 102 – 104; 297 – 299; 280.
2. Beloglavkienė, U. (2013). *Vitaminas C. Kosmetologijos pradmenys*. Vilnius, p. 162.
3. Christophe, Dr. (2012). Hyperpigmentation and Melasma: Facts and Psychological factors. Gauta iš http://www.globale-dermatologie.com/en/hyperpigmentation-et-le-melasma-des-faits-et-des-facteurs-psychologiques.html#.VUtrKfk5_IX
4. Čejauskas, A. (2013). Aha – vaisinės rūgštys. *Kosmetika*; lapkritis/gruodis: 16 – 21.
5. Hovard, D. (2005). Hiperpigmentacijos gydymo naujovės. *Les Nouvelless Esthetiques Lietuva*; (11)1: 50 – 53.
6. Imberas, D. (2014). Antioksidantai, laisvieji radikalai ir odos priežiūra. *Les Nouveless Esthetiques Lietuva*; 64: 32 - 33.
7. Jančiulytė, J. (2002). *Vitaminas C. Salonas*; 3: 30 - 31.
8. Kazlauskė, J., Liesienė, J. (2012). Vitaminas C. *Natūralios žaliavos ir bioaktyvūs priedai kosmetikoje*. Kaunas, p. 78 – 79.
9. Марголина, А., Эрнандес, Е. (2012). *Гидрохинон и арбутин; Арбутин; Аскорбиновая кислота; Мелазма. Новая косметология. Основы современной косметологии*. Москва, p. 249 – 250; 244; 251 – 252; 255.
10. Marta. (2013). Bearberry and skin lightening Alpha Arbutin. Gauta iš <https://www.truthinaging.com/review/what-is-it-alpha-arbutin>
11. Николаевич, А., Родионов, А. Н. (2012). *Цвет кожи; Мелазма. Дерматокосметология: поражения кожи лица и слизистых : диагностика, лечение, профилактика*. Санкт-Петербург, p. 254 – 257; 263 - 264.
12. Paglyzas, P.T. (2010). Vitaminas C odos priežiūrai. *Les Nouvelless Esthetiques Lietuva*; 41: 54 – 58.
13. Puidokas, A. (2003). *Vitaminas C. Liaudies medicina*. Vilnius, p. 504 – 505.
14. Sandberg, S. (2013). Alpha - Arbutin – is it a safe alternative to hydroquinone? Gauta iš <http://trymeladermcream.com/alpha-arbutin-safe-alternative/>
15. Springer, P. (2013). Odos senėjimas pasaulio mastu. *Les Nouvelless Esthetiques Lietuva*; 5(61): 44 – 46.
16. Šachri, A. (2013). Vitaminas C kosmetikoje. *Grožio ekspertai*; lapkritis: 22 - 23.
17. Todokoro, T., Bronte, F. (2014). Kaip išsaugoti odos spindėjimą. *Les Nouvelless Esthetiques Lietuva*; 67: 88 – 90.
18. Vasiliauskiene, D., Vasiliauskas, J., Vasiliauskas, A. (2011). *Vitaminas C. Ilgo gyvenimo paslaptys*. Vilnius, p. 466 – 469.
19. Whiter skin safe & effective skin lightening. Gauta iš <http://www.whiter skin.info/list-of-commercial-skin-lightening-skin-whitening-ingredients/>

Summary

Over time, each human on his face observe changes and one of those changes is - dark spots, known as melasma. Melasma is a chronic skin disorder of melanogenesis, which manifests itself in a wide range of spots. Often melasma to stand out against a background to activated sunlight, taking of contraception, and noted that more frequent in women with darker skin type. The amount of cosmetic agents for hyper pigmented skin is increasing and more attention are given to their effectiveness. In the article discusses about the biologically active substances: effectiveness of arbutin and vitamin C for melasma of face skin. Case study was carried out in the research. The results showed that arbutin and vitamin C is an effective of the face skin lightens at melasma, but effective depigmenting agent is arbutin. Both biologically active material to lighten and rejuvenated skin, but arbutin more affected by melasma.

Keywords. arbutin, hyperpigmentation, melasma, vitamin C.

Jolanta Prakapavičienė
Utenos kolegija, Lietuva.
jolantaprak@gmail.com

VAIKŲ DANTŲ GYDYMO BAIMĖ IR JĄ LEMIANTYS VEIKSNIAI

CHILDREN'S TEETH TREATMENT FEAR AND DETERMINING FACTORS

Justina Pukaitė
Utenos kolegija

Santrauka

54

Lietuvoje ir užsienyje dantų ligos yra gana plačiai paplitusios tiek tarp vaikų, tiek suaugusiųjų, nors odontologijos mokslui sparčiai žengiant į priekį būtų galima prastus rodiklius sumažinti ar visai to išvengti, kai kurie pacientai nesilanko pas gydytoją odontologą.

Svarbus veiksnys, lemiantis didelį dantų ligų paplitimą, yra dantų gydymo baimė. Atliktų tyrimų duomenimis nustatyta, kad ji gali būti siejama ir su retais apsilankymais, ir su nepasitikėjimu gydytoju odontologu. Dantų gydymo baimė gali pasireikšti įvairiame vaikų amžiuje ir gali būti įgyta tiesiogiai, kai pats vaikas patiria skausmingą dantų gydymą arba netiesiogiai, kai apie skausmą sužino iš kitų, bet pats jo nėra patyręs.

Šiame straipsnyje aprašyto tyrimo **tikslas** – išanalizuoti dantų gydymo baimės paplitimą tarp šeštų ir dešimtų klasių moksleivių, kurie mokėsi Anykščių A. Baranausko pagrindinėje mokykloje.

Buvo atlikta anketinė A. Baranausko 6 ir 10 klasių moksleivių apklausa, kurioje dalyvavo 98 moksleiviai.

Tyrimo rezultatai parodė, kad dantų gydymo baimę jautė didžioji dalis tyrime dalyvavusių Anykščių A. Baranausko pagrindinės mokyklos moksleivių- 84% šeštų ir 81% dešimtų klasių mokinių. Palyginus dantų gydymo baimės paplitimą tarp šeštų ir dešimtų klasių moksleivių, nustatytos sąsajos tarp dantų gydymo baimės ir pasitikėjimo gydytoju odontologu bei tarp dantų gydymo baimės pasireiškimo ir apsilankymų pas odontologą dažnumo.

Raktažodžiai: dantų gydymo baimė; gydytojo įtaka baimei susiformuoti.

Išvadas

Lietuvoje dėl dantų gydymo baimės pacientai pas gydytoją odontologą apsilanko labai retai- 21,2% 15 metų moksleivių atvyksta rečiau negu kartą per metus, o 34,6% šio amžiaus moksleivių atvyksta tik tada, kai skauda dantį [4]. Račienės [24] atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad dantų gydymo bijojo kas antras tyrime dalyvavęs moksleivis. Baimė gali būti dėl turėtos paties vaiko skausmingos patirties, nes galimybė bijoti gydymo padidėja 3,4 karto, jei vaikas yra patyręs nemalonius išgyvenimus dantų gydymo metu [24]. Taip pat dantų gydymo baimė gali būti įgyta netiesiogiai – po vaikai artimų žmonių patirto skausmingo gydymo, apie kurį prie jo kalbėta, taip pat susijusių neigiamų situacijų vaizdavimo televizijos laidose, žurnaluose, internete ir pan. [27, 30].

Tiek baimę jaučiantys vyresni, tiek jaunesni vaikai gali bandyti atidėti ar visai išvengti procedūrų, o to pasekoje blogėja jų sveikatos būklė – septynerių metų vaikams jau būna sugedęs kas penktas dantis, o penkiolikos metų vaikams jau būna sugedęs kas ketvirtas nuolatinis dantis [4].

Baimės paplitimą gali lemti amžius ir lytis [18, 24]. 4% apklaustų gydytojų iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio negydo vaikų - tiek dėl gydymo kainos, kuri tėvams kartais atrodo per didelė, tiek dėl sugaišto laiko kalbinant bijantį vaiką leisti atlikti procedūras [20]. Vienas pirmų žingsnių, padedančių išvengti šio užburto rato, - pasitikėjimas gydančiu odontologu. Nustatyta, kad pasitikintys pacientai yra linkę konsultuotis, tęsti gydymą bei vykdyti gydytojo nurodymus [1].

Lietuvoje nėra daug atliktų tyrimų dantų gydymo baimės tema. Reikšmingiausi tyrimai atlikti Brukniënės [5], kuri nagrinėjo nerimo, jaučiamo dėl dantų gydymo, sąsajas su paauglių dantų gydymo reikmėmis ir Račienės [24], ištyrusios dantų gydymo baimės paplitimą ir su juo susijusius socialinius bei psichologinius veiksnius.

Šiame straipsnyje aprašyto tyrimo **tikslas** – išanalizuoti dantų gydymo baimės paplitimą tarp šeštų ir dešimtų klasių moksleivių, kurie mokėsi Anykščių A.Baranausko pagrindinėje mokykloje.

Dantų gydymo baimė

Vaikų dantų gydymo baimės samprata. Baimė – tai individo emocinis atsakas į suvokiamą grėsmę ar pavojų. Atsižvelgiant į jos intensyvumą, galima išskirti keletą terminų:

- baimė – tai emocija, kylanti biologiniam ar socialiniam individo gyvavimui pavojingose situacijose, susijusi su tikru ar įsivaizduojamu pavojaus šaltiniu.
- nerimas – žmogaus emocinė būseną- neapibrėžtas grėsmės jausmas, kylantis dėl realaus ar įsivaizduojamo pavojaus. Nuo baimės, kaip reakcijos į konkretų pavojų, skiriasi pavojaus nekonkretybė, grėsmės difuziškumu.
- fobija – įkyri baimės būseną, apimanti žmogų tam tikrose situacijose ir sukelianti vegetacinius sutrikimus (stipresnį širdies plakimą, prakaitavimą ir pan.).

Literatūros šaltiniuose dantų gydymo baimė apibūdinama kaip normali reakcija į naujas, potencialiai grėsmingas situacijas ar tokias, su kuriomis vaikas jau turėjo nemalonių potyrių praeityje. Atliktų tyrimų duomenimis dantų gydymo baimė apibūdinama kaip nespecifinė, turinti ryšį su bendru vaiko baimingumu bei tokiomis vaiko savybėmis kaip impulsyvumas, drovumas, aktyvumas ir kt. [30, 32]. Baimė reiškiasi įvairiai, bet ji visada lydimą įtampos, susijaudinimo, neharmoningo proto ir valios [19].

Vaikų amžiaus ypatybės, turinčios įtakos baimės formavimuisi. Sužinojęs vaiko amžių, odontologas turi įvertinti fizinį, intelektualinį išsivystymą, socializacijos laipsnį, kalbos ypatumus [6]. 0 – 2 metų vaiko pasaulio pažinimas vyksta per jutimus ir judesius [21]. Nuo mažens vaikai turi įvairių baimių: aukščio, skausmo, didelių daiktų, nepažįstamų žmonių. Pagal Piaget teoriją, 6-8 mėnesių vaikas turi susikūręs tam tikrą motinos įvaizdį, kurį sudaro malonaus ir komfortiško potyrio elementai [32].

Vaikas bijo ne tiek svetimo asmens, kiek galimybes, kad nepažįstamasis jį atskirs nuo motinos. Dvejų metų vaikas mąsto simboliškai, egocentiškai. Šio amžiaus vaiko kalba skurdi, todėl vien žodinio paaiškinimo nesupranta. Vaikai vis dar bijo būti atskirti nuo tėvų, todėl vaiko atskyrimas odontologo kabinete paprastai sukelia audringą reakciją. Dvejų – trijų metų vaikai nėra psichologiškai subrendę tiek, kad galėtų priimti odontologines procedūras. Protiškai neįgalūs vaikai šioje stadijoje gali likti neribotą laiką [9]. 2 – 4 metų, palyginus su jaunesniu amžiumi, vaikai mažiau bijo stiprių garsų, kritimo, staigių judesių ir nepažįstamų žmonių. Tačiau šio amžiaus vaikų baimės labai dažnai susijusios su įsivaizduotomis, fantazijos sukurtomis būtybėmis [32]. Balansuojama ant ribos tarp vaikiško pasaulio suvokimo ir realaus požiūrio į reiškinis [21].

Penkiametėiai noriai bendrauja, dalyvauja kolektyvo veikloje. Šiame amžiuje vaikai jau gali vieni pasilikti odontologo kabinete [9]. Jiems būdinga kurti sudėtingas svajones, vizijas, turėti įsivaizduojamų draugų ar priešų [32].

6 – 12 metų pacientas jau mąsto logiškai, tačiau tik konkrečius dalykus. Abstraktūs dalykai dar nesuvokiami. Šiuo laikotarpiu vaikas visiškai pajėgus suvokti, kodėl ir kas jam bus daroma, todėl geba nugalėti baimę [9].

13 – 17 metų paaugliai suvokia abstrakčius dalykus, geba spręsti sudėtingas problemas. Šiuo laikotarpiu formuojasi higienos ir gyvensenos įgūdžiai, dažniausiai išliekantys visą gyvenimą. Paaugliai dažnai pervertina naujus sugebėjimus ir yra linkę manyti, kad niekas taip gerai ir giliai nesupranta pasaulyje vykstančių procesų kaip jie. Paaugliams ypač didelę įtaką turi draugų nuomonė ir požiūris [17].

Dantų gydymo baimės paplitimas. Vaikui augant, baimė darosi specifiskesnė ir yra susijusi su jau turėta dantų gydymo patirtimi [19, 27, 11]. 49% moksleivių, dalyvavusių Jordanijoje atliktame tyrime, nurodė jaučiantys didelę baimę [13]. Tyrimų, kuriuose lyginami skirtingo amžiaus grupių vaikai, duomenimis, dantų gydymo baimės paplitimas didesnis jaunesnio amžiaus vaikų grupėse. Pavyzdžiui, Lietuvoje atliktų tyrimų duomenimis, dantų gydymo baimę jautė 21,2% penkiolikmečių ir 13,3% aštuoniolikmečių [5]. Račienės [24] atlikto tyrimo duomenimis, dantų gydymo bijojo 64,2% dvylikamečių, 51,2% trylikamečių, 45,9% keturiolikmečių ir 44% penkiolikos metų moksleivių. Lyginant pagal lytį, mergaitės patiria daugiau baimių nei berniukai ir dažniau bijo laukdamos dantų gydymo [24, 18]. Mergaitėms patekti į bijančių dantų gydymo grupę yra 1,6 karto didesnis nei berniukams [24].

Baimės susiformavimas ir su tuo susiję veiksniai. *Tiesioginis ir netiesioginis dantų gydymo baimės formavimasis.* Dantų gydymo baimė atsiranda vaikystėje (51% atvejų) arba paauglystėje (22% atvejų) [14]. Wolpe pateikia duomenis, kad du trečdaliai baimių yra įgyjama per tiesioginę patirtį, likusi dalis netiesiogiai – mokantis iš aplinkos [25, 29]. Lyginant 12 ir 15 metų vaikus – vyresnių baimė yra specifiskesnė ir susijusi su jau turėta dantų gydymo patirtimi [27]. Vaikai, turintys neskausmingos gydymo patirties, bijo mažiau [18]. Tikimybė, kad vaikas bijos dantų gydymo, jei jam atlikta skausminga procedūra, padidėja 3,4 karto [24].

Winer dantų gydymo baimę labiau linkęs sieti ne su tiesioginėmis odontologinėmis procedūromis, o su vidinių pavojų baimė [30, 7, 26]. Baimėms išsivystyti turi reikšmės šeimos santykiai, socialinė aplinka, genetiniai veiksniai, vaiko temperamentas [32].

Dantų gydymo baimė gali atsirasti bendraujant su individu, turinčiu neigiamą dantų gydymo patirtį ar perimti iš kitų šeimos narių [10, 26, 13]. 23,1% dantų gydymo bijantys moksleiviai nurodė, kad jų broliai, seserys taip pat bijo dantų gydymo [24]. Dantų gydymo bijantys tėvai dažnai savo baimes perduoda savo vaikams. Didžiausią įtaką vaikui, ypač iki 4 metų amžiaus, turi motinos baimės [13]. Dantų gydymo baimė taip pat siejama su asmeninėmis savybėmis – nervingumu, priešišku nusiteikimu bei nepasitenkinimu, taip pat perdėtu emocionalumu, drovumu [15, 12, 30].

Locker nustatė, kad 83,8% bijančių gydytis dantis pacientų turi psichologinių problemų [14]. Ištirta, kad į nusikaltimus linkstančios paauglės labiau bijo dantų gydymo procedūrų nei ramios, aukštesnio intelekto vaikai mažiau bijo dantų gydymo ir labiau kontroliuoja savo negatyvų elgesį, o jautrūs ir nervingi vaikai 7 kartus labiau linkę jausti dantų gydymo baimę, lyginant su vaikais, kurie į stresines situacijas reaguoja ramiau [15]. Vienturčiai vaikai taip pat bijo labiau [19].

Apsilankymo įtaka dantų baimės formavimuisi. Pirmasis apsilankymas yra svarbus veiksnys baimei išsivystyti arba jos išvengti, taip pat jo metu galima numatyti, ar vaikas bus baimingas gydymo procedūroms ateityje [25]. Rekomenduojama, kad pirmas vizitas būtų profilaktinis [8]. Baimė mažėja palaipsniui su kiekvienu apsilankymu, o svarbiausi pasiekimai kovoje su dantų gydymo baime įvyksta 1-2-ojo vizitų metu. Po kiekvieno neskausmingo vizito vaikas jaučia vis mažesnę gydymo baimę [7, 25]. Baimę jaučiantys vaikai ir paaugliai gali bandyti atidėti ar visai išvengti gydymo procedūrų [8, 30].

Gydytojo įtaka baimei susiformuoti. Vienas svarbiausių asmenų, formuojantis teigiamą paciento požiūrį į dantų gydymą, yra odontologas [10]. Maloniai bendraujantys, nekategoriški gydytojai skatina vaikų bendradarbiavimą, padėrinantis gydytojo, asistento žodis ar prisilietimas mažina vaiko baimę procedūros metu, o kritika, jėgos panaudojimas laikant vaiką kėdėje per prievartą, rėkimas ant jo mažina ne tik pasitikėjimą, bet gali būti kategoriško nusistatymo prieš dantų gydymą priežastis [31, 5]. Pasitikintys odontologu pacientai grįžta tęsti gydymo bei konsultuotis, taip pat yra linkę vykdyti gydytojo nurodymus [1]. Į vaiko pojūčius dėmesį kreipiantis gydytojas padeda vaikams nusiraminti ir, pasak tyrėjų, mažina jaučiamą įtampą [23]. Vaikai, kurie su odontologu palaiko draugiškus santykius, į paskirtus vizitus reaguoja jausdami mažesnę nerimą ir geriau susitvarko su dantų gydymo baime [2]. Dantų gydymo baimė gali lemti neigiamą elgesį gydymo procedūrų metu, o tai ne tik turi įtakos neigiamiems gydymo rezultatams, bet ir sukuria

stresines situacijas gydančiam personalui bei yra dažna nesantaikos tarp gydytojų ir pacientų ar jų tėvų priežastis [22].

Tyrimo apimtis ir metodika

Anykščių A. Baranausko pagrindinėje mokykloje buvo atlikta 6 ir 10 klasių moksleivių anketinė apklausa, apsilankius pamokoje ir visiems dalyvavusiems išdalinus anketas. Moksleiviams buvo paaiškinta, kaip pildyti anketą. Tyrimui atlikti buvo gauti bioetikos centro ir Anykščių A. Baranausko pagrindinės mokyklos administracijos sutikimai. Tėvams buvo paruoštas raštiškas paaiškinimas apie būsimo tyrimo tikslus ir tyrėją. Tyrimas buvo atliekamas gavus raštiškus patvirtinimus, kad tėvai sutinka, jog jų vaikas dalyvautų anketinėje apklausoje.

Šeštą klasę lankė 62 moksleiviai, dešimtą – 65 moksleiviai. Tyrime dalyvavo 48 šeštų klasių moksleivių (atsako dažnis 100%) ir 50 dešimtų klasių moksleivių (atsako dažnis 100%). Pasikliaujant **95 % patikimumu** ($p = 0.05$), apklausai panaudoti 98 moksleivių anketų duomenys.

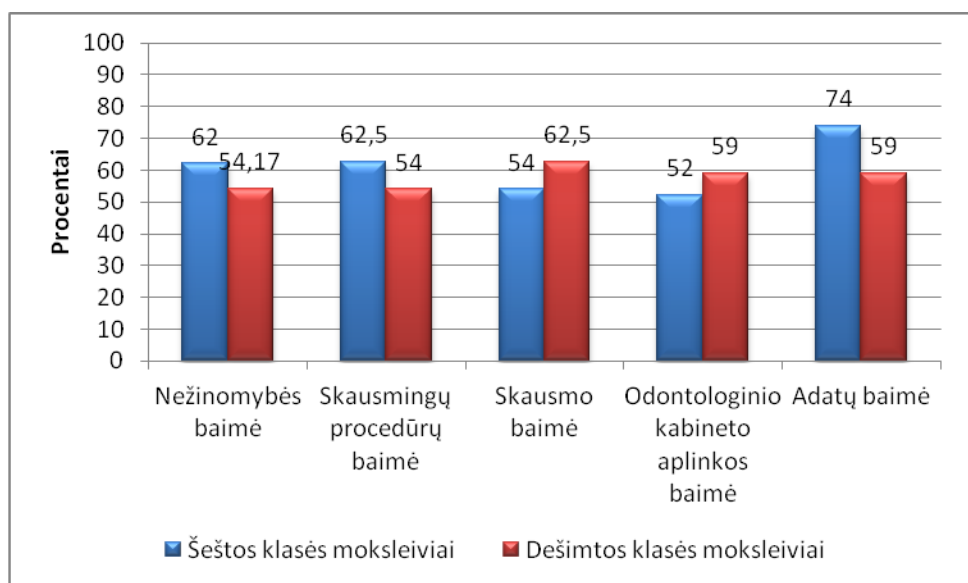
Anketą sudarė 9 klausimai. Pasirinktą atsakymo variantą moksleiviai turėjo apibraukti. Anketos pradžioje moksleivis turėjo pažymėti, kokioje klasėje mokosi ir kokios yra lyties. Anketoje pateikti klausimai, ar moksleivis bijo dantų gydymo, ar buvo patyręs skausmingų procedūrų, kaip dažnai lankėsi pas gydytoją odontologą, ar buvo girdėjęs neigiamų komentarų, susijusių su gydymu, taip pat buvo klausimų, ar dantų gydymo bijojo šeimos nariai, ar gydytojas kritikavo dėl netinkamos burnos priežiūros, ar pasitiki gydytoju odontologu, taip pat tiriamieji buvo klausiami, ko bijo, atsakymo variantuose buvo galima pažymėti kelis atsakymus.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 15.0 for Windows programą.

Tyrimo rezultatai ir aptarimas

Dantų gydymo baimės paplitimo palyginimas tarp šeštų ir dešimtų klasių moksleivių. Visi tyrime dalyvavę moksleiviai nurodė praeityje patyrę skausmingų dantų gydymo procedūrų. Į klausimą „Ar bijote dantų gydymo?“ teigiamai atsakė 84% šeštos klasės moksleivių ir 81% dešimtos klasės moksleivių. Palyginus tarpusavyje skirtingas amžiaus grupes, paaiškėjo, kad pagal atsakymų pasiskirstymą labiau bijojo šeštos klasės moksleiviai, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas negautas ($p > 0,05$). Gauti rezultatai panašūs į Araposthatis et al. tyrimo rezultatus, kurių duomenimis, negautas statistiškai reikšmingas skirtumas lyginant skirtingas tyrime dalyvavusias vaikų grupes ir skiriasi nuo Suprabha et al. gautų tyrimų rezultatų, kuriuose pateikiama, kad jaunesni – 6 metų vaikai statistiškai reikšmingai labiau bijo dantų gydymo procedūrų negu tyrime dalyvavę vyresni – 10 metų vaikai [3, 28].

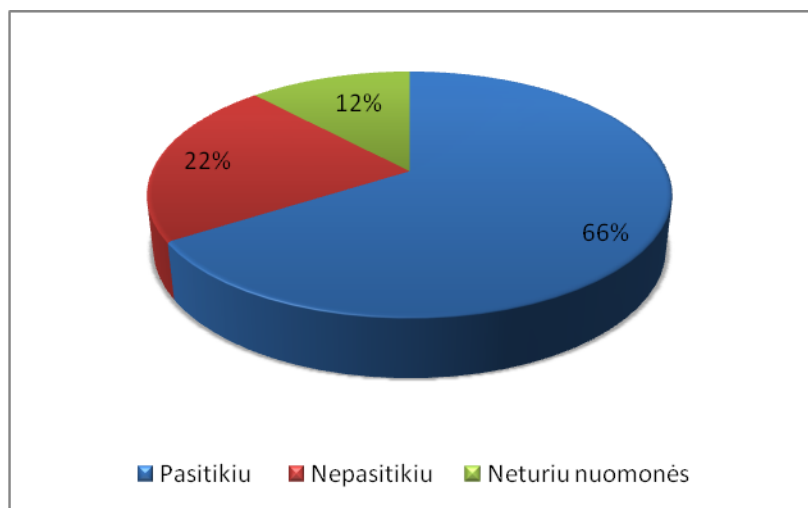
Tyrimo dalyvavę šeštos klasės moksleiviai dažniau nei dešimtos klasės moksleiviai jautė nežinomybės baimę, skausmingų procedūrų ir adatų baimę, o dešimtos klasės moksleiviai savo ruožtu dažniau jautė skausmo baimę ir odontologinio kabineto aplinkos baimę (1 pav.). Tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų negauta.



1 pav. Dantų gydymo baimės faktoriai ($p > 0,05$)

Sąsajos tarp dantų gydymo baimės ir pasitikėjimo gydytoju odontologu. Visi tyrime dalyvavę moksleiviai nurodė praeityje patyrę skausmingų dantų gydymo procedūrų. 69% moksleivių pažymėjo, kad buvo girdėję su dantų gydymu susijusių neigiamų komentarų. Daugiau nei pusė - 62% tiriamųjų nežinojo, ar šeimos nariai bijo dantų gydymo.

I klausimą „Ar pasitikite gydytoju odontologu?“ teigiamai atsakė didžioji dauguma tiriamųjų, o dešimtadalis jų neturėjo nuomonės (2 pav.).



2 pav. Pasitikėjimas gydytoju odontologu

Galima teigti, kad neigiami komentarai, šeimos narių baimės neturėjo įtakos pasitikėjimo gydytoju formavimuisi nei skirtingų amžiaus grupių, nei lyčių atveju – statistškai reikšmingas skirtumas nebuvo gautas. Moksleiviai, kurių šeimoje buvo dantų gydymo bijančių asmenų, lyginant su tais, kurie apie šeimos narių baimes nežinojo ar šeimoje nėra bijančių dantų gydymo, vienodai pasitikėjo odontologu. Murtoomaa tyrimo duomenimis, vaikai dantų gydymo baimę išmoksta iš kitų asmenų. Tuo jis paaiškino, kodėl pas odontologą niekada nebuvo vaikai bijo dantų gydymo [28]. Straipsnio autorės tyrime dalyvavę moksleiviai buvo lankęsi pas odontologą, tačiau nebuvo gauti

statistiškai reikšmingi duomenys, kuriais remiantis, galima būtų patvirtinti, kad neigiami komentarai ar bijantys šeimos nariai, galėjo lemti vaikų dantų gydymo baimę.

Į klausimą „Ar esate kritikuotas gydytojo dėl netinkamos burnos priežiūros?“ teigiamai atsakė 53,1% apklausoje dalyvavusių gydytoju pasitikinčių moksleivių, o į klausimą „Ar gydytojas kreipia dėmesį, jei pavargote?“ - teigiamai atsakė 69,2% gydytoju pasitikinčių moksleivių. Gydytojo kritika ir dėmesys procedūrų metu (leidimas sustabdyti procedūrą, pailsėti) nebuvo statistiškai reikšmingai susietas su pasitikėjimo formavimusi. Tačiau, moksleiviai labiau pasitikėjo gydytoju, kuris prieš procedūrą jam paaikškino, kas bus atliekama ($p < 0,05$). Statistiniais skaičiavimais, šis veiksnys reikšmingai susijęs su pasitikėjimo formavimusi.

Sąsajos tarp dantų gydymo baimės pasireiškimo ir apsilankymų pas odontologą dažnio. Visi tyrime dalyvavę moksleiviai buvo patyrę skausmingų gydymo procedūrų. Remiantis atliktais skaičiavimais, apsilankymo dažnumas ir vaikų turėta skausminga patirtis nėra statistiškai reikšmingai susijusi ($p > 0,05$).

Atlikto tyrimo duomenys atskleidė, kad dantų gydymo gydymo bijantys moksleiviai kiek rečiau lankosi pas gydytoją odontologą lyginant su dantų gydymo nebijančiais moksleiviais. Dažniau nei kartą per metus pas odontologą lankosi 36% gydymo bijančių ir 45% nebijančių tiriamųjų. Rečiau nei kartą atsakymo variantą pasirinko 30% dantų gydymo bijančių ir 38% nebijančių ir tik kai jaučia skausmą - 34% bijančių ir 17% nebijančių tiriamųjų. Gauti duomenys skiriasi nuo E. Nikolas et al. tyrimo, kuriame pažymima, kad skausminga patirtis lemia tolesnių vizitų dažnumą [18].

Išvados

1. Dantų gydymo baimę jautė didžioji dalis tyrime dalyvavusių moksleivių. Palyginus duomenis tarp amžiaus grupių, labiau bijojo jaunesni tiriamieji, tačiau statistiškai šie duomenys nebuvo reikšmingi.
2. Gydytoju odontologu pasitikėjo daugiau nei pusė tirtų moksleivių ir labiau pasitikėjo gydytoju odontologu, kuris prieš procedūrą paaikškino, kas bus atliekama. Nekritikuojanti gydytoją vertino palankiau nei kritikuojanti. Skausminga patirtis, neigiami atsiliepimai ir kitokia neigiama informacija, šeimos narių dantų gydymo baimė pasitikėjimui gydytoju odontologu tyrime dalyvavusiems moksleiviams statistiškai reikšmingos įtakos neturėjo.
3. Dažniau nei kartą per metus lankosi trečdalis gydymo bijančių tiriamųjų ir du ketvirtadaliai nebijančių tiriamųjų. Dantų gydymo baimę jaučiantys vaikai rečiau lankosi pas gydytoją odontologą ir kreipiasi į odontologą tik tada, kai skauda dantį, tai yra trečdalis bijančių ir penktadalis nebijančių tiriamųjų.

Literatūra

1. Albrecht, G., Hoogstraten, J. (1998). Satisfaction as a determinant of compliance. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26(2), 139-146.
2. AlSarheeda, M. (2011). Children's Perception of their Dentist. *European Journal of Dentistry*, 5(2). Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3075993/>.
3. Arapostathis, KN., Coolidge, T., Emmanouil, D., Kotsanos, N. (2008). Reliability and validity of the Greek version of the Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale. *Int J Pediatr Dent.*, 18(5), 374-9.
4. Balčiūnienė I., Pūrienė A. (1998). *Dantų ligų profilaktika*. Vilnius: Infopolis.

5. Brukienė V. (2006). Lietuvos 15-16 metų paauglių dantų būklės įvertinimas (Daktaro disertacija). Vilnius universitetas.
6. De Jongh, A., Aartman, HA., Brand, N. (2003). Trauma-related phenomena in anxious dental patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(1), 52–58.
7. Folayan, MO., Idehen, EE., Ojo, O. (2004). The modulating effect of culture on expression of dental anxiety in children: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry/the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, 14(4), 241–245.
8. Folayan, MO., Idehen, EE., Uformata, D. (2003). The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in suburban Nigerian hospital. *International Journal of Pediatric Dentistry / the British Paedodontic Society [and] the International Association of Dentistry for Children*, 13(1), 20–26.
9. *Gydytojo odontologo padėjėjo veikla: teorija ir praktika*/Sudaryt. Kaušylienė A, Čepukas R. Vilnius: Vaistų žinios, 2008.
10. *Klinikinė odontologija*/Sudaryt. Balčiūnienė I. Vilnius: Vaistų žinios, 2008.
11. Klingberg, G., Broberg, AG. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*, 17(6). Retrieved from: <http://intl-jdr.sagepub.com/content/89/3/297.full>
12. Klingberg, G., Silken, R., Noren, G. (1999). Machine learning methods applied on dental fear and behavioral management problems in children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 57(4), 207–215.
13. Lara-Sacido, A., Crego, A., Romero-Maroto, M. (2012). Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 22(5), 324–330.
14. Locker, D. (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(2), 144–151.
15. Majstorović, M., Skrinjarić, I., Glavina, D., Szirovicza, L. (2001). Factors predicting a child's dental fear. *Collegium antropologicum*, 25(2), 493–500.
16. Milgrom, P., Vignehsa, H., Weinstein, P. (1992). Adolescent dental fear and control: prevalence and theoretical implications. *Behav Res Ther*, 30(4). Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1616471>
17. Milsom, K., Tinkle, M., Humphris, M., Blinkhorn, S. (2003). The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *British Dental Journal*, 194(9). Retrieved from: <http://www.nature.com/bdj/journal/v194/n9/abs/4810070a.html>.
18. Nicolas, E., Bessadet, M., Collado, V., Carrasco, P., Rogerleroi, V., Hennequin, M. (2010). Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. *Int J. Pediatr Dent*, 20(5), 366–73.
19. Palujanskienė A, Pikūnas J. (2001). *Asmenybės vystymasis. Kelias į save*. Kaunas: Pasaulio lietuvių kultūros, mokslo ir švietimo centras.
20. Paryab, M., Hosseinbor, M. (2013). Dental anxiety and behavioral problems: A study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. *J. Indian Soc. Pedod Prey Dent.*, 31(2), 82–86.
21. Pileckaitė- Markovienė M., Nasvytienė D., Bumblytė D. (2004). *Vystymosi psichologija: vaikystė*. Vilnius: Enciklopedija.
22. Poulton, R., Waldie, KE., Thomson, WM., Locker, D. (2001). Determinants of early- vs late-onset dental fear in a longitudinal- epidemiological study. *Behav Res Ther*, 39(7). Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419609>
23. Raadal, M., Strand, GV., Amarante, EC., Kvale, G. (2002). Relationship between caries prevalence at 5 years of age and dental anxiety at 10. *Eur J Paediatr Dent*, 3(1). Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12871013>.
24. Račienė R. (2009). Moksleivių dantų gydymo baimė ir su ja susiję socialiniai bei

- psichologiniai veiksniai (Daktaro disertacija). Vilniaus universitetas.
25. Rantavuori, K., Zerman, N., Ferro, R., Lahti, S. (2002). Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta odontologica Scandinavica*, 60(5), 297-300.
 26. Rantavuori, K., Lahti, S., Hausen, H., Seppä, L., Karkkainen, S. (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand*, 62(4), 207-213.
 27. Skaret, E., Raadal, M., Berg, E., Kvale, G. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci*, 107(6). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10625100/?i=2&from=/10872986/related>
 28. Suprabha, B., Rao, A., Choudhary, S., Shenoy, R. (2011). Child dental fear and behavior: The role of environmental factors in a hospital cohort. *Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 29(2), 95-101.
 29. Taani, D., El-Qaderi, SS., Alhaija, S. (2005). Dental Anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *International Journal of Dental Hygiene*, 3(2):83-87.
 30. Winer, GA. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. Retrieved from: http://www.nhshistory.net/hospital_development.htm
 31. Zhou, Y., Kameron, E., Sorbes, G., Humphris, G. (2011). Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient Education and Counseling*, 85(1). Retrieved from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399110004763>.
 32. Žukauskienė R. (2012). *Raidos psichologija: Integruotas požiūris*. Vilnius: Margi raštai, 2012.

Summary

Both in Lithuania and abroad, dental diseases are quite common among children as well as adults; however, with rapid advances of the science of odontology poor results could be reduced or even completely avoided. Some patients do not visit a dentist at all.

An important factor that causes a great prevalence of dental diseases is fear of dental treatment. The data of the studies carried out show that it might be related both, with rare visits to the dentist and mistrust of the dentist. Fear of dental treatment in children can manifest itself at different ages and can be acquired directly, when a child experiences painful dental treatment, or indirectly, when he/she learns about pain from others, while having not experienced it themselves.

The **aim** of the research described in this article is to analyse the prevalence of the fear of dental treatment among pupils of the sixth and tenth forms that learned at Anykščiai A. Baranauskas Basic School.

A questionnaire was done among 6th and 10th-formers of A. Baranauskas School and 98 pupils participated in it.

The results of the study showed that the fear of dental treatment was felt by the majority of 6th and 10th-formers of A. Baranauskas School - 84% of the 6th-formers and 81% of the 10th-formers. When the prevalence of the fear of dental treatment was compared between the 6th-formers and 10th-formers, there were established certain relationships between the fear of dental treatment and trust in the dentist, and between manifestation of the fear of dental treatment and the frequency of visits at the dentist.

Key words: fear of dental treatment; the dentist's impact on formation of fear.

Justina Pukaitė

Utenos kolegijos lektorė, gydytoja odontologė. Aušros 73, LT-28191 Utena, Lithuania.
justina.pukait@gmail.com

SABIEDRISKĀ TRANSPORTA PIEEJAMĪBA JŪRMALAS PILSĒTĀ

ACCESS OF PUBLIC TRANSPORT IN JŪRMALA CITY

Ina Viksniņa, Kristīne Vītolīna, Ina Ozola, Līga Priede, Dace Erkena,
Latvijas Universitāte P.Stradiņa medicīnas koledža Sociālās aprūpes katedra

Summary

Integration of the human into society as the full member of it means to take active part in social activities, however, not for all of the people it is possible since there are physical barriers restricting integration. People facing different environment related barriers, consequently integration problems are people with disabilities, elderly, mothers with small children and prams. Basis of successful integration is adapted environment that is based on the principles of universal design. Ensuring the availability of the environment, human can use the products or services, whereas implementation of the universal design concept ensures equality.

Key words: integration, public transport, universal design, availability of environment.

Ievads

Aktīvs cilvēks ir cilvēks, kurš iekļaujas dažādās sabiedriskajās aktivitātēs. Analizējot iedzīvotāju aktivitāti, var novērot situāciju, ka ne visiem cilvēkiem ir iespējams būt sabiedrībā, jo pastāv fiziskās barjeras. Ikdienā iedzīvotājiem nākas sastapties ar vides šķēršļiem, kas ietekmē viņu integrāciju sabiedrībā. Šai problēmai biežāk pakļautas ir atsevišķas iedzīvotāju grupas un visvairāk vides pieejamības problēmas skar cilvēkus ar funkcionāliem traucējumiem, vecus cilvēkus, kā arī mātes ar maziem bērniem un bērnu ratiņiem.

Lai jebkurš cilvēks varētu aktīvi līdzdarboties dažādās valsts un pašvaldību aktivitātēs, būtu nepieciešama pielāgota vide, kuras pamatā ir universālā dizaina principi. Nodrošinot vides pieejamību, cilvēks var izmantot piedāvātos produktus vai pakalpojumus, savukārt universālā dizaina koncepcijas īstenošana nodrošina vienlīdzību. Ikdienā, kā viens no svarīgākajiem resursiem, var tikt minēts sabiedriskais transports, tādēļ būtiski ir noskaidrot tā pieejamību.

Lai izvērtētu sabiedriskā transporta pieejamību, aktuāli ir šādi jautājumi- nokļūšana līdz pieturai, salasāms sabiedriskā transporta kustību saraksts, iekļūšana un izkļūšana no transporta, pakalpojuma sniedzēju zināšanas par dažādām iedzīvotāju grupām. Lai maksimāli uzlabotu vidi un veidotu to pieejamu visiem iedzīvotājiem, ir svarīga katra atsaucība un iesaistīšanās vides pilnveidē. Viens no veidiem, kā uzlabot vides pieejamību, ir noskaidrot iedzīvotāju viedokli un analizējot to, veikt uzlabojumus. Šie jautājumi ir aktuāli gan valsts, gan katras pašvaldības līmenī, tādēļ, lai noskaidrotu situāciju, vienā no Latvijas pašvaldībām tika veikts pētījums ar mērķi izpētīt universālā dizaina principu īstenošanu sabiedriskā transporta pakalpojumu pieejamībā. Izvirzītā mērķa sasniegšanai, izstrādāja uzdevumus, kas ietvēra literatūras analīzi un iedzīvotāju diskusiju par iegūtajiem rezultātiem un secinājumu formulēšanu.

Universālā dizaina pamatprincipi

Katrai pašvaldībai veidojot detālpārveidojumus un būvprojektus, būtu jāpievērš īpaša uzmanība vides pieejamībai un universālā dizaina pamatprincipu ievērošanai. Lai uzlabotu vides pieejamību, nepieciešams labiekārtot teritorijas, aprīkot ceļus un ielas, nodrošināt iekļūšanu sabiedriskajā transportā un ēkās, atbilstoši universālā dizaina principiem.

Universālais dizains ir jēdziens, kas tikai pamazām iegūst popularitāti. Ar to saprotam

pieejamas, drošas un humānas vides veidošanu, kurā komfortabli jūtas ikviens cilvēks, neskatoties uz iespējamām uztveres vai veselības problēmām. Universālais dizains nosaka, ka pati galvenā vērtība sabiedrībā ir cilvēks. Tas nenosaka īpašas prasības, bet padara ikvienu pakalpojumu, infrastruktūru, kā arī vidi pieejamu katram. Universālais dizains ir stratēģija, kuras mērķis ir izstrādāt un radīt dažādus pakalpojumus, produktus, informāciju un vidi, lai tie pēc iespējas lielākā mērā un neatkarīgāk būtu pieejami, saprotami un lietojami ikvienam, bez nepieciešamības veikt adaptāciju vai radīt speciālu dizainu. Norvēģijas Vides ministrijas vadlīnijas nosaka, ka universālā dizaina pamatideja ir vienkāršot dzīvi ikvienam, izveidojot vidi, produktus un komunikācijas, vienlīdzīgi pieejamas, izmantojamas un saprotamas (Universal design clarification, 2007).

Liepājas neredzīgo biedrības metodiskajos norādījumos pieejamas vides izveidei ir izvirzīti universālā dizaina septiņi principi:

1. Ērta lietošana ikvienam-sabiedriskajā transportā ar zemo grīdu ir vienlīdz ērta iekāpšana un izkāpšana gan vecākiem ar bērnu ratiņiem, gan cilvēkiem ar kustību traucējumiem vai redzes traucējumiem, gan pārējiem cilvēkiem.
2. Daudzveidīga izmantošana-lai iekāpšana un izkāpšana būtu ērta visiem cilvēkiem, lai atbilstošā augstumā būtu pieejami rokturi un STOP poga.
3. Viegli izprotams pielietojums-objekta vai vides pielietojumam ir jābūt viegli izprotamam. Piemēram, informācija tiek attēlota ar piktogrammas palīdzību.
4. Viegli uztverama informācija-informācija par konkrēto objektu tiek sniegta katram pieejamā veidā, neskatoties uz lietotāja uztveres spējām vai traucējumiem un tā ir pieejama visiem. Piemēram, informāciju par sabiedriskā transporta pienākšanas laikiem ir iespējams pasniegt vizuāli, audio un taktilā formā vai Braila rakstā.
5. Samazināt iespēju kļūdīties-dizains līdz minimumam samazina kļūdu un nepareizas rīcības sekas. Piemēram, kontrastējošā krāsā marķētas stikla sienas pasargā no ieskriešanas stiklā.
6. Minimāla fiziskā piepūle-objekts un vide ir ērti izmantojami, nelietojot fizisku spēku. Piemēram, automātiskās durvis, kuru atvēršanai nav nepieciešama fiziska piepūle.
7. Kustībai un lietošanai atbilstošs izmērs un telpa-atbilstoši telpu izmēri nodrošina, ka lietotājs neatkarīgi no ķermeņa pozas, izmēriem vai mobilitātes, spēj tuvojies objektam, aizsniegt to, manipulēt un izmantot visas objekta funkcionālās iespējas. Universālajam dizainam un pieejamībai ir būtiska loma cilvēktiesību un pamatbrīvību veicināšanā (Liepājas neredzīgo biedrība, 2012).

Pētījuma metodika

Lai sasniegtu pētījumā izvirzīto mērķi, tika izveidots pētījuma stratēģiskais plāns un eksperimentāli stratēģiskais plāns, kuri norādīja uz pētījuma ievirzi, cēloņu- seku sakarību, pētāmo kopu, datu ievākšanas metožu izvēli un pētniecības instrumenta noteikšanu, kā arī savāktās informācijas datu apstrādes metožu izvēli. Izveidotais plāns sastāvēja no vairākiem posmiem-problēmas identifikācijas un definēšanas, problēmas risināšanas stratēģijas izvēles un īstenošanas, kā arī rezultātu novērtēšanas un popularizēšanas. Izvirzītās pētījuma problēmas izpētei tika izmantota autoru izstrādāta anketa, pamatojoties uz vides pieejamības vadlīnijām. Pētījuma instruments bija strukturēta anketa, kura sastāvēja no vairākām daļām un ietvēra 18 daļēji atvērtus jautājumus, lai noskaidrotu respondentu viedokli, komentārus vai papildinājumus. Anketa tika sadalīta vairākās daļās un ietvēra jautājumus par respondentu statusu (vecums, dzimums, pilsētas daļa, kurā biežāk pārvietojas, transporta līdzeklis, ar kuru biežāk pārvietojas), ietves un pieturvietas raksturojumu un sabiedriskā transporta aprīkojuma raksturojumu. Dati tika iegūti izmantojot pētījuma instrumentu - anketu, kuru bija iespējams aizpildīt neklātienē vai klātienē formā. Respondentu anketēšanā iesaistīti no Sociālās aprūpes katedras studiju programmas Sociālā rehabilitācija 2. kursa 5 studenti, kuri veica anketēšanu dažādās Jūrmalas pilsētas sociālajās institūcijās - Dienas centri, Sociālās aprūpes centrs, Invalīdu biedrība, Sociālās integrācijas valsts aģentūra.

Kā pētniecības metode tika izmantota dokumentu kontentanalīze, kā rezultātā tika apkopoti zinātniskie fakti un atziņas par vides raksturojumu, pieejamību, universālā dizaina pamatprincipiem

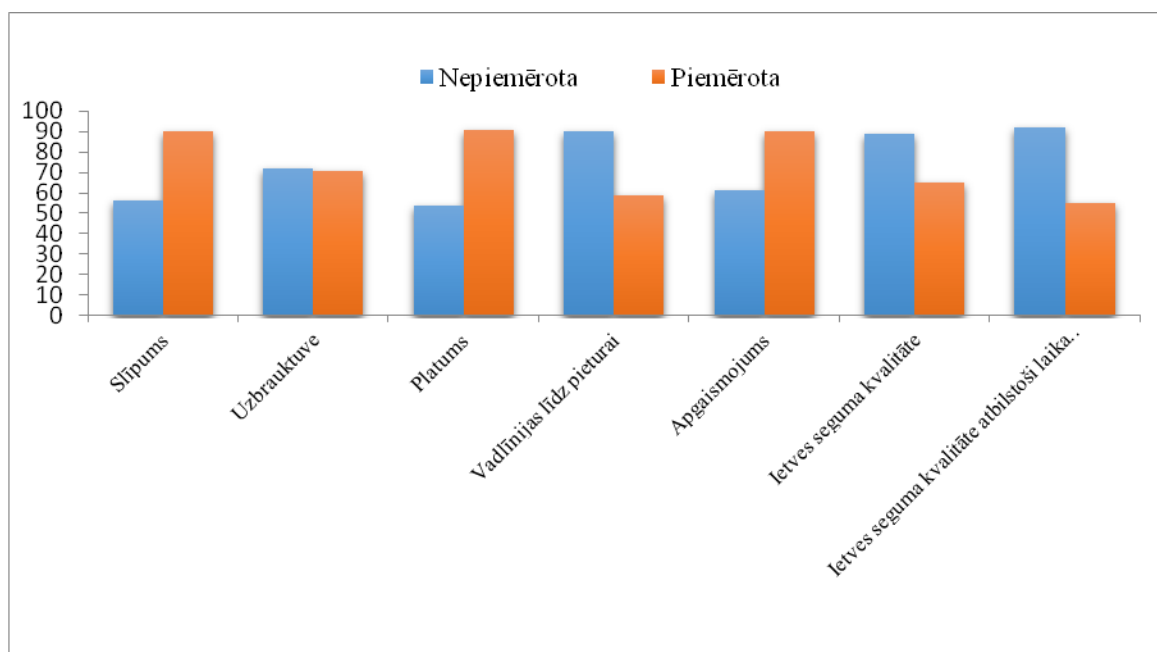
un to pielietojumu praksē. Lai noskaidrotu respondentu viedokli, tika izmantotas empīriskās metodes-izlases veidošana, datu ieguve un statistiskā analīze, kuru pielietošana deva iespēju iegūt datus, kas tika analizēti un interpretēti. Lai aprakstītu kopas struktūras vienības, tika izmantotas vidējās variantes- moda un mediāna (Kristapsone, 2008.).

Iegūto datu analīzei tika izmantotas secinošās statistiskās un saistību noteikšanas metodes, izmantojot divu vai vairāku neatkarīgu grupu salīdzināšanu pēc vairākiem mainīgajiem un sakarību noteikšanu- hī kvadrāta (Chi-square Test) tests, Pīrsona korelācijas koeficients. Izmantota *Microsoft Excel* un *SPSS 21* datorprogramma. Korelācijas novērtēšana deva iespēju secināt, vai sakarības ir statistiski nozīmīgas. (Mārtinsone, Pīpere, Kamerāde u.c., 2011.). Iegūtie dati variēti katras vienības ietvaros, salīdzināti starp vienībām un atspoguļoti tabulās un grafiskajos attēlos histogrammu veidā, kas ļāva izteiksmīgāk parādīt pazīmju sadalījumu. Balstoties uz iegūto datu analīzi, pētījuma beigās izvirzīti secinājumi un priekšlikumi.

Pētījuma uzsākšanai, izmantojot statistiskās pētīšanas metodi, tika izveidota ģenerālā jeb statistiskā kopa. Statistiskās kopas izveidei, tika izvirzīti vairāki kritēriji- vismaz viena kopēja pazīme (visi respondenti bija vienas pašvaldības iedzīvotāji), vismaz viena variējoša pazīme (respondentu vecums, atrašanās dažādās kopas vienībās) un masveidīgums (pētījumā iesaistīto respondentu plānotais skaits vismaz 100). Statistiskā kopa tika sadalīta vairākās individuālās novērošanas vienībās - iedzīvotāji pēc 65 gadu vecuma, mātes ar bērnu ratiņiem un iedzīvotāji ar invaliditāti. Pētījuma laikā tika ievēroti universālie pētniecības principi - dalībnieku aizsardzības konfidencialitātes, ieguvuma, godīguma, dalībnieku informētības, nozīmīguma, vispārināšanas, vienkāršības, uzticamības un atsauču norāžu principi.

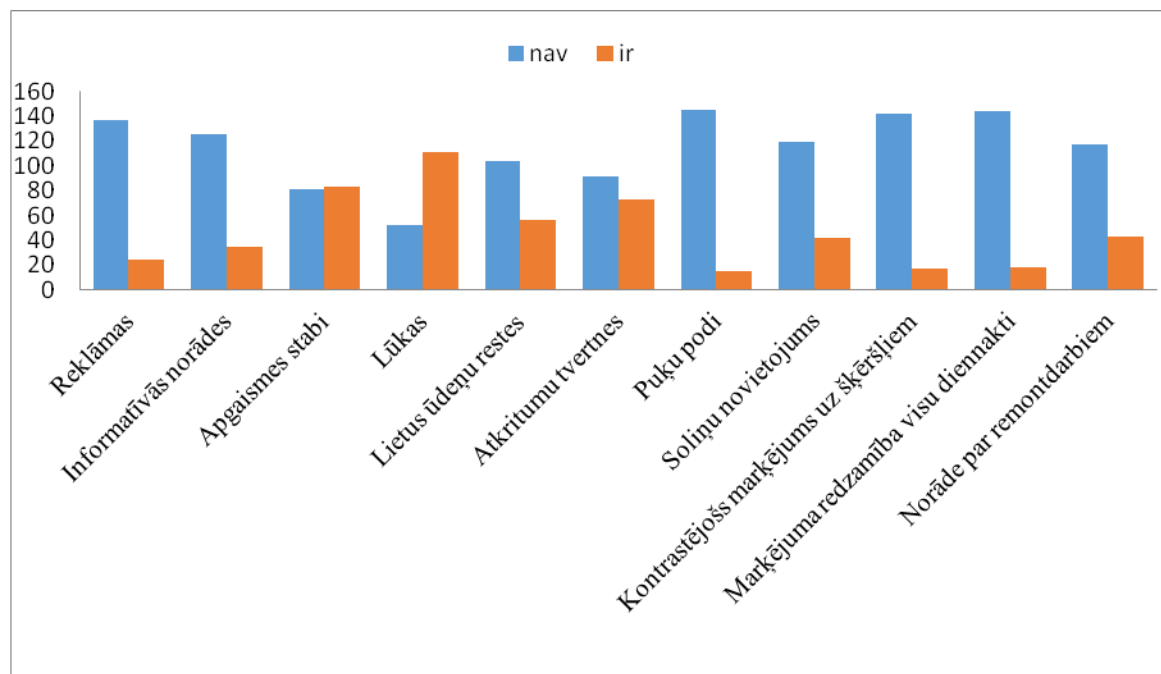
Rezultātu analīze

Lai izvērtētu sabiedriskā transporta pieejamību pašvaldībā, respondentiem bija jāatzīmē savs viedoklis ne tikai par sabiedriskā transporta aprīkojumu un piemērotību, bet arī jāizvērtē ietves slīpums, uzbrauktuves un to platums, vadlīniju esamība, apgaismojums un ietves seguma kvalitāte.



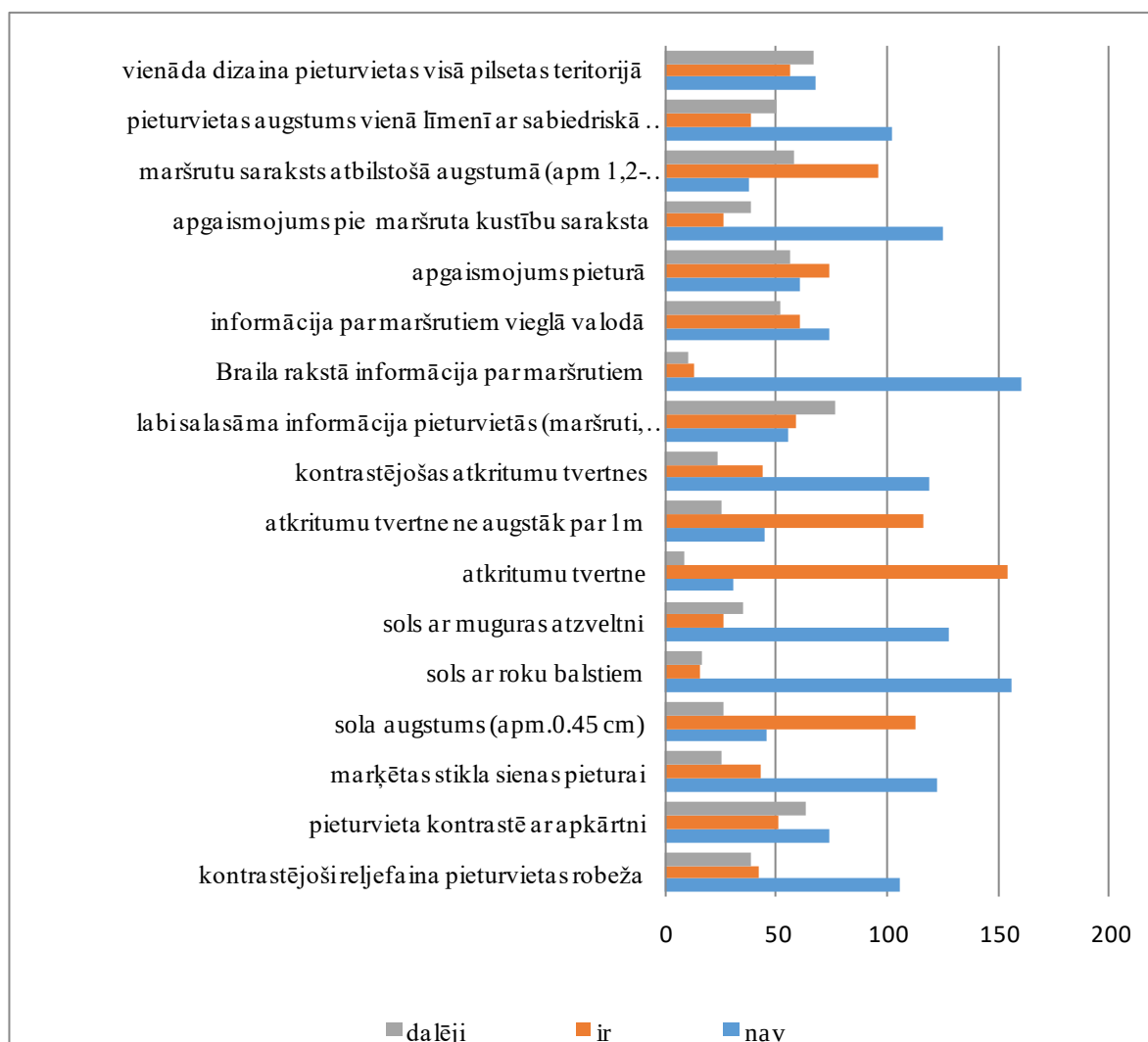
Attēls 1. Respondentu viedoklis par ietvju piemērotību

Lai izvērtētu ietvju piemērotību, tika analizēti vairāki faktori - ietves slīpums, uzbrauktuve, platums, vadlīnijas, apgaismojums, ietves segums (Att.1). Attēlā redzams, ka universālā dizaina principi, izbūvējot un aprīkojot ietves, ir ievēroti daļēji, jo par piemērotiem tiek atzīmēti tikai daļa no kritērijiem- ietvju slīpums, platums un apgaismojums. Par nepiemērotu iedzīvotāji atzīmē vadlīniju esamību ietvēs, ietves segumu un tā kvalitāti dažādos laika apstākļos.



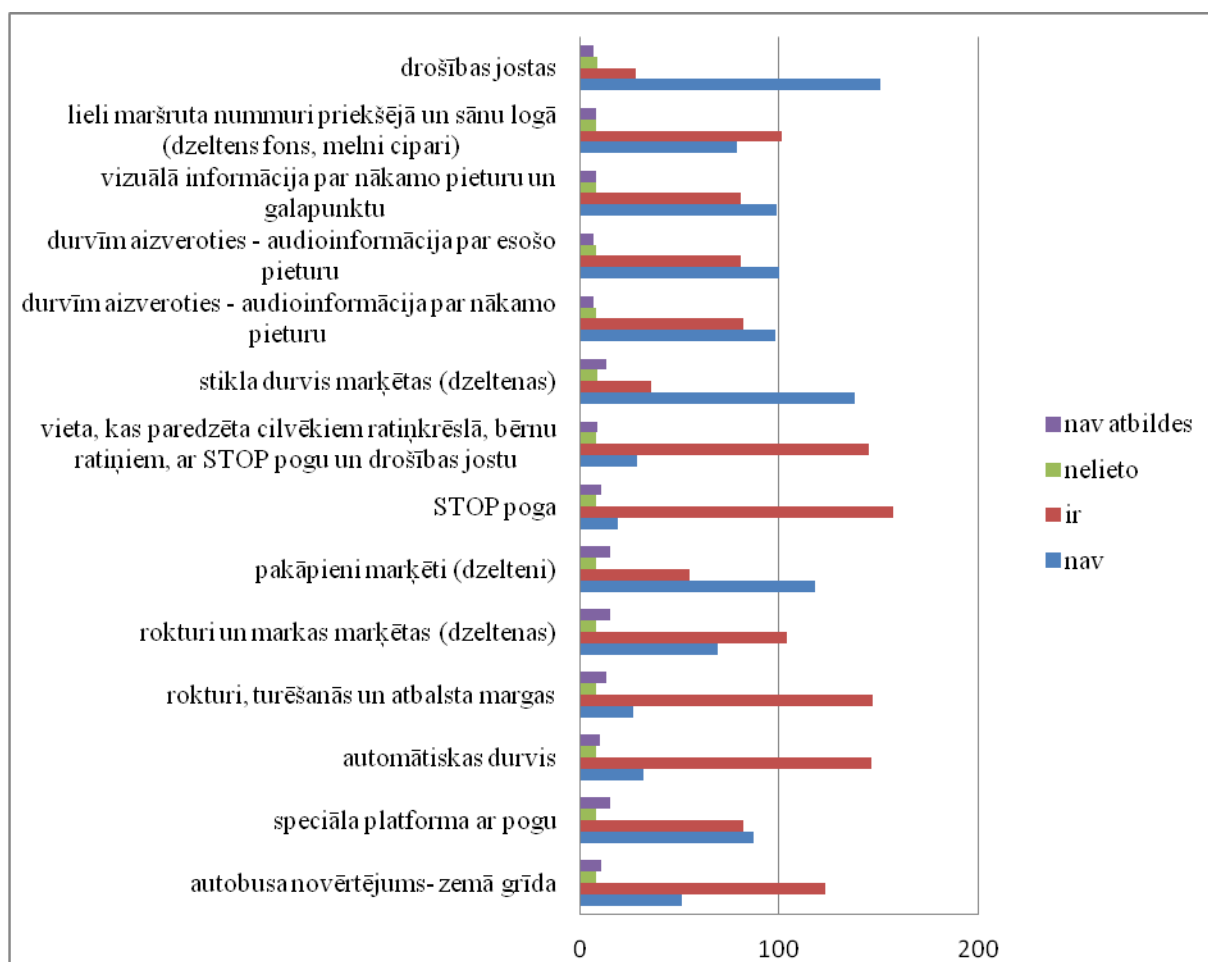
Attēls 2. Respondentu viedoklis par šķēršļu izvietošanu uz ietves

Analizējot šķēršļu izvietošanu uz ietvēm, tika jautāts par dažādu objektu izvietošanu uz ietvēm- reklāmām, informatīvām norādēm, apgaismes stabiem, lietusūdeņu lūkām, atkritumu tvertnēm, soliņiem un kontrastējošu marķējumu. Lielākoties respondenti atzīmēja, ka uz ietvēm netiek izvietoti šķēršļi, kas varētu radīt grūtības pārvietoties. Grūtības pārvietoties rada apgaismes stabi, kas vietām tomēr ir novietoti uz ietvēm (Att.2.). Vissliktākā situācija parādās analizējot šķēršļu marķējumu un to redzamību arī diennakts tumšajā laikā, jo respondenti atzīmēja, ka marķējuma uz šķēršļiem nav un tas rada grūtības pārvietoties. Līdzīga situācija ir apskatot respondentu viedokli par informatīvo norāžu izvietošanu par remontdarbu veikšanu, jo šādas norādes nav izvietotas.



Attēls 3. Respondentu novērtējums par visbiežāk izmantoto pieturvietu

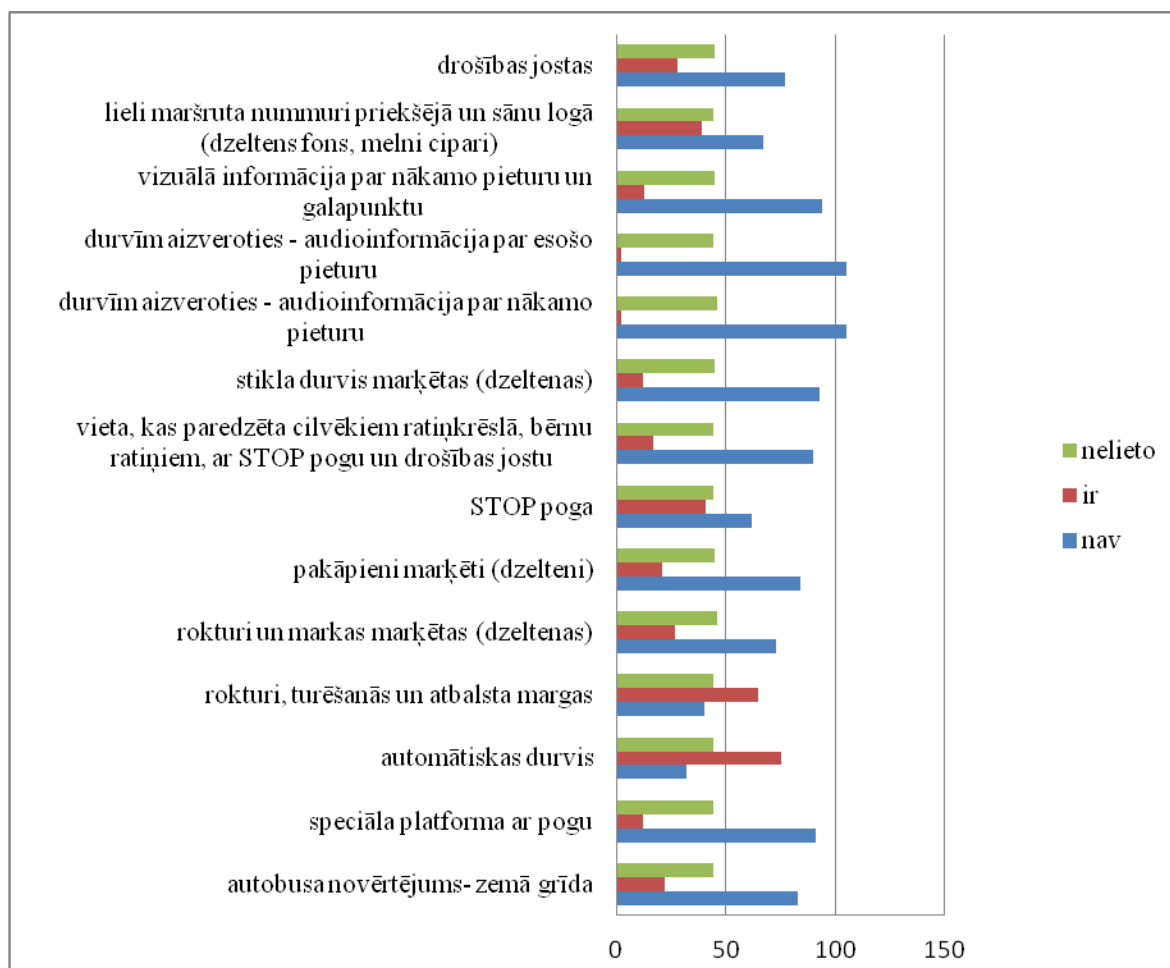
Izvērtējot pieturvietu pieejamību, tika analizēti vairāki to raksturojošie parametri- pieturvietas robežas reljefainā kontrastēšana ar apkārtni, pieturvietas kontrastēšana ar apkārtni, pieturvietas sienas un to aprīkojums, sola atbilstība, sola roku balsti, solu muguras atzveltnes, atkritumu tvertņu izvērtējums pieturvietās, informācija par kustību laikiem pieturvietās, apgaismojums pieturvietās, pieturvietas augstuma līmenis attiecībā pret sabiedriskā transporta līdzekļa grīdu, dizains un pamanāmība apkārtējā vidē (Att.3.). Analizējot iegūtos datus, var secināt, ka pieturvietas ir aprīkotas ar piemērotu augstuma soliem, atkritumu tvertnēm un sabiedriskā transporta kustību sarakstiem atbilstošā augstumā. Tomēr respondenti atzīmē, ka ir arī parametri, kas būtu uzlabojami un tās ir marķētas stikla sienas, soliem nepieciešami roku balsti un muguras atzveltnes, atkritumu tvertnēm nepieciešams kontrastējošs marķējums, informācija Braila rakstā, apgaismojums tieši pie kustību sarakstiem, kā arī nepieciešams uzlabot pieturvietu augstumu, lai tās būtu vienā līmenī ar sabiedriskā transporta grīdu. Pilnveidojams vēl būtu sabiedriskā transporta kustību saraksta dizains, lai informācija būtu salasāmāka un pārskatāmāka, pieturvietu apgaismojums un pieturvietu dizains, lai tas būtu vienots visā Jūrmalas teritorijā.



Attēls 4. Respondentu novērtējums par sabiedrisko transportu-autobusu

Lai izvērtētu autobusu piemērotību universālā dizaina principiem, tika izvērtēta autobusu zemā grīda, speciālās platformas ar pogu esamība, automātiskās durvis, rokturi, turēšanās un atbalsta margas, pakāpienu marķējums dzeltenā krāsā, STOP pogas un vietas, kas aprīkota ar STOP pogu un drošības jostu un paredzēta cilvēkiem ratiņkrēslā un mātēm ar bērnu ratiņiem, audio informācija durvīm atveroties un aizveroties, vizuālās informācijas esamība par nākamo pieturu un galapunktu, drošības jostu esamība autobusus (Att.4).

Var secināt, ka izvērtējot kritērijus, pēc kuriem tika novērtēti autobusi, to esamība bija tikai daļēja, jo respondenti atzīmēja, ka autobusus ir zemā grīda, durvis atveras automātiski, ir rokturi, turēšanās un atbalsta margas un tās ir atbilstoši marķētas dzeltenā krāsā, STOP poga, vieta, kas aprīkota ar STOP pogu un drošības jostu un paredzēta personām ratiņkrēslā un mātēm ar bērnu ratiņiem. Respondenti atzīmēja ka autobusus nav marķēti pakāpieni, durvju stikla marķējuma, audioinformācijas durvīm atveroties un aizveroties un drošības jostas.



Attēls 5. Respondentu novērtējums par sabiedrisko transportu-mikroautobusu

Izvērtējot mikroautobusu piemērotību universālā dizaina principiem, tika vērtēta zemās grīdas esamība, speciālās platformas, durvju atvēršanās veids, rokturu, turēšanās un atbalsta margu esamība, pakāpienu marķējums, STOP pogas esamība, vieta, kas aprīkota ar STOP pogu un drošības jostu un paredzēta cilvēkiem ratiņkrēslā un mātēm ar bērnu ratiņiem, audio un vizuālā informācija par nākamo pieturu un galapunktu, maršrutu numuru dizains un novietojums mikroautobusu priekšējā un sānu logā (Att.5). Secinājums, mikroautobusus netiek ievēroti universālā dizaina principi, jo no visiem kritērijiem par atbilstošiem var atzīmēt tikai automātisko durvju un rokturu, turēšanās un atbalsta margu esamību.

Lai uzlabotu sabiedriskā transporta sniegto pakalpojumu kvalitāti, respondentiem bija vairāki ieteikumi. Kā biežāk minēto ieteikumu, var atzīmēt papildreisu ieviešanu maršrutos, kas aptver sabiedriskās iestādes un Jūrmalas pilsētas centrālo daļu. Bija arī ieteikumi nodrošināt un uzlabot sabiedriskā transporta kustību vakara stundās un nodrošināt to kursēšanu ilgāk vakaros. Ieteikumi bija saistīti arī ar vizuālās un audioinformācijas uzlabošanu, autobusu un mikroautobusu aprīkošanu ar drošības jostām, braukšanas stila uzlabošanu.

Secinājumi

1. Izbūvējot un aprīkojot ietves, universālā dizaina pamatprincipi, tiek ievēroti tikai daļēji, jo par piemērotiem iedzīvotāji atzīmē tikai daļu no kritērijiem- ietvju slīpumu, platumu un apgaismojumu, savukārt neapmierinošs ir ietves seguma kvalitāte.
2. Pieturvietas ir aprīkotas ar piemērota augstuma soliem, atkritumu tvertnēm un sabiedriskā transporta kustību sarakstiem atbilstošā augstumā, bet pilnveidojams būtu kustību saraksta dizains, lai informācija būtu redzamāka.

3. Iedzīvotāju viedoklis par autobusu un mikroautobusu pieejamību ir atšķirīgs - autobusi vairāk nekā mikroautobusi atbilst vides pieejamības pamatprincipiem.
4. Lielākā daļa respondentu, kuri izmanto Jūrmalas pilsētas sabiedrisko transportu, tā sniegto pakalpojumu kvalitāti kopumā novērtē kā labu un ļoti labu, bet ir nepieciešami vairāku kritēriju būtiski uzlabojumi.
5. Izvēlēto tēmu var paplašināt un turpināt, jo konkrētajā pētījumā ir izvērtēta tikai daļa no vides pieejamības kritērijiem.

Izmantotā literatūra

1. Kristapsone S. (2008) *Zinātniskā pētniecība studiju procesā*. Rīga: Turība. 349 lpp.
2. Mārtinsone K., Pipere, A., Kamerāde, D., Kristapsone, S., Mihailovs, I., J., Sīle, V., Sīlis, V., Lazda, R., Zakriževska, M., Olsena, S. (2011) *Ievads pētniecībā. Stratēģijas, dizaini, metodes*. Rīga: Raka. 74 lpp.
3. *Universal Design Clarification of the Concept. Thematic Report*. Ministry of the Environment Norway. (2007)
4. *Vides pieejamības vadlīnijas personām ar funkcionāliem traucējumiem (personām ar redzes, dzirdes, kustību un garīga rakstura traucējumiem)* (2012) Liepājas neredzīgo biedrība. Skatīts 2016.02.02.
<http://www.redzigaismu.lv/files/VIDES%20PIEEJAMIBA%20Liepaja%20Gala%20Produkts%202012-33.pdf>

Ina Viksniņa, Kristīne Vītoļiņa, Ina Ozola, Līga Priede, Dace Erkena,
 Latvijas Universitāte P.Stradiņa medicīnas koledža Sociālās aprūpes katedra
 ina.viksniņa@gmail.com

KOMPLEKSINIŲ RŪGŠČIŲ EFEKTYVUMAS KOREGUOJANT MELASMOS PASIREIŠKIMĄ

COMPLEX ACID EFFECT ADJUSTING MANIFESTATION OF MELASMA

Laura Ramašauskaitė, Rūta Gervickaitė
Klaipėdos valstybinė kolegija

Santrauka

70

Tyrimo tikslas - išanalizuoti kompleksinių rūgščių poveikį pigmentinės dėmės spalvos intensyvumui ir melanino kiekiui odoje.

Tyrimo metodai ir kontingentas: mokslinės literatūros, atvejo analizė, lyginamoji analizė. Tyrimo atlikimui naudojamas mišrus tyrimo metodas, taikant kokybinio ir kiekybinio tyrimo duomenų rinkimo metodus. Taikytas interviu metodas, atlikta odos vizualinė apžiūra ir įvertinta odos būklė. Tyrimo dalyvavo 33 metų amžiaus moteris, atrinkta tikslinės atrankos būdu pagal patologijos atrankos principą. Konsultacijos metu dermatologas tiriamajai nustatė odos pigmentacijos sutrikimą - melasmą. Tyrimo metu atliktos penkios veido procedūros naudojant rūgščių kompleksą, kuriame buvo 14 % pieno rūgšties, 12% citrinų rūgšties, 5% kojo ir 2% salicilio rūgšties. Prieš procedūrų kursą buvo atlikta tiriamosios anamnezė ir jos odos būklės diagnostika.

Rezultatai. Prieš procedūrų kursą pigmentinės dėmės spalvos intensyvumo rodiklis pagal Fon Lušano chromatinę skalę siekė 26 rodiklį, atlikus penkias procedūras su kompleksinėmis rūgštimis pigmentinės dėmės intensyvumas sumažėjo iki 22 rodiklio. Melanino kiekis dešiniajame kaktos šone sumažėjo 7 rodikliais, kairiajame šone ir kaktos viduryje per 8 rodiklius. Pigmentinės dėmės spalvos intensyvumo pagal Fon Lušano chromatinę skalę, melanino kiekio lyginamoji analizė įrodė teigiamą kompleksinių rūgščių poveikį melasmos atveju.

Išvados. Mažinant pigmentinės dėmės spalvos intensyvumą ir melanino kiekį odoje naudotos kompleksinės rūgštys, kurios vienu metu turi ir eksfoliuojantį ir melanino sintezę slopinantį poveikį. Atlikus 5 procedūrų kursą, naudojant rūgščių kompleksą, kuriame yra 14 % pieno rūgšties, 12% citrinų rūgšties, 5% kojo ir 2% salicilio rūgšties, pastebėtas sumažėjęs pigmentinės dėmės spalvos intensyvumas, melanino kiekis odoje.

Raktažodžiai: hiperpigmentacija, kompleksinės rūgštys, melaninas, melanogenezė, melasma.

Įvadas

Esant pigmentinių ląstelių, melanocitų, sutrikimui, pakitus jų gaminamam pigmentui melaninui, atsiranda odos pigmentacija. Dėl įgimto ar įgyto melanino gamybos sutrikimo gali atsirasti jo sankaupų, kurios sudaro įvairias pigmentines dėmes [11]. Hipopigmentacijos atveju dėl pigmento melanino sumažėjimo, odoje pastebimi spalvos pakitimai, oda gali būti visiškai balta, neturėti pigmento melanino, apsaugos arba gali dominuoti baltos dėmės, kurių lokalizacija būna įvairi [4].

Esant odos hiperpigmentacijai dėl pigmento melanino kiekio padidėjimo, odoje atsiranda melanino sankaupos, kurios matomos kaip tamsios spalvos pigmentinės dėmės. Odos hiperpigmentacinės būklės pagal melanino pasiskirstymą odos sluoksniuose gali būti skirstomos į epidermines, dermines ir mišrias (kombinuotas) [5]. Hiperpigmentacija gali atsirasti po įvairių uždegimų, traumuoatose odos vietose, nėštumo ir premenopauzės bei menopauzės metu, moterims vartojant hormonines kontraceptines priemones, sergant kai kuriomis ligomis ir vartojant fotosensibilizuojančius vaistinius preparatus [12]. Taip pat ji gali atsirasti ir po kai kurių odos

kosmetinių procedūrų, pvz. lazerinis odos šlifavimas, lazerinė epiliacija, plastinė odos operacija, odos balinimo procedūra ir kt. [11].

Melasmos atsiradimas yra susijęs su ultravioletinių spindulių spinduliuotės ir hormonų (estrogenų ir progesterono) skatinamų melanocitų sąveika. Būtent dėl to šios dėmės yra būdingos tik moterims, nėštumo ir menopauzės metu, taip pat vartojant kontraceptinius preparatus. Sheth V.M. ir Pandya A.G. (2011) teigimu, melasma daugiausia paveikia III ir IV fototipo odą, taip pat akcentuotina ir tai, kad 10 % melasmos atvejų pasitaiko ir vyrams [14]. Anot Pierce A. (2013), šiuos atvejus sukelia UV spindulių poveikis, genetinis polinkis, žemas testosterono lygis.

Vienu metu naudojant cheminius pilingus, kurių sudėtyje yra kelios rūgštys, galima pasiekti kombinuoto veikimo, kuris pasižymės odos nusluoksniavimu ir teigiamu poveikiu melanogenezės mechanizmui. Todėl kosmetologinių procedūrų metu tikslinga naudoti ne tik cheminį pilingą, kuris nušveis paviršutiniškai ir veiks eksfoliuojančiai, bet rinktis ir tą, kuris turės platų veikimo spektrą, atsižvelgiant į sprendžiamą melasmos atvejį [3]. Anot Veljkovic I. (2014), nors rūgščių kompleksai yra naudojami jau 20 metų, pastaruoju metu jie susilaukia vis didesnio susidomėjimo tarp klientų, nes procedūros metu naudojamos paviršinės kompleksinės rūgštys yra maišomos mažomis koncentracijomis, taip siekiant sumažinti riziką ir padidinti procedūros rezultatus. Todėl kompleksinės rūgštys pasižymi platesniu veikimu ir mažesne koncentracija nei rūgštis, kuri būtų naudojama atskirai [18]. 4 - 15 % koncentracijos AHA rūgštys tariamai neveiks melanino sintezės slopinimo, o skatins odos eksfoliaciją, suragėjusio epidermio pašalinimą bei odos regeneracijos paspartinimą. Taip pat akcentuotina, jog kompleksinės rūgštys tinka visiems odos fototipams [8].

Atsižvelgiant į kompleksinių rūgščių gamintojo rekomendacijas, rūgštys gali turėti plačias panaudojimo galimybes, jos gali būti naudojamos vienos arba kaip papildoma priemonė mažinant melasmą. Produkto gamintojas procedūrų kurso metu gali rekomenduoti naudoti atitinkamas priemones namuose, kurių sudėtyje bus veikliosios medžiagos, reguliuojančios melanino sintezę. Todėl siekiant padidinti procedūrų metu naudojamų produktų poveikį svarbu laikytis gamintojo rekomendacijų [15].

Lietuvos dermatologai tyrimų ir studijų apie melasmą ir būdus, kaip kovoti su ja, atliko nedaug. Epizodiškai odos pigmentacijos klausimus nagrinėjo Drąsutienė G. (2009), Vasiliauskas J. (2011) [7;17]. Šios medicinos srities užsienio šalių tyrėjų Vashi N. A. ir kt. (2013) darbuose pigmentacijos procesas analizuojamas gana detalai, aptariami pagrindiniai odos pigmentacijos sutrikimai, jų atsiradimo priežastys bei atitinkamo sutrikimo šalinimo būdai (kosmetinės ir aparatinės procedūros, šviesinantys preparatai), išskiriami melanino tipai (eumelanas, feomelanas) [16].

Naujausiose studijose Mingzhong S. Sun ir kt. (2015) nagrinėjo greitas pigmentacijos mažinimo galimybes, atliko tyrimą ir įvertino lignino peroksidazės poveikį ir saugumą šalinant melanino perteklių odoje. Nustatytas balinantis lignino peroksidazės poveikis, kuris nepasižymėjo šalutiniu poveikiu [10]. Įvairius pigmentacijos šalinimo aspektus naudojant cheminius pilingus, jų veikimo mechanizmą ir kombinavimą su kitomis procedūromis aprašė Small R. ir kt., (2013), Deprez P. ir (2007) [6;15].

Tikslas: išanalizuoti kompleksinių rūgščių poveikį pigmentinių dėmių spalvos intensyvumui ir melanino kiekiui odoje.

Tyrimo imtis ir metodologija

Imties apibūdinimas. Tyrime dalyvavo viena 33 metų amžiaus moteris, atrinkta tikslinės atrankos būdu pagal patologijos atrankos principą. Tyrime taikyti šie atrankos kriterijai:

- Dermatologo nustatytas odos pigmentacijos sutrikimas – melasma.
- Gimdžiusi moteris.
- Tiriamoji nėra alergiška procedūros metu naudojamoms medžiagoms.

- Tiriamoji viso tyrimo metu nenaudos kasdieninės kosmetikos, tik tą kurią rekomendavo tyrėjos.
- Dvi savaites iki tyrimo ir tyrimo metu tiriamoji nesilankys soliariume ir vengs tiesioginių saulės spindulių.
- Tiriamoji neturi herpes simplex viruso.

Tyrimo instrumentas.

Sudarant tyrimo instrumentą remtasi Arlauskienės A. ir kt. (2010), Drąsutienės G. (2012), Vashi N.A. (2013), Pierce, A. (2013), Couteau C., Coiffard L. (2016) darbais, kuriuose analizuojami odos pigmentaciją įtakojantys veiksniai [4;2;7;11;16].

Sudarant tiriamosios kortelės dalį „Odos būklės vertinimas“ remtasi Small R. (2013), Burgess C. M. (2005), Ravnbak M. H. (2010) tyrėjų nuostatomis apie odą, jos savybes bei pigmentacijos ypatumus, cheminių pilingų taikymą, indikacijas, kontraindikacijas ir t.t. [3;13;15].

Tyrimo metu pildyta tiriamosios kortelė, susidedanti iš dviejų dalių. Anamnezės dalyje tiriamoji pateikia informaciją apie savo gyvenimo būdą, sveikatos būklę.

Saulės spinduliai skatina fermentą tirozinazę, to pasekoje gaminasi pigmentas melaninas, matoma pigmentacija, todėl tiriamosios teirautasi: kaip dažnai ji būna aplinkoje, kurioje yra tiesioginiai saulės spinduliai, įskaitant ir soliariumą? ar tiriamoji naudoja kremus su SPF filtrais, apsaugančius odą nuo saulės spindulių. Tyrėjų rekomenduotini apsauginiai kremai buvo naudojami ir viso tyrimo metu. Apkaustos metu tiriamosios klausta apie odos priežiūros namuose ypatumus, medikamentų (pvz. kontraceptikų, diuretikų) vartojimą, diagnozuotas ligas, darytų tyrimų (ŽIV, hepatitas A, B, C, D) atsakymus, alergijas. Procedūra yra kontraindikuotina esant teigiamam ŽIV, hepatito A, B, C, D tyrimo atsakymui, kortelėje pažymėtų diagnozuotų ligų atveju (pvz. kraujo ir limfinės sistemos, odos ir odos dariniai, cukrinis diabetas, hemo filija).

Diagnostikos dalyje įvertinta tiriamosios odos būklė, pakitimai tiriamojoje zonoje. Jei oda plona, žymus kapiliarų tinklas, tada oda gali jautriau reaguoti su rūgštimis, atitinkamai gali sumažėti rūgščių ekspozicijos laikas ar juntamas odos diskomfortas, pasireiškiantis griaužimo, dilgčiojimo jausmu. Taip pat nustatytas odos jautrumas. Šiuo atveju sudarytas preliminarus odos atsakas į rūgštis. Naudojant Fitzpatricko skalę odos būklės vertinimo metu nustatytas odos fototipas [3;15]. Siekiant vizualiai užfiksuoti, kaip pakito melasmos intensyvumas, prieš ir po procedūrų kurso skaitmeniniu fotoaparatu nufotografuojama tiriamosios melasmos dėmė. Prieš procedūrų kursą, po kiekvienos procedūros, po procedūrų kurso „Soft Plus“ aparatu atliekamas melanino kiekio odoje matavimai. „Soft Plus“ - tai kompiuterinė sistema, įvertinanti plaukų, odos, kūno ir celiulito būklę. Aparatu galima nustatyti odos drėgmės balansą, temperatūrą, elastingumą, melanino kiekį odoje, odos pH, sebumo kiekį odoje, biologinių odos amžių ir t.t. Aparatu „Soft Plus“ atliktas pavienis melanino kiekio pigmentinėje dėmėje matavimas. Melasmos dėmės spalvos intensyvumo rodikliai lyginti naudojant Fon Lušano chromatinę skalę [11].

Tyrimo rezultatai ir jų aptarimas

Tyrimo dalyvavo 33 metų moteris, kuriai po nėštumo veido srityje atsirado pigmentinė dėmė. Pigmentinė dėmė paplitusi netolygiai, dominavo kaktos viduryje, kairiajame ir dešiniajame jos šone. Atlikus tiriamosios odos diagnostiką gydytoja dermatovenerologė Jurgita Dagilienė identifikavo epiderminę melasmą. Šis odos pigmentacijos sutrikimas gali būti mažinamas pigmentinės dėmės balinant ir šveičiant kompleksinėmis rūgštimis bei vykdant odos apsaugos nuo UV saulės spindulių prevenciją. Tiriamajai atliktos penkios veido procedūros naudojant rūgščių kompleksą, kurio sudėtyje 14 % pieno rūgšties, 12% citrinų rūgšties, 5% kojo ir 2% salicilio rūgšties.

Procedūros, naudojant kompleksinių rūgščių kompleksą melasmos atveju, eiga:

1. Odos paruošimas procedūrai. Oda nuvaloma specialia priemone, paskirstant ją masažinėmis linijomis. Likučiai nuplaunami specialia servetėle, ją sudrėkinus vandeniu. Oda nusausinama vienkartinėmis servetėlėmis.

2. Jautrios vietos aplink lūpas, nosies sritį, aplink akis padengiamos plonu specialaus apsauginio serumu sluoksniu.
3. Rūgščių kompleksų priemonės, kurių sudėtyje 14% pieno, 12% citrinų, 5% kojo, 2% salicilio rūgštys, padengiamos ant odos. Šepetėlio pagalba padengiamas pirmas rūgštinės priemonės sluoksnis. Pirmojo sluoksnio ekspozicijos laikas - 3 minutės.
4. Siekiant sustiprinti norimą efektą, po 3 minučių tepamas antras rūgščių kompleksų sluoksnis. Ekspozicijos laikas - 10 minučių.
5. Rūgštys nenuplaunamos, o nusausinamos vienkartinėmis servetėlėmis.
6. Procedūra užbaigiama serumu su 12% vitamino C veikliąja medžiaga padengimu ant tiriamosios odos.
7. Praėjus 6-8 valandoms po procedūros tiriamoji turi nusiplauti veidą vandeniu.

Remiantis Fon Lušano chromatine skale ir atlikus pigmentinės dėmės spalvos intensyvumo lyginamąją analizę pastebimas spalvos intensyvumo mažėjimas. Prieš procedūrų kursą pigmentinės dėmės spalvos rodiklis buvo - 26, procedūrų kurso pabaigoje -22. Melanino kiekis odoje buvo matuojamas kaktos viduryje, dešiniame ir kairiajame kaktos šone, įvertinant tamsiausią pigmentacijos plotą. Gauti duomenys parodė nežymų, tačiau teigiamą kompleksinių rūgščių poveikį mažinant melanino kiekį kaktos srityse.

Išvados

1. Kompleksinės rūgštys turi odą eksfoliuojantį ir melanino sintezę slopinantį poveikį. Eksfoliacijos, melanino sintezės slopinimo metu mažinamas pigmentinių dėmių spalvos intensyvumas, melanino formavimasis.

2. Siekiant sumažinti procedūros kurso riziką, pagerinti procedūrų rezultatus tyrimo metu taikytas melasmą mažinančių rūgščių kompleksas, kurių sudėtyje esančios įvairios rūgštys ir inhibitoriai saugiai slopino pigmentacijos procesą.

3. Procedūrų kurso metu naudotas rūgščių kompleksas, kurio sudėtyje buvo 14 % pieno rūgšties, 12% citrinų rūgšties, 5% kojo ir 2% salicilio rūgšties. Atlikus tiriamosios odos būklės lyginamąją analizę, galima daryti išvadą, kad tyrimo metu taikytas rūgščių kompleksas yra efektyvus kosmetologinis sprendimas prieš odos pigmentaciją. Procedūrų kurso pabaigoje pastebėti teigiami tiriamosios veido odos būklės pokyčiai: pigmentinės dėmės spalvos intensyvumo, melanino kiekio sumažėjimas. Prieš procedūrų kursą pigmentinės dėmės spalvos intensyvumo rodiklis pagal Fon Lušano chromatinę skalę siekė 26 rodiklį, atlikus penkias procedūras su kompleksinėmis rūgštimis pigmentinės dėmės intensyvumas sumažėjo iki 22 rodiklio. Melanino kiekis dešiniame kaktos šone sumažėjo 7 rodikliais, kairiajame šone ir kaktos viduryje per 8 rodiklius.

Literatūros šaltinių sąrašas

1. Alam, M., Glandstone, H.,B., Tung, R.C. (2009). *Cosmetic Dermatology*. Edinburgh: Saunders/Elsevier.
2. Arlauskienė A., Buckutė-Butkevičiūtė, I., Bylaitė, M., Drąsutienė, G., Gancevičienė, R., Juocevičius, A., Mačiulienė, K., Palšytė, T., Pečiulienė, V., Poškus, T., Pūrienė, A., Stukas, R., Triponienė, D., Triponis, V., Tutkuvienė, J., Vitkus, K., Zakarevičienė, J. (2010). *Moters sveikatos ir grožio enciklopedija*. Vilnius: Šviesa.
3. Burgess C. M. (2005). *Cosmetic Dermatology*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
4. Couteau C., Coiffard L. (2016). Overview of Skin Whitening Agents: Drugs and Cosmetic Products. *Cosmetics* 3(3), 1-16.
5. D’Orazio J., Jarrett S., Amaro-Ortiz A., Scott T. (2013). UV Radiation and the Skin. *International Journal of Molecular Sciences*, 14,12222–12248.

6. Deprez P. (2007). *Textbook of Chemical Peels: Superficial, Medium and Deep Peels in Cosmetic Practice*. New York: Taylor&Francis group.
7. Drąsutienė, G. (2009). *Moters sveikatos ir grožio enciklopedija. Pozityvaus gyvenimo vadovas*. Vilnius: Šviesa.
8. Gao X. H., Zhang L., Wei H., Chen H. D., (2008). Efficacy and safety of innovative cosmeceuticals. *Clinics in Dermatology*, Volume 26, Issue 4, 367-374.
9. Yokomizo V. M. F., Benemond T. M., Chisaki Ch., Benemond P.H. (2013). Chemical peels: review and practical applications. *Surg Cosmet Dermatol* 5(1), 58-68.
10. Mingzhong, S. Sun, N. Chian Liu, H. Quing Niu, Y. Wu, Y. (2015). Reduction on facional pigmentation of melasma by topical lignin peroxidase: A novel fact-acting skin lightening agent. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 9(2), 341–344.
11. Pierce, A. (2013). *Milady's aesthetician series. Treating Diverse Pigmentation*. USA New York: Milady.
12. Pugliese P. T., 2009. Naujas požiūris į pigmentaciją. *Les nouvelles esthetiques Lietuva*, 38.
13. Ravnbak, M.H. (2010) *Objective determination of Fitzpatrick skin type* (Academic Dissertation). University of Copenhagen. Retrieved from: http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=8782868.PDF
14. Sheth V.M., Pandya A.G., (2011). Melasma: a comprehensive update: part I. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 65, Issue 4, 689–697.
15. Small, R., Hoang, D., Linder, J. (2013). *A Practical Guide to Chemical Peels, Microdermabrasion & Topical Products*. China: LWW; 1 Har/Psc edition.
16. Vashi N.A., Kundu R.V. (2013). Facial hyperpigmentation: causes and treatment. *British Journal of Dermatology*, Volume 169, Issue s3, 41-56.
17. Vasiliauskas, J. (2011). *Gamtos vaistinė*. Vilnius: Alma litera.
18. Veljkovic I. (2014). Exfoliating acids. *Dermascope*, January, 74-76. Retrieved from: http://www.pcaskin.com/media/pdf/0114_article_veljkovic.pdf

Summary

Aim: to analyze the impact of complex acids on skin pigmentation color intensity and the amount of melanin in the skin.

Research methods and contingent: literature review, comparative method, summary method, survey, testing, measuring, observation, qualitative and quantitative data analysis.

Results. In this study, the researchers assessed the effects of complex acids in case of melasma. Five procedures were done using a set of complex acids, which were composed of 14% of lactic acid, 12% of citric acid, 5% of kojic acid and 2% of salycilic acid. Upon the completion of all procedures, the lightening of pigment spots was noticed. The decrease of colour intensity of pigment spots became visible. During the course of procedures, the amount of melanin in the skin decreased.

Conclusions. The major goal when eliminating pigment spots is to suppress the activity of melanocytes and to slow down their proliferation, as well as to remove the dead layer of skin. For reducing melasma, complex acids are used, which can also produce two-fold outcomes. Complex acids have the capacity to exfoliate the skin and inhibit melanin synthesis at the same time. During the process of exfoliating, the epidermal cells will be removed, which means that the intensity of pigment spots will reduce; while during the inhibition of melanin synthesis, the non-forming of other pigment spots will be stimulated. After the successful completion of the study, 5 procedures, careful analysis of the data, and assessment of the results, it is safe to claim that complex acids, which are composed of 14% of lactic acid, 12% of citric acid, 5% of kojic acid and 2% of salycilic acid, do indeed whiten melasma, reduce its colour intensity and the amount of melanin produced in the skin, yet they do not completely remove it.

Key Words: Hyperpigmentation, Complex Acids, Melanin, Melanogenesis, Melasma.

Rūta Gervickaitė

Klaipėdos valstybinės kolegijos Kineziterapijos ir grožio terapijos katedros asistentė
Dariaus ir Girėno g. 8, LT -92255, Klaipėda
r.gervickaite@yahoo.com

ESOŠO RESURSU IZMANTOŠANA UN JAUNU RESURSU PIESAISTE SOCIĀLAJĀ DARBĀ AR BĒRNIEM NO RISKĀ ĢIMENĒM

THE USE OF EXISTING RESOURCES AND INVOLVEMENT OF NEW RESOURCES IN SOCIAL WORK PRACTICE WITH ADOLESCENTS FROM RISK FAMILIES

Inta Čamane, Līva Poriete

Baltijas Starptautiskā akadēmija

76

Kopsavilkums

Autores rakstā skaidro, kādus resursus un pakalpojumus izmanto, un kādus jaunus sociālos pakalpojumus vai jaunus resursus var piesaistīt un izmantot, lai uzlabotu Jēkabpils Sociālā dienesta Atbalsta nodaļas ģimenēm ar bērniem darbu saskarsmē ar bērniem no riska ģimenēm un viņu sociālajām problēmām.

Jēkabpilī Atbalsta nodaļā ģimenēm ar bērniem sociālie pakalpojumi attīstās. Par to liecina statistikas dati. Kopš nodaļas pastāvēšanas sociālais darbs turpina attīstīties un pilnveidoties. Sociālos pakalpojumus izmanto arvien lielāks klientu skaits. Tas nozīmē, ka iedzīvotāju informētības līmenis ir palielinājies un risināmo sociālo problēmu skaits ir pieaudzis. Vēl joprojām sociālo pakalpojumu klāsts nav pietiekošs, trūkst papildus resursu jaunu inovāciju izveidei un papildus speciālistu piesaistīšanai. Sociālajam dienestam ir ierobežotas iespējas papildus pasākumu organizēšanā riska ģimenēm, riska ģimeņu bērniem un citiem Sociālā dienesta redzeslokā esošajiem klientiem, tāpēc sociālo problēmu novēršana ir ilgstošāka un mazāk efektīva.

Mērķis: atspoguļot jaunu resursu un inovāciju nepieciešamību sociālajā darbā ar bērniem no riska ģimenēm.

Atslēgas vārdi: sociālais darbinieks, resursi, riska ģimenes, bērni no riska ģimenēm.

Ievads

Ekonomiskā krīze un sarežģīta sociālā situācija Latvijā pēdējo gadu laikā radījusi virkni problēmu simtiem jaunu ģimeņu, kuras nonākušas Sociālā dienesta redzeslokā. Pamatproblēmas pārsvarā ir līdzīgas – atkarības, bezdarbs, paaugstināts stresa līmenis ģimenēs, kā rezultātā ģimenes locekļu starpā ir konflikti, kas nereti pārvēršas emocionālajā vai fiziskajā vardarbībā. Bieži vien speciālisti jau ir uzzinājuši par šo ģimeni pirmie, un ģimene Sociālajā dienestā nonāk kā obligātie klienti, ar kuriem jāuzsāk un jāturpina sadarbība ar mērķi uzlabot situāciju un novērst problēmas. Jēkabpils Sociālā dienesta Atbalsta nodaļā ģimenēm ar bērniem izveidojies jauns klientu sadalījums un vieni no “jaunienācējiem” ir nepilngadīgie likumpārkāpēji, kuri ar sociālā darbinieka palīdzību realizē sociālās korekcijas programmu, kas lielākoties ir obligāta Valsts policijas prasība.

Sociālās problēmas ar laiku mainās, tāpēc tie sociālie pakalpojumi, kurus pielietoja iepriekš, ne vienmēr spēj risināt sociālās problēmas šodien. Sociālo pakalpojumu attīstība ir cieši saistīta ar klientu vajadzībām un bieži vien arī ar speciālistu kreativitāti. Sociālais darbs nav tikai cīņa ar sekām. Profesionāls darbinieks spēj analizēt klienta problēmu cēloņus un spēj pielāgot risinājumus cēloņu novēršanai un sociālo problēmu mazināšanai vai pilnīgai sociālo problēmu izskaušanai. Biežāk sastopamā problēma sociālajā darbā ir tā, ka darbinieks spēj situāciju atrisināt tikai mutiski, reālam risinājumam trūkst resursu, kuri Sociālajā dienestā ir ļoti ierobežotā daudzumā. Tāpēc raksta mērķis ir atspoguļot jaunu resursu un inovāciju nepieciešamību sociālajā darbā ar bērniem no riska ģimenēm.

1. Riska ģimeņu bērnu raksturojums

Pielietotās pētījuma metodes: Zinātniskās teorijas analīze; Empīriskās metodes – aptauja, intervija.

Jēdziens “risks” tiek traktēts kā iespējams apdraudējums, objektīvs un izzināms fakts, kā arī kā potenciālās briesmas vai jau nodarīts kaitējums. Risku uztvere, kā ikdienas līmenī, tā arī no zinātniskā viedokļa ir atkarīga no politiskā un kultūras konteksta. Tomēr pastāv uzskats, ka risks kā tāds nepastāv, ir tikai riska uztvere, kas ir vēsturiski, politiski un sociāli nosacīta skatījuma uz pasauli rezultāts. Tiek izdalīti riski, kuriem var tik pakļautas sociālās grupas, kā arī riski, kurus var izjust sabiedrība sakarā ar to, ka tajā dominē tādu normu elementi, kuri ir pretrunā sabiedrības interesēm.

Sociālā riska ģimeni var definēt kā ģimeni, kurā ir grūti risināmas problēmas, ierobežotas iespējas nodrošināt labvēlīgas dzīves apstākļus pilnvērtīgai attīstībai visiem ģimenes locekļiem. Sociālās problēmas var būt saistītas ar:

- ģimenes veidošanos, attīstības vai iziršanas posmu (nepilna, daudzbērnu, ar bērnu vai vecāku invalīdu);
- valsts un sabiedrības situāciju (maznodrošinātas ģimenes, ģimenes ar sliktiem dzīves apstākļiem, bēgļu ģimenes, bezdarbnieku ģimenes);
- iekšējiem faktoriem, asociālu ģimenes locekļu uzvedību (alkoholisms, narkomānija, likumpārkāpumi u.c.).²⁸

Visnozīmīgākā riska grupa ir bērni, īpaši pusaudži. Saskaņā ar mūsdienu normatīvajiem aktiem, bērni ir personas no 0 - 18 gadiem. Pēdējos gados arvien vairāk saasinās jautājums par pieaugošām grūtībām darbam ar pusaudžiem, kuri atšķiras ar savas attīstības marginālo raksturu: pusaudzis atrodas starp divām vecuma grupām – pieaugušajiem un bērniem. Viņš tiecas pāriet uz pieaugušo grupu, kurā viņu vēl nepieņem.

Riska grupai tiek pieskaitītas šādas bērnu kategorijas:

1. Bērni ar attīstības problēmām, ar izteiktām psihopātoloģiskām un neiroloģiskām novirzēm;
2. Bērni, kas palikuši bez vecāku gādības sakarā ar dažādiem nelabvēlīgiem apstākļiem;
3. Bērni no nelabvēlīgām asociālām ģimenēm;
4. Bērni no ģimenēm, kurām nepieciešama sociāli – ekonomiskā un sociāli – psiholoģiskā palīdzība un atbalsts;
5. Bērni ar sociālās un psiholoģiskās – pedagoģiskās dezadaptācijas izpausmēm.²⁹

Sociālā riska ģimeni raksturojošie faktori:

- maza emocionālā saskarsme ar bērniem;
- bezdarbs;
- trūkums;
- izlikšana no dzīvokļa;
- jauktas laulības;
- vecāku izglītības trūkums;
- informācijas trūkums;
- atbalsta sistēmas trūkums;
- daudzbērnu ģimenes;
- viena vecāka ģimenes;
- ģimenes krīze – ģimenes locekļa zaudējums, bērna piedzimšana, slimība, kāds pensijā un/vai invalīds.

Augsta sociālā riska ģimeni raksturo:

- jebkura veida vardarbība ģimenē;
- jebkura veida atkarības problēmas;

²⁸ Reinholde, I., Vanaga, D. (2002.) *Sociālais darbs ar augsta riska ģimenēm*. Rīga:SDSPA “Attīstība”

²⁹ Лебедева, С.С. (2010.) *Социальная работа с детьми и подростками группы риска*. Источник http://social-orthodox.info/pages/5_4_lebedeva_s.htm

- devianta un asociāla uzvedība;
- nelabvēlīgi bērnu audzināšanas apstākļi;
- bērnu izglītības un veselības pamešana novārtā.

Jēdziens “riskā grupas bērni” tiek pielietots psiholoģijā, pedagoģijā, socioloģijā, ļoti bieži sociālajā darbā, bet tai pat laikā līdz pat šim brīdim tas daudzējādā ziņā paliek nenoteikts. Bērnu, kuri tiek pieskaitīti riska grupai, dažādība un atšķirības to dzīves situācijās, faktoru, kuri ietekmē viņus, apgrūtina vienota priekšstata veidošanos par šo jēdzienu.

Uzkrājoties nelabvēlīgām situācijām, pazīmēm un izpausmēm, tās pārtop par veseliem simptomu kompleksiem, aizskarot sākotnējo uzvedību, bet pēc tam arī bērna personības līmeni, izpaužoties paaugstinātā hipernorobežošanās attiecībā pret sevi (“ne tāds, kā visi”), agresīvas uzvedības aizsargformu attīstībā. Tādā veidā riska grupa apvieno bērnus, kuri ģenētisku, bioloģisku, sociāli – psiholoģisku un/vai sociāli – pedagoģisku iemeslu dēļ nav spējīgi bez kvalificētas palīdzības no malas pārvarēt radušās grūtības, kuras viņus var novest pie dezadaptācijas, traucēt socializācijas procesu. Tādā situācijā rodas nepieciešamība pēc mērķtiecīgas līdzdarbības, lai tādus bērnus integrētu sabiedrības dzīvē, veidotu viņiem pozitīvu vērtību sistēmu, kura kļūst par pamatu pašrealizācijai, nevēlamas uzvedības profilakse, attīstītu sociālās iemaņas.³⁰

2. Sociālais darbs ar bērniem no riska ģimenēm

Atbalsta nodaļa ģimenēm ar bērniem redzeslokā uz 2016. gada februāri ir 114 sociālā riska ģimenes. No šīm ģimenēm 26 ir nepilngadīgo likumpārkāpēju ģimenes, pārējās ir riska vai augsta riska ģimenes, kuru pamatproblēmas pārsvarā ir bezdarbs un apreibinošo vielu lietošana. Sociālā riska ģimeņu skaits mainās, ar ģimenēm tiek veikts sociālais darbs un risinātas sociālās problēmas, slēdzot lietas ar esošajiem klientiem, bet Sociālā dienesta redzeslokā nonāk arvien jaunas riska ģimenes.

Darbs ar ģimenēm iekļauj sevī dažādus pasākumus - emocionāla atbalsta sniegšanu, palīdzību sociālo iemaņu apgūšanā, informēšanu par tiesībām un pienākumiem, bērnu brīvā laika organizēšanu, materiālās palīdzības sniegšanu nodaļas kompetences robežās. Katru gadu Atbalsta nodaļa nodrošina vairāku pasākumu kopumu redzeslokā esošajām ģimenēm to sociālo problēmu risināšanas nolūkiem. Pasākumu īstenošanā tiek piesaistīti papildus speciālisti, piemēram, psihologi, atkarību speciālisti, karjeras konsultanti, mediķi, policijas inspektori, nometņu organizētāji.³¹

Komplicētas sociālās problēmas visbiežāk skar ģimenes, kurās ir vairāki bērni. Šo ģimeņu bērnu izplatītākās problēmas ir skolu kavējumi, administratīvie pārkāpumi un krimināllikuma pārkāpumi. Administratīvie pārkāpumi visbiežāk ir par smēķēšanu, alkohola lietošanu un ilgstošu izglītības iestādes neapmeklēšanu, ja nav iegūta pamatizglītība. Krimināllikuma pārkāpumi pārsvarā ir zādzība, krāpšana, piesavināšanās nelielā apmērā. Šo bērnu pārkāpumu cēlonis visbiežāk ir disfunkcija ģimenē, devianta un delikventa uzvedība, kā arī daudzas citas sociālās problēmas.

Atbalsta nodaļas obligāts uzdevums ir veikt sociālās situācijas izvērtējumu, noslēgt sociālās rehabilitācijas plānu (citur tekstā arī – sociālās korekcijas plāns) ar veicamajiem uzdevumiem un slēgt sadarbības līgumu. Visbiežāk noteiktie korekcijas uzdevumi ir:

- apmeklēt Zemā Sliedžu centra speciālistu atkarību jautājumos;
- regulāri apmeklēt izglītības iestādi un sekmīgi apgūt mācību priekšmetus;
- apmeklēt psihologa konsultācijas;
- regulāri sadarboties ar sociālo darbinieku un pildīt tā ieteikumus;
- apmeklēt Atbalsta nodaļas piedāvātos pasākumus un/vai nodarbības;
- lietderīgi pavadīt brīvo un ārpusstundu laiku.

Klienti visbiežāk nodaļas redzeslokā atrodas pusgadu, gadu, vai līdz brīdim, kad sociālās problēmas tiek mazinātas un tiek sasniegts sociālās rehabilitācijas plāna mērķis.

³⁰ Басов, Н.Ф. (2012.) *Социальная работа с различными группами населения*. Москва: КноРус.

³¹ Jēkabpils Sociālā dienesta Atbalsta nodaļas ģimenēm ar bērniem apraksts (2016.) http://soc-dienests.jekabpils.lv/lv/nodaljasamatitele_foni-21964/atbalsta-nodalja-g_jimeneem-ar-beerniem-22101

Sociālais darbs tiek veikts gan ar vecākiem, gan ar pašu bērnu. Lai arī sadarbība ir obligāta, klienti mēdz ignorēt sociālā darbinieka prasības un uztotos pienākumus. Šādā gadījumā sociālais darbinieks ir spiests meklēt alternatīvu sadarbības uzsākšanai un situācijas uzlabošanai. Piemēram, 2013.gadā sociālā darbiniece izveidoja sadarbību ar citiem profesionāļiem, kuri pasniedz HIP-HOP dejas un futbola treneri ar mērķi veidot alternatīvu sadarbību. Šajos pasākumos iesaistījās 12 nepilngadīgie likumpārkāpēji, kuri ilgstoši apmeklēja nodarbības, tādā veidā lietderīgi pavadīja brīvo ārpusstundu laiku, fiziski un emocionāli novērsa vai mazināja esošo problēmu radīto spriedzi un integrējās sabiedrībā.

Sociālajam dienestam budžetā nebija paredzēti finansiāli līdzekļi šādu alternatīvo pasākumu piedāvāšanā, treneri iesaistījās kā brīvprātīgie profesionāļi un sociālā darbiniece brīvprātīgi ar savu transportlīdzekli ārpus darba laika īstenoja šos pasākumus kopā ar klientiem.

Klienti nelabprāt iesaistās esošajos pasākumos, tomēr vairāk dalībnieku ir pasākumos, kuri saistīti ar aktīvi pavadītu laiku, piemēram, nometnes un sporta nodarbības. Līdz ar to nepieciešams paplašināt tieši šādu piedāvājumu spektru, daudzumu un kvalitāti.

3. Sociālā darba un nevalstisko organizāciju (NVO) mijiedarbība problēmu risināšanai

Sociālais darbs ietver gan sociālo pakalpojumu plānošanu, gan organizāciju un realizēšanu. Abpusēji nozīmīgas ir iespējas, ko var dot iedzīvotāju līdzdalība sociālo pakalpojumu politikas plānošanā un to pieprasījuma noteikšanā gan nacionālā līmenī, gan kopienas līmenī pašvaldībās, gan kā organizētu grupu iesaistīšanās. Veidojot valsts un pašvaldību sociālo pakalpojumu sniegšanas politiku, būtu jāņem vērā to sensitīvais raksturs, tirgus nespēja šos pakalpojumus nodrošināt visiem pienācīgā kvalitātē no vienas puses un NVO īpašā spēja balstīties vērtībās un elastīgums, piemērojoties klientu vajadzībām no otras puses.

Likums „Par pašvaldībām” Latvijā deleģē sociālo pakalpojumu nodrošināšanu pašvaldībām, pamatojoties uz pieņēmumu, ka tās atrodas tuvāk pakalpojumu saņēmējiem, labāk var novērtēt iedzīvotāju vajadzības, nosakot sociālo pakalpojumu formu un struktūras. Pašvaldībām ir arī vara izvēlēties: vai nu nodrošināt nepieciešamos sociālos pakalpojumus, veidojot savas institūcijas, vai arī iepirkt kā ārpakalpojumu, tai skaitā no NVO vai uzņēmējiem. Problēma varētu būt mazākas pašvaldības, kurās trūkst šādu pakalpojumu piedāvājumu iniciatīvu.³² Nevalstiskais sektors veido arī saikni starp indivīdu vai ģimeni un plašāku sabiedrību. Cilvēki, kuri iesaistās NVO darbībā, apmierina vajadzību pēc kopības izjūtas, pēc piederības kādai grupai, kas veicina integrāciju sabiedrībā.³³ Visefektīvākā NVO darbība panākama, ja tās iesaista jau sociālo pakalpojumu plānošanā kā procesa sākumposmā. Tas spētu būt veiksmīgs priekšnoteikums, lai NVO iesaistītos kopienā arī sekojošajos sociālo pakalpojumu posmos – organizēšanā un nodrošināšanā.³⁴

Jēkabpils NVO iesaiste sociālā darba procesos ir jauns sadarbības veids, un tas izveidojies salīdzinoši nesen. Vērā ņemamus rezultātus tas vēl nav sniedzis, taču ir parādījis, ka šī sadarbība ir nepieciešama, lai piesaistītu papildus resursus un veidotu jaunas novitātes sociālā darba procesa attīstībai. Šo sadarbību nepieciešams stiprināt. Līdz šim sociālie darbinieki nelabprāt interesējušies par NVO piedāvātajām resursu iespējām, jo to iegūšanas ceļš nav viegls, tam ir vajadzīga izpratne par resursu iegūšanu un pēctecības nodrošināšanu, kam pašvaldībai nav paredzēti finanšu līdzekļi. Līdz ar to sociālo darbinieku kreativitāte un uzņēmība risināt sociālās problēmas izmantojot alternatīvus resursus, kurus iespējams iegūt sadarbībā ar NVO, apstājas vēl nesākusies.

³² Miezaine, Z. (2005.) *Pāreja uz sociālo pakalpojumu tirgu Latvijā – NVO labvēlīga politika*. Saturs iegūts no <http://providus.lv/article/pareja-uz-socialo-pakalpojumu-tirgu-latvija-nvo-labveliga-politika>

³³ Latvijas Pilsoniskā alianse (2015.) *Nevalstisko organizāciju sektors*. Saturs iegūts no <http://www.nvo.lv/lv/news/>

³⁴ Miezaine, Z. (2005.) *Pāreja uz sociālo pakalpojumu tirgu Latvijā – NVO labvēlīga politika*. Saturs iegūts no <http://providus.lv/article/pareja-uz-socialo-pakalpojumu-tirgu-latvija-nvo-labveliga-politika>

3.1. Atbalsta nodaļas ģimenēm ar bērniem realizētais projekts riska ģimeņu bērniem kā jauns resurss sociālo problēmu risināšanā

2015. gada sākumā starp Jēkabpils pilsētā pastāvošu biedrību Sporta Klubs (SK) „Jēkabpils Lūši” un Jēkabpils Sociālā dienesta Atbalsta nodaļas ģimenēm ar bērniem sociālo darbinieci izveidojās starpprofesionāla sadarbība ar mērķi kopīgi iesaistīties NVO piedāvāto projektu izstrādē un realizācijā, piesaistīt jaunus resursus sociālo riska ģimeņu bērnu lietderīgai brīvā laika pavadīšanai.

Pirmais solis bija pamatidejas meklēšana, lai projekts attaisnotu tā mērķus un piesaistītie resursi palīdzētu sociālo problēmu mazināšanā. Tā kā strādājot Atbalsta nodaļā projekta koordinatore novēroja trūkumus pusaudžu sociālo korekciju piedāvātajos uzdevumos, projekta ideja balstījās tieši uz šo mērķgrupu un šīs mērķgrupas sociālajām problēmām.

2015. gada aprīlī tika iesniegts izvērtēšanai pirmais kopīgais projekts „Riska ģimeņu bērnu piesaistīšana brīvā laika pavadīšanā izmantojot fiziskās aktivitātes”. Sakarā ar mazo finansējumu (860.00 euro) projekts ietvēra 9 nodarbību nodrošināšanu, inventāra iegādi, transporta pakalpojumus bērnu nogādāšanai mājup, ūdens, kancelejas preču, citu sadzīvisku lietu iegādi.

Projekta realizēšanas termiņš tika noteikts 2015. gada vasaras periods, kad bērni un jaunieši ir mazāk noslogoti un brīvā laika ir daudz vairāk kā skolas periodā, līdz ar to arī ir lielāka iespēja piesaistīt vairāk projekta dalībnieku. Tika paredzēti šādi rezultāti, ieguvumi un izmaiņas:

- Lietderīgi pavadīts laiks (galvenā projekta nepieciešamība – novērst nelietderīga brīvā laika pavadīšanu - zādzības, apreibinošu vielu lietošana, kļaiņošana);
- Motivācija sasniegt mērķi;
- Integrācija sabiedrībā;
- Pilnveidotas komunikācijas prasmes, prasme strādāt komandā;
- Fiziskās sagatavotības uzlabošana, savu fizisko spēju un dotību izzināšana un attīstība;
- Pašdisciplīnas apguve, konkrētu prasību/noteikumu ievērošana un to pildīšana;
- Draudzīgas, cieņpilnas attiecības ar pārējiem nodarbību dalībniekiem un iesaistītajām personām.

Grūtības projekta laikā, ar kurām saskārās iesaistītie profesionāļi:

- Motivēt vecākus, lai tie atbalstītu bērnus piedalīties nodarbībās;
- Parādīt bērniem, ka nodarbības kaut ko šajā dzīvē maina (tam nepieciešams ilgstošāks, intensīvāks darbs);
- Izveidot draudzīgas, cieņpilnas attiecības, iegūt uzticību.

Kopsavilkums par projekta nodarbībām:

- Projektā piedalījās 25 bērni un tika noorganizētas 9 nodarbības. Pēc pēdējās nodarbības projekta dalībniekiem tika sarīkots noslēguma pasākums, kura laikā dalībnieki varēja cienāties ar biedrības un projekta koordinatores sarūpēto cienastu un dalīties iespaidos par projektā pieredzēto;
- Vidēji katrā nodarbībā piedalījās 10 bērni;
- Iegādāts inventārs – hanteles, pilbumbas, paklājiņi, fitnesa bumbas, apļveida gumijas, kas ir paliekošs inventārs turpmāko projektu īstenošanā;
- Nodibināta cieša sadarbība starp Sociālo dienestu, biedrību SK “Jēkabpils Lūši” un sociālā riska ģimenēm;
- Īstenoti projekta sākumā izvirzītie mērķi, kas apstiprina šāda projekta realizēšanas nepieciešamību;
- Projekta laikā izveidojusies pilnīgāka izpratne par turpmāko darbību šādu projektu īstenošanā, nodarbību satura paplašināšanu, dalībnieku interesēm, bērnu sociālo problēmu risināšanu;
- Projekta laikā iesaistītie profesionāļi pilnveidojuši prasmes darbā ar sociālā riska ģimeņu bērniem.

Iesaistīto profesionāļu atziņas projekta norises laikā un pēc tās:

- Bērniem no sociālā riska ģimenēm svarīgākais bija profesionāļu attieksme pret viņiem;
- Būt patiesam un draudzīgam ir profesionāļa galvenais uzdevums darbā ar bērniem;
- Projekta laikā galvenais ir redzēt, just un mainīties – būt elastīgiem;
- Darbs, kas dod morālu gandarījumu, ir vērtīgs, motivē pilnveidoties, attīstīties un turpināt iesākt;
- Nav «sliktu» bērnu, ir «slikti» apstākļi, kuri «slikti» iespaido.

Sākotnējie projekta mērķi tika sasniegti un sagaidītas pozitīvas atsauksmes no dalībniekiem. Biedrības vadītājs un sociālā darbiniece (projekta koordinatore) arī pēc šī projekta realizācijas nolēma kopīgi sadarboties un meklēt finanšu resursus turpmāku nodarbību nodrošināšanai un nodarbību daudzveidības paplašināšanai.

2016.gada martā tika iesniegti vairāki šāda veida projekti dažādās vietās, kurās piedāvā finanšu līdzekļus projektu realizācijai. Pārliecinot Jēkabpils NVO un Jēkabpils pilsētas domes darbiniekus par dialoga izveidi starp projekta īstenotājiem un sociālā riska bērniem, no domes darbiniekiem tika izteikta iespējamība turpmāk projekta nodarbībām nepieciešamos līdzekļus iekļaut Jēkabpils Sociālā dienesta budžetā, kas būtu labs sākums jaunu resursu piesaistei darbam ar sociālā riska ģimeņu bērniem.

3.2. Projekta dalībnieku aptaujas rezultātu apkopojums

Lai noskaidrotu projekta dalībnieku viedokli, tika veikta aptauja ar mērķi iegūt informāciju, ko izmantot jaunu resursu pilnveidošanā darbā ar sociālā riska ģimeņu bērniem. Aptaujāto respondentu skaits – 25.

Uz jautājumu “Vai projektā piedalījies labprātīgi vai citu cilvēku motivēts?”, 21 respondents atbildēja, ka labprātīgi, bet 4 piedalījies lika vecāki. Par nodarbību nepieciešamību pozitīvi atbild 19 respondenti, bet 6 šaubās un nezina, vai šādas nodarbības ir nepieciešamas.

Uz jautājumu “Cik bieži šādām nodarbībām jānotiek?”, 20 respondenti atbildēja, ka nodarbības vēlas biežāk kā 1 reizi nedēļā, bet 4 - ka nodarbības var būt 1 reizi nedēļā un retāk.

Atbildot uz jautājumu “Ar ko atšķiras šī projekta piedāvātās nodarbības no citām pilsētā pieejamajām nodarbībām bērniem?”, respondentu viedoklis dalās – 4 respondenti uzskata, ka nodarbību atšķirība meklējama brīvprātīgajā apmeklējumā, 4 uzskata, ka piedāvāto nodarbību saturs ir interesantāks. 6 respondenti uzskata, ka atšķirība ir tajā, ka nodarbības ir bez maksas, savukārt, vairākums respondentu - 11 respondenti - atzīmē visus atbilstošos variantus, kā būtiskus.

Noskaidrojot respondentu viedokli par iespējamām izmaiņām nodarbību saturā un organizēšanā, 15 respondenti turpmāk vēlētos nodarbībās paplašinātu fizisko treniņu saturu un apguvi, 8 respondenti vēlētos paplašinātu nodarbību klāstu, kas nav saistīts ar fiziskām aktivitātēm, neviens no respondentiem nav izcēlis citu treneru piesaisti nodarbībām, kā būtiskāko, savukārt, 2 respondenti piekrīt visiem atbilstošajiem variantiem.

Atbildot uz jautājumu “Vai projekta realizācijas laikā un pēc tā, jūti izmaiņas sevī?” 14 respondenti apliecināja, ka izmaiņas ir fiziskas, 8 respondenti izmaiņas novēroja domāšanā un uztverē, 3 respondenti izmaiņas nav novērojuši. Neviens respondents neatzīmēja emocionāla rakstura izmaiņu parādīšanos.

Noskaidrojot respondentu vēlmju turpmāko nodarbību apmeklēšanu, 21 respondents izsaka pozitīvu vēlmi nodarbību apmeklēšanai un tikai 4 respondenti nespēja sniegt konkrētu atbildi un norādīja uz to, ka tas ir atkarīgs no esošās situācijas piedāvāto nodarbību norises laikā.

Autores secina, ka lielākā daļa aptaujāto izsakās pozitīvi un novērtē sniegto nodarbību nozīmi. Var noprast, ka respondenti arī turpmāk vēlas apmeklēt šādas un cita veida nodarbības, kas nozīmētu lietderīgu brīvā laika pavadīšanu. Lietderīga brīvā laika pavadīšana ir nozīmīgs sasniegums sociālo problēmu risināšanā un mazināšanā riska ģimeņu bērniem. Līdz ar to tas apstiprina projekta nozīmi un projektu kā jaunu resursu sociālajā darbā ar riska ģimeņu bērniem.

3.3. Interviju rezultātu apkopojums

Lai noskaidrotu profesionāļu viedokli par jaunu resursu piesaisti sociālajā darbā ar sociālā riska ģimeņu bērniem, autores intervēja biedrības SK „Jēkabpils Lūši” vadītāju un Jēkabpils Sociālā dienesta Atbalsta nodaļas ģimenēm ar bērniem vadītāju.

Abi respondenti apstiprina, ka viņu ikdienas pienākumi ir tieši saistīti ar bērniem un pusaudžiem. Atbalsta nodaļas vadītāja strādā tieši ar riska ģimeņu bērniem ikdienā, veicot sociālo darbu un risinot šo ģimeņu sociālās problēmas, savukārt, SK „Jēkabpils Lūši” vadītājs popularizē aktīvu dzīvesveidu, t.sk., mācot bērniem un pusaudžiem aktīvi pavadīt brīvo laiku, uzlabojot savu fizisko formu un spēcinoši sevi morāli. Neskatoties uz to, ka ikdienā respondentu darbs un redzeslokā esošie klienti atšķiras, abi uzskata, ka sociālās problēmas bērniem rodas no apreibinošo vielu lietošanas, vardarbības ģimenē, uzmanības trūkuma, delikventas uzvedības, disciplīnas trūkuma, uzmanības un pozitīvo sajūtu trūkuma. Kā sociālo problēmu cēloni viņi uzsver audzināšanu ģimenē, kura tiešā veidā ietekmē bērnu uzvedību. Tāpat negatīvais piemērs tiek iegūts no vecākiem vai zināmiem cilvēkiem. Vecākiem bieži vien ir zems izglītības līmenis, nepietiekošas prasmes bērnu aprūpē un audzināšanā. Tā rezultātā daudzi bērni šo negatīvo piemēru uztver kā normu.

Lai risinātu minētās sociālās problēmas, nepieciešams radīt tādas apstākļus, kuri sekmētu šo bērnu brīvā laika lietderīgu pavadīšanu. Tas nozīmē, to ka nepieciešams paplašināt esošās brīvā laika pavadīšanas iespējas. Daudzi no šiem bērniem pilsētā piedāvātās nodarbības neapmeklē, jo tās nespēj atļauties, vai arī tās nav ieinteresēti apmeklēt dažādu citu iemeslu vadīt. Respondenti uzsver, ka, galvenokārt, sociālais darbs ir jāveic ar bērniem, jo vecāki bieži vien nevēlas mainīties savā domāšanā, uzskatos un audzināšanas prasmēs.

Abi respondenti uzskata, ka esošo piedāvāto pakalpojumu klāsts Jēkabpils pašvaldībā ir paplašināms, jo esošie pakalpojumi ne vienmēr ir pieejami un interesanti, kā arī nemazina sociālo problēmu cēloņus. Kā jaunus resursus respondenti min jaunu nodarbību izveidi, jaunas pulcēšanās vietas izveidi, kura piedāvā dažādas bērniem un jauniešiem saistošas nodarbības ar mērķi mazināt sociālās problēmas, lietderīgi pavadot brīvo laiku. Tam jābūt kam tādām, kas būtu saistošs šiem bērniem. Savukārt, lai to īstenotu nepieciešama plašāka biedrību un NVO iesaiste.

Respondentu viedoklis atspoguļo to, ka Jēkabpilī esošo institūciju un profesionāļu sadarbība varētu būt spēcīgāka, kā arī nepieciešama ne tikai profesionāļu sadarbība, bet arī ģimenes locekļu iesaiste, lai tie saprastu pārmaiņu nepieciešamību un reālās iespējas sociālo problēmu risināšanā. Kopīgi nepieciešams radīt sistemātisku plānu ar mērķi mazināt sociālo problēmu cēloņus un sekas.

Respondenti apstiprina kreativitātes trūkumu attaisnojot to ar profesionāļu neticību, motivācijas trūkumu un cilvēciskām rakstura īpašībām. Respondenti uzsver arī to, ka bieži vien profesionāļu kreativitāti ierobežo pastāvošā iekārta, normatīvie akti, finanšu līdzekļu un atbalsta trūkums. Būtisks ir profesionālis, kurš vēlas strādāt un meklēt alternatīvas sociālo problēmu risināšanā darbā ar šo riska grupu. Nepieciešams palīdzēt ģimenēm ar bērniem saskatīt un izmantot savus resursus. Ja ar esošajiem resursiem nepietiek, jānodrošina papildus resursi, kuri atbilstu, katra klienta problēmu veidam un spētu ieinteresēt konkrēto klientu. Piemēram, bērnam, kuram patīk vizuālā māksla un dzeja, nepiedāvāt nodarbības, kas pilnībā atšķiras no viņa interesēm un tādā veidā nespēj viņu piesaistīt brīvā laikā pavadīšanā.

Autores secina, ka respondenti atbildēs vairākkārt uzsver jaunu piedāvājumu nepieciešamību. Lielākoties abu respondentu viedokļi sakrīt vai ir līdzīgi, kaut arī respondentu pieredze un darba sfēra ir atšķirīga.

4. Piedāvājums jaunu resursu piesaistīšanā sociālajā darbā ar bērniem no riska ģimenēm

Lai nodrošinātu jaunu resursu piesaisti, nepieciešams NVO piedāvāto projektu atbalsts. Savukārt, lai iegūtu šo atbalstu un finanšu līdzekļus, nepieciešama biedrība vai nodibinājums.

Autores vēlas atspoguļot Atbalsta nodaļas kreatīvo ideju veidot savu biedrību ar atbilstošiem biedrības statūtiem sociālo problēmu risināšanā bērniem Jēkabpils kopienā.

Biedrības nosaukums – „Pagalms”. Nosaukums atspoguļo vīziju pirms desmit un vairāk gadiem daudzdzīvokļu māju pagalmos, kuros pulcējās dažādu tautību, dažādu interešu, atšķirīga sociālā, ekonomiskā un fiziskā stāvokļa bērni. Visi bija vienoti šajā pagalmā, mācēja atrast kopīgu valodu, intereses un mērķus brīvā laika pavadīšanai izmantojot tos resursus, ko pagals piedāvāja. Pagalma resursi atšķīrās, dažos pagalmos šo resursu tik pat kā nebija, bet motivācijas vadīti bērni attīstīja savas idejas un prasmes pavadīt brīvo laiku lietderīgi. Mūsdienās šīs motivācijas, ideju un prasmju trūkums rada dažādas sociālās problēmas. Bērni nereti pulcējas un izvēlas vieglāko laika pavadīšanas veidu, kas neprasa nekādas pūles, piemēram, kopīgi veic likumpārkāpumus apzīmējot ar krāsu baloniņiem mājas, izsit autobusu pieturu sienu stiklus, kopīgi lieto apreibinošas vielas. Šādā veidā tiek aizpildīts brīvais laiks, gūtas jaunas emocijas un adrenalīns.

Biedrība „Pagalms” piedāvātu veidot savu mazo Jēkabpils kopienas sociālo problēmu skarto bērnu un jauniešu „geto” (Eiropas vēsturē slēgts svešzemnieku kvartāls pilsētas robežās ar savu iekšēju pašpārvaldi un jurisdikciju), kas nodrošinātu pulcēšanās vietu, telpas, dažādas bezmaksas nodarbības prasmju pilnveidošanai, prakses vietas dažādu profesiju apguvei, brīvā laika pavadīšanu ar kino vakariem, koncertiem un citiem pasākumiem. „Pagalma” iesaistītie profesionāļi būtu brīvprātīgie, kuri nodrošinātu resursu piesaisti biedrības pastāvēšanai, mērķu īstenošanai un veidotu atmosfēru, kurā bērni un jaunieši labprātīgi uzturētos un iesaistītos piedāvātajos pasākumos, kā arī paši ģenerētu idejas geto pilnveidošanai.

„Pagalma” mērķis būtu maksimāli piesaistīt sociālo problēmu skartos bērnus un nodrošināt viņu lietderīga brīvā laika pavadīšanu, popularizēt aktīvu, veselīgu dzīvesveidu iesaistot bērnus fiziskajās aktivitātēs, kā arī integrēt šos bērnus sabiedrībā. “Pagalma” uzdevumi:

- apzināt sociālās prasmes, kas nepieciešamas integrācijai sabiedrības dzīvē, un pilnveidot sadarbības prasmes, prasmi uzklaut, parādīt sevi, savu viedokli, pašnovērtējuma prasmes; sekmēt iecietīgu attieksmi pret sevi un citiem; stimulēt personas mērķtiecību, organizētību, paškontroli, pārliecību par savām spējām.
- Sekmēt prasmes piesaistīt nepieciešamo palīdzību un risināt dažādus svarīgus dzīves jautājumus.
- Veicināt izglītības kā pašīstenošanās iespējas apzināšanos un palīdzēt bērniem sagatavoties izglītošanās iespēju piesaistīšanai.
- Pilnveidot sadzīves organizēšanas prasmes: budžeta plānošanas, brīvā laika plānošanas un pavadīšanas prasmi.
- Veicināt fizisko nodarbību izmantošanu ikdienā, lai uzlabotu bērnu veselības stāvokli un izturību.

“Pagalma” sagaidāmie rezultāti: bērni, kuri apzinās savas prasmes integrācijai sabiedrībā, prot uzklaut, parādīt sevi, ir pašpārliecināti, droši, mērķtiecīgi, likumpaklausīgi, iecietīgi pret sevi un apkārtējiem, organizēti. Ar paplašinātu domāšanu par to, kā piesaistīt nepieciešamo palīdzību un risināt sarežģītas situācijas sadzīvē un privātajā dzīvē. Bērni, kuri apzinās aktīva un veselīga dzīvesveida ieguvumus un turpina izmantot fiziskās aktivitātes un veselīga uztura principus ikdienā.

Lai to sasniegtu, “Pagalamam” nepieciešams iesaistīt dažādus profesionāļus (treneri, karjeras konsultants, psihologs, uzņēmēji, pozitīvā piemēra personības, speciālisti atkarību jautājumos, probācijas dienesta speciālisti, policijas pārstāvji, sociālais darbinieks, izglītības iestāžu pārstāvji), kuri sniegtu bērniem nepieciešamās prasmes un zināšanas. Biedrības ikdienā pēc bērnu un jauniešu vēlmēm tiktu organizētas nodarbības, piesaistot attiecīgo speciālistu. Plānotās nodarbības notiktu biedrības telpās, kurās būtu arī nepieciešamais inventārs (projektors, tāfele, sporta inventārs, datori, remonta iekšdarbu instrumenti) zināšanu un prasmju pilnvērtīgai apguvei.

Nobeigums

Kopienas un pašvaldības institūciju interesēs ir, lai tiktu nodrošināta jaunu resursu piesaiste un realizācija darbā ar Sociālā dienesta redzeslokā esošo riska ģimeņu bērniem. Gan aptaujas, gan intervijas rezultāti apstiprina to, ka Jēkabpils Sociālā dienesta pakalpojumu klāsts būtu paplašināms, vai arī Jēkabpils pilsētā nepieciešami alternatīvi pakalpojumu piedāvājumi sociālo riska ģimeņu bērnu sociālo problēmu risināšanā. Esošie pakalpojumi daļēji mazina šīs problēmas un nespēj apmierināt bērnu intereses, lai tos iesaistītu brīvā laika lietderīgā pavadīšanā. Tāpēc autore sniedz šādus priekšlikumus:

- Veikt regulāras klientu mutiskas aptaujas un anketēšanu, lai noskaidrotu viņiem saistošāko problēmu risinājumu.
- Ar pozitīvās prakses piemēriem stiprināt profesionāļu pārliecību kreatīvu ideju un alternatīvas pieejas nepieciešamībai sociālo problēmu risināšanā - pozitīvo praksi un resursus Sociālais dienests veiksmīgi apgūst sadarbojoties ar NVO un mēģinot pārvērst sociālā darbinieka idejas problēmu mazināšanā reālajā dzīvē. Analizējot jauno piedāvājumu, kur sadarbībā ar biedrību tika īstenots projekts un realizētas fizisko aktivitāšu nodarbības, secināms, ka šāda sadarbība ir rezultatīva, lai piesaistītu papildus resursus sociālo problēmu mazināšanā.
- Organizēt apmaiņas braucienus, lai iegūtu citu pilsētu/valstu pozitīvo pieredzi sociālo problēmu risināšanā darbā ar riska ģimeņu bērniem;
- Veidot vienotu pulcēšanās vietu riska ģimeņu bērniem, kurā pastāvīgi ir pieejamas dažādu veidu nodarbības brīvā laika lietderīgai pavadīšanai;
- Piesaistīt profesionāļus (sociālie darbinieki, psihologi, sociālie pedagogi), organizēt nodarbības ģimenes saišu stiprināšanā dažādos bērnu vecumposmos;
- Veicināt Sociālā dienesta un NVO sadarbību organizējot kopīgas sanāksmes;
- Pilnveidot sociālo darbinieku zināšanas NVO resursu apgūšanā un realizācijā piedāvājot darbiniekiem piedalīties apmācībās un semināros;
- Izveidot jauno, alternatīvo resursu apkopojumu, kā, piemēram, jaunas biedrības dibināšana, dalība projektos, ko iesniegt Jēkabpils pilsētas domē, par pamatu, Jēkabpils Sociālā dienesta budžeta izmaiņām;
- Organizēt starpprofesionāļu (sociālais darbinieks, psihologs, sociālais pedagogs, biedrību līderis, fizisko nodarbību vadītāji, citu nodarbību vadītāji) un starpinstitūciju (Sociālais dienests, Valsts policija, Pašvaldības policija, Probācijas dienests, Bāriņtiesa, izglītības iestādes, Nodarbinātības Valsts aģentūra, NVO) regulāras tikšanās;
- Prezentēt izdarīto un sasniegumus kopienas ietvaros sociālajos tīklos, presē, sabiedriskajos medijos, lai atspoguļotu/popularizētu pozitīvās izmaiņas, ko devusi alternatīvā pieeja sociālo problēmu risināšanā.

Autore uzskata, ka tēma ir aktuāla un piedāvātais saturs un idejas realizējamas starpinstitucionālajā un starpprofesionālajā sadarbībā.

Literatūras saraksts

1. *Jēkabpils Sociālā dienesta Atbalsta nodaļas ģimenēm ar bērniem apraksts* (2016.) <http://soc-dienests.jekabpils.lv/lv/nodaljasamatitele foni-21964/atbalsta-nodalja-gjime neem-ar-beerniem-22101>
2. Latvijas Pilsoniskā alianse (2015.) *Nevalstisko organizāciju sektors*. Saturs iegūt no <http://www.nvo.lv/lv/news/>
3. Miezaine, Z. (2005.) *Pāreja uz sociālo pakalpojumu tirgu Latvijā – NVO labvēlīga politika*. Saturs iegūts no <http://providus.lv/article/pareja-uz-sociale-pakalpojumu-tirgu-latvija-nvo-labveliga-politika>
4. Reinholde, I., Vanaga, D. (2002.) *Sociālais darbs ar augsta riska ģimenēm*. Rīga:SDSPA "Attīstība"

5. Басов, Н.Ф. (2012.) *Социальная работа с различными группами населения*. Москва: КноРус.
6. Лебедева, С.С. (2010.) *Социальная работа с детьми и подростками группы риска*. Источник http://social-orthodox.info/pages/5_4_lebedeva_s.htm

Summary

The authors of the article explain what resources and services are used at Jēkabpils Centre of Social Services for Children and Families, and what new social services or new resources can be assigned and used to improve work with adolescents and children from social risk families dealing with their social problems.

The social services at Jēkabpils Centre of Social Services for Children and Families are developing. This is evidenced by statistics. Since the foundation of Jēkabpils Social Services Department, social services have been expanding and developing. Social services are used by a growing number of customers. This means that people's level of awareness as well the number of fixed social problems has increased. The range of social services is not broad enough though; there is a lack of additional resources for innovations and new specialists' recruitment. Social Services Department has got a limited potential to organize additional activities working with families at risk, children from social risk families and others in need, that is why the process of solving social problems takes more time and is less effective.

Aim: to reflect the need for new resources and innovation in social work with children from social risk families.

Key words: social worker, resources, families at risk, children from social risk families.

Prof., dr.paed. Inta Čamane

Baltijas Starptautiskā akadēmija (Latvija)

direktors@jk.bsa.edu.lv

Līva Poriete

Baltijas Starptautiskā akadēmija (Latvija)

info@jk.bsa.edu.lv

REIKALAVIMAI PUBLIKUOJAMIEMS MOKSLO TAIKOMIESIEMS DARBAMS ŽURNALĖ „SOCIALINĖ SVEIKATA“

86

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 parštės - 20 mm.
- Tekstas rašomas 1 intervalo eilėtarpiu.
- Lentelės, paveikslai, nuotraukos maketuojami puslapio viduryje, ne didesni nei nustatytos parštės.
- 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

2016 Nr.2 (6)

Viršelio autorius Matas Paškevičius

Išleido VšĮ Reabilitacijos technika

S.Daukanto g. 16, LT-28242 Utena

www.socialinisdarbas.lt

El. p. info@socialinisdarbas.lt