

# SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ETIKA NEONATOLOGIJOJE

ANDRIUS NARBKOVAS<sup>1</sup>, BIRUTĖ OBELENIENĖ

<sup>1</sup> Vytauto Didžiojo universitetas, .....

**Raktažodžiai:** *naujagimis, neišnešiotas naujagimis, gyvenimo kokybė, dirbtinis maitinimas, eutanazija, paliatyvi slauga.*

## Santrauka

Vienodas žmonių orumas ir lygios teisės deklaruojami visose demokratinėse valstybėse. Tačiau kai kalbama apie neišnešiotus naujagimius ir ypač su esama negalia, imama svarstyti, ar jų gyvenimas yra vertas gyventi. Šiame darbe bus siekiama pabrėžti labai svarbią elgesio normą: negalima neskirti neišnešiotiems naujagimiams ir neįgaliems naujagimiams gydymo, kuris būtų skiriamas išnešiotiems vaikams be negalios, nebent negalia padaro gydymą nenaudingą arba nepakeliamą neįgaliam naujagimiui.

## ĮVADAS

Tyrimai rodo, kad apskritai požiūris į naujagimį skiriasi nuo požiūrio į vyresnius vaikus ir kad tai turi įtakos jų sveikatos priežiūrai. Neretai neišnešioti ar su sklaidos trūkumais gimę naujagimiai priskiriami dar žemesnei moralinei kategorijai. Staigus pasikeitimas iš gyvenimo gimdoje į gyvenimą ne gimdoje turi ne tik moralinę, bet ir teisinę reikšmę. Vaisius beveik neturi teisių, tuo tarpu gimęs tampa piliečiu su visomis jam priklausančiomis teisėmis. Daugelyje valstybių įteisinti abortai, kurie atliekami, kai vaisius jau yra gyvybingas, ir tai tiesiogiai susiję su menkesniu naujagimio moraliniu statusu, nes teisė į abortą sudaro prielaidas tėvams nuspręsti dėl gyvybę palaikančio gydymo netaikymo naujagimiams, tik truputį prasitęsias terminas ir aplinkybės [4].

Neišnešiotas ar neįgalus naujagimio sveikatos priežiūros kokybę dažnai nulemia „gyvenimo kokybės“ argumentas. Įprastai kompetentingi pacientai patys sprendžia apie savo gyvenimo kokybę, tačiau naujagimio atveju šį sprendimą priima kiti ir dažnai ne naujagimio naudai. Toks prieštaravimas tarp visuotinai deklaruojamų vienodų žmogaus teisių ir orumo bei realiai menkesnio naujagimio statuso ir intensyvios terapijos priemonių taikymo iškelia darbo problemą, kurią sprendžiant būtina atsakyti į šiuos probleminius klausimus: 1. Kas lemia menkesnį naujagimio statusą? 2. Kokie kriterijai apsprendžia naujagimio intensyvios terapijos taktiką?

3. Kokiais etiniais kriterijais turėtų vadovautis neonatologai naujagimių intensyvioje priežiūroje?

**Darbo tikslas** - atskleisti menkesnio naujagimio moralinio statuso įtaką intensyvios terapijos priemonių netaikymui prieš laiką gimusiems ar neįgaliems naujagimiams bei apibrėžti moralinius kriterijus, kuriais turėtų vadovautis gydytojai.

## TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

**Naujagimio statuso įtaka medicininei priežiūrai ir gydymui.** L.F. Ross pateikia situaciją, kada tėvai turi du vaikus, iš kurių vienas yra 6 val. amžiaus, o kitas yra 6 metų, ir jeigu susiklostytų tokios aplinkybės, kad vienas iš jų turėtų mirti, tai dauguma apklaustų tėvų norėtų išsaugoti šešiametį. Autorė tai sieja su šešiamečio vaiko didesniu ryšiu su tėvais, kad tėvai neįsivaizduoja gyvenimo be to vaiko. Nors ir supranta, kad naujagimis yra nepakeičiamas ir kad jo taip pat gedės [16].

Tačiau neišnešiotam naujagimiui gauti tokį patį gydymą kaip vyresniam vaikui yra mažiau galimybių. Pvz., į reanimaciją patenka du vaikai: anksčiau buvęs sveikas 2 mėn. kūdikis, susirgęs pūlingu meningitu, su išryškėjusiais neurologiniais simptomais ir bėrimais, ir kurio prognozė išgyventi yra menka, ir jei jis išgyventų, tai tikėtina - būtų neurologinių sutrikimų. Kitas vaikas gimė neišnešiotas 24 sav. ir sveria 700 gr. Jis nekvėpavo gimęs ir raumenų tonusas buvo menkas, todėl buvo intubuotas. Intubavus iš karto pagerėjo širdies veikla ir pasikeitė odos spalva. Tokių naujagimių išgyvenamumas yra vidutiniškai 50 proc. Jei tokie kūdikiai išgyvena, jie turi 50 proc. šansą būti visiškai sveiki. Daugelyje ligoninių įvairiose šalyse pirmam kūdikiui intensyvus gydymas reanimacijoje būtų privalomas, tuo tarpu neišnešiotam naujagimiui – ne. Nepaisant to, kad ilgalaikė prognozė neišnešiotam naujagimio yra palankesnė. Tai akivaizdžiai rodo, kad naujagimiai yra labiau pažeidžiama grupė [6].

Menkesnis naujagimio moralinis statusas yra susijęs ir su tuo faktu, kad daugelyje valstybių abortai yra atliekami, kai vaisius jau yra gyvybingas. Šis prieštaravimas gali būti panaikinamas arba pakeliant vaisiaus statusą iki naujagimio statuso, arba naujagimio statusą nužeminant iki vaisiaus statuso. Egzistuoja įvairūs argumentai: kad vaisius yra žmogiška būtybė, bet dar nepasiekęs asmens statuso arba kad vaikas apskritai pasiekia asmens statusą

tik po 2 mėnesių amžiaus, ir panašiai. Tačiau daugelyje valstybių egzistuoja teisė į abortą, taigi motina sprendžia, ar vaikas gyvens. Jei yra pakankamai pagrindo, kad naujagimis gimė su dideliais sklaidos trūkumais, tėvai pasinaudoja ta pačia teise spręsti dėl vaiko gyvybės, kaip ir būtų pasinaudoję abortu, jei prenataliniu laikotarpiu būtų nustatyti ženklūs sklaidos trūkumai [4]. Ir atvirkščiai, stebima praktika, kad perinatologai ir neonatologai labiau linkę taikyti intensyviausias terapijas priemones ir ilgesnį laiką, jei moteris yra vyresnio amžiaus arba pastojusi dirbtinio apvaisinimo pagalba po daugelio nevaisingumo metų. Taigi kai kurie vaikai yra labiau svarbūs negu kiti. Jei neišnešiotas vaikas nepriklauso išrinktųjų grupei, tuomet neteikimas pagalbos jiems grindžiamas principu: „bandyk laimėti kitą kartą“ [6].

#### **„Gyvenimo kokybė“ ir naujagimių bei tėvų interesai.**

Iš esmės tokią naujagimių, ypač neišnešiotų, sveikatos priežiūros politiką ir taktiką nulemia jų „gyvenimo kokybės“ argumentas. Baimė, kad išgyvenęs vaikas turės vienokią ar kitokią negalią, įtakoja gyvybę palaikančių procedūrų skyrimą. Įprastai gydymas skiriamas atsižvelgiant į paciento interesus. Naujagimių atžvilgiu pritarimą ar nepritarimą gydymui apsprendžia jų tėvai ar globėjai. Tokiu būdu neretai susikerta vaikų ir tėvų interesai. „Gyvenimo kokybės“ argumentas yra nulemtas gydytojų bei tėvų, todėl jų interesai nusveria vaiko interesus.

Įprastai kompetentingi pacientai patys sprendžia apie savo gyvenimo kokybę ir, remdamiesi klasikiniiais autonomijos bei geradarystės principais, sutinka su siūlomu gydymu arba jo atsisako. Neonatologijoje autonomiškų sprendimų dėl gydymo nėra, nes patys naujagimiai nedalyvauja priimant sprendimus dėl jų gydymo. Be to, būtų sunku patikėti, kad gydytojai ar tėvai gali tiksliai ir neklystamai nuspręsti, ar konkretaus vaiko gyvenimas bus vaikui blogos „kokybės“. „Gyvenimo kokybė“ yra subjektyvus dalykas ir priklauso nuo paties paciento.

Tėvai ir gydytojai negali pasverti naujagimių subjektyvių pojūčių. Todėl neįmanoma numatyti, kad vaiko gyvenimas bus blogos kokybės ir kad vaikui geriau būtų buvę mirus. Olandijos patirtis rodo, kad naujagimių numanoma bloga gyvenimo kokybė yra grindžiama pagal numanomą kančią ir numanomą negebėjimą komuniukuoti su kitais žmonėmis (negebėjimas verbaliai ar neverbaliai komuniukuoti su kitais dėl kurtumo ar aklumo), lydimo numanomo psichinio neįgalumo ar numanomos nuolatinės nesąmoningos būklės [20]. Tokiu būdu, remiantis tik numanomomis prognozėmis, naujagimiai iš tikrųjų praranda gyvybes.

Jei numanomos „gyvenimo kokybės“ kriterijus lemia gydymo taikymą ar netaikymą, galimos dvi skirtingos

situacijos. Iš vienos pusės, jei bus atliekamos eutanazijos, bus tarp jų tokių naujagimių, kurių kančia nėra nepakeliama. Pvz., Olandijoje eutanizuojami vaikai su *spina bifida* ir galvos smegenų vandene. Tokie vaikai gal ir turės iškęsti gydymą, praleisti tam tikrą laiką ligoninėse ir galbūt nebus tokie aktyvūs kaip „normalūs“ vaikai, bet jie neketės skausmo, jų nepykins ir jie galės komuniukuoti su kitais. Iš kitos pusės, yra teigiančių, kad jei eutanazijos bus uždraustos, bus tokių naujagimių, kurie kentės. Tačiau katras scenarijus yra labiau suderinamas su gydytojo pareigomis? Suprantama, kad pirmiausia gydytojo pareiga yra nepakenkti pacientui, ir ši pareiga yra dar didesnė, kai pacientas yra bejėgis naujagimis. Pagaliau žinomas vadinamasis „negalios paradoksas“, kai gydytojai ir aplinkiniai blogiau vertina neįgalių asmenų gyvenimo kokybę nei patys neįgalūs asmenys. Taigi gydytojai yra netinkami teisėjai, kad spręstų, kas turi gyventi, o kas turi mirti, remiantis numanoma kūdikio „gyvenimo kokybe“ [11].

Gydytojai nėra vieni, sprendžiantys dėl gydymo taktikos. Tėvų dalyvavimas šiame procese neretai yra įtampos šaltinis, nes jų norai skiriasi nuo gydytojų pasiūlymų. Tyrimai rodo, kad tėvai yra mažiau nei gydytojai linkę atjungti gyvybę palaikančias priemones naujagimiams su galima vidutinio sunkumo negalia. Gydytojai linkę daugiau riboti gydymą dėl naujagimio „gyvenimo kokybės“. Tuo tarpu tėvai prašo daugiau agresyvesnio gydymo nei gydytojai, kai naujagimio būklė sunki [19].

Yra situacijų, kada tėvai reikalauja netaikyti gyvybę palaikančių priemonių, ypač neišnešiotiems naujagimiams. Toks tėvų reikalavimas susijęs su baime, kad išgyvenęs kūdikis bus neįgalus. Klasikinis tokio elgesio pavyzdys yra vadinamasis Baby Doe atvejis, kada JAV gimė neišnešiotas naujagimis berniukas, kuriam buvo diagnozuotas Dauno sindromas ir kuriam buvo *duodenum atresia*. Kūdikio motina 34 metų slaugytoja ir tėvas 35 m. teisininkas, auginantis du sveikus vaikus, nesutiko, kad kūdikis būtų operuotas, nes nenorėjo vaiko su negalia. Nors gydytojai paaiškino tėvams, kad gimus yra sunku prognozuoti, koks bus protinės negalios laipsnis, ir kad be operacijos kūdikis negalės būti maitinamas ir žus iš bado, vis dėlto tėvai nedavė sutikimo operuoti. Kūdikis per 11 dienų mirė iš bado [4].

Kada neonatologai turėtų nepaisyti tėvų reikalavimo netaikyti gyvybę palaikančių priemonių, ypač neišnešiotų naujagimių atveju? Yra nusistovėjusi nuomonė, kad neonatologai privalo atmesti tėvų prašymą netaikyti gyvybę palaikančių priemonių neišnešiotiems naujagimiams, jei yra tikėtina tikimybė, kad bus gera išeitis. Kada prognozė abejotina, tuomet gyvybę palaikančių

priemonių taikymas tampa pasirinkimo dalyku. Taigi du svarbūs kriterijai įtakoja pasirinkimą: šansas išgyventi ir galima "gyvenimo kokybė". Tačiau visada neaišku, kokie bus gydymo rezultatai konkrečiu atveju. Juo labiau, kad tėvai sprendžia, koks gyvenimas yra nevertas gyventi iš savo arba iš šeimos, o ne iš vaiko perspektyvos. Taip atsitiko ir su Baby Doe, kada kūdikis buvo numarintas badu. Jei kūdikis būtų gimęs su normaliomis chromosomomis, tėvų atsisakymas chirurginio gydymo būtų buvęs netoleruojamas. Taigi tėvai kartu su gydytojais rėmėsi bloga būsima kūdikio "gyvenimo kokybe" ir pasirinko kūdikio numaravimo taktiką [17].

Kenneth Kipnis pateikia tris netikrumo tipus naujagimių intensyvioje priežiūroje, leidžiančius tėvams apsispręsti dėl gyvybę palaikančių priemonių netaikymo. Pirmą, yra neaiškios ribos, nuo kada vaiko sveikatos sutrikimai tampa nepakeliami ir geriau, kad vaikas mirtų; antra, netikrumas dėl to, ar agresyvus gydymas baigsis sveiko vaiko, ar vaiko su rimtais sveikatos sutrikimais išsaugojimu; trečia, sunkumas nustatyti priimtina šių galimų išeičių santykį. Kadangi šie netikrumai dažni neonatologijoje, tai Kipnis mano, kad neonatologai turi nusileisti tėvų sprendimams, įskaitant sprendimus netaikyti gyvybę palaikančių priemonių skyrimo [10].

Pritarime L.F. Ross nuomonei, kad tėvų autonomija turėtų būti gerbiama tik tais atvejais, kada jų pasirinkimas yra mediciniškai tinkamas. Tačiau tėvų autonomija neturėtų būti absoliuti. Jei tėvų apsisprendimai prieštarauja vaiko pagrindiniams poreikiams, arba jei tėvai nori eliminuoti neįgalų vaiką, tuomet Valstybė, kaip *parens patriae*, turi įsikišti [17].

Reikia pabrėžti, kad toks tėvų sprendimo naujagimių gydymo klausimu suabsoliutinimas išsiskiria nuo etinių vertinimų, susijusių sprendžiant gydymo ar negydymo klausimus vyresnių vaikų ar suaugusių atžvilgiu. Atsiranda perskyra, izoliuojanti naujagimius nuo kitų asmenų, priskiriant juos atskirai moralei grupei. Dėl to sprendimai dėl naujagimiams reikalingos pagalbos priimami kitaip nei kitoms asmenų grupėms. Naujagimių intensyvi terapija daug kruopščiau tyrinėjama už intensyvią vaikų ar suaugusių intensyvią terapiją. Atrodytų, jog tai yra gerai, bet tai daroma tam, kad jai keliami didesni reikalavimai pagrįsti gydymą! Neretai iškeliamas sunaudojamų lėšų klausimas, nors tyrimai rodo, kad naujagimių intensyvios terapijos skyriai mažiau pareikalauja lėšų nei suaugusiųjų intensyvios terapijos skyriai. Be to, dauguma išgelbėtų vaikų, gimusių labai mažo svorio, vėliau gyvena ekonomiškai produktyvų gyvenimą [6].

Naujagimių gydymui iškeliamas ir amžiaus kriterijus.

Šis kriterijus yra akivaizdžiai taikomas tiek naujagimiams, tiek ir labai seno amžiaus žmonėms. Tyrimai rodo, kad vyresnio amžiaus žmonių hospitalizavimas ženkliai mažesnis už jaunesnio amžiaus žmonių hospitalizavimą, nors tai ir atrodo paradoksaliai, nes vyresniame amžiuje tikėtinas didesnis susirgimų dažnis. Pvz., T. Dixon ir kt. atliko tyrimą Anglijoje ir nustatė, kad per trejus metus pacientai, kurių amžius nuo 25 iki 64 metų, buvo stacionarizuoti 3,7 karto, o vyresni nei 65 metų amžiaus vidutiniškai 2,3 karto [2].

Blogesnę naujagimių padėtį rodo ir tai, kad suaugusių ligonių gaivinimo atveju amžius neturi lemiamos reikšmės ir nėra nustatyta riba, nuo kada reikėtų nebe-gaivinti, tuo tarpu neonatologijoje amžius yra lemiantis. Daugumoje šalių yra 24 savaičių riba, žemiau kurios prognozės, tikėtina, yra blogos ir gaivinimas nerekomenduojamas. Daugelyje klinikų 50 proc. 24 sav. naujagimių išgyvena ir iš jų 50 proc. neturi sveikatos sutrikimų. Tyrimų mažesnio amžiaus naujagimių grupėje nėra dar-ryta. Tačiau praktiškai naujagimiai iki 25 sav. kai kuriose ligoninėse yra gaivinami, o kai kuriose negaivinami. Tuo tarpu 2 mėn. kūdikis su streptokokiniu meningitu ir 50 m. pacientas su hemoraginiu insultu būtų nedelsiant gaivinami ir gydomi intensyvios terapijos skyriuje, nepaisant to, kad yra panaši mirties ar negalios tikimybė palyginus su labai neišnešiotais naujagimiais, kuriems galimos mirties ar negalios kriterijai gaivinimą ir gydymą padaro neprivalomą [6].

Atsižvelgiant į paminėtus kriterijus, įtakojančius naujagimių sveikatos priežiūros ypatumus ir žinant greitą technologijų ir medicinos tobulėjimą, neonatologai ir toliau atsidurs sunkių sprendimų dėl gydymo taikymo ar netaikymo akivaizdoje. Europoje daugelyje šalių netaikomas gydymas mirštantiesiems naujagimiams, kurie mirs, nepaisant taikomų priemonių (pvz., kai gydymo priemonės yra neefektyvios), bet išlieka kontraversiška taktika tų naujagimių atžvilgiu, kurie nėra mirštantys, bet kurių numatoma bloga "gyvenimo kokybė". Italijoje įstatymai gina žmogaus gyvybę, ypač jei tai yra vaikai, todėl čia privalomas neišnešiotų naujagimių gaivini-mas net tuo atveju, jei naujagimis išgyvena atliekant vėlyvą abortą. Tačiau kitose šalyse gydytojai dirba be įstatyminės bazės. JAV Amerikos Pediatrių Akademija palaiko gydymo netaikymo galimybę, atsižvelgiant į vaiko interesus. Tačiau po Baby Doe įvykio yra nu-matyti trys atvejai, kuomet galima netaikyti gydymo: 1) jei naujagimis yra negrįžtamoje komoje; 2) jei gydymas tik prailgins mirimo procesą; 3) jei tai bus neefektyvu ir nehumaniška. Klinikinėje praktikoje JAV neonatologai laikosi „lauk iki aiškumo strategijos“, tai yra skiria mak-

simalų gydymą iki tol, kol bus aišku, kad vaikas mirė ar vaiką ištiko negrįžtama koma [15].

**Neįgalūs naujagimiai: paliatyvi pagalba ar eutanazija?** Dar sudėtingesnė situacija yra sveikatos priežiūroje naujagimių su negalia. Nors turėtų galioti taisyklė, kad patologinės būklės gydymas asmenims su negalia neturėtų skirtis nuo gydymo kitais atvejais [1]. JAV vyriausybė 1982 m. paskelbė naujas taisykles, draudžiančias ligoninėms neteikti medicininios pagalbos naujagimiams dėl jų negalios, pabrėžiant gyvybės palaikymo prioritetą sprendimuose dėl gydymo taktikos [5].

Įprastai sprendžiant dėl gyvybę palaikančių procedūrų skyrimo, svarstomas tų procedūrų teikiamos naudos arba efektyvumo klausimas bei sunkumų, sukeltų gydymam vaikui, klausimas. Gyvybę palaikančių procedūrų nauda arba efektyvumas čia suprantamas gydymo išiečių aspektu, būtent, kad tai padeda palaikyti gyvybę. Toks vertinimas dažniausiai atspindi kai teikiama pagalba mirštančiam pacientui. Tačiau šis kriterijus taip pat gali ir turi būti taikomas naujagimio su anencefalijos negalia arba su įgimtos patologijos, nesuderinamos su gyvybe, atveju, kuomet vaikas išgyvena palyginus trumpai. Tokiems kūdikiams neturėtų būti taikomas dirbtinio kvėpavimo aparatas, bet tokie kūdikiai turi būti prižiūrimi, išvalant kvėpavimo takus, maitinant, skiriant skysčius ir rūpinantis elementaria higiena [12].

Dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas neretai lyginamas su dirbtinio kvėpavimo aparato taikymu. Tačiau dirbtinis kvėpavimo aparatas yra įprasta terapinė priemonė, siekiant stabilizuoti būklę ir gydyti, o dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas priskiriami prie slaugos priemonių. Dirbtinis kvėpavimo aparatas pakeičia paciento kvėpavimą, tuo tarpu dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas nepakeičia gebėjimo virškinti, o tik sudaro galimybę maistui patekti į virškinimo sistemą [9].

Jei naujagimiai nėra mirštantys dėl savo įgimtų patologinių būklių, tuomet nors gydymo procedūra, palaikanti naujagimio gyvybę, ir nepanaikina vaiko negalios, tokia procedūra turi būti taikoma. Anksčiau minėtas atvejis, kai vaikui su Dauno sindromu JAV nebuvo chirurgiškai šalinama *duodenum atrezija* vien dėl to, kad vaikas buvo neįgalus. Vaikai su Dauno sindromu nėra mirštantys ir privalo gauti mediciniškai pagrįstą gydymą, taip pat ir chirurginę virškinimo trakto korekciją [13].

Kai kalbama apie naštą ar nepakeliamumą, tai turi būti suprantama kaip gydymo priemonės našta ar nepakeliamumas, bet jokiū būdu ne pačios neįgalios būklės. Pati negalia negali būti traktuojama kaip priežastis netaikyti gyvybę palaikančio gydymo [8]. Nes tuomet tik žmonės su normalia gyvenimo kokybe turėtų pilną teisę

ir pareigą palaikyti gyvybę. Tėvai ar globėjai, duodami už naujagimį sutikimą gydymo procedūrai, turi nuspręsti, ar gydymo procedūra yra sunkiai pakeliama.

Nėra pareigos palaikyti gyvybę, kuomet pastangos gyvybei palaikyti yra pacientui nepakeliamos, arba kuomet gydymo priemonė yra neefektyvi [14]. Nesunkiai galima įžvelgti esminius svarbius etinius skirtumus, kada išjungiamas dirbtinio kvėpavimo aparatas mirštančiam neišnešiotam naujagimiui, kuomet ši priemonė yra neefektyvi ir negali padėti išvengti mirties, ir kada išjungiamas dirbtinio kvėpavimo aparatas tokio pat amžiaus naujagimiui su stabilia hemodinamika, bet su įvykusiu insultu vien dėl to, kad išlikus gyvam vėliau gali būti bloga „gyvenimo kokybė“. Tyrimai rodo, kad 1993 m. apie 40 proc. dirbtinio kvėpavimo aparato išjungimų buvo hemodinamiškai stabiliems naujagimiams dėl galimai blogos jų „gyvenimo kokybės“, ir šis skaičius ženkliai išaugo nuo 1988 m. [18].

Taip pat ir neįgalių naujagimių atveju „gyvenimo kokybės“ kriterijus arba pati negalia negali nulemti sprendimų, turinčių įtakos jų gyvybei. Pagal G. Grisez ir J.M. Boyle, jei vaikas gimsta su įvairiais sklaidos trūkumais ir jei gydytojai bei tėvai nusprendžia, kad pačiam vaikui, šeimai ir visuomenei bus geriau, jei ši našta bus nuimta vaikui mirus ir tuo tikslu neatliks operacijos, kuri šiaip jau turėtų būti daroma, bet nedaroma tam, kad vaikas mirytų, tuomet tėvai ir gydytojai nužudo vaiką. Tas faktas, kad nebus pralietas kraujas, jokių nuodų nebus sušviršksta ir kad mirties liudijime bus parašyta, kad vaikas mirė nuo negalios sukeltų komplikacijų, yra nereikšmingi. Toks veiksamas moraliai niekuo nesiskiria nuo žmogžudystės [3].

Suprantama, kad kai kurie naujagimiai miršta ir mirs intensyvios terapijos skyriuose. Jie patenka gydymui ir jei gydymas nepadeda, jie miršta. Tačiau esminis klausimas, kaip jie miršta? Dalis naujagimių nepatenka į intensyvios terapijos skyrius, nes ultragarsu nustatius sklaidos trūkumus, yra daromi abortai, o jei gimdoma, tai gimdykloje jie nėra gaivinami. Patekę gyvi į intensyvios terapijos skyrius, naujagimiai gydomi, taikant gyvybę palaikančias priemones. Kai kurie miršta dėl to, kad tos priemonės buvo neefektyvios ir mirtis įvyko dėl esamos patologinės būklės. Tokia mirtis yra natūrali ir nekelti jokių etinių prieštaravimų. Tačiau jei naujagimiams gyvybę palaikančios priemonės buvo nutrauktos dėl galimai blogos „gyvenimo kokybės“, tuomet turime eutanazijos reiškinį ir tai yra etiškai nepriimtinas dalykas. Juolab, kad vaikų eutanazija, kuri yra be jų pačių valios pritarimo, neabejotinai yra piktnaudžiaujama. Mirštantiems naujagimiams būtinas simptominis gydymas ir užtikrinta slauga [7].



## IŠVADOS

1. Naujagimiams būdingas įgimtas orumas ir vertinimas. Naujagimių "gyvybės kokybės" nuvertinimas pažeidžia jų prigimtine teisę į gyvenimą.

2. Kriterijai gydymui nutraukti ar jo netaikyti, būtent neefektyvumas ir nepakeliamumas, yra svarbūs moraliniam veiksmo vertinimui, tačiau niekada negalima turėti tikslo nutraukti ligonio gyvybę, o tik išvengti neefektyvių pastangų ar nepakeliamų priemonių taikymo.

3. Jei siekiama naujagimio mirties, netaikant gydymo ar slaugos, toks veiksmas yra naujagimio nužudymas ir yra pasyvios nevalingos eutanazijos aktas, kuris niekada negali būti moraliai pateisinamas.

4. Dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas naujagimiams yra privalomas, nes tai yra būtinos priemonės gyvybei palaikyti ir nesudaro ypatingų sunkumų nei pačiam naujagimiui, nei visuomenei.

5. Neteisinga ir nemoralu diskriminuoti naujagimius dėl negalios ir su tuo siejamos blogos gyvenimo kokybės.

## Literatūra

1. A Working Party Report. Euthanasia and Clinical Practice: Trends, Principles and Alternatives. In: ed. Gormally L, editor. Euthanasia, Clinical Practice and the Law. London: The Linacre Center. 1994: 3–109.
2. Dixon T. Hospital Admissions, Age, and Death: A Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*. 2004; 328 (7451): 1288.
3. Grisez G, Boyle JM. Life and Death with Liberty and Justice: A Contribution to the Euthanasia debate. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press. 1979.
4. Gustafson JM. Mongolism, Prenatal Desires, and the Right to Life. In: Lammers SE, Verhey A, editors. On Moral Medicine: Theological Perspectives in Medical Ethics. Grand Rapids, Michigan Cambridge, U.K.: William B. Eerdmans Publishing Company. 1998: 693–708.
5. Hall MA, Ellman IM, Strouse DS. Health Care Law and Ethics in a Nutshell. St. Paul, MN: West Group. 1999.
6. Janvier A, Bauer KL, Lantos JD. Are Newborns Morally Different from Older Children? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2007; 28: 413–425.
7. Jonsen ARJ, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. New York: McGraw – Hill Companies, Inc. 2002.
8. Keown J. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*. Cambridge: Cambridge University Press. 2002.
9. Keown J. The legal revolution: from 'sanctity of life' to 'quality of life' and 'autonomy'. In: Gormally L, editor. *Issues for a Catholic Bioethics*. London: The Linacre Center. 1999: 233–261.
10. Kipnis K. Harm and Uncertainty in Newborn Intensive care. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2007; 28: 393–412.
11. Kon AA. Neonatal Euthanasia is Unsupportable: the Groningen Protocol Should be Abandoned. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2007; 28: 453 – 463.
12. McCarthy DG. Care of Severely Defective Newborn Babies in Moral Responsibility. In: McCarthy DG, Moraczewski AS, editors. *Prolonging Life Decisions*. St. Louis, Missouri: Pope John Center. 1981.

13. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Deciding to Forego Life – Sustaining Treatment*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. 1983.

14. Reich WT. Quality of Life and Defective Newborn Children: An Ethical Analysis. In: Walter JJ, Shannon TA, editors. *Quality of Life: The New Medical Dilemma*. New York: Paulist Press. 1990.

15. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbig I, de Vonderweid U, Hansen G, Kaminski M, Kollee LAA, Kucinskis A, Lenoir S, Levin A, Persson J, Reid M, Saracci R. Neonatal End – of – Life Decision making: Physician's Attitudes and Relationship With Self – reported Practices in 10 European Countries. *JAMA*. 2000; 284 (19): 2451 – 2459.

16. Ross L.F. The moral status of the newborn and its implications for medical decision making. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2007; 28: 349 – 355.

17. Ross LF. *Children, Families, and Health Care Decision Making*. Oxford: Clarendon Press. 1998.

18. Singh J, Lantos J, Meadow W. End – of – Life After Birth: Death and Dying in a Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*. 2004; 114: 1620–1626.

19. Streiner DL, Saigal S, Burrows E, Stoskopf B, Rosenbaum P. Attitudes of Parents and Health Care Professionals Toward Active Treatment of Extremely Premature Infants. *Pediatrics*. 2001; 108: 152 –157.

20. Verhagen AAE, van der Hoeven MAH, van Meerveld RC, Sauer PJJ. Physician Medical Decision – making at the End of Life in Newborns: Insight into Implementation at 2 Dutch Centers. *Pediatrics*. 2007; 120: 20–28

## HEALTH CARE ETHICS IN NEONATOLOGY

Andrius Narbekovas, Birutė Obelenienė

## Summary

*Key words: premature newborn baby, newborn baby, quality of life, artificial feeding, euthanasia, palliative care.*

*The aim of the article is to specify the important rule of behaviour: one cannot apply the same treatment methods for the premature babies and the disabled ones, as treating the healthy full term babies, unless the character of the disease makes the treatment useless or unbearable for the disabled baby.*

*After having analysed the sources it is possible to state that the attitude towards a newborn baby is essentially different from that to older children, and that fact has its impact on their health care. The situation complicates much more in case the baby is prematurely born. Such babies are attributed to even lower moral category. The sudden transformation from life in the womb to external world has not only moral, but also legal importance. The foetus has practically no rights; however, once he is born he becomes a citizen with all the associated legal rights. Still, a premature born baby has fewer opportunities to get the same treatment as the mature one. It proves the evident fact that the newborn babies belong to an extremely vulnerable group.*

*Basically, the policy and tactics in the field of the health care of newborn babies, especially the premature ones has been predetermined by the argument of "life quality". The fear that having survived a child may have one or the other disease makes an influence over the prescription of certain procedures aimed at keeping up the life. Usually the treatment is prescribed considering the patient's interests. In case of the newborn babies agreement or disagreement with the suggested treatment is concluded by its parents or tutors. In such a situation not seldom there is a conflict of interests between the children and parents. The "quality of life" agreement has been predetermined by physicians and parents, thus overweighing the interests of a child.*

*The main duty of a physician is not to cause any kind of harm to his*

patient, and this obligation becomes only stronger in case of a helpless baby. After all, there is the so called "disability paradox", when the physician and the surrounding people estimate the quality of life of the disabled worse, than the disabled people do themselves.

The physicians are not the only ones who decide over the treatment tactics. The involvement of the parents into the process often becomes the source of tension, because their wishes may differ from the suggestions of the physician. Such a pressure from the parents' side is connected with the fear that the survived baby might be disabled. When should the neonatologists disregard the parents' demand not to prescribe the treatment aimed at keeping up the baby's life, especially in case of a premature one? There is a conventional opinion that the neonatologists must reject the parents' request on the subject, if there is a sound probability that the result of the treatment will be positive. When the prediction is questionable, then the prescription of the means keeping up the baby's life becomes an optional decision. We agree with Ross' opinion that the autonomy of parents should be respected only in cases when their choice is medically justified. However, the parents' autonomy should not be absolute. If the decision of the parents contradict the essential needs of the baby or if the parents are prepared to eliminate a disabled child, then the State as *parens patriae* must interfere into the process.

The situation is even more complicated in the health care of the disabled babies. Although there should be a rule that the treatment of the pathological states in the disabled people cannot differ from the treatment of other cases. If a newborn baby isn't on the verge of dying due to its inborn pathological condition, then, despite the fact that the treatment aimed at keeping up its life does not eliminate the disability, such a procedure must be applied. Disability cannot be considered a sufficient reason for non-application of the treatment to keep up the patient's life. There is no obligation to maintain the life, if the efforts to do so are unbearable for the patient or the means of treatment are inefficient. Once the procedures aimed at keeping up the babies' lives were stopped because of the possibly poor quality of life, then we must recognize them as the phenomena of euthanasia, which is ethically unacceptable. Moreover, the euthanasia of children, when their own will is not taken into consideration is undoubtedly the abuse of human rights. The babies on the verge of dying must be subject to the symptomatic treatment and guaranteed the adequate care.

Correspondence to: a.narbekovas@ktf.vdu.lt

Gauta 2009-09-17

## EDUKACINIO DARBO KOMANDOS VEIKLOS PROJEKTAVIMAS SOCIALINIŲ LIGŲ PREVENCIJOJE: BENDROJO LAVINIMO MOKYKLOS ATVEJIS

IRENA LEIŪGIENĖ<sup>1</sup>, VILMA ŽYDŽIŪNAITĖ<sup>2</sup>, VILIJĄ BALEVIČIŪTĖ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kauno technologijos universiteto Ugdymo sistemų katedra,

<sup>2</sup> Mykolo Romerio universiteto Edukacinės veiklos katedra

**Raktažodžiai:** bendrojo lavinimo mokykla, darbas komandoje, edukacinis darbas, prevencija, socialinės ligos.

### Santrauka

Straipsnyje pristatoma socialinių ligų bei jų prevencijos integrali koncepcija projektuojant edukacinio darbo komandos veiklą bendrojo lavinimo mokykloje. Šiame kontekste siekiama atsakyti į tyrimo problemos klausimą: Koks poreikis edukacinio darbo komandai socialinių ligų prevencijoje bendrojo lavinimo mokyklos aplinkoje? Straipsnio temoje sąvoka „projektavimas“ sudaro prielaidas svarstyti, remiantis teorine analize bei empirinio tyrimo rezultatais, apie edukacinio darbo komandos veiklos erdvę mokyklos aplinkoje, koncentruojantis į šiuos aspektus: ką mokiniai žino ir iš kur jie gauna informaciją apie socialines ligas; kaip mokiniai laikosi higienos reikalavimų ir

kaip skiepijasi profilaktiškai; kokia yra tėvų įtaka vaikų profilaktiniam tikrinimui; koks yra socialinių ligų paplitimas mokyklos aplinkoje. Apklausti 295 6-8 klasių bendrojo lavinimo mokyklos mokiniai. Duomenys rinkti uždaro tipo klausimynu, o analizuoti taikant koreliacinę analizę bei aprašomosios statistikos procedūras. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog iš socialinės aplinkos didžiausią įtaką mokinių užsikrėtimui socialinėmis ligomis daro tėvų išsilavinimas bei šeimos sudėtis. Edukacinis darbas komandoje, atliekant socialinių ligų prevenciją, vyksta mokyklose tik tuomet, kai susiduriama su socialinių ligų problema. Socialinių ligų prevencija vyksta nesistemiškai ir paviršutiniškai, o ją atlieka pavieniai specialistai autonomiškai.

### IVADAS

**Tyrimo aktualumas.** Socialinės ligos yra plačiai paplitusios visame pasaulyje. Išsivysčiusiose šalyse situacija

yra geresnė, tačiau tose šalyse, kur pragyvenimo lygis žemas, neturtingose šalyse, socialinės ligos paplitusios ypač plačiai. Šios ligos, klestėdamos tarp skurstančiųjų, sunkiai besiverčiančių žmonių, neretai peržengia skurdo ribas ir paveikia daugelį kitos aplinkos žmonių. Klestint migracijai, yra didesnė galimybė socialinėms ligoms plėstis tarp šalių, todėl tai svarbi problema visame pasaulyje. Pasak Feldmeier ir Heukelbach [3], pasaulyje egzistuoja tokios labiausiai paplitusios socialinės ligos<sup>1</sup>: utelėtumas (*pediculosis*)<sup>2</sup>, niežai (*scabies*)<sup>3</sup>, tungiozė (*tungiosis*)<sup>4</sup>. Prancūzijos mokslininkai pabrėžė kitas svarbias visuomenei ligas: gripą, stiprų viduriavimą, ŽIV/AIDS ir vėjaraupius [4]. Nigerijoje buvo tirti sunkiai besiverčiančių šeimų vaikai. Iširtos dažniausiai paplitusios odos ligos buvo dermatitas, niežai, grybelinės odos infekcijos. Šias ligas Nigerijoje įtakoja neadekvatus gydymas, vaistų trūkumas, skurdas, išsilavinimo nebuvimas. Buvo tirta ir pasiteisino, kad niežų plitimą teigiamai veikia tai, jog gausios šeimos gyvena nedidelėse patalpose ir vaikai dažnai keičiasi drabužiais [18]. Skurdas – terpė socialinėms ligoms klestėti [3]. Tebevykstant nevaldomai urbanizacijai, tikėtina, jog daugelyje besivystančių šalių epideminės parazitinės odos ligos liks svarbiausios žmonėms, gyvenantiems ekstremaliame skurde. Pasauliniu mastu labiausiai paplitusios ir būdingos visiems pasaulio

regionams trys pagrindinės ligos: niežai, vėjaraupiai ir pedikuliozė. Šios ligos pavojingos visiems pasaulio gyventojams, nepriklausomai nuo geografinės padėties ar klimato juostos [3]. Skurdas, bedarbystė, žemas išsilavinimas yra veiksniai, prisidedantys prie šių ligų plėtimosi, tačiau negalime apsiriboti vien skurdu, kadangi šios ligos vis labiau tampa pavojingos ir pasiturintiems žmonėms bei jų vaikams [4].

**Tyrimo naujumas.** Analizuojant įvairius šaltinius, paaiškėjo, jog mokslinėje literatūroje nėra plačiai rašoma apie socialines ligas. Klusas [14] rašė apie visuomenės ligas, kurias siejo su konformizmu, hedonizmu, alkoholizmu, šeimos erozija ir pan. Analizuojant užsienio šalių mokslininkų darbus pavyko rasti šiek tiek daugiau informacijos Vokietijos ir Anglijos kontekstuose. Pavyzdžiui, Franzkowiak [6] socialines ligas interpretuoja kaip sukeltas skurdaus gyvenimo ir nepritekliaus; Theunissen [24] socialines ligas aiškina kaip socialines neurozes ne tik žmogaus, bet ir visos visuomenės lygmenyje. Anglų mokslininkai taip pat konstatavo, jog socialinėms ligoms daugiausia įtakos turi nepakankami pragyvenimo ištekliai ir sunkumai, susiję su įsidarbinimu, o skurdas yra terpė socialinėms ligoms plisti. Infekcinės arba užkrečiamos, taip pat kaip ir lytiškai plintančios ligos yra vadinamos socialinėmis ligomis, kadangi šios ligos plinta per tiesioginį kontaktą tarp žmonių [3, 4, 18].

**Tyrimo problema.** Atliekant mokslinės literatūros analizę, pastebėta, jog socialinės ligos - niežai, vėjaraupiai ir galvos utelės –opi problema ne tik Lietuvos, bet ir pasaulio mokyklose. Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VVSP) duomenimis, 2008 m. ši problema Lietuvos mokyklose paūmėjo. Paaiškėjo, jog Lietuvos mokslinėje literatūroje menkas dėmesys skiriamas socialinėms ligoms, paplitusioms bendrojo lavinimo mokyklose ir trukdančioms pozityviai mokinio socializacijai. Bagdonas [1], tyrinėdamas mokyklos baimės raišką ir jos įveikimo edukacinius veiksmus, išskyrė daug dimensijų, charakterizuojančių mokyklos baimę, tačiau nebuvo paliesta socialinių ligų tema. Civinskas, Levickaitė, Tamutienė [2] tyrinėjo, kodėl vaikai vengia lankyti mokyklą, bet socialinių ligų, kaip galimų mokyklos nelankymo priežasčių, neakcentavo. Socialinės ligos, kurios šiuo metu ypač paplitusios, gali pastūmėti mokinius į socialinę atskirtį, įtakoti bendraamžių patyčias. Nuo 1992 m. pradėtame sveikatą stiprinančių mokyklų projekte taip pat labai mažai dėmesio skiriama socialinėms ligoms [11]. Šiek tiek daugiau dėmesio mokslinėje literatūroje skiriama edukaciniam komandiniam darbui bendrojo lavinimo mokyklose [10, 21].

<sup>1</sup> Mediciniškai vadinamos epideminėmis parazitinėmis odos ligomis (epidermal parasitic skin diseases (EPSD)).

<sup>2</sup> Galvos utelės (pedikuliozė) Jungtinėse Valstijose yra paplitusios tarp vaikų nuo 3 iki 12 metų amžiaus, apytiksliai nuo 6 iki 12 milijonų vaikų užsikrečia kasmet. Galvos utelės nesukelia pavojaus sveikatai ir nebūtinai turi būti nešvarumo ženklas. Ši socialinė liga dažnai sukelia sumišimą ir nepatogumus (pvz., kenčia pažeminimą, tikrinant jų galvas mokykloje), dėl jų vaikams tenka praleisti daug pamokų mokykloje [5, 15]. Pasaulyje diskutuojama, kaip mokyklose reikia pasielgti su vaikais, užsikrėtusiais pedikulioze. Vieni teigia, jog vaikai, užsikrėtę utelėmis, savo buvimu mokykloje kelia pavojų kitiems mokiniams bei mokyklos personalui, dėl to turi gydytis namuose. Naudinga periodiškai skleisti informaciją visų vaikų šeimoms apie tai, kaip reikia atpažinti pedikuliozę, kaip gydyti ir kokia yra pedikuliozės prevencija [5]. Tėvai turi būti padrašinti tikrinti savo vaikų galvas, jei vaikai turėjo galimybę užsikrešti. Mokykla turi būti svarbiausia įstaiga, kuri teikia svarbią, prieinamą ir suprantamą informaciją apie pedikuliozę visai mokyklos bendruomenei.

<sup>3</sup> Apytiksliai 300 milijonų asmenų visame pasaulyje kasmet užsikrečia niežais. Per 15 metų laikotarpį užfiksuotos net 4 epidemijos Didžiojoje Britanijoje [17]. Nuostata, kad jauni suaugę žmonės niežais užsikrečia daugiausia per seksualinius kontaktus, o šeimos užsikrečia dažniausiai nuo vaikų, gali egzistuoti tik industrializuotose šalyse, bet to, negalima taikyti besivystančiam pasauliui, kur egzistuoja žema socialinė ekonominė padėtis [3]. Skurdas ir jo tipiškos pasekmės — neadekvačios gyvenimo sąlygos ir žemas išsilavinimo lygmuo — yra pagrindinė varomoji jėga. Visuose niežų kontrolės planuose turėtų būti atkreiptas dėmesys į sveikatos mokymo poreikį ir sveikatos priežiūros darbuotojų mokymą (tokių kaip slaugytojos, gydytojai ir sveikatos priežiūros studentai). Bendra informacija taip pat turi būti suteikta gyventojams, šeimoms, savanoriams ir kitiems. Tinkamos ir tikslios žinios apie niežų gydymą ir kontrolę pagerintų supratimą, sumažintų susirūpinimą ir palengvintų protrūkio kontroliavimą [9]. Užsikrėtusių asmenų artimi kontaktai (šeima, mokykla ir pan.) turi būti nagrinėjami dėl pavojaus užsikrešti nuo jau sergančių žmonių. Mokytojų ir kitų mokyklos personalo narių žinios apie užkrečiamas ligas gali sumažinti epidemijos pavojų, atsižvelgiant į ankstyvą atvejų identifikavimą [9].

<sup>4</sup> Liga, sukeliamą Tunga penetrans blisų.

Kalbant apie socialinių ligų prevenciją mokykloje, svarbi edukacinė specialistų komanda, nes sveikatos ugdymas yra edukacinė veikla, kurios rezultatai apima su sveikata susijusias žinias, įgūdžius, nuostatas, elgseną ir lemia individo bei bendruomenės (visuomenės) sveikatos kokybės plėtotę [23]. Egzistuoja stiprus ryšys tarp sveikatos priežiūros ir ugdymo, o medikų ir pedagogų partnerystės vystymas gali pagerinti vaikų ir jaunimo sveikatos kokybę. Sveikatos ugdymo modeliai plėtojosi nuo medicininio – profilaktinio link edukacinio – įgalinančio, pažyminčio, kad pozityvios sveikatai mokinių elgsenos formavimas apima: holistinę sveikatos sampratą; programas, kurių įgyvendintojai yra mokiniai ir mokyklos bendruomenė (tėvai, pedagogai, mokyklos medikas, socialinis pedagogas ir kiti specialistai); pagalbą (fizinę, psichologinę, socialinę); aktyvias mokymosi metodikas, įgalinančias individus panaudoti savo potencialą, patirtį bei keistis kartu su kitais, mokyklos ir užmokyklinės aplinkos, ugdymo dalyvių lygiavertės tarpusavio sąveikos plėtojimą [22]. Tad edukacinę komandą, atliekančią sveikatos ugdymą mokykloje, gali sudaryti: pedagogai, mokyklos medikas, socialinis pedagogas, mokyklos psichologas ir tėvai. Atsižvelgiant į tai, jog gebėjimas dirbti komandoje yra pagrindinis sėkmingų prevencinių programų įgyvendinimo kriterijus - informacijos stygius apie socialinių ligų prevenciją skatina labiau tyrinėti ir gilintis į edukacinio komandinio darbo galimybes bendrojo lavinimo mokykloje, užkertant kelią socialinėms ligoms. Tyrimo problemos klausimas: Koks poreikis egzistuoja edukacinio darbo komandai socialinių ligų prevencijoje bendrojo lavinimo mokyklos aplinkoje?

Tyrimo objektas: edukacinio darbo komandoje galimybės socialinių ligų prevencijoje.

**Tyrimo tikslas:** atskleisti edukacinio darbo komandoje galimybes atliekant socialinių ligų prevenciją bendrojo lavinimo mokykloje.

### *SOCIALINĖS LIGOS IR JŲ PREVENCIJA*

Žmonės praktiškai patiria ne žemą socialinę padėtį, o su ja susijusį, sveikatai didžiulės įtakos turintį veiksnį – neturtą. Neturtingąją visuomenės dalį sudaro kelios žmonių grupės. Tai - bedarbiai, dirbantieji menkai apmokamą darbą, gaunantieji pašalpas iš valstybės, vieniši tėvai, seni arba dėl ligų nedarbingi asmenys. Gaunamos paramos jiems dažniausiai nepakanka esminiams poreikiams patenkinti. Kai kurie iš šių žmonių neturtingi dėl blogos sveikatos, o kiti nesveiki dėl neturto. Taigi susidaro ydingas ratas: neturtas – nesveikata – neturtas – nesveikata [25]. Šiame rate yra palankiausias sąlygos klestėti socialinėms ligoms. Absoliutus neturtas lemia

blogas gyvenimo sąlygas, neadekvačią arba nepakankamą mitybą, higieną, o šie veiksniai didina infekcijų bei kitų ligų riziką [13]. Anglų k. *social disease* ir vokiečių k. *soziale Krankheit* sąvokos į lietuvių kalbą taip pat verčiamos *socialinė arba visuomeninė liga*. Taigi socialinių ligų sąvoka įvairiose šalyse tapati, tačiau interpretacijos šiek tiek skiriasi dėl skirtingų kontekstų.

Anglijoje socialinės ligos suprantamos kaip lytiškai plintančios ligos arba ligos, kurios plinta per tiesioginį kontaktą tarp žmonių. Socialinės ligos dažniausiai paplitusios tarp socialinių grupių, kurioms būdingas menkas pragyvenimo lygis. Prie lytiškai plintančių ligų priskiriama ne tik venerinės ligos, bet ir tokios ligos, kaip AIDS ir niežai, kurie, kaip žinoma, pirmiausia pradėjo plisti seksualinio kontakto metu. Plačiau įvardijama socialinė liga – tuberkuliozė [7, 19]. Vokietijoje socialinės ligos tapatinamos su socialinėmis neurozėmis. Teigiama, jog socialinės ligos parodo visuomenės dvasinės sveikatos suirimą, kuris sukelia žmonių susierzinimą, stresą. Tai daro įtaką ne tik žmogaus, bet ir visuomenės neurozėms išsivystyti [24]. Taip pat socialinės ligos įvardijamos kaip sparčios socializacijos pasekmė, nes kiekvienoje išsivysčiusioje šalyje vis tiek yra žmonių, gyvenančių skurdžiai. Skurdas arba tik egzistavimą užtikrinančios pajamos yra veiksniai, įtakojančios socialines ligas [6]. Socialinių ligų interpretavimai įvairiose šalyse šiek tiek skiriasi, vienos šalys akcentuoja vienas ligas, kitos - kitas, o tai parodo socialinių ligų sąvokos netapatumą. Tačiau galima teigti, jog dažniausiai, minint socialinių ligų sąvoką, kalbama apie infekcines (užkrečiamas) ligas, kurias įtakoja nepriteklis, neturtas, skurdas, bedarbystė, nepilnos šeimos ir pan.

Šiuolaikinė naujosios visuomenės sveikatos mokslo koncepcija susiformavo įrodžiusi, kad pagrindinės visuomenės sveikatos problemos negali būti išspręstos vien medicinos sektoriuje. Žmogaus sveikata yra daugelio mokslų – biologijos, medicinos, sociologijos, edukologijos, psichologijos, filosofijos – tyrinėjimo objektas [20]. Strategiškai svarbiausiomis laikoma pirminė sveikatos priežiūra arba rūpyba bei sveikatos mokymas. Taigi žmogus susijęs su santykiškai visuomenėje ir jos socialine struktūra, todėl neįmanoma spręsti sveikatos problemų, neįvertinus plataus spektro socialinių veiksnių. Visuomenėje, orientuotoje tik į gydomąją mediciną, sveikatos stiprinimo koncepcijai iškyla stagnacijos pavojus. Moksle apie visuomenės sveikatą ji tampa pagrindinė, integruojanti daugelį sričių, orientuota į pozityvią visuomenės sveikatą. Didžiausios įtakos sveikatai turi veiksniai, egzistuojantys už sveikatos priežiūros sistemos ribų, todėl ir stipriausias teigiamas poveikis sveikatai gali



būti pasiektas sukūrus ir įgyvendinus politiką, veikiančią gyvenimo sąlygas, reaguojančią į visuomenės problemas, o ne tik sveikatos priežiūros tarnybas [13]. Taigi medicinoje socialinių ligų prevencija yra suvokiama kaip ligų profilaktika. Socialiniuose moksluose, pasak Jovaišos [12], prevencija – visuma įvairių auklėjimo metodų, kuriais siekiama užbėgti už akių įvykiams, prieštaraujantiems moralės ir teisės normoms. Prevencinis auklėjimas būtinas tiems vaikams, kurie turi polinkį bendrauti su nusikalstančiais draugais, linkę pasiduoti neigiamai įtakai, yra impulsyvūs. Kučinskas, Kučinskienė [16] papildė prevencijos sąvoką, teigdami, jog prevencija – priemonės išvengti ligų (profilaktiniai stebėjimai, ligos nešiotųjų kontrolė ar veikla prieš rūkymą, alkoholio vartojimą) ir stabdymas jų plitimo arba mažinimas ligų padarinių. Pasak Gilligan [8], net jei nepavyksta pasiekti visiškos sėkmės, kaskart bent iš dalies sumažinus ligos paplitimo mastą, jau užkertame kelią jos atvejams, kurie atsitiktų esant priešingai. Matome, jog tiek ligų profilaktikos, tiek ligų prevencijos esmė yra tokia pati, nes abi siekia vieno ir to paties tikslo – išvengti ligų.

#### TYRIMO IMTIS, METODAI IR INSTRUMENTAS

**Tyrimo imtis.** Tiriamieji parinkti remiantis netikimybinės (patogiosios) imties atrankos metodu. Tyrime dalyvavo 295<sup>5</sup> 6–8 klasių bendrojo lavinimo mokyklų mokiniai<sup>6</sup>. Daugiausia tyrime dalyvavo mokinių iš ne-daugiavaikių šeimų: 48,8 proc. mokinių neturi brolių ar seserų, o 18 proc. mokinių turi vieną brolių ar sesę. 33,3 proc. mokinių gyvena daugiavaikėse šeimose (šeimose, kuriose trys arba daugiau vaikų). Su abiem tėvais gyvena 70,2 proc., su vienu iš tėvų - 27,1 proc., su giminaičiais arba globėjais - 2,7 proc. mokinių. Pusės apklaustų mokinių imties (52,2 proc.) dirba abu tėvai. Vienas iš tėvų

dirba 39,3 proc. mokinių, o abu tėvai nedirba 8,5 proc. mokinių. Išryškėjo, jog 24,7 proc. apklaustų mokinių mamų ir 31,5 proc. tėvų niekur nedirba. Vienodai mamų ir tėvų (12,2 proc. ir 12,5 proc.) dirba darbą, reikalaujantį aukštojo išsilavinimo, 28,5 proc. mamų ir 31,2 proc. tėvų dirba darbą, reikalaujantį vidutinio išsilavinimo, o 34,6 proc. mamų ir 24,7 proc. tėvų dirba darbą, nereikalaujantį jokio išsilavinimo. Šeimose, kuriose dirba vienas iš tėvų, daugiau nedirbančių yra vyrų nei moterų, o išsilavinimo nereikalaujančius darbus daugiau dirba moterys nei vyrai. 81,7 proc. mokinių šeimose pinigai yra taupomi, nes šeimoms nėra lengva pragyventi (69,8 proc. mokinių tėvai taupo, kai pritrūksta pinigų; 18,3 proc. mokinių tėvai niekada netaupo; 11,9 proc. mokinių tėvai nuolatos taupo).

**Tyrimo metodai.** Tyrimo duomenų rinkimui pasirinkta apklausa raštu taikant uždaro tipo klausimyną; duomenų analizei taikyta aprašomoji statistika naudojant SPSS 12.0 versiją (skaičiuoti dažniai, modos, medianos, vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, koreliaciniai ryšiai) bei taikyta koreliacinė analizė.

**Tyrimo instrumentas.** Klausimyną sudaro 20 klausimų: 7 „užkandiniai“, 11 dichotominių, 2 daugkartinio pasirinkimo klausimai. Klausimynas suskirstytas į penkis diagnostinius blokus: demografinis; socialinė aplinka ir elgesys, įtakojantis socialines ligas; socialinių ligų paplitimas; socialinių ligų prevencijos poveikslas; socialinių ligų prevencijos edukacinė specialistų komanda.

Atliekant tyrimą buvo griežtai laikomasi tyrimo etikos. Visi respondentai tyrime dalyvavo savanoriškai. Prieš apklausą respondentai buvo supažindinti su tirama tema, kodėl ji yra svarbi ir kam bus panaudoti tyrimo duomenys. Klausimynuose nebuvo fiksuojami apklausiųjų vardai, apklausa vyko anonimiškai.

#### REZULTATAI

**Higienos reikalavimų laikymasis ir profilaktinis skiepijimas.** 70,8% mokinių rankas plauna prieš kiekvieną valgį; ryte ir vakare rankas plauna 29,2% mokinių. Rezultatai parodė, jog didžioji dalis mokinių (85,4%) nesinaudoja svetimais daiktai ir nedėvi svetimų drabužių. Tačiau 10,5% mokinių šukuojasi ne savo šukomis, drabužiais keičiasi 4,4% mokinių ir 2,7% mokinių dažnai nešioja draugo(ės) kepurę. Didžioji dalis mokinių (78,3%) nepraleido nei vieno skiepy. Praleido vienus skiepus, bet pasiskiepijo vėliau 13,9%, praleido vienus skiepus ir nepasiskiepijo vėliau 3,4%, o visiškai nesiskiepiję yra 4,4% mokinių.

**Socialinių ligų paplitimas.** Mažiau nei penkis mokinius, persirgusius vėjaraupiais, žino 39% mokinių, per-

<sup>5</sup> Tyrimo metu apklausti mokiniai iš Druskininkų savivaldybės ir Akmenės rajono bendrojo lavinimo mokyklų. Tyrimo imties geografiją sudarė 161 respondentas (54,6proc.) iš Akmenės rajono bendrojo lavinimo mokyklų ir 134 respondentai (45,4 proc.) iš Druskininkų savivaldybės bendrojo lavinimo mokyklų. Nors abu rajonai buvo pasirinkti atsitiktinai, tačiau jie turi panašumų. Remiantis Lietuvos Respublikos statistikos departamento 2008 m. duomenimis, Akmenės rajono ir Druskininkų savivaldybės gyventojų kiekis ženkliai nesiskiria. Akmenės rajone gyvena 30221 gyventojas, o Druskininkų savivaldybėje - 25440 gyventojų, todėl pagal gyventojų kiekį šie rajonai panašūs, priskiriami prie mažesnių rajonų Lietuvoje, nes juose nėra didžiųjų Lietuvos miestų. Taip pat Lietuvos darbo biržos 2009 metų duomenimis, šiuose rajonuose yra didžiausias nedarbo lygis Lietuvoje, todėl pragyvenimo lygis abiejuose rajonuose yra žemiausias. O kaip jau minėta pirmame skyriuje, nedarbas bei neturtas dažniausiai įtakoja socialines ligas.

<sup>6</sup> Tokio amžiaus mokiniai buvo pasirinkti neatsitiktinai. Jaunesni mokiniai dažniau įeina į tiesioginį kontaktą vieni su kitais, todėl yra didesnė tikimybė užsikrėsti socialinėmis ligomis. Taip pat šie mokiniai jau yra adaptavęsi bendrojo lavinimo mokykloje, susipažinę su įvairiais specialistais (socialiniu pedagogu, psichologu, visuomenės sveikatos priežiūros specialistu), todėl gali nusakyti jų veiklą ir funkcijas.

sirgusius niežais - 44,4%, o persirgusius galvos utėlėmis - 53,9% mokinių. Tai, jog daugiausia mokinių žino mažiau nei penkis mokinius, galima paaiškinti tuo, kad dažnai sergamumo šiomis ligomis informacija nėra platinama. Todėl tai žino tik artimi žmonės, kuriais pasitikima, arba tie, kurie taip pat buvo užsikrėtę šiomis ligomis. Tačiau paklausus, kokiomis ligomis mokiniai buvo užsikrėtę patys, jie nebuvo tokie atviri. Vėjaraupiais buvo užsikrėtę patys 55,3% mokinių, niežais - 7,1%, o galvos utėlėmis - 12,2% mokinių. 36,3% mokinių teigė, jog nebuvo užsikrėtę nei viena iš šių ligų. Mokinių uždaramas šiuo klausimu pateisinamas, nes vaikas, užsikrėtęs galvos utėlėmis, jaučiasi atstumtas, izoliuotas nuo mokyklos. Sudarius dvireikšmių kintamųjų (pagal respondentų lytį ir persirgus ligas) porines dažnių lenteles atsiskleidė, jog tiek niežais, tiek vėjaraupiais buvo užsikrėtę daugiau berniukų nei mergaičių. Tačiau daugiau mergaičių nei berniukų buvo užsikrėtę galvos utėlėmis.

Koreliacinių ryšių analizė atskleidė tokias tendencijas (koreliacinių ryšių stiprumas svyruoja nuo 0,48 iki 0,67): (a) ryšį tarp amžiaus ir klasės bei tarp amžiaus ir užsikrėtimo galvos utėlėmis - kuo mokiniai vyresni, tuo pedikuliozės paplitimas mažesnis; (b) ryšį tarp gyvenimo su vienu iš tėvų ar globėjų bei tėvų darbingumo / nedarbingumo ir tarp gyvenimo su vienu iš tėvų ar globėjų bei žinojimo apie kitus mokinius, užsikrėtusiais niežais ar vėjaraupiais - vaikai iš pilnų šeimų ir iš šeimų, kuriose dirba abu tėvai, daugiau žino mokinius, kurie sirgo niežais ar vėjaraupiais bei tokiose šeimose daugiau kalbama apie socialines ligas ir jų prevenciją; (c) ryšį tarp rankų plovimo dažnio, šukavimosi ne savo šukomis, draugų kepurių nešiojimo, profilaktinių skiepijimų, persirgimo niežais ir / ar gavos utėlėmis - mokiniai, kurie dažnai plauna rankas, nesišukuoja ne savo šukomis, nenešioja ne savo kepurių, skiepijasi profilaktiškai ir dėl to nebuvo užsikrėtę galvos utėlėmis bei niežais.

**Tėvų įtaka vaiko profilaktiniam tikrinimui.** 85,4% apklaustų mokinių tėvų neprieštarauja, jog jų vaiką tikrintų mokykloje, ar jis turi galvos utėlių, tačiau 14,6% tėvų tam prieštarauja. Nors prieštaraujančių tėvų kiekis nedidelis, bet labai svarbus ir reikšmingas, kadangi tėvams nesutinkant, sveikatos priežiūros specialistas negali tikrinti vaikų mokykloje. Jei tarp šių mokinių yra užsikrėtusių galvos utėlėmis, kyla pavojus užsikrėsti kitiems mokiniams. Tokios tėvų nuostatos riboja socialinių ligų plitimo profilaktiką.

**Informacijos sklaidos apie socialines ligas dažnumas bendrojo lavinimo mokyklose.** Tirtose mokyklose retai kalbama apie socialines ligas (beveik pusė tyrime dalyvavusių mokinių yra mažai apie jas girdėję), o tre-

čioji dalis mokinių visiškai nieko negirdėję. Daugiau nei pusė (79%) apklaustų mokinių neturi tikslių žinių apie socialinių ligų požymius ir jų užsikrėtimo kelius. Didžioji dalis mokinių (67,5%) apie socialines ligas sužino iš tėvų, 42,7% - pamokose, 26,1% - iš įvairių lankstinukų, 24,1% - klasės valandėlėse, 19% skaito įvairiuose studentuose, 8,8% sužino įvairiuose būreliuose po pamokų, 6,8% - įvairiuose renginiuose. 10,2% mokinių negauna jokios informacijos apie šias ligas mokykloje. Galima daryti prielaidą, kad tėvai atlieka didesnę švietėjiškos veiklos, apimančios socialines ligas, dalį nei mokykla. Mokykloje apie socialines ligas vaikai dažniausiai informuojami pamokų metu.

**Edukacinės specialistų komandos sveikatos ugdymo veiklos galimybių erdvė mokykloje.** Mokiniai teigia, jog svarbiausią sveikatos ugdymo vaidmenį užima tėvai, kadangi daugiau nei pusė mokinių septynis iš dešimt klausimyne pateiktų teiginių apie socialines ligas sužinojo iš tėvų. Po tėvų sveikatos ugdyme svarbią vietą užima sveikatos priežiūros specialistas, kuris tikrina visų vaikų sveikatą bei atlieka švietėjišką - informacinę funkciją. Mokytojai ir klasės auklėtojai taip pat dalyvauja sveikatos ugdyme, tačiau jų indėlis nėra ženklus. Socialinis pedagogas ir mokyklos psichologas tiesiogiai sveikatos ugdyme nedalyvauja, tačiau rūpinasi sveika ir saugia mokymosi aplinka: socialinis pedagogas daugiau rūpinasi socialiniais vaikų įgūdžiais, o psichologas - psichine vaikų sveikata. 53% mokinių įvardija tėvus, mokytojus, klasės auklėtojus, visuomenės sveikatos priežiūros specialistą, socialinį pedagogą ir mokyklos psichologą, kaip edukacinės specialistų komandos narius, atliekančius socialinių ligų prevenciją. Iš visų edukacinės specialistų komandos narių mokiniai reikšmingiausiai išskyrė tėvus. 90,5% mokinių pritarė, jog tėvai rūpinasi mokinių sveikata ir švara namuose. 70,5% mokinių teigė iš socialinio pedagogo sužinoję, jog negalima tyčiotis iš mokinių, sergančių ar persirgusių socialinėmis ligomis, nes bet kada gali užsikrėsti pats.

### IŠVADOS

1. Socialinės ligos įvairiose šalyse suprantamos kaip ligos, kurios plinta per tiesioginį kontaktą tarp žmonių. Socialinės ligos dažniausiai paplitusios tarp socialinių grupių, kurioms būdinga: menkos pajamos (skurdas), ribotas išsilavinimas, nepilnos šeimos, bedarbiystė. Socialiniuose moksluose socialinių ligų prevencija - visuma įvairių auklėjimo metodų, kuriais siekiama išvengti ligų (profilaktiniai stebėjimai, ligos nešiotųjų kontrolė) ir stabdyti jų plitimą arba mažinti ligų padarinius. Pasauliniu mastu mokyklose labiausiai

paplitusios yra trys socialinės ligos: niežai, vėjaraupiai ir pedikuliozė. Mokslininkai iš įvairių šalių laikosi vieningos nuomonės, jog mokykla turi būti svarbiausia įstaiga, kuri teikia svarbią, prieinamą ir suprantamą informaciją apie šias ligas visai mokyklos bendruomenei.

2. Empirinio tyrimo rezultatai atskleidė, jog mokiniai, kurie yra sirgę socialinėmis ligomis (vėjaraupiais, niežais, galvos utėlėmis), dažniausiai sirgo ne viena, bet keletu jų. Pedikulioze daugiausiai serga jaunesni mokiniai. Iš socialinės aplinkos didžiausią įtaką mokinių užsikrėtimui socialinėmis ligomis daro tėvų išsilavinimas (nuo to priklauso jų darbingumas ir pajamos) bei šeimos sudėtis (pilnos, nepilnos šeimos), kadangi pilnose šeimose ir šeimose, kuriose dirba abu tėvai, daugiau yra kalbama apie socialines ligas. Užsikrėtimui socialinėmis ligoms įtakos turi vaikų skaičius šeimoje, kadangi daugiavaikėse šeimose dažniausiai dirba vienas iš tėvų (tyrimas parodė, jog mamos dirba dažniau nei tėvai). Tėvų formaliosios darbinės veiklos nereikalauja aukštojo išsilavinimo, mažai apmokamos, todėl yra nemenka tikimybė, kad tokios šeimos skursta ir tėvai mažai turi galimybių skirti dėmesį vaikų sveikatai ir bei palaikyti gyvenimo kokybę vaiko amžiuje. Paaikškėjo, kad mokiniai, kurie laikosi visų higienos reikalavimų, paprastai neserga pedikulioze ir niežais.

3. Edukacinę komandą, atliekančią sveikatos ugdymą mokykloje, gali sudaryti: pedagogai, mokyklos medikas, socialinis pedagogas, mokyklos psichologas ir tėvai. Tačiau tyrimo rezultatai leidžia apibendrinti, jog edukacinis darbas komandoje, atliekant socialinių ligų prevenciją, vyksta mokyklose tik tuomet, kai susiduriama su socialinių ligų problema. Socialinių ligų prevencija vyksta nesistemiškai ir paviršutiniškai, o ją atlieka pavieniai specialistai autonomiškai.

#### Literatūra

1. Bagdonas A. Mokyklos baimės raiška ir jos įveikimo edukaciniai veiksniai. Daktaro disertacija, Socialiniai mokslai, edukologija, 2007. Kaunas: Technologija.
2. Civinskas R., Levickaitė V., Tamutienė I. Vengiančių lankyti mokyklą vaikų problemos ir poreikiai, 2006. Kaunas: AB „Spindulys“.
3. Feldmeier H., Heukelbach J. Epidermal parasitic skin diseases: a neglected category of poverty-associated plagues. Bull World Health Organ, 2009; 87: 152–159.
4. Flahault A., Blanchon T., Dorléans Y., Toubiana L., Vibert J.F., Valleron A.J. Virtual surveillance of communicable diseases: a 20-year experience in France. Statistical Methods in Medical Research, 2006; 15: 413–421.
5. Frankowski B. L., Weiner L. B. Head Lice. Pediatrics, 2002; 3: 638–642.
6. Franzkowiak P. Gesundheit / Krankheit und soziale Ungleichheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 1996. Schwaben-

heim a.d.Selz: Verlag Peter Sabo. S. 29/30.

7. Gandya M., Zumlab A. The resurgence of disease: social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. Social Science and Medicine, 2002; 55: 385–396.
8. Gilligan J. Smurto prevencija, Vilnius: Eugrimas. 2002; 24–25.
9. Granholm J. M., Olazewski G. J. Scabies Prevention and Control Manual, 2005. Michigan Department of Community Health. p. 29–55. <[http://www.michigan.gov/documents/scabies\\_manual\\_130](http://www.michigan.gov/documents/scabies_manual_130)> [žr. 2009-03-03]
10. Jezerskytė E., Žydžiūnaitė V. Mokyklos administracijos ir mokytojų komandinio darbo kompetencijų charakteristikos: panašumai ir skirtumai. Sveikatos ir socialinių mokslų taikomieji tyrimai: sandūra ir sąveika, 2008; 1 (4): 37 – 47.
11. Jociūtė A., Krupskienė A., Sabaliauskienė D., Paulauskienė N. Sveikatos stiprinimas mokyklose, 2008. Vilnius: Valstybinis aplinkos sveikatos centras. <[http://vasc.sam.lt/sveik\\_stipr\\_mokykl.pdf](http://vasc.sam.lt/sveik_stipr_mokykl.pdf)> [žr. 2009-02-25]
12. Jovaiša L. Enciklopedinis edukologijos žodynas, 2007. Vilnius: Gimtasis žodis.
13. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika, Kaunas: Šviesa, 1999; 6–37.
14. Klusas P. Visuomenės ligos, 2007. Utena: UAB "Utenos spaustuvė".
15. Kronick R. F. Probation and Head Lice: The Intersection of Corrections and Education. The Educational Forum, 2006; (70): 104–114.
16. Kučinskas V., Kučinskienė R. Socialinis darbas švietimo sistemoje, Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla. 2000; 74–81.
17. Mimouni D., Ankol O. E., Davidovitch N, Gdalevich M., Zangvil E., Grotto I. Seasonality trends of scabies in a young adult population: a 20-year follow-up. British Journal of Dermatology, 2003; 149: 157–159.
18. Ogunbiyi A. O., Owoaje E., Ndahi A. Prevalence of Skin Disorders in School Children in Ibadan, Nigeria. Pediatric Dermatology, 2005; 22 (1): 6–10.
19. Paluzzi J.E. A social disease/a social response: lessons in tuberculosis from early 20th century Chile. Social Science and Medicine, 2004; 59: 763–773.
20. Penčylienė A. Komandinio darbo bendruomenėje galimybių tyrimas. Konferencijos pranešimų medžiaga: Aukštasis mokslas – žinių visuomenei, Kaunas: Technologija. 2003; 135–146.
21. Petrauskienė A. Mokyklos mediko profesinio vaidmens kompleksinis ir raida ugdant mokinių sveikatą. Daktaro disertacija, socialiniai mokslai, edukologija, Kaunas: Technologija. 2008; 5 – 34.
22. Petrauskienė A., Žydžiūnaitė V. Mokyklos mediko vaidmens kompleksinis ugdant mokinių sveikatą. Specialusis ugdymas, 2008; 1 (18): 91 – 100.
23. Petrauskienė A., Žydžiūnaitė V. Sveikatos ugdymo koncepcija: sveikatai pozityvios mokinių elgsenos formavimas. Sveikatos mokslai, 2007; 5: 1172 – 1177.
24. Theunissen M. Wie ist soziale Krankheit möglich? Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2001; 152: 80–87.
25. Waisbord S. Beyond the medical-informational model: Recasting the role of communication in tuberculosis control. Social Science and Medicine, 2007; 65: 2130–2134.

#### PROJECTING THE EDUCATIONAL TEAM WORK IN PREVENTION OF SOCIAL DISEASES: CASE OF A SECONDARY SCHOOL

Irena Leliūgienė, Vilma Žydžiūnaitė, Vilija Balevičiūtė

Key words: educational work, prevention, secondary school, social diseases team work.

#### Summary

In the article is presented the integrated conception of social

diseases and their prevention by projecting it into educational team work at a secondary school. In this context is searched the answer to the research question such as 'What is the need for educational team work in prevention of social diseases in environment of a secondary school?' The term 'projecting' in a topic of the article creates premises to discuss on the basic of theoretical analysis and empirical research results, about the space of educational team work in a secondary school environment by accentuating the following aspects: what school children know about and from where they receive the information about social diseases; how school children keep the requirements for hygiene and how they keep the schedule of prophylactic vaccination; what is influence of parents for keeping the prophylactic control of school children; what is distribution of social diseases at a school environment. In research had participated 295 school children (12-14 years old). Data collection is performed by using the closed-ended

questionnaire, and analysed by descriptive statistics and correlations. Research results revealed that the social diseases are most related to parents' educational level (higher educational level, less cases of social diseases) and family composition (more than three children in family, not rare more cases in such family of social diseases among children). Educational team work by preventing social diseases at schools is not systemic and is performed only in cases when the social disease is diagnosed. Thus the prevention of social diseases is performed superficially and by separate specialists autonomously.

Correspondence to: [vilmzydz@takas.lt](mailto:vilmzydz@takas.lt)

Gauta 2009-09-07

## PAAUGLIŲ AGRESYVAUS ELGESIO SĄSAJOS SU FIZINIŲ AKTYVUMU

AUDRONĖ DUMČIENĖ, SAULĖ SIPAVIČIENĖ, ROMUALDAS MALINAUSKAS,  
ŠARŪNAS KLIZAS, IRINA RAMANAUSKIENĖ<sup>1</sup>

Lietuvos kūno kultūros akademija, <sup>1</sup> Kauno technologijos universitetas

**Raktažodžiai:** *agresyvus elgesys, fizinis aktyvumas, paaugliai, moksleiviai.*

### Santrauka

Tikslas – išsiaiškinti, ar paauglių didesnis fizinis aktyvumas susijęs su agresyvaus elgesio apraiškėmis.

Naudotos metodikos – A. Asingerio klausimynas požiūriui į agresiją nustatyti bei A. Buss ir M. Perry metodika bendram agresyvumui nustatyti.

Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių požiūris į agresiją skyrėsi statistiškai reikšmingai ( $p < 0,05$ ), be to, didesnė dalis nesportuojančių paauglių išreiškė teigiamą požiūrį į agresiją, nei sportuojančių. Statistiškai reikšmingai nesiskyrė požiūris į agresiją dvikovos sporto šakų ir nesportuojančių paauglių ( $p > 0,05$ ).

Aukštesnis fizinės agresijos lygis būdingesnis sporto šakų, kuriose fizinis kontaktas toleruojamas, nei dvikovos sporto šakų, kuriose fizinis kontaktas neišvengiamas. Vyresniems sportuojantiems paaugliams būdingesnis žemesnis agresyvumo lygis, kurį tikėtina nulemia meistriško augimas.

### ĮVADAS

Agresija laikomas elgesys, nukreiptas prieš kitą žmogų, kuriuo siekiama sukelti diskomfortą, skausmą, padaryti fizinę ar psichologinę žalą [1]. Dalis agresijos apraiškų visuomenėje yra toleruojamos. Agresyvus elgesys yra sudėtinga ir daugelio faktorių problema. Nors šią problemą tyrinėja daugelio šalių mokslininkai, nėra šiuolaikinės teorijos, agresyvų elgesį įtakančius veiksnius apjungiančios į vieningą sistemą.

Dažniausiai išskiriamos šios agresyvumo priežastys: biologinės, psichologinės ir socialinės [2]. Mokslinėje literatūroje dažniau sutinkamos keturios agresiją aiškinančios teorijos: biologinė (žmogaus polinkis į agresiją yra įgimtas); frustracijos (agresija kyla susidūrus su realiomis ar tariamomis kliūtimis siekiant užsibrėžto tikslo); socialinio išmokymo (agresyvus elgesys išmokstamas stebint kitų elgesį); kognityvinės agresijos (agresyvi reakcija į gaunamus iš aplinkos stimulus pasireiškia kaip informacijos apdorojimo proceso defektų pasekmė [3].

Išskiriama septynios agresijos formos [4]. Bet sąsajoje su sportu dažniausiai skiriamos dvi pagrindinės agresijos pasireiškimo formos: gynybinė ir instrumentinė agresija [5]. Gynybinė agresija kyla patyrus frustraciją. Jos lygis



susijęs su situacija ir jos suvokimo ypatumais. Instrumentinė agresija pasireiškia kaip iš anksto apgalvota ir parengta priemonė siekiant tam tikro strateginio tikslo.

Agresija dažnai yra tam tikrose situacijose teigiamai vertinamas elgesys tikslui pasiekti [6].

Viename iš socialinių reiškinių – sporte agresyvus elgesys yra toleruojamas [7].

Agresyvumas yra svarbus psichosomatinės sveikatos požymis. Vaikiniai dažniau reiškia fizinę agresiją nei verbalinę ar pyktį. Manoma, kad yra ryšys tarp vyriškumo, agresyvumo ir tam tikrų sporto šakų [8].

Nustatyta, kad lytis, savivertė, savivoka susiję su pykčiu ir verbaline agresija [9].

Modernioje visuomenėje agresyvus elgesys pasireiškia kylant savivaizdžio pavojui. Neadekvati savivaizda gali būti neigiamų emocijų ir agresyvumo priežastimi [10]. Dalyvavimas organizuotoje sportinėje veikloje teigiamai veikia prosocialaus elgesio įgūdžius [11]. Tikėtina, kad sportuojančių paauglių agresyvus elgesys labiau išreikštas nei dalyvaujančių tik kūno kultūros pamokose.

**Tyrimo tikslas** — išsiaiškinti, ar paauglių didesnis fizinis aktyvumas susijęs su agresyvaus elgesio apraiškomis.

#### RESPONDENTŲ KONTINGENTAS IR TYRIMO METODAI

Tyrimui buvo pasirinkti Kauno miesto bendrojo lavinimo mokyklų moksleiviai, suformuotos trys tiriamųjų grupės: A – fizinis kontaktas neišvengiamas (dvikovos sporto šakos); B – fizinis kontaktas toleruojamas (krepšinis); C – fizinis kontaktas netoleruojamas (lengvaatlečiai); D – nesportuojantys moksleiviai (dalyvaujantys tik kūno kultūros pamokose). Tyrime dalyvavo 100 paauglių, po 25 kiekvienoje grupėje. Tiriamųjų amžius  $15,89 \pm 0,38$  metų.

Tyrimui buvo pasitelktos dvi metodikos.

1. A. Asingerio klausimynas požiūriui į agresiją nustatyti [12]. Respondentų atsakymai vertinami balais. Balų suma 35 ir mažiau balų rodo neigiamą požiūrį į

Tiriamieji	Požiūris į agresiją		
	Neigiamas	Neutralus	Teigiamas
A grupė	20	56	24
B grupė	24	64	12
C grupė	16	72	12
D grupė	12	60	28
E grupė	18	63	19

1 lentelė. Sportuojančių ir nesportuojančių pasiskirstymas pagal požiūrį į agresiją (procentais).

agresiją, 36-44 balai – neutralų, o 45 ir daugiau balų – teigiamą požiūrį. Klausimyno validumas patikrintas naudojant Crombach alfa kriterijų ( $\alpha = 0,74$ ) [5].

2. A. Buss ir M. Perry metodika bendram agresyvumui nustatyti [13]. Ši metodika įgalina nustatyti bendrą agresyvumą bei keturias jos formas: fizinę agresiją, verbalinę agresiją, pyktį ir priešišumą. Klausimyno validumas patikrintas pasitelkus Crombach alfa kriterijų ( $\alpha = 0,77$ ) [5].

Apklauskos metu visa informacija surinkta iš pačių tiriamųjų, jiems savanoriškai sutikus dalyvauti tyrime.

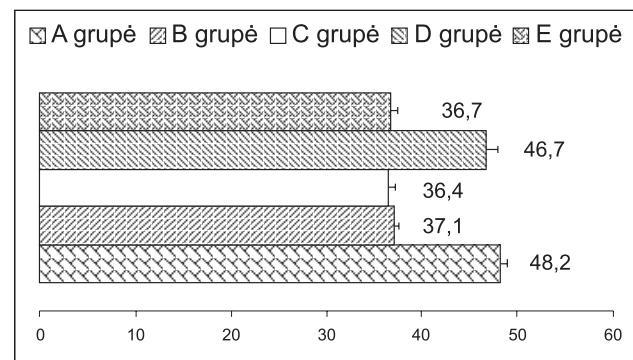
Duomenų skirstinių tikrinimui naudotas Kolmogorovo-Smirnovo kriterijus, nustačius, kad duomenų pasiskirstymas neatitinka normaliojo skirstinio, matematinės statistikos hipotezėms tikrinti buvo taikomos neparametrinei statistikai taikytinas  $\chi^2$  kriterijus, reikšmingumo lygmuo priimtas  $p < 0,05$ . Duomenų, gautų A. Buss ir M. Perry metodika, pasiskirstymas nuo normaliojo skirstinio skyrėsi statistiškai nereikšmingai, todėl reikšmingų faktorių išskyrimui buvo naudotas ANOVA metodas.

#### TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

Tyrimo duomenys apie moksleivių požiūrius į agresyvų elgesį pateikti 1 lentelėje.

Čia A grupė – sportuojantys, kuriems sportinėje veikloje fizinis kontaktas neišvengiamas; B grupė – sportuojantys, kuriems sportinėje veikloje fizinis kontaktas toleruojamas; C grupė – sportuojantys, kuriems sportinėje veikloje fizinis kontaktas netoleruojamas; D grupė – nesportuojantys paaugliai; E grupė – visi sportuojantys.

Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių požiūris į agresiją skyrėsi statistiškai nereikšmingai ( $p > 0,05$ ), nors daugiau nesportuojančių paauglių (28 proc.) išreiškė teigiamą požiūrį į agresiją, nei sportuojančių (16 proc.).



1 pav. Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių požiūrio į agresiją vertinimai (vidurkiai, balais).

Lyginant įvairiose sporto šakose (išskirtas tiriamųjų grupės) sportuojančius nustatyta, kad A grupės respondentų požiūris į agresiją reikšmingai ( $p < 0,05$ ) skyrėsi nuo B ir C grupių respondentų. Toleruotino ir netoleruotino fizinio kontakto (grupės B ir C) respondentų požiūriai tarpusavyje nesiskyrė ( $p > 0,05$ ). Kaip ir buvo tikėtasi, B ir C grupių sportuojančių paauglių požiūriai į agresiją skyrėsi nežymiai ( $p > 0,05$ ). Tačiau atkreiptinas dėmesys į tai, kad statistiškai reikšmingai nesiskyrė požiūris į agresiją dvikovos sporto šakų, kuriose fizinis kontaktas tarp varžovų neišvengiamas, atstovų ir nesportuojančių paauglių. Tačiau nesportuojančių netgi daugiau (28 proc.) išreikė teigiamą požiūrį į agresiją nei dvikovos sporto šakų (A grupės 24 proc.) atstovų. B ir C grupių respondentų požiūriai į agresiją reikšmingai ( $p < 0,05$ ) skyrėsi nuo nesportuojančių paauglių nuomonės. Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių požiūrio į agresiją vertinimo balais duomenys pateikti 1 paveiksle.

Vertinant atskirų respondentų grupių požiūrių į agresiją vertinimus balais, galima pastebėti, kad tik dvikovos sporto šakų atstovų ir nesportuojančių paauglių balų vidurkiai viršija ribą, skiriančią teigiamą požiūrį į agresiją nuo neutralaus (vidurkių skirtumas nežymus,  $p > 0,05$ ). Skirtumas tarp visų sportuojančių ir nesportuojančių paauglių požiūrio į agresiją aritmetinių vidurkių (vidurkis ir standartinis nuokrypis atitinkamai buvo  $40,6 \pm 0,73$  ir  $46,7 \pm 1,1$ ) buvos statistiškai patikimas ( $p < 0,05$ ) ir labiau teigiamas buvo nesportuojančių paauglių.

Sporto šakų, kuriose fizinis kontaktas toleruojamas (B grupė) ir netoleruojamas (C grupė), požiūris į agresiją buvo neutralus.

Tyrimo duomenys apie agresijos pasireiškimo formas tarp sportuojančių ir nesportuojančių paauglių pateikti 2 lentelėje.

Fizinės agresijos skirtumų tarp sportuojančių ir nesportuojančių paauglių nenustatyta ( $p > 0,05$ ). Nesportuojančių paauglių labiau nei sportuojančių išreikšta verbalinė agresija ( $p < 0,05$ ). Pyktis labiau išreikštas tarp sportuojančiųjų paauglių nei tarp nesportuojančių ( $p < 0,05$ ). Priešiškumo lygis abiejose tiriamųjų grupėse skyrėsi nereikšmingai ( $p > 0,05$ ).

Nesportuojančių paauglių teigiamas požiūris į agresiją gali būti susijęs su siekimu didesnio bendraamžių pripažinimo, nors agresyvesniems būdingesni ir atstūmimo bei depresijos sindromai [14]. Tarp įvairiose sporto šakose sportuojančių paauglių išsiskyrė dalyvaujantys dvikovos sporto šakose. Tą patvirtina ir kiti tyrėjai, kad jėgos sportu užsiimantys paaugliai labiau linkę nusikalsti ar antisocialiai elgtis ne sporte [15]. Šio tyrimo duomenys atskleidė, kad nesportuojančių paauglių požiūris į

agresiją nesiskyrė nuo dvikovos sporto šakų atstovų, taigi galima prielaida, kad požiūrį į agresiją pirmu atveju nulėmė sportinė veikla, o antruoju – bendraamžių pripažinimo siekis. Savimi pasitikintys, agresyvesni paaugliai turi aukštesnį statusą tarp bendraamžių [14].

Agresyvus elgesys ir agresyvaus elgesio stebėjimas vaikams ir jaunesnio amžiaus paaugliams sukelia malonumo pojūtį [16]. Be to, tarp paauglių įsigalėję stereotipai apie vaikų agresyvumą [17].

Šiuo tyrimu neaptikta fizinės agresijos skirtumų tarp sportuojančių ir nesportuojančių paauglių, nors kituose tyrimuose aptikta, kad fizinis aktyvumas teigiamai koreliuoja su fizine agresija [18].

Tiriant atžvilgiu sportinės veiklos patirties trukmės, šiuo tyrimu nustatyta statistiškai patikimas skirtumas agresijos apraiškų tarp sportuojančių mažiau dvejų metų ir sportuojančių daugiau kaip dvejus metus. M.Kavussanu ir kt. [19] nuomone, didėjant meistriškumui antisocialių poelgių dažnis mažėja. Tai patvirtina ir studijos [20] išvada, kad sportinė veikla palankiai veikia ir prosocialų elgesį.

Tarp sportuojančių paauglių aukščiausiu fizinės agresijos lygiu pasižymėjo sporto šakų, kuriose fizinis kontaktas toleruojamas (B grupė), atstovai ir tai gali būti susiję su sporto šaka, nes S.Robertson [8] studijos rezultatai rodo, kad yra ryšys tarp agresyvumo ir tam tikrų sporto šakų.

Tarp nesportuojančiųjų agresijos pasireiškimo priežastimis gali būti neadekvati savivertė, kūno konstitucija bei viršsvoris. T.A.Kinley ir kt. [9] nustatė, kad kūno masės indeksas teigiamai susijęs su vaikų fizine agresija, o neadekvati savivaizda gali būti neigiamų emocijų ir agresyvumo priežastimi [10].

## IŠVADOS

1. Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių požiūris į agresiją skyrėsi statistiškai reikšmingai ( $p < 0,05$ ), daugiau tik kūno kultūros pamokose dalyvaujančių ir papildomai nesportuojančių paauglių išreikškė teigiamą požiūrį į agresiją, nei sportuojančių. Statistiškai reikšmin-

Požymiai	Grupės A, B, C	Grupė D	t
Fizinė agresija	2,76±0,25	3,12±0,31	1,19
Verbalinė agresija	2,93±0,41	3,54±0,26	- 1,98*
Pyktis	3,13±0,36	2,77±0,21	1,95*
Priešiškumas	2,91±0,31	2,88±0,19	0,91

2 lentelė. Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių agresijos pasireiškimo formos.

\* reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

gai nesiskyrė požiūris į agresiją dvikovos sporto šakų ir nesportuojančių paauglių ( $p>0,05$ ).

2. Aukštesnis fizinės agresijos lygis būdingesnis sporto šakų, kuriose fizinis kontaktas toleruojamas, nei dvikovos sporto šakų, kuriose fizinis kontaktas neišvengiamas. Vyresniems sportuojantiems paaugliams būdingesnis žemesnis agresyvumo lygis, kurį tikėtina nulemia meistriškumo augimas.

3. Aktyvi fizinė veikla nenulemia paauglių aukštesnio fizinės agresijos lygio, nes sportuojančių ir nesportuojančių paauglių fizinės agresijos lygiai žymiai nesiskiria ( $p>0,05$ ). Nesportuojančių paauglių labiau nei sportuojančių išreiškta verbalinė agresija ( $p<0,05$ )

4. Nepasitvirtino hipotezė, kad sportuojančių paauglių agresyvus elgesys labiau išreikštas nei dalyvaujančių tik kūno kultūros pamokose.

#### Literatūra

1. Suslavičius A., Valickas G. Psichologinės asocialaus elgesio ištakos. Vilnius, 1997.
2. Geen RG. Aggression and Antisocial Behavior. In T. Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G. (edit.) The handbook of social psychology. Oxford University Press, 1998; 317-356.
3. Eron LD. Theories of Aggression: From Drives to Cognitions. In Aggressive Behavior: Current Perspectives, New York: Plenum Press, 1994; 3-12.
4. Moyer KE. Kinds of aggression and their physiological basis. Communications in Behavioral Biology. 1968; 2A: 65-87.
5. Malinauskas R. Attitude towards aggression and aggression level among sporting and non-sporting students. Proceedings of International Conference: Physical Culture and Sport in Universities 2008, Kaunas, 2008; 163-165.
6. Connor DF. Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment. Guilford Press, New York, 2002.
7. Malinauskas R. Sporto psichologijos pagrindai. Kaunas, 2003.
8. Robertson S. If I let a goal in, I'll get beat up: Contradictions in masculinity, sport and health. Health Education Research. 2003; 18:706-716.
9. Kinney TA, Smith BA, Donzella B. The influence of sex, gender, self-discrepancies, and self-awareness on anger and verbal aggressiveness among U.S. college students. Journal of Social Psychology. 2001; 141: 245-275.
10. Stucke TS, Sporer SL. When a grandiose self-image is threatened: Narcissism and self-concept clarity as predictors of negative emotions and aggression following ego-threat. Journal of Personality. 2002; 70: 509-532.
11. Findlay LC, Coplan RJ. Come out and play: Shyness in childhood and the benefits of organized sports participation. Canadian Journal of Behavioral Science. 2008; 40(3):153-161.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Процедуры и тесты. Санкт-Петербург, 2000.
13. Buss A, Perry M. The aggression questionnaire. Journal of Personal and Social Psychology. 1992; 63:452-159.

14. Leadbeater BJ, Boone EM, Sangster NA, Mathieson LC. Sex Differences in the Personal Costs and Benefits of Relational and Physical Aggression in High School. Aggressive Behavior. 2006; 32:409-419.

15. Endresen I.M, Olweus D. Participation in power sports and antisocial involvement in preadolescent and adolescent boys. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2002; 46(5):468-478.

16. Benenson JF, Carder HP, Geib-Cole SJ. The Development of Boys' Preferential Pleasure in Physical Aggression. Aggressive Behavior. 2008; 34:154-166.

17. Coyne SM, Archer J, Eslea M, Liechty T. Adolescent Perceptions of Indirect Forms of Relational Aggression: Sex of Perpetrator Effects. Aggressive Behavior. 2008; 34:577-583.

18. Iannotti R, Kogan M, Janssen I, Boyce W. Patterns of Adolescent Physical Activity, Screen-Based Media Use, and Positive and Negative Health Indicators in the U.S. and Canada. Journal of Adolescent Health. 2009; 44(5): 493-499.

19. Kavussanu M, Seal AR, Phillips DR. Observed Prosocial and Antisocial Behaviors in Male Soccer Teams: Age Differences across Adolescence and the Role of Motivational Variables. Journal of Applied Sport Psychology. 2006; 18(4):326 - 344.

20. Rutten EA, Dekovic M, Stams GJJM, Schuengel C, Hoeksma JB, Biesta GJJ. On- and off-field antisocial and prosocial behavior in adolescent soccer players: A multilevel study. Journal of Adolescence. 2008; 31: 371-387.

#### LINKS BETWEEN AGGRESSION BEHAVIOR OF ADOLESCENTS AND THEIR PHYSICAL ACTIVITY

Audronė Dumčienė, Saulė Sipavičienė, Romualdas Malinauskas, Šarūnas Klizas, Irina Ramanauskienė

##### Summary

*Key words: aggression, aggressive behavior, physical activity, adolescents.*

*The purpose of this study - to explain is whether the interrelation of more intensive physical activity and by the manifestations of aggressive behavior. In a study adapted two procedures: 1. A. Asinger questionnaire for determining the attitude to the aggression. 2. Aggression questionnaire by A. Buss and M. Perry for determining the overall level of aggressiveness.*

*The attitude of sporting adolescents and non-sporting (participating only in the lessons gymnastics) to the aggression differed statistically significantly ( $p<0.05$ ).*

*The attitude to the aggression of those occupying by martial arts and participating only in the gymnastics lessons it is non-differed statistically significantly ( $p>0.05$ ).*

*The higher level of physical aggression is characteristic for the forms of sport in which the physical contact in competition between the opposition it are allowed. For the more senior adolescents is established the more low level of aggressiveness, which can be explain by the higher level of craftsmanship ( $p>0.05$ ).*

**Correspondence to: a.dumciene@lka.lt**

Gauta 2009-09-26

# SPORTUOJANČIŲ IR NESPORTUOJANČIŲ PAAUGLIŲ PSICHOEMOCINĖS SAVIJAUTOS ASPEKTAI

AUDRONĖ DUMČIENĖ, SAULĖ SIPAVIČIENĖ, ROMUALDAS MALINAUSKAS

Lietuvos kūno kultūros akademija

**Raktažodžiai:** *psichoemocinė savijauta, sportas, paaugliai, psichikos sveikata, darnos jausmas, savikontrolė, streso lygis.*

## Santrauka

Sportuojančių paauglių psichoemocinė savijauta skatina jų intelektualinį ir emocinį bendravimą. Paauglių psichoemocinės savijautos klausimams tyrėjai skiria vis daugiau dėmesio, tačiau mokslinių tyrimų, kuriuose tyrėjai analizuotų sportuojančių ir nesportuojančių paauglių psichoemocinę savijautą, mažoka. Tyrimo tikslas — nustatyti sportuojančių ir nesportuojančių paauglių psichoemocinės savijautos ypatumus. Straipsnyje psichoemocinė savijauta kaip kompleksinis įvertis apibūdinamas keturiais pagrindiniais komponentais: psichinės sveikatos lygis, darnos jausmas, savikontrolė, streso lygis. Buvo tiriami 14–16 metų 100 sportuojančių ir 100 nesportuojančių paauglių. Tyrime dalyvavo 200 paauglių, 100 sportuojančių ir 100 nesportuojančių. Tiriamųjų amžius  $15,2 \pm 0,45$  metų. Tiriamųjų apklausai buvo pasitelktos keturios metodikos: paauglių psichinei sveikatai, vidinės darnos jausmui, savikontrolėi ir streso lygiui įvertinti.

Matematinės statistikos hipotezėms tikrinti buvo taikomos  $\chi^2$  kriterijus. Straipsnyje pateikiami duomenys atskleidžia, kad sportuojantys ir nesportuojantys paaugliai statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) skiriasi pagal visus keturis pagrindinius komponentus. Sportuojančių paauglių visi psichoemocinę savijautą atspindintys rodikliai geresni nei nesportuojančių. Ir sportuojančių, ir nesportuojančių paauglių su neišryškėjusiu vidinės darnos jausmu mažiau nei tai būdinga Lietuvos gyventojams.

## ĮVADAS

Psichoemocinė savijauta tyrėjų yra interpretuojama kaip viena iš sveikatos komponentų, kaip emocinis ir dvasinis atsparumas [1]. Žmogaus būseną tarp sveikatos

ir nesveikatos apibūdina darnos jausmas, arba vidinė darna, nusakoma trimis komponentėmis: vidinės ir išorinės veiklos suvokimas; veiklos prasmingumas ir gebėjimas valdyti situaciją [2].

Šiame darbe psichoemocinę savijautą suprantame kaip kompleksinį įvertį, apibūdinamą keturiais pagrindiniais parametrais: psichinės sveikatos lygis; darnos jausmas; savikontrolė; streso lygis.

Ilgalaikių tyrimų rezultatai rodo, kad paauglių darnos jausmui turi įtakos vaikystėje buvusios psichologinės problemos [3]. Darnos jausmas susijęs ir su gyvenimo kokybe [4], ir sveikata [5].

Sportuojančių paauglių psichoemocinė savijauta susijusi situacijos poveikiu bei su sportui svarbių psichinių savybių išsiugdymu [6].

Sportuojantys paaugliai, kurie jaučiasi komandos dalimi, patiria mažesnį stresą, įtampą, labiau atsilaudoja, susidraugauja [7].

Tarp fizinio išsivystymo lygio ir psichinių funkcijų atsparumo bei gebėjimo pasipriešinti nepalankių veiksmų poveikiui yra sąsajos. Sporte paaugliai parodo, kaip jie moka ir gali valdytis sudėtingose situacijose, koks aukštas jų savikontrolės lygis ir kaip jie atsparūs stresui [8].

Nustatyta, kad fizinis aktyvumas teigiamai veikia psichoemocinę savijautą ir sveikatą [9].

Atskleista [10], kad pernelyg neatsakingas moksleivių požiūris į savo sveikatą bei savikontrolėi reikalingos valios trūkumas yra vienas iš svarbiausių daugelio kūno ligų ir net psichikos sveikatos sutrikimų priežasčių.

Sportuojančių paauglių atsparumas stresui bei darnos jausmas susijęs ne tik su situacijos poveikiu žmogui, bet ir su tuo, ar yra lavinami psichologiniai įgūdžiai [11]. Emociniai stresai dažnai būna protinio ir fizinio darbinimo sumažėjimo priežastimi, taip pat sukelia psichinę žmogaus dezadaptaciją [12].

Tikėtina, kad sportuojantys paaugliai dažniau savo psichoemocinę savijautą vertina kaip geresnę nei nesportuojantys

**Tyrimo tikslas** — nustatyti sportuojančių ir nesportuojančių paauglių psichoemocinės savijautos ypatumus.



### RESPONDENTŲ KONTINGENTAS IR TYRIMO METODAI

Tyrimui buvo pasirinkti Kauno apskrities bendrojo lavinimo mokyklų mokiniai. Tyrimui buvo suformuotos dvi tiriamųjų grupės: A – sportuojantys (dalyvaujantys kūno kultūros pamokose ir reguliariai sportuojantys laisvalaikiu), B – nesportuojantys (sportuojantys tik kūno kultūros pamokose) mokiniai. Tyrime dalyvavo 200 paauglių, 100 sportuojančių grupėje ir 100 nesportuojančių. Tiriamųjų amžius  $15,2 \pm 0,45$  metų.

Anketinei apklausai naudotos keturios metodikos.

1. S. Stepanovo klausimynas [13] paauglių psichinei sveikatai įvertinti (septyni klausimai). Atsakymai vertinami balais. Mažesnė balų suma rodo aukštesnį psichikos sveikatos lygį: 0–17 balų aukštas lygis, 18–35 vidutinis, o 36–50 balų – žemas psichikos sveikatos lygis.

2. A. Antonovsky [14] metodika įvertinama darnos jausmas (vidinė darna) (13 klausimų). Vertinimas: 44 ir daugiau balų išryškėjęs darnos jausmas, 28–43 balų – vidutiniškai išryškėjęs darnos jausmas, o mažiau 28 balų – neišryškėjęs.

3. Savikontrolės lygiui įvertinti taikytas V. Milman klausimynas [15] (šeši klausimai, trys atsakymų variantai). Atsakymai buvo vertinami balais. Jei balų suma mažesnė už 0, tai savikontrolės lygis žemas, 0 – vidutinis savikontrolės lygis, didesnė už 0 balų suma – aukštas savikontrolės lygis.

4. J. Kiseliuvo skalė [15] streso lygiui įvertinti – tai dešimties balų skalė. Tiriamajam reikia pažymėti streso lygį, kurį jis jaučia tyrimo metu. Duomenys interpretuojami taip: 0–3 balų – žemas streso lygis, 4–6 – vidutinis lygis, 7–10 – aukštas streso lygis.

Apklausos metu visa informacija surinkta iš pačių tiriamųjų jiems savanoriškai dalyvaujant tyrime. Sportuojantys paaugliai buvo tiriami tarpvaržybiniu periodu, kad tyrimų rezultatams neturėtų įtakos priešvaržybinė ar povaržybinė sužadinta psichologinė būsena.

Matematinės statistikos hipotezėms tikrinti buvo taikomos  $\chi^2$  kriterijus, statistinio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ . Apklausos duomenys apdoroti programa SPSS 13.0.

1 lentelė. Paauglių psichinės sveikatos lygiai.

Tiriamieji	Psichinės sveikatos lygis		
	Aukštas	Vidutinis	Žemas
Sportuojantys	63,6 %	32,1 %	4,3 %
Nesportuojantys	40,6 %	52,2 %	7,2 %
$\chi^2 = 21,9; df = 2; p < 0,05$			

### TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

Tyrimo rezultatai apie sportuojančių ir nesportuojančių paauglių psichikos sveikatą pateikti 1 lentelėje.

Taigi daugiau pusės (63,6 proc.) sportuojančių paauglių pasižymėjo aukštu psichikos sveikatos lygiu, o 32,1 proc. – vidutiniu. Nesportuojančių paauglių duomenys kiek blogesni: 40,6 proc. būdingas aukštas psichikos sveikatos lygis, 52,2 proc. – vidutinis. Žemas psichikos sveikatos lygis būdingas tik palyginti nedidelei daliai tiriamųjų (4,3 proc. sportuojančių ir 7,2 proc. nesportuojančių paauglių). Taigi galima teigti, kad sportuojančių paauglių psichinės sveikatos lygių vidurkis statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) aukštesnis nei nesportuojančių.

Duomenys apie paauglių savikontrolės lygių pasiskirstymą pateikti 2 lentelėje.

Nustatyta, kad sportuojančių paauglių vidutinis savikontrolės lygis buvo statistiškai patikimai ( $p < 0,05$ ) aukštesnis nei nesportuojančių.

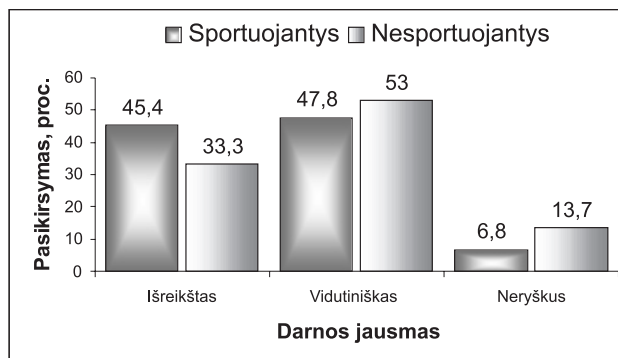
Manytina, kad aktyvi fizinė veikla palankiai veikia savikontrolės gebėjimus ir įgūdžius.

Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių darnos jausmo tyrimo duomenys pateikti 1 pav.

Pasireiškiantis darnos jausmas būdingas daugiau trečdaliai (45,4 proc.) sportuojančių paauglių ir 33,3 proc. nesportuojančiųjų. Tačiau vidutiniškai išryškėjęs darnos jausmas labiau būdingas nesportuojantiems paaugliams. Daliai (13,7 proc.) nesportuojančių paauglių darnos

2 lentelė. Paauglių savikontrolės lygiai.

Tiriamieji	Savikontrolės lygis		
	Aukštas	Vidutinis	Žemas
Sportuojantys	31,4 %	61,8 %	6,8 %
Nesportuojantys	15,3 %	75,0 %	9,7 %
$\chi^2 = 20,1; df = 2; p < 0,05$			



1 pav. Sportuojančių ir nesportuojančių paauglių darnos jausmo lygiai.

jausmas neryškus, o sportuojančių su nežymiai išreikštu darnos jausmu dvigubai mažiau. Tai rodo, kad sportinė veikla teigiamai veikia sportuojančių paauglių psichiką. Šiuo tyrimu nustatytas sportuojančių paauglių darnos jausmas labiau išryškėjęs, o nesportuojančių panašiai kaip kitų Lietuvos gyventojų, tik tarp paauglių žymai mažiau tokių, kuriems darnos jausmas būna neryškus. Net 60,1 proc. Lietuvos gyventojų nustatytas neišreikštas (žemas) vidinės darnos jausmas [16], mūsų tyrimu nustatyta, kad tik 6,8 proc. sportuojančių ir 13,7 proc. nesportuojančių paauglių būdingas pasireiškęs vidinės darnos jausmas. Tokio rezultatų skirtumo išsiaiškinimui reikėtų atlikti papildomus tyrimus.

Darnos jausmo išryškėjimo požiūriu, sportuojančių paauglių jis statistiškai reikšmingai ( $\chi^2 = 20,1$ ,  $p < 0,05$ ) labiau išryškėjęs nei nesportuojančių.

Trečioje lentelėje pateikti duomenys apie paauglių streso lygius.

Paauglių streso lygio tyrimo rezultatai parodė, kad ženklaus streso lygio skirtumai nustatyti tik tiems sportuojantiems ir nesportuojantiems paaugliams, kuriems būdingas arba aukštas, arba žemas streso lygis. Aukštas streso lygis nustatytas dvigubai daugiau nesportuojančiųjų, nei tarp sportuojančiųjų paauglių. Tyrimu nustatytas sportuojančiųjų paauglių streso lygis statistiškai reikšmingai ( $p < 0,05$ ) mažesnis nei nesportuojančiųjų.

Apibendrinant atlikto tyrimo rezultatus galima teigti, kad darbe iškelta hipotezė, jog sportuojantys paaugliai geriau vertina savo psichoemocinę savijautą nei nesportuojantys, pasitvirtino. Šio tyrimo duomenys patvirtino kitų tyrėjų [17] analogiškus duomenis apie palankią sportinės veiklos įtaką psichoemociinei savijautai. Nesportuojantys paaugliai yra ne tokie atsparūs nei jų sportuojantys bendraamžiai. Kitų mūsų tyrimų rezultatai [18] rodo, kad taikant psichologinio poveikio priemones sportuojantiems paaugliams galima pozityviai paveikti jų psichikos sveikatą, nes padidėja savikontrolė, sustiprėja darnos jausmas bei sumažėja streso lygis. Mūsų tyrimo duomenys atitinka kitų tyrėjų [9] duomenis, atskleidžiančius, kad aukštesnis savikontrolės lygis bei žemesnis streso lygis gali būti siejamas su sportuojančių psichinės sveikatos pagerėjimu.

### IŠVADOS

1. Sportuojantys paaugliai dažniau savo psichoemocinę savijautą vertina kaip geresnę nei nesportuojantys.

2. Nustatyta, kad sportuojančiųjų paauglių psichinės sveikatos ir savikontrolės lygiai aukštesni nei nesportuojančiųjų.

3 lentelė. Paauglių streso lygiai.

Tiriamieji	Streso lygis		
	Aukštas	Vidutinis	Žemas
Sportuojantys	15,4 %	55,9 %	28,7 %
Nesportuojantys	30,5 %	53,9%	15,6 %
$\chi^2 = 21,9$ ; $df = 2$ ; $p < 0,05$			

3. Išryškėjęs vidinės darnos jausmas labiau būdingas sportuojantiems paaugliams.

4. Palyginus tiriamųjų streso lygio duomenis paaiškėjo, kad sportuojančiųjų paauglių streso lygis buvo statistiškai patikimai žemesnis negu nesportuojančių bendraamžių ( $p < 0,05$ ).

### Literatūra

- Bobak M., Pikhar t H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post communist countries. *Soc. Sci. Med.*, 2000; 51:1343–1350.
- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- Honkinen P.-L., Aromaa M., Suominen S., Rautava P., Sourander A., Helenius H., Sillanpaa M. (2009). Early Childhood Psychological Problems Predict a Poor Sense of Coherence in Adolescents: A 15-year Follow-up Study. *J Health Psychol* 2009; 14(4): 587-600
- Eriksson M., Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J. Epidemiol. Community Health* 2007; 61: 938-944.
- Eriksson M., Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60:376-381;
- Malinauskas R. Particularities of social psychological training of sport pedagogues and athletes. Monograph, Vilnius: LSIC, 2006.
- McNeely C.A., Nonnemaker J.M., Blum R.W. Longitudinal study of adolescent health and hierarchical linear models. *J. of School Health*, 2002; 72:138–146.
- Raglin J.S. Psychological factors in sport performance: the mental health model revisited. *Sports Medicine*, 2001; 31: 875–890.
- Jackson A.W., Morrow J.R., Hill D.W., Dishman R.K. Physical activity for health and fitness. *Human Kinetics*, 2004; 3, 271–293, 295, 297, 357–362
- Mercy K.E., Dahlberg J.A., Zwi L.L. The world report on violence and health. *Lancet*, 2002, 360 (9339), 1076–1083.
- Leavey J.E. Youth experiences of living with mental health problems: emergence, loss, adaptation and recovery (ELAR). *Can. J. Commun. Ment. Health*, 2005; 24:109–126.
- Pyle R.P. High school student athletes: associations between intensity of participation and health factors. *Clinical Paediatrics*, 2003; 42:697–701.
- Никифоров Г.С. Практикум по психологии здоровья. (Practicum of mental health), СПб: Питер, 2005.
- Smith P.M, Breslin C. F., Beaton D.E. Questioning the stability of sense of coherence. *Soc. Psychiatry Epidemiology*, 2003; 38:475–484.
- Марищук В.Л., Блудов Ю.М. Методики психодиагностики в спорте. (Methods of psycho diagnostics in sports.) Москва, 1990.
- Javtokas Z. Salutogeninio modelio panaudojimas stiprinant gyventojų sveikatą. *Sveikatos mokslai*. 2009; 3(63):2375-2377.

17. Dumčienė A., Malinauskas R., Sipavičienė S., Klizas Š. Sportuojančių paauglių psichoemocinės savijautos ypatumai. *Sveikatos mokslai*. 2007; 3(50): 987-990.

18. Malinauskas R., Malinauskienė V., Dumčienė A., Dumbliuskas A., Šeščilienė I.M., Šniras Š. Sportuojančių moksleivių psichinės sveikatos ugdymo, taikant psichologinio poveikio priemones, ypatumai. *Visuomenės sveikata*. 2007; 1(36): 40-45.

ASPECTS OF PSYCHO-EMOTIONAL SELF-FEELING OF SPORTING AND NON-SPORTING ADOLESCENTS

Audronė Dumčienė, Saulė Sipavičienė,  
Romualdas Malinauskas

Summary

Key words: adolescents, sport, psycho-emotional self-feeling, mental health, sense of coherence, self-control, stress level.

Abstract. The aim of a study was to reveal the special features of psycho-emotional self-feeling of sporting and non-sporting adolescents. Psycho-emotional self-feeling as integrated assessment is characterized in this article by four the components: mental health, sense of

coherence, self-control and stress level. By four tests interrogated 100 involved in sports and 100 non-involved. The average age of participants in the study was  $15.2 \pm 0.45$  years. For determining the level of the indices of psycho-emotional self-feeling being investigated were used four questionnaires.

It is established that the levels of psycho-emotional self-feeling in sporting and non-sporting adolescents were difference and it was statistical reliably ( $\chi^2$  – test,  $p < 0.05$ ) for all four indices. All indices of psycho-emotional self-feeling in adolescents occupied by sport were higher than in non-involving in sports. And occupying and not occupying by sport adolescents with the low level of a sense of coherence considerably less than generally it is characteristic for the population of Lithuania.

Correspondence to: a.dumciene@lkka.lt

Gauta 2009-10-04

## JAUNESNIOJO MOKYKLINIO AMŽIAUS SPORTUOJANČIŲ VAIKŲ SAVOJO AŠ RAIŠKA

SKAISTĖ LASKIENĖ, AGNĖ LASKYTĖ, ILONA JUDITA ZUOZIENĖ,  
AURELIJUS KAZYS ZUOZA

Lietuvos kūno kultūros akademija

**Raktažodžiai:** jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikai, sportas, savasis AŠ.

### Santrauka

Tyrimo tikslas – nustatyti jaunesniojo mokyklinio amžiaus (ketvirtos klasės mokinių) sportuojančių vaikų savojo Aš ypatumus. Šiame straipsnyje aptariami mokslinio tyrimo, kurį finansavo Lietuvos valstybinis mokslo ir studijų fondas (2008 metais), rezultatai, susiję su sportuojančių mokinių savojo Aš (savivokos) raiška: kognityvinės, socialinės ir fizinės kompetencijų ypatumais. Tyrimo metu apklausti ketvirtų klasių mokiniai (518 berniukų ir 520 mergaičių) pasirinkti netikimybinu atsitiktiniu būdu iš Kauno, Marijampolės, Alytaus, Vilniaus, Utenos, Panevėžio, Šiaulių, Telšių, Klaipėdos, Tauragės apskrityse ir apskričių apylinkėse esančių mokyklų. Nustatyta, jog didžioji dalis tiriamųjų vertina sportą ir fizinį aktyvumą kaip svarbią ir labai svarbią veiklą, mergaitėms sportinė veikla yra ženkliai mažiau svarbi nei berniukams; berniukai ženkliai dažniau užklasi- nei veiklai renkasi sporto mokyklą ar klubą negu

mergaitės ir sportuoja 2, 3 arba 4 kartus per savaitę bei reikšmingai dažniau nei mergaitės teigia esą geri sportininkai. Sportuojančių moksleivių kognityvinės kompetencijos raiškoje svarbus savęs suvokimas akademinėje srityje; socialinės kompetencijos raiškoje svarbus savęs suvokimas socialinėje aplinkoje: berniukai reikšmingai dažniau nei mergaitės yra geresnės nuomonės apie save, pozityviau save vertina; fizinės kompetencijos raiškoje išvaizdos suvokimas labiausiai veikia savojo Aš suvokimą: didžioji dalis tiriamųjų yra patenkinti savo kūnu, o aktyviai sportuojantys ženkliai pozityviau vertina savo kūną.

### ĮVADAS

Pastarųjų metų mokslinių publikacijų analizė įgalina teigti, jog jaunesniojo mokyklinio amžiaus moksleivių sportavimo vertingumą lemia ryšys, egzistuojantis tarp fizinio savęs vertinimo ir savivokos raidos. Fizinis savęs vertinimas yra traktuojamas kaip išmatuojama ir neatskiriama bendros savivokos dalis. Jo įtaką bendrai savivokai tyrę mokslininkai [1-3] pripažįsta, jog fizinis savęs suvokimas ir visybiška savivoka yra susiję. Manoma,

kad sportinė veikla teigiamai veikia fizinius duomenis, padeda pasiekti gerą fizinę formą, atsikratyti antsvorio ir gerai jaustis, sportuojant geriau priimamas savasis kūnas, gerėja savijauta. Moksliniais tyrimais nustatyta daugelis komponentų, susijusių su fiziniu aktyvumu arba sportine veikla, kurie lemia teigiamą asmenybės raidą - tai sąveika su kompetentingais bendraamžiais ir suaugusiais [4-5] svarbių įgūdžių ir interesų plėtotė [6-7], galimybių, kur vaikai jaučiasi kompetentingi ir pripažinti, kūrimas [8-9]. Šie įgūdžiai turi didelę reikšmę tiek sportinėje veikloje, tiek gyvenime. Gebėjimas perkelti šiuos įgūdžius iš sporto į kitas gyvenimo sritis yra lemiamas žingsnis, lengvinantis jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų asmenybės raidą.

**Tyrimo tikslas** – nustatyti jaunesniojo mokyklinio amžiaus (ketvirtos klasės mokinių) sportuojančių vaikų savojo Aš raišką: kognityvinę kompetenciją, socialinę kompetenciją ir fizinę kompetenciją.

#### TYRIMO METODAI

Tiriamieji ketvirtos klasės moksleiviai pasirinkti netikimybinu atsitiktiniu būdu, derinant tyrimo atlikimo galimybę su mokyklos administracija, o gavus sutikimą, derinant su moksleivių tėvais. Tokiu būdu buvo apklausti sutikusieji dalyvauti tyrime ir esantys apklausos metu mokykloje. Tiriamieji apklausti pradinėse mokyklose, esančiose Kauno, Marijampolės, Alytaus, Vilniaus, Utenos, Panevėžio, Šiaulių, Telšių, Klaipėdos, Tauragės apskrityse ir apskričių apylinkėse esančiose pradinėse mokyklose, siekiant apklausti reprezentacinę tiriamųjų imtį. Tyrimas vyko klasėje, dalyvaujant mokytojai ir trimis tyrėjams (stebėjo tyrimo eigą ir konsultavo tiriamuosius) ir užtruko 25-35 min. Tyrimo metu apklausti ketvirtų klasių moksleiviai: 518 berniukų ir 520 mergaičių. Daugiau nei pusė (54,2 proc.) tyrime dalyvavusių vaikų lanko sporto mokyklą ar klubą. Berniukai dažniausiai sportuoja 2, 3 arba 4 kartus per savaitę, mergaitės – 1, 2 arba 3 kartus per savaitę (26,8; 29,8 ir 20,7 proc.).

Darbe taikyta anketinė apklausa: 109 klausimų anketa jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo būdo tyrimui [10]. Tiriamųjų buvo prašoma pasistengti įsivaizduoti save ir pritaikyti sau esančius teiginius remiantis skale nuo 1 iki 4: „netinka“, „tinka tik kartais“, „pakankamai tinka“ iki „visiškai tinka“.

Skirtumo patikimumui tarp mergaičių ir berniukų savojo Aš raiškos patikrinti buvo taikomi šie kriterijai:  $\chi^2$  kriterijus ir Stjudento t kriterijus, kurio reikšmingumo lygmuo  $p < 0,05$ .

#### TYRIMO REZULTATAI

Analizuojant tyrimo metu gautus rezultatus matyti, kad sportas tirtiems moksleiviams yra svarbi veiklos sritis: 8–10 balų jo svarbą vertino 70,2 proc. berniukų ir 60 proc. mergaičių. Tai, kad sportuoti nėra svarbu (1–4 balai) nurodė tik 4 proc. berniukų ir 5,9 proc. mergaičių. Tačiau gautų rezultatų statistinė analizė rodo, kad mergaitėms sportinė veikla yra mažiau svarbi nei berniukams ( $\chi^2=22,846$ ;  $p=0,004$ ). Daugiau nei pusė (54,2 proc.) tyrime dalyvavusių moksleivių lanko sporto mokyklą ar klubą, o berniukai ženkliai dažniau nei mergaitės (atitinkamai 65,1 proc. ir 43,4 proc.;  $\chi^2=24,63$ ;  $p=0,0001$ ). Analizuojant tiriamųjų atsakymus apie tėvų įpročius sportuoti, išryškėjo didesnės dalies tėvų nepakankamas dėmesys fiziniam aktyvumui: 60,3 proc. tėvelių ir 51 proc. mamų sportuoja retai arba nespportuoja.

Analizuojant tyrimo rezultatus, susijusius su savojo Aš raiškos mokykloje (kognityvinė kompetencija) įverčiais, galima teigti, jog mokykloje išmokus dalykus pamiršta tik nedidelė dalis tiriamųjų: 9,4 proc. berniukų ir 7,4 proc. mergaičių, pakankamai dažnai taip nutinka 18,9 proc. berniukų ir 14,6 proc. mergaičių, kartais pamiršta mokykloje išmokus dalykus 40,4 proc. berniukų ir 34,0 proc. mergaičių, o 31,3 proc. berniukų ir 44,1 proc. mergaičių šios problemos neturi. Tiriamųjų atsakymų rezultatai reikšmingai skiriasi lyties aspektu ( $\chi^2=17,977$ ;  $p=0,001$ ). Analizuojant atsakymus, kaip sekasi atlikti namų darbus, matyti, kad namų darbų ruošą visiškai „nekelia įtamos“ 23,1 proc. ketvirtokų. Dar 23,0 proc. vaikų nurodo, kad nesunkiai susidoroja su užduotimi. Tačiau 38,4 proc. respondentų nurodo, kad tik kartais jiems pavyksta greitai atlikti namų darbus, o 15,6 proc. vaikų prie namų darbų ruošos sugaišta daug laiko. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $\chi^2=3,192$ ;  $p>0,05$ ). Beveik pusė apklaustųjų (46,0 proc.) mano, kad mokykloje jiems sekasi pakankamai gerai, trečdalis tiriamųjų (29,3 proc.) savo pasiekimus mokykloje linkę vertinti kritiškai („sekasi tik kartais“), o 5,2 proc. vaikų nurodo, kad jiems mokykloje nesiseka. Statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $\chi^2=3,447$ ;  $p>0,05$ ). Vertindami savo intelektinius gabumus („esu toks pats protingas kaip ir kiti mano amžiaus vaikai“) didžioji dalis tiriamųjų (82,1 proc.) mano, kad neišsiskiria iš savo bendraamžių tarpo ( $\chi^2=2,682$ ;  $p>0,05$ ). Analizuojant tyrimo rezultatus, stebimas reikšmingas skirtumas lyties aspektu teiginio *Mokykloje aš nesu geras* pasirinkimo atžvilgiu. Mergaitės reikšmingai dažniau nei berniukai atmetė šį teiginį kaip netinkantį (66,6 proc. mergaičių ir 41,1 proc. berniukų) arba tinkantį tik kartais (19,5 proc. mergaičių ir 33,7 proc. berniukų). Didžioji dalis tirtų moksleivių



pamokose jaučiasi pakankamai tvirtai, nes jiems sekasi gerai ir labai gerai atsakinėti į klausimus. Tačiau daliai vaikų kyla kai kurie sunkumai tuomet, kai reikia atlikti tam tikras užduotis, kalbėti. Kad pamokos metu sunku atsakinėti į klausimus nurodo 21,6 proc. berniukų ir 20,3 proc. mergaičių. Lyties aspektu statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $\chi^2=6,596$ ;  $p>0,05$ ).

Tiriant socialinę kompetenciją, buvo remtasi santykių su tėvais, bendraamžiais ir pedagogais pobūdžiu bei šių santykių įtaka savijautai ir savęs vertinimui. Pasididžiavimo savimi jausmas būdingas tirtiems vaikams nepriklausomai nuo jų lyties ( $\chi^2=6,908$ ;  $p>0,05$ ). Teiginį *Aš turiu pagrindo didžiulotis savimi* kaip pakankamai tinkamą ir visiškai tinkamą pasirinko 73,2 proc. berniukų ir 79,4 proc. mergaičių. Manančių, kad negali didžiulotis savimi yra tik nedidelė tiriamųjų dalis (atitinkamai 6,3 proc. berniukų ir 4,1 proc. mergaičių). Tyrimo rezultatų analizė rodo, jog didžioji dalis (70,1 proc.) tiriamųjų dažniausiai džiaugiasi savimi, o 21,9 proc. – džiaugiasi savimi tik kartais. Mergaičių ir berniukų įvertiniai statistiškai reikšmingai nesiskiria ( $\chi^2=0,724$ ;  $p>0,05$ ). Daugiau nei pusė tirtų berniukų (53,0 proc.) ir beveik pusė tirtų mergaičių (47,3 proc.) yra geros nuomonės apie save. Rezultatai statistiškai reikšmingai skiriasi lyties atžvilgiu ( $\chi^2=9,863$ ;  $p<0,05$ ): berniukai dažniau nei mergaitės yra geresnės nuomonės apie save. Tyrimo metu gautų rezultatų analizė leidžia teigti, kad didžiajai daliai tiriamųjų būdingas teigiamas savęs vertinimas (80,1 proc.), tačiau 15,3 proc. vaikų teigiamą savivertės jausmą jaučia tik kartais, o 4,5 proc. mano, kad su jais kažkas yra netvarkoje. Lyties požiūriu statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta ( $\chi^2=3,572$ ;  $p>0,05$ ). Nepriklausomai nuo lyties didžioji dalis šio amžiaus vaikų nėra linkę liūdėti be jokios priežasties ( $\chi^2=7,783$ ;  $p>0,05$ ). Tai nurodo 52,9 proc. tiriamųjų, o tai, kad be priežasties būna liūdni retai nurodo 32,3 proc. vaikų. Tačiau 14,84 proc. vaikų liūdesio be priežasties jausmas yra patiriamas gana dažnai. Tai, kad daugumai tirtų sportuojančių ketvirtokų nėra būdinga depresyvi nuotaika rodo ir teiginio *Aš dažnai sėdžiu ir nenoriu nieko daryti* vertinimas. Didžiajai daliai (83,2 proc.) tirtų mokinių toks teiginys netinkamas, o 10,2 proc. tvirtina, kad taip jaučiasi dažnai arba pakankamai dažnai (6,5 proc.). Teiginį *Aš retai juokuosi* kaip netinkamą arba dažniausiai netinkamą nurodo dauguma mokinių (73,3 proc. berniukų ir 85,9 proc. mergaičių), ir tik mažuma – kaip pakankamai tinkamą (12,7 proc. berniukų ir 4,5 proc. mergaičių) bei visiškai tinkamą (13,9 proc. berniukų ir 9,5 proc. mergaičių). Analizuojant atsakymus lyties aspektu rasti reikšmingi skirtumai ( $\chi^2=29,219$ ;  $p<0,001$ ), kurie gali būti aiškinami

tu, jog mergaitės linkusios atviriau nei berniukai reikšti savo emocijas. Dažniausiai vaikai linksmas situacijas vertina adekvačiai, tačiau tarp ketvirtokų yra ir tokių, kuriems skirtingai nuo kitų juokingos situacijos nekelia tokių pat emocijų (17,6 proc.).

Fizinės kompetencijos raiška, tyrimo metodikos autorių [10] teigimu, apima tokias sritis kaip sportinė kompetencija, fizinė jėga, patrauklus kūnas ir fizinė būklė. Mūsų tirtieji sportuojantys berniukai reikšmingai dažniau nei mergaitės teigia esą geri sportininkai. Kad teiginys *Aš geras sportininkas* visiškai jiems tinka nurodė daugiau nei trečdalis berniukų (37,2 proc.) ir 20,1 proc. mergaičių, kad teiginys pakankamai tinka nurodė 37,2 proc. berniukų ir 38,1 proc. mergaičių. Tačiau tyrime dalyvavusios mergaitės dažniau nei berniukai abejoja, jog yra geros sportininkės (atitinkamai 18,5 proc. berniukų ir 31,3 proc. mergaičių). Tyrimo metu gautų duomenų analizė rodo, jog beveik pusė (47,7 proc.) berniukų ir daugiau nei trečdalis (35,1 proc.) mergaičių sportuodami jaučiasi beveik visada pranašesni už kitus savo amžiaus vaikus. Tik kartais jaučiasi esą pranašesni fiziniiais gebėjimais už savo bendraamžius 38,0 proc. berniukų ir 43,3 proc. mergaičių. Analizuojant pranašumo sportinėje veikloje savivoką stebimi statistiškai reikšmingi skirtumai lyties požiūriu ( $\chi^2=19,156$ ;  $p<0,001$ ). Didžioji dalis tiriamųjų nurodo, kad lengvai gali įgyti naujų fizinių gebėjimų ir įgūdžių sportuodami. Teiginį *Sportuodamas aš lengvai išmokstu naujų dalykų* kaip visiškai tinkamą renkas daugiau nei pusė (55,8 proc.) ir kaip pakankamai tinkamą 23,4 proc. tiriamųjų. Lyties požiūriu statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $\chi^2=6,720$ ;  $p>0,05$ ). Dauguma (75,1 proc.) tirtų sportuojančių moksleivių savo fizine kompetencija neišsiskiria iš bendraamžių tarpo, tačiau ketvirtadalis (24,8 proc.) galvoja, kad nėra tokie pat sporte kaip kiti jų amžiaus vaikai. Galima manyti, kad dalis iš jų jaučiasi stipresni, o dalis silpnesni fiziškai. Lyties požiūriu statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $\chi^2=6,720$ ;  $p>0,05$ ). Teiginį *Sportuodamas nesu geras sportininkas* kaip visiškai netinkamą nurodė 58,9 proc. berniukų ir 46,2 proc. mergaičių, kaip netinkamą tik kartais – 23,2 proc. berniukų ir 32,9 proc. mergaičių, lyties požiūriu stebimas statistiškai reikšmingas skirtumas ( $\chi^2=17,935$ ;  $p<0,001$ ). Didžioji dalis tiriamųjų mano, kad lyginant su kitais jie atrodo gerai (72,1 proc. berniukų ir 74,9 proc. mergaičių), tačiau beveik ketvirtadalis vaikų savo išvaizdą linkę vertinti nepalankiai. Lyties aspektu statistiškai reikšmingų skirtumų vertinant savo išvaizdą nenustatyta ( $\chi^2=3,213$ ;  $p>0,05$ ). Daugiau negu pusė tiriamųjų (56,5 proc.) nenorėtų keisti savo išvaizdos, tačiau yra ir tokių (16,7 proc. berniukų ir 17,1 proc.

mergaičių), kurie savo išvaizdą norėtų keisti. Skirtingos lyties grupėse reikšmingi skirtumai nenustatyti ( $\chi^2=7,217$ ;  $p>0,05$ ). Tyrimo rezultatų analizė leidžia teigti, jog trečdalis (30,8 proc.) apklaustų ketvirtokų nemano, kad kitų išvaizda geresnė, tačiau daugiau kaip trečdalis (37,2 proc.) apie tai pagalvoja kartais, kitas trečdalis pagalvoja apie tai gana dažnai. Panašias tendencijas patvirtina ir tyrimo rezultatų duomenys, susiję su teiginiu *Aš atrodau tikrai gerai* vertinimu. Skirtingos lyties grupėse skirtumai nestebimi ( $\chi^2=1,978$ ;  $p>0,05$ ). Lygindami save su kitais, tiriamieji kritiškiesni: kad atrodo geriau negu dauguma draugų teigia tik 12,2 proc. berniukų ir 11,8 proc. mergaičių, o priešingai galvoja dvigubai daugiau ketvirtokų berniukų (27,5 proc.) ir trigubai daugiau mergaičių (36,0 proc.). Analizuojant tyrimo metu gautus duomenis, susijusius su požiūriu į savo kūną ir pasitenkinimą savo kūnu nustatyta, kad didžioji dalis tiriamųjų yra patenkinti savo kūnu. Teiginys *Man patinka mano kūnas toks, koks yra visiškai tinka* daugiau negu pusei apklausoje dalyvavusių ketvirtokų (63,1 proc. berniukų ir 53,3 proc. mergaičių) ir pakankamai tinka – 26,1 proc. (24 proc. berniukų ir 28,1 proc. mergaičių) tiriamųjų, 15,7 proc. tiriamųjų nurodė, kad yra nepatenkinti savo kūnu. Analizuojant tyrimo metu gautus duomenis lyties aspektu, nustatyti reikšmingi skirtumai ( $\chi^2=12,307$ ;  $p<0,05$ ), todėl galima teigti, kad berniukai pozityviau vertina savo išvaizdą nei mergaitės. Panašūs rezultatai gauti analizuojant teiginio *Aš esu patenkintas savo kūnu* pasirinkimą: 59,3 proc. berniukų ir 52,6 proc. mergaičių mano, kad teiginys jiems visiškai tinka. Pakankamai patenkinti savo kūnu (išvaizda) yra 23,2 proc. berniukų ir 22,6 proc. mergaičių. Skirtingos lyties grupėse skirtumai nestebimi ( $\chi^2=1,978$ ;  $p>0,05$ ). Analizuojant duomenis, kurie nusako savijautą, susijusią su kūnu ir išvaizda: *Aš nejaukiai jaučiuosi savo kūne*, tyrimo metu gauti rezultatai rodo, jog tik 4,7 proc. berniukų ir 6,4 proc. mergaičių pritaria šiam teiginiui ( $\chi^2=3,004$ ;  $p>0,05$ ). Tyrimo metu gautų rezultatų analizė, susijusi su sportuojančių moksleivių bendrojo savęs vertinimo raiška, leidžia teigti, jog didžioji dauguma tiriamųjų „visumoje džiaugiasi savimi“, pritaria teiginiams *Su manimi viskas tvarkoje*, *Aš turiu pagrindo savimi didžiulis*.

#### TYRIMO REZULTATŲ APTARIMAS

Mūsų atlikto tyrimo rezultatai įgalina teigti, jog jaunesniojo mokyklinio amžiaus sportuojančių vaikų savojo Aš raiška atskleidžia kognityvinės, socialinės ir fizinės kompetencijos ypatumus lyties aspektu, o bendras savęs vertinimas parodė, jog tiriamieji pozityviai vertina savo gyvenimo būdą, jaučiasi laimingi ir patenkinti savimi ir savo pasiekimais. Kognityvinės kompetencijos

raiškos ypatumai atskleidė, kad tiriamieji suvokia savo mokyklinius gebėjimus ir geba palyginti su bendraklasių gebėjimais, o aktyviau sportuojantys suvokia sėkmės pamokų metu svarbą savijautai (koks protingas jis jaučiasi), geba įvertinti asmenines pastangas, skirtas mokyklinėms užduotims atlikti ir savijautai šioje veikloje. Kitų mokslininkų [11] tyrimai patvirtina, jog minėti savojo Aš raiškos komponentai yra susiję su kryptinga fizine veikla. Daugumoje mokslininkų tyrimų stebimas ryšys tarp savęs vertinimo ir akademinų pasiekimų. Teigiamas ir aukštas kognityvinės kompetencijos vertinimas gali būti interpretuojamas kaip pageidaujamas rezultatas, didinantis savosios vertės jausmą, pagarbą kitiems ir asmeninį meistriškumą (Frost et al., 2004). Kognityvinė kompetencija yra susijusi ir su socialine kompetencija: sportuojantys moksleiviai, kurie mano gerai atliekantys mokyklines užduotis, teigiamai vertina ir savo elgesį. Mokslininkai nesutaria, ar sportuojantys moksleiviai dažniau patiria nesėkmes akademinėje srityje, nes užsiėmimo kryptinga fizine veikla įtaka nėra vienareikšmiška [13]. Fizinės kompetencijos raiškos ypatumai, tyrimo metodikos autorių [10] teigimu, sietini su užsiėmimo sportine veikla bei lytimi. Tai patvirtino ir mūsų atliktas tyrimas: nustatytas reikšmingai skirtingas fizinis savęs vertinimas lyties aspektu. Taip pat nustatyta, jog vaikinais daugiau dėmesio skiria sportinei kompetencijai, o merginos fizinei išvaizdai [14]. Išvaizdos vertinimas atskleidžia tiriamojo santykį su savo kūnu: kaip vertina savo kūną, ar yra patenkintas tuo, kaip atrodo. Remiantis A. Bowker et al., (2003), aktyviai sportuojantys daug pozityviau vertina savo kūną, negu nesportuojantys jų bendraamžiai. Mokslininkų [16] tyrimai ir mūsų tyrimo duomenų analizė rodo, kad mergaitės jautriau reaguoja į savo kūno pokyčius ir labiau išgyvena su kūno įvaizdžiu susijusias problemas, o nepasitenkinimas savo kūnu neigiamai veikia jų savęs vertinimą, ko nebuvo pastebėta tarp vaikinių. Tikėtina, kad fizinis patrauklumas turi didesnę įtaką populiarumui tarp bendraamžių, taip pat ir suvoktam didesniam patrauklumui. Mokslininkų tyrimais [17, 15, 18] pagrįsta prielaida, jog suvokiantiems ir aukštai vertinantiems savo gebėjimus sporto srityje būdingas ir aukštesnis bendras savęs vertinimas. Kiti tyrėjai teigia, kad sportinė kompetencija neturi įtakos bendrai savivertei ar netgi neigiamai ją veikia [19]. Daugelyje tyrimų akcentuojama tai, kad būtent savo išvaizdos suvokimas labiausiai veikia bendrą savęs vertinimą.

#### IŠVADOS

1. Didžioji dalis respondentų (70,2 proc. berniukų ir 60 proc. mergaičių) vertina sportą kaip svarbią ir labai

svarbią veiklą, o mergaitėms sportinė veikla yra ženkliai mažiau svarbi nei berniukams ( $\chi^2=22,846$ ;  $p=0,004$ ).

2. Berniukai ženkliai dažniau užklasinei veiklai renkasi sporto mokyklą ar klubą negu mergaitės ( $\chi^2=24,63$ ;  $p=0,0001$ ) ir reikšmingai dažniau nei mergaitės teigia esą geri sportininkai.

3. Sportuojančių moksleivių kognityvinės kompetencijos raiškoje svarbus savęs suvokimas akademinėje srityje: beveik pusė apklaustųjų mano, kad mokykloje jiems sekasi pakankamai gerai; namų darbų ruošia visiškai „nekelia įtampas“ arba vaikai nesunkiai susidoroja su užduotimis.

4. Sportuojančių moksleivių socialinės kompetencijos raiškoje svarbus savęs suvokimas socialinėje aplinkoje: berniukai reikšmingai dažniau nei mergaitės yra geresnės nuomonės apie save, pozityviau save vertina.

5. Sportuojančių moksleivių fizinės kompetencijos raiškoje išvaizdos suvokimas labiausiai veikia savojo Aš suvokimą: didžioji dalis tiriamųjų yra patenkinti savo kūnu, o aktyviai sportuojantys ženkliai pozityviau vertina savo kūną.

#### Literatūra

- Brettschneider, W., Heim, R. Identity, Sport, and Youth Development. Ed. by. K. Fox. In *The Physical Self: From Motivation to Well-Being*. Human Kinetics Publishing, 1997.
- Fox, K. R. The physical self and processes in self-esteem development. Ed. by K. R. Fox. *The physical self: From motivation to well being*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1997.
- Marshall, S. J., Biddle, S., Gorely, T., Cameron, C., & Murdey, I. Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity* 28, 2004; 1238-1246.
- Mahoney, J. L., & Stattin, H. Leisure activities and adolescents' antisocial behavior: the role of structure and social context. *Journal of Adolescence*, 2000; 23; 113 - 127.
- Danish, S. J., Taylor, E. T., Fazio, R. J. (2003). Enhancing adolescent development through sports and leisure. Ed. By. G. R. Adams., D. Berzonsky. *Handbook of developmental psychology*. Blackwell handbook of adolescence. Blackwell publishing, 2003.
- Oweis, P., Spinks, W. L. (2001). Psychological outcomes of physical activity: a theoretical perspective. *Journal of Human Movement Studies*, 2001; 40: 351-375.
- Ryska, T. A. (2003). Sportsmanship in young athletes: the role of competitiveness, motivational orientation and perceived purpose of sport. *Journal of psychology*, 2003; 137 (3):273- 294.
- Campbell, A. Female competition: causes, constraints, content, and contexts. *Sex Roles: A Journal of research*. 2004; 1 (41).
- Giordano, P. C. Relationships in adolescence. *Annual Review of Sociology* [interaktyvus], 2003.
- Schmidt, W., Hartmann-Tews, I. & Brettschneider, W.-D. Sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen – Zusammenfassung, Ausblick und Empfehlungen. In W. Schmidt, I. Hartmann-Tews & W.-D. Brettschneider (Hrsg.), *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht* (S. 401-410). Schorndorf: Hofmann, 2003.
- Byer, J. L. Measuring the positive effects of students' perceptions of classroom social climate on academic self-concept. *Journal of Social Studies Research*, 2000; 24 (1): 46-57.
- Frost, J., McKelvie, S. Self-esteem and body satisfaction in male and female elementary school, high school, and university students. *Sex Roles: A Journal of Research* [interaktyvus]. 2004.
- Yeung, A. S., Chui, H. S., Lau, I. C.Y., Mc Inerney, D. M., Russell-Bowie, D. Where is the hierarchy of academic self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 2000; 92: 556-567.
- Moreno, J. A., Cervello, E. Physical self-perception in spanish adolescents: effects of gender and involment in physical activity. *Journal of Human Movement Studies*, 2005; 48: 291-311.
- Bowker, A., Gadbois, S., Cornock, B. Sports participation and self-esteem: variations as a function of gender and gender role orientation. *Sex Roles: A Journal of research*. 2003, July.
- Badmin, N., Sneade, I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *Journal of Psychology*, 2002; 136 (6): 581-594.
- Boyd, K. R., Hrycaiko, D. W. The effect of a physical activity intervention package on the self-esteem of preadolescent and adolescent females. *Journal of Adolescence*, 1997, 32 (127).
- Alfermann, D., Stoll, O. Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology*, 2000, 31 (1), 47-65.
- Shapka, J. D., Keating, D. P. Structure and change in self-concept during adolescence. *Canadian Journal of Behavioural Science* [interaktyvus], 2005.

#### SELF EXPRESSION OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN INVOLVED IN SPORT ACTIVITY

Skaistė Laskienė, Agnė Laskytė, Ilona Judita Zuožienė, Aurelijus Kazys Zuoza

#### Summary

**Key words:** primary school children, sports, self, self expression.

The aim of the research – to identify peculiarities of self concept of primary school children (forth year pupils) involved in sports. During the study 518 boys and 520 girls were asked to take part in the study. Participants were chosen from schools located in different regions: Kaunas, Marijampolė, Alytus, Vilnius, Utena, Panevėžys, Šiauliai, Telšiai, Klaipėda, Tauragė. The results of the study which was financed by The Lithuanian State Science and Studies Foundation financed the research (2008) are introduced in the paper. The results disclose self expression of primary school children involved in sport activities. Cognitive, social, and physical competencies are discussed. The results indicate that, majority of the study participants evaluated sport, physical activity as important or very important activities. Sport activity is significantly less important for girls in comparison to boys. Boys significantly more frequently chose to attend sport school or sport club in comparison to girls. Boys participate in sport activity 2, 3 or 4 times per week and significantly more frequently than girls indicate being good at sports. Self expression in the domain of academic activity is an important aspect of cognitive competence for the children who are taking part in sports. Self perception in social environment is an important aspect of social competence. Boys in comparison to girls indicate more positive self image, evaluate themselves in a more positive way. In the domain of physical competence self expression is the most influenced by the perception of ones appearance. The majority of participants indicated satisfaction of their appearance. School children who are actively involved in sports are more satisfied with their body and appearance.

**Correspondence to:** s.laskiene@lkka.lt

Gauta 2009-10-08