

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
MEDICINOS PAGRINDŲ KATEDRA

Taikomosios kūno kultūros: sveikatos edukologijos studijų programa

Inga Šimkutė

**KINEZITERAPEUTŲ IR JUDESIO KOREKCIJOS SPECIALISTŲ
PROFESINIŲ KOMPETENCIJŲ REALIZAVIMO PALYGINIMAS**

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė -
doc. dr. Daiva Mockevičienė*

2011

Magistro darbo santrauka

Darbe analizuojama *teorinė* holistinė sveikatos samprata bei psichofizinio ugdymo reikšmė švietimo ir sveikatos apsaugos sistemos kontekste. Darbe taip pat analizuojamas psichofizinio ugdymo specialistų- kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinis realizavimas atsižvelgiant į tai, kad pastarieji specializuojasi atitinkamai reabilitacijos ir edukologijos srityse.

Iškelta *hipotezė*, kad kineziterapeutų profesinės kompetencijos (funkciniai, bendravimo ir bendradarbiavimo, kineziterapeutų praktinės veiklos plėtros gebėjimai) yra kur kas plačiau realizuojamos praktikoje nei judesio korekcijos specialistų.

Anketinės *apklausos metodu* buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas- palyginti kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinį realizavimą.

Apklausoje dalyvavo 200 respondentų (kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų) iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio ir mažesnių miestų.

Empirinėje dalyje buvo siekiama palyginti kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų funkcinių gebėjimų, bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimų bei praktinės veiklos plėtros gebėjimų realizavimą praktikoje.

Svarbiausios empirinio tyrimo *išvados*:

1. Daugumos funkcinių kompetencijų realizavimas praktikoje yra kur kas labiau išplėtotas kineziterapeutų nei judesio korekcijos specialistų.
2. Atlikus apklausą paaiškėjo, kad judesio korekcijos specialistų bendravimo ir bendradarbiavimo kompetencijos yra labiau plėtojamos darbo praktikoje nei jų kolegų kineziterapeutų.
3. Lyginant specialistus paaiškėjo, kad judesio korekcijos specialistai plėtoja praktinės veiklos plėtros kompetencijas labiau nei kineziterapeutai. Judesio korekcijos specialistai aktyviau dalyvauja kvalifikacijos tobulinimo renginiuose, dalinasi patirtimi bei rengia pranešimus, seminarus, ruošia sveikatinimo/švietimo informaciją įstaigose.

Hipotezė pasitvirtino tik iš dalies, nes apklausos duomenys atskleidė, kad kineziterapeutai, kaip ir buvo manoma, kur kas plačiau nei judesio korekcijos specialistai praktinėje veikloje plėtoja savo funkcinius gebėjimus. Tačiau bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimai, praktinės veiklos plėtros gebėjimai praktikoje yra kur kas plačiau realizuojami judesio korekcijos specialistų, o ne kineziterapeutų.

Išanalizavus empirinio tyrimo išvadas yra suformuluotos ir pateikiamos rekomendacijos dėl judesio korekcijos specialistų kompetencijos.

Esminiai žodžiai: psichofizinis ugdymas, judesio korekcija, kineziterapija, kompetencijos.

Turinys

Magistro darbo santrauka	2
Įvadas	4
1 skyrius. PSICHOFIZINIO ASMENYBĖS UGDYMO SPECIALISTŲ VAIDMENS BEI PROFESINIŲ KOMPETENCIJŲ REALIZAVIMO SVARBA PRAKTIKOJE	9
1.1. Holistinė sveikatos samprata	9
1.2. Asmenybės psichofizinis ugdymas	12
1.3. Specialistų poreikis psichofizinio ugdymo bei sveikos gyvensenos plėtojimo kontekste.....	17
1.4. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų rengimą ir veiklą reglamentuojančių dokumentų bei profesinių kompetencijų svarba švietimo ir sveikatos apsaugos srityse ..	21
2 skyrius. KINEZITERAPEUTŲ IR JUDESIO KOREKCIJOS SPECIALISTŲ PROFESINIŲ KOMPETENCIJŲ REALIZAVIMO PALYGINIMAS	33
2.1. Tyrimo metodika ir organizavimas	33
2.2. Demografiniai duomenys.....	36
2.3. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų funkcinių gebėjimų realizavimo palyginimas.....	40
2.4. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimų realizavimo palyginimas	46
2.5. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų praktinės veiklos plėtos gebėjimų realizavimo palyginimas.....	52
Išvados	57
Rekomendacijos	58
Literatūra	59
Summary	64
Priedai	66

Įvadas

Socialinis (praktinis) aktualumas. Visame pasaulyje, Europoje ir Lietuvoje sveikata yra suvokiama kaip visapusė asmens ir visuomenės dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė (Vaitkevičius, 2005). Holistinė sveikatos samprata ekonominiame ir socialiniame kontekste sukuria įvairias sveikatos būsenas (Šapokienė ir kt., 2007; Mačinskas, 2008). Tačiau galingiausios pasaulio technologijos, mokslo išradimai ir naujovės skatina ne tik žmonijos egzistavimo progresą, bet tam tikra prasme ir regresą. Šių dienų pasaulyje žmogus kasdien susiduria su šimtais neigiamų sveikatą įtakančių rizikos veiksnių. Įvairiuose domukentuose, tokiuose kaip Amsterdamo, Liuksemburgo deklaracijose, Liubianos, Otavos ir Džakartos chartijose, apibrėžiamas aktyvus visuomenės narių į(si)traukimas į sveikatos palaikymą ir išsaugojimą (Andriulienė, 2006; Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Europos socialinėje chartijoje (2001) taip pat pažymima asmenų teisė į visapusę sveikatos apsaugą. Pastarojoje deklaracijoje yra neatsiejamas ligų gydymas bei jų prevencija. Lietuvoje dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo organizavimo (2009) sveikatos apsaugos ministro įsakyme tiksliai atskleidžiama piliečių teisė į reabilitacijos paslaugų prieinamumą. Susiduriama su sveikatos apsaugos sistemos problema, kuri atsiskleidžia ligų gydymo paradigmos teigimu, o ne prevencijos ir savalaikio ugdymo organizavimo prielaida. Tačiau visuomenės dėmesys vis labiau krypta ne tik į holistinės sveikatos suvokimo plėtojimą, bet ir į holistinio sveikatos ugdymo įgyvendinimą įvairiose srityse. Sveikatą suvokiant kaip nedalomą konstruktą reikia nepamiršti, kad jei kas nors nutinka vienai sveikatos sričiai, neišvengiamai paveikiama ir kita (Žilinskienė, Gudžinskienė, 2003; Neverauskas, 2009; Adaškevičienė, 2004). Mokslo ir pažangos amžiuje vis daugiau mokslininkų prabyla apie holistinį sveikatos ugdymą išreikštą psichofizinės asmenybės ugdymo paradigma. Siekiant, kad žmogus būtų visapusiškai sveikas, reikia neatskirti kūno nuo sielos tiek plėtojant profilaktikos, tiek ugdymo, tiek reabilitacijos ar korekcijos tikslus. Tik darnus psichofizinis asmenybės ugdymas gali užtikrinti sveiko individo ir sveikos visuomenės egzistavimą (Vydūnas, 1991; Laužikas, 1997; Dineika, 2001; Andriekienė, Ruzgienė, 2001; Tamošauskas, 2008). Taigi, plėtojant siekį išsaugoti ir stiprinti visapusę žmonių sveikatą pasaulyje, Europoje ir Lietuvoje išaugo specialistų, kurie užtikrintų holistinės prevencijos, ugdymo ir korekcijos realizavimą praktikoje, poreikis. Šiuolaikinis ir holistinis visuomenės požiūris į kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų vaidmenį visuomenėje skatina vis didesnę šių specialistų įsitvirtinimą įvairiose švietimo sistemos ir sveikatos apsaugos sistemos srityse. Profesinis specialistų rengimo reglamentavimas užtikrina specialistų sveikatos politikos realizavimą praktikoje. Tačiau susiduriama su specialistų rengimo reglamentavimo problema. Rengiant kineziterapeutus yra vadovaujamosi Lietuvos respublikos švietimo ir mokslo

ministerijos, Lietuvos respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos „Kineziterapeuto rengimo standartu“ (2004), o rengiant judesio korekcijos specialistus yra vadovaujamosi edukologijos studijų programomis ir jų numatomais standartais. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ (2004) – vienas iš pagrindinių norminių aktų, apibrėžiančių svarbiausias profesines kineziterapijos specialistų kompetencijas. Norminių aktų, kurie reglamentuotų judesio korekcijos specialistų veiklą nėra. Norminiuose aktuose, išsilavinimo standartuose nėra išryškintos pagrindinės specialistų kompetencijų grupės, kurias įgiję pastrieji specialistai galėtų praktiškai tenkinti psichofizinę asmenybės ugdymo paradigmą. Anot Overmeer ir kt. (2008), svarbus ne tik specialiųjų profesinių kompetencijų įgyjimas, bet ir biopsichosocialinių žinių plėtojimas formuojant bendrąsias kompetencijas kineziterapinėje veikloje. Taigi bendrųjų kompetencijų realizavimas ugdymo, korekcijos, reabilitacijos procesui suteikia daugiau holistiškumo ir labiau tenkina šiuolaikinę psichofizinio ugdymo paradigmą, tad judesio korekcijos specialistai ir kineziterapeutai turėtų pasižymėti šiomis kompetencijomis (Threlkeld, 2007; Žukauskienė, 2010; Žukauskienė, 2011).

Mokslinis aktualumas. Įvairiuose moksliniuose šaltiniuose (Gunvor, 2000; Didjurgienė, 2009; Threlkeld, 2007; American Physical Therapy Association, 2006) nurodoma, kad specialistų profesinių kompetencijų (žinių, gebėjimų ir įgūdžių) realizavimas praktikoje yra labai svarbus siekiant tenkinti šiuolaikinę holistinę sveikatos išsaugojimo ir ugdymo sampratą. Tiek kineziterapijos, tiek judesio korekcijos specialistų rengimą reglamentuoja atitinkamos reabilitacijos ir edukologijos studijų programos, kurios numato būsimų kineziterapeutų, judesio korekcijos pedagogų kompetencijas.

Kineziterapija, judesio korekcija tiek sveikatos apsaugos srityje, tiek švietimo srityje užima svarbią vietą, o šių sričių specialistų kompetencijos yra gana plačiai analizuojamos kai kurių Lietuvos mokslininkų darbuose. Štendelienė (2007), Didjurgienė (2009) moksliniuose darbuose pagrindžia kineziterapeutų praktinio kompetencijų realizavimo svarbą ir reikmę. Banelienė, Žiliukas (2005) remdamiesi tyrimų duomenimis teigia, kad kineziterapeutų bendravimo ir bendradarbiavimo su pacientais/ugdytiniais kompetencijos praktikoje plėtojamos pakankamai plačiai. Tačiau Straubergaitė, Jocas (2008) atliktų tyrimų rezultatais pastebi, kad dauguma Lietuvos kineziterapeutų menkai praktikoje realizuoja bendravimo ir bendradarbiavimo su kolegomis kompetencijas.

Ši sritis yra analizuojama taip pat ir užsienio mokslininkų. Gunvor (2000) savo atliktais tyrimais atskleidžia kineziterapeutų profesinių kompetencijų praktinę plėtotę Švedijoje. Pastarojoje šalyje bendravimo ir bendradarbiavimo su kolegomis, pacientais bei funkcinės kompetencijos plačiai realizuojamos specialistų veikloje.

Galima pažymėti, kad užsienio bei lietuvių autorių darbuose nemažai skiriama dėmesio kineziterapeutų profesinių kompetencijų praktinio realizavimo analizavimui ir tyrimui, tačiau judesio korekcijos pedagogų profesinės kompetencijos nėra analizuojamos. Taip pat gana menkai atskleidžiamas kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinis realizavimas ir palyginimas Lietuvoje, nors šių specialistų vaidmuo psichofizinio ugdymo kontekste užima svarbią vietą.

Probleminis tyrimo klausimas – Ar vienodai kineziterapeutai ir judesio korekcijos specialistai realizuoja savo bendravimo ir bendradarbiavimo, funkcinius, praktinės veiklos plėtros gebėjimus darbo praktikoje, atsižvelgiant į tai, kad šie specialistai atitinkamai rengiami reabilitacijos ir edukologijos studijų programų?

Tyrimo objektas – kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinės kompetencijos.

Hipotezė – kineziterapeutų profesinės kompetencijos (funkciniai, bendravimo ir bendradarbiavimo, kineziterapeutų praktinės veiklos plėtros gebėjimai) yra kur kas plačiau realizuojamos praktikoje nei judesio korekcijos specialistų.

Tyrimo tikslas – *palyginti* kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinį realizavimą.

Uždaviniai:

1. *Išanalizuoti* psichofizinio ugdymo naudą ir kineziterapeutų bei judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų svarbą įgyvendinant holistinio ugdymo, koregavimo tikslus bei psichofizinio ugdymo paradigmą.
2. *Palyginti* kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų funkcinių kompetencijų realizavimą analizuojant anketinės apklausos duomenis.
3. *Palyginti* kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų bendravimo ir bendradarbiavimo kompetencijų realizavimą analizuojant anketinės apklausos bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimų atsakymų duomenis.
4. *Nustatyti* kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų praktinės veiklos plėtros kompetencijų realizavimą interpretuojant specialistų anketinės apklausos atsakymų duomenis.

Respondentai– Judesio korekcijos specialistai (60) ir kineziterapeutai (140). Judesio korekcijos specialistai yra rengiami tik nuo 1996 metų, tad pastarųjų specialistų, dirbančių sveikatos apsaugos ir švietimo srityse yra kur kas mažiau nei kineziterapeutų. Visi specialistai yra dirbantys švietimo ir sveikatos sistemose, didžiųjų Lietuvos miestų (Vilniaus,

Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio) gydymo stacionaruose, reabilitacijos centruose, ikimokyklinio, mokyklinio ir specialiojo ugdymo įstaigose. Tyrimo dalyviai parinkti remiantis netikimybine atsitiktinė imtimi.

Tyrimo metodologija ir metodai -

1. Anketinė apklausa (uždaro tipo).
2. Statistinė duomenų analizė. Surinkti duomenys analizuojami, lyginami statistiniais SPSS ir MC EXEL kompiuterinių programų apskaičiavimais.

Aprobacija. Magistro darbas buvo pristatytas:

- studentų mokslinių darbų konferencijoje „ Vaikų, turinčių specialiųjų poreikių, ugdymas ir sveikatinimas“ , Šiaulių universitete, 2010-05-21 (1 priedas);
- tarptautinėje konferencijoje „ International conference of young researchers 2011“, Klaipėdos universitete, 2011-04-29 (2 priedas);
- tarptautinėje mokslinėje konferencijoje „Socialinė gerovė tarpdisciplininiu požiūriu“, Šiaulių universitete, 2011-05-20.

Magistro darbo struktūra. Ši magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, rekomendacijos dėl judesio korekcijos specialistų kompetencijos, naudotos literatūros sąrašas (74 šaltiniai), santrauka (reziumė) anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 7 lentelės, 13 paveikslų. Prieduose pateikiama (anketinės apklausos instrumentas- anketa „ Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinio realizavimo palyginimas“, 2 tyrimo pristatymo konferencijose pažymos). Darbo apimtis- 66 puslapiai.

Pagrindinės sąvokos

Kineziterapija (gr. *kinesis*-judėjimas +*therapeia*- gydymas), gydymas judėjimu. Dažniausiai taikoma sveikstantiems, ypač po persirgtos sunkios ligos ilgai nejudėjusiems ligoniams, kad sustiprėtų nusilpę raumenys, pagerėtų kvėpavimo organų, širdies ir kraujagyslių bei centrinės nervų sistemos veikla (Vaitkevičiūtė, 2007).

Judesio korekcija (lot. *correctio*) psichinio ar fizinio vystymosi taisymas (Vaitkevičiūtė, 2007). Judesio korekcija- taisymas judesiu.

Kompetencija (lot. *Competentia*- atitikimas, gebėjimas) gebėjimas pagal kvalifikaciją, žinias, įgūdžius gerai atlikti veiklą (Jovaiša, 2007).

1 skyrius. PSICHOFIZINIO ASMENYBĖS UGDYMO SPECIALISTŲ VAIDMENS BEI PROFESINIŲ KOMPETENCIJŲ REALIZAVIMO SVARBA PRAKTIKOJE

1.1. Holistinė sveikatos samprata

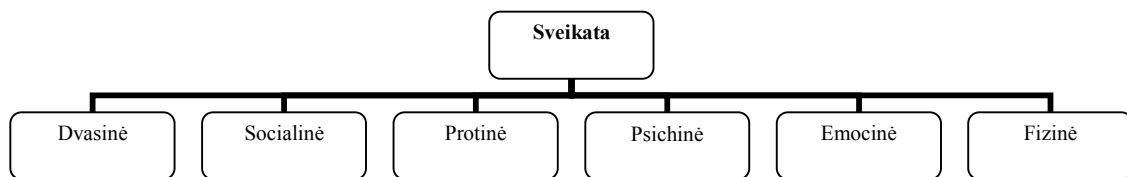
Liaudies išmintis teigia: pametei daiktą - nieko nepametei, praradai laiką - daug praradai, netekai sveikatos - netekai visko. Reikia viso gyvenimo, kad taptum stiprus, sveikas ir išmintingas, bet pakanka akimirkos, kad pasidarytum ligonis ar neįgalus (Adaškevičienė, 2004). Sveikata - nėra prekė, kurią galime nusipirkti. Taip pat sveikata neatsiranda iš niekur. Pastaroji reikalauja nuolatinių pastangų siekiant jos išsaugojimo ir pilnavertiškumo. Sveikatai yra būtinos pačių žmonių pastangos, juos ugdančių pedagogų bei koreguojančių ar gydančių specialistų pastangos, patarimai ir rekomendacijos. Sveikas žmogus trokšta daugybės įvairių dalykų, o ligonis tenori vieno – kuo greičiau pasveikti. Todėl sveikata traktuojama kaip pagrindinė laimės sudedamoji dalis ir neatsiejama žmonijos vertybė (Neverauskas, 2009).

Šiandieninis pasaulis ir visuomenė, požiūriai bei įvairios nuostatos nuolat kinta. Stengiamasi modernizuoti ugdymo turinį ir jo kokybę. Bandoma pedagoginį požiūrį, idėjas ir mintis sutelkti į žinių bei intelektualios ir besimokančios žmonijos kūrimą. Vertėtų pažymėti, kad naujoji – modernioji visuomenės karta skatinama suvokti, kad asmenybės pamatai grindžiami pagrindinėmis vertybėmis, tokiomis, kaip sveikata, sudaro prielaidą sveikos, stiprios, savimi pasitikinčios ir pilnavertės asmenybės raidai, o tai sudaro prielaidą stiprios valstybės kūrimuisi ir pilnavertiškam jos funkcionavimui.

Negalima pamiršti, kad žmogaus esmė, t.y. jo sąmonė ir dvasia, gali reikštis tik per gamtos dovanotą instrumentą - kūną, ir svarbu, kad kūnas būtų sveikas, stiprus, gražus, t. y. vertas būti dvasios buveinėje (Adaškevičienė, 2004). Norint, kad visuomenės sveikata, atsparumas būtų stiprus, reikia stengtis lavinti ne tik fizines galias, bet ir dvasines. Graikai jau senovėje remdamiesi tokiomis nuostatomis ugdė savo atžalas. Markas Aurelijus teigė: „Pakeiskite mintis ir Jūs pakeisite savo gyvenimą“. Sveikatos ugdymas, jo turinys ir būdai turi būti suvokiami visapusiškai, kaip apimantys žmogaus asmenybės vidinį gyvenimą, fizines ir psichines galias.

Ugdymo procese sveikata ir su ja susiję gyvenimo įgūdžiai ilgą laiką nebuvo laikomi prioritetiniais dalykais (Vaitkevičius, 2003). Tačiau pamažu požiūris keičiasi ir ugdymo srityje pakankamai didelį vaidmenį įgyja pedagogai, judesio korekcijos specialistai ar kiti sveikatos ugdytojai. Pastariesiems specialistams yra ypač svarbu suvokti, jog kūnas yra laikomas įstabiausiu žmogaus dalyku, tačiau jis be dvasios - tuščias indas, neteikiantis gyvenimo pilnatvės. Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau- PSO) nuostatose sveikata apibūdinama kaip

pilnutinė fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė. Ankstesniame PSO sveikatos apibrėžime buvo ligos ar negalios neiginys. Tačiau traktuojamas morfologinių ir funkcinių sutrikimų nebuvimas, subjektyvi asmens gerovė yra teigiamas sveikatos rodiklis. Šių dienų neįgaliųjų integracija paskatino atsisakyti tokio teiginio. Tad sveikata dabar yra suvokiama kaip visapusė asmens ir visuomenės dvasinė, fizinė ir socialinė gerovė (Vaitkevičius, 2005). Sveikata susideda iš daugelio komponentų: kur žmonės gyvena, dirba ar nedirba, kokios paslaugos ir parama yra garantuojamos valstybės institucijų, kokia aplinka supa žmogų, galimybės mokytis, nuolatinių pajamų turėjimas, taikos buvimas, galimybės sportuoti, sveikos ekologinės aplinkos buvimas, tinkamos mitybos režimo galimybės (Skurvydas, 2008). Visų veiksmų visuma sukuria įvairias sveikatos būsenas ekonominiame ir socialiniame kontekste (Šapokienė ir kt., 2007). Tad sveikatą galima suvokti kaip tam tikrą balansą tarp žmogaus ir fizinės, biologinės bei socialinės aplinkos, suderintą su visapuse funkcinė veikla (Kalėdienė ir kt., 1999). Sveikata nėra veikla. Sveikata negali būti traktuojama tik kaip judėjimas, sveika mityba, žalingų įpročių atsisakymas ir vengimas, gyvenimas ir darbas sveikoje aplinkoje. Ji suvokiama kaip visos šios veiklos ir daugelio kitų veiklų išdava. Taigi visuomenės tinkama sveikatos ugdymo samprata turėtų būti holistinė¹ (1 pav.) (Mačinskas, 2008).



1 pav. Holistinė sveikatos ugdymo samprata (pagal Mačinskas, Š. (2008). *Holistinis požiūris į ligą*).

Pagal holistinę sveikatos sampratą, kiekviena sveikatos rūšis susideda iš tam tikrų elementų: *dvasinė* (požiūris į sveikatą; gebėjimas įveikti stresą; savipildos jausmas; meilė; savivertė; laisvės pojūtis); *socialinė* (socialinė integracija; visuomenės kultūra; mokykla; šeima; elgesys; ekologija; socialinė aplinka; visuomeninės sveikatos politika; vertybinių nuostatų ugdymas); *protinė* (saviugda; atsipalaidavimas; poilsis; dienotvarkės laikymasis; miegas); *psichinė* (savitvarda; bendravimo menas); *emocinė* (laisvė; jausmų išraiška; savęs pažinimas; individo jausmai); *fizinė* (judesių kultūros ugdymas; plokščiapėdystės profilaktika; fizinio išsivystymo gerinimas; kvėpavimo sistemos stiprinimas; racionali mityba; kūno priežiūra; fizinio

¹ **holistinis** [gr. *holos* – “visas”] – vienas iš idealistinės filosofijos teorijos teiginių, reikalaujantis suvokti reiškinių kaip tam tikrą vientisą, netolygų jos elementų sumai. Holistinis požiūris į sveikatą remiasi tuo, kad fizinė, psichinė ir dvasinė būklės tarpusavyje susijusios. (Vaitkevičiūtė, V., *Tarptautinių žodžių žodynas*, 2007, p. 438).

pasirengimo gerinimas; taisyklingos laikysenos ugdymas; fizinio aktyvumo optimizavimas; širdies ir kraujagyslių sistemos stiprinimas; motorinių gebėjimų ugdymas). Pasak Neverausko (2009), sveikata yra: *fizinė* (ligų/negalios nebuvimas, diskomfortą keliančių simptomų nebuvimas, atsparumas ligoms/infekcijoms, gebėjimas fiziškai prisitaikyti prie besikeičiančių sąlygų ir stresų, fizinis aktyvumas); *psichologinė ir dvasinė* (psichinių ligų ir piktnaudžiavimų nebuvimas, harmoninga ir brandi asmenybė, pasitenkinimą keliantis dvasinis gyvenimas, atsparumas žalojantiems psichologiniams veiksniams, pakankamos nervų sistemos funkcinės galimybės, sugebėjimas mokytis, sugebėjimas mylėti ir būti mylimam ir kiti); *socialinė* (gebėjimas jaustis visaverčiu bendruomenės nariu; pasitenkinimą keliantys tarpasmeniniai santykiai šeimoje ir kolektyve, pasitenkinimą kelianti socialinė saviraiška ir kiti). Holistinė sveikatos samprata taip pat reiškia ir tai, kad visuomenė ir jos nariai gali išsakyti ir įgyvendinti savo lūkesčius, tenkinti išskylančius poreikius (fiziologinius, dvasinius ir kitus), padėti susidoroti su išskylančiomis problemomis ir konfliktais. Taigi, sveikatą suvokiant kaip nedalomą konstrukta, reikia nepamiršti, kad jei kas nors nutinka vienai sveikatos sričiai, neišvengiamai paveikiama ir kita (Žilinskienė, Gudžinskienė, 2003).

Sveikata yra labai svarbi visais žmogaus gyvenimo laikotarpiais ne tik asmeninei laimei, bet ir ekonominei gerovei. Tačiau sveikatą vertinti ir ieškoti būdų, kaip ją išsaugoti, dažniausiai žmonės imasi suaugę ir subrendę arba jos netekę. Drąsiai galima teigti, kad tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje nuolat yra gvildinama holistinė sveikatos samprata. Ieškoma būdų, kaip efektyviau stiprinti žmogaus sveikatą. PSO teigia, kad ankstyvasis holistinės sveikatos sampratos formavimas ir sveikos gyvensenos ugdymas turi didelę reikšmę individo ateičiai. Dažnai žmonės negyvena sveikai dėl naudingų įpročių stokos, todėl labai svarbu sveiką ir saugią gyvenseną ugdyti nuo mažens. Sveikatos ugdymas turėtų būti suvokiamas kaip permanentinis² procesas. Šiuolaikinėje švietimo sistemoje yra stengiamasi vadovautis holistine sveikatos samprata. Tiek ikimokyklinių, tiek mokyklinių bei aukštųjų mokymo įstaigų bendruomenių nariai turi stengtis sukurti tokią aplinką, bendravimo stilių, kurie skatintų visuomenės narių saviraišką, o svarbiausia - sudarytų palankią dvasinę terpę puoselėjančią protinę, emocinę, psichinę, socialinę sveikatą. Labai svarbu vertybių sistemoje iškelti sveikatos prioritetą. Sveikatos ugdyme ir su ja susijusiuose gyvenimo įgūdžiuose turi būti atsižvelgiama į tris pagrindines veiklos sritis: savitarpio santykius, rūpinimąsi savimi bei visuomene, rūpinimąsi aplinka (Vaitkevičius, 2003). Tad svarbu ugdyti su sveikatos išsaugojimu ir stiprinimu susijusias vertybines orientacijas, kurios taptų žmogaus savastimi. Jei švietimo sistema nesiremtų holistine

² **permanentinis** [lot. *permanens* – “nenutrūkstamas”] – t.y. trunkantis visą gyvenimą procesas. (Adaškevičienė, E., *Silpnos sveikatos vaikų fizinis ugdymas*, 2008, p. 13).

sveikos gyvenenos ugdymo samprata darželiuose, mokyklose, aukštosiose mokyklose sveikos gyvenenos ugdymas būtų paremtas atsiktinių, pavienių žinių apie sveiką gyveneną kaupimu ir atsiktinių įgūdžių ugdymu. Adaškevičienė (2004) pažymi, jog reikia išmokyti vaikus nuo mažens skirti grūdus nuo pelų, neekvoti savo dvasinių jėgų beprasmiškai, nemainyti sveikatos įnieką gyvenime, nes tai, kas atrodo pelninga ir naudinga šiandien, dažnai tampa iš tikrųjų kenksminga ateityje. Taigi, tik visapusiškai suvokiant sveikatos sampratą, įmanomas tikslingas jos formavimas mus supančioje visuomenėje.

1.2. Asmenybės psichofizinis ugdymas

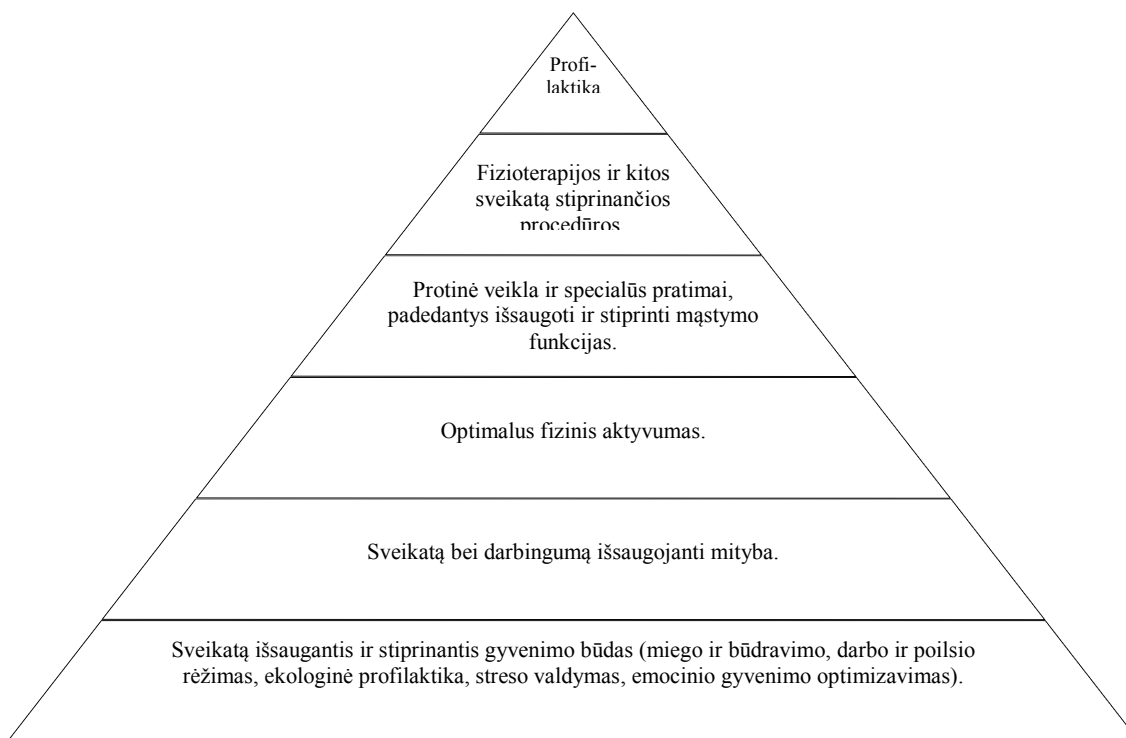
Sveikata – turtas, kurio negalima įsigyti už jokus pinigus, tačiau labai lengvai galima ją prarasti netausojant ir nesaugant. Šiandieniniame skubančiame technologijų ir pažangos pasaulyje retai kuris žmogus susimąsto apie savo sveikatą kol nepastebi rimtų jos sutrikimų ar atsiradusių vienokių ar kitokių problemų. Mokslinės-techninės pažangos tempai gerokai lenkia žmogaus organizmo evoliucijos tempus. Žmogaus adaptacijos galimybės nėra tokios sparčios, kad gebėtų taip greitai prisitaikyti prie pokyčių. Kūnas kaip kultūros jėga visuomenės sąmonėje prarado savo aktualumą, nes buvo atskirtas nuo individo proto. Susidarė psichofizinio paralelizmo³ situacija, kurioje mažai dėmesio kreipiama kūno ir sielos tarpusavio sąveikai. Tai skatina visuomenę atsigręžti tiek į Platono kūno ir sielos vienovės idėją, tiek į kūno kultūrą ir jos pamatų formavimą (Tamošauskas, 2008). Vertėtų nepamiršti, kad siekiant būti sveikais žmonės turėtų suvokti, kas yra žmogus tam, kad gebėtų ugdyti savo žmogiškąjį sveikatos suvokimą. Žmogus tai nėra vien biologinė būtybė. Kiekvienas individas, pagal savo gebėjimus, gali mąstyti, jausti, suprasti vienokius ar kitokius reiškinius. Pasak Adaškevičienės (1999), jausmai ir fizinė būseną yra tiesiogiai susiję. Kuomet yra pažeidžiamas kūnas, žmogus būna išsigandęs, prislėgtas. Tačiau kuomet kuo nors džiaugiamasi, keičiasi ir emocijos - širdis ima plakti greičiau. Tad galima teigti, kad dvasinis gyvenimas yra neatsiejamas nuo kūniškojo. Pasak Laužiko (1997), judesys yra suvokiamas kaip fizinis ir psichinis reiškinys, o motorika yra psichofizinis reiškinys.

Mokslo ir technikos pažanga neatsiejamai padarė neigiamą įtaką įvairaus amžiaus žmonių fizinio aktyvumo mažėjimui bei nepaliaujamai didėjančiam psichiniam - emociniam veiklos krūviui, didėjančiam gyvenimo ritmo intensyvumui (Tamošauskas, 2008). Analizuojant kūno funkcionavimą socialiniu aspektu galima pastebėti, kad yra ryški socialinės aplinkos įtaka

³ **psichofizinis paralelizmas**- (pranc. *Parallelisme* ir *psicho+gr. physikos*) susijęs su psichiniais ir fizineis reiškiniais. Psichiniai ir fiziniai (fiziologiniai) reiškiniai yra lygiagretūs, nesusiję priežasties ir padarinio ryšiais, bet kartu viena snuo kito neatskiriami, susiję koreliacijos ryšiais (Vaitkevičiūtė, V., *Tarptautinių žodžių žodynas*, 2007, p.905).

žmogaus organizmui ir kryptingas poveikis organizmui per socialinius institutus. Individo visapusiškam vystymuisi įtakos turi įvairūs veiksniai: prigimtis, aplinka, ugdymas. Būdamas socialinėje terpėje, veikiamas nuolatinio ugdymo biologinis individas gali tapti pilnaverte (tiek fiziškai, tiek psichiškai) asmenybe. Socialinė aplinka- šeima, artimieji, draugai, kurie sudaro sąlygas nuo mažens elementariam vaiko motorikos plėtojimui, vėliau žaidimų ir įvairios fizinės veiklos pagrindui. Socialiniai institutai (darželis, mokykla) vaiko kūnui sudaro kryptingas sąlygas lavinti savo stambiosios ir smulkiosios motorikos galimybes, dvasinio pasaulio suvokimo galimybes. Pasak Tamošausko (2008), fizinė veikla, tikslingo judėjimo mokymas yra ne tiek darbas su žmogaus kūnu, kiek darbas su žmogaus dvasia. Tad galima teigti, kad siekiant sveikos, stiprios ir savimi pasitikinčios asmenybės formavimo nepakanka lavinti ir ugdyti kūną ir fazines ypatybes. Siekiant, kad žmogus sveikatą saugotų ir tausotų būtinas paties žmogaus sąmoningumas ir supratimas. Visa tai išugdyti ir suformuoti galima tik tuomet, jei vaikas nuo mažens yra ugdomas atsižvelgiant į holistinę ugdymo sampratą. Pasak Dumčienės, Bajoriūno (2006), ugdymas yra tikslinga ugdytojo ir ugdytinių sąveika, kuri brandina žmogaus fizinę sandarą, psichiką, santykius, kultūrą, dvasią. Žmogus fiziškai egzistuoti gali tik tuomet, jei ne tik stiprinamas kūnas, bet ir plėtojama dvasinė esybė, laisvė, suvokimas. Siekiant dvasinės asmenybės pilnatvės pasiekimo yra ugdoma žmogaus fizinė ir dvasinė sveikata, remiantis dvasinio ir fizinio ugdymo harmonijos, diferencijuoto ir individualaus ugdymo principais. Pasak Adaškevičienės (1999), sveikata turi du polius. Pirmasis, taip vadinamas polius, yra pozityvusis, kuriam būdinga fizinė ir psichinė darna, stiprybė, veiklumas, aktyvumas. Antrasis polius-negatyvusis, kuriam yra būdingas sergamumas, ligos. Gamta žmogui padovanoja nuostabiausią dovaną – kūną ir sielą. Tačiau norint užauginti sveiką žmogų to nepakanka. Žmogus tampa sveikas, stiprus, aktyvus tik per ugdymą, kuris yra didžiulis menas. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos politikos pati didžiausia problema yra siekis užtikrinti kiekvienam piliečiui sveikatos apsaugą, kurioje pagrindinis dėmesys kreipiamas į jau esamų sutrikimų koregavimą ir ligų gydymą. Nepaisant skambių deklaracijų ir pastangų kurti sveikesnę visuomenę, vis dar susiduriama su didesniu dėmesio kreipimu į jau esamų ligų ar sutikimų gydymą, o ne profilaktiką (Adaškevičienė, 2008). Modernioje ir besikeičiančioje visuomenėje kur kas didesnis dėmesys sveikatos politikoje turėtų atsispindėti kuriant sistemą, kurioje pagrindinis dėmesys būtų skiriamas holistiniam asmenybės ugdymui. Išauginti sveiką, stiprų bei fiziškai ir psichiškai tinkamai išsivysčiusį vaiką yra ne tik menas, bet ir mokslas. Šį mokslą tobulina kiekviena visuomenės karta stengdamasi pakeisti siauras visuomenės nuostatas ir požiūrį į sveikatą ir jos ugdymą ir paversti holistiniu (Adaškevičienė, 1999). Mokslo ir pažangos amžiuje vis daugiau mokslininkų prabyla apie holistinį sveikatos ugdymą išreikštą psichofizinės asmenybės ugdymo

paradigma. Psichofizinį asmenybės ugdymą socialinėse institucijose vis labiau ima plėtoti tos srities specialistai – judesio korekcijos specialistai, kineziterapeutai. Judesio korekcija ir kineziterapija apima ne tik siaurąją prasme požiūrį į ugdytinį, pacientą kaip į korekcijos objektą (Kriščiūnas, 2008). Specialistų požiūris apima kur kas platesnę sferą – psichofizinį asmenybės ugdymą. Specialistų pareiga ne tik vienareikšmiškai atlikti judesio korekcijos/ kineziterapijos užsiėmimus, bet ir pasirūpinti, kad su ugdytiniais/ pacientais dirbantys žmonės gebėtų kasdien pagal poreikį atlikti mankštas, kurios užtikrintų ne tik griaučių-raumenų sistemos tinkamą funkcionavimą, bet ir garantuotų tinkamą emocinę būklę, psichinę veiklą bei veiktų teigiamai kognityvinius procesus (Sykes, 2008). Šiuolaikiniame kineziterapijos suvokime vis mažiau koncentruojamasi ties korekcija, svarbus dėmesys kreipiamas ugdymui bei mokymui, kasdieninės veiklos skatinimui. Tad ir sveikatos apsaugos pagrindinis prioritetas modernioje visuomenėje turėtų būti sveikatos profilaktika ir asmenybės ugdymas. Pasak Neverausko (2009), asmenybės ugdyme didelę reikšmę turi holistinė samprata tiek sveikatos ugdymo, tiek asmenybės ugdymo aspektais. Tad asmenybės ugdymas turėtų būti visapusiškas (2pav.) (Neverauskas, 2009):



2pav. Visapusišką sveikatą išsaugančių ir stiprinančių priemonių piramidė (pagal Neverauskas, J. (2009). *Kaip išsaugoti sveikatą ir darbingumą*. I d. Kaunas: UAB „Sveikas žmogus“).

Tad tiek judesio korekcijos specialistai, tiek kineziterapeutai stengdamiesi ugdyti sveikos gyvensenos įgūdžius, visų pirma, turi kreipti dėmesį į psichofizinę asmenybės ugdymą ir plėtojimą. Daugelio autorių aptarta sielos ir kūno vienovė sukuria naujas psichofizinio ugdymo paradigmas, kuriomis vadovaujantis svarbu dirbti ne tik pedagogams, bet ir kitiems specialistams - judesio korekcijos specialistams, kineziterapeutams. Pakankamai svarbus įvairių sričių mokslininkų ir specialistų (medikų, fiziologų, psichologų) pripažinimas, jog motorika ir psichika yra neatsiejami konstrukatai. Psichofizinio ugdymo šalininkai, teigia, kad labai svarbu ugdyti kūną ir sielą tolygiai (Vydūnas, 1991; Laužikas, 1997; Dineika, 2001; Mockevičienė, 2003; Adaškevičienė, 2008; Dumčienė, Bajoriūnas, 2006). Neįmanoma ugdyti žmogaus pavieniui. Į holistinį asmenybės ugdymą svarbu žvelgti konceptualiai. Tai yra, svarbu ugdyti kartu ir kūną bei fizines galias, ir dvasią. Pasak Dineikos (2001) ir Adaškevičienės (2008), yra labai svarbu į asmenybę žvelgti konceptualiai ir jos struktūroje išskirti pasaulio medį, kuriame esti trys lygmenys: šaknys (fizinis lygmuo), kamienas (psichoemocinis lygmuo) ir lapai (dvasinis lygmuo). Taigi, analizuojant sveikos gyvensenos įpročių susiformavimą per psichofizinį ugdymą derėtų atskleisti pastarojo ugdymo esmę. Psichofizinis ugdymas tai ugdymas, kuris apima sąmoningą dvasios ir kūno lavinimą vienu metu. Kiekviena subrendusi asmenybė turėtų suvokti, kad prieš pradėdant mankštos pratimus reikia pamankštinti ir galvos smegenis, o baigiant mankštinti kūną- yra tiesiog būtina atlikti raminančius, saviįtaigos pratimus. Ne tik teoriškai, bet ir praktiškai didelis dėmesys turėtų būti skiriamas fizinei veiklai, psichiniams procesams, kvėpavimo ritmiškumui ir taisyklingumui vienu metu, o ne atskirai. Psichofizinė trenizuotė ar ugdymas yra reikalingas įvairaus amžiaus, įvairios socialinės padėties žmonėms: sveikiesiems, kurie intensyviai dirba (kad pastarieji greičiau pailsėtų), sportininkams (kad gebėtų įveikti emocinę įtampą, fizinį nuovargį), sergantiems (kad pastarieji greičiau sveiktų, neprarastų tikėjimo pasveikimu bei gyvybinių organizmo jėgų funkcionavimu). Į psichofizinį asmenybės ugdymą yra įtraukiami specialūs judėjimo bei kvėpavimo pratimai, raumenų įtampos bei atpalaidavimo kaitaliojimas, raumenų relaksacija, ideomotoriniai aktai, žodiniai fizinių pratimų sutvirtinimai. Siekiant įvaldyti psichofizinį ugdymą reikia atkreipti dėmesį į gebėjimą reguliuoti kvėpavimo procesus, raumenų tonusą ir psichinę būseną. Psichofizinio ugdymo efektyvumas priklauso ne tik nuo judesio korekcijos specialisto ar kineziterapeuto metodų, taikomų darbe, bet ir nuo pastarųjų specialistų gebėjimo bendradarbiauti su kitų sričių specialistais. Vienos labiausiai susijusios su judesio korekcija/ kineziterapija srities specialistai yra psichoterapeutai. Šie specialistai gali padėti išsąmoninti, kad darniai dirbant su kūnu ir psichika galima pasiekti norimo rezultato- sveiko asmens ir sveikos visuomenės formavimo. Pastabėta, jog psichika valdo judėjimą, o kryptingi specialūs pratimai, paliekantys pėdsakus tiek centrinėje vegetatyvinėje nervų sistemoje, tiek sąmonėje, ugdo ir performuoja asmenybę, kad ji stabiliai elgtųsi

kasdieninėse, neįprastose ar ekstremaliose situacijose. Taip pat išsiaiškinta, kad sensorika yra organiškai susijusi su motorika, o pastaroji su – vegetacija. Analizuojant mokslininkų darbus pastebėta, kad vadinamas psichogeninis⁴ poveikis vidaus organams realizuojamas per motorinius žievės analizatorius, taip pat per motorinį - visceralinį reguliavimą - būtinus valdomų emocijų reakcijų komponentus vieningoje funkcinėje dominantės ir motorikos primato sistemoje. Būtent pastarieji komponentai ir yra fizinių pratimų (tiek gydomųjų, tiek stiprinančių ir profilaktinių) pagrindas. Psichofizinės treniruotės procese sąlygiškai galima išskirti keletą fazių. *Pastarosios yra:*

1. Dėmesio perjungimas į kvėpavimo reguliavimą.
2. Kontroliuojamo kvėpavimo derinimas su raumenų įtempimu ir atpalaidavimu bei sąmonės atjungimu ir malonaus nuovargio pajautimu.
3. Skausmo sindromo sumažinimas.
4. Visų kūno raumenų bei smegenų atsipalaidavimo derinimas, kuomet pacientas ar ugdytinis suvokia, jok kūnas ir dvasia ilsisi, nors liga vis dar tebėra.
5. Specialių kvėpavimo pratimų ir tam tikrų izometrinių pozų derinimas su atsipalaidavimu ir žodiniiais skatinimais.
6. Aktyvus dėmesio bei susitelkimo ugdymas. Pastarieji pratimai yra labai glaudžiai susiję su emociniais raumenų judesiais, šokiais, dainavimu, rateliais.
7. Mankštos su psichofizinės treniruotės elementais įsisavinimas (Dineika, 2001).

Labai svarbu nepamiršti, jog sveikata- ne tik ligų ar fizinių defektų nebuvimas, tai ir gera būseną, maloni nuotaika. Todėl svarbiausias psichofizinių treniruotėlių principas yra kūno ir psichikos vienovė. Atitinkami pratimai, žodinis stimuliavimas paliečia centrinę ir vegetatyvinę nervų sistemą, o tai atstato ir vysto organizmo harmoniją bei asmenybės kūrybiškumą, aktyvumą, sąmoningumą. *Yra išskiriami svarbūs psichofizinės treniruotės uždaviniai:*

- a) Koordinuoti raumenų tonusą ir kvėpavimo kaitą.
- b) Vystyti vaizdinį normalių organizmo funkcijų suvokimą ir ideomotorinių aktų įgūdžius remiantis atmintimi.
- c) Ugdyti aktyvų dėmesį, valią bei atmintį.
- d) Formuoti savitvardą ir adekvačias reakcijas į neįprastus dirgiklius.
- e) Stimuliuoti optimizmą, raumenų veiklą, kūrybiškumą.

Tiek psichofizinio ugdymo uždaviniai, tiek pats psichofizinio ugdymo procesas leidžia suprasti, kad konceptai, kuriuose teigiama, jok įmanomas neholistinis asmenybės ugdymas, yra

⁴ **Psichogeninis-** (*psicho+gr. genos-* giminė, kilmė) psichinės kilmės (Vaitkevičiūtė, V., *Tarptautinių žodžių žodynas*, 2007, p.905).

negalimas. Tad pamažu atsisakoma paralelizmo, kurio paradigmos atskyrė kūno ir sielos vienovę ugdymo, sveikatinimo ir korekcijos srityse, ir krypstama link holistinio - visapusiško asmenybės ugdymo, koregavimo tiek švietimo, tiek sveikatos apsaugos sistemos srityse.

1.3. Specialistų poreikis psichofizinio ugdymo bei sveikos gyvensenos plėtojimo kontekste

Keičiantis ir modernėjant technologijoms visuomenė tampa aktyvesnė, progresyvesnė, kūrybiškesnė. Nepaisant visų teigiamų modernėjimo aspektų, nederėtų pamiršti ir kartu atsirandančių neigiamų aspektų. Galingiausios pasaulio technologijos, mokslo išradimai ir naujovės skatina net tik žmonijos egzistavimo progresą, bet tam tikra prasme ir regresą. Skubančiame pasaulyje žmogus kasdien susiduria su šimtais neigiamų sveikatą įtakančių rizikos veiksnių (Vaitkevičius, 2005; Vaitkevičius ir kt., 2009). Taip vadinamieji rizikos veiksniai kiekvieną žmogų veikia įvairiai, priklausomai nuo to, ką žmogus veikia, kokioje srityje dirba ir panašiai. Tačiau vienu ar kitu atveju nė vienas šiuolaikinis žmogus negali išvengti rizikos veiksnių: darbovietėje, ugdymo įstaigoje ar kitur. Nuolatinis stresas, dideli informacijos srautai, nereguliari mityba, menkas fizinis aktyvumas, aplinkos užterštumas ir daugelis kitų neigiamai sveikatą veikiančių faktorių – yra suvokiami ir traktuojami kaip sveikatos rizikos veiksniai. Tad ir pati sveikatos samprata nebėra pavienių vidinių ar išorinių veiksnių rodiklis. Pastarosios sąvoka išreiškiama holistiniu požiūriu (Dean, 2009a). Visa tai skatina ieškoti priemonių, kurios padėtų efektyviai stiprinti sveikatą ir profilaktiškai saugotų nuo galimų neigiamų veiksnių poveikio.

Siekiant išsaugoti ir stiprinti žmonių sveikatą visame pasaulyje ir Europoje vis daugiau dėmesio skiriama nemedikamentiniam gydymui, korekcijai bei koreguojamajam ugdymui ir jo įsigalėjimui medicinos, rehabilitacijos, ugdymo bei prevencinėje praktikoje. Vis labiau dėmesys krypta į prevenciją, kuri suteikia prielaidą išvengti daugybės neigiamų veiksnių poveikio fizinei, dvasinei, socialinei, psichinei, emocinei ir protinei žmogaus gerovei (Kalėdienė ir kt., 1999). Tad pasaulio, Europos praktiniuose tyrimuose ir praktinėje veikloje vis svarbesnę vietą ima užimti fizioterapija, kineziterapija, ergoterapija, judesio korekcija (American Physical Therapy Association, 2005). Vis daugiau ir plačiau diskutuojama apie terapijas, į kurių sąvokas įeina ne tik tiesioginis gydymo suvokimas, bet visapusiška - holistinė samprata. Terapijos sampratoje turėtų atsiskleisti fizinės, socialinės, dvasinės, psichinės, emocinės sveikatos aspektai. Įvairios terapijos daugelyje mokslininkų veikalų vis dar yra suvokiamos kaip mediciniškai svarbios ir nesusijusios su edukologinėmis priemonėmis. Tačiau šiuolaikinė sveikatos samprata bei požiūriai vis tik modernėja ir keičiasi holistiškumo linkme. Žvelgiant į

situaciją pasaulyje ir Europoje galima pastebėti, kad pastarieji vyko pakankamai lėtai, nors terminai „reabilitacija“⁵, „ugdymas“⁶, „korekcija“⁷ vartojami nuo senų laikų. Pastebėta, kad jau prieš 3000 metų japonai ir kinai suprato judėjimo reikšmę organizmui. Senovės Kinijoje buvo taikomi kvėpavimo pratimai, masažas, o senovės graikijoje jau V a. pr. Kr. – mankšta, bėgimas. Hipokratas (460 - 377 m. pr. Kr.) aprašė gydomosios mankštos metodiką širdies, kvėpavimo ir virškinamojo trakto problemoms koreguoti. Romėnai taip pat skatino fizinį aktyvumą ir tinkamų kūno judesių atlikimą Avicena (980-1037 m.) aprašė fizinių pratimų, saulės, oro vonių naudojimą ligų gydymui ir profilaktikai. Vėliau buvo pradėti leisti specialūs leidiniai apie gydomąją mankštą, nemedikamentinių priemonių naudojimą kai kurių susirgimų gydymui bei sveikatos profilaktikai (Kriščiūnas, 2008). Lietuvoje holistinis požiūris į sveikatą taip pat yra susiformavęs ir vyraujantis tiek sveikatos apsaugos, tiek švietimo sistemose. Judesys, masažas, kvėpavimo pratimai Lietuvoje yra taikomi palyginus senai. Metodinis fizinės kultūros taikymas siejamas su Karoliu Dineika (1898 – 1980). Jis rekomendavo psichofizinę treniruotę, kuri susideda iš raumenų tonuso kaitaliojimo, kvėpavimo reguliavimo, aktyvaus dėmesio, valios ugdymo, taip pat adekvacijos reakcijos į ugdymo dirgiklius (Štendelienė, 2007). Lietuvoje 1925 m. pasyvūs pratimai pradėti taikyti privačiose ligoninėse, 1928 m. buvo įkurtas fizinės kultūros kabinetas moterims, 1940 m. įsteigtas medicinos fizinės kultūros kabinetas su gydomosios kūno kultūros skyriumi. Taigi apibendrinant galima teigti, kad šiandien į sąvokas reabilitacija, korekcija įeina kur kas platesnė nuostata. Dabar tai yra suvokiama kaip kompleksinis medicininių, socialinių, pedagoginių ir profesinių priemonių naudojimas siekiant asmens fizinio, socialinio, psichologinio savarankiškumo (Mariūnas, Šešok, 2007).

Plėtojant visuomenės siekį išsaugoti ir stiprinti sveikatą svarbu paminėti sveikatos politiką. Pastaroji atlieka nemenką vaidmenį visuomenėje. Sveikatos politika išreiškiamas visuomenės siekis užtikrinti sveikatą visose amžiaus bei socialinėse grupėse. Įvairiuose domukentuose, tokiuose kaip Amsterdamo, Liuksemburgo deklaracijose, Liublianos, Otavos ir Džakartos chartijose, apibrėžiamas aktyvus visuomenės narių įtraukimas/ įsitraukimas į sveikatos palaikymą ir išsaugojimą (Andriulienė, 2006; Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Europos socialinėje chartijoje (2001) taip pat pažymima asmenų teisė į visapusę sveikatos apsaugą.

⁵ **Reabilitacija**- (lot. *rehabilitatio*) medicininių, pedagoginių ir socialinių priemonių kompleksas, padedantis ligoniams arba patyrusiems traumas atgauti sveikatą ir sumažėjusį ar prarastą darbingumą arba pasirengti kitai, esamą sveikatos būklę atitinkančiai veiklai (Vaitkevičiūtė, V., *Tarptautinių žodžių žodynas*, 2007, p.924).

⁶ **Ugdymas**- asmenybę kuriantis žmonių bendravimas sąveikaujant su aplinka bei žmonijos kultūros vertybėmis (Jovaiša, L., *Enciklopedinis edukologijos žodynas*, 2007, p.311).

⁷ **Korekcija**- (lot. *correctio*) psichinio ar fizinio vystymosi taisymas (Vaitkevičiūtė, V., *Tarptautinių žodžių žodynas*, 2007, p.594).

Pastarojoje deklaracijoje yra neatsiejamas ligų gydymas bei jų prevencija. Analizuojant Lietuvos Respublikos norminius aktus taip pat pastebėta, kad pastaruosiuose dokumentuose akcentuojamas gydymas, rehabilitacija ir minėtų paslaugų prieinamumas. Dėl medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo (2009) sveikatos apsaugos ministro įsakyme tiksliai atskleidžiama piliečių teisė į rehabilitacijos paslaugų prieinamumą. Galima pastebėti, kad Lietuvoje susiduriama su sveikatos apsaugos sistemos problema, kuri atsiskleidžia ligų gydymo paradigmos teigimu, o ne prevencijos ir savalaikio ugdymo organizavimo prielaida. Taigi pastebima, kad sveikatos sistemos modelis iš esmės yra skirtas kovai su paskutinėmis ligų raidos stadijomis, kai kova už sveikatą dažniausiai būna pralaimėta. Tačiau visuomenėje vis tik pamažu dėmesys kreipiamas moderniai sveikatos tendencijai, kurioje atsispindi sveikatos užtikrinimas ne tik su profilaktikos taikymu, bet ir su žmonių sąmoningumo plėtojimu ir sveikos gyvensenos įgūdžių ugdymu. Požiūrio į sveikatos politiką pasikeitimui įtakos turi įrodymai, jog tik 10 procentų sveikata priklauso nuo medikų pagalbos ir net 90 procentų - nuo sveikos gyvensenos (Skurvydas, 2008).

Sveikatos politika taip pat glaudžiai susijusi ir su judesio korekcijos specialistų ir kineziterapeutų poreikio išaugimu. Keičiantis sveikatos politikos nuostatoms į sveikatos išsaugojimą išauga specialistų, kurie tenkintų psichofizinę asmenybės ugdymo paradigmą, poreikis. Taigi, plėtojant siekį išsaugoti ir stiprinti socialinę, fizinę, dvasinę, emocinę ir psichinę žmonių sveikatą pasaulyje, Europoje ir Lietuvoje išaugo specialistų, kurie užtikrintų holistinės prevencijos realizavimą praktikoje, poreikio atsiradimas. Kadangi sveikata yra suvokiama kaip holistinis konstruktas, tai pastarosios išsaugojimui neužtenka pavienių žinių. Sveikatos prevencija, išsaugojimas ir tausojimas susijęs su modernios ir sveikos visuomenės formavimu. Tokios visuomenės formavimas yra neatsiejama tam tikros sistemos kūrimo dalis. Tad norint suformuoti žmonių sąmoningumą ir žinojimą, kaip tausoti savo sveikatą ir vengti žalingų veiksmų poveikio, reikia žmones ugdyti nuo gimimo. Tad visuomenėje išaugo specialistų, kurie gebėtų savo kompetencijas realizuoti ne tik terapinėje – gydomojoje srityje, bet ir švietimo srityje, poreikis. Pastarieji specialistai – kineziterapeutai, judesio korekcijos specialistai. Teigiama, kad dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos ir augančių visuomenės reikalavimų šiuo metu ypač jaučiamas kompetentingų specialistų, turinčių žinių ir gebančių efektyviai spręsti šiandienines problemas, poreikis (Mažionienė, Žydzūnaitė, 2009). Kineziterapeutai – specialistai, kurie geba įvertinti žmogaus anatominių struktūrų funkcionavimą, fiziologines galias, skatinti tinkamą sveikatos priežiūrą bei prevenciją, propaguoti sveiką gyvenseną ir mokymą (Žukauskienė, 2011; Stučinskaitė ir kt., 2003). Pastarieji specialistai remdamiesi anatominių, fiziologinių priemonių visumos suvokimu ir problemos išskyrimu geba sudaryti atitinkamas programas, kurios padėtų atstatyti, koreguoti esamus sutrikimus bei užkirsti kelią

galimiams. Kineziterapijos vaidmuo sveikatos priežiūros sistemoje labai svarbus. Vienas iš kineziterapijos uždavinių yra sveikatos palaikymas ir stiprinimas, todėl kineziterapeutų, kaip sveikatos priežiūros sistemos narių, vaidmuo pacientų ir jų bendruomenės sveikatinime yra svarus ir neginčijamas. Juo labiau, kad Lietuvoje akcentuojamas sąmoningo visuomenės požiūrio į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą ugdymas, didelis dėmesys skiriamas sveikai gyvensenai ir jos įgūdžių formavimui, pradedant jau nuo ikimokyklinio ugdymo institucijų. Profesija – kineziterapeutas buvo patvirtinta 1992 metais. 1996 metais įkurta Lietuvos kineziterapeutų draugija, kurios atsiradimas – poslinkis link šių specialistų intensyvesnio rengimo ir didesnio poreikio visuomenėje. Judesio korekcijos specialistai – tai taip pat yra specialistai, kurie vertina žmogaus anatominę struktūrą bei fiziologines galias. Be šių svarbių paminėtų dalykų pastarieji specialistai vertina ir žmogaus socialinę būseną, psichologinę ir dvasinę būklę. Tad judesio korekcijos specialistai/ pedagogai šiek tiek holistiškesniu požiūriu linkę vertinti esamus sutrikimus, jų koregavimą bei įgyvendinti numatomą profilaktiką ir užtikrinti tinkamą ugdymą. Tačiau tiek kineziterapeutai, tiek judesio korekcijos specialistų veikla yra labai panaši. Pagrindiniai pastarųjų specialistų veiklos skirtumai yra tie, joki kineziterapeutai dažniau specializuojasi reabilitacijos srityje, o judesio korekcijos specialistai- švietimo srityje. Daugelis mokslininkų vis dar akcentuoja kineziterapeutų, kaip medicinos srities atstovų, svarbų vaidmenį visuomenės reabilitacijoje, nemedikamentiniame gydyme (Geigle, Galantino, 2009; Overmeer ir kt., 2008; Žukauskienė, 2010). Anaiptol, pastarieji specialistai nėra suvokiami tik siaurąja prasme kaip savo konkrečios srities (ugdymo/koregavimo/reabilitacijos) atstovai. Kineziterapeutai suvokiami plačiąja prasme specialistai, kurie gali dirbti su įstatymų leidėjais, verslo plėtotojais, socialiniais projektuotojais kurdami sveikas (socialine, psichine, fizine prasme) erdves visuomenei skirtose vietose vaikščiojimui su šeimomis, šunų vedžiojimui, įvairiems rekreacijos poreikiams bei kitoms reikmėms. Viešosios vietos galėtų būti sutvarkytos, padedant pastariesiems specialistams taip, jog būtų sveikos ir saugios įvairaus amžiaus bei įvairių gebėjimų visuomenėms nariams (Dean, 2009a). Pakankamai didelis dėmesys turėtų būti kreipiamas ne tik į specialistų funkcinių gebėjimų koregavimo galimybes, bet ir į žmonių psichosocialinės sveikatos, sveikos gyvensenos mokymo aspektus (Dean, 2009b; Kriščiūnas, 1999). Naujas ir holistinis visuomenės požiūris į kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų vaidmenį visuomenėje skatina vis didesnę šių specialistų įsitvirtinimą įvairiose švietimo sistemos (ikimokykliniame/mokykliniame/specialiajame ugdyme, aukštajame ugdyme, įstatymų rengime) ir sveikatos apsaugos sistemos (reabilitacijoje, rekreacijoje, korekcijoje ir pan.) srityse.

1.4. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų rengimą ir veiklą reglamentuojančių dokumentų bei profesinių kompetencijų svarba švietimo ir sveikatos apsaugos srityse

Siekiant sukurti ir visuomenėje įdiegti sistemą, kuri sudarytų prielaidas sveikos ir sąmoningos žmonijos egzistencijos pamatams, tiek pasaulyje, tiek Europoje ir Lietuvoje aukštojo universitetinio ir aukštojo neuniversitetinio ugdymo įstaigose atsirado studijų programos rengiančios kineziterapeutus ir judesio korekcijos specialistus.

Analizuojant situaciją Lietuvoje galima pastebėti, kad 1945 metais Lietuvos valstybiniame kūno kultūros institute įkuriama Gydomosios kūno kultūros katedra. 1962 metais Lietuvos kūno kultūros institute pradedami rengti gydomosios kūno kultūros instruktoriai (Kriščiūnas, 2005). Dabartinėje Lietuvos kūno kultūros akademijoje nuo 1958 metų pradėti rengti gydomosios kūno kultūros instruktoriai. Taigi galima pastebėti, kad Lietuvoje jau pakankamai senai rengiami gydomosios kūno kultūros specialistai, kurie vėliau pervadinti kineziterapeutais. Judesio korekcijos specialistų rengimas pradėtas kur kas vėliau nei kineziterapeutų. Kineziterapeutų rengimo patirties semiamasi iš užsienio ilgametės praktikos ir patirties.

1995 metais susikūręs Europos aukštojo mokslo kineziterapijos tinklas (ENPHE - European Network of Physiotherapy in Higher Education) teikia šias kineziterapeutų rengimo rekomendacijas:

- ketverių metų universitetinį išsilavinimą;
- klinikinę praktiką, trunkančią ne mažiau kaip 1000 valandų;
- darbu pagrįstą mokymą;
- pastovų profesinį tobulėjimą (Štendelienė, 2007).

Lietuvos kūno kultūros akademijoje 1995 metais buvo pradėta dėstyti ketverių metų bakalauro ir dvejų metų magistrantūros programos. Didelis kineziterapeutų trūkumas privertė ieškoti būdų, kaip panaikinti šį trūkumą. Nuo 1999 metų Lietuvoje pradėta rengti kineziterapeutų padėjėjus pagal trejų metų programą. Tai daryti pradėjo šešios medicinos mokyklos (vėliau tapusios kolegijomis): Vilniaus, Kauno, Panevėžio, Šiaulių, Klaipėdos, Utenos, tačiau šių specialistų rengimo programos neatitiko šiuolaikinių reikalavimų ir nepasiteisino. Todėl nuo 2003 metų kolegijose pradėti rengti kineziterapeutai pagal trejų metų (120 kreditų) programą, o anksčiau parengtiems kineziterapeutų padėjėjams įsteigti išlyginamieji (30— 50 kreditų) kursai. Juos baigusiems kineziterapeutams suteikiama kineziterapeuto profesinė kvalifikacija (Kriščiūnas, 2005). Šiuo metu Lietuvoje specialistus rengia ne tik anksčiau minėtos aukštosios neuniversitetinės ugdymo įstaigos: Kauno kolegija, Klaipėdos kolegija, Panevėžio kolegija, Šiaulių kolegija, Utenos kolegija, Vilniaus kolegija, bet ir

aukštosios universitetinės ugdymo įstaigos: Lietuvos kūno kultūros akademija (LKKA), Kauno medicinos universitetas (KMU), Vilniaus universitetas (VU). Visi kineziterapeutai yra rengiami vadovaujantis reabilitacijos studijų programomis.

Pastebėta, kad judesio korekcijos specialistus rengia tik viena Lietuvos aukštoji ugdymo įstaiga – Šiaulių universitetas (ŠU). Judesio korekcijos specialistų ruošimo raida išsirutiuliojo iš specialiosios pedagogikos studijų programos. Specialieji pedagogai Lietuvoje ruošiami jau penkiasdešimt metų. Palaipsniui Šiaulių universitete iš specialiosios pedagogikos studijų programos atsirado specializacija: specialiųjų poreikių vaikų kūno kultūra ir kineziterapija. Judesio korekcijos specialistai Šiaulių universitete rengiami nuo 1996 metų. Judesio korekcijos specialistai rengiami ne pagal reabilitacijos studijų programas, o pagal edukologijos studijų programą.

Išanalizavus Lietuvos studijų programas, pagal kurias rengiami specialistai, pastebėta, kad kineziterapeutai ir judesio korekcijos specialistai yra rengiami skirtingų studijų programų. Atitinkamai reabilitacijos ir edukologijos. Kineziterapeutai rengiami atsižvelgiant į kineziterapeuto rengimo standartą, kuris apibrėžia minimalius kineziterapeuto rengimo reikalavimus: profesinę kompetenciją, kompetencijų ribas, studijų tikslus, kompetencijų vertinimą ir baigiamąjį kvalifikacijos vertinimą. Kineziterapeuto išsilavinimo standarte yra numatomos veiklos sritys ir kompetencijos, kurios turėtų būti įsisavinamos studijų metu.

Numatomos veiklos sritys:

- asmens funkcinės būklės ir fizinio pajėgumo tyrimas ir vertinimas;
- kineziterapijos programos rengimas ir vykdymas;
- bendravimas ir bendradarbiavimas;
- kineziterapeuto praktinės veiklos plėtra.

Numatomos kompetencijos:

- organizuoti ir atlikti asmens funkcinės būklės ir fizinio pajėgumo ištyrimą; analizuoti ir apibendrinti funkcinės būklės ir fizinio pajėgumo tyrimo rezultatus.
- rengti individualią kineziterapijos programą ir vertinti jos efektyvumą; savarankiškai atlikti kineziterapijos procedūras ir pratybas; užtikrinti teikiamų paslaugų kokybę ir saugumą.
- dirbti komandoje; konsultuoti medicinos ir kitų sričių specialistus; mokyti pacientus bei jų artimuosius.
- vykdyti prevencinę veiklą; tobulinti profesinę kvalifikaciją (Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2004).

Taigi, analizuojant kineziterapeutų rengimo standartuose numatomas veiklos sritis galima pastebėti, kad didelis dėmesys yra skiriamas funkciniam specialistų gebėjimams (pvz. paciento ištyrimas, būklės įvertinimas, koreguojamosios programos sudarymas ir užsiėmimų

vedimas). Taip pat nemenkas dėmesys skiriamas ir specialistų bendravimo ir bendradarbiavimo su kolegomis, pacientais/ugdytiniais gebėjimams ugdyti, kvalifikacijos tobulinimuisi bei prioriteto: mokymasis visą gyvenimą įgyvendinimui. Tačiau, galima pastebėti, kad reabilitacijos studijų programose vis tik labiau orientuojamasi į funkcinių kompetencijų plėtojimą (tyrimo metodų analizavimą, tyrimo organizavimą bei atlikimą, kineziterapijos programos rengimą ir įgyvendinimą, paslaugų kokybės užtikrinimą) (Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2004). Šiek tiek mažiau orientuojamasi į darbą komandoje, pacientų/ ugdytinių, šeimų, kitų specialistų konsultavimą ir švietimą, prevencinę veiklą. Pastebėta, kad kineziterapeutų rengimo standartuose mažai atskleidžiamas būsimų specialistų holistinis požiūris į korekciją/ ugdymą. Analizuojant Lietuvos norminius aktus (Kineziterapeuto rengimo standartą, 2004 ir Medicinos normą, 2004) pastebima problema, jog nėra išskiriamos kompetencijų grupės, kuriomis remiantis rengiami kineziterapeutai.

Išanalizavus literatūrą paaiškėjo, kad judesio korekcijos specialistai yra rengiami atsižvelgiant į pedagogo rengimo standartą. Išanalizavus pedagogų rengimo standartus atsiskleidžia tam tikros numatomos būsimų specialistų veiklos sritys ir kompetencijos. Taigi *numatomos veiklos sritys:*

- vaiko pažinimas ir individualumo pripažinimas;
- ugdymo turinio modeliavimas;
- profesinės kompetencijos tobulinimas (Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2008).

Numatomos kompetencijos:

- tarpasmeninė kompetencija.
- pedagoginė kompetencija.
- metodologinė kompetencija; pakankamas turėjimas tam tikros srities žinių ir tos srities mokymo metodų išmanymas.
- gebėjimas suorganizuoti tinkamą ugdymosi aplinką ir kontroliuoti patį procesą.
- gebėjimas bendrauti ir bendradarbiauti su ugdytiniais, juos ugdančiais kitų sričių specialistais, tėvais/ globėjais, bendruomene.
- kurti ugdymo aplinkas; saugių fizinių, emocinių, socialinių ir kitų aplinkų kūrimas ugdytiniams;
- tobulinti savo profesinę kompetenciją (Saulėnienė ir kt., 2008).

Taigi, analizuojant judesio korekcijos specialistų numatomas veiklos sritis ir kompetencijas pastebėta, kad ganėtinai menkas dėmesys yra skiriamas šių specialistų funkciniais gebėjimams, kurie susiję su ugdytinių fizinių ypatybių vertinimu, griaučių - raumenų sistemos testavimu,

individualių/ grupinių judesio korekcijos programų rengimu ir realizavimu praktikoje. Kur kas didesnis dėmesys yra skiriamas būsimų specialistų bendravimo ir bendradarbiavimo su kolegomis, ugdytiniais bei pastarųjų tėvais/ globėjais kompetencijoms. Žinoma, atsiskleidžia labai svarbūs prioritetai tokie kaip profesinės kompetencijos tobulinimas, tikslingas kvalifikacijos kėlimas ir mokymasis visą gyvenimą. Taigi, išanalizavus literatūrą galima teigti, kad edukologijos studijų programos yra labiau orientuotos ne į funkcinių kompetencijų plėtojimą, bet į bendrųjų kompetencijų lavinimą (komandinį darbą, bendravimą ir bendradarbiavimą įvairiuose lygmenyse: šeimos, bendruomenės, kolektyvo, bei švietimą).

Analizuojant kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinį reglamentavimą išsiskiria pagrindiniai skirtumai: kineziterapeutai rengiami pagal reabilitacijos studijų programas, o judesio korekcijos specialistai pagal – edukologijos. Praktiškai abeji specialistai dirba tokio pat pobūdžio darbą, tik kineziterapeutai dažniau specializuojasi sveikatos apsaugos sistemos srityse (pvz. ligoninėse, stacionarinėse ar ambulatorinėse įstaigose, reabilitacijos centruose ir panašiai), o judesio korekcijos pedagogai dažniau specializuojasi švietimo sistemos srities įstaigose (pvz. ikimokyklinėse ir mokyklinėse ugdymo įstaigose, specialiojo ugdymo centruose, rekreacijos centruose ir panašiai). Tačiau pasigendama tinkamo judesio korekcijos specialistų profesinio reglamentavimo. Pastebėta, kad nėra pedagogų rengimo aprašo skirto judesio korekcijos specialistams, kuriame detaliai atsiskleistų tiksliai apibrėžtos pastarųjų specialistų numatomos veiklos sritys ir kompetencijos. Ši sritis pakankamai mažai nagrinėta ir analizuota Lietuvos mokslininkų, nes judesio korekcijos specialybė pakankamai nauja (specialistai rengiami tik nuo 1996 metų). Taip pat susiduriama su problema, jog rengiant kineziterapeutus ir judesio korekcijos pedagogus nėra išskiriamos specialistų kompetencijų grupės, kurios leistų kur kas išsamiau numatyti būsimų specialistų veiklos sritis ir kur kas tiksliau apibrėžtų kompetencijų ribas. Šių specialistų rengimo sritis yra pakankamai svarbi ir aktuali, nes visuomenės dėmesys pamažu krypta link holistiško asmenybės ugdymo ir sveikatos išsaugojimo. Tad Lietuvoje, rengiant specialistus, turėtų būti atsižvelgiama į reabilitacijos ir edukologijos mokslų paradigmos kaitą. Studijų programose turėtų būti skiriamas kur kas didesnis dėmesys prevencijos filosofijai, holistinio požiūrio į žmogų ir jo aplinką formavimui, komandinio darbo, bendravimo ir vadybinių kompetencijų ugdymui, sveikatinimo programų akcentavimui (Žukauskienė, 2011).

Tačiau siekiant tinkamos specialistų veiklos ir darnaus bendradarbiavimo svarbu užtikrinti ne tik tinkamą specialistų rengimo sistemą, bet ir tinkamai funkcionuojantį teisinį reguliavimą. Teisinis reguliavimas yra labai svarbus, nes jis padeda apibrėžti atitinkamos srities specialistų veiklą (pareigas, teises, atsakomybes, kompetencijas ar jų grupes) (Mariūnas, Šešok, 2007). Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų veikla yra reglamentuojama daugelyje

pasaulio šalių. Pavyzdžiui, Olandijoje kineziterapeutų veikla yra griežtai reguliuojama valstybės numatytų drausminių aktų (Hout ir kt., 2006). Kitose šalyse kineziterapeutų veikla yra taip pat reglamentuojama valstybės institucijų ir norminių aktų (Danijoje, Islandijoje, Suomijoje) (Krutulytė, 1999). Lietuvoje specialistų veiklą reglamentuoja norminiai aktai, kurie numato kineziterapeutų pareigas, teises ir veiklos sritis. Dokumentas privalomas visiems specialistams dirbantiems kineziterapeutais.

Taigi Lietuvoje kineziterapeutų veiklą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN124:2004 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2004). *Kineziterapeutais dirbantiems specialistams yra numatomos pareigos, kurių privalu laikytis:*

- teikti kvalifikuotas kineziterapijos paslaugas;
- bendradarbiauti su kitais asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros, slaugos ir socialinės rūpybos darbuotojais bei specialistais;
- propaguoti sveiką gyvenimą, sveikatos tausojimo priemones;
- laikytis profesinės etikos principų, gerbti pacientų teises ir jų nepažeisti;
- tobulinti profesinę kvalifikaciją teisės aktų nustatyta tvarka;
- tvarkyti darbo dokumentus Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka;
- paaiškinti kineziterapeuto praktikos aplinkybes Sveikatos apsaugos ministerijos, teisėsaugos institucijų prašymu;
- taikyti tik įteisintus Lietuvoje fizioterapijos, kineziterapijos metodus;
- atlikti kitas Lietuvos Respublikos teisės aktais nustatytas pareigas (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2004).

Kvalifikuoti kineziterapeutai turi ir tam tikrų teisių, kurios taip pat išdėstomos medicinos normoje ir suteikia specialistams garantijas ir galimybes:

- verstis kineziterapijos praktika šios normos ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka;
- konsultuoti Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka;
- atsisakyti teikti kineziterapijos paslaugas, jei tai prieštarauja profesinės etikos principams;
- gauti darbui būtiną informaciją Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka;
- tobulinti profesinę kvalifikaciją Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka;
- dalyvauti rengiant įstatymus ar kitus norminius aktus;
- dalyvauti visuomeninių draugijų veikloje;
- kineziterapeutas turi ir kitų teisių, nustatytų kitų Lietuvos Respublikos teisės aktų (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2004).

Veiklą reglamentuojančiame dokumente numatomos teisės ir pareigos užtikrina kineziterapeutų paslaugų kokybę ir tinkamumą. Taip pat veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose išryškėja kineziterapeutų kompetencijos, kurias sudaro žinios, gebėjimai ir įgūdžiai. Pastarieji sudaro prielaidas sėkmingam profesinių žinių, gebėjimų ir įgūdžių praktiniam realizavimui.

Išanalizavus Lietuvos Respublikos norminius aktus yra pasigendama įstatymų ar poįstatyminių aktų, kurie turėtų reglamentuoti judesio korekcijos specialistų veiklą. Išryškėja probeminė sritis – teisinis judesio korekcijos specialistų veiklos reguliavimas. Pastarieji specialistai dirba toje pačioje srityje kaip ir kineziterapeutai, tačiau judesio korekcijos specialistų veikla neregamentuojama: nenumatomos teisės, pareigos bei atsakomybės.

Kadangi sveikata vertinama kaip didžiausia ir svarbiausia vertybė ne tik žmogaus, bet ir visuomenės, tad didelis dėmesys yra skiriamas sveikatos sistemos paslaugų tobulinimui ir produktyviam funkcionavimui. Kuo stipresnė valstybės ekonomika, tuo stipresnė sveikatos politika vykdoma šalyje. Siekiant užtikrinti tinkamą sveikatos apsaugą stengiamasi didelį dėmesį skirti žmogiškojo veiksnio tobulinimui – specialistų rengimui, kvalifikacijos lygio kėlimui bei praktinio kompetencijų realizavimo tikslingumui (Jankauskienė, Pečiūra, 2007). Analizuojant profesinį kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų rengimą bei teisinį specialistų veiklos reguliavimą pastebėta, kad svarbi *kompetencijos* sąvoka. Tam, kad žmogus sėkmingai užsiimtų darbo veikla, jis turi atlikti tam tikras užduotis. Profesinė veikla yra kompleksinė, apimanti daug įvairių funkcijų. Rengdamasis profesijai žmogus įgyja reikalingų žinių, kurios transformuojamos į profesinius mokėjimus, vėliau į gebėjimus ir galiausiai į profesines (specialiąsias) kompetencijas. Taip pat galima pastebėti, kad profesinės (specialiosios) kompetencijos nėra suvokiamos kaip baigtinės. Pastarosios kompetencijos yra suvokiamos kaip pamatinės, tačiau nuolat kintančios ir tobulėjančios specialistui įgyjant profesinio meistriškumo praktinės veiklos metu. Tačiau Lietuvoje iš būsimų specialistų yra tikimasi ne tik profesinių įgūdžių, bet ir bendrųjų gebėjimų (tokių kaip: iniciatyvumas, gebėjimas dirbti komandoje ir individualiai, sveikatos puoselėjimas ir ugdymas, etinis elgesys) (Žukauskienė, 2011). Tačiau išanalizavus kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų teisinį reguliavimą pastebėta, kad minėtų specialistų kompetencijos nėra skirstomos į tam tikras grupes, kurios atskleistų svarbias specialistų žinias, būtinus gebėjimus. Būtinios kompetencijos (žinios, gebėjimai, įgūdžiai) nėra struktūruojamos bei skirstomos į grupes. Tačiau analizuojant įvairius mokslinius šaltinius (Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2004; Žukauskienė, 2011) pastebėta, jog yra bandoma kompetencijas skirstyti į grupes. Išanalizavus kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų rengimo standartus bei minėtų specialistų veiklą reglamentuojančius dokumentus atsiskleidžia, kad

abiejų specialistų profesinėje veikloje didelę reikšmę turi įgytos kompetencijos ir jų praktinis realizavimas. Išryškėja pagrindinės kompetencijų grupės: *bendrosios* ir *specialiosios*. Šios grupės kol kas tik teoriškai pavienių autorių tėra minimos. Bendrosios kompetencijos yra apibūdinamos kaip žinios, įgūdžiai, gebėjimai, vertybinės nuostatos, požūriai, kitos asmeninės savybės, reikalingos tam tikros srities veiklai perkelti iš vienos veiklos rūšies į kitą (Monkevičienė, Stankevičienė, 2008). Pastebima, kad bendrosios kompetencijos yra skaidomos į komunikacinę ir informacijos valdymo, bendravimo ir bendradarbiavimo, tiriamosios veiklos, organizacijos tobulinimo ir pokyčių valdymo. Tad, atsižvelgiant į judesio korekcijos pedagogų/ specialistų ir kineziterapeutų profesijas, kaip bendrąsias kompetencijas būtų galima išskirti bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimus, praktinės veiklos plėtros gebėjimus. Specialiosios kompetencijos yra suprantamos kaip specialisto žinios, įgūdžiai, gebėjimai, vertybinės nuostatos, požūriai ir kitos asmeninės savybės, lemiančios sėkmingą jo veiklą konkrečiame ugdymo turinio kontekste/ srityje (Monkevičienė, Stankevičienė, 2008; Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas, 2007). Tad analizuojant judesio korekcijos pedagogų/ specialistų ir kineziterapeutų specialiąsias kompetencijas būtų galima išskirti funkcinis ir specialiuosius profesinius gebėjimus.

Sparti socialinė, ekonominė ir technologinė raida sąlygoja platesnių kompetencijų ir gebėjimų poreikį. Judesio korekcijos specialistų rengimo programose pakankamai didelis dėmesys kreipiamas bendrųjų kompetencijų įgijimui ir plėtotei. Kineziterapeutų rengimo programose labiau akcentuojamas specialiųjų kompetencijų įgijimas ir svarba. Tiek pasaulyje, tiek Europoje kineziterapeutų rengimas turi panašumų, bet taip pat turi ir ryškių skirtumų. Nepaisant to, visuotinėje edukacinėje revoliucijoje bandoma specialistams suteikti universalumo, tad vis dažniau visame pasaulyje imama diskutuoti apie pedagoginių disciplinų svarbą ir reikšmę reabilitacijos specialistų rengimo kontekste bei bendrųjų kompetencijų įgyjimo svarbą (analitinio mąstymo, problemų sprendimo, komandinio darbo, bendravimo ir bendradarbiavimo, gebėjimų, nuolatinio tobulėjimo, mokymosi visą gyvenimą ir kitų) (Threlkeld, 2007; Žukauskienė, 2010; Žukauskienė, 2011).

Kaip viena svarbiausių *bendrųjų kompetencijų* yra išskiriama – *prevencinis darbo organizavimas* ir realizavimas švietimo ar sveikatos apsaugos sistemoje. Neretai judesio korekcijos pedagogai/ specialistai ir kineziterapeutai suvokiami kaip specialistai atliekantys korekcinį darbą bei dirbantys su ugdytiniais ar pacientais turinčiais vienokių ar kitokių judesio ir padėtis, somatinių sutrikimų. Tačiau didelis dėmesys yra skiriamas specialistų prevencinio darbo organizavimo kompetencijos praktiniam realizavimui. Judesio korekcijos specialistai ir kineziterapeutai svarbiausia turėtų atlikti ergonomikos specialisto vaidmenį ir konsultuoti bei mokyti ugdytinius, pacientus tinkamai pasirinkti darbo vietą, avalynę, užtikrinti tinkamas padėtis

atliekant įvairius darbus ir panašiai siekiant išvengti judesio ir padėties problemų (What Is a Physical Therapist, 2008). Pasak Dean (2009a), kineziterapeutai turi užtikrinti ne tik esamo judesio ir padėties sutrikimo pašalinimą, bet ir galimų sutrikimų prevenciją skatinant pacientus/ugdytinius nepamiršti fizinio aktyvumo ir sudarant pastariesiems atitinkamas programas. Gard (2000) pastebi, kad kineziterapeutai negali būti tik kompetetingi savo srities praktikai, ateities specialistai turi būti sąveikaujantys specialistai ir gebėti profesinę kompetenciją suderinti su socialinėmis pareigomis ir atsakomybėmis. Pažymima, kad labai svarbu, jog kineziterapeutas gebėtų ne tik dirbti savo tiesioginį darbą – organizuoti ir vesti užsiėmimus, bet ir konsultuoti ergonomikos, svarbiais prevencijos bei kitais klausimais (Hout ir kt., 2006).

Aptariant bendrąsias judesio korekcijos pedagogų/ specialistų, kineziterapeutų kompetencijas galima paminėti, kad neatsiejama ir labai svarbi kompetencija yra *bendravimo*. Kineziterapeuto ir judesio korekcijos specialisto darbe bendravimo su pacientais/ ugdytiniais, jų artimaisiais gebėjimai yra būtini ir neišvengiami. Tai – svarbi kineziterapeuto/ judesio korekcijos pedagogo/ specialisto mąstymo dalis. Galima teigti, kad kineziterapijos /judesio korekcijos sėkmė priklauso nuo asmeninių specialistų savybių, tinkamo elgesio. Tinkamas bendravimas su ugdytiniais ar pacientais užsiėmimų metu, empatija pastarųjų atžvilgiu yra labai reikalinga ir neatsiejama kaip ir profesinės žinios, teisingas sprenimų priėmimas. Kiekvienas žmogus yra individualybė pasižyminti savo elgesio stiliumi, manieromis. Bendravimo gebėjimų ir dalykinių žinių santykis sėkmingoje kineziterapeuto /judesio korekcijos specialisto veikloje yra 50% ir 50% (Banelienė, Žiliukas, 2004). Bendravimo įgūdžius specialistai turi jausti, valdyti ir sumaniai taikyti lygiai taip pat, kaip ir dalykinius gebėjimus.

Bendravimas yra neatsiejama *bendradarbiavimo* dalis. Bendradarbiavimas - tai darbas kartu, sujungus intelektines jėgas, pagalba vienas kitam, bendras problemos sprendimas ir bendras sprendimo priėmimas (Ališauskienė, Miltenienė, 2004). Bendradarbiavimas siejamas ne su konkrečių užduočių atlikimo priskyrimu ugdytiniui/ pacientui, jo šeimai/ artimiesiems, ugdytojams ar gydytojams. Bendradarbiavimas – tai kolegialus problemų sprendimas, atitinkamų sprendimų priėmimas, tarimasis ir dalinimasis gerąja patirtimi. Bendradarbiavimas neatsiema kompetencija, kuria turėtų pasižymėti geras specialistas (Kardelienė ir kt., 2007). Tad labai svarbu paminėti, jog bendradarbiavimas yra taip pat viena svarbiausių bendrųjų kompetencijų, kuriomis turi pasižymėti aptarti analizuojami specialistai. Sėkmingas bendradarbiavimas su kolektyvu svarbus kineziterapeuto ar judesio korekcijos pedagogo darbe. Bendravimo įgūdžiai padeda pažinti ir suprasti aplinkinius žmones, jų mąstymą ir elgseną. Kita vertus, svarbu pažinti ne tik kitus, bet ir save – asmenines stipriąsias ir silpnąsias puses, suprasti, kaip save tobulinti, kad geriau sektųsi bendradarbiauti su kitais. Dažnai kineziterapinėje/ judesio korekcijos veikloje susiduriama su skirtingais ugdytiniais/ pacientais, tačiau ir kolektyve dažnai yra sunkiai priimama kitokia kolegijos nuomonė, kitoks elgesio būdas. Žinoma, būtų lengviau dirbti kartu, jeigu specialistai

panašiai galvotų, panašiai vertintų įvairias situacijas darbinėje veikloje, siektų tų pačių tikslų. Bendradarbiavimas taptų ne tik teorinių svarstymų objektu, bet realybėje įgyvendinama sėkmingos veiklos sąlyga (Banelienė, Žiliukas, 2004). Tačiau, įgyvendinti bendradarbiavimo principus ugdymo/ korekcijos srityje dažnai nėra lengva. Neretai specialistų bendravimas ir bendradarbiavimas yra formalus. Straubergaitės, Joco (2008) atlikti moksliniai tyrimai rodo, kad daugumos specialistų (tiek judesio korekcijos pedagogų, tiek kineziterapeutų) bendradarbiavimas yra dažniausiai tik formalus, t.y. bendradarbiaujama tiek, kiek reikalauja darbo specifiška, ugdymo/ reabilitacijos įstaiga, jos vadovai arba vidaus taisyklės, nuostatai. Pažymėtina ir tai, jog svarbu ne tik bendradarbiavimas su kolegomis, bet ir su ugdytiniais, pacientais. Nederėtų su pastaraisiais elgtis kaip su ugdymo, koregavimo objektais. Pakankamai svarbus ugdytinių, pacientų mokymas, aiškinimas ir sąmoningas įtraukimas į judesio korekcijos/ kineziterapijos procesą (Rindflesch, 2009; Dean, 2009a). Swisher, Hiller (2010) Amerikos kineziterapeutų asociacijos etinio elgesio standarte pažymi, kad specialistai turėtų demonstruoti integraliu požiūriu pagrįstą savo veiklą ir bendradarbiauti su ugdytiniu/ pacientu, jo šeima bei artimaisiais, aukštosiomis mokyklomis, studentais, kitais ugdymo/ gydymo sričių specialistais bei visuomene.

Analizuojant pagrindines judesio korekcijos specialistų ir kineziterapeutų kompetencijas pastebėta, kad *komandinio darbo* kompetencija viena svarbiausių (Ališauskienė, Kondrotienė, 2008; Panzarella, 2009). Kineziterapeuto ar judesio korekcijos specialisto veikla nėra darbas vakuume. Pastariesiems specialistams dirbantiems švietimo sistemos srityje, tiek kineziterapeutams dirbantiems sveikatos apsaugos sistemos srityje svarbu gebėti išvelgti problemą, identifikuoti jos priežastis bei ieškoti sprendimo būdų. Neretai problemų pobūdis būna labai įvairus, tad ir į jų sprendimą turėtų būti žiūrima pakankamai holistiškai. Atkreipiant dėmesį į tai, kad komandoje dirba daug įvairių sričių specialistų, kurie suvienija įvairias bei skirtingas savo sričių žinias, mokėjimus ir įgūdžius, galima tikėtis pozityvių ugdomojo/ koreguojamojo darbo rezultatų. Tik kompleksiškas požiūris į problemą bei komandinis jos sprendimas gali turėti teigiamų rezultatų. Darbas komandoje yra dinamiškas, nuolatiniame raidos kontekste bei siekiantis paslaugų teikimo ugdytiniui/ klientui/ pacientui efektyvumo (Guščinskienė ir kt., 2003; Carpenter, Richardson, 2008; Dean, 2009a). Anot Sullivan (2008), tik dirbdamas komandoje su gydytojais ar kitų sričių specialistais kineziterapeutas gali išmokti daugelio dalykų, nes dirbdami su konkrečiu ugdytiniu ar pacientu komandos nariai yra vienijami vieno tikslo – padėti ugdytiniui ar pacientui išmokti koordinuoti judesius, vaikščioti ir panašiai.

Nuo bendrųjų kompetencijų neatsiejamos yra *etinio elgesio kompetencijos*. Barnitt (1998), Geddes ir kt. (1998), Geddes ir kt. (2004), Finch ir kt. (2005) aprašė etinius veiksnius, svarbius kineziterapeutų veiklai. Pasak Carpenter, Richardson (2008) etinės kompetencijos yra suvokiamos kaip tinkamas ir netinkamas elgesys ir jo modeliai specialisto profesinėje veikloje.

Pastarosios yra būtinos tiek judesio korekcijos pedagogų/ specialistų, tiek kineziterapeutų profesinės veiklos kontekste. Suteikiamos pagalbos, profilaktikos, ugdymo kokybė turėtų būti tinkama neatsižvelgiant į ugdytinio ar paciento amžių, lytį, rasę, socialinę padėtį. Taip pat specialistų dėmesys turėtų būti sutelktas į paciento ar ugdytinio problemos suvokimą, veiklą pagrįstą gerovės, ugdytinio ar paciento atžvilgiu, siekimu (American Physical Therapy Association, 2006). Specialistų elgesyje turi atsispindėti pagarba ugdytinių/ pacientų orumui, asmens teisėms, užuojauta ir nuolankumas, profesionalus sprendimų priėmimas. Etinis elgesys taip pat traktuojamas kaip gebėjimas pasitikėti ugdytiniu/ pacientu bei jo šeima/ artimaisiais, suteikti jiems pasitikėjimo ir juos įtraukti į judesio korekcijos/ kineziterapijos procesą bei sudaryti sąlygas save suvokti kaip lygiaverčius partnerius (Swisher, Hiller, 2010). Kuomet etinio elgesio kompetencijos bus tinkamai realizuojamos specialistų praktinėje veikloje, judesio korekcijos ir kineziterapijos paslaugos bus kokybiškos. Kaip etinio elgesio kompetencija užsienio šalyse (daugiausiai Jungtinėje Karalystėje) yra traktuojama ir kultūrinė kompetencija. Pasak Panzarella (2009), koks kineziterapeuto vaidmuo bebūtų (švietimo ar rehabilitacijos), specialistas turi pasižymėti kultūrine kompetencija (jautrumu, kultūriniu dalyvavimu, žiniomis), kuri yra vienas esminių gebėjimų užtikrinantis efektyvią sveikatos apsaugą. Pasak Žukauskienė (2011), Lietuvoje svarbu kineziterapeutams nepamiršti deontologijos⁸, kuri skatina elgtis deramai su įvairios lyties, rasės, kultūros žmonėmis.

Kaip viena svarbiausių bendrųjų kompetencijų kineziterapeuto praktinėje veikloje yra išskiriama *gebėjimo konsultuoti kompetencija*. Gebėjimas konsultuoti įvairių sričių specialistus bei mokyti ugdytinius, pacientus bei pastarųjų šeimos narius ir artimuosius taip pat yra labai svarbus bendrųjų kineziterapeutų kompetencijų kontekste (Dean, 2009a).

Kaip sėkmingos specialisto veiklos pagrindas praktikoje turėtų išryškėti *praktinės veiklos plėtros siekis*. Specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimas, tiriamosios veiklos organizavimas – prioritetai, kurie sudaro prielaidą kvalifikuotų specialistų raidai švietimo ir sveikatos sistemų tinkluose (Baranauskienė, Gudinavičius, 2008). Specialistams yra labai svarbu nuolatos kelti savo kvalifikaciją ir didinti profesionalumo lygį atkreipiant dėmesį į nuolat didėjančius socialinius, politinius bei visuomeninius poreikius (Krutulytė, 1999).

Tam, kad specialistai sėkmingai užsiimtų darbo veikla, jie turi atlikti tam tikras funkcijas ir užduotis. Rengdamiesi profesijai, žmonės įgyja reikalingų žinių, kurias transformuoja į profesinius mokėjimus, vėliau į gebėjimus ir galiausiai į profesines

⁸**deontologija**- (gr. *deon*, kilm. *Deontos*- pareiga+*logos*- žodis, mokslas; sk.deontologija)- etika sprendžianti pareigos klausimą. Profesinė medicinos darbuotojų etika, jų elgesio principai, susiję su ligonių gydymu ir slaugymu, išdėstyti tarptautiniame kodekse, kurį 1949 Ženevoje priėmė Tarptautinė gydytojų draugija (Vaitkevičiūtė, V., *Tarptautinių žodžių žodynas*, 2007, p. 229).

(specialiąsias) kompetencijas. Epstein, Hundert (2002) kompetencijas kineziterapijoje apibrėžia kaip įprastą ir protingą bendravimo, žinių, techninių įgūdžių, klinikinio mąstymo, emocijų, refleksijos naudojimą kasdieninėje praktikoje, asmens ir bendruomenės labui.

Taigi kaip viena svarbiausių profesinių kineziterapeutų kompetencijų yra apibrėžiama - *asmens funkcinės būklės ir fizinio pajėgumo ištyrimas*. Pastaroji kompetencija yra būtina siekiant efektyvaus specialisto darbo įvairiose profesinėse praktinės veiklos srityse. Taip pat neatsiejamai svarbios ir būtinos specialiosios kompetencijos yra gebėjimas: analizuoti ir apibendrinti asmens funkcinės būklės ir fizinio pajėgumo įvertinimo rezultatus; rengti individualią ir grupinę kineziterapijos programą ir vertinti jos efektyvumą; savarankiškai atlikti kineziterapijos procedūras ir pratybas; vertinti užsiėmimų efektyvumą (Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2004).

Teikiamų paslaugų kokybė ir saugumas taip pat traktuojamos kaip svarbios kineziterapeutų specialiosios kompetencijos. Kvalifikuotas specialistas privalo gebėti laikytis norminių ir teisės aktų, kurie reglamentuoja jų veiklą, laikytis numatomų pareigų ir turėti garantijas į suteikiamas teises bei laikytis profesinės etikos. Teikiamų kineziterapijos paslaugų saugumas – neatsiejama specialistų kompetencija. Kineziterapeutas ar judesio korekcijos pedagogas privalo gebėti suteikti neatidėliotiną medicinos pagalbą jos prireikus, išvengti gyvybei pavojingų būklių savo veikloje bei užtikrinti darbo saugą. Pasak Žukauskienės (2010), Lietuvoje yra skiriama pakankamai mažai dėmesio kineziterapeutų profesinių (specialiųjų) kompetencijų išskyrimui ir aktualizavimui nei kitose šalyse bei pakankamai mažai detalizuojamos specialiosios kompetencijos.

Apžvelgiant kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų kompetencijas pastebėta, kad pakankamai didelis dėmesys yra skiriamas tiek bendrųjų, tiek specialiųjų kompetencijų įgyjimui ir realizavimui praktinėje veikloje. Pastebima, kad įvairių autorių ir mokslininkų nuomonė ima keistis ir vis didesnis dėmesys imamas kreipti ne tik specialiųjų kompetencijų plėtotei, bet ir bendrųjų. Anot Overmeer ir kt. (2008), svarbus ne tik specialiųjų profesinių kompetencijų įgyjimas, bet ir biopsichosocialinių žinių plėtojimas formuojant bendrąsias kompetencijas kineziterapinėje veikloje. Taigi bendrųjų kompetencijų realizavimas ugdymo, korekcijos, reabilitacijos procesui suteikia daugiau holistiškumo ir labiau tenkina šiuolaikinę psichofizinio ugdymo paradigmą.

Apibendrinimas

Šiuolaikiniame sveikatos apsaugos ir švietimo sistemos kontekste sveikatos samprata yra suvokiama kaip holistinis konstruktas (Mačinskas, 2008; Vaitkevičius, 2005).

Lietuvos sveikatos politikos pati didžiausia problema, nepaisant skambių deklaracijų ir pastangų kurti sveikesnę visuomenę, yra siekis užtikrinti kiekvienam piliečiui sveikatos apsaugą, kurioje pagrindinis dėmesys yra kreipiamas į jau esamų sutrikimų koregavimą ir ligų gydymą, o ne profilaktiką ir savalaikį ugdymą (Adaškevičienė, 2008). Tačiau individą suvokiant ne tik kaip biologinę būtybę sveikatos išsaugojimo kontekste svarbu suvokti psichofizinio ugdymo svarbą siekiant holistinės sveikatos sampratos praktinio realizavimo (Vydūnas, 1991; Laužikas, 1997; Dineika, 2001; Mockevičienė, 2003; Adaškevičienė, 2008; Dumčienė, Bajoriūnas, 2006; Tamošauskas, 2008).

Lietuvoje pamažu dėmesys imamas kreipti moderniai sveikatos tendencijai, kurioje atsispindi sveikatos užtikrinimas ne tik su profilaktikos taikymu, bet ir su žmonių psichofizinio ugdymo paradigmos teigimu. Toks požiūrio pasikeitimas Lietuvoje įtakojo specialistų, kurie gebėtų tenkinti psichofizinį asmenybės ugdymą, poreikio išaugimą. Pastarieji specialistai - kineziterapeutai ir judesio korekcijos specialistai (pedagogai) (Žukauskienė, 2011).

Rengiant minėtus specialistus Lietuvoje susiduriama su dar viena problema: kineziterapeutai rengiami vadovaujantis reabilitacijos studijų programomis (Kineziterapeuto rengimo standartu, 2004), o judesio korekcijos specialistai - edukologijos studijų programomis. Taip pat išanalizuota, kad daugelyje pasaulio šalių (Olandijoje, Danijoje, Islandijoje, Suomijoje, JAV ir kitur) kineziteapeutų veikla yra griežtai reglamentuojama (Hout ir kt., 2006; Krutulytė, 1999). Lietuvoje kineziteapeutų veikla yra reglamentuojama medicinos normos, tačiau pasigendama įstatymų ar poįstatyminių aktų, kurie reglamentuotų judesio korekcijos specialistų veiklą.

Pastebėta, jog Lietuvoje susiduriama dar su viena problema - rengiant kineziteapeutus ir judesio korekcijos specialistus nėra išskiriamos numatomos kompetencijų grupės, kurios yra labai svarbios tenkinant psichofizinio ugdymo paradigmą. Išanalizavus lietuvių ir užsienio literatūrą pastebėta, kad kompetencijos yra bandomos skirstyti į bendrąsias (prevencinis darbas, bendravimas ir bendradarbiavimas, komandinis darbas, etinis elgesys, konsultavimas, praktinės veiklos plėtra ir kitos) ir specialiąsias (asmens funkcinės būklės ir fizinio pajėgumo ištyrimas ir įvertinimas, individualių ir grupinių programų rengimas, realizavimas ir efektyvumo įvertinimas, užsiėmimų organizavimas, teikiamų paslaugų kokybės ir saugumo užtikrinimas, neatidėliotinos medicininės pagalbos teikimas, darbo saugos užtikrinimas), tačiau šis skirstymas yra kol kas tik teorinio lygmens.

2 skyrius. KINEZITERAPEUTŲ IR JUDESIO KOREKCIJOS SPECIALISTŲ PROFESINIŲ KOMPETENCIJŲ REALIZAVIMO PALYGINIMAS

2. 1. Tyrimo metodika ir organizavimas

1. Anketinė apklausa.

Tyrimo pradžioje buvo sudaryta nominalinė anketa. Anketą sudarė keturiasdešimt vienas uždaro tipo klausimas. Siekiant išsiaiškinti kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų realizavimą ir jį palyginti anketa buvo sudaryta iš keturių klausimų blokų: demografinių duomenų bloko, funkcinių gebėjimų klausimų bloko, bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimų klausimų bloko ir praktinės veiklos plėtros gebėjimų klausimų bloko. Anketa sudaryta remiantis:

- Lietuvos respublikos švietimo ir mokslo ministerijos ir Lietuvos respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (2004). *Kineziterapeuto rengimo standartas*. Vilnius.

- Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas (2004). Nr. V-934. *Dėl Lietuvos respublikos medicinos normos MN 124:2004 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo*. Valstybės žinios, 6818-6819, 82-84.

- World confederation for physical therapy (2007). *WCPT guidelines for physical therapist professional entry-level education*. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-PoS_Guidelines_for_Physical_Therapist_Entry-Level_Education.pdf

(žiūrėta 2010-01-12).

- World confederation for physical therapy (2007). *WCPT declaration of principle*. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-Declarations_of_Principle.pdf

(žiūrėta 2010-01-12).

Anketos pavyzdys pateikiamas 3 priede.

● *Demografiniai duomenys.*

Demografinių duomenų bloku buvo siekiama atskleisti kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų lytį, amžių, išsilavinimą, studijų sritį ir programą, kvalifikacinį laipsnį, pareigas, darbo stažą, specializavimosi sritį bei miestą, kuriame dirba specialistai.

● *Funkcinių gebėjimų klausimų blokas.*

Šiuo klausimų bloku buvo siekiama palyginti pradinį ugdytinių/ pacientų motorinių įgūdžių vertinimą, kineziterapinės/ judesio korekcijos diagnozės formulavimą, individualių ir grupinių kineziterapijos/ judesio korekcijos programų rengimą ir užsiėmimų vedimą bei pastarųjų efektyvumo vertinimą, kineziterapijos ir judesio korekcijos metodikų ir metodų taikymą

praktikoje - užsiėmimų metu, fizioterapinių priemonių taikomumą, pirmosios medicinos pagalbos suteikimą, norminių aktų išmanymą bei darbo saugos reikalavimų laikymąsi.

- *Bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimų klausimų blokas.*

Šiuo klausimų bloku buvo siekiama palyginti kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų darbo pobūdį įstaigose, medicinos ir kitų sričių specialistų konsultavimą, informacijos ugdytiniams/ pacientams teikimo dažnumą, ugdytinių/ pacientų bei jų šeimų įtraukimą į kineziterapijos ar judesio korekcijos procesą, papildomų rekomendacijų ugdytiniams/ pacientams teikimą bei mokymąsi naudotis kompensacine technika, ugdytinių/ pacientų fizinio aktyvumo skatinimą bei mankštos namų programos sudarymą.

- *Praktinės veiklos plėtros gebėjimų klausimų blokas.*

Šiuo klausimų bloku buvo siekiama išsiaiškinti specialistų skatinimą dalyvauti kvalifikacijos tobulinimo kursuose, seminaruose ar konferencijose, informacijos apie kvalifikacijos kėlimo renginius gavimo šaltinius, įstaigos ir specialistų aktyvumą kvalifikacijos tobulinimo procese bei švietimo/ sveikatinimo informacijos rengimo intensyvumą.

2. Statistinė duomenų analizė.

Surinkti duomenys analizuojami, lyginami statistiniais *SPPS* ir *MC EXEL* kompiuterinių programų apskaičiavimais.

SPPS programa apskaičiuotas Chi- kvadrato kriterijus pagal Pirsono (*Pearson*) formulę. Skaičiuojamos reikšmės:

T - Value- Pearsono Chi- Square kriterijaus reikšmė,

df – laisvės laipsnių skaičius,

Asymp. Sig. (2-sided) – kriterijaus *p* reikšmė, kuria remiantis priimamas sprendimas:

- kai $p \leq 0,05$ – požymiai statistiškai priklausomi/ statistiškai reikšmingas skirtumas,
- kai $p \leq 0,01$ – požymiai yra labai aiškūs ir statistiškai reikšmingi,
- kai $p \leq 0,001$ – požymiai yra ypač reikšmingi statistiškai,
- kai $p > 0,05$ – požymiai yra statistiškai nepriklausomi, nereikšmingi (Pukėnas, 2005).

3. Tyrimo organizavimas ir respondentai.

Anketinė apklausa buvo atliekama 2010 m. sausio – 2010 m. gruodžio mėnesiais didžiųjų Lietuvos miestų (Kauno, Klaipėdos, Panevėžio, Šiaulių, Vilniaus) gydymo stacionaruose, ambulatorinėse gydymo įstaigose, reabilitacijos centruose, ikimokyklinio/mokyklinio/specialiojo ugdymo

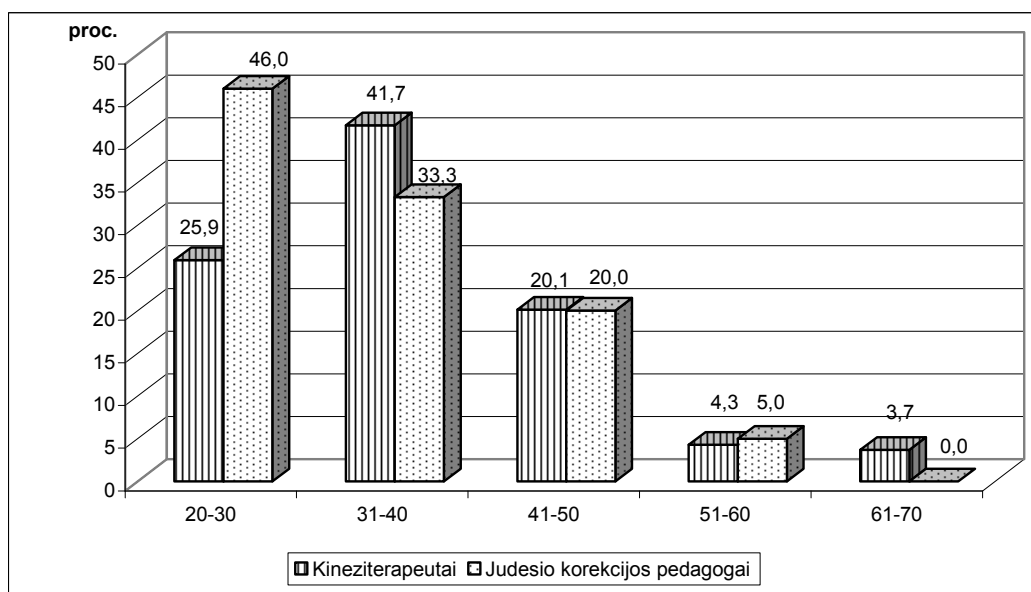
įstaigose, rekreacijos centruose. Anketos respondentams buvo pateikiamos tiesiogiai. Respondentai turėjo galimybę atsakyti į anketos klausimus jiems patogiu laiku bei išvengti tyrėjo įtakos ir išsaugoti informacijos privatumą. Su respondentais iš anksto buvo aptartas savanoriškas dalyvavimas tyrime, anketos konfidencialumas, atskirų duomenų viešinimas. Visi tyrime dalyvavę specialistai savanoriškai sutiko dalyvauti apklausoje.

Respondentai. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų realizavimo palyginimui atlikti buvo pasirinkta 200 kineziterapeutų ir 100 judesio korekcijos specialistų. Apklausos pradžioje buvo išdalinta 300 anketų, iš kurių buvo gražinta 200 (60 - judesio korekcijos specialistų ir 140 - kineziterapeutų). Judesio korekcijos specialistai yra rengiami tik nuo 1996 metų, tad pastarųjų spacialistų, dirbančių sveikatos apsaugos ir švietimo srityse yra kur kas mažiau nei kineziterapeutų. Tyrimo dalyviai parinkti remiantis netikimybine atsitiktine imtimi. Pagrindiniai kriterijai, kuriais remiantis buvo pasirinkti tyrimo dalyviai: gyvenimas viename iš didžiųjų Lietuvos miestų, specializavimasis sveikatos apsaugos arba švietimo sistemos srityse, veikla gydymo stacionaruose, ambulatorijose, reabilitacijos centruose, ikimokyklinio, mokyklinio ir specialiojo ugdymo įstaigose, kineziterapeuta arba judesio korekcijos specialisto pareigybė.

2.2. Demografiniai duomenys

Išanalizavus anketinės apklausos duomenis paaiškėjo, kad apklausoje dalyvavo daugiau moterų nei vyrų. Tačiau judesio korekcijos srities specialistai vyrai apklausoje buvo aktyvesni nei kineziterapeutai. Kineziterapeutų vyrų apklausoje dalyvavo tik 25,5%, o judesio korekcijos specialistų – 44,1%. Apklausoje dalyvavo žymiai daugiau moterų nei vyrų - atitinkamai 74,5% ir 55,9%.

Kaip matoma 3 paveiksle apklausoje dalyvavusių kineziterapeutų amžius daugiausiai 31-40 metų, o judesio korekcijos specialistų vyraujantis amžius- 20-30 metų. Tiek kineziterapeutų, tiek judesio korekcijos specialistų vyravo panašus skaičius, kurių amžius 41-50 metų bei 51-60 metų. Taip pat paaiškėjo, kad apklausoje dalyvavo labai mažai specialistų, kurių amžius 61-70 metų. Šitokį apklaustųjų pasiskirstymą pagal amžių įtakoti galėjo tai, jog judesio korekcijos specialistai rengiami tik nuo 1996 metų, tad pastarieji yra jaunesni nei kineziterapeutai.

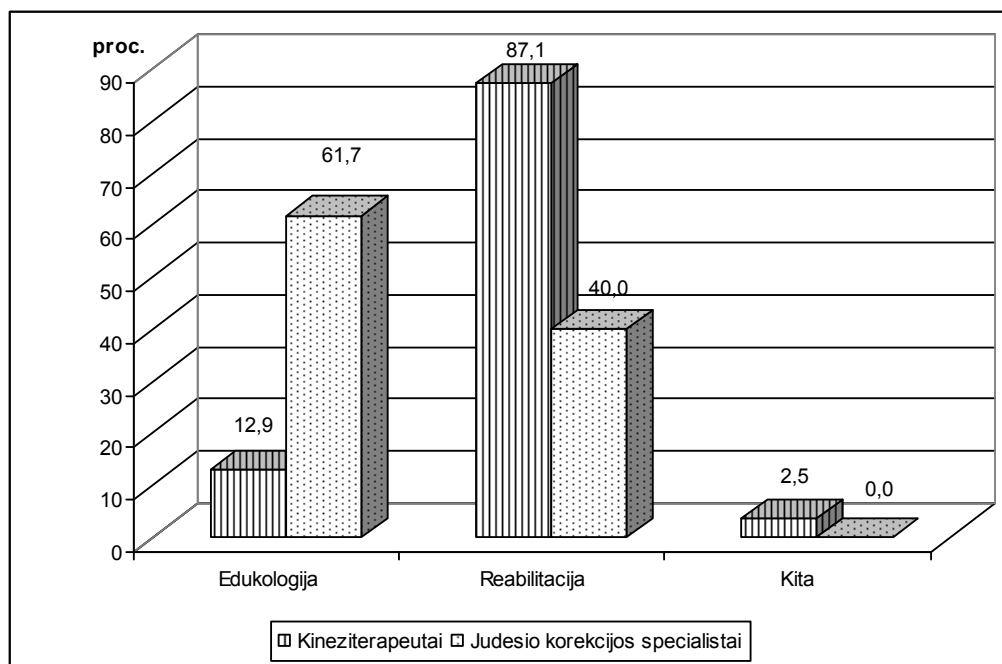


3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, %

Reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad 21,5% daugiau judesio korekcijos specialistų turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą nei kineziterapeutų. Tačiau 23,3% daugiau kineziterapeutų turi aukštąjį neuniversitetinį išsilavinimą nei judesio korekcijos pedagogų. 1,4% apklausoje dalyvavusių kineziterapeutų turėjo įgiję profesinį išsilavinimą. Su pastaruoju išsilavinimu nebuvo nė vieno judesio korekcijos specialisto.

Analizuojant kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų profesinių kompetencijų praktinį realizavimą reikėtų paminėti studijų sritį. 4 paveiksle galima pastebėti,

kad judesio korekcijos pedagogų pagrindinė studijų sritis – edukologija (48,8% daugiau nei kineziterapeutų), o kineziterapeutų – rehabilitacija (47,1% daugiau nei judesio korekcijos pedagogų). Atlikta specialistų apklausa patvirtino teorinius konceptus, kuriuose teigiama, kad daugiau kineziterapeutais dirbančių specialistų turi rehabilitacijos srities išsilavinimą, o judesio korekcijos specialistais – edukologijos. Tačiau nepaisant turimo išsilavinimo srities - abeji specialistai dirba tą patį darbą.



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal studijų sritį, %

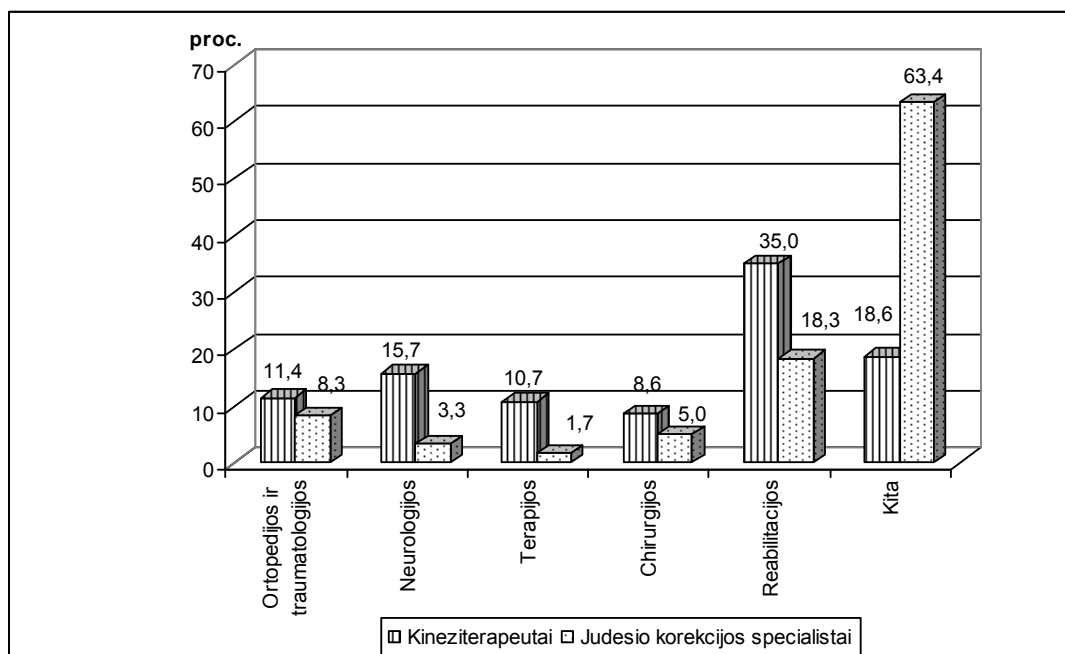
Atliekant anketinę apklausą buvo siekiama išsiaiškinti, kokias studijų programas yra baigę respondentai. Paaiškėjo, kad daugiausiai apklaustų kineziterapeutų yra baigę Lietuvos kūno kultūros akademijoje (LKKA) kineziterapijos studijų programą (25,0%), Vilniaus universitete (VU) kineziterapijos studijų programą (17,9%), Panevėžio kolegijoje (13,6%), Šiaulių kolegijoje (10,7%), Klaipėdos ir Vilniaus kolegijose kineziterapijos studijų programas (po 10,0%). Kur kas mažiau kineziterapeutų yra baigę Kauno kolegijos (1,4%), Utenos kolegijos (5,7%), Kauno medicinos universiteto (KMU) (5,0%) kineziterapijos studijų programas bei Šiaulių universiteto (3,6%) specialiosios pedagogikos (kūno kultūros ir kineziterapijos) studijų programas. Priešingai nei kineziterapeutai judesio korekcijos pedagogai daugiausiai yra baigę – Šiaulių universitete specialiosios pedagogikos (kūno kultūros ir kineziterapijos) studijų programą (63,3%) bei Klaipėdos kolegijoje kineziterapijos studijų programą (13,6%). Daug mažiau judesio korekcijos specialistų, lyginant su kineziterapeutais, yra baigę Šiaulių kolegijoje (8,4%), Panevėžio kolegijoje (8,3%), Vilniaus universitete (8,3%), LKKA (6,7%), Utenos kolegijoje

(3,3%) bei KMU (1,7%) kineziterapijos studijų programos. Taip pat pastebėta, kad nė vienas apklausoje dalyvavęs judesio korekcijos pedagogas nėra baigęs kauno kolegijos bei VU studijų programų. Respondentų pasiskirstymas pagal studijų programą taip pat atskleidžia kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų specializavimosi reabilitacijos ir edukologijos srityse dažnumą.

Atliekant apklausą buvo siekiama išsiaiškinti respondentų studijų kvalifikacinį laipsnį. Duomenų analizė atskleidė, kad 36,2% daugiau judesio korekcijos pedagogų turėjo bakalauro kvalifikacinį laipsnį nei kineziterapeutų, tačiau 27,4% daugiau kineziterapeutų turėjo profesinį bakalauro laipsnį. Magistrantūros kvalifikacinį laipsnį turi daugiau kineziterapeutų nei judesio korekcijos pedagogų, atitinkamai 27,9% ir 13,3%. Tokius apklausos rezultatus galėjo įtakoti tai, jog nėra magistrantūros studijų programos, kuri būtų tęstinė judesio korekcijos bakalaurą baigusiams specialistams. Tačiau kineziterapijos bakalaurą įgijusiems specialistams galima pasirinkti kineziterapijos magistrantūros studijas.

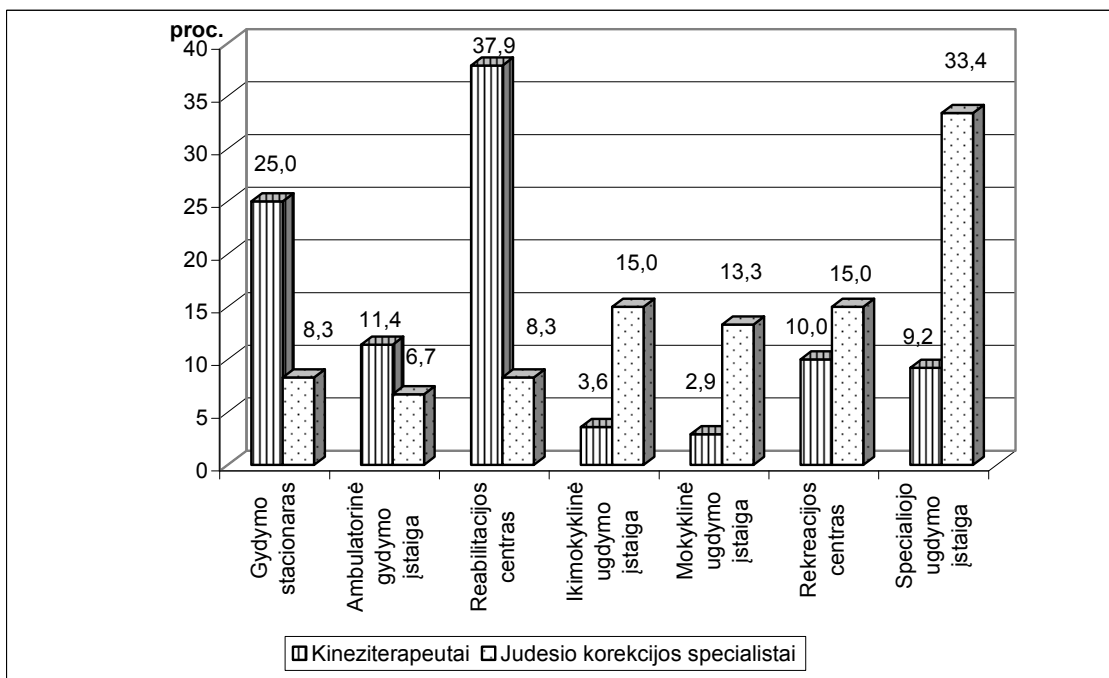
Lyginant specialistus paaiškėjo, kad apklausoje dalyvavusių kineziterapeutų darbo stažas daugiausia buvo 1-5 metai (32,1%), o judesio korekcijos pedagogų – 6-10 metų (26,7%), 11-15 metų (25,0%), 1-5 metai (20,0%). Kineziterapeutų, kurių darbo stažas < nei 1 metai, 16-20 metų ir > nei 21 metai, buvo atitinkamai 12,9%, 10,7%, 14,3%, o judesio korekcijos pedagogų taip pat atitinkamai – 16,7%, 6,6% ir 5,0%.

Analizuojant anketos atsakymus išsiaiškinta, kad kineziterapeutai daugiausiai specializuojasi reabilitacijos srityje (5 pav.). Pastarieji specialistai labai panašiai specializuojasi ir kitose srityse: ortopedijos ir traumatologijos, neurologijos, terapijos, chirurgijos bei kitose. Judesio korekcijos specialistus lyginant su kineziterapeutais kur kas rečiau specializuojasi minėtose srityse. Pastarieji specialistai daugiausiai specializuojasi kitose srityse. Iš respondentų atsakymų paaiškėjo, kad daugiau judesio korekcijos specialistų yra įgiję edukologinį išsilavinimą, o kineziterapeutai – reabilitacinį. Tad judesio korekcijos specialistai kur kas dažniau specializuojasi kitose srityse. Pastebėta, kad atitinkamos srities įgytas išsilavinimas ir įtakoja specializavimosi sritį.



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal specializavimosi sritį, %

Analizuojant anketinių apklausų duomenis paaiškėjo, kad kineziterapeutai daugiausiai dirba sveikatos apsaugos sistemos darbovietėse (gydymo stacionaruose, ambulatorinėse gydymo įstaigose, reabilitacijos centruose) (6 pav.). Pastebėta, kad kur kas daugiau judesio korekcijos specialistų dirba švietimo sistemos tinklo įstaigose (ikimokyklinio, mokyklinio, specialiojo ugdymo įstaigose, rekreacijos centruose).



6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbovietę, %

Apdorojant anketinės apklausos duomenis paaiškėjo, kad apklausoje dalyvavę judesio korekcijos specialistai buvo daugiausiai iš Klaipėdos - 31,7%, Šiaulių- 30,0%, kitų miestų – 25,0%. Kur kas mažiau judesio korekcijos pedagogų buvo iš Kauno - 1,77%, Panevėžio - 8,3%, Vilniaus - 3,3%. Apklausoje dalyvavę kineziterapeutai daugiausiai buvo iš Vilniaus - 29,3% ir kitų miestų - 25,7%. Šiek tiek mažiau pastarųjų specialistų buvo iš Panevėžio - 15,7%, Kauno - 10,7%, Šiaulių - 10,0% ir Klaipėdos - 8,6%.

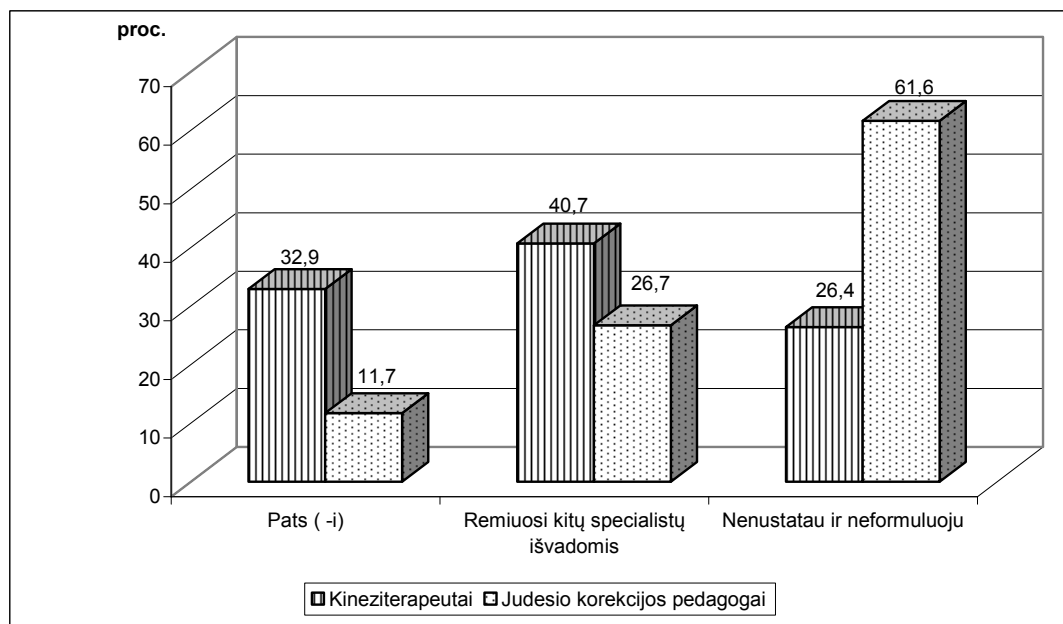
2.3. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų funkcinį gebėjimų realizavimo palyginimas

Siekiant palyginti kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų profesinių kompetencijų realizavimą buvo analizuojamas šių specialistų funkcinį gebėjimų (kineziterapinės/ judesio korekcijos diagnozės nustatymas ir suformulavimas, individualių ir grupinių kineziterapijos/ judesio korekcijos programų rengimas, realizavimas praktikoje bei jų efektyvumo vertinimas, kineziterapijos/ judesio korekcijos metodikų bei metodų taikymas bei derinimas su fizioterapija, pirmosios pagalbos suteikimas ekstremalioje situacijoje pacientams/ ugdytiniams, domėjimasis teisine baze, susijusia su profesine veikla, darbo saugos reikalavimų laikymasis praktinėje veikloje) plėtojimas darbo praktikoje. Duomenų analizė atskleidė, kad panašiai tiek kineziterapeutai - 38,6%, tiek judesio korekcijos specialistai - 38,3% prieš pradėdami dirbti su nauju pacientu/ ugdytiniu patys įvertina antropometrinius duomenis bei kūno konstitucijos ypatumus. Šiek tiek daugiau judesio korekcijos pedagogų (53,3%) pasinaudoja medicininių kortelių duomenimis nei kineziterapeutų (38,6%). Pastebėta, kad kur kas daugiau kineziterapeutų (15,7%) tik kartais vertina pacientų/ ugdytinių antropometrinius duomenis bei kūno konstitucijos ypatumus nei judesio korekcijos pedagogų (5,1%). 3,8% daugiau kineziterapeutų išvis nevertina pacientų/ ugdytinių antropometrinių požymių. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialistų (kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų) nepastebėta ($t=7,002$, $df=3$, $p=0,072$).

Analizuojant apklausos duomenis paaiškėjo, kad panašus skaičius kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų pradėdami dirbti su nauju pacientu/ ugdytiniu patys atlieka motorinių įgūdžių vertinimo testus (pvz. koordinacijos, laikysenos, kūno judesių funkcijos bei kitus) - atitinkamai 60,0% ir 51,7%. Daugiau judesio korekcijos specialistų (8,3%) išvis neatlieka motorinių įgūdžių vertinimo testų nei kineziterapeutų (7,1%). Taip pat daugiau judesio korekcijos specialistų motorinius pacientų įgūdžius vertina tik kartais - 40,0% nei

kineziterapeutų - 32,9%. Statistinio skirtumo tarp specialistų funkcinių gebėjimų praktinio realizavimo nėra ($t=3,466$, $df=3$, $p=0,325$).

Anketinės apklausos metodu gautų duomenų analizė atskleidė, kad kineziterapinės/ judesio korekcijos diagnozės įstaigoje nustatymo ir suformulavimo duomenys rodo ypač statistiškai reikšmingus skirtumus tarp abiejų specialistų grupių ($t=23,483$, $df=2$, $p=0,001$). Žymiai daugiau kineziterapeutų nei judesio korekcijos specialistų patys nustato ir suformuluoja kineziterapinę diagnozę arba remiasi kitų specialistų išvadomis (7 pav.). Tuo tarpu kineziterapeutų buvo net 35,2% mažiau, kurie nenustato ir neformuluoja kineziterapinių diagnozių nei judesio korekcijos specialistų. Galima daryti prielaidą, kad judesio korekcijos specialistai dažniau pasikliauja kitų specialistų (pvz. medikų, reabilitologų, fizinės medicinos ir reabilitacijos srities specialistų, pedagoginių psichologinių tarnybų) išvadomis.



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal KT/ judesio korekcijos diagnozės nustatymą ir suformulavimą, %

Būtų galima pastebėti, kad daugiau nei pusė kineziterapeutų - 55,0% rengia individualias kineziterapines programas, o judesio korekcijos specialistų rengiančių individualias judesio korekcijos programas buvo tik 30,0%. Judesio korekcijos specialistai dažniau nei kineziterapeutai rengia individualias judesio korekcijos programas pagal analogiškas programas, atitinkamai - 41,7% ir 32,9%. Pastebėta, kad dvigubai daugiau judesio korekcijos specialistų - 28,3% išvis nerengia individualių programų pacientams/ ugdytiniais nei kineziterapeutų - 12,1%. Individualių programų rengimas statistiškai reikšmingas požymis, kuris rodo skirtumus tarp specialistų ($t=14,502$, $df=2$, $p=0,001$).

Apibendrinant grupinių kineziterapijos/ judesio korekcijos programų rengimo

ypatumus, būtų galima pastebėti, kad rezultatai tarp specialistų grupių labai panašūs kaip ir analizuojant individualių kineziterapijos/ judesio korekcijos programų rengimą. Rezultatai statistiškai reikšmingi ir rodo reikšmingą skirtumą tarp specialistų ($t=7,016$, $df=2$, $p=0,030$). Grupines kineziterapijos/ judesio korekcijos programas rengia 46,4% kineziterapeutų ir 30,0% judesio korekcijos specialistų. Žymiai daugiau judesio korekcijos specialistų rengia grupines judesio korekcijos/ kineziterapijos programas remdamiesi analogiškais nei kineziterapeutų. Atitinkamai 56,7% ir 36,4%. Tačiau analizuojant anketinės apklausos duomenis pastebėta, kad vis tik daugiau kineziterapeutų (17,2%) išvis nerengia grupinių programų pacientams/ ugdytiniams nei judesio korekcijos specialistų (13,3%).

Būtų galima pastebėti, kad panašiai tiek pat kineziterapeutų – 80,7% ir judesio korekcijos specialistų- 68,3% veda ir individualius, ir grupinius kineziterapijos/ judesio korekcijos užsiėmimus. 8,1% daugiau kineziterapeutų veda tik individualius užsiėmimus nei judesio korekcijos specialistų. Tačiau tik grupinius kineziterapijos/ judesio korekcijos užsiėmimus 20,5% dažniau veda judesio korekcijos specialistai nei kineziterapeutai. Pastebimas ypač statistiškai reikšmingas skirtumas tarp specialistų ($t=22,368$, $df=2$, $p=0,001$).

Analizuojant kineziterapijos/ judesio korekcijos užsiėmimų efektyvumo vertinimą įvairiose įstaigose, buvo pastebėta, kad kineziterapeutai ir judesio korekcijos specialistai labai panašiai vertina užsiėmimus ir jų kokybę. Tad minėto požymio reikšmės statistiškai nėra reikšmingos. Reikšmingų skirtumų tarp specialistų nepastebėta ($t=4,766$, $df=3$, $p=0,190$). 35,0% kineziterapeutų ir 25,0% judesio korekcijos specialistų kineziterapijos/ judesio korekcijos efektyvumą vertina atlikdami pakartotinius motorikos įgūdžių (pvz. laikysenos, koordinacijos, kūno judesių) vertinimo testus. Panašiai tiek pat kineziterapeutų (40,7%) ir judesio korekcijos specialistų (45,0%) užsiėmimų efektyvumą vertina stebėdami pratimų atlikimo kokybę. Taip pat paaiškėjo, kad iš apklausoje dalyvavusių respondentų net 30,0% judesio korekcijos specialistų ir 24,3% kineziterapeutų užsiėmimų efektyvumo nevertina išvis, t.y., neatlieka pakartotinių motorikos vertinimo testų, nestebi atliekamų pratimų kokybės.

Siekiant palyginti specialistų funkcinių gebėjimų praktinį realizavimą buvo analizuojamas įvairių metodikų taikymo dažnumas darbo praktikoje (1 lentelė). Iš gautų rezultatų galima teigti, kad dauguma judesio korekcijos specialistų ir kineziterapeutų savo darbo praktikoje nuolat taiko tempimo ir gydomosios gimnastikos metodikas. Analizuojant šių metodikų taikymo dažnumą reikšmingų skirtumų tarp specialistų grupių nepastebėta ($p>0,05$) (tempimo metodika - $t=6,716$, $df=3$, $p=0,082$; gydomosios gimnastikos metodikos - $t=2,174$, $df=3$, $p=0,537$). Pastebėta, kad Bobath metodiką kineziterapeutai taiko dažniau nei judesio korekcijos specialistai, skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($t=10,332$, $df=3$, $p=0,016$). Judesio korekcijos pedagogai savo darbo praktikoje beveik netaiko Mckenzie ir Vojto metodikų.

Tačiau kineziterapeutai savo darbo praktikoje pastarąsias metodikas taiko kur kas dažniau nei jų kolegos. Šių metodikų taikymo dažnumo skirtumai statistiškai reikšmingi lyginant kineziterapeutus ir judesio korekcijos specialistus, nes $p < 0,05$ (McKenzie - $t=25,276$, $df=3$, $p=0,001$; Vojto - $t=111783$, $df=3$, $p=0,008$). Analizuojant respondentų atsakymus pastebėta, kad tiek kineziterapeutai, tiek judesio korekcijos specialistai rečiau taikomo Brunstromo, SET, PNF bei kitas metodikas. Šių metodikų taikymo dažnumo skirtumai statistiškai nėra reikšmingi (Brunstromo - $t=4,137$, $df=3$, $p=0,247$; SET - $t=6,994$, $df=3$, $p=0,072$; PNF - $t=9,313$, $df=3$, $p=0,085$).

1 lentelė

Kineziterapijos metodikų taikymo dažnumas, %

Kineziterapijos metodikos	Taikymo dažnumas, %							
	Nuolat		Dažnai		Retai		Netaikau	
	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai
Bobath	22,1	10,0	35,7	30,0	15,7	11,6	26,4	48,3
Brunstromo	2,9	5,0	15,7	10,0	29,3	20,0	52,1	65,0
McKenzie	11,4	1,7	25,7	5,0	30,0	26,7	32,9	66,7
Tempimo	37,9	48,3	37,1	23,3	13,6	8,3	11,4	20,0
Vojto	1,4	0,0	9,3	3,3	36,4	18,3	52,9	78,3
SET	0,7	1,7	5,7	1,7	11,4	18,3	60,7	78,3
PNF	5,0	5,0	25,7	8,3	29,3	20,0	40,0	66,7
Gydomoji gimnastika	55,7	60,0	31,4	33,3	3,6	3,3	9,3	3,3
Kita	17,1	16,7	22,9	13,3	20,7	16,7	38,6	53,3

Apžvelgiant duomenis pastebima, kad ir kineziterapeutai (87,2%), ir judesio korekcijos specialistai (80,0%) dažniausiai darbo praktikoje derina pasyvius ir aktyvius kineziterapijos metodus. Tik pasyvius metodus 1,0% dažniau taiko judesio korekcijos specialistai, o vien aktyvius 6,2% dažniau taiko judesio korekcijos specialistai nei kineziterapeutai. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp specialistų nepastebėta ($t=2,104$, $df=2$, $p=0,349$).

Lyginant specialistus pastebėta, kad praktinėje judesio korekcijos specialisto ir kineziterapeuto veikloje dažniausiai yra taikomi gydymosi kūno kultūros metodai (2 lentelė). Analizuojant pastarojo metodo taikymo dažnumą tarp specialistų statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta ($t=1,013$, $df=3$, $p=0,798$). Gydomąjį masažą ir vibracinę terapiją dažniau taiko kineziterapeutai nei judesio korekcijos specialistai. Pastebimas statistinis reikšmingumas (gydomojo masažo metodo - $t=9,476$, $df=3$, $p=0,024$; vibracinės terapijos metodo - $t=11,082$, $df=4$, $p=0,026$). Analizuojant manualinės terapijos, mechanoterapijos bei trakcinės terapijos taikymo dažnumą pastebėti ypač reikšmingi statistiniai skirtumai tarp kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų (manualinės terapijos metodo - $t=25,561$, $df=3$, $p=0,001$; mechanoterapijos metodo - $t=30,789$, $df=3$, $p=0,001$; trakcinės terapijos metodo - $t=24,396$, $df=3$, $p=0,001$). Judesio korekcijos specialistai šių metodų savo darbo praktikoje išvis beveik netaiko lyginant su kineziterapeutais.

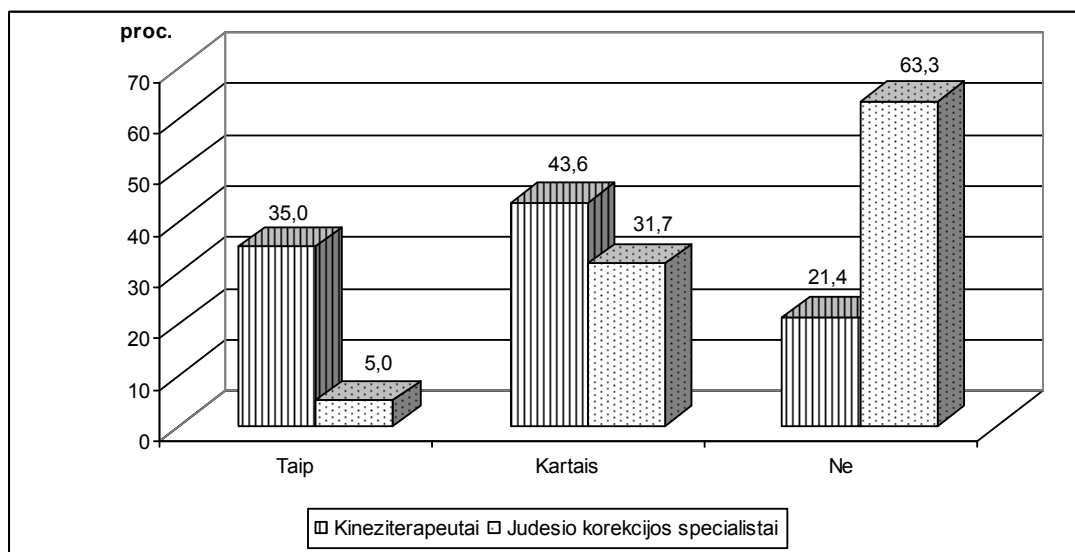
2 lentelė

Kineziterapijos metodų taikymo dažnumas, %

Kineziterapijos metodai	Taikymo dažnumas, %							
	Nuolat		Dažnai		Retai		Netaikau	
	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai
Gydomoji kūno kultūra	62,9	68,3	25,0	23,3	6,4	3,3	5,7	5,0
Gydomasis masažas	26,4	16,7	22,1	16,7	29,3	23,3	22,1	43,3
Manualinė terapija	3,6	0,0	26,4	3,3	26,4	16,7	43,6	80,0
Mechanoterapija	5,0	1,7	24,3	1,7	27,1	11,7	43,6	85,0
Trakcinė terapija	2,8	0,0	10,0	0,0	32,9	10,0	54,3	90,0
Vibracinė terapija	5,0	5,0	13,6	1,7	25,7	16,7	55,0	0,0

Analizuojant kineziterapijos/ judesio korekcijos metodų derinimą kartu su fizioterapinėmis priemonėmis pastebėta, kad daugiau kineziterapeutų derina mankštų atlikimą su fizioterapinėmis priemonėmis nei judesio korekcijos specialistų (8 pav.). Atsakymų rezultatai statistiškai reikšmingi ($t=37,513$, $df=2$, $p=0,001$). Vadinasi skirtumai tarp grupių yra svarbūs. Net 41,9% daugiau judesio korekcijos specialistų darbo metodų nederina su fizioterapinių

priemonių taikymu. Tai paaiškinti, iš dalies, galima tuo, kad judesio korekcijos specialistai dažniau dirba švietimo sistemos įstaigose. Pastarosiose įstaigose dirbantiems judesio korekcijos specialistams ne visuomet yra suteikiamos priemonės ir įranga, todėl metodų derinimas su fizioterapija ne visuomet yra galimas. O kineziterapeutai dažniau dirba sveikatos apsaugos sistemos įstaigose, tad pastariesiems specialistams yra sudaromos kur kas palankesnės sąlygos, suteikiama tinkama įranga kineziterapijos metodų derinimui su fizioterapija.



8 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal metodų derinimą su fizioterapijinėmis priemonėmis, %

Duomenų analizė atskleidė, kad 87,1% kineziterapeutų ir 70,0% judesio korekcijos specialistų ekstremalioje situacijoje savo pacientams/ ugdytiniais mėgintų suteikti pirmąją medicinos pagalbą, kol atvyks medikai. Ir tik nedidė dalis specialistų (17,1 % daugiau judesio korekcijos specialistų) medicininės pagalbos neteiktų, bet kuo greičiau kviesų greitąją medicinos pagalbą. Skirtumas tarp specialistų statistiškai reikšmingas ($t=9,587$, $df=2$, $p=0,008$). Tokius respondentų atsakymų skirtumus galėjo sąlygoti nepakankamas judesio korekcijos specialistų funkcinių kompetencijų įgyjimas studijų metu, nes pastarųjų specialistų išsilavinimą reglamentuoja edukologijos studijų programos, kuriose kur kas mažesnis dėmesys kreipiamas sveikatos palaikymui ir jos užtikrinimui ekstremalioje situacijoje.

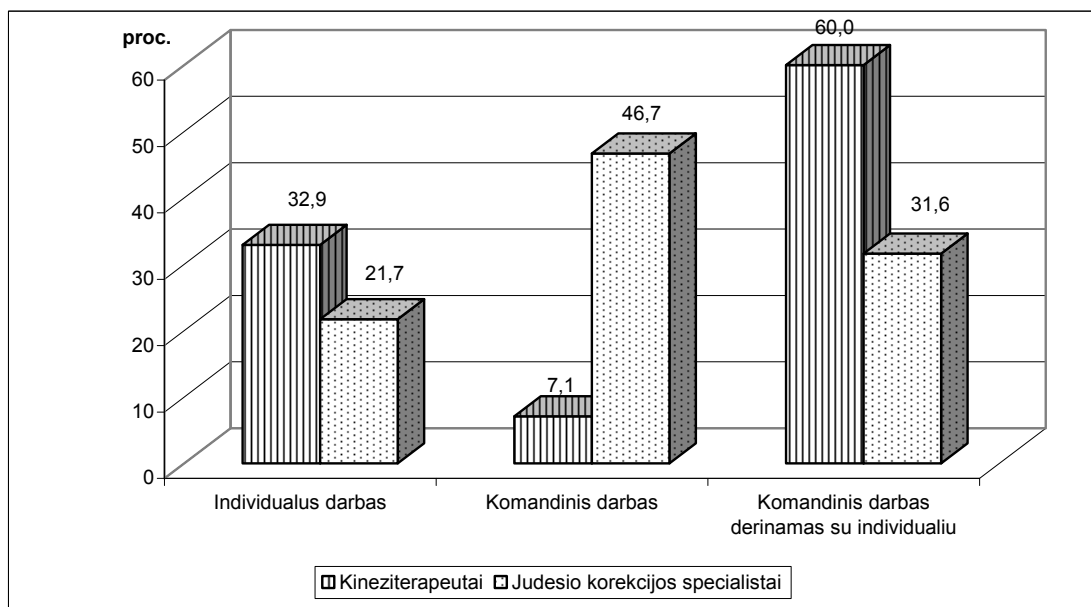
Analizuojant specialistų teisinės bazės išmanymą pastebėta, kad tesine baze domisi ir kineziterapeutai, ir judesio korekcijos specialistai labai panašiai, tad statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialistų nėra ($t=3,688$, $df=2$, $p=0,158$). Visus pagrindinius norminius aktus, susijusius su profesine veikla, žino 34,3% kineziterapeutų ir 23,3% judesio korekcijos specialistų. Kai kuriuos norminius aktus, susijusius su profesine veikla, žino 43,6% kineziterapeutų ir 43,3% judesio korekcijos specialistų. Teisine baze nesidomi panašūs skaičius

respondentų, atitinkamai - 22,1% kineziterapeutų ir 33,4% judesio korekcijos specialistų. Apibendrinant domėjimąsi norminiais ir teisės aktais pastabėta, kad kineziterapeutai šiek tiek labiau žino pagrindinius savo srities norminius aktus. Kur kas daugiau judesio korekcijos specialistų nežino savo srities norminių aktų. Toks pastarųjų specialistų atsakymų pasirinkimas galėjo būti įtakotas švietimo sistemoje esančių problemų, dėl kurių nėra įstatymų, kurie reglamentuotų judesio korekcijos specialistų regimą (rengiami remiantis pedagogo rengimo standartu) bei nėra veiklą reglamentuojančių norminių aktų.

Darbo saugos reikalavimų užsiėmimų metu visomet laikosi 62,1% kineziterapeutų ir 50,0% apklausoje dalyvavusių judesio korekcijos specialistų. Dažniausiai, bet ne visada, darbo saugos reikalavimų laikosi panašus skaičius specialistų (atitinkamai 35,0% ir 43,3%). Ne visuomet laikosi reikalavimų 2,9% kineziterapeutų ir 6,7% judesio korekcijos pedagogų. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp specialistų nepastebėta ($t=4,721$, $df=3$, $p=0,193$).

2.4. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimų realizavimo palyginimas

Siekiant palyginti kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų realizavimą buvo analizuojami bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimai. Duomenų analizė atskleidė, kad skirtumai tarp specialistų ypač statistiškai reikšmingi ($t=42,861$, $df=2$, $p=0,001$). Pastebėta, kad daugiau judesio korekcijos pedagogų renkasi komandinį arba derina komandinį su individualiu darbo stiliumi (9 pav.). 11,2% daugiau kineziterapeutų mieliau renkasi individualų darbą įstaigoje.



9 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal darbo pobūdį įstaigoje, %

Analizuojant specialistų bendravimą su kitais įstaigos specialistais, tarimasi dėl išskylančių psichologinių, socialinių, bendravimo problemų galima pastebėti, kad nuolat bendrauja daugiau judesio korekcijos specialistų – net 53,3% nei kineziterapeutų – 26,4%. Retai, tačiau bendrauja 59,9% kineziterapeutų ir 28,3% judesio korekcijos specialistų. Iš vis nebendrauja dėl įvairių problemų, susijusių su darbo aplinka, pačiu darbu – 20,7% kineziterapeutų ir 18,4% judesio korekcijos specialistų. Tarp specialistų grupių atsakymų stebimas statistiškai reikšmingas skirtumas ($t=14,768$, $df=3$, $p=0,002$).

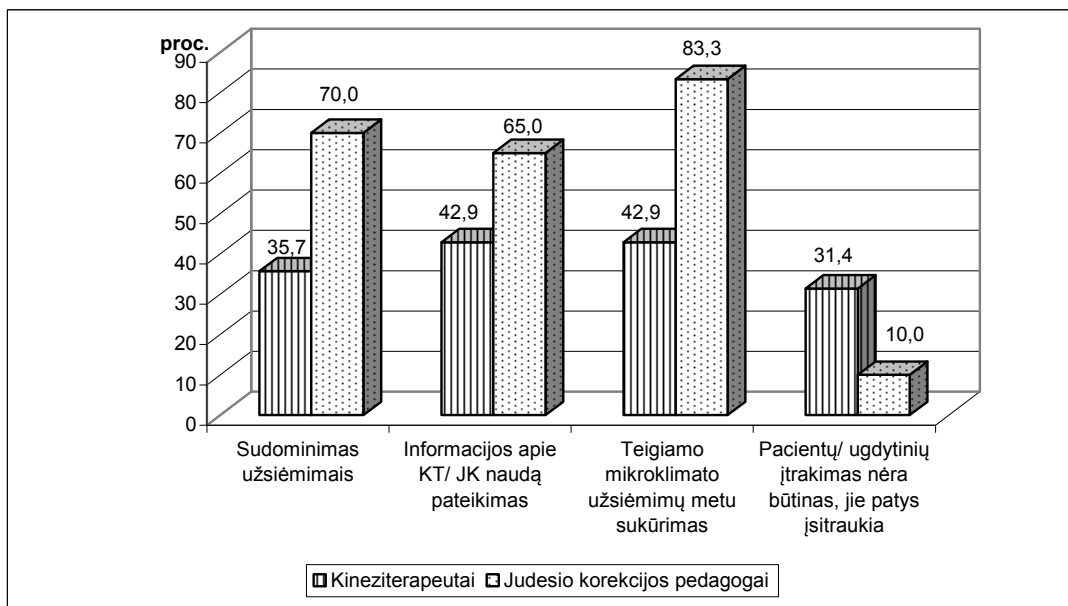
Reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad 32,9% kineziterapeutų ir tik 15,0% judesio korekcijos specialistų konsultuoja įvairių sričių specialistus (pvz. dėl kompensacinės technikos, dėl ortopedinių priemonių parinkimo). Kartais konsultuoja didesnė dalis judesio korekcijos specialistų (63,3%) nei kineziterapeutų (50,7%). Išvis nekonsultuoja - 16,4% kineziterapeutų ir beveik du kartus daugiau judesio korekcijos specialistų - 31,7%. Apibendrinant atsakymų rezultatus galima pastebėti, kad vis tik kineziterapeutai dažniau teikia konsultacijas kitų sričių specialistams nei jų kolegos. Pastebimas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp specialistų atsakymų ($t=9,576$, $df=2$, $p=0,008$).

Siekiant atskleisti specialistų bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimų praktinio realizavimo palyginimą buvo stengtasi išanalizuoti informacijos ugdytiniams/ pacientams teikimo dažnumą. Duomenų analizė atskleidė, kad daugiau judesio korekcijos specialistų teikia informaciją apie laukiamus kineziterapijos/ judesio korekcijos užsiėmimų rezultatus ($t=8,505$, $df=4$, $p=0,075$) nei kineziterapeutų (3 lentelė). Apie užsiėmimų eigą ($t=6,210$, $df=3$, $p=0,102$), kasdieninę veiklą ($t=3,959$, $df=3$, $p=0,266$) šiek tiek daugiau informacijos pacientams/ ugdytiniams teikia kineziterapeutai nei jų kolegos specialistai. Apie pasiektus kineziterapijos/ judesio korekcijos rezultatus ($t=2,348$, $df=3$, $p=0,583$) informacijos savo klientams teikia panašiai abeji specialistai. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp specialistų nepastebėta ($p>0,05$).

Informacijos pacientams/ ugdytiniais teikimo dažnumas, %

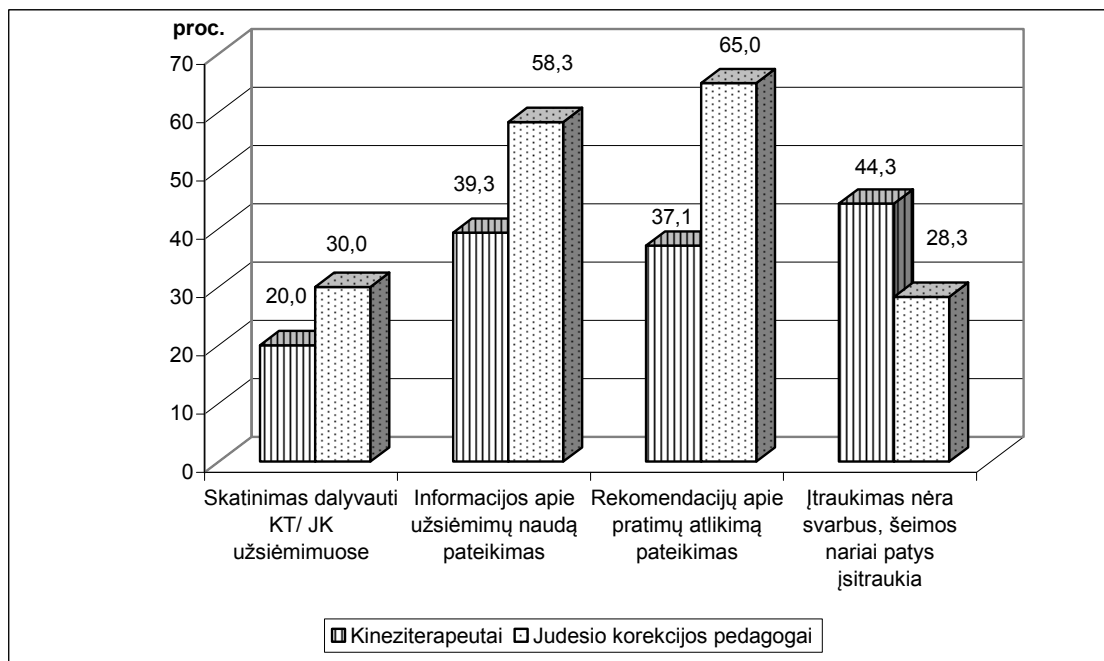
Pacientų/ ugdytinių informavi- mas	Informacijos pacientams/ ugdytiniais teikimo dažnumas, %							
	Nuolat		Dažnai		Retai		Niekada	
	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai
Apie laukiamus kineziterapi- jos/ judesio korekcijos rezultatus	27,1	35,0	40,7	46,7	25,7	10,0	6,5	8,3
Apie kineziterapi- jos/ judesio korekcijos užsiėmimų eigą	31,4	25,0	40,0	28,3	20,7	33,3	7,9	13,4
Apie kasdieninę veiklą	42,1	43,3	41,4	30,0	11,4	16,7	5,1	10,0
Apie pasiektus kineziterapi- jos/ judesio korekcijos rezultatus	29,3	40,0	36,4	35,0	25,0	18,3	9,3	6,7

Išanalizavus specialistų atsakymus paaiškėjo, kad judesio korekcijos specialistai kur kas labiau stengiasi įtraukti pacientus/ ugdytinius į kineziterapijos/ judesio korekcijos procesą, stengdamiesi sudominti pacientus/ ugdytinius užsiėmimais, pateikdami informacijos apie kineziterapijos/ judesio korekcijos naudą, sukurdami teigiamą mikroklimatą užsiėmimų metu, nei kineziterapeutai (10 pav.). Nedidelė dalis abiejų grupių specialistų mano, kad pacientų/ ugdytinių įtraukimo į užsiėmimus nereikia. Pastebimi ryškūs skirtumai tarp abiejų specialistų atsakymų, kurie yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$). Tokius skirtumus tarp abiejų specialistų galėjo įtakoti tai, kad judesio korekcijos specialistai yra rengiami vadovaujantis edukologijos studijų programomis. Tad vadovaujantis minėtomis programomis studijų metais būsimi specialistai įgyja kur kas daugiau bendravimo ir bendradarbiavimo kompetencijų nei jų kolegos kineziterapeutai.



10 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pacientų/ ugdytinių įtraukimą į KT/JK procesą, %

Duomenų analizė atskleidė, kad judėsio korekcijos specialistai labiau stengiasi į kineziterapijos/ judėsio korekcijos procesą įtraukti ugdytinių/ pacientų šeimos narius nei kineziterapeutai, skatindami šeimos narius dalyvauti kineziterapijos/ judėsio korekcijos užsiėmimuose, suteikdami informacijos apie užsiėmimų naudą, pateikdami rekomendacijų apie atitinkamų pratimų atlikimą ir taisyklumą (11 pav.). Kur kas daugiau kineziterapeutų nei judėsio korekcijos specialistų nesistengia įtraukti pacientų/ ugdytinių šeimos narių į kineziterapijos procesą. Skirtumai tarp specialistų atsakymų yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$). Tokius skirtumus tarp kineziterapeutų ir judėsio korekcijos pedagogų įtakoti galėjo tai, jog specialistai yra rengiami vadovaujantis atitinkamai reabilitacijos ir edukologijos studijų programomis. Edukologijos studijų programose yra kur kas didesnis dėmesys kreipiamas bendravimui su kolegomis, ugdytiniais bei jų tėvais/ šeimomis. Tad apklausos duomenys patvirtino, kad judėsio korekcijos specialistų gebėjimai įtraukti ugdytinių/ pacientų šeimos narius ar artimuosius į kineziterapijos/ judėsio korekcijos procesą yra kur kas labiau išplėtoti nei kineziterapeutų.



11 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal pacientų/ugdytinių šeimų įtraukimą į KT/ JK procesą, %

Lyginant kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų papildomų rekomendacijų pacientams/ugdytiniams, juos gydantiems medikams, ugdytiniams pedagogams, šeimos nariams teikimą pastebėta, kad pacientams/ugdytiniams papildomas rekomendacijas teikia panašiai kineziterapeutai ir judesio korekcijos specialistai (4 lentelė). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp grupių analizuojant papildomos informacijos teikimą pacientams/ugdytiniams nepastebėta ($t=4,258$, $df=3$, $p=0,235$). Pacientus/ugdytinius gydantiems medikams papildomas rekomendacijas dažniau teikia kineziterapeutai nei judesio korekcijos specialistai. Skirtumas tarp šių grupių yra ypač reikšmingas ($t=26,494$, $df=3$, $p=0,001$). Pastebėta, kad kur kas daugiau judesio korekcijos pedagogų nei jų kolegų kineziterapeutų teikia rekomendacijas pacientų/ugdytinių pedagogams. Analizuojant pastarąjį kriterijų pastebėtas statistinis reikšmingumas tarp grupių ($t=22,611$, $df=3$, $p=0,001$). Taip pat dažniau judesio korekcijos specialistai teikia rekomendacijas pacientų/ugdytinių šeimoms. Analizuojant teikiamų rekomendacijų dažnumą tarp specialistų pastebėtas statistinis reikšmingumas ($t=25,335$, $df=3$, $p=0,001$). Tokius respondentų atsakymus nulėmė tai, kad kineziterapeutų sritis - reabilitacija, o judesio korekcijos specialistų - edukologija. Atitinkamai ir įgyjamos kompetencijos yra labiau būdingos konkrečiai sričiai, tad ir specialistų praktinėje veikloje tai atsispindi.

Papildomų rekomendacijų teikimo dažnumas, %

Rekomendacijų teikimas	Rekomendacijų teikimo dažnumas, %							
	Nuolat		Dažnai		Retai		Niekada	
	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kineziterapeutai	Judesio korekcijos pedagogai
Pacientams /ugdytiniam	34,5	26,7	47,9	56,7	14,0	8,3	3,6	8,3
Pacientus/ugdytinius gydančius medikams	4,3	1,7	30,7	3,3	30,0	25,0	35,0	70,0
Pacientus/ugdytinius ugdantiems pedagogams	6,4	13,3	11,4	36,7	28,6	15,0	53,6	35,0
Šeimos nariams	11,4	28,3	42,9	33,3	40,0	16,7	5,7	21,7

Reikėtų pažymėti, kad ugdytinius/ pacientus naudotis kompensacine technika visuomet moko daugiau kineziterapeutų nei judesio korekcijos specialistų (atitinkamai 64,3% ir 40,0%). Specialistai, kurie moko naudotis kompensacine technika, kai jų yra prašoma, yra daugiau judesio korekcijos specialistų – 38,3%, o kineziterapeutų – 28,6%. Skirtumai tarp grupių statistiškai reikšmingi ($t=13,965$, $df=3$, $p=0,003$) Būtų galima teigti, kad judesio korekcijos specialistai turi mažiau funkcinį gebėjimą atlikti tam tikrus veiksmus (pvz. išmokyti vaikščioti ramentais), tačiau pastarųjų specialistų bendravimo gebėjimai yra geriau išlavę – paprašyti atlikti funkcinį veiksmą – bandys, mokysis, stengsis padėti.

Lyginant specialistų praktinę veiklą ir realizuojamus gebėjimus praktikoje pastebėta, kad judesio korekcijos specialistai ir kineziterapeutai pacientų/ ugdytinių fizinį aktyvumą daugiausiai skatina pasakodami apie fizinio aktyvumo naudą, jo nepakankamumo pasekmes (5 lentelė). Tačiau vis tik daugiau kineziterapeutų nei judesio korekcijos specialistų tai atlieka. Skirtumas tarp specialistų yra laikomas statistiškai reikšmingu ($t=9,543$, $df=3$, $p=0,023$). Panašus skaičius abiejų specialistų pakankamai retai pacientus/ ugdytinius ragina sportuoti namuose, laisvalaikiu bei sudaro namų mankštos programą. Skirtumo tarp specialistų nepastebėta ($t=0,320$, $df=3$, $p=0,956$). Analizuojant specialistų lankstinukų pateikimo dažnumą pacientams/ ugdytiniam pastebėta, kad kineziterapeutai daug rečiau taiko šitokią fizinio aktyvumo skatinimo priemonę nei jų kolegės. Skirtumas tarp specialistų statistiškai reikšmingas ($t=8,365$, $df=3$, $p=0,039$).

Pacientų/ ugdytinių fizinio aktyvumo skatinimo dažnumas, %

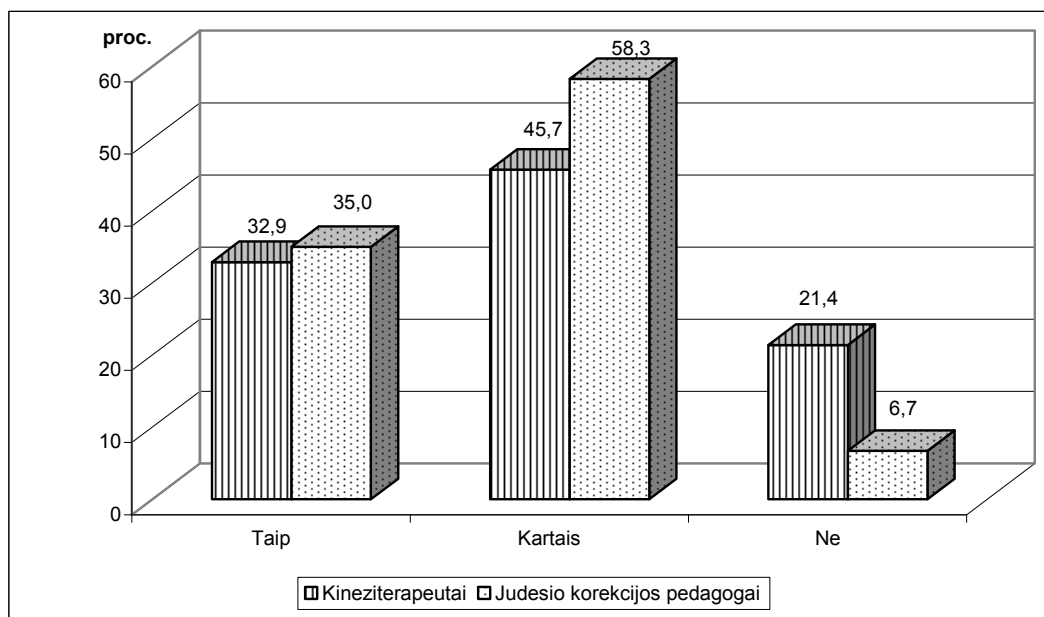
Fizinio aktyvumo skatinimas	Fizinio aktyvumo skatinimo dažnumas, %							
	Nuolat		Dažnai		Retai		Niekada	
	Kinezite-rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite-rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite-rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite-rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai
Fizinio aktyvumo ir jo nepakankamumo pasekmių aiškinimas	39,2	50,0	47,9	26,7	9,3	20,0	3,6	3,3
Raginimo sportuoti namuose ir namų mankštos programos sudarymas	16,4	13,3	25,0	26,7	34,3	35,0	24,3	25,0
Lankstinukų apie fizinį aktyvumą pateikimas	10,0	20,0	21,4	30,0	38,6	35,0	30,0	15,0

Apibendrinant respondentų atsakymus apie individualios kineziterapijos/ judesio korekcijos namų mankštos programos sudarymo dažnumą pastebėta, kad nuolat mankštos namų programą sudaro daugiau judesio korekcijos specialistų (41,7%) nei kineziterapeutų (36,4%). Dažnai namų programas rengia panašus skaičius specialistų: kineziterapeutų - 35,0%, judesio korekcijos specialistų - 30,0%. Didesnė dalis kineziterapeutų (15,0%) retai rengia namų mankštos programas nei jų kolegų (8,3%). Išvis nerangia tokių programų net 13,6% kineziterapeutų ir 20,0% judesio korekcijos specialistų. Atsakymai atspindi statistiškai reikšmingus skirtumus tarp specialistų ($t=44,645$, $df=3$, $p=0,001$).

2.5. Kineziterapeutų ir judesio korekcijos pedagogų praktinės veiklos plėtros gebėjimų realizavimo palyginimas

Analizuojant specialistų praktinės veiklos plėtros gebėjimų realizavimą sveikatos/ švietimo sistemų įstaigose buvo analizuota, ar įstaigų, kuriose dirba specialistai, vadovai skatina darbuotojus – specialistus dalyvauti profesinės kvalifikacijos tobulinimo kursuose, seminaruose, konferencijose. 12 paveiksle galima pastebėti, kad judesio korekcijos specialistai yra šiek tiek

dažniau skatinami dalyvauti kvalifikacijos kėlimo renginiuose nei kineziterapeutai. Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialistų atsakymų nėra ($t=6,860$, $df=3$, $p=0,076$).



12 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal įstaigos vadovų skatinimą dalyvauti profesinės kvalifikacijos tobulinimo renginiuose, %

Specialistų apklausos analizė atskleidė, kad panašus skaičius kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų dalyvauja įvairiuose seminaruose (6 lentelė). Skirtumo tarp grupių nėra ($t=6,543$, $df=3$, $p=0,088$). Taip pat analizuojant respondentų atsakymus išsiaiškinta, kad judesio korekcijos specialistai šiek tiek dažniau dalyvauja projektinėje veikloje arba važiuoja į įvairias stažuotes, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp abiejų specialistų taip pat nėra pastebėta (dalyvavimas projektuose - $t=3,502$, $df=3$, $p=0,321$; dalyvavimas stažuotėse - $t=1,147$, $df=3$, $p=0,766$). Paaiškėjo, kad kineziterapeutai dažniau dalyvauja kvalifikacijos kėlimo kursuose nei judesio korekcijos pedagogai. Išsiaiškintas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp specialistų ($t=10,929$, $df=3$, $p=0,012$). Tačiau konferencijose dalyvauja daugiau judesio korekcijos specialistų nei jų kolegų. Pastebėtas reikšmingas skirtumas tarp kineziterapijos ir judesio korekcijos srities specialistų ($t=11,703$, $df=3$, $p=0,002$). Tokius skirtumus tarp specialistų įtakoti galėjo tai, jog kineziterapeutai ir judesio korekcijos specialistai specializuojasi skirtingose srityse, atitinkamai – rehabilitacijos ir edukologijos. Tad ir dalyvavimas kvalifikacijos tobulinimo renginiuose yra skirtingas. Judesio korekcijos specialistams, kaip edukologijos srities atstovams, yra organizuojama kur kas daugiau seminarų, mokymų ir kitų renginių. O kineziterapeutams, kaip rehabilitacijos srities atstovams, vyksta kur kas mažiau kvalifikacijos tobulinimo renginių.

Dalyvavimo kvalifikacijos tobulinimo renginiuose dažnumas, %

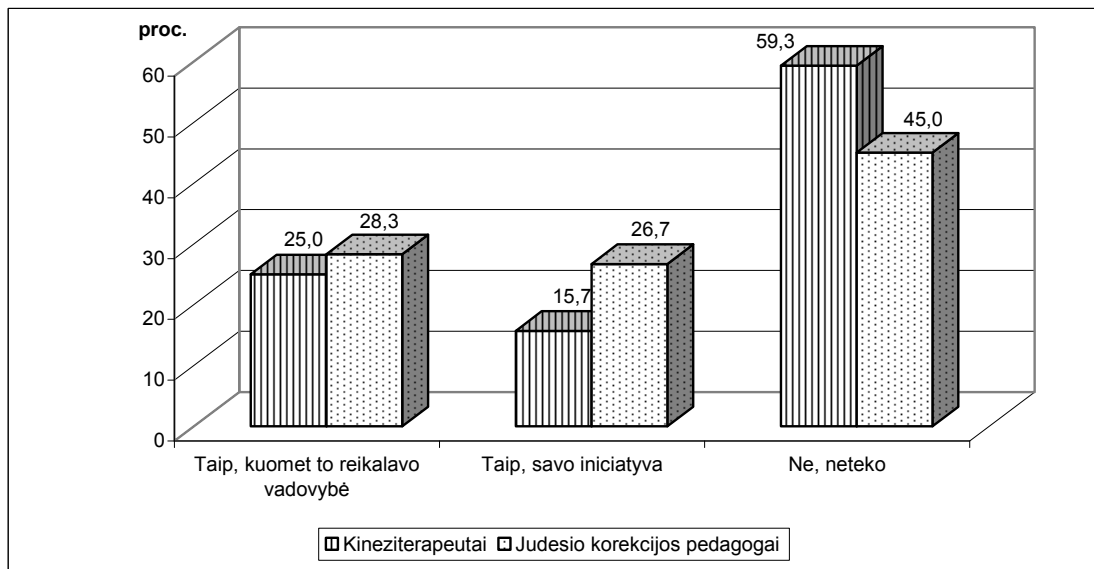
Dalyvavimas	Dalyvavimo dažnumas, %							
	Nuolat		Dažnai		Retai		Niekada	
	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai
Seminaruose	6,4	16,7	42,9	31,7	45,0	48,3	5,7	3,3
Kursuose	8,6	23,3	34,3	28,3	45,0	45,0	12,1	3,4
Konferencijose	10,0	28,3	30,0	36,7	49,3	28,3	10,7	6,7
Stażuotėse	4,3	1,7	10,7	13,3	36,4	38,3	48,6	46,7
Projektuose	4,3	5,0	9,3	18,3	45,0	36,7	41,4	40,0

Respondentų atsakymų analizė atskleidė, kad 43,6% kineziterapeutų ir 76,7% judesio korekcijos specialistų informacijos apie kvalifikacijos tobulinimo renginius gauna iš įstaigos, kurioje dirba vadovybės. Atsakymai nėra statistiškai reikšmingi ($t=1,488$, $df=1$, $p=0,223$). Panašus skaičius abiejų sričių respondentų atsakė, jog informacijos gauna iš interneto (46,4% kineziterapeutų, 46,7% judesio korekcijos specialistų). Duomenys nėra statistiškai reikšmingi ($t=0,429$, $df=1$, $p=0,513$). Šiek tiek mažesnė specialistų dalis apie kvalifikacijos kėlimo renginius sužino iš masinių informavimo priemonių (pavyzdžiui, radijo, televizijos): 28,6% kineziterapeutų ir 35,0% jų kolegų. Šis kriterijus taip pat nėra statistiškai reikšmingas ($t=1,529$, $df=1$, $p=0,612$). Daugiau nei pusė reabilitacijos srities specialistų (57,9%) ir edukologijos srities specialistų (58,3%) informacijos gauna iš kitų šaltinių. Respondentų atsakymų analizė nėra statistiškai reikšminga ($t=0,858$, $df=1$, $p=0,651$).

Išanalizavus respondentų atsakymus paaiškėjo, kad net 52,2% kineziterapeutų teigė, kad įstaigose, kuriose jie dirba, seminarai/ konferencijos/ mokymai ir panašūs renginiai nėra organizuojami, o judesio korekcijos specialistų taip teigė tik 40,0%. Kartais organizuojami kvalifikacijos kėlimo renginiai būna dažniau įstaigose, kuriose dirba judesio korekcijos specialistai (50,0%) nei kineziterapeutai (25,7%). 22,1% kineziterapeutų ir 10,0% judesio korekcijos specialistų teigė, kad tiek švietimo, tiek sveikatos įstaigose yra organizuojami kvalifikacijos tobulinimo renginiai. Skirtumas tarp specialistų yra statistiškai reikšmingas ($t=11,793$, $df=2$, $p=0,003$).

Specialistų apklausos analizė atskleidė, kad judesio korekcijos specialistai yra iniciatyvesni ir dažniau ne tik patys dalyvauja įvairiuose kvalifikacijos kėlimo renginiuose, bet ir

skaito pranešimus, dalinasi profesine patirtimi nei jų kolegos kineziterapeutai (13 pav.). Analizuojant respondentų atsakymus statistiškai reikšmingo skirtumo tarp specialistų nepastebėta ($t=4,830$, $df=3$, $p=0,185$).



13 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų pranešimų skaitymą, seminarų organizavimą, %

Lyginant kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų švietimo ir sveikatinimo informacijos teikimo dažnumą pastebėta, kad judesio korekcijos specialistai dažniau nei jų kolegos kineziterapeutai pateikia tokią informaciją (7 lentelė). Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp specialistų atsakymų pastebėtas analizuojant informacinių lankstinukų įstaigos lankytojams pateikimą ($t=40,883$, $df=3$, $p=0,001$). Rekomendacinio pobūdžio leidinėlių pacientams/ ugdytiniams ir jų šeimos nariams pateikimo, stendų (įstaigos darbuotojams, lankytojams) darymo atsakymų rezultatai nėra statistiškai reikšmingi leidinėlių leidimas - $t=7,614$, $df=3$, $p=0,055$; stendų leidimas - $t=7,289$, $df=3$, $p=0,663$). Analizuojant respondentų atsakymų duomenis galime pastebėti kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų skirtumus. Kineziterapeutai kur kas rečiau nei judesio korekcijos pedagogai rengia įvairaus pobūdžio švietimo bei sveikatinimo informaciją įstaigose, kuriose dirba.

Švietimo/ sveikatinimo informacijos rengimo įstaigoje dažnumas, %

Švietimo/ sveikatinimo informacija	Informacijos rengimo dažnumas, %							
	Nuolat		Dažnai		Retai		Niekada	
	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai	Kinezite- rapeutai	Judesio korekcijos pedagogai
Informaciniai lankstinukai įstaigos lankytojams	10,7	11,7	10,0	48,3	55,7	20,0	23,6	20,0
Rekomenda- cinio pobūdžio leidinėliai pacientams/ ugdytiniams ir jų šeimos nariams	7,1	8,3	15,0	30,0	42,2	26,7	35,7	35,0
Stendai (įstaigos darbuotojams, lankytojams)	9,3	13,4	11,4	23,3	37,9	23,3	41,4	40,0

Išvados

1. Mokslinės literatūros analizė atskleidė, kad šiuolaikiniame ugdymo ir sveikatos išsaugojimo kontekste yra svarbu suvokti sveikatą kaip holistinį konstruktą bei psichofizinio asmenybės ugdymo reikšmę. Žmogus negali būti suvokiamas tik kaip biologinė būtybė. Tad asmenybė egzistuoti gali tik tuomet, jei stiprinamas ne tik kūnas, bet ir plėtojama dvasinė esybė. Siekiant psichofizinio asmenybės ugdymo paradigmos praktinio realizavimo išaugo aitinkamų specialistų poreikis visuomenėje. Pastarieji specialistai - kineziterapeutai ir judesio korekcijos specialistai (pedagogai). Kineziterapeutai rengiami vadovaujantis „Kineziterapeuto rengimo standartu“, o pastarųjų specialistų veikla reglamantuojama- medicinos normos. Tačiau susiduriama su problema - judesio korekcijos specialistų rengimą ir veiklą reglamentuojančių dokumentų nebuvimu. Taip pat išvelgiama problema - rengiant kineziterapeutus ir judesio korekcijos specialistus nėra išskiriamos numatomos kompetencijų grupės, kurios yra labai svarbios tenkinant psichofizinio asmenybės ugdymo paradigmą. Išanalizavus Lietuvos ir užsienio literatūrą pastebėta, kad kompetencijos yra bandomos skirstyti į bendrąsias ir specialiąsias, tačiau šis skirstymas kol kas yra tik teorinio lygmens.

2. Daugumos funkcinų kompetencijų (kineziterapinės diagnozės nustatymo ir suformulavimo, individualių/ grupinių programų rengimo, įvairesnių darbo metodų ir metodikų taikymo, užsiėmimų rezultatyvumo vertinimo) realizavimas praktikoje yra kur kas labiau išplėtotas kineziterapeutų nei judesio korekcijos pedagogų.

3. Atlikus apklausą paaiškėjo, kad judesio korekcijos specialistų bendravimo ir bendradarbiavimo kompetencijos (komandinio darbo gebėjimai, pacientų/ ugdytinių ir jų šeimų įtraukimo, papildomų rekomendacijų teikimo) yra labiau plėtojamos darbo praktikoje nei jų kolegų kineziterapeutų.

4. Lyginant specialistus paaiškėjo, kad judesio korekcijos specialistai plėtoja praktinės veiklos plėtros kompetencijas labiau nei kineziterapeutai. Judesio korekcijos specialistai aktyviau dalyvauja kvalifikacijos tobulinimo renginiuose, dalinasi patirtimi bei rengia pranešimus, seminarus, ruošia sveikatinimo/ švietimo informaciją įstaigose.

Hipotezė pasitvirtino tik iš dalies, nes apklausos duomenys atskleidė, kad kineziterapeutai, kaip ir buvo manoma, kur kas plačiau nei judesio korekcijos specialistai praktinėje veikloje plėtoja savo funkcinus gebėjimus. Tai įtakoti galėjo tai, jog judesio korekcijos specialistai neturi profesinių kompetencijų aprašų. Tačiau bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimai, praktinės veiklos plėtros gebėjimai praktikoje yra kur kas plačiau realizuojami judesio korekcijos specialistų, o ne kineziterapeutų.

Rekomendacijos

Išanalizavus literatūrą pastebėta, kad susiduriama su problema - judesio korekcijos specialistų rengimą ir veiklą reglamentuojančių dokumentų nebuvimu. Taip pat atlikus kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų realizavimo palyginimą pastebėta, kad pasteriesiems specialistams labai trūksta funkcinių kompetencijų. Tad pateikiamos rekomendacijos dėl judesio korekcijos specialistų kompetencijos:

1. Plėtoti judesio korekcijos specialistų gebėjimą atlikti pradinis ugdytinių/ pacientų motorinių įgūdžių vertinimo testus bei atlikti kineziterapijos/ judesio korekcijos proceso efektyvumo vertinimą.
2. Plėsti judesio korekcijos specialistų žinias ir skatinti gebėjimą nustatyti ir suformuluoti kineziterapinę/ judesio korekcijos diagnozę.
3. Plėtoti judesio korekcijos specialistų gebėjimą sąvarankiškai parengti individualias ir grupines kineziterapines/ judesio korekcijos programas ugdytiniam/ pacientams atsižvelgiant į jų individualią būklę, amžių, fizines galimybes.
4. Suteikti daugiau informacijos ir žinių apie įvairias kineziterapijos/ judesio korekcijos metodikas (Bobath, Brunstrom, McKenzie, Tempimo, Vojto, SET, PNF ir kitas) siekiant platesnio jų pritaikomumo praktinėje veikloje.
5. Plėsti specialistų žinias apie įvairius kineziterapijos/ judesio korekcijos metodus (gydomąjį masažą, manualinę terapiją, mechanoterapiją, trakcinę terapiją, vibracinę terapiją) siekiant platesnio jų pritaikomumo praktinėje veikloje.
6. Suteikti papildomų žinių apie fizioterapijos priemonių derinamumą su kineziterapijos metodais bei efektyvumą.

Literatūra

1. Adaškevičienė, E. (1999). *Vaikų sveikatos ugdymas*. Vilnius: VU.
2. Adaškevičienė, E. (2004). *Vaikų fizinės sveikatos ir kūno kultūros ugdymas*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
3. Adaškevičienė, E. (2008). *Silpnos sveikatos vaikų fizinis ugdymas*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
4. Ališauskienė, S., Kondrotienė, L. (2008). Ankstyvosios intervencijos srities specialistų profesinės kompetencijos. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 2 (18), 24-33.
5. Ališauskienė, S., Miltenienė, L. (2004). *Bendradarbiavimas tenkinant specialiuosius ugdymosi poreikius*. Šiauliai: ŠU.
6. Americal Physical Therapy Association (2005). What is a Physical Therapist?. *Magazine of Physical Therapy*, 13, 3-3.
7. Americal Physical Therapy Association (2006). Standarts of Ethical Conduct for the Physical Therapist Assistant. *Magazine of Physical Therapy*, 86, 157-157.
8. Andriekienė, R., M., Ruzgienė, A. (2001). *Ankstyvosios vaikystės pedagogika*. Klaipėda: Klaipėdos universitetas.
9. Andriulienė, D. (2006). Pacientų organizacijų atstovavimo problemos, siekiant aktyvesnio dalyvavimo sveikatos politikoje. *Pacientų organizacijų dalyvavimas formuojant sveikatos politiką*: konferencijos medžiaga.
http://www3.lrs.lt/pls/inter/w5_show?p_r=712&p_d=54527&p_1=1 (žiūrėta 2011-02-01).
10. Banelienė, J., Žiliukas, G. (2004). *Kineziterapeutų elgsenos ypatumai profesinėje veikloje*. (Nepublikuotas magistro darbas, Lietuvos kūno kultūros akademija, 2004).
11. Baranauskienė, I., Gudinavičius, B. (2008). Profesinės reabilitacijos specialisto (tarpininko) profesinė kompetencija: teorinis modelis. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 2 (18), 35-39.
12. Barnitt, R., E. (1998). Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *Journal of Medical Ethics* 24, 193–199.
13. Carpenter, C., Richardson, B. (2008). Ethics knowledge in physical therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Journal of Physical Therapy Reviews*, 13 (5), 366-374.
14. Dean, E. (2009a). Physical therapy in the 21st century (Part I): Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(5-6), 350-362.

15. Dean, E. (2009b). Physical therapy in the 21st century (Part II): Evidence-based practice within the context of evidence-informed practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25 (5–6), 354-368.
16. Didjurgienė, A. (2009). Šiuolaikinio specialisto kompetencijos: teorijos ir praktikos dermė. *Tarptautinė mokslinė - praktinė konferencija* (p.70). Kaunas: Kauno kolegija.
17. Dineika, K. (2001). *Psichofizinė treniruotė*. Vilnius: Lietuvos sporto informacijos centras.
18. Dumčienė, A., Bajoriūnas, Z. (2006). *Ugdymo pagrindai*. Vadovėlis. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
19. Europos socialinė chartija (2001). *Europos socialinė chartija*. Valstybės žinios, 49-1704.
20. Epstein, R. M., Hundert E. M. (2002) Defining and assessing professional competence. *Journal of JAMA*, 28, 226-235.
21. Finch, E., Geddes, E., L., Larin, H. (2005). Ethically-based clinical decision-making in physical therapy: process and issues. *Physiotherapy Theory and Practice* 21(3), 147–162.
22. Gard, G. (2000). The physical therapist- an interactional ergonomic and health expert?. *Advances in physiotherapy*, 2, 99-102.
23. Geddes, E., L., Finch, E., Larin, H., Janson, R., Taylor, M. (1998). Ethics in physiotherapy practice: determining key issues for student learning (abstract). *Physiotherapy Canada* 50, 13.
24. Geddes, E., L., Wessel, J., M., Williams, R. (2004). Ethical issues identified by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy Theory and Practice* 20(1), 17–29.
25. Geigle, P. R., Galantino, M. L. (2009). Complementary and alternative medicine inclusion in physical therapist education in the United States. *Journal of Physiotherapy Research International Physiother*, 14(4), 224–233.
26. Gunvor, G. (2000). The Physical Therapist – an Interactional Ergonomic and Health expert?. *Advances in Physiotherapy*, 2 (3)s, 99-102.
27. Guščinskienė, J., Sapežinskienė, L., Švedienė, L. (2003). *Komandos organizavimo principai: reabilitacijos specialistų komandos pavyzdžiu*. Kaunas: Technologija.
28. Hout, F.A.G., Cuperus-Bosma, J.M., Hubben, J.H., Wal, G. (2006). The Dutch disciplinary system for physiotherapists: practice and views. *International journal of risk and safety in medicine*, 18, 121-129.
29. Jankauskienė, D., Pečiūra, R. (2007). *Sveikatos politika ir valdymas*. Vilnius: MRU.

30. Jovaiša, L. (2007). *Enciklopedinis edukologijos žodynas*. Vilnius: Gimtasis žodis.
31. Kalėdienė, R., Petrauskienė, J., Rimpela, A. (1999). *Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika*. Kaunas: Šviesa.
32. Kardelienė, L., Gudzinevičiūtė, O.,L., Mykolaitienė, L. (2007). *Pradinių klasių mokytojų kompetencijų plėtotė*. Šiauliai: Šiaulių universitetas.
33. Kriščiūnas, A. (1999). Holistinis požiūris reabilitacijoje. *Kineziterapija*, 1(1), 15-17.
34. Kriščiūnas, A. (2005). Reabilitacijos sistema Lietuvoje (praeitis, dabartis, ateitis). *Medicina*, 41(3), 246-250.
35. Kriščiūnas, A. (2008). *Reabilitacijos pagrindai*. Kaunas: Vitae litera.
36. Krutulytė, G. (1999). Podiplominės studijos. *Kineziterapija*, 1(1), 13-14.
37. Laužikas, J. (1997). *Rinktiniai raštai*. 3 tomas. Kaunas: Šviesa.
38. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas (2009) nr. V-988. *Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo pakeitimo*. Valstybės žinios, 146-6506.
39. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas (2004). Nr. V-934. *Dėl Lietuvos respublikos medicinos normos MN 124:2004 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo*. Valstybės žinios, 6818-6819, 82-84.
40. Lietuvos respublikos švietimo ir mokslo ministerija ir lietuvis respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (2004). *Kineziterapeuto rengimo standartas*. Vilnius.
41. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Lietuvos respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija. (2008). *Ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo pedagogo rengimo standartas*. Nr. <http://www.kpmc.lt/Skelbimai/31%20standartas/Ikimokyklinio%20ir%20priesmokyklinio%20ugdymo%20pedagogo.pdf> (žiūrėta 2010-02-12).
42. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas. (2007) Nr. ISAK-54. *Mokytojo profesinės kompetencijos aprašas* <http://www.smm.lt/prtm/docs/mkt/2007-01-15-ISAK-54.pdf> (žiūrėta 2010-02-12).
43. Mačinskas, Š. (2008). *Holistinis požiūris į ligą*. <http://www.mokslai.lt/holistinis-poziuuris-i-liga-> (žiūrėta 2010- 12- 10).
44. Mariūnas, M., Šešok, A. (2007). *Reabilitacinių ir organizmo funkcijų atkūrimo sistemų projektavimas*. Vilnius: Technika.

45. Mažionienė, A., Žydžiūnaitė, V. (2009). Slaugos specialistų kompetencijų tobulinimo strategija socialinės partnerystės kontekste. *Vadyba* 1(14), 41–47.
46. Mockevičienė, D. (2003). Motorikos samprata. *Vaikų sveikata ir reabilitacija*. Straipsnių rinkinys, 55-62.
47. Monkevičienė, O., Stankevičienė, K. (2008). *Pedagogo kompetencijos*. Mentorius rengimo vadovėlis. Dėstytojo knyga. Kaunas: Technologija
48. Neverauskas, J. (2009). *Kaip išsaugoti sveikatą ir darbingumą*. I d. Kaunas: UAB „Sveikas žmogus“.
49. Overmeer, T., Boersma, K., Main, C. J., Linton, S. J. (2008). Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after a biopsychosocially orientated university course? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8(17), 724-732.
50. Panzarella, K.J. (2009). Beginning with the end in mind: Evaluating outcomes of cultural competence instruction in a doctor of physical therapy programme. *Journal of Disability and Rehabilitation*, 31(14), 144–1152.
51. Pukėnas, K. (2005). *Sportinių tyrimų duomenų analizė SPSS programa*. Kaunas: Lietuvos kūno kultūros akademija.
52. Rindflech, A. B. (2009). A grounded-theory investigation of patient education in physical therapy practice. *Journal of Physiotherapy Theory and Practice*, 25 (3), 193 – 202.
53. Saulėnienė, S., Žydžiūnaitė, V., Adomavičienė, G., Sabaliauskas, T., Saulėnas, A., J. (2008). *Aiškinamoji metodinė medžiaga apie pedagogo profesijos standarto gairių taikymą rengiant studijų programas*. Vilnius : Mokytojų kompetencijos centras.
54. Sykes, C. (2008). The International Classification of Functioning, Disability and Health: Relevance and applicability to physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 10, 110-118.
55. Skurvydas, A. (2008). *Judesių mokslas: raumenys, valdymas, mokymas, reabilitavimas, sveikatinimas, treniravimas, metodologija*. Kaunas: LKKA.
56. Straubergaitė, L., Jocas, D. (2008). Kineziterapeutų ir kitų specialistų bendradarbiavimo problemos. *Jaunųjų mokslininkų darbai*, 2 (18), 191-195.
57. Stučinskaitė, J., Bikuličienė, R., Liansbergaitė, E. (2003). Kineziterapija. A.Prasauskienė (Sud.). *Vaikų raidos sutrikimai* (p.268-287). Kaunas: Spindulys.
58. Sullivan, M. (2008). Science in the Workplace. *Based on Interviews Career of the month*, 10, 1-3.
59. Swisher, L. L., Hiller, P. (2010). *The Revised APTA Code of Ethics for the Physical Therapist and Standards of Ethical Conduct for the Physical Therapist Assistant: Theory, Purpose, Process, and Significance*. *Journal of Physical Therapy*; 905, 803-824.

60. Šapokienė, L., Jansonienė, A., Astrauskienė, A., Gaigalienė, G., Paliušienė, V. (2007). *Sveikos gyvensenos pagrindai*. Kaunas: Technologija.
61. Štendelienė, I. (2007) *Kineziterapijos paslaugų kokybė*. (Nepublikuotas magistro darbas, Kaunas, 2007).
62. Tamošauskas, P. (2008). Kūno fenomenas ir fizinis ugdymas. *Santalka. Filologija. Edukologija*, 16 (2), 116-123.
63. Threlkeld, J., A. (2007). Guest editorial world physical therapist education. *Physical Therapy Reviews*. 12 (82), 83-85.
64. Vaitkevičius, J., V. (2003). *Laiko vadyba*. Šiauliai: ŠU.
65. Vaitkevičius, J., V. (2005). *Sveikatos rizikos veiksnių valdymas ir savikontrolė ugdymo srityje*. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.
66. Vaitkevičius, J., V., Miliūnienė, L., Bakanovienė, T., Mockevičienė, D. (2009). *Sveikatos rizikos veiksnių savikontrolė neformaliajame ugdyme*. Šiauliai: Šiaurės Lietuva.
67. Vaitkevičiūtė, V. (2007). *Tarptautinių žodžių žodynas* (p.546). Vilnius: Žodynas.
68. Vydūnas, Storostas, V., Bagdonas, V. (Sud.). (1991). *Sveikata, jaunumas, grožė, gimdymo slėpiniai*. Kaunas: Farmacija.
69. Žilinskienė, E., Gudžinskienė, V. (2003). *Gyvensena ir sveikata*. Vilnius: VPU.
70. Žukauskienė, M. (2011). *Kineziterapeutų profesinio rengimo turinio modeliavimas*. (Nepublikuota daktaro disertacija, Vytauto Didžiojo universitetas, 2011).
71. Žukauskienė, M. (2010). Kineziterapeutų rengimas profesinei veiklai. *Profesinis rengimas: tyrimai ir realijos*, 10 (19), 224-241.
72. What Is a Physical Therapist (2008). *PT: Magazine of Physical Therapy*. 16,1-2.
73. World confederation for physical therapy (2007). *WCPT guidelines for physical therapist professional entry-level education*. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-PoS_Guidelines_for_Physical_Therapist_Entry-Level_Education.pdf (žiūrėta 2010-02-12).
74. World confederation for physical therapy (2007). *WCPT declaration of principle*. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-Declarations_of_Principle.pdf (žiūrėta 2010-02-12).

Inga Šimkutė

COMPARISON OF REALISATION OF PROFESSIONAL COMPETENCES OF SPECIALISTS IN KINESITHERAPY AND MOVEMENT CORRECTION

The Masters's Degree Thesis

Summary

The paper deals with the theoretical analysis of health as a holistic conception and significance of psychophysiological personality's education in context of education system and health protection system. The paper deals with the theoretical analysis of professional competencies realization in practice of psychophysiological education specialists – specialists in kinesitherapy and specialists in movement correction considering that these specialists are specializing in rehabilitation and educological fields.

Hypothesis: professional competencies (functional abilities, communication and collaboration abilities and development of practical activity abilities) are realized in practice much more by specialists in kinesitherapy than by specialists in movement correction.

With questionnaire quiz method was made a research which aim was to compare realization of professional competencies in practical work of specialists in kinesitherapy and specialists in movement correction.

200 respondents (specialists in kinesitherapy and in movement correction) from Vilnius, Kaunas, Klaipėda, Šiauliai, Panevėžys and other cities have participated in this research.

There was purpose to compare functional abilities, communication and collaboration abilities and development of practical activity abilities realization in practice of specialists in kinesitherapy and specialists in movement correction in empirical part.

The most important empirical *conclusions* that were drawn are:

- The most of functional competencies are realized in practice much more by specialists in kinesitherapy than by specialists in movement correction.
- It has been found that communication and collaboration competencies are realized in practice much more by specialists in movement correction than by specialists in kinesitherapy.
- Survey answers have shown that the competencies of the development of practical activity are realized more by specialists in movement correction than by specialists in kinesitherapy. Specialists in movement correction are more active in development of practical activity, spreading they experience and making reports, seminars and information about health/ education in institutions.

Hypothesis verify partly, because the survey answers have shown, as it was supposedly, that functional abilities are realized in practice much more by specialists in

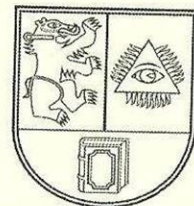
kinesitherapy than by specialists in movement correction. However, communication and collaboration abilities and development of practical activity abilities are realized in practice much more by specialists in movement correction than by specialists in kinesitherapy.

Analyzing conclusions there was formulated and offered recommendations for competencies of specialists in movement correction.

Keywords: psychophysiological education, movement correction, kinesitherapy, competencies.

PRIEDAI

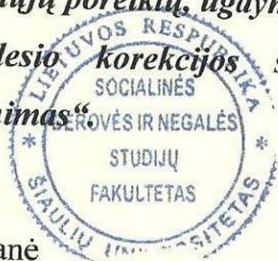
Dalyvavimo konferencijoje pažyma



ŠIAULIŲ
UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS

PAŽYMA
APIE DALYVAVIMĄ MOKSLINĖJE KONFERENCIJOJE
2010-05-21 Nr. 059-S-47

Inga Šimkutė 2010 m. gegužės 21 d. dalyvavo Šiaulių universiteto Socialinės gerovės ir negalės studijų fakulteto studentų mokslinių darbų konferencijoje „*Vaikų, turinčių specialiųjų poreikių, ugdymas ir sveikatinimas*“ ir skaitė pranešimą tema – „*Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinio realizavimo palyginimas*“



Prodekanė

R. Ivoškuvienė

Dalyvavimo konferencijoje pažyma



Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinio realizavimo palyginimo anketinė apklausa

Kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinio realizavimo palyginimas

Gerbiami specialistai,

Šiuo tyrimu siekiama palyginti kineziterapeutų ir judesio korekcijos specialistų profesinių kompetencijų praktinį realizavimą.

Tai naujas tyrimas, kuris padės atskleisti tos pačios srities specialistų, tik besikvalifikuojančių skirtingose srityse (edukologijos ir reabilitacijos) profesinių kompetencijų realizavimą. Jei Jūs sąžiningai atsakysite į visus anketoje pateiktus klausimus, ženkliai prisidėsite prie tyrimo atlikimo.

Anketa yra anoniminė, todėl vardo ir pavardės rašyti nereikia.

Iš anksto dėkoju

Atsakymus žymėkite taip . Pvz. Jūsų lytis:

- moteris
 vyras



Anketinę apklausą atlieka:

Šiaulių universiteto SGNS fakulteto

Taikomosios kūno kultūros: sveikatos edukologijos (magistrantūros) studijų programos studentė

Inga Šimkutė

Tel. 867346384

El. paštas ingasimkute@gmail.com

❖ Demografiniai duomenys

1. Jūsų lytis:

- moteris
- vyras

2. Jūsų amžius (m.):

- 20 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 – 70

3. Jūsų išsilavinimas:

- aukštasis universitetinis
- aukštasis neuniversitetinis
- profesinis

4. Jūsų studijų sritis (galimi keli atsakymo variantai):

- edukologija
- rehabilitacija
- kita

5. Kokią studijų programą Jūs baigėte (galimi keli atsakymo variantai):

- kineziterapijos Kauno kolegijoje
- kineziterapijos Klaipėdos kolegijoje
- kineziterapijos Panevėžio kolegijoje
- kineziterapijos Šiaulių kolegijoje
- kineziterapijos Utenos kolegijoje
- kineziterapijos Vilniaus kolegijoje
- kineziterapijos LKKA
- kineziterapijos Kauno medicinos universitete
- kineziterapijos Vilniaus universitete
- spec. pedagogikos (kūno kultūros ir kineziterapijos) Šiaulių universitete

6. Jūsų studijų kvalifikacinis laipsnis (galimi keli atsakymo variantai):

- bakalauro kvalifikacinis laipsnis
- profesinis bakalauro laipsnis
- magistrantūros kvalifikacinis laipsnis

7. Kokios Jūsų pareigos:

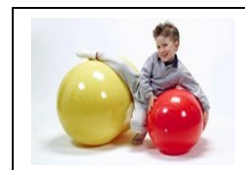
- kineziterapeutas
- kineziterapeuto padėjėjas
- masažuotojas
- judesio korekcijos pedagogas

8. Koks Jūsų darbo stažas:

- < nei 1 metai
- 1 – 5 metų
- 6 – 10 metų
- 11 – 15 metų
- 16 – 20 metų
- > nei 21 metai

9. Kokioje srityje Jūs specializuojatės:

- ortopedijos bei traumatologijos
- neurologijos
- terapijos
- chirurgijos
- rehabilitacijos
- kita



10. Jūs dirbate:

- gydymo stacionare
- ambulatorinėje gydymo įstaigoje
- reabilitacijos centre
- ikimokyklinio ugdymo įstaigoje
- mokyklinėje ugdymo įstaigoje
- rekreacijos centre
- specialiojo ugdymo įstaigoje

11. Kokiame mieste Jūs dirbate:

- Kaune
- Klaipėdoje
- Panevėžyje
- Šiauliuose
- Vilniuje
- Kita

❖ Funkciniai gebėjimai

12. Ar Jūs savo įstaigoje prieš pradėdamas (-a) dirbti su pacientu / ugdytiniu išsiaiškinate jo antropometrinius duomenis, kūno konstitucijos ypatumus?

- taip, tai atlieku pats (-i)
- taip, pasinaudoju pacientų medicininių kortelių duomenimis
- kartais
- ne

13. Ar Jūs savo įstaigoje prieš pradėdamas (-a) dirbti su pacientu / ugdytiniu atliekate motorinių įgūdžių vertinimo testus (pvz. koordinacijos, laikysenos, kūno judesių funkcijos bei kitus) atsižvelgiant į paciento / ugdytinio amžiaus, būklės ypatybes?

- taip, tai atlieku pats (-i)
- kartais
- ne

14. Kas Jūsų įstaigoje nustato ir suformuluoja kineziterapinę/judesio korekcijos diagnozę?

- kineziterapinę/judesio korekcijos diagnozę nustatau ir suformuluoju pats (-i)
- kineziterapinę/judesio korekcijos diagnozę nustatau ir suformuluoju remdamasis (-i) kitų specialistų išvadomis
- kineziterapinės/judesio korekcijos diagnozės nenustatau ir neformuluoju, tai atlieka reabilitologas, PPT (pedagoginė psichologinė tarnyba), specialiojo ugdymo komanda

15. Ar Jūs rengiate individualias kineziterapines/judesio korekcijos programas?

- taip, rengiu; individualiai, pagal paciento būklę, amžių, suformuluoju kineziterapinius/judesio korekcijos tikslus, uždavinius, programos efektyvumo vertinimo metodus
- taip, rengiu remdamasis (-i) analogiškoms programomis
- ne, nerengiu individualių programų



16. Ar Jūs rengiate grupines kineziterapines/judesio korekcijos programas?

- taip, rengiu; suformuluoju kineziterapinius/judesio korekcijos tikslus, uždavinius, programos efektyvumo vertinimo metodus pacientų grupei
- taip, rengiu remdamasis (-i) analogiškėmis programomis
- ne, nerengiu grupinių programų

17. Ar Jūs savo įstaigoje vedate grupinius bei individualius kineziterapijos/judesio korekcijos užsiėmimus?

- taip, vedu grupinius ir individualius užsiėmimus
- taip, vedu tik individualius kineziterapijos/judesio korekcijos užsiėmimus
- taip, vedu tik grupinius kineziterapijos/judesio korekcijos užsiėmimus

18. Kaip Jūs savo įstaigoje vertinate kineziterapijų/judesio korekcijos užsiėmimų efektyvumą?

- atlieku pakartotinius motorikos įgūdžių vertinimo testus (pvz. laikysenos, koordinacijos, kūno judesių) ir lyginu su pradiniais
- stebiu pratimų atlikimo kokybę ir pagal tai nustatau kineziterapijos/judesio korekcijos užsiėmimų efektyvumą
- kineziterapijos/judesio korekcijos užsiėmimų efektyvumo nevertinu

19. Pažymėkite, kaip dažnai savo darbo praktikoje taikote įvairias kineziterapijos/judesio korekcijos metodikas:

Taikymo dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Netaikau
Kineziterapijos metodikos				
Bobath				
Brunstromo				
McKenzie				
Tempimo				
Vojto				
SET				
PNF				
Gydomoji gimnastika				
Kita				

20. Kokius kineziterapijos/judesio korekcijos metodus taikote savo darbo praktikoje?

- pasyvius
- aktyvius
- pasyvius ir aktyvius



21. Pažymėkite, kaip dažnai įvairius kineziterapijos/judesio korekcijos metodus taikote savo darbo praktikoje:

Taikymo dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Netaikau
Kineziterapijos metodai				
Gydomoji kūno kultūra				
Gydomasis masažas				
Manualinė terapija				
Mechanoterapija				
Trakcinė terapija				
Vibracinė terapija				

22. Ar Jūs savo darbo praktikoje kineziterapijos/judesio korekcijos metodus derinate su fizioterapinėmis priemonėmis ?

- taip
- kartais
- ne

23. Ar ekstremalioje situacijoje savo pacientui / ugdytiniui suteiktumėte pirmąją medicinos pagalbą?

- taip, stengčiausi suteikti pirmąją medicinos pagalbą, kol atvyktų medikai
- ne, kuo greičiau kviesčiau greitąją medicinos pagalbą

24. Ar Jūs, kaip kineziterapijos/judesio korekcijos specialistas (-ė), žinote pagrindinius savo srities

norminius bei teisės aktus, profesinę veiklą reglamentuojančius dokumentus?

- taip, žinau visus pagrindinius norminius aktus, kurie susiję su mano profesine veikla
- taip, žinau kai kuriuos norminius aktus, kurie susiję su mano profesine veikla
- ne, teisine baze domiuosi tik esant reikalui

25. Ar Jūs, kaip kineziterapijos/judesio korekcijos specialistas (-ė) darbo praktikoje laikotės visų darbo saugos reikalavimų?

- taip, visuomet laikausi visų darbo saugos reikalavimų
- taip, dažniausiai laikausi visų darbo saugos reikalavimų
- ne, ne visuomet laikausi darbo saugos reikalavimų

❖ Bendravimo ir bendradarbiavimo gebėjimai

26. Koks Jums yra priimtinesnis darbo pobūdis įstaigoje?

- individualus darbas
- komandinis darbas
- derinu komandinį darbą su individualiu darbu



27. Ar dažnai bendraujate su kitais specialistais darbo reikalais?

- nuolat; tariusi su kolegomis dėl išskylančių psichologinių, socialinių, bendravimo problemų su pacientais / ugdytiniais
- kartais; tariusi su kolegomis dėl išskylančių psichologinių, socialinių, bendravimo problemų su pacientais / ugdytiniais
- su kolegomis nebendrauju, iškilusias įvairaus pobūdžio problemas sprendžiu pats (- i)

28. Ar konsultuojate medicinos ir kitų sričių specialistus (pvz. dėl kompensacinės technikos, dėl ortopedinių priemonių parinkimo)?

- taip
- ne
- kartais

29. Pažymėkite, kaip dažnai teikiate informaciją pradėję dirbti su pacientu/ ugdytiniu:

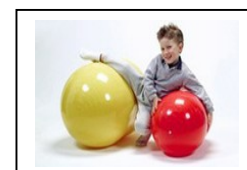
Dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Niekada
Pacientų/ugdytinių informavimas				
Apie laukiamus kineziterapijos rezultatus				
Apie kineziterapijos užsiėmimų eigą				
Apie kasdieninę veiklą				
Apie pasiektus kineziterapijos rezultatus				

30. Kaip stengiatės į kineziterapijos/judesio korekcijos procesą įtraukti pacientą / ugdytinį? (galimi keli atsakymo variantai)

- stengiuosi sudominti kineziterapijos/judesio korekcijos užsiėmimais
- stengiuosi pateikti kuo daugiau informacijos apie kineziterapijos/judesio korekcijos naudą
- stengiuosi suteikti kuo geresnę emocinį, psichologinį ir fizinį mikroklimatą užsiėmimų metu
- pacientų/ugdytinių nereikia skatinti, jie patys įsitraukia į kineziterapijos/judesio korekcijos procesą

31. Kaip stengiatės į kineziterapijos/judesio korekcijos procesą įtraukti paciento / ugdytinio šeimą? (galimi keli atsakymo variantai)

- stengiuosi skatinti, kad paciento/ugdytinio šeimos nariai dalyvautų kineziterapijos/judesio korekcijos užsiėmimuose
- stengiuosi paciento/ugdytinio šeimos nariams pateikti kuo daugiau informacijos apie kineziterapijos/ judesio korekcijos naudą
- stengiuosi paciento/ugdytinio šeimos nariams pateikti rekomendacijas, kaip atlikti įvairius pratimus
- pacientų/ugdytinių šeimos narių nereikia skatinti, jie patys domisi bei įsitraukia į kineziterapijos / judesio korekcijos procesą



32. Pažymėkite, kaip dažnai teikiate papildomas rekomendacijas pacientams / ugdytiniais, juos gydantiems medikams, ugdantiems pedagogams bei šeimos nariams?

Dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Niekada
Rekomendacijų teikimas:				
Pacientams/ugdytiniais				
Pacientus/ugdytinius gydantiems medikams				
Pacientus/ugdytinius ugdantiems pedagogams				
Šeimos nariams				

33. Ar mokote pacientus / ugdytinius naudotis kompensacine technika (pvz. vaikščioti su ramentais, naudotis vaikštynėmis)?

- taip, visuomet to mokau
- taip, kuomet išmokyti pacientus naudotis kompensacine technika prašo jų šeimos nariai
- ne, nes tuo pasirūpinti gali kiti specialistai, šeimos nariai

34. Pažymėkite, kaip skatinate pacientų fizinį aktyvumą:

Dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Niekada
Fizinio aktyvumo skatinimas:				
Pasakoju apie fizinio aktyvumo naudą bei jo nepakankamumo pasekmes judamajam aparatui				
Raginu sportuoti namuose ir laisvalaikiu bei sudarau namų mankštos programas				
Pateikiu pacientams/ugdytiniais lankstinukų apie fizinį aktyvumą				

35. Pažymėkite, kaip dažnai sudarote kineziterapijos/judesio korekcijos namų programą pacientams/ugdytiniais:

Dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Niekada
Namų programa:				
Individuali kineziterapijos				
Individuali judesio korekcijos				

❖ Kineziterapeutų praktinės veiklos plėtros gebėjimai

36. Ar Jūsų įstaigos vadovas skatina specialistus (kineziterapeutus, judesio korekcijos specialistus) dalyvauti profesinės kvalifikacijos tobulinimo kursuose, seminaruose, konferencijose?

- taip
- kartais
- ne



37. Pažymėkite, kaip dažnai Jums tenka dalyvauti:

Dalyvavimas:	Dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Niekada
Seminaruose					
Kursuose					
Konferencijose					
Stazuotėse					
Projektuose					

38. Iš kur gaunate informacijos apie kineziterapeutų/judesio korekcijos specialistų kvalifikacijos tobulinimo rengiamus kursus, seminarus, konferencijas? (galimi keli atsakymo variantai)

- iš įstaigos, kurioje dirbu, vadovybės
- iš interneto
- iš masinių informavimo priemonių (spaudos, televizijos, radijo)
- kita

39. Ar Jūsų švietimo/sveikatos įstaigoje yra organizuojami seminarai, konferencijos?

- taip
- kartais
- ne

40. Ar Jums yra tekę skaityti pranešimą, organizuoti seminarą savo darbo praktikoje?

- taip, kuomet to reikalavo įstaigos vadovybė
- taip, tai dariau savo iniciatyva
- ne, neteko skaityti pranešimo, organizuoti seminaro

41. Pažymėkite, kaip dažnai Jūsų švietimo/ sveikatos įstaigoje kineziterapeutai/judesio korekcijos specialistai rengia švietimo/sveikatinimo informaciją:

Švietimo/sveikatinimo informacija:	Dažnumas	Nuolat	Dažnai	Retai	Niekada
Informacinius lankstinukus įstaigos lankytojams					
Rekomendacinio pobūdžio leidinėlius pacientams / ugdytiniams ir jų šeimos nariams					
Stendus (įstaigos darbuotojams, lankytojams)					

- Noriu gauti atlikto tyrimo rezultatus. Mano el. paštas:.....

Dėkoju, kad sugaišote keletą minučių savo brangaus laiko ir sąžiningai bei nuoširdžiai užpildėte anketą ☺