

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
SOCIALINĖS POLITIKOS FAKULTETO
SOCIALINIO DARBO KATEDRA**

**ANŽELIKA SAVICKAJA
SOCIALINIO DARBO MAGISTRANTŪROS IŠTĚSTINĖS
STUDIJOS**

**SOCIALINIO DARBUOTOJO VEIKLOS
YPATUMAI PSICHOSOCIALINĖS
REABILITACIJOS CENTRUOSE**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas: *Doc. dr. Rita Raudeliūnaitė*

Vilnius, 2012

TURINYS

IVADAS	6
I.PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS TEORINIAI ASPEKTAI	9
1.1. Reabilitacijos sistema.....	9
1.2. Psichosocialinės reabilitacijos samprata.....	12
1.3. Psichosocialinės reabilitacijos principai ir modeliai.....	13
1.4. Psichosocialinės reabilitacijos etapai.....	15
1.5. Psichosocialinės reabilitacijos tikslinės grupės, jų teisinę padėtį reglamentuojantys įstatymai; vykdytojai ir interdisciplininis bendradarbiavimas.....	17
1.6. Psichosocialinės reabilitacijos metodika Lietuvoje.....	21
1.7. Užimtumo ir meno terapija psichosocialiniame darbe.....	23
II. SOCIALINIS DARBAS PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS CENTRUOSE	27
2.1. Socialinio darbo profesija ir psichosocialinė rizika dirbant psichosocialinės reabilitacijos centruose.....	27
2.2. Socialinio darbuotojo, dirbančio psichosocialinės reabilitacijos centre, profesinės kompetencijos.....	29
2.3. Socialinio darbo metodų taikymas psichosocialinės reabilitacijos centruose.....	33
2.3.1. Darbo su individu metodus.....	34
2.3.2. Darbo su šeima metodus.....	37
2.3.3. Darbo su grupe metodus.....	39
2.3.4. Darbo bendruomenėje metodus.....	41
III.SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ VEIKLOS YPATUMŲ TYRIMAS VILNIAUS PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS CENTRUOSE	44
3.1. Tyrimo paskirtis ir metodai.....	44
3.2. Socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, veiklos ypatumų kokybinė analizė.....	48
3.2.1. Socialinio darbo profesijos prestižas visuomenėje.....	48
3.2.2. Socialinio darbo profesijos vertinimas PSR centruose.....	50
3.2.3. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, vaidmenys.....	51
3.2.4. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, funkcijos.....	52
3.2.5. Socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos dirbant PSR centre.....	53
3.2.5.1. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausi įgūdžiai.....	54
3.2.5.2. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausios vertybės.....	56
3.2.5.3. Socialiniam darbuotojui, dirbančiam PSR centre, reikalingos profesinės žinios.....	57
3.2.6. Institucinis ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas.....	59
3.2.6.1. Socialinio darbuotojo vaidmuo interdisciplininiame komandos modelyje.....	60
3.2.6.2. Svarbiausi interdisciplininio bendradarbiavimo veiksniai, turintys įtakos socialiniam darbui.....	62
3.2.6.3. Bendradarbiavimo trukdžiai PSR centruose.....	64
3.2.6.4. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas.....	66
3.2.7. Socialinio darbo metodai PSR centre.....	67
3.2.8. Sunkumai bei problemos, su kuriais susiduria socialinis darbuotojas dirbdamas PSR centre, ir jų sprendimo būdai.....	75
3.2.8.1. Socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, veiklos problematiškumą sąlygojantys veiksniai.....	77
3.2.8.2. Iškilusių problemų sprendimas PSR centruose.....	79
3.2.8.3. „Perdegimo“ sindromas ir jo sprendimo būdai.....	80

3.2.8.4. Supervizija, kaip refleksijos skatinimo metodas, PSR centruose.....	82
3.2.9. Veiksniai, turintys įtakos tiriamų PSR centrų darbo kokybei.....	83
3.2.10. Psichosocialinės reabilitacijos centruose, dirbančių socialinių darbuotojų, norimos permainos bei pasikeitimai.....	87
3.2.11. Psichosocialinės reabilitacijos centruose, dirbančių socialinių darbuotojų, pasiūlymai, rekomendacijos.....	88
IŠVADOS	90
REKOMENDACIJOS	94
LITERATŪRA	95
SANTRAUKA	101
SUMMARY	103
PRIEDAI	105

LENTELĖS

1 lentelė. Terapinės veiklos įvairovė.....	24
2 lentelė. Socialinio darbo su individu metodo modeliai.....	34
3 lentelė. Socialinio darbo profesijos vertinimas visuomenėje.....	48
4 lentelė. Socialinio darbo vertinimas tirtuose PSR centruose.....	50
5 lentelė. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausios funkcijos.....	52
6 lentelė. Socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos dirbant PSR centre.....	54
7 lentelė. Socialinio darbuotojo vaidmuo bendradarbiaujant su PSR centro specialistais.....	61
8 lentelė. Svarbiausi bendradarbiavimo veiksniai, reikšmingi socialinio darbo praktikai.....	63
9 lentelė. Interdisciplininio bendradarbiavimo kliūtys su PSR specialistais.....	65
10 lentelė. Socialinio darbo metodologijos ypatybės.....	67
11 lentelė. Darbo su individu metodo etapai.....	70
12 lentelė. Darbo bendruomenėje metodo svarba.....	73
13 lentelė. Sunkumai, kylantys socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose.....	76
14 lentelė. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, veiklos problematiškumą sąlygojantys veiksniai.....	77
15 lentelė. Iškilusių sunkumų išeities taškai.....	79
16 lentelė. Refleksijos skatinimo metodai.....	82
17 lentelė. Išoriniai bei vidiniai veiksniai, darantys įtaką PSR centrų darbo efektyvumui – veiksmingumui.....	84

PAVEIKSLAI

1 pav. Reabilitacijos sistema.....	10
2 pav. Profesinės reabilitacijos sistema.....	10
3 pav. Bendradarbiavimas su kitomis institucijomis.....	11
4 pav. Psichosocialinės reabilitacijos procesas.....	15
5 pav. Interdisciplininis komandos modelis.....	20
6 pav. Kompetencijos sąvoka.....	30
7 pav. Socialinio darbuotojo vaidmenis veikiančios vertybės.....	33

IVADAS

Temos aktualumas. LR SAM duomenimis, Lietuvoje gyventojų sergamumas psichikos ligomis vis didėja, kurio priežastis – psichikos ligas sukeliantys rizikos faktoriai: skurdas, migracija, nedarbas, vienatvė bei socialiniai – ekonominiai sunkumai Lietuvos visuomenėje. XXIa. Lietuvoje labai svarbų vaidmenį užima neįgaliųjų asmenų integracija į visuomenę. Socialinės atskirties grupių aktyviam dalyvavimui bei palankiai socialinei padėčiai užtikrinti visuomenėje, priimti svarbūs sprendimai: Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymai, paruoštos Valstybės strategijos iki 2012m., Veiksmų planai iki 2015m., parengta JTO Neįgaliųjų teisių konvencija, kuriami projektai. „Šiuo metu Lietuvoje vis didesnis dėmesys skiriamas sutrikusios psichikos asmenų socialinių problemų sprendimui, šių asmenų reabilitacijai, gydymui bei integracijai į bendruomenę. Nors gyvenimas susirgus ir pasikeičia, bet turi būti kokybiškas. Gyvenimo kokybė – individo pozicijos gyvenime suvokimas jo kultūros ir vertybių sistemų kontekste bei santykiyje su jo lūkesčiais ir interesais. Reikia pažymėti, kad <...> mūsų šalyje vis dar trūksta struktūrų, sprendžiančių sutrikusios psichikos asmenų problemas“ (Mačiulis V. 1999, p. 2). Todėl Lietuvoje tampa viena iš aktualių, prioritetinių socialinės apsaugos, sveikatos bei švietimo strategijų įgyvendinimo dalių – psichikos sveikatos paslauga – psichosocialinė reabilitacija, kurios pagrindiniai tikslai - suteikti vartotojams teises, sumažinti diskriminaciją ir stigmą, gerinti individo socialinius gebėjimus ir kurti ilgalaikę socialinės paramos sistemą (Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001). Psichosocialinės reabilitacijos dėka jos klientai turi galimybę integruotis į bendruomenės gyvenimą.

Per pastarąjį dešimtmetį socialinis darbas su psichikos negalia turinčiais asmenimis tapo be galo aktuali mokslinių tyrimų ir praktinės veiklos sritimi. Ši sritis buvo tirta tokiais aspektais: požiūrį į psichikos negalia turinčius asmenis, stigmatizavimą, gyvenimą globos istaigose, neįgaliųjų integraciją į visuomenę detaliai tyrė A. Bakk (1993), R. Carter (2002), D. Puras (1997), D. Survilaitė (2000), A. Germanavičius (2008) ir kt.; neįgaliųjų socialinės integracijos klausimus nagrinėjo J. Ruškus ir G. Mažeikis (2007); psichikos negalia turinčių asmenų diskriminacijos problemą išanalizavo L. Okunevičiūtė - Neverauskienė (2009). Tačiau būtent socialinio darbo problematika psichosocialinės reabilitacijos sistemoje yra labai mažai tyrinėjama sritis Lietuvoje ir todėl svarbių tyrimų ir darbų šia tema rasti be galo sudėtinga. Svarbu pažymėti lietuvių autorės B. Brijūnaitės knygą „Psichosocialinė reabilitacija“, kuri sudaryta remiantis užsienio literatūra.

Kadangi apie psichosocialinę reabilitaciją bei jos specialistų atliekamą darbą mažai nagrinėta, šiame magistro darbe bus aptarti socialinio darbuotojo, dirbančio psichosocialinės reabilitacijos centruose, veiklos ypatumai.

Mokslinė problema. Socialinis darbas Lietuvoje – nauja daugialypė profesija, reikalaujanti nuolatinės pozityvios reakcijos į visuomenėje vykstančius pokyčius. Remdamasis savo įgūdžiais, žiniomis bei vertybėmis, t.y. profesionaliu elgesiu, socialinis darbuotojas planuoja, organizuoja bei vykdo psichosocialinės reabilitacijos paslaugas psichikos negalią turintiems klientams. Socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, profesinės kompetencijos problema Lietuvoje yra nauja, aktuali bei nėra išdiskutuota iki galo. Socialinis darbuotojas savo darbo praktikoje susiduria ne tik su sunkumais, bet ir socialinio darbo kompetencijos, metodologijos stoka, o tai reiškia, kad psichosocialinės reabilitacijos socialiniam darbuotojui tenka nepaisyti ir metodologijų, ir hipotezių norint pagelbėti žmogui, nes sprendžiant kliento socialines problemas reikia atsižvelgti į visus gyvenimo faktorius. Jis pasielgia taip, kaip jam atrodo protingiausia.

Tyrimo objektas: socialinių darbuotojų veiklos ypatumai psichosocialinės reabilitacijos centruose.

Tyrimo tikslas: atskleisti teorinius ir praktinius socialinio darbuotojo veiklos ypatumus psichosocialinės reabilitacijos centruose.

Uždaviniai:

1. Atskleisti psichosocialinės reabilitacijos proceso, orientuoto į ilgalaikę psichikos negalią turinčius asmenis, teorines charakteristikas.
2. Atskleisti socialinio darbo svarbą psichosocialinės reabilitacijos procese.
3. Nustatyti ir įvertinti socialinių darbuotojų veiklos ypatumus psichosocialinės reabilitacijos centruose, teikiant socialines paslaugas psichikos sveikatos problemų turintiems klientams.

Tyrimo metodai:

1. Teoriniai

Mokslinės literatūros (teisinės, sociologinės, psichologinės, edukologinės) ir dokumentų analizė, lyginimas, sisteminimas, apibendrinimas.

2. Empiriniai

Pusiau struktūruotas interviu metodas bei kokybinė turinio (content) analizė.

Darbo struktūra: Magistro darbas sudarytas iš įvado, sąvokų žodynelio, 3 skyrių, išvadų, rekomendacijų, literatūros sąrašo, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis bei priedų. Darbo

apimtis – 104 puslapiai (be priedų). Magistriniame darbe pateiktos 24 vaizdinės priemonės: 17 lentelės ir 7 paveikslai.

Sąvokų žodynėlis:

- **Diskriminacija dėl neįgalumo** – bet koks išskyrimas, atstūmimas ar apribojimas dėl neįgalumo, kuriais siekiama pabloginti ar paneigti arba dėl kurių pabloginamas ar paneigiamas visų žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių pripažinimas, įgyvendinimas ar naudojimas lygiai su kitais asmenimis politinėje, ekonominėje, socialinėje, kultūrinėje, pilietinėje ar bet kurioje kitoje srityje (Neįgaliųjų teisių konvencija, 2008, p.5).
- **Negalė** - yra ne tik žmogaus fizinių, intelektinių ar psichikos pokyčių, bet ir stereotipų, socialinių vaizdinių bei socialinės sąveikos konstruktas (Ruškus, 2002, p. 22).
- **Neįgalusis** – asmuo, kuriam šio Įstatymo nustatyta tvarka pripažintas neįgalumo lygis arba mažesnis negu 55 procentų darbingumo lygis ir (ar) nustatyta specialiųjų poreikių tenkinimo reikmė (Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2004, p.8).
- **Socialinė atskirtis** – tai reiškiny, kai tam tikrų žmonių grupių galimybės visavertiškai dalyvauti socialiniame gyvenime dėl socialinių vaizdinių nevienalytiškumo ir sąveikos ypatumų yra ribojamos (Ruškus, 2002, p. 43).
- **Socialinės paslaugos** – tai paslaugos, kuriomis suteikiama pagalba asmeniui (šeimai), dėl amžiaus, neįgalumo, socialinių problemų iš dalies ar visiškai neturinčiam, neįgijusiam arba praradusiam gebėjimus ar galimybes savarankiškai rūpintis asmeniniu (šėimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime (LR socialinių paslaugų įstatymas, 2006).
- **Socialinis dalyvavimas** – tai asmens aktyvumas atviroje bendruomenėje, pasireiškiantis kuriant individualų ir socialinį negalę turinčio žmogaus projektą pasitelkiant jo paties vidinius bei išorinius aplinkos resursus (Ruškus, 2002, p. 10).
- **Socialinių įgūdžių ugdymas ir palaikymas** – tai paslaugos, teikiamos asmenims (šėimoms) dienos metu, siekiant palaikyti ir atstatyti savarankiškumą atliekant įvairias visuomeniniame ar asmeniniame (šėimos) gyvenime reikalingas funkcijas (Paslaugų katalogas, 2006).
- **Stigma** – į akis krentantis ženklas, dėl kurio kas nors yra išskiriamas (diskriminuojamas) iš kitų, jam priskiriami neigiamai visuomenėje traktuojami bruožai (Ruškus, 2002, p. 47).

I.PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS TEORINIAI ASPEKTAI

1.1. Reabilitacijos sistema

XXa. pradžioje medicinoje atsiradęs terminas „reabilitacija“ ilgą laiką buvo vartojamas teisėje ir reiškė gražinimą atimtų teisių. Moderniosios klinikinės medicinos pasiekimai praplėtė asmens išlikimo galimybes padidindami asmenų, turinčių ribotą veiklą, skaičių. Tai lėmė gydytojų susidomėjimą sveikatos atgavimo mokslu, kuris vadinamas **reabilitologija**. Dėl šio mokslo išsivystė nauja medicinos sritis – **reabilitacija**, kurios sąvoka pirmą kartą oficialiai pavartota 1946m. Vašingtone vykusiame kongrese.

Mokslinėje literatūroje pažymėta, jog **reabilitacija** tai įvairiapusė ir koordinuota medicininių bei socialinių priemonių sistema, komplektas, padedantis kiek įmanoma atstatyti ir sušvelninti sutrikusias žmogaus organizmo funkcijas, jo savarankiškumą bei integracijos į visuomenės gyvenimą galimybes, kurios **tikslas** – padėti asmenims siekti optimalaus fizinio, jutiminio, protinio, psichinio ir socialinio funkcinio lygio bei jį išlaikyti. Kitaip tariant, reabilitacijos **tikslas** - žmogaus socialinė integracija, jo savarankiškumas ir nepriklausomumas visose gyvenimo srityse, aktyvus dalyvavimas visuomeniniame gyvenime.

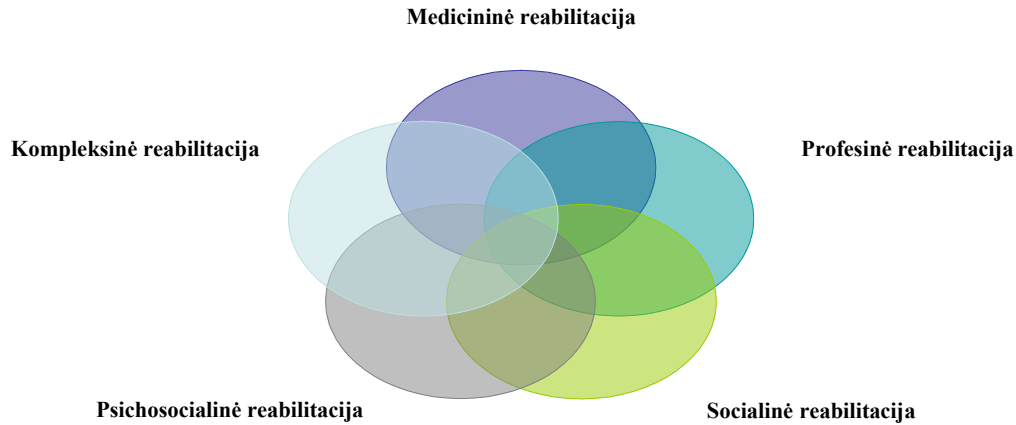
Išsiaiškinta, kad reabilitacija yra *medicininė, socialinė, ekonominė problema*.

Reabilitacija, kaip *medicininė* problema, svarbi dėl dviejų priežasčių: pirma, šiuolaikinė medicina yra efektyvi gydant daugumą ūminių ligų, o lėtinių ligų gydyme, jos efektyvumas daug mažesnis. Antra, reabilitacijos gydymo trukmė dažniausiai ilga ir rezultatai pasiekiami vėliau.

Reabilitacija yra svarbi *socialinė* problema, kadangi didelė atsakomybė tenka šeimos nariams, artimiesiems, visuomenei. Šeimose prižiūrėti neįgalų yra sunku, nes darbingi asmenys atitraukiami nuo darbo rinkos.

Tai taip pat ir opi *ekonominė* problema, nes išlaidos reabilitacijai yra didelės, be to, netenkama pajamų reabilitacijos klientui nedirbant.

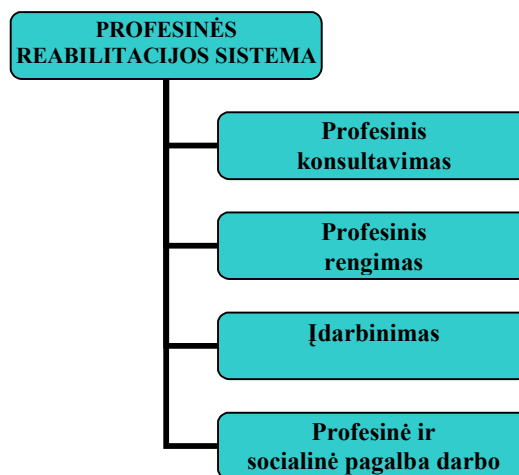
Įvertinus vyraujančią kliento problemą, skiriamos šios reabilitacijos **rūšys**: *medicininė, profesinė, socialinė, psichologinė* (socialinė + psichologinė = *psichosocialinė*), *kompleksinė* (Reabilitacijos ir fizioterapijos pagrindai, 2008, p.17, 18) (žr. 1 pav.)



1 pav. Reabilitacijos sistema

Medicininė reabilitacija susijusi su asmens sveikatos fizinės gerovės atgavimu, kompensavimu arba readaptacija.

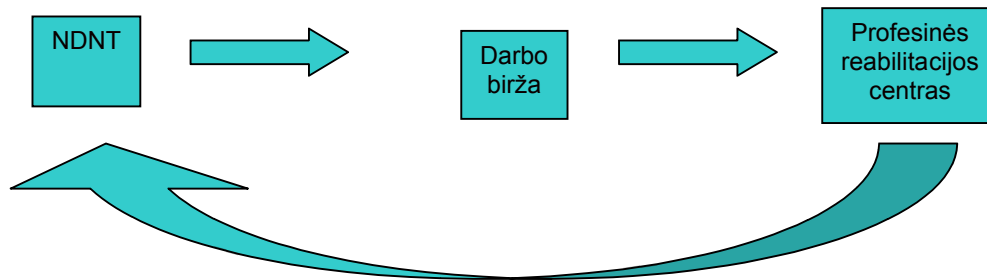
Dažniausiai visos reabilitacijos priemonės vykdomos kartu, tačiau būtent **profesinė reabilitacija** atliekama individualiai, atsižvelgiant į asmens sveikatos ir darbingumo būklę, amžių, lytį, išsilavinimą, pageidavimus, polinkius, įdarbinimo galimybes. Skirtingos šalys įvairiai apibrėžia šią reabilitacijos rūšį, tačiau visi vienodai akcentuoja jos **tikslą** – tai yra asmens integravimas į darbo rinką, prieš tai atstatant jo buvusių įgūdžius bei sugebėjimus ar suteikiant jam naują kvalifikaciją (žr. 2 pav.).



2 pav. Profesinės reabilitacijos sistema

Šaltinis: Jolanta Stankūnienė, 2007, p.25

Ši reabilitacijos rūšis bendradarbiauja su institucijomis, atsakongomis už neįgaliųjų darbinę veiklą: NDNT, Vilniaus ir Respublikinė darbo birža (žr. 3 pav.).



3 pav. Bendradarbiavimas su kitomis institucijomis

Socialinė reabilitacija – procesas, kurio **tikslas** - nemedicininio pobūdžio priemonėmis teikti paslaugas asmenims, siekiant suformuoti arba atstatyti jų socialinius ir savarankiško gyvenimo įgūdžius, padėti įsigyti išsilavinimą, užtikrinti galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime bei darbo rinkoje. Socialinės reabilitacijos sritis apima ne tik darbą su neįgaliuoju, bet ir visuomenės gyvenimą, kad ji būtų pasiruošusi priimti neįgalųjį asmenį į savo tarpą. Socialinė reabilitacija glaudžiai susijusi su žmogaus psichine sveikata, todėl dažniau vartojama sąvoka – **psichosocialinė reabilitacija**. Kadangi baigiamasis darbas susijęs su psichosocialine reabilitacija, tolimesniuose skyriuose bus detaliau išnagrinėta ši reabilitacijos rūšis (žr. kitus I dalies skyrius).

Psichologinė reabilitacija – tai asmens skatinimas gydytis ir gyventi naujomis sąlygomis. Jos **tikslas** – suvokti ir įveikti barjerą, iškilusį tarp neįgalaus ir sveiko asmens; skatinti motyvaciją sveikatai atgauti bei palaikyti.

Kompleksinė reabilitacija jungia medicininių, socialinių, psichologinių, profesinių priemonių naudojimą asmens sveikatai atgauti.

Išnagrinėjus reabilitaciją, galima daryti išvadą, jog tai sistemingas procesas, kuris apima teisę, medicininę reabilitaciją, profesinę reabilitaciją, ugdymą, kompensacinę techniką, kultūrą, laisvalaikį, religiją, socialines paslaugas.

1.2. Psichosocialinės reabilitacijos samprata

Magistriniame darbe psichosocialinės reabilitacijos (PSR) sampratai plačiau atskleisti pasitelkta keletą autorių ir Pasaulinė sveikatos Organizacija (WHO).

2002m. WHO patikslino ir pateikė naują PSR apibrėžimą. Ji nurodė, kad **psichosocialinė reabilitacija** – *procesas*, suteikiantis asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimus ar negalią, galimybę pasiekti savarankiško funkcionavimo bendruomenėje lygį.

Mokslinėje literatūroje autoriai įvairiai traktuoja PSR apibrėžimus. Dembinsko (2003) požiūriu, psichosocialinė reabilitacija yra *kompleksinė*, nes :

1. Apima psichiatrijos stacionarą, bendruomenės dienos centrus ir kliento namus;
2. Į procesą įtraukiami klientai, specialistai, šeima, darbdaviai, savivaldybės tarnybų darbuotojai.

Brijūnaitė (2003) paskelbė, kad PSR – yra *psichikos sveikatos priežiūros dalis*, kurios praktinis realizavimas orientuotas į psichikos sutrikimus turinčius asmenis, siekiant užtikrinti jų gydymo, priežiūros ir psichosocialinių intervencijų tęstinumą.

Kiti autoriai psichosocialinę reabilitaciją apibrėžia kaip *suderintų visuomeninių, psichologinių, auklėjimo ir medicininių priemonių sistemą*, teikiančią psichikos ligoniams pakankamai savarankiško gyvenimo ir įsitraukimo į visuomenę galimybių.

N. Lapkauskienės (2004) požiūriu, PSR rūpinasi psichiškai neįgaliais žmonėmis, kurių socialiniai santykiai (prisitaikymas visuomenėje) ryškiai sutrikę.

Olandų PSR ekspertas J. P. Wilken (2005) apibendrinamas ir apjungdamas įvairius PSR principus, pasakė, kad psichosocialinė reabilitacija – tai *procesas*, kuriame imamės veiksmų, padedame asmenims su psichosocialine negalia, geriname jų gyvenimo kokybę ir savarankiškumą, kad jie galėtų funkcionuoti įvairioje laisvai pasirinktoje aplinkoje ir būtų patenkinti tiek asmeniškai, tiek socialiai.

Remiantis išnagrinėta mokslinė literatūra, galima teigti, kad pagrindinis psichosocialinės reabilitacijos **tikslas** – įgalinti psichikos negalią turintį asmenį pasiekti maksimalų savarankiškumo lygį psichologinėje, dvasinėje, fizinėje, socialinėje bei ekonominėje gyvenimo srityse.

Psichosocialinės reabilitacijos **uždaviniai** apima daugybę etapų, kurie yra koordinuojami ir nuosekliai vykdomi. Anot W. Anthony, M. Cohen ir M. Farko (1998), pagrindiniai PSR uždaviniai - *socialinės kompetencijos gerinimas, stigmos mažinimas, autonomijos* bei

savarankiškumo didinimas, šeimos ir socialinė parama tenkinant pagrindinius poreikius, psichikos sutrikimų simptomų mažinimas vaistų pagalba ir kt.

Galima padaryti išvadą, kad psichosocialinė rehabilitacija labiau suvokiama kaip sritis paremta praktika, švietimu. Tai būtinas *procesas*, nes padeda prarastai vilčiai atgauti, ligai suprasti ir su ja išmokti gyventi, aktyviai pačiam veikti, save kaip asmenybę įvertinti, asmeniniams tikslams išsikelti ir jų siekti.

1.3. Psichosocialinės rehabilitacijos principai ir modeliai

Profesorius A. Dembinskas (2003) išskyrė šiuos pagrindinius specifinius psichosocialinės rehabilitacijos **principus**:

Partnerystės principas teigia, kad klientas ir PSR specialistų komanda turi būti vieninga komanda. Reikia gerbti kliento teises ir individualybę. Būtina rehabilitacijos sąlyga- įgyti kliento pasitikėjimą, kad jis pripažintų pagalbą ir norėtų bendradarbiauti. Rehabilitacija negali būti taikoma be jo sutikimo.

Daugiaplaniškos veiklos principas nukreiptas į įvairiausias kliento psichosocialinio funkcionavimo sferas: - *Psichologinę – Šeimos – Visuomeninę – Paciento auklėjimo ir mokymo – Laisvalaikio organizavimo*. Bendravimas neturi apsiriboti tik kažkokia viena PSR terapija, todėl rehabilitacijos procese labai svarbus pedagogų, psichologų, sociologų,.. vaidmuo.

Sunkumų laipsniškumo principas aiškina, siekiant visiško kliento savarankiškumo reikia pradėti nuo lengvesnių užduočių. Įvairių rūšių gydomasis poveikis (darbo terapijos, psichoterapijos ir kt.) turi būti laipsniškas: nuo paprastesnių rūšių ir mažesnės trukmės užsiėmimų iki sudėtingų rūšių ir ilgesnės trukmės.

Veiksmų pasikartojimo principas tinka asmenims, kurių ligai būdingi paūmėjimai. Po kiekvieno tokio paūmėjimo vėl reikia pakartoti (priminti) seniau įgytus įgūdžius.

Psichosocialinio ir biologinio metodų vienybės principas - tai yra medikamentinio gydymo ir rehabilitacijos principas. Negalima atmesti biologinių psichikos ligų gydymo metodų. Šiuolaikinis psichiatras privalo būti biologinės, psichologinės ir socialinės pakraipos.

Optimalaus skatinimo (stimuliacijos) principas aiškinamas tuo, kad kliento stimuliacija neturi būti nei per stipri, nei per silpna.

Galima daryti išvadą, kad vis dėl to esminis PSR principas – dirbti atsižvelgiant į kliento norus ir poreikius, nes atsižvelgiama į klientą jo asmeninio ir socialinio gyvenimo kontekste.

Pasaulyje taikomi įvairūs PSR **modeliai**. Išskiriami penki pagrindiniai:

1. **Bostono universiteto, JAV, modelis** (W. Anthony ir kt.). Į raidą orientuotas V. Antonio modelis pabrėžia kliento norą keisti savo gyvenimą ir gerinti gyvenimo kokybę. Šiame modelyje klientas – tai aktyvus mokymo proceso dalyvis.
2. **Kalifornijos universiteto Los Andžele (UCLA) JAV modelis** (R. Liberman ir kt.). Šis modelis pagrįstas mokymo ir pažintinių procesų tyrimų pasiekimais bei jų pritaikymu mokant ir palaikant sunkios psichiatrinės negalės asmenis. R. Libermanas modelyje klientams, turintiems psichozinių sutrikimų, taip pat pabrėžia, kad reabilitacija yra orientuota į problemą.
3. **Psichosocialinės reabilitacijos, integruotos į bendrąją medicinos praktiką, modelis Didžiojoje Britanijoje** (I. Faloon ir kt.).
4. **Reabilitacijos, nukreiptos į aplinkos pritaikymą, modelis Didžiojoje Britanijoje** (G. Shepherd, D. Bennett). Į aplinką orientuotame modelyje akcentuojama saugi ir terapinė aplinka klientui. Specialistų dėmesys skiriamas kliento fizinei aplinkai, santykiui su aplinkiniais ir aplinkos pritaikymui. Klientas suprantamas kaip “dalyvaujantis vartotojas”.
5. **Mišrus visapusiškos psichiatrinės reabilitacijos, nukreiptos į individualią asmens raidą, modelis** (J. P. Wilken, J. Van Weghel, 2005). Jo esmė – kliento orumo ir funkcijų atkūrimas. Tai dinamiškas modelis, kuriame priežiūra nuolat derinama su kliento motyvacija ir sugebėjimu siekti galutinio tikslo – geriausios įmanomos gyvenimo kokybės.

A. Germanavičius (2008) pažymėjo, kad iš PSR metodų Lietuvoje taikomi du:

- Šiaulių psichiatrijos ligoninėje pradėtas taikyti Bostono modelis;
- Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre taikomas visapusiškos psichiatrinės reabilitacijos mišrus, į individualią asmens raidą orientuotas, modelis “CARE” pagal *Storm Rehabilitatie International*.

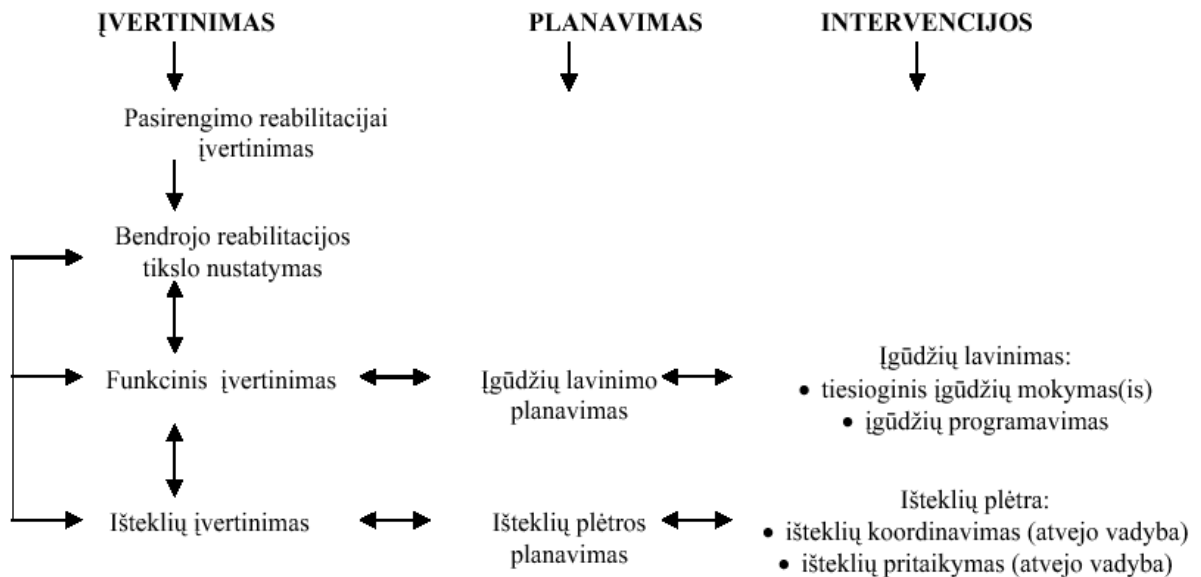
Tuo tarpu Fast, Chapin (2002) bei klinikinėje praktikoje galima išskirti kitus tris šiuolaikiškesnius **bendruosius** psichosocialinės reabilitacijos **modelius**:

- **Konservatyvusis (Nuosaikysis)** – PSR traktuojama kaip medicininis vadovavimas, siekiant atkurti prarastas asmens funkcijas ir išvengti antrinio neįgalumo taikant *užimtumo ir laisvalaikio terapiją*; b) *socialinių įgūdžių lavinimą*.
- **Kliento pasirinkto tikslo modelis** – šis modelis vadovaujasi kliento stiprybėmis, jo poreikiais vystyti specifinius įgūdžius. Vertinamas asmens pasiryžimas; užduotys klientui ir intervencijos yra nuosekliai planuojamos ir derinamos. Šio modelio pavyzdys socialinių įgūdžių ugdymas asmeniniam tikslui pasiekti.
- **Tarnybų ir intervencijų integracijos modelis** – šio modelio svarbiausi elementai: bendruomenės resursų panaudojimas, pagalbos struktūros ir dalyvių įvardijimas,

savonorių pagalbos inicijavimas, paslaugų, apimančių kliento kasdienes veiklas teikimas bendruomenėje.

1.4. Psichosocialinės reabilitacijos etapai

A. Petrauskienė ir L. Daunoraitė (2009), apibendrina ir pateikė psichosocialinės reabilitacijos etapus: **įvertinimo** (diagnostikos), **planavimo** ir **intervencijų** (žr. 4 pav).



1 pav. Psichosocialinės reabilitacijos procesas (JAV, Bostono universitetas, Farkas, Soydan, Gagne, 2000).

4 pav. Psichosocialinės reabilitacijos procesas

Šaltinis: A. Petrauskienė, L. Daunoraitė, 2009, p.132

Įvertinimas (diagnostika): psichosocialinės reabilitacijos specialistas padeda klientui įvertinti esamus ir trūkstamus įgūdžius, poreikius. Įvertinamas elgesio ir įgūdžių funkcionalumas, aplinkos (buitinės, socialinės darbo, paramos) veiksmingumas. Pasirengiant psichosocialinei reabilitacijai įvertinami veiksniai, turintys įtakos asmens apsisprendimui dalyvauti psichosocialinės reabilitacijos procese (Farkas, Cohen, Mcnamara, 2000; Farkas, Soydan, Gagne, 2000; Anthony, Cohen, Farkas, 1998):

- *poreikis pokyčiui* (klientas išsako ir atskleidžia savo nepasitenkinimą/ pasitenkinimą esama situacija);
- *pasiryžimas pokyčiui* (siekimas pagerinti savo socialinį funkcionavimą) (Gold, 1990);
- *asmeninio artumo tipas* (klientas atskleidžia bendravimo ir kontaktų su aplinkiniais palaikymo būdą)(Bachelor, 1992);
- *savęs ir aplinkos suvokimas* (asmuo parodo, kaip jis suvokia save ir skirtingas aplinkas). Negalia gali paveikti kliento vertybes, interesus, asmeninius prioritetus. Tai reiškia, kad svarbu pertvarkyti vertybių sistemą (Kelly, Keany, Glueckauf, 1999).

Planavimas: remdamiesi nustatytais poreikiais PSR specialistas ir klientas sudaro psichosocialinės reabilitacijos intervencijų planą, kuriame nustatomi įgūdžių ugdymo(si) ir paramos kūrimo tikslai, numatomos konkrečios intervencijos užsibrėžtam tikslui pasiekti.

Intervencijų taikymas: čia svarbiausią vaidmenį užima socialinių įgūdžių ugdymas ir pagalbos priemonės, orientuotos į asmens funkcionavimą (Anthony, Cohen, Farkas, 1998).

Remiantis visa išstudijuota mokslinė literatūra pastebėta, jog PSR procese dominuoja ne tik **intensyvi klinikinė reabilitacija kol pacientas gydomas ligoninėje**, bet ir **tolimesnis socialinės reabilitacijos etapas po stacionarinio gydymo**.

Tolimesnis socialinės reabilitacijos etapas po stacionarinio gydymo skaidomas į du pagrindinius etapus: *bendruomeninis* ir *psichosocialinė reabilitacija namų sąlygomis*.

Bendruomeninio etapo pagrindinis **tikslas** – išlaikyti paciento darbingumą ir užkirsti kelią ligos progresavimui. Užsibrėžtam tikslui pasiekti išskelti šie **uždaviniai**:

- Vertinti kliento funkcinę būklę.
- Skatinti kliento fizinį aktyvumą.
- Skatinti kliento savarankiškumą.
- Koreguoti psichologinę reakciją į pasikeitusią socialinę būklę.
- Gydymas fiziniais veiksniais, darbo terapija.
- Profesinė orientacija ir profesinė reabilitacija gyvenimo būdui formuoti.

Psichosocialinė reabilitacija namų sąlygomis organizuojama tik tam tikrai kategorijai klientų, nes šiomis sąlygomis sudaryti lygiavertę reabilitaciją yra labai sudėtinga. Jos pagrindiniai **uždaviniai** – išmokyti savarankiškumo bei autotreningo.

1.5. Psichosocialinės reabilitacijos tikslinės grupės, jų teisinę padėtį reglamentuojantys įstatymai; vykdytojai ir interdisciplininis bendradarbiavimas

Psichosocialinės reabilitacijos tikslinės grupės, jų teisinę padėtį reglamentuojantys įstatymai

Labai išsamiai apie psichosocialinės reabilitacijos tikslines grupes kalbėjo autorius A. Germanavičius (2008). Jis pabrėžė, kad *plačiąja prasme* psichosocialinė reabilitacija gali būti taikoma asmenims, dėl įvairių priežasčių patiriantiems socialinę atskirtį, neturintiems lygių galimybių ar patiriantiems bet kokią diskriminaciją. Tai ilgalaikiai bedarbiai, homoseksualai, fizinės, proto ar psichikos negalės asmenys, priklausantys nuo alkoholio ar narkotikų, kaliniai, vienišos jaunos motinos, užsikrėtę ŽIV ar sergantieji AIDS asmenys ir kt.

Siaurąja prasme PSR taikoma psichikos negalios ir sutrikusio intelekto asmenims. **Sutrikusio intelekto asmenys** – tai raidos sutrikimų turintys vaikai ir suaugusieji, kuriems susiformuoja intelekto deficitas, lydimas adaptacijos ir elgesio sutrikimų. **Psichikos negalios asmenys** – tai suaugusieji, sergantys šizofrenija ar turintys kitų psichozinių sutrikimų, sunkių ir ilgalaikių depresinių ar dvipolių nuotaikos sutrikimų, sergantys organinėmis galvos smegenų ligomis, sergantys epilepsija, asmenys, kuriems sutrikusi organizmo medžiagų apykaita ir t.t.

Galima daryti išvadą, kad PSR reikalinga tiems asmenims, kuriems psichikos ir elgesio sutrikimai sukelia sunkią negalią, t.y. kai dėl šių sutrikimų prarandami savarankiško funkcionavimo bendruomenėje įgūdžiai, kai klientų sugebėjimai atlikti tam tikras funkcijas yra riboti.

Žmonių su negalia teises reglamentuoja Lietuvos Respublikos įstatymai, taip pat Lietuvos Respublikos Konstitucija, o tam tikras aktualias sritis – atskiri įstatymai ar tarptautiniai teisės aktai. Detaliau pateikti ir aprašyti tik naujesni (nuo 2002m.).

2004 metais priimtas **Lietuvos Respublikos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas**, kuris įsigaliojo nuo 2005 m. liepos 1 dienos. Iki tol dominavo **LR invalidų socialinės integracijos įstatymas**. Naujuoju įstatymu: teisiškai įtvirtinamos neįgaliųjų teisės, užtikrinama apsauga nuo diskriminacijos, numatomos neįgaliųjų socialinės integracijos prielaidos ir sąlygos. Naujojo įstatymo svarbiausias principas - naujai įvertinama žmogaus negalia ir jam atsiveriančios galimybės. Neįgalusis žmogus gali rinktis, ką jis nori ir sugeba daryti, o visuomenės pareiga - padėti jam tai pasiekti.

2006 m. rugpjūčio mėn. 25 d. Jungtinių Tautų (toliau – JT) Generalinės Asamblėjos komitetas patvirtino **Konvencijos**, ginsiančios neįgalių žmonių teises, tekstą. Tai pirmasis bandymas įpareigoti visas tarptautinės bendruomenės valstybes gerbti neįgalių žmonių teises.

Konvencijoje numatoma, kad valstybės turės priimti naujus įstatymus dėl Konvencijoje numatytų neįgaliųjų teisių įgyvendinimo ir privalės panaikinti visa, kas susiję su neįgaliųjų diskriminacija. Konvencijos tekstas numato specialios komisijos sukūrimą, kuri rūpinsis ir prižiūrės kaip valstybės įgyvendina šioje Konvencijoje išvardintas neįgaliųjų teises.

2002 m. parengta **Nacionalinė žmonių su negalia socialinės integracijos 2003 – 2012 m. programa** (Valstybės žinios 2002, Nr. 57-2335) – nustatanti valstybės formuojamos neįgaliųjų medicininės, profesinės, socialinės reabilitacijos ir integracijos politiką. Programos tikslas – siekti lygių galimybių žmonėms su negalia.

LR Socialinių paslaugų įstatymas (2006) reglamentuoja, kas socialinių paslaugų tikslas – sudaryti sąlygas klientui (šeimai) ugdyti ar stiprinti gebėjimus ir galimybes savarankiškai spręsti savo socialines problemas, palaikyti socialinius ryšius su visuomene, taip pat padėti įveikti socialinę atskirtį. 25 str. akcentuojama, kad socialinių paslaugų teikimas ASPĮ turi tikslą užtikrinti pacientų, vaikų ir pagyvenusių žmonių, neįgalių asmenų, kitų rizikos grupėms priklausančių asmenų socialinį saugumą, jų psichikos sveikatos priežiūrą ir psichosocialinę reabilitaciją.

2006 m. Socialinių paslaugų kataloge siekiama sumažinti ar išvengti socialinės atskirties, skatinant aktyvią neįgaliųjų asmenų savipagalbą bei stiprinant gebėjimus keistis, tobulėti ir patiems spręsti iškylančias problemas.

2005 m. sausio 12 – 15 d. Suomijoje priimti du svarbūs dokumentai: „**Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija**“ ir „**Europos psichinės sveikatos apsaugos veiksmų planas**“, kuriuose paminėta kova su neigiamu visuomenės požiūriu ir diskriminacija – pažeidžiamų grupių ir socialiai nušalintų interesų ginimas bei visuomenės psichinės gerovės ugdymas.

Svarbią reikšmę turi 2006 m. Europos Tarybos priimtas **Veiksmų planas „Dėl neįgalių asmenų teisių ir visapusio dalyvavimo visuomenėje skatinimo: žmonių, turinčių negalią, gyvenimo kokybės gerinimas Europoje 2006-2015“**. Planas, aprėpia visas pagrindines neįgalių asmenų gyvenimo sritis. Šias pagrindines sritis atspindi 15 veiklos krypčių, kurios nusako pagrindinius tikslus ir specifinius veiksmus, kuriuos turi įgyvendinti valstybės narės:

- Dalyvavimas politiniame ir visuomeniniame gyvenime;
- Dalyvavimas kultūriniame gyvenime;
- Informacija ir komunikacija;
- Švietimas;
- Užimtumas, profesinis orientavimas ir mokymas;
- Sukurta aplinka;
- Transportas;

- Bendruomenės gyvenimas;
- Sveikatos apsauga;
- Reabilitacija;
- Socialinė apsauga;
- Teisinė apsauga;
- Apsauga nuo prievartos ir smurto;
- Tyrimai ir plėtra;
- Supratimo stiprinimas.

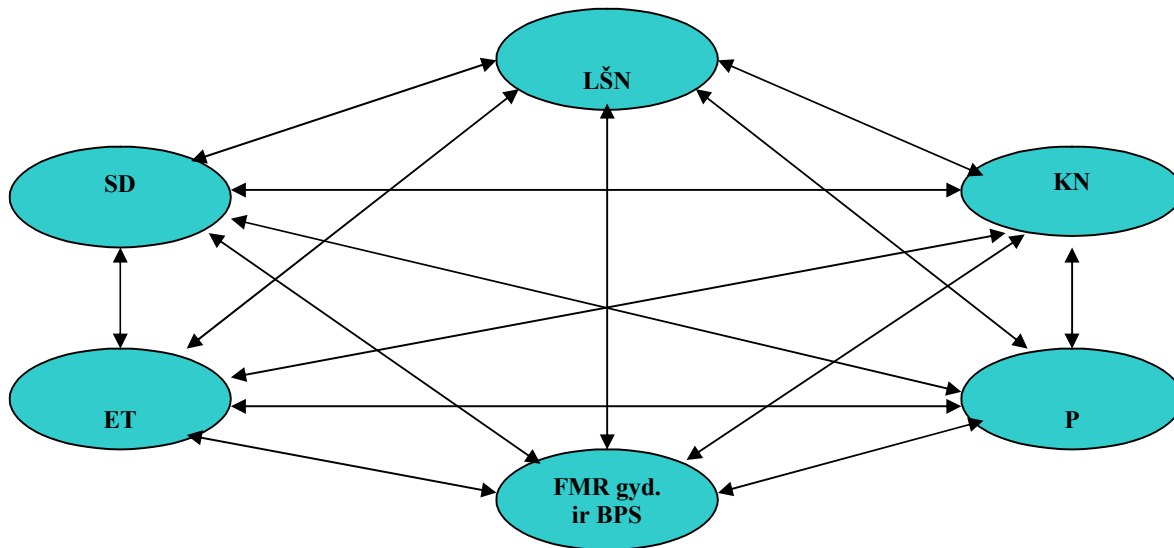
Planas taip pat apima diskriminavimo aspektus.

Europos Komisija parengė “**2010 – 2020m. Europos strategija dėl negalios. Tolesnis siekis kurti Europą be kliūčių**”. Išskirtos 8 svarbios veiksmų sritys:

- **Prieinamumas.** Užtikrinti prekių, paslaugų, įskaitant viešąsias paslaugas, ir pagalbinių įtaisų prieinamumą neįgaliesiems.
- **Dalyvavimas.** Spręsti judėjimo ES viduje problemas, pereiti nuo priežiūros institucijose prie priežiūros bendruomenėse, užtikrinti sporto, laisvalaikio, kultūros ir rekreacinių organizacijų ir veiklos prieinamumą.
- **Lygybė.** Panaikinti ES diskriminaciją dėl negalios.
- **Užimtumas.** Suteikti galimybę žymiai didesniai neįgaliųjų skaičiui užsidirbti pragyvenimui atviroje darbo rinkoje.
- **Švietimas.** Skatinti, kad neįgalūs vaikai ir suaugę asmenys galėtų lygiai su visais naudotis išsilavinimo prieinamumu, turėtų galimybę gauti išsilavinimą įtraukties aplinkoje atsižvelgiant į specifinius poreikius.
- **Socialinė apsauga.** Sudaryti neįgaliesiems tinkamas gyvenimo sąlygas.
- **Sveikata.** Skatinti, kad neįgalieji turėtų vienodas galimybes pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis ir susijusia infrastruktūra.
- **Išorės veiksmai.** Skatinti spręsti neįgaliųjų teisių klausimus vykdant ES išorės veiksmus (pvz. didinti informuotumą apie negalios klausimus ES atstovybėse, stiprinti atsakingų už neįgaliųjų reikalaus asmenų tinklą, užtikrinti, kad šalyse kandidatėse būtų labiau paisoma neįgaliųjų teisių ir pan.).

Psichosocialinės reabilitacijos vykdytojai ir interdisciplininis bendradarbiavimas

Psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikia *tarpdisciplininė* specialistų komanda, kurią sudaro: gydytojai P - psichiatrai (suaugusiųjų psichiatras, priklausomybės ligų psichiatras, vaikų psichiatras), psichologas, psichoterapeutas, FMR – fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, BPS – bendrosios praktikos slaugytojas, SD - socialinis darbuotojas, ET – ergoterapeutas, KN - kineziterapeutas, LŠN – ligonis ir jo šeimos nariai (žr. 5 pav.).



5 pav. Interdisciplininis komandos modelis

Šaltinis: Reabilitacijos ir fizioterapijos pagrindai, 2008, p.22

Išsiaiškinta, kad tarpdisciplininę komandą dar papildė užimtumo terapeutai bei teisininkai. 5 paveikslas rodo, kad šio komandos modelio veikloje dalyvauja įvairūs specialistai, tarp kurių dominuoja glaudūs horizontalūs komunikaciniai ryšiai, pasižymintys **interdisciplininio bendradarbiavimu** ir informacijos skleidimu tarpusavyje. Bronstein (2003) pažymėjo, **tarpdisciplininis bendradarbiavimas** susijęs su kooperacija, bendravimu, koordinavimu ir partneryste. Komandoje smulkiai išanalizuojama kliento problemos esmė, jos sprendimo būdai ir parenkama efektyviausi gydymo metodai.

Apibendrinimui svarbu pažymėti, kad psichosocialinės reabilitacijos vykdytojai yra išipareigoję gilintis, kaip vyksta interdisciplininis bendradarbiavimas, kuris susijęs su viso proceso efektyvumu, paslaugų klientams modernizavimu bei profesine raida, ir jį nuolat vertinti.

Institucijos, kuriose teikiama psichosocialinė rehabilitacija

Norint padėti asmenims su psichikos negalia pagerinti jų gyvenimo kokybę ir savarankiškumą, kad jie galėtų aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime, Lietuvoje psichosocialinės rehabilitacijos paslaugos teikiamos:

- psichiatrinėse ligoninėse;
- dienos stacionaruose;
- dienos centruose;
- pacientų klubuose;
- psichosocialinės rehabilitacijos centruose;
- bendruomenės psichikos sveikatos centruose (angl. *Community Mental Health centers* – CMHC);
- ligonių vasaros stovyklose.

A. Germanavičius (2008) pastebėjo, siekiant pagerinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina nuolat tirti klientų poreikius ir jų nuomonę, taikant standartizuotas tyrimo metodikas bei gautus rezultatus lyginti su paslaugų teikėjų rezultatais Lietuvoje bei kitose šalyse. PSC paslaugos psichikos sveikatos problemų turintiems klientams turi būti organizuojamos taip, kad jų vartotojai galėtų būti kuo savarankiškesni ir dalyvauti visuomenės gyvenime, todėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos kuo mažiau ribotoje aplinkoje.

1.6. Psichosocialinės rehabilitacijos metodika Lietuvoje

PSR metodai yra taikomi priklausomai nuo pasirinkto modelio ir teikimo sąlygų. Išstudijuotoje literatūroje (Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje, p.53, 54, 55) išskiriami šie esminiai PSR **metodai**:

- Rehabilitacijos metodai, skirti gyvenimo tikslams pasiekti.
- Bendruomeninė rehabilitacija.
- Rehabilitacijos metodai, skirti profesiniams (darbo) tikslams pasiekti.

Rehabilitacijos metodai, skirti gyvenimo tikslams pasiekti stacionare

- *Mileu terapija* – tai terapinės bendruomenės sukūrimas, kai skyriuje nedidelėms pacientų grupėms vedama grupinė terapija;

- *Ekonominis dovanų – paskatinimo modelis*, kai pacientų pastangos yra įvertinamos dovanomis, paskatinimais;
- *Efektyvus išlyginamasis modelis*, kai Mileu terapija derinama su socialinio mokymo programa ir vykdoma visavertė slaugos programa stacionare;
- *Institucinės psichoterapijos taikymo modelis*, kai stacionare taikoma psichodinaminė psichoterapija bei vystomos bendruomeninės tarnybos, taikomas komandinio darbo metodas bei vystomas priežiūros tęstinumas, pasitelkus įvairias paramos rūšis.

Bendruomeninė reabilitacija

Išnagrinėti autoriai išskiria šias bendruomeninės pagalbos programas:

- Krizių arba paūmėjimų įveikimo mobilios tarnybos;
- Būsto programa;
- Pašalpų sistema;
- Teisių apsaugos tarnyba;
- Atvejų vadyba;
- Multidisciplininės komandos programa;
- Ilgalaikio medikamentų vartojimo programa;
- Psichoterapijos programa;
- Socialinių įgūdžių mokymo programa;
- Intervencijos į šeimą programa;
- Dienos programos (dienos stacionarai, PSR centrai).

Reabilitacijos metodai, skirti profesiniams (darbo) tikslams pasiekti

Kiekviena valstybė turi pripažinti, asmenys su negalia turi teisę naudotis žmogaus teisėmis, ypač įdarbinimo srityje - jie privalo turėti lygias galimybes gauti produktyvų ir gerai apmokamą darbą darbo rinkoje. Juk pagrindinė asmens materialinės gerovės garantija – jo teisė dirbti ir gauti uždirbtą atlyginimą, o papildomos garantijos – piniginė, socialinė parama, kompensuojanti dėl negalios ar darbingumo netekimo prarastas pajamas.

Darbinė reabilitacija yra pagrindinis psichosocialinės reabilitacijos elementas, nes darbas gerina ne tik veiklą, socialinius kontaktus, bet taip pat padeda pasiekti naudos tokiose srityse kaip savigarba ir gyvenimo kokybė.

2005 m. rugsėjo 22 d. buvo pristatytas projektas „Žmonių su proto ir psichikos negalia įdarbinimas“. Pabrėžta, kad projektas skirtas proto ir psichikos negalią turintiems žmonėms bei

jų šeimos nariams. Trukmė gana didelė – 30 mėnesių. Išskirtos objektyvios ir subjektyvios problemos, paskatinusios sukurti šį projektą:

- darbinio reabilitavimo sistemos nebuvimas;
- neskatinantys teisiniai pagrindai;
- darbdavių pasyvumas;
- prasta pašalpų ir pensijų sistema;
- neįgaliųjų baimė prarasti pensijas ar pašalpas;
- neįgaliųjų savęs nuvertinimas;
- darbo asistentų vaidmens neužtikrinimas;
- nesudarymas teisinių lengvatų tėvams ir globėjams.

Pagrindinis projekto tikslas - tobulinti viešąją politiką ir paslaugas neįgalieisems įdarbinimo srityje.

Aiškus faktas, žmonėms, turintiems psichikos negalią, yra labai sunku įsidarbinti ir tai lemia keletas svarbių priežasčių:

- aukos vaidmuo;
- nepakankamai aiškus savo norų ir galimybių suvokimas;
- pasitikėjimo savimi stoka;
- savarankiškumo stoka;
- valstybė neužtikrina ilgalaikės psichosocialinės pagalbos įsidarbinantiems žmonėms su negalia;
- darbdaviai dažniausiai nori darbuotojo visam etatui;
- darbdaviai vis dar mano, kad neįgalusis – problema.

Remiantis visa išnagrinėta mokslinė literatūra, galima padaryti išvadą, kad valstybei neįgaliųjų žmonių įdarbinimas būtų naudingas, nes darbdavį visų pirma remia valstybė, neįgalieji labiau vertina darbą, jie lojalesni. Būtina sukurti psichikos negalią turintiems žmonėms paslaugų centrą, nes kaip išsiaiškinta, darbo asistentų Lietuvoje trūksta.

1.7. Užimtumo ir meno terapija psichosocialiniame darbe

Žmonės, turintys psichikos negalią, nori turėti tokias pat gyvenimo sąlygas kaip ir sveiki asmenys. Jie trokšta būti patikimi ir gerbiami kaip autonomiškos asmenybės kasdieniniame gyvenime; įgyjant norimą ir jų galimybes atitinkantį išsilavinimą bei darbą; palaikant socialinius

santykius; dalyvaujant visuomenės gyvenime turint lygias teises. To jie gali pasiekti dalyvaujant **užimtumo terapijoje**.

Užimtumo terapeutai skiria penkis užimtumo terapijos **tikslus**:

1. Padėti klientui įgyti naujų įgūdžių.
2. Sustiprinti kliento stipriąsias puses.
3. Kelti kliento pasitikėjimą savimi.
4. Per veiklą suteikti klientui pasitenkinimo.
5. Veikla suteikia galimybę įvertinti kliento vaidmenų atlikimą ir pažangą.

Užimtumo terapijos procesas

Užimtumo terapija kaip psichosocialinės reabilitacijos metodas, turi taip pat savo procesą. Lyginant su psichosocialinės reabilitacijos procesu, panašumas yra tas, kad pirmieji trys etapai visiškai yra identiški, o skirtumas - tas, kad užimtumo terapijos procese atsiranda ketvirtasis etapas – **vertinimas**. Ketvirtajame etape atliekama viso proceso ir gautų rezultatų **vertinimas**. Šis etapas vyksta viso užimtumo terapijos proceso metu. Vertinimas sudarytas iš dviejų dalių:

1. Vertinamas klientas bei visas procesas.
2. Socialinis darbuotojas/specialistas vertina save viso proceso metu.

Užimtumo terapijoje psichikos sutrikimų turintiems asmenims yra naudojama daugelis pačių įvairiausių **veiklų**. Remiantis išnagrinėtais autoriais, išskirta terapinės veiklos įvairovė: populiariausios veiklos bei kiekvienos veiklos tikslas (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Terapinės veiklos įvairovė

	Užduočių atlikimo veikla	Socialinė veikla	Bendravimo ir dalijimosi veikla	Psichoterapinė veikla
Tikslas	Pagerinti kasdieninio gyvenimo, darbo, užduočių atlikimo gebėjimus.	Suteikti klientams pasitenkinimą ir lavinti laisvalaikio praleidimo gebėjimus	Skatinti dalintis patirtimi, paremti bei padrašinti vienas kitą.	Įgauti galimybę tyrinėti klientui savo jausmus, pasąmoninius poreikius ir tarpusavio ryšius.
Populiariausios veiklos	Maisto gaminimas, įvairios neįgaliųjų dirbtuvės, sodininkystė, orientavimosi realybėje veikla (atmintį lavinantys žaidimai).	Krepšių pynimas, fotografija, įvairūs sportiniai žaidimai, stalo žaidimai.	Dramos terapija: žaidimai vaidmenimis ir komunikaciniai pratimai.	Psichodrama per žaidimus vaidmenimis.

Šaltinis: sudaryta pagal A. Urbonavičienė, Brijūnaitė, 2007

A. Urbonavičienė (2007) išaiškino, kad žmogui su proto negalia saviraiška dažnai yra vienintelė galimybė pasiekti ugdymo ir socializacijos tikslus. Per savo jausmus ir saviraišką jie bando suvokti save kaip asmenybę.

Menas – viena seniausių žmogaus kūrybinės, emocinės, jausmų ir minčių saviraiškos priemonių, leidžia atskleisti suvokiamą ir nesuvokiamą žmogaus vidinę ir išorinę realybę. Šiuo požiūriu, menas tampa labai dėkinga erdve psichoterapiniams tikslams įgyvendinti (Kučinskienė, 2006).

Norima apžvelgti esminius meno terapijos metodus, taikomus Lietuvos psichosocialinės reabilitacijos centruose.

Vienas iš meno terapijos metodų, pradėtų taikyti psichosocialinės reabilitacijos centruose – **muzikos terapija**, vis labiau tampanti aktualiu pagalbos klientams būdu. Šių laikų mokslininkai ir medikai ištyrė ir padarė išvadą, kad be medikamentų ir fizioterapijos priemonių, muzika padeda žmonėms kenčiantiems nuo depresijos, pykčio, baimės, streso. Be to, ji turi teigiamos įtakos ne tik psichologijai, bet ir fiziologijai: muzika suteikia atsipalaidavimą, skatina miegui, aktyvuoja kūną, gerina atmintį bei suvokimą.

Meno terapijas detaliai išstudijavo Brijūnaitė, 2007 (40, 41, 42p.). Ji išskyrė, kad **muzikos terapija** – tikslingas sistemingai organizuotas muzikos poveikio, muzikinių išgyvenimų bei užsimezgusių terapeuto ir kliento santykių procesas, padedantis palaikyti ar atgauti fizinę ar dvasinę sveikatą bei gerą savijautą.

Piešimo terapija remiasi meno ir kognityvinės terapijos teorija bei principais. Šios terapijos tikslas – psichikos sveikatos gerinimas per piešimą, lavinant kūrybišką mąstymą, skatinant pasitikėjimą savimi, gerinant bendravimo, dėmesio sutelktumo įgūdžius.

Poetikos / poezijos terapija – anot Sučylaitės (2000), leidžia neįgaliesiems išsakyti apie patirtą psichinę traumą, moko išreikšti mintis ir jausmus, mažina emocinę įtampą, didina pasitikėjimą savimi, padeda integruotis į visuomenės gyvenimą.

Šokio terapija Lietuvoje taikoma dar palyginti retai. Šokis gerina ne tik erdvės suvokimą, koordinaciją, priverčia dirbti visas kaulų bei raumenų grupes ir pakelia nuotaiką, bet ir gali būti pritaikytas kaip šeimos (poros) psichoterapija.

Progresyvi raumenų relaksacija arba judesio terapija – tai atsipalaidavimo metodas, pagrįstas tuo, kas atpalaidavęs kūną žmogus atsipalaiduoja ir psichologiškai. Taikant šį metodą, mažėja nerimas, retėja panikos priepuoliai, mažėja depresija, gerėja miegas.

Brijūnaitė, 2007 (p.50) **biblioterapiją** apibūdino kaip interakcinį procesą, kuriame sąveikauja grožinė literatūra, klientas ir profesionalus terapeutas. Nuo kitų terapijų ji skiriasi tuo,

kad tarp terapeuto ir kliento yra tarpininkė – grožinė literatūra, padedanti rasti raktą į asmenybę, nesugebančią žodžiais išsakyti savo jausmų.

Įrodyta, kad sumaniai taikoma meno terapija iš tiesų gali padėti asmenims, kurie naudojami psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis, išspręsti psichologines problemas, atsipalaiduoti, patirti kūrybinį malonumą.

II. SOCIALINIS DARBAS PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS CENTRUOSE

2.1. Socialinio darbo profesija ir psichosocialinė rizika dirbant psichosocialinės rehabilitacijos centruose

Tarptautinė socialinių darbuotojų federacija akcentuoja, kad „Socialinio darbo profesija skatina socialinį pokytį, žmonių tarpusavio santykių problemų sprendimą, siekia įgalinti ir išlaisvinti žmones, siekiant gerovės“. Mokslinėje literatūroje atrasta, kad įvairių šalių socialinių darbuotojų susitarimu, šiuo metu pagrindiniai socialinio darbo, kaip profesijos, **tiksiai** yra skurdo mažinimas, stabilumo palaikymas ir socialinių pokyčių inicijavimas įgyvendinant socialinį teisingumą ir žmogaus teises.

Pasak Johnson C. Louise (2001), socialinis darbuotojas yra *pagalbininkas*, kuris savo jėgas, gebėjimus skiria kitiems žmonėms, padeda jiems patenkinti savo poreikius ir išspręsti problemas pačiu geriausiu būdu. Socialinis darbuotojas yra *profesionalas*, besinaudojantis socialinio darbo žiniomis, vertybėmis ir įgūdžiais. Šis autorius socialinių darbuotojų apibūdinimui išskėlė tam tikrus kriterijus:

- turi pozityvų požiūrį į kitus žmones ir jų elgesį;
- nesavanaudiškai rūpinasi kitais ir jų gerove;
- yra atviras, šiltas, pasitikintis, draugiškas ir sąžiningas;
- dirba ne dėl žmonių, kuriems reikia padėti, bet su jais;
- atsiliepia į žmogaus jausmus, o ne pasikliauja kokio nors metodo panaudojimu;
- yra subrendęs, moka priimti sprendimus, kitiems padėdamas yra pasirengęs rizikuoti;
- žmogaus gyvenimo situacijas vertina realiai, atsižvelgia į pokyčius ir laiką, kurio reikia, kad įvyktų pokytis;
- gali pamiršti savo poreikius dėl kitų; nėra impulsyvus;
- yra empatiškas.

Tuo tarpu, R. Tidikis (2002), socialiniams darbuotojams pateikė kelis privalomus pagrindinius **dorovinius principus**:

- žmoniškumo principas;
- meilės ir atjautos principas;
- altruizmo principas;
- lygiateisiškumo principas;
- tolerancijos principas;
- pagarbos principas.

XXIa. Lietuvoje yra nusistovėjusi nuostata, kad socialinis darbuotojas yra kaip *labdaros dalintojas*, tiriantis, kontroliuojantis kitų žmonių gyvenimus. Toks požiūris į socialinį darbuotoją atsispindi Lietuvos teisiniuose aktuose, kur socialinės paslaugos yra susijusios su labdaros ir kitų gėrybių paskirstymu, kuriuose pabrėžta, kad visos paslaugos gali būti teikiamos tik įvertinus žmogaus turimą turta, o būtent už tai yra atsakingas socialinis darbuotojas.

Socialiniai darbuotojai, dirbantys psichosocialinės reabilitacijos centruose, vadovaujasi ne tik Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro bei Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymais, bet ir Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų katalogu, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Socialinių darbuotojų etikos kodeksu, Socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatais.

Šiandien Lietuvoje tapo aktualu kalbėti apie socialinį darbą dirbančių profesionalų darbo riziką. Tyrimais įrodyta, kad socialiniai darbuotojai, kurių darbo esmę ir turinį sudaro dažni ir intensyvūs kontaktai su protinę negalią turinčiais žmonėmis, patiria stiprius psichinius krūvius, kurie ilgainiui pasireiškia emociniu išsekimu, intereso darbui praradimu, bendravimo sutrikimais, prasta savijauta. Visus šiuos bruožus jungia viena sąvoka – **profesinis perdegimas**. Kitaip tariant, tai streso fone susiformavęs **sindromas**, ilgainiui išsekiantis socialinio darbuotojo emocinius ir asmeninius resursus. Darbuotojai vis dažniau kreipiasi į gydymo įstaigas, pažeidžiami darbo laiko grafikais, daugėja nedarbo dienų, nesaugaus elgesio atvejų, nelaimingų atsitikimų, priimami netinkami sprendimai; blogėja organizacijos prestižas. Visa tai atsiliepa darbo kokybei ir, žinoma, darbuotojų sveikatai.

2007m. Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija užsakė socialinių darbuotojų patiriamos psichosocialinės rizikos žvalgomąjį tyrimą. Tyrimu siekta išsiaiškinti, ar socialiniai darbuotojai darbe patiria psichosocialinę riziką ir kokios, respondentų manymu, yra priežastys, kokią įtaką socialiniams darbuotojams daro psichosocialiniai rizikos veiksniai. Tyrimo rezultatai atskleidė, jog vis dėlto socialiniai darbuotojai darbe patiria psichosocialinę riziką ir tai siejama su dideliu darbo krūviu bei menku atlyginimu. Darbe patiriamas stresas, kuris turi įtakos sveikatai, priimami netinkami sprendimai, didėja specialistų kaita ir blogėja socialinių paslaugų įstaigos prestižas.

Vienas iš efektyvių būdų, galinčių padėti socialiniam darbuotojui užkirsti kelią profesinio „perdegimo“ atsiradimui – dalyvavimas *supervizijose* (Hawkins, Shohet, 2006). *Supervizija* – tai „*profesinių santykių konsultavimas, skatinantis darbuotoją, grupę, komandą įsivertinti savo profesinę veiklą ir numatyti jos tobulinimo kryptis, siekiant plėtoti darbuotojų kompetenciją ir didinti organizacijos efektyvumą*“ (Association of National Organizations for

Supervision in Europe, Kiaunytė, 2008). Supervizija – paplitusi praktika daugelyje Vakarų Europos šalių. LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu (Nr. A1-92) socialinių darbuotojų supervizija yra įrašyta kaip viena iš kvalifikacijos kėlimo formų ir pripažįstama atestacijos metu (Švedaitė – Sakalauskė, 2009).

Išnagrinėtoje mokslinėje literatūroje išskiriamos šios supervizijos formos: 1) *individuali supervizija* – skirta individualiam darbuotojo augimui ir orientuota į jo poreikius; 2) *grupinė supervizija* – skirta stiprinti bendradarbiavimo efektyvumą ir gebėjimą spręsti tarpasmeninius konfliktus; 3) *komandos supervizija* – orientuota į komandos vystymąsi, siekiant tobulinti, gerinti komandinį darbą, aiškinantis komandos narių vaidmenis, atsakomybių pasiskirstymą; 4) *organizacijos supervizija* – tai būdas nustatyti, kokios supervizijos formos reikia socialiniams darbuotojams (Naujanienė, 2007). Kai kuriose šalyse taikoma *intervizija (peer supervision)*, t.y. supervizija be supervizoriaus – iš esmės ji panaši į grupinę superviziją, tačiau joje nėra formalaus lyderio, todėl visi nariai dalyvauja kaip lygūs (Hawkins, Shohet, 2000, 2006). Intervizija Lietuvoje dar nėra taikoma.

Kiekviena iš išnagrinėtų supervizijų turi savo paskirtį ir tikslą, tačiau galima pabrėžti, kad visas jas jungia vienas bendras tikslas - sustiprinti socialinio darbuotojo, dirbančio su psichikos neįgaliaisiais, profesinį augimą ir tobulėjimą.

2.2. Socialinio darbuotojo, dirbančio psichosocialinės reabilitacijos centre, profesinės kompetencijos

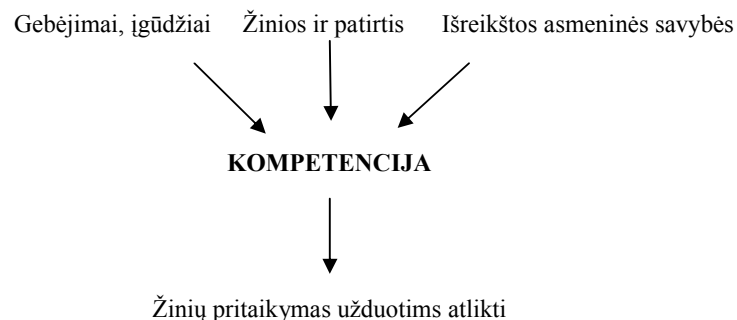
Socialinių darbuotojų rengimas Lietuvoje pradėtas nuo 1991m. Lietuvoje iki 2005m. iš viso buvo parengta apie 2,8 tūkst. diplomuotų socialinio darbo specialistų, turinčių universitetinį, aukštąjį arba aukštesnįjį socialinio darbo išsilavinimą. 2008 m. socialinio darbo studijų krypties reglamente apibrėžtos reikalingos kvalifikacijos ir kompetencijos. Reikalinga kompetencija, kuri parodytų, ar asmuo turi reikiamų žinių, gebėjimų, įgūdžių, vertybių atlikti savo darbą. Tai akcentuojama įvairiuose dokumentuose (LR švietimo įstatyme (2003), LR socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų kvalifikaciniuose reikalavimuose (2006), Socialinio darbo studijų krypties reglamente (2008), Socialinio darbuotojo rengimo standarte, čia nurodomos veiklos sritys, kuriose akcentuojamas kompetencijos ugdymas (2008). Socialinių darbuotojų kompetencijos apibrėžiamos Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodekse (1998), kuriame įvardijama, ką socialinis darbuotojas turi gebėti ir kaip elgtis (per asmenines savybes ir jų vystymą).

Lietuvos mokslininkai bei praktikai taip pat nagrinėjo socialinių darbuotojų kompetencijas ir kvalifikaciją. A. Bagdonas (2001) analizavo socialinių darbuotojų kompetencijų ir kvalifikacijos

ypatumus. Šių darbuotojų kompetencijas ir nuolatinio mokymosi galimybes nagrinėjo V. Ivanauskienė ir L. Varžinskienė (2003), tos pačios autorės (2004) aptarė žinių reikšmę jų kompetencijose. A. Kiaunytė ir I. Dirgėlienė (2005) atskleidė glaudų teorijos ir praktikos ryšį socialinių darbuotojų kompetencijos raidoje.

Kiekvienas autorius pateikia savo kompetencijos sąvokos aiškinimo būdą, nes tai yra daugiareikšmė sąvoka, tačiau visi mokslinėje literatūroje nagrinėjami apibrėžimai yra panašūs. L. Jovaiša (2007, p.121) kompetenciją apibūdina dviem būdais: 1) **kompetencija** – profesinio ugdymo reikalavimų įgyvendinimo *kokybė*, 2) tai yra specializuota veiklos *kokybė*, suteikiama baigus atitinkamos pakopos nuosekliąsias studijas ar profesines mokyklas. R. Laužacko (2005, p.18) teigimu, **kompetencija** – *gebėjimas* atlikti tam tikrą operaciją ar užduotį realioje ar imituojamoje veiklos situacijoje. Kompetenciją lemia per mokymosi studijas įgytos žinios, gebėjimai, turimi požiūriai ir vertinimai. Jos kokybę lemia socialinio darbuotojo sukaupta patirtis. Autorius Sokol (2001) **kompetenciją** apibūdino kaip būtinų darbo uždaviniui ar vaidmeniui atlikti mokėjimo įgūdžių, žinių bei gebėjimų *derinį*. Knygoje „Socialinis darbas švietimo sistemoje“ kompetencijos sąvoka apibūdinama kaip efektyvios veiklos *demonstravimas*, *sugebėjimas* atlikti pateiktas užduotis realioje ar imituojamoje darbo situacijoje, antra – tai *gebėjimas* pagal kvalifikaciją, žinias, įgūdžius gerai atlikti veiklą, ir trečia – *įgaliojimai* ką nors daryti, veikti (Kučinskas, Kučinskienė, 2000, p.205). M. Andrašiūnienė (2007, p.54) pritarė nurodytiems autoriams ir pridėjo prie kompetencijos sąvokos *kvalifikuotą žinojimą*, kurio pagrindas – *kvalifikacija*.

Remiantis išstudijuota literatūra, matyti, kad socialiniame darbe yra labai svarbios išskirtos šios kompetencijos sudėtinės dalys: žinių ir gebėjimų turėjimas, vadovavimasis tam tikromis vertybinėmis nuostatomis (žr. 6 pav.).



6 pav. Kompetencijos sąvoka

Žinios kaip kompetencijos turinio dalis. Kaip teigė, B. Miniotienė ir I. Žindžiuvienė (2006, p.88), **žinios** yra kolektyvinė sąvoka, taikoma tam tikros profesinės veiklos praktinėje veikloje ar *bendri duomenys, informacija, patirtis*, kurie yra būtini norint efektyviai dirbti. Dirbant socialinį darbą, didelis dėmesys skiriamas žinioms, kadangi žinios, socialiniam darbuotojui, dirbančiam PSR centre, yra vienas svarbiausių pagrindų, kuris padeda kompetentingai atlikti savo pareigas. B. Comptonas ir G. Galaway (1999) pabrėžė, kad socialiniam darbuotojui labai reikalingos yra *žinios apie asmeninį individo elgesį, adaptacijos būdus ir kas veikia adaptaciją; apie situaciją; bendruomenę, jos institucijas, ir įvairias išteklių struktūras*.

LR socialinės apsaugos ir darbo ministrės įsakyme Nr. A1-92 „Dėl socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašų patvirtinimo“ aiškiai pasakyta, kad socialinis darbuotojas, dirbantis PSR centre, turi turėti žinių apie Lietuvos socialinės apsaugos sistemą, socialinės apsaugos sritį reglamentuojančius teisės aktus, žmogaus teises, ES šalių socialinės paramos sistemas, o taip pat savo įgytomis teorinėmis socialinio darbo žiniomis ir praktiniais socialinio darbo gebėjimais turi visada dalintis su savo bendradarbiais, socialinių darbuotojų padėjėjais, socialinio darbo studentais ir kitais socialinį darbą dirbančiais asmenimis (Žin, 2006, Nr. 43-1569).

Kaip išsiaiškinta, socialinio darbuotojo profesinėje veikloje svarbus yra sociologijos, psichologijos, filosofijos, teisės pagrindų žinių aspektas (Dirgėlienė; Kiaunytė, 2005, p. 245). Socialinis darbuotojo profesijos aprašas byloja, kad gerą socialinio darbuotojo veiklą lemia psichologijos, socialinio darbo metodų, sociologijos, specialiosios pedagogikos, teisės, socialinių tyrimo metodų žinios ir gebėjimai, socialinio darbuotojo etikos kodekso išmanymas. Kritinis mąstymas ir valstybės politikos dokumentų kritinė analizė turi tapti kiekvieno socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, neatsiejama kompetencijos dalimi.

Gebėjimai kaip kompetencijos turinio dalis. *Kompetencijos yra funkciniai gebėjimai atlikti tam tikrą darbą, gebėjimai daugiau išreiškia kompetencijos turinį* (Martišauskienė, 2008, p. 63). L. Jovaiša „Enciklopediniame edukologijos žodyne“ (2007, p. 80) šią sąvoką pirmoje vietoje pavadina kaip fizinę ar psichinę *galią*, tam tikrą *veiksmą, poelgį*; vėliau – kaip mokėjimo *prielaidą* ir *padarinį*.

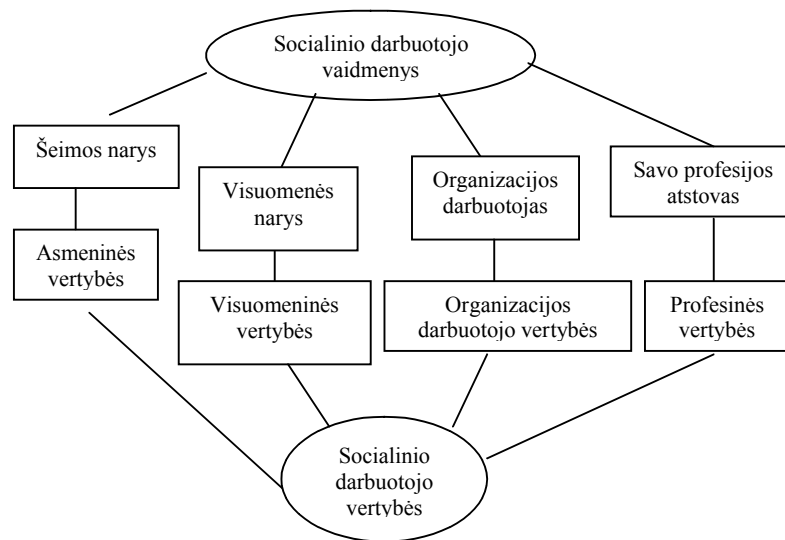
Socialinio darbuotojo rengimo standarte (2008) akcentuojama, jog sėkmingam socialinio darbuotojo darbui reikalingi šie bendrieji gebėjimai: *atsakingumas, organizuotumas, kūrybiškumas, savarankiškumas priimant sprendimus, kolektyvinis darbas, taktiškumas, tolerantiškumas, matematinis raštingumas, kompiuterinis raštingumas*. Remiantis asmenine

patirtimi, galima teigti, jog socialiniam darbuotojui, dirbančiam PSR centruose, svarbūs yra *užsienio kalbų gebėjimai*.

Igūdis kaip kompetencijos turinio dalis. Autorius L. C. Johnson (2001) **igūdžių** sąvoką aiškino kaip *mokėjimą* panaudoti žinias, talentą, asmenines savybes ir išteklius, ir suskirstė juos į 4 dalis: *informacijos kaupimo ir vertinimo; profesionalumo didėjimo ir panaudojimo; praktinės veiklos su individualais, grupėmis ar bendruomene; vertinimų*. Jis taip pat išryškino igūdžius, būtinus socialiniam darbuotojui, dirbančiam psichosocialinės reabilitacijos centre: *savęs suvokimas, empatija, požiūris į kitos rasės, lyties, amžiaus, seksualinės orientacijos, neigalius asmenis* ir t.t.

B. Švedaitė (2004) pateikė 3 pagrindines visuomenės sritis, kuriose socialinis darbuotojas, dirbantis PSR, privalo turėti šių igūdžių: 1) *suteikti pagalbą, kaip išvengti ekskliuzicijos* (iškritimas iš visuomenės); 2) *paramą asmenų inkluzijai* (pvz., išėjus iš įkalinimo įstaigos prisitaikyti gyventi visuomenėje); 3) *administruoti ekskliuziciją* (darbas socialinių paslaugų institucijose. Taigi galima daryti išvadą, jog socialinis darbuotojas turi išmanyti ir esančią šalies situaciją.

Vertybės kaip kompetencijos turinio dalis. **Vertybės** dažnai yra sutapatinamos su *įsitikinimais, veiklos motyvais, normomis, taisyklėmis*, tačiau vertybėms būdingas vienas svarbus ypatumas – *vertė yra kažkam priskiriama*. Ji neegzistuoja ir nepasireiškia savaime – tai visada vyksta individui atliekant socialinį vaidmenį (Vyšniauskienė, Minkutė, 2008, p.6). Magistriniame darbe paminėta, jog socialinis darbuotojas, dirbantis psichosocialinės reabilitacijos centruose, yra šeimos narys, organizacijos darbuotojas, visuomenės narys bei savo profesijos atstovas (žr. 7 pav.)



7 pav. Socialinio darbuotojo vaidmenys veikiančios vertybės

Šaltinis: sudaryta pagal Vyšniauskienė, Minkutė, 2008

Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodekse (1998) pabrėžta yra asmeninių principų svarba. Socialinis darbuotojas, atlikdamas savo darbą su neįgaliaisiais, turi kreipti dėmesį ne tik į visuomenės ar kliento, bet ir į savo asmenines vertybes. Šis svarbus dokumentas akcentuoja tokias socialinio darbuotojo vertybes kaip *artimo meilė, kantrumas, susivaldymas, teisingumas, išmintis, darbštumas, tikėjimas, viltis*. Tolerantiškumas, skirtumų suvokimas ir jų priėmimas – labai svarbios ir būtinos vertybės socialiniame darbe norint pasiekti užsibrėžtus tikslus.

Lietuvoje dar nėra iki galo išdiskutuota ir suprasta, kokias kompetencijas turi būti gerai įvaldęs socialinis darbuotojas, tačiau apibendrinus galima teigti, kad socialinio darbuotojo, dirbančio psichosocialinės rehabilitacijos centre, profesinė kompetencija – įgytų žinių, gebėjimų, įgūdžių ir etinių vertybių visuma, kuri yra labai svarbi socialinio darbo kokybei. Ji reikalauja nuolatinio socialinių darbuotojų tobulėjimo. Labai svarbu, kad socialiniai darbuotojai būtų įsitraukę į nuolatinio mokymosi procesą ir aktyviai jame dalyvautų taip didindami savo profesionalumą.

2.3. Socialinio darbo metodų taikymas psichosocialinės rehabilitacijos centruose

Pastaraisiais metais pasaulinėje socialinio darbo praktikoje išryškėjo praktikos ir plačiai taikomų socialinės pagalbos metodų integracijos tendencija. L. Gvaldaitė ir B. Švedaitė (2005) teigė, kad, praktinio darbo metodai yra bet kurios praktinio pobūdžio profesijos pagrindas. Metodais pagrindžiamas profesijos gebėjimas spręsti jai patikėtus tikslus, galiausiai – metodų

patikimumas, populiarumas lemia profesijos vertinimą visuomenėje. Autorės akcentavo, pačia bendriausiaja prasme **socialinio darbo metodas** – tai planinga ir tikslinga socialinio darbuotojo veikla, siekiant pokyčio individo gyvenime, o metodinio veikimo **tikslas** yra ne tik kliento esamos situacijos pokytis, jo dabartinių problemų sprendimas, bet ir asmens galių sustiprinimas tolesnei savarankiškai sėkmingai gyvenimo praktikai.

Išanalizavus literatūrą, išskirti šie klasikiniai socialinio darbo metodai, kuriuos socialinis darbuotojas taiko pschosocialinės reabilitacijos centruose dirbdamas su psichikos negalia turinčiais asmenimis:

- **Darbas su individu;**
- **Darbas su šeima;**
- **Darbas su grupe;**
- **Darbas bendruomenėje.**

Kiekvienas iš jų detaliai išnagrinėtas tolimesniuose skyriuose.

2.3.1. Darbo su individu metodas

Lietuvoje išskiriami trys socialinio darbo su individu modeliai, kurie naudojami PSR centruose: **krizių intervencijos modelis, problemų sprendimo modelis ir į sprendimą orientuotas modelis**. Šių modelių skirtumai parodyti 2 lentelėje (žr. 2 lentelę).

2 lentelė. Socialinio darbo su individu metodo modeliai

Socialinio darbo su individu modelis	Tikslas	Kliento savybės	Socialinio darbuotojo ir kliento ryšys
Krizių intervencijos	Atlikti intervenciją ūmios krizės metu	Mobilus, dalinai mobilus, nemobilus	Bendradarbiaujantis, nedirektyvus, direktyvus
Problemų sprendimo modelis	Padėti klientui išspręsti problemas	Savanoriškas, priverstinis	Lygiavertis, simbiotinis, engėjiškas
Į sprendimą orientuotas	Padėti klientui pačiam rasti sprendimą	„Pirkėjai“, „dejuojantys“, „lankytojai“	Igalinantis klientą, skatinantis jį aktyviai veikti ir prisiimti atsakomybę už siekiamą rezultatą

Šaltinis: „Socialinis darbas: profesinė veikla, metodai ir klientai“, 2010, p. 58

Kiekvienas socialinio darbo su individu metodo modelis susideda iš keturių etapų: **preliminarinė, pradinė, darbo, užbaigimo fazė**.

Pirmoji fazė. Probleminės situacijos ir neišnaudotų galimybių įsisamonimas – preliminarinė fazė.

Pirmasis etapas – situacijos išsiaiškinimas.

Kaip jau buvo nurodyta anksčiau, socialiniam darbuotojui, dirbančiam su psichikos negalia turinčiais klientais, būtina turėti specialių įgūdžių, kad jis prakalbintų klientą, padėtų jam atvirai kalbėti apie savo problemas, palaikytų tuos, kuriems tai padaryti yra sunku. Šio etapo tikslas – pasiekti atvirą situacijos, į kurią pateko klientas, aptarimą. Kad aptariamas etapas prasidėtų sėkmingai, socialinio darbo specialistas iš pat pradžių turi nustatyti atitinkamus santykius su savo klientu. T. N. Liobikienė, E. Jackienė (2010) apibrėžė, kad socialinio darbuotojo, dirbančio PSR, ir kliento bendravimo pagrindas – abipusė *pagarba* ir *pasitikėjimas* – neatsiranda staiga, kartais tai gana sudėtingas ir skausmingas procesas. Socialinis darbuotojas turi nuspręsti, kada palankiausias metas konfrontuoti su klientu, kad nenutrūktų bendravimas ir išliktų pasitikėjimu pagrįstas ryšys. Dirbant su klientais, pasitikėjimo ryšys gali būti išplėtotas tais atvejais, kai užtikrinamas kliento poreikis į privatumą arba jo teisė turėti savo paslapčių – *konfidencialumas*. *Pagarba* ir *empatija* taip pat sustiprina pasitikėjimo ryšius. A. Krikščiūnas (2002) pabrėžė, socialiniai darbuotojai su psichikos negalia turinčiu klientu turi būti itin empatiški ir jautrūs, taip pat budrūs, kad esant realiai grėsmei, apsaugotų save ir klientą. Iš klausymas, pokalbiai, supratimas, priėmimas, tvarkingas dienos režimas ir paskatinimas yra labai svarbūs ir naudingi socialiniame darbe.

Antrasis etapas – kliento asmenybės trūkumų ir silpnųjų paieška ir atradimas.

Svarbus pagalbos proceso etapas - padėti psychosocialinės reabilitacijos klientui suabejoti savimi, kad galima būtų toliau efektyviai dirbti pagal nustatytą planą.

Trečiasis etapas – būdų tikslui pasiekti paieška.

Socialinis darbuotojas turi padėti klientui, turinčiam psichikos negalia, surasti ir išrinkti vieną ar keletą pagrindinių uždavinių, su kuriais reikėtų dirbti pirmiausia. Būtina padėti klientui iš pat pradžių įgauti pasitikėjimo savimi.

Kliento veiksmi. Pagrindinė socialinio darbuotojo užduotis šiame etape – *paskatinti kliento aktyvumą*. Klientas turi būti aktyvus ne tik bendradarbiavimo su socialinio darbo specialistu metu, bet ir kasdieniame gyvenime.

Antroji fazė. Veiksmų plano kūrimas – pradinė fazė.

Šios fazės metu klientas nagrinėja klausimą, ko jis norėtų pasiekti dirbdamas kartu su PSR specialistu.

Pirmasis etapas – galimų įvykių variantų numatymas. Šiame etape socialinis darbuotojas turi padėti klientui pamatyti platų galimybių, su kuriomis jis galėtų ateityje susidurti, spektrą.

Antrasis etapas – galimybių kaip realių tikslų svarstymas.

Pagrindinis socialinio darbuotojo uždavinys – *padėti klientui iš potencialių perspektyvų visumos pasirinkti tas, kurių įgyvendinimas atrodo labiausiai įmanomas, ir suformuluoti jas kaip tikrovišką tikslą.*

Trečiasis etapas – tai konstruktyvių pokyčių programos parengimas.

Pagrindinis specialisto uždavinys – *padėti klientui apsispręsti dėl motyvų, kurie padėtų jam realiai užsimanyti siekti numatytų rezultatų. Svarbiausia šiame etape – įgauti ryžto veikti.*

Preliminarinės ir pradinės fazių metu įvertinimo duomenys pradedami rinkti taikant *interview metodą*. L. Johnson (2001) nurodė, kad socialinis darbuotojas interview metu su klientu naudoja *stebėjimo* įgūdžius (kūno kalbą, pokalbio dinamiką, minčių susiejimą, nuoseklumą, pauzes); *klausymo* įgūdžius (siekiant išklausyti, išgirsti jausmo žodžius); *klausinėjimo* įgūdžius (atvirų klausimų panaudojimas, skatinant diskusijas apie faktus ir kliento gyvenimo patirtį); *dėmesio koncentravimo, vadovavimo ir interpretavimo* įgūdžius (gebėjimas perfrazuoti, apibendrinti, konfrontuoti, nukreipti); *tinkamo bendravimo klimato sudarymo* įgūdžius (empatiją, nuoširdumą, nesavanaudišką šilumą).

Trečioji fazė. Konkrečių veiksmų strategijos parengimas.

Pirmasis etapas - strategijų vertinimas.

Pagrindinė socialinio darbuotojo užduotis – *padėti klientui suprasti visus galimus galutinio tikslo pasiekimo būdus.*

Antrasis etapas – geriausių veiksmų variantų parinkimas.

Socialinio darbuotojo uždavinys – *padėti klientui pasirinkti tokius veiksmų variantus, kurie labiausiai atitiktų vidines ir išorines kliento galimybes.*

Trečiasis etapas – strategijos įgyvendinimas.

Socialinio darbuotojo uždavinys – *padėti klientui suformuluoti išsamų, nuoseklų veiksmų, skirtų numatytam tikslui pasiekti, planą. Planas padeda klientui teisingai organizuoti savo laiką, jis neturėtų būti per daug perkrautas, turi atitikti kliento galimybes.*

Ketvirtoji fazė. Plano koregavimas, klientų parengimas ir palaikymas – užbaigimo fazė.

Tai pereinamasis laikotarpis, kurio metu PSR socialinis darbuotojas turi *parengti klientą aktyviems veiksams*, kaip įgyvendinti numatytą programą. Patyręs specialistas turi *padėti klientui pamatyti ir įsisąmoninti tuos sunkumus, su kuriais jis gali susidurti*. Antrasis uždavinys – *visokeriopai paremti klientą jam pradedant aktyviai veikti, palaikyti jo pasirinkimą*. Klientas ir socialinis darbuotojas kiekvienos proceso fazės metu turi vertinti save, pagalbos proceso kokybę. Jeigu kliento veiksmai nedavė teigiamų rezultatų, specialistas gali jam padėti pasimokyti iš savo

nesėkmių, padėti vėl apsispręsti dėl probleminės situacijos naujų sprendimo būdų ir nusibrėžti naujus, realistiškesnius tikslus tikslui pasiekti.

P. Šedienė, L. Deimantavičiūtė, I. Jarmalavičiūtė (Kaunas, 2007), atlikto tyrimą apie socialinių darbuotojų vaidmenis psichikos ligomis sergančiųjų asmenų psichosocialinės reabilitacijos procese ir pateikė išvadą, kad dažniausiai socialiniai darbuotojai atlieka konsultanto vaidmenį, o individualus darbas su klientu yra svarbiausia socialinio darbuotojo veikla.

Galima daryti išvadą, kad šiltas, nuoširdus, empatiškas ryšys – tai pati svarbiausia priemonė, kurios kartais pakanka, psichikos negalę turintiems asmenims atstatyti prarastus socialinius ryšius, įgūdžius. Tačiau tą ryšį dažnai gali tekti papildyti ne tik socialinio darbuotojo, bet ir PSR centre besigydančio kliento sukauptomis žiniomis, įgūdžiais ir galimybėmis.

2.3.2. Darbo su šeima metodas

Kaip sakė J. Viluckienė (2010), neįgaliojo identiteto transformacijos laikotarpį ir sėkmę gali sąlygoti daugelis veiksnių, tačiau dažniausiai pagrindiniai veiksniai – tai paties neįgaliojo apsisprendimas ir reikšmingų kitų (draugų, kolegų, šeimos narių) nuolatinis skatinimas ir palaikymas.

Socialiniai ryšiai leidžia numatyti, kokios pagalbos galima tikėtis iš tam tikrų asmenų, o tai leidžia jaustis saugiau. Šeimos, draugų teikiama emocinė, fizinė pagalba palengvina našta, atlieka savęs suvokimo, izoliacijos mažinimo ir bendrumo jausmo atsiradimo, pasidalinimo išgyvenimais vaidmenį.

A. Germanavičiaus duomenimis (2008), Vakarų literatūroje pažymima, kad psichinėmis ligomis sergančiųjų artimieji patys dažniau serga psichosomatiniais susirgimais (arterine hipertenzija, galvos, nugaros skausmais ir pan.), depresiniais sutrikimais. Šie žmonės taip pat ieško pagalbos, tačiau Lietuvoje šiandien tokios paslaugos dažnai nėra teikiamos, be to, artimieji neretai vengia tai daryti. Todėl šeimose, kuriose yra sunkia psichine liga sergantis žmogus, bendravimas dažniausiai būna sutrikęs. Psichologijos moksle yra vartojama vadinamoji „Išreikštų emocijų koncepcija“ (*angl. Expressed Emotions, EE*), kuri reiškia, kad tokiose šeimose vienu metu vyrauja du jausmai: tai yra perdėta, neadekvati globa, kai psichikos ligonis yra traktuojamas visiškai kaip vaikas arba neįgalusis, nors iš tiesų jis daug dalykų gali padaryti savarankiškai. Ir tuo pat metu jaučiamas priešiškus vieni kitiems, pavyzdžiui, jeigu neįgalusis yra jaunas žmogus, jis gali jausti priešiškus tėvų atžvilgiu, kita vertus, kartais gana priešišškai reaguoja tėvai. O tokios reakcijos labai neigiamai veikia patį pacientą, gali sąlygoti psichozės simptomų atsiradimą. Reikėtų pridurti, jog Vakarų Europoje atlikti tyrimai rodo, kad šeimose,

kurioms yra teikiama pagalbos artimiesiems paslauga, sumažėja tokio nenormalaus bendravimo atvejų, ženkliai sumažėja pacientų atkryčio rizika. Todėl Vakarų literatūroje yra pažymima, kad artimieji yra ta grupė, kuriai teikiant pagalbą, visuomenei sumažėja psichikos pacientų gydymo ištekliai.

S. Pečiulis (2002) pabrėžė, kad būtina keistis patirtimi ir vienytis nacionaliniame lygyje prieš bendrą priešą – psichikos ligą. Tam ir buvo sukurtos **psichologinės pagalbos šeimoms programos**.

Mokslininkai, siekiantys įvertinti psichologinės pagalbos šeimoms programų veiksmingumą (L. Magliano ir kt., 2005) nustatė tokius psichoedukacijos pacientų šeimoms ir artimiesiems **tikslus**:

1. Suteikti šeimos nariams informaciją apie pacientų sutrikimą ir jo gydymo būdus.
2. Pagerinti bendravimo būdus šeimoje.
3. Pagerinti šeimos problemų sprendimo gebėjimus.
4. Pagerinti artimųjų psichologinio prisitaikymo strategijas.
5. Paskatinti artimųjų įtraukimą į bendruomenės veiklas už šeimos ribų.

Kaip išsiaiškinta, socialinis darbuotojas psichosocialinės reabilitacijos centruose taiko šiuos pagalbos **šeimai būdus**:

1. **Psichoedukacija** – tai artimųjų informavimas apie sutrikimo simptomus, priežastis, eigą, gydymą bei teorines žinias siejant su konkrečiau paciento ligos simptomais ir aplinkybėmis.
2. **Socialinis darbas su šeima** – tai socialinių problemų išsiaiškinimas ir sprendimas. Padeda artimiesiems prisitaikyti prie pokyčių, nulemtų šeimos nario sunkaus psichozinio sutrikimo, ir ligoniui integruotis į visuomenę.
3. **Psichologinis, psichoterapinis darbas su šeima** – tai šeimos sesijos, artimųjų grupės.

Šeimos sesijos padeda išsiaiškinti šeimos problemas, įveikti emocines krizes, mažinti kritiškumą ir per dideles emocijas, nes tai turi įtakos atkryčių profilaktikai. Nustatomas struktūruotas santykis su šeima, naudojamos elgesio ir pažintinės pokalbio technikos.

Artimųjų grupės padeda mažinti priešišumą ir per didelį rūpestį, pasidalijama išgyvenimais, stabilizuojama emocinė pusiausvyra, ieškoma naujų, tinkamesnių problemų sprendimo būdų, skatinama socializacija bei mažinama stigmatizacija.

Pasak Johnson C. Louise (2001), socialiniai darbuotojai turi parodyti, jog visa šeima gali dirbti kartu, tokiu būdu tapdama PSR klientu.

Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, uždavinys – padėti sergančiojo kliento šeimai išsiaiškinti problemą, priimti bendrą sprendimą, darbo tikslus, užduotis, strategijas. Socialinis

darbuotojas tuo pačiu ugdo šeimą tokiems socialiniams įgūdžiams kaip: bendravimui, problemos atradimui, jos sprendimo būdų, konflikto sprendimo, stiprinimo, pažinimo performavimo ir pan. Šeimai labai svarbu bendradarbiauti su socialiniu darbuotoju, nes jis gali suteikti:

- informacijos apie finansinę paramą, socialines paslaugas, nevyriausybinės organizacijas;
- socialinė pagalba turėtų būti nukreipta ne tik į tiesiogiai su liga susijusias problemas, bet turi būti įtraukiama ir bendruomenė;
- informaciją apie institucinės globos veiklą bei paslaugas, dokumentų tvarkymą, jei sergančio asmens globa namuose per sudėtinga ar kelia grėsmę kitiems šeimos nariams.

Socialinis darbuotojas, dirbantis su psichinę negalią turinčiu asmeniu ir jo šeima, yra tik šeimos pagalbininkas, bet nėra tos sistemos narys. Jis tik iš šalies stebi ir mato situaciją, savo žiniomis, įgūdžiais, savybėmis stengiasi padėti.

Apibendrinimui verta pabrėžti, kad neįgaliojo kliento šeima buvo ir lieka svarbiausia atrama ligos ir negalios atveju. Koks jos požiūris į ligą, ligos prognozę, kokie jausmai klientui, koks jos vaidmuo, kaip jį pakeis liga ir kaip liga paveiks šeimą, kaip jau išnagrinėta, priklauso nuo to, kaip ji paprastai susidoroja su stresu, neigiamomis emocijomis (Sargautytė, 2001, p. 15 – 16). Pagalba turi būti teikiama ne tik klientams, bet ir jų šeimos nariams, taip užtikrinant geresnę psichosocialinės reabilitacijos kokybę.

2.3.3. Darbo su grupe metodas

Neįgaliam žmogui labai svarbu žinoti, kad jis yra saugioje aplinkoje. Tarp šeimos narių, artimųjų saugu – jie gerai žino, ką išgyvena psichikos negalią turintis asmuo, kokie iššūkiai jo laukia, todėl žmonės, turintys psichinę negalę ir telkiasi į grupes. Susibūrę į grupes jie randa galimybę būti suprasti, išgirsti, pripažinti. Grupė įgalina klientus, turinčius psichikos sveikatos problemų, naujoms elgesio paieškoms – mokantis elgtis su žmonėmis, gerinat savo santykių su kitais, patiriant pagalbos davimą ir gavimą, bendraujant su kitais, išreiškiant save.

Remiantis visa išnagrinėta literatūra, galima išskirti šiuos darbo grupėje **privalumus**:

- suteikia viltį – žmogus nėra vienišas su savo problemomis;
- informacijos, patirties keitimasis;
- žmogus gali ne tik imti, bet ir duoti;
- santykių koregavimas už grupės ribų;
- ugdomi bendravimo įgūdžiai;
- tampama vieni kitiems pavyzdžiais;
- leidžia suartėti emociškai, kas veda prie pokyčių;

- padeda susitaikyti su tais gyvenimo momentais, kurie yra labai skausmingi.

T. N. Liobikienė, E. Jackienė (2010), labai detalai išstudijavo socialinio darbuotojo ir grupės ryšį. Jos teigė, kad socialinis darbuotojas, dirbantis PSR centre, turi gerai pasirengti taikyti socialinio darbo su grupe metodą. Pasirengimas skirstomas į *bendrajį* ir *specialųjį*. Jis nurodo penkis *bendrojo pasirengimo* grupiniam darbui žingsnius, kurie turi būti atlikti prieš pradėdant socialinį darbą su grupe:

1. **Tikslo išsiaiškinimas.** Socialinis darbuotojas turi konkrečiai žinoti grupės organizavimo tikslą. Išsiaiškinus grupės tikslus, aptariamos galimybės, kaip surinkti grupės narius.
2. **Pradinis interviu** su grupės nariais. Išsiaiškinami kliento ir socialinio darbuotojo lūkesčiai, patikslinami tikslai.
3. **Grupės komplektacija ir dydis.** Atsižvelgiama į būsimos grupės narių poreikius ir problemas, kad atsirastų galimybė pasidalyti patirtimi ir išgyvenimais, bendrumo jausmu.
4. **Įstaigos, kurioje vyks darbas su grupe, personalo parengimas grupei priimti.**
5. **Techniniai klausimai.** Būtina apsvarstyti grupės darbo vietą ir laiką, įvertinti patalpos tinkamumą, ar joje galės laisvai judėti grupės dalyviai, jei grupėje bus taikomi aktyvūs metodai, pasirūpinti reikalingomis grupės darbui priemonėmis.

Socialinis darbuotojas, tiesiogiai dirbantis su grupe, atlieka *specialųjį pasirengimą*, kurį sudaro šeši žingsniai (Brown, 1990):

1. **Planavimas kartu su grupės nariais.** Susirinkus grupei, svarbu nustatyti bendrą grupės tikslą, susirinkimo laiką, užsiėmimo trukmę, pertraukas, grupės narių pareigas, atsakomybes bei priimti bendras taisykles. Šiame žingsnyje svarbu pasirengti grupės diskusijai. Šį etapą galima būtų pavadinti grupės narių ir socialinio darbuotojo sutartimi.
2. **Savo, kaip profesionalaus socialinio darbuotojo, įgūdžių ugdymas, įsisąmoninimas, teigiamas pritaikymas grupėje.** Socialinis darbuotojas turi sugebėti užmegzti ir palaikyti ryšius su kiekvienu grupės nariu, su visa grupe, įstaiga, gebėti įvertinti patį save, kaip psichosocialinės reabilitacijos profesionalą.
3. **Socialinio darbuotojo lankstumo ir aktyvumo grupėje derinimas.** Būdamas empatiškas, nuoširdus ir rūpestingas, socialinis darbuotojas gali būti daugiau ar mažiau aktyvus, atsižvelgiant į situaciją grupėje.
4. **Socialinio darbuotojo vaidmenų supratimas ir suderinimas.** Socialinis darbuotojas, dirbdamas su grupe, turi aiškiai apibrėžti savo, kaip grupės vadovo, įstaigos darbuotojo ir kitus vaidmenis. Psichosocialinės reabilitacijos centruose socialinis darbuotojas atlieka personalo nario, komandos nario, supervizoriaus/ administratoriaus, tyrėjo vaidmenis. Dirbdamas grupėje, socialinis darbuotojas – tai terapeutas, ugdytojas, tarpininkas, diskusijų lyderis.

5. **Grupės proceso supratimas ir problemų grupėje sprendimas.** Socialinis darbuotojas turėtų nebijoti konfliktų ir mokėti juos valdyti.

6. **Tinkamos psichologinės ir socialinės aplinkos grupėje sukūrimas** (aiškūs tikslai; žinojimas, kaip vadovauti; teigiamas požiūris ir jausmai; veikimas, įvertinimas).

L. C. Johnson (2001), teigė, kad socialiniai darbuotojai būdami grupės nariai PSR centre, atlieka tris **užduotis**, kurios labai naudingos grupės funkcionavimui: konsultuoja, skatina, koordinuoja. Autorius pabrėžė, kad dirbdamas su grupe socialinis darbuotojas turi išmanyti taip pat tris **dalykus**: grupės suformavimas, grupės diskusijos ir lyderiavimas bei struktūros ir veiklos naudojimas skatinant grupės funkcionavimą.

Remiantis moksline literatūra galima padaryti išvadą, kad socialinio darbuotojo vaidmuo psichosocialinės reabilitacijos centruose dirbant grupėje – padėti pasiekti tokią grupės narių sąveiką, kad būtų patenkinti šios grupės narių poreikiai. Socialinio darbuotojo dėmesio centre – pagalba grupei, kaip sistemai, padedant atlikti jos esminius uždavinius.

2.3.4. Darbo bendruomenėje metodas

Kai šeimos nariai, artimieji neturi galimybių rūpintis psichikos negalia turinčiais asmenimis, dažniausiai pasirenka išeitį – ilgalaikę socialinę globą, rūpybą valstybės globos institucijose, bet tai yra palyginti brangi paslauga, nes tenka pilnai išlaikyti darbingo amžiaus suaugusįjį žmogų.

Amerikietis mokslininkas Hillery G. išsiaiškino, kad pastaruoju metu mokslininkai nebesistengia tiksliai suformuluoti bendruomenės apibrėžimo, o apsiriboja tuo, kad bendruomenę laiko teritoriją su joje gyvenančiais žmonėmis ir jų tarpusavio ryšiais. Bendruomenė susiformuoja skatinama aiškaus, konkretaus tikslo.

Detaliai bendruomenės apibrėžimus nagrinėjo V. Baršauskienė ir I. Leliūgienė (2001, p. 270). Jos teigė, kad **bendruomenė** – tai šeimų ar žmonių grupė, kurią jungia tam tikros bendro naudojimo vertybės, turinti bendras tarnybas, įstaigas ir interesus ar geografinį artumą.

Išstudijavus bendruomenės apibrėžimus, išskirtos keturios pagrindinės bendruomenės **savybės**:

- bendruomeniškumo jausmas;
- įsipareigojimas;
- gebėjimas spręsti problemas;
- priėjimas prie išteklių.

L. C. Johnson (2001) požiūriu, bendruomenė gali būti nagrinėjama kaip *socialinė sistema*. Remiantis tuo, analizuojama, kokios įstaigos, organizacijos, grupės yra bendruomenėje, kokias

funkcijas jos atlieka, kokia politinė, administracinė sistema, kokie bendruomenės narių ryšiai, kokia gerovės sistema. Analizuojant bendruomenę kaip socialinę sistemą, galima geriau suprasti klientus supančią kultūrą, tinkamiau panaudoti esamus išteklius, įvertinti, kada reikia keisti bendruomenę ir kokia geriausia veiklos vienoje ar kitoje situacijoje strategija. Socialiniai darbuotojai turėtų kreipti išskirtinį dėmesį į bendruomenėje esamų veiksmų įvairovę. Analizuojant bendruomenę, reikia atkreipti dėmesį į tokius **kriterijus**: *bendruomenės stiprybės ir silpnybės, būdai, kuriais ji sprendžia savo problemas, galimybės ir kaitos motyvacija*.

Darbo bendruomenėje metodo **bruožas** yra tas, kad PSR socialinis darbuotojas dirba ne tik su psichikos negalia turinčiais asmenimis, bet ir su jų socialine aplinka bei visuomene – jos požiūriu į psichikos negalia turinčius žmones.

Išsiaiškinta, kad psichosocialinės reabilitacijos centruose socialinio darbo specialistai praktikuoja keturis socialinio pokyčio **metodus** :

- **Paslaugų teikimas** (pašalpos; būsto programa; neįgaliųjų techninės pagalbos priemonių įsigijimas; kliento pareigų, teisių aiškinimas visuomenėje; paslaugų paskirstymas; bendruomenės įtraukimas į psichosocialinės reabilitacijos darbo procesą);
- **Advokatavimas** (vyraujančios neigiamos nuomonės apie psichikos negalia turinčius klientus išskaidymas, visuomenės švietimas, tolerantiško požiūrio skatinimas; atstovavimas organizacijai, grupei ir klientui; įstatymų, aktų naudojimas);
- **Mobilizavimas** (konfliktų sprendimas grupėje; edukacinė funkcija; dalyvavimo veiklose skatinimas);
- **Organizavimas** (bendradarbiavimas su bendruomenės socialinio darbo organizatoriais, medicinos personalu, seniūnijų darbuotojais, bendruomenės nariais; socialinių darbuotojų ir jų klientų laisvalaikio organizavimas; organizacijos tikslų nustatymas; socialinių paslaugų programų administravimas; išteklių kliento problemoms išspręsti paieška; projektų bei programų įgyvendinimas bei vertinimas).

Gvaldaitė ir B. Švedaitė (2005) remiantis socialinio pokyčio metodais bendruomenėje pateikė tokius bendruomenės socialinėje veikloje taikomus intervencijos **metodus**: *supervizijos, komandinio darbo, dokumentacijos tvarkymo, planavimo, projektų vadybos ir koordinavimo*.

Remiantis išvardytais socialinio pokyčio metodais, galima išskirti **vaidmenis**, kuriuos atlieka socialinis darbuotojas praktikuodamas darbo bendruomenėje metodą: *faktų rinkėjas, analitikas, koordinatorius, įgalintojas, įgyvendintojas, ugdytojas, advokatas, remėjas, planuotojas, ugdytojas, vadybininkas, vertintojas, organizatorius, pagalbininkas, treneris, direktorius, lyderis*.

Padaryta išvalga, kad socialinis darbas PSR centruose kartu su bendruomene remiasi socialinio darbo *su individu* **įgūdžiais**, naudojasi įvairiais *grupinio darbo* **įgūdžiais**, tačiau turi ir specifinių priskirtinų įgūdžių: *grupinių sprendimų priėmimo* **įgūdžiai**, *išteklių paieška*, *viešieji ryšiai* ir **lobizmas** (socialinis darbuotojas turi suprasti politinius procesus ir mokėti juos taikyti). Remiantis išstudijuota literatūra, galima daryti išvadą, kad socialinio darbo metodika su bendruomene apima visas anksčiau aptartas tris metodikas: socialinis darbas su individu, su šeima, grupe, su organizacija.

A. Germanavičiaus (2008) nuomone, Lietuvos visuomenės požiūriu, svarbiausias bendruomenės privalumas yra tas, kad bendruomenėje žmogus palankiau išgyvena gyvenimo vertę, prasmę, nes čia jis kur kas dažniau jaučiasi reikalingas. Bendruomenėje, jei ji integrali, egzistuoja viena pagrindinė vertybių skalė, vienas tikėjimas, vienas pagrindinis pasaulėžiūros modelis, o tai ypač svarbu psichinę negalią turintiems asmenims.

III. SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ VEIKLOS YPATYBŲ TYRIMAS VILNIAUS PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS CENTRUOSE

3.1. Tyrimo paskirtis ir metodika

Tyrimo tikslas

Šiame darbe realybė matoma iš socialinių darbuotojų patirties perspektyvos, siekiant atskleisti teorinius ir praktinius socialinio darbuotojo veiklos ypatumus psichosocialinės rehabilitacijos centruose. Tikslui pasiekti išskirti 3 **uždaviniai**:

4. Atskleisti psichosocialinės rehabilitacijos proceso, orientuoto į ilgalaikę psichikos negalią turinčius asmenis, teorines charakteristikas.
5. Atskleisti socialinio darbo svarbą psichosocialinės rehabilitacijos procese.
6. Nustatyti ir įvertinti socialinių darbuotojų veiklos ypatumus, psichosocialinės rehabilitacijos centruose teikiant socialines paslaugas psichikos sveikatos problemų turintiems klientams.

Tyrimo metodai

Socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, veiklos ypatumų atskleidimui buvo pasirinktas kokybinis tyrimo tipas, leidžiantis visapusiškai pažvelgti į problemą per žmogaus patirtį apie tiriamą reiškinį. Kaip teigė Kardelis (2002), kokybiniai tyrimų metodai yra naudojami socialinio darbo tyrimuose, kuriuose yra reikalingas giluminis reiškinio suvokimas. Kokybinio tyrimo metodika padeda subtiliau atskleisti reiškinio vyksmo procesą, įsigilinti į reiškinio esmę konteksto fone. Pasak Tidikio (2003), kokybinių tyrimų metodologijoje pagrindinė idėja yra kontekstas – fizinė, socialinė ir materialinė aplinka, kurioje vyksta žmonių veikla. Kokybiniai tyrimai suteikia galimybę tyrėjui būti stebėtoju iš „vidaus“, atlikti tyrimą dalyvaujant, pastebėti kiekvieno respondento emocijas, išgyvenimus, atskleisti savitą ir unikalų reiškinio suvokimą (Creswell, iš: Liobikienė, 2003).

Tyrimui atlikti pasirinktas *pusiau struktūruotas interviu* metodas. Šiuo metodu tyrėjui suteiktos plačios galimybės išsamiau pažinti tiriamąjį ir gauti tyrimui reikalingą informaciją. Šis metodas yra lankstesnis, nei struktūruoto interviu metodas, nes numatomas tik bendras apklausos planas. Pusiau struktūruoto interviu metu galima gauti daugiau papildomos informacijos užduodant pokalbio metu kilusius klausimus. Pasirinkta interviu technika – pokalbis - siekta išklaudyti, skatinti informantą išsakyti savo mintis, suvokimą apie tiriamą reiškinį, norint gauti išsamią informaciją.

Tyrimo instrumentas

Tyrėjo pasirinktas kokybinis tyrimas padarė patį tyrėją duomenų rinkimo „instrumentu“. Interviu atliktas naudojant iš anksto parengtus klausimų blokus, sudarytus iš 9 temų:

1. **Socialinio darbo profesijos vertinimas** - siekiant atskleisti socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, subjektyvų vertinimą apie savo profesinės veiklos aktualumą Lietuvos visuomenėje bei tirtuose PSR centruose.
2. **Bendradarbiavimas (institucinis, tarpinstitucinis)** – siekiant atskleisti institucinio bei tarpinstitucinio bendradarbiavimo specifiškumą PSR centruose.
3. **Socialinio darbuotojo vaidmenys, funkcijos dirbant PSR centre** - siekiant atskleisti socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, atliekamus vaidmenis bei svarbiausias atliekamas funkcijas.
4. **Socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos dirbant PSR centre** - siekiant atskleisti subjektyvų informantų vertinimą apie savo turimas profesines žinias, įgūdžius, vertybes.
5. **Sunkumai, su kuriais susiduria socialinis darbuotojas dirbdamas PSR centre, ir jų sprendimo būdai** – siekiant atskleisti sunkumus, problemas, su kuriomis dažniausiai susiduria informantai, dirbdami PSR centruose bei atskleisti iškilusių problemų sprendimo būdus.
6. **Socialinio darbo metodai PSR centre** – siekiant atskleisti psichosocialinės reabilitacijos metodikos specifiškumą PSR centruose.
7. **Socialinio darbo veiksniai, turintys įtakos PSR centro darbo efektyvumui** – siekiant atskleisti išorinius bei vidinius veiksnius, turinčius įtakos PSR centrų darbo kokybei.
8. **Demografinės tiriamųjų charakteristikos** – siekiant atskleisti informantų amžių, darbo stažą PSR centre, bendrą socialinio darbo stažą, kvalifikacinę kategoriją.
9. **Pasiūlymai, rekomendacijos** – siekiant atskleisti permainas, apie kurias mąsto informantai bei pasiūlymus, rekomendacijas kitiems socialiniams darbuotojams, dirbantiems psichosocialinės reabilitacijos darbą.

Kiekvienai temai pateikti klausimai - iš viso interviu klausimynas sudarytas iš 36 klausimų (žr. 3 priedą). Tyrimo instrumentas parengtas ir taikytas remiantis su tyrimo tematika susijusia moksline literatūra, rekomendacijomis bei asmenine socialinio darbuotojo patirtimi, įgyta sąveikaujant su minėtos grupės klientais.

Pusiau struktūruoto interviu metu panaudoti šie socialinio darbuotojo gebėjimai:

- supratimo rodymas (asmuo galėjo žodžiais išreikšti tai, ką mąstė ir jautė);
- jausmų atspindėjimas (žodžiais išreikštų emocijų įvardijimas padėjo suvokti asmens reakcijas į jo paties patirtį, išsiaiškinti išgyvenimus);
- perfrazavimas (asmens pasakyto turinio atspindėjimas padėjo išsiaiškinti ir patvirtinti supratimą apie tai, ką asmuo patyrė).

Apdorojant apklausos žodžiu (interviu) duomenis, taikyta *kokybinė turinio (content) analizė*. Kokybinės content analizės sandara susideda iš 4 žingsnių: daugkartinis teksto skaitymas; esminių kategorijų išskyrimas remiantis „raktiniais“ žodžiais; kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas; kategorijų ir subkategorijų interpretavimas bei pagrindimas remiantis tekstiniais įrodymais (Žydzžiūnaitė ir kt., 2005). Padarytos interpretacijos pateiktos lentelėse. Tyrėjo vertinimas, požiūris, supratimas yra labai svarbūs veiksniai, o jų analizė, kaip teigia Kardelis (2002), yra pagrindinis kontrolės elementas kokybiniuose tyrimuose.

Tyrimo organizavimas ir tyrimo imtis

Socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, veiklos ypatumų atskleidimui buvo pasirinkti socialiniai darbuotojai atsakingi už psichosocialinės reabilitacijos organizavimą bei vykdymą, dirbantys su psichikos sutrikimus turinčiais asmenimis ir, pageidautina, turintys bent jau 5 metų darbo patirtį. Tyrime dalyvavo atsitiktinės atrankos patogiuoju būdu išrinkti 8 informantai – 7 moterys ir 1 vyras. Informantais pasirinkti 2 Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centrų ir vieno psichikos sveikatos centro (PSC) socialiniai darbuotojai, tiesiogiai dirbantys su psichikos sveikatos problemų turinčiais klientais:

- 25m. *socialinė darbuotoja – atvejo vadybininkė bei projektų vadybininkė*, dirbanti 4m. PSR centre, turinti 4m. bendrą socialinio darbo stažą bei universitetinį išsilavinimą;
- 30m. *profesinės reabilitacijos vadovė* dirbanti 8m. PSR centre, turinti 8m. bendrą socialinio darbo stažą bei universitetinį išsilavinimą;
- 30m. *socialinė darbuotoja – atvejo vadybininkė*, dirbanti 9m. PSR centre, turinti 9m. bendrą socialinio darbo stažą bei universitetinį išsilavinimą;
- 26m. *socialinė darbuotoja socialinių problemų sprendimui*, dirbanti 4m. PSR centre, turinti 5m. bendrą socialinio darbo stažą, ruošiasi atestacijai;
- 55m. *vyresnioji socialinė darbuotoja*, dirbanti 14m. PSC centre, turinti 21m. bendrą socialinio darbo stažą bei universitetinį išsilavinimą;
- 57m. *socialinė darbuotoja*, dirbanti 11m. PSR centre, turinti 11m. bendrą socialinio darbo stažą, ruošiasi atestacijai;
- 29m. *socialinė darbuotoja*, dirbanti 4m. PSC centre, turinti 8m. bendrą socialinio darbo stažą, be universitetinio išsilavinimo;
- 30m. *socialinis darbuotojas*, dirbantis 7mėn. PSC centre, turintis 7m. bendrą socialinio darbo stažą bei universitetinį išsilavinimą.

Tyrimas atliktas 2011 m. gruodžio – 2012 m. sausio mėnesiais. Susitikimų vieta – Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centrų bei PSC socialinių darbuotojų kabinetai. Dėl susitikimų su informantais tartasi iš anksto. Susitikimo metu prisistatyta, paaiškinta atliekamo tyrimo esmė: tikslas, uždaviniai, tvarka, tyrėjo konfidencialumo ir anonimiškumo principų laikymasis. Vieno interviu trukmė nuo 40 min. iki 1 val. Tyrimo metu 7 informantų noru pateikti klausimai žodžiu, kurių atsakymai tiesiogiai užrašyti į atsakymams paruoštus protokolus ir tik vienam informantui sutikus, interviu užfiksuotas į diktofoną.

Tyrimo etika

Vadovaujantis žmogaus teisėmis ir etika, kiekvienas informantas apklaustas individualiai. Tyrimo metu laikytasi šių etikos principų:

- gautas sutikimas tyrimui atlikti iš institucijų direktorių;
- remiantis kompetencijomis, siekta, kad informantų dalyvavimas būtų savanoriškas;
- autonomiškumas, asmens orumo nepažeidžiamumas;
- garantuotas tyrimo dalyvių ir institucijų duomenų konfidencialumas. Tyrime dalyvavusių informantų vardai užkoduoti;
- visi tyrimo duomenys pagrįsti tyrimo dalyvių perspektyva bei patirtimis;
- tyrimo duomenys pateikti tiksliai, vengiant bet kokių iškraipymų, galinčių turėti įtakos duomenų interpretacijai ir rezultatams.

Tyrimo patikimumas ir tinkamumas

Visų pirma buvo klausiama tyrimo dalyvių nuomonės, ar jie norėtų dalyvauti tokiaame tyrime. Gavus informantų sutikimus, buvo pradėta dirbti. Kokybiniuose tyrimuose validumo užtikrinimo akcentai susiję su natūralia aplinka, su tyrėju, kuris siekia pažinti kito žmogaus gyvenimą, suvokti jo pasaulį. Tyrimo validumui užtikrinti buvo svarbus duomenų pateikimas, vartojant informantų, o ne tyrėjų terminus, tyrimo duomenų induktyvus nagrinėjimas, netaikant iš anksto numatytų kategorijų bei situacijos vertinimas iš dalyvių pozicijos (Bitinas, Rupšienė, Žydzūnaitė, 2008). Taip pat tyrimo vidinis validumas buvo užtikrinamas naudojant duomenų išsaugojimo priemones. Tyrimo išorinis validumas užtikrinamas naudojant detalų tyrimo aprašymą. Tyrėjas, siekdamas išsiaiškinti ar aiškiai suprato tyrimo dalyvių išsakytas mintis, perklausdamas patikslindavo dalyvių pasakytus pasisakymus.

3.2. Socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, veiklos ypatumų kokybinė analizė

3.2.1. Socialinio darbo profesijos prestižas visuomenėje

Socialinis darbas Lietuvoje – nauja pagalbos žmogui profesija, kuri evoliucionuoja atsiliepdama į realaus gyvenimo iššūkius ir visuomenės raidos pokyčius. Visame pasaulyje ji vystosi skirtingais tempais ir yra pasiekusi skirtingus raidos tarpsnius. Profesijos statusas gali būti reikšmingas veiksnys, padedantis profesijai įsitvirtinti kitų profesijų tarpe. Todėl ypatingai svarbu kalbėti apie šios profesijos statuso formavimą ir gerinimą. Vienas reikšmingiausių profesijos statusą lemiančių veiksnių yra visuomenės nuomonė, kuriai didelę reikšmę turi pačių profesionalų ir jų partnerių nuomonė apie profesiją. Siekiant atskleisti socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, subjektyvų vertinimą apie savo profesinės veiklos aktualumą Lietuvos visuomenėje, interviu metu tiriamiesiems buvo pateiktas klausimas: „**Kaip šiuolaikinė visuomenė vertina socialinio darbo profesiją? Kodėl?**“ Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Socialinio darbo profesijos vertinimas visuomenėje**“ buvo išskirtos 4 subkategorijos (žr. 3 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

3 lentelė. Socialinio darbo profesijos vertinimas visuomenėje

Subkategorijos
Neaiškiai apibrėžtos darbo funkcijos
Etikečių dominavimas dėl tam tikros tikslinės klientų grupės
Profesijos nepopuliarumas
Socialinio darbo profesijos statuso nebuvimas visuomenėje

Gauti analizės duomenys parodė, kad nei vienas socialinis darbuotojas, dirbantis PSR centre, nepateikė teigiamo teiginio apie socialinio darbo vertinimą visuomenėje. Visi interviu dalyviai patvirtino, kad socialinio darbo profesija yra blogai vertinama šiuolaikinėje visuomenėje. Ši vyraujanti reiškinį pirmiausia aiškino dėl **neaiškiai apibrėžtų socialinio darbo funkcijų**: *“Visuomenė mano, kad tai yra paprastas, sunkokas, nekvalifikuotas, pagalbą teikiantis darbas“*; *“Visuomenė nelabai žino, suvokia ką daro socialinis darbuotojas, už ką jis atsakingas“*; *“Visuomenė blogai vertina mūsų profesiją. Mano, kad socialinis darbuotojas nieko nedaro, tik*

sėdi savo kabinete, kur šilta ir kavą geria. Neatsižvelgia, kiek jėgų ir pastangų reikia pridėti, kad pasiektum reikiamą rezultatą”.

Remiantis informantų nuomone, padaryta išvalga, kad socialinio darbo, kaip profesijos, prestižas Lietuvoje menkas dėl **etikečių dominavimo socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose, kadangi jie dirba su tam tikra tiksline klientų grupe:** <...> *Kartais esame apvadinti “nagų karpytojais seneliams”, “užpakalių valytojais”. Visuomenė nenori prisidėti prie tokių klientų”; “Nevertina, nepakankamai ir nelabai gerbiamai, todėl, kad mes dirbame su tam tikra žmonių grupe, kurie nėra pasiturintys, praradę, remtini... Žmonės nevertina žmogaus kaip vertybės, visuomenė šiuo požiūriu visiškai nesubrendusi”.*

Pokalbių eigoje išryškėjo, kad prie socialinio darbo, kaip profesijos menko vertinimo visuomenėje prisideda profesijos **nepopuliarumas** dėl to, kad tai yra dar labai neseniai atrasta veikla: *„Ši profesija visiškai nėra vertinama, nes yra nepopuliari“; “Nepakankamai vertina, nes tai labai jauna profesija, jai tik 20m”.*

Iš informantų pasisakymų galima daryti išvalgą, kad viena iš svarbiausių priežasčių, dėl ko socialinio darbuotojo, dirbančio su psichikos negalia turinčiais klientais, veikla yra labai nuvertinama šiuolaikinėje visuomenėje – **socialinio darbo profesijos statuso nebuvimas** ne tik dėl neįdomaus, monotoniško darbo, netinkamo darbo įvertinimo, profesijos nepopuliarumo, bet ir dėl neteisingo darbo užmokesčio, didelio darbo krūvio, nepripažinimo: „<...> *Vėdu mokymus buvusiems pensionatams, tai pastebėjau, kad mūsų profesija yra nuvertinama, mes nepripažįstami kaip darbuotojai”;* “*Didžioji dauguma nevertina. Aš visada lyginu su užsieniu. Mes visiškai neturime socialinio darbo statuso. Pas mus menki atlyginimai. Kodėl net nežinau, bet mes patys turime stengtis, kad mus įvertintų”;* “*Socialinio darbo profesija yra vertinama nepalankiai. Žmonės net nemato, kad mes esame. Darbo užmokestį nuėmė, atostogas sumažino, darbo valandas prailgino“.*

Tyrimo analizė atskleidė ir patvirtino vyraujančias tendencijas, jog Lietuvos visuomenėje socialinio darbo profesija vertinama gana nepalankiai. Pivorienė, Večerskytė (2005), pabrėžė, kad žiniasklaidoje profesija dažniausiai vaizduojama pateikiant dvireikšmišką informaciją, išryškinant socialinių darbuotojų darbo trūkumus ir nesklaidumus. Informacija pateikiama negalvojant apie formuojamą socialinio darbo profesijos įvaizdį, o pati informacija nėra pakankamai išsami ir aiški. Profesinių patarimų vadovų, atskleidžiančių socialinio darbo pozicijas sprendžiant konkrečias socialines problemas, yra nepakankamai. Socialinio darbo profesija neturi gilių istorinių šaknų, paprastai suponuojančių geresnį profesijos vaizdą žiniasklaidoje. Tačiau yra tam tikrų teigiamų visuomenės nuomonės aspektų, leidžiančių tikėtis aukštesnio profesijos statuso. Žiniasklaidoje pateikiama informacija leidžia daryti prielaidą, kad

visuomenė socialiniam darbui suteikia galią ir turi didelių lūkesčių, kurių nepateisinus, o galios nepanaudojus, socialiniai darbuotojai kaltinami ir smerkiami. Taigi šiai profesijai įgyti pasitikėjimą bendruomenėje yra vienas iš svarbiausių ir prioritetinių uždavinių, kad socialinio darbo profesija taptų labiau vertinama Lietuvos visuomenėje.

3.2.2. Socialinio darbo profesijos vertinimas PSR centruose

Socialinis darbuotojas, dirbantis ir praleidžiantis daugiausia darbo laiko PSR centre, padeda ne tik žmonėms, bet ir grupėms, bendruomenėms stiprinti ar atstatyti jų socialinio funkcionavimo sugebėjimus. Tyrimo metu pabandyta atskleisti socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, subjektyvų požiūrį į tai, kaip vertinamas jų profesinis darbas PSR centruose. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Socialinio darbo vertinimas tirtuose PSR centruose**“ buvo išskirtos 3 subkategorijos (žr. 4 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

4 lentelė. Socialinio darbo vertinimas tirtuose PSR centruose

Subkategorijos	Patvirtinantis teiginys
Teigiamai įvertinamas socialinės intervencijos procesas	“<... > Bet šiaip yra labai vertinamas atviras ryšys, kontaktas, pagalba”.
Gautas teigiamas rezultatas	“Klientai padeda vertinti tik tada, kai yra teigiamas rezultatas, tik tuomet socialinis darbuotojas tampa autoritetu. Bet šiaip vertina palankiai”.
Gaunami geri atsiliepimai	„Tikrai palankiai, nes niekas skundų nerašo, nepeikia mūsų“.

Vertinant situaciją, susijusią su psichosocialinės reabilitacijos darbo vertinimu PSR centruose, paaiškėjo, kad visų informantų darbas vertinamas labai gerai. Socialiniu darbu patenkinti ne tik klientai, bet ir jų artimieji, visa komanda, svečiai: „Mūsų įstaigoje darbas yra vertinamas labai gerai, klientai, artimieji, svečiai nuoširdžiai įvertina mūsų triūsą, visada sulaukiame padėkos ir palinkėjimų ateičiai“; “Mūsų įstaigoje tikrai vertina ir pacientai, ir artimieji, ir pati komanda”.

Pokalbių eigoje išryškėjo, kad socialinio darbo vertinimo PSR centre vienas iš komponentų – **socialinės intervencijos proceso vertinimas**. Paslaugų gavėjai palankiai įvertina bendravimą, bendradarbiavimą: “Vertina tikrai puikiai, ligoniai dėliaugiasi. Vien tik bendravimas jiems yra didelė pagalba”. D. Žiurinsko (Vilnius, 2002) atliktas tyrimas apie socialinių darbuotojų

vaidmenis PSR procese parodė, kad geriausiai vertinamos paslaugos yra konsultavimas ir interesų atstovavimas.

Remiantis vienos informantės teigimu, socialinis darbuotojas, dirbantis PSR centre, gauna pripažinimą ir teigiamą įvertinimą už savo atliktą darbą tik įvertinus ir gavus **teigiamą** socialinės intervencijos **rezultatą**.

Iš informantų pasisakymų padaryta išvalga, kad jų labai gerai atliekamą darbą ir palankų vertinimą atspindi **geri atsiliepimai**: *“Atsiliepimai geri, skundu, priekaištų negauname“*.

Remiantis tyrimo rezultatais, darytina prielaida, kad socialiniai darbuotojai, dirbantys psichosocialinės reabilitacijos centruose, yra įgiję klientų, komandos, bendruomenės pasitikėjimą. Nors socialinio darbuotojo, dirbančio psichosocialinės reabilitacijos centre, veiklos rezultatai dažnai būna sunkiai išmatuojami, pasiekiami, tačiau jie yra teigiamai bei palankiai įvertinti.

3.2.3. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, vaidmenys

Psichosocialinės reabilitacijos socialinis darbas palyginti naujas Lietuvoje. Dažnai iškyla daugybė klausimų: koks socialinio darbuotojo vaidmuo yra komandoje, kuri teikia reabilitacijos paslaugas psichikos negalia turintiems žmonėms; ar socialinis darbuotojas, teikdamas paslaugas šiems klientams, tenkina jų socialinės pagalbos poreikius; koks PSR specialistų komandos socialinio darbuotojo vaidmuo yra reikšmingiausias; kuo remiantis reikia ugdyti ir formuoti reikalingą socialinio darbuotojo vaidmenį? Siekiant atskleisti socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, atliekamus vaidmenis, interviu metu informantams buvo pateiktas klausimas: **„Kokius svarbiausius socialinio darbuotojo vaidmenis priskirtumėte sau“?**

Analizės metu išsiaiškinta, kad tyrimo dalyviai, išsakydami savo nuomonę apie svarbiausius sau priskirtus vaidmenis, paminėjo, kad jie save mato *draugo* (5informantai); *kontrolieriaus*; *prižiūrėtojo*; *globėjo*; *tarpininko*, nes atlieka advokato darbą, gina, dirba socialiniu vadovu (5informantai); *koordinatoriaus*, nes prižiūri, kad būtų vertinamas kitų komandos narių darbas; *administratoriaus*; *bendradarbiautojo*; *vertintojo*, nes vertina kliento problemas, numato pagalbos procesą bei planuoja pagalbos veiksmus; *mokytojo*, nes suteikia žinių ir moko įgūdžių, rūpinasi prevencijos klausimais; *problemų sprendėjo*; *išklausytojo*; *konsultanto* (2informantai), nes padeda įveikti krizę; *teisininko*, kadangi gina kliento interesus (2informantai); *gero vadybininko* (2informantai) vaidmenyse.

Duomenų analizė atskleidė, kad informantai yra pagrindiniai asmenys, organizuojantys paramą klientams, nesvarbu kokios rūšies ji yra. Socialinis darbuotojas, dirbantis

psichosocialinės reabilitacijos centre, atlieka pagrindinį vaidmenį teikiant, organizuojant, nustatant paslaugų poreikį. Nustatyta, kad informantai atlieka daug vaidmenų, bet patys svarbiausi iš jų – draugo bei tarpininko vaidmenys. Kaip teigė (Tamulevičienė J., 1997), tarpininko funkcija yra sutvarkyti taip aplinkybes, kad atskiras asmuo ir jo aplinka pasiektų vienas kitą pagal abipusį poreikį kontaktuoti.

3.2.4. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, funkcijos

Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme "Dėl socialinių darbuotojų kvalifikacinių reikalavimų ir atestacinės tvarkos patvirtinimo" pabrėžtos šios socialinio darbuotojo funkcijos: *nustatyti socialinę problemą* (informacijos rinkimas, probleminės situacijos tyrimas, problemos priežasčių nustatymas, kontakto su klientu užmezgimas, duomenų apie galimą socialinę paramą rinkimas, probleminės situacijos tyrimas, kliento motyvavimas pagalbai, būdų problemai spręsti ieškojimas); *planuoti paramą* (prioritetų problemai spręsti nustatymas, kliento vidinių resursų įvertinimas, paramos programos sudarymas, konsultavimas kaip elgtis probleminėje situacijoje, problemos sprendimo ir paramos būdų alternatyvų pateikimas, informacijos apie klientą kitai institucijai parengimas); *teikti paramą* (tarpininkavimas tarp kliento ir jo socialinės aplinkos, vidinių ir išorinių resursų problemai spręsti mobilizavimas, komandos formavimas, partnerių pasirinkimas, socialinis reabilitacinis darbas, visuomenei ir kitoms institucijoms reikalingos informacijos rinkimas ir teikimas); *įvertinti paramą* (įvykusio pokyčio apibendrinimas, paramos teikimo metodų, tikslų analizė, grįžtamojo ryšio analizė); bendradarbiauti su socialiniais partneriais; tobulinti profesinę veiklą. Todėl su tyrimo dalyviais taip pat aptartas socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, funkcijų aspektas, siekiant atskleisti svarbiausias iš jų (žr. 5 lentelę).

5 lentelė. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausios funkcijos

Subkategorijos	Patvirtinantis teiginys
Vadovavimo funkcija	„Svarbiausia mano funkcija – įgalinimas, tai yra suteikti galios pakeisti gyvenimą“.
Palaikymo funkcija	„Motyvuoti ir palaikyti klientą bei jo artimuosius“.
Edukacinė funkcija	„Motyvavimas ir mokymas gyventi savarankiškai“.
Interesų gynėjo funkcija	„Teisinė funkcija“.

Informantai išskirdami savo svarbiausias funkcijas, paaiškino, kad psichosocialinės reabilitacijos procese jie panaudoja **vadovavimo funkciją**. Apibūdindami šią funkciją, kiekvienas iš tiriamųjų išskyrė svarbiausius teiginius, kurie akcentuoja, kad socialinis darbuotojas, dirbantis psichosocialinės reabilitacijos centre, nustato problemą bei tikslus, planuoja, modeliuoja, administruoja bei konstruoja pagalbos procesą, panaudoja komunikaciją tarpininkavime su klientais, specialistais bei institucijomis, teikdamas klientui ir jo artimiesiems informaciją, konsultuodamas, motyvuodamas ir skatindamas jų savarankiškumą. Apklaustieji teikia socialines paslaugas remiantis įgalinimu, analizuoja rezultatus ir įvertina visą pagalbos procesą bei save pačius: „*Tiesioginis darbas su klientu, taip man anksčiau atrodė, o šiuo momentu – administravimo funkcija*“; „*Mano funkcijos? Nustatymo, planavimo, įgalinimas išspręsti, įvertinimo funkcijos*“; „*Teikiu socialines paslaugas,<...> , skatinu paciento savarankiškumą, įgalinu jį gyventi savarankiškai*“; „*Tarpininkavimo, konsultavimo,<...> , informavimo funkcijos*”.

Tyrimo metu atrasta sekanti svarbiausių funkcijų grupė „**Palaikymo funkcija**“ teigia, kad apklaustieji socialiniai darbuotojai yra empatiški, stengiasi suprasti kiekvieną klientą ir padeda pagerinti jo gyvenimo kokybę: „*<...>gerinu paciento gyvenimo kokybę...*“.

Iš informantų pasisakymų padaryta išvalga, kad psichosocialinės reabilitacijos procese jiems aktuali yra **edukacinė funkcija**, kuri orientuota į prarastų gebėjimų, elgesio mokymą, kad būtų pasiektas tikslas – gyventi savarankiškai.

Vertinant situaciją, susijusią su socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, svarbiausiomis atliekamomis funkcijomis, paaiškėjo, kad informantams svarbi yra **interesų gynėjo funkcija**.

Apibendrinus gautus tyrimo rezultatus, galima teigti, kad socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose, teikia ne tik socialines paslaugas, padeda integruotis į visuomenę ir skatina pilnavertiškesnį kliento socialinį funkcionavimą, bet ir atlieka didesnę funkcijų spektrą dėl savo darbo specifikos.

3.2.5. Socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos dirbant PSR centre

Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodekse pabrėžta, kad viena iš svarbiausių socialinio darbuotojo funkcijų – pagalbos teikimas klientui. Galėdamas teikti pagalbą, socialinis darbuotojas turi turėti profesinį išsilavinimą, nuolat kelti savo kvalifikaciją, atnaujinti žinias, kad galėtų realizuoti socialinio darbo vertybes. Taip pat šios profesijos darbuotojas turi kiek galėdamas išnaudoti profesines žinias bei gebėjimus socialinio darbo vertybėms įgyvendinti.

Socialinio darbuotojo etikos kodekse akcentuojamas kliento gerovės siekimas – jo interesus vertinant labiau nei savuosius, šitaip prisiimant atsakomybę už teikiamų paslaugų kokybę (Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodeksas, 1998, p.11). Galima daryti išvadą, kad iš socialinių darbuotojų reikalaujama privalomų įgūdžių ir kompetencijų panaudojimo savo profesijoje.

Lietuvių tyrėjos Dirgėlienė ir Kiaunytė (2005) sako, kad socialiniams darbuotojams, organizuojantiems socialinio darbo profesinę veiklą, svarbi tampa profesinė kompetencija, kuriai būdinga: profesinių žinių įsisavinimas, profesinių įgūdžių įgijimas bei gebėjimas derinti teorines žinias su praktika. Siekiant atkleisti subjektyvų informantų vertinimą apie savo profesines kompetencijas organizuojant socialinio darbo profesinę veiklą, interviu klausimynas papildytas klausimų bloku – „**Socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos dirbant PSR centre**“ su išskirtomis 3 kategorijomis: „**Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausi įgūdžiai**“, „**Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausios vertybės**“ bei „**Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, būtinausios profesinės žinios**“ apimančios 8 subkategorijas (žr. 6 lentelę).

6 lentelė. Socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos dirbant PSR centre

Kategorija	Subkategorijos
Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausi įgūdžiai	Pažintiniai įgūdžiai Bendravimo ir bendradarbiavimo įgūdžiai Socialiniai įgūdžiai
Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, būtinausios profesinės žinios	Socialinio darbo pagrindai Žinios apie tikslinę klientų grupę Psichologijos ir psichiatrijos pagrindų žinios Teisės, vadybos pagrindai, projektų rengimas

3.2.5.1. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausi įgūdžiai

LR socialinės apsaugos ir darbo ministrės įsakymas 2006 m. balandžio 4 d. Nr. A1-92 „Dėl socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašų patvirtinimo“ akcentuoja socialinių darbuotojų privalomų **įgūdžių** turėjimą. Dokumentas aiškina, kad socialinis darbuotojas turi gebėti tiksliai vertinti žmogaus socialinę situaciją, veiksmingai bendrauti su asmeniu ir jo aplinka, efektyviai

organizuoti žmogiškuosius, finansinius bei kitus galimus išteklius, organizuoti socialinį darbą ir socialinių paslaugų teikimą, turi atsižvelgti į kliento individualumą, vadovautis jo poreikiais ir parinkti tokius socialinio darbo metodus bei socialines paslaugas, kurios geriausiai tiktų spręsti konkrečias kliento, jo šeimos ar bendruomenės socialines problemas ir geriausiai atitiktų jų interesus (Žin., 2006, Nr. 43-1569). Kalbant apie socialinio darbo profesijos specialistus, šioje karjeroje svarbiausi yra socialiniai įgūdžiai, kuriuos sudaro asmeninės savybės, vertybės, požiūriai, kurių pagalba klientas gali bendrauti su visuomene (Bubnys, 2004). Tyrėjas Johnson (2001) pateikė savo teoriją, sakydamas, kad socialiniam darbuotojui svarbūs yra dviejų tipų įgūdžiai, tai **pažintiniai** įgūdžiai, kurie naudojami dirbant su asmeniu ir jo situacija, planuojant intervenciją ir atliekant įvertinimą. Kita grupė – **bendravimo** įgūdžiai, kurie naudojami dirbant su individais, grupėmis, organizacijomis, atliekant bendrąjį planavimą, įgyvendinant planus.

Iš informantų pasisakymų galima daryti išvaga, kad socialiniams darbuotojams, organizuojantiems psichosocialinės reabilitacijos procesą, aktualūs yra **pažintiniai įgūdžiai**, kurie yra orientuoti į įgūdžius, susijusius su pačiu klientu ir problemos identifikavimu („*Reikia būtinai turėti išvalgos įgūdžių*“; „*<...> mokėjimo suprasti paciento problemą, jos esmę...*“), pagalbos procesu planuojant intervenciją, problemų sprendimu bei atliekant savo bei viso proceso įvertinimą („*Iš esmės, manau, kad socialinis darbuotojas privalo mokėti išsiaiškinti kliento interesus, problemas, poreikius, <...> įvertinti rezultatus*“).

Pokalbių eigoje išryškėjo, kad tiriamiesiems svarbi yra antroji įgūdžių grupė – **bendravimo ir bendradarbiavimo įgūdžiai**, kurie labai reikšmingi organizuojant darbą su klientu ir jo šeima, grupe („*Reikia darbo su grupe, komandinio darbo įgūdžių*“), organizacijomis („*Reikia bendradarbiavimo su įstaigomis, bendravimo su žmogumi...*“), komanda („*Pirmiausia – darbo komandoje įgūdžių, kad tikėtum komanda, savimi*“) bei motyvuojant juos: „*Iš esmės, manau, kad socialinis darbuotojas privalo mokėti užmegzti ryšį su klientu, organizuoti bendravimą, laisvą laiką, užimtumą...*“.

Kaip nurodo analizės duomenys, socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose, svarbūs tampa **socialiniai įgūdžiai**. Anot S. Kemerienės ir R. Mazurienės (2001), socialiniai įgūdžiai – tai verbalinio ir neverbalinio elgesio seka, kuri yra susijusi su aplinkinių žmonių elgesiu. Jie įgyjami stebint, modeliuojant aplinkinių elgesį bei gaunant grįžtamąjį ryšį apie savo elgesio pasekmes. Tuo tarpu socialiniai įgūdžiai, pasak, tiriamųjų yra orientuoti į socialinio darbuotojo profesinėje karjeroje orientuotas asmenines savybes bei vertybes: supratimas bei palankaus klimato kūrimas, patirtis, atsakingumas, tolerantiškumas: „*Manau, kad kiekvienas sutiks su manimi, kad būtinai reikia mokėti būti atsakingam, tolerantiškam ir turėti*

organizuotumo įgūdžių ”; ”Turi mokėti įtraukti į procesą, panaudoti savo žinias, praktiką darbe, <...>, turi mokėti kurti palankų klimatą darbe”.

Johnson (2001) teigė, kad įgūdžiai nuolat auga ir tam įtakos turi socialinio darbo žinios, metodika, vertybės, socialinio darbuotojo savybės ir jo darbo stilius. Bet dažnai dėl visų šių kriterijų socialinio darbo specialistai patiria įgūdžių trūkumą. Vertinant situaciją, susijusią su įgūdžių stoka, pabandyta išsiaiškinti, kokių svarbiausių įgūdžių trūksta socialiniams darbuotojams, dirbantiems psichosocialinės reabilitacijos centruose. Remiantis interviu išanalizuotais duomenimis, nustatyta, kad informantai savo darbo praktikoje stokoja ne tam tikrų įgūdžių, bet labiau **psichologinių žinių**: „*Asmeniškai man trūksta psichologinių, tiksliau asmens palaikymo įgūdžių*“; „*Asmeniškai man sunku užimti vadovavimo funkciją, svarbu gražia forma pasakyti kažkokius trūkumus, kritiką*“; „*Na, o trūksta tai problemų sprendimo įgūdžių ir to, kas įgyjama su darbo patirtimi – manipuliacijos*“. 1 socialinis darbuotojas nurodė, kad jam dar daug trūksta, kadangi dirba šioje darbo sferoje labai trumpą laiko tarpą: „*Na, aš dirbu visai neseniai šioje srityje, todėl man dar daug ko trūksta*“. Pasak 2 informančių jos visiškai nejaučia stygiaus dėl didelės darbo patirties ir buvimo skirtingose situacijose savo profesijoje: „*Per jau nemažą darbo patirtį man atrodo, kad nestokuju nieko, nes teko būti įvairiose situacijose*“; „*Net nežinau, ar man kažko trūksta, nes viskas priklauso nuo situacijos*“; „*Tikrai turiu pakankamai įgūdžių, nes dirbu nuo 1991m*“.

Apibendrinus visus rezultatus, darytina prielaida, kad socialiniam darbuotojui, dirbančiam psichosocialinės reabilitacijos centre, reikia įvairių įgūdžių, būtinų socialiniam darbuotojui ne tik kaip asmenybei, bei ir kaip socialinio darbo profesijos atstovui, kurių paskirtis – įgalinti veikti skirtingose psichosocialinės reabilitacijos situacijose.

3.2.5.2. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausios vertybės

Svarbu pabrėžti, jog socialinio darbo praktika remiasi vertybių sistema, grindžiama individo vertės ir orumo, apsisprendimo laisvės, konfidencialumo teisės principais, todėl galima drąsiai teigti, jog vertybės šio specialisto darbe vaidina svarbų vaidmenį (Johnson, 2001).

Pagal LR socialinės apsaugos ir darbo ministrės įsakymą 2006 m. balandžio 4d. Nr. A1-92 „Dėl socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašų patvirtinimo“ socialinis darbuotojas ir jo padėjėjas savo veikloje turi vadovautis šiomis vertybinėmis nuostatomis: gerbti savo klientus ir vertinti kiekvieno iš jų unikalumą; būti empatiškas, stengtis suprasti kiekvieną klientą ir jam

padėti; vertinti visus klientus vienodai ir teikti jiems pagalbą nepriklausomai nuo jų socialinės padėties, tikėjimo, lyties, rasės, įsitikinimų ar pažiūrų; pasitikėti savo klientu, būti objektyviu priimant sprendimus, nesivadovauti išankstinėmis nuostatomis; sukurti bendradarbiavimo su klientu santykius, į jo socialinių problemų sprendimą įtraukti jį patį, jo šeimą, bendruomenę; laikytis konfidencialumo, apie klientą žinomą informaciją teikt tik įstatymų numatytais atvejais ir tik siekiant apginti geriausius kliento interesus; socialinis darbuotojas ir jo padėjėjas turi pasižymėti tokiomis savybėmis kaip tolerancija, geranoriškumas, atsakingumas, kūrybiškumas bei iniciatyvumas.

Išanalizavus interviu klausimo apie vertybes turinį, paaiškėjo, kad socialiniai darbuotojai, dirbantys su psichikos negalią turinčiais asmenimis, svarbiausiomis išskiria šias vertybes: *orumas, teisingumas, pagarba žmogui, lygybė, supratimas, savarankiškumas, konfidencialumas, pasitikėjimas, atvirumas, asmens tikėjimą pasirinkimo laisvė, empatija, tikėjimas, kantrumas, žmogiškumas, kantrybė*. Pažymėtina tai, jog visi informantai kaip labai svarbias vertybes išskyrė *lygybę* - vertinti visus klientus vienodai ir teikti jiems pagalbą nepriklausomai nuo jų socialinės padėties, tikėjimo, lyties, rasės, pažiūrų; *konfidencialumą* – apie klientą žinomą informaciją teikti tik įstatymų numatytais atvejais; *empatiją* – stengtis suprasti klientą ir jam padėti; bei – pasitikėti savo klientu, nesivadovauti išankstinėmis nuostatomis.

Remiantis tiriamųjų pasisakymais galima apibendrinti, kad socialinio darbo profesijos atstovai atranda ir iškelia visuomenėje jau susiformavusias vertybines nuostatas. Socialiniai darbuotojai, dirbantys psichosocialinės reabilitacijos centruose, vadovaudamiesi Etikos kodeksu siekia įtvirtinti darbą visuomenės gėriui, pagalbą klientui bei jo šeimai, sprendžiant jų problemas, socialinio teisingumo siekį.

3.2.5.3. Socialiniam darbuotojui, dirbančiam PSR centre, reikalingos profesinės žinios

Socialinio darbo profesijoje vadovaujamosi **žiniomis**, padedančiomis socialiniam darbuotojui suprasti klientų ir jų supančios aplinkos problemų pobūdį ir priežastinį jų sąveikos ryšį. Žinių pagrindas sukuriamas iš socialinio darbuotojo tyrimų, teorijų plėtros ir tiesioginės kitų socialinių darbuotojų patirties. Dirgeliene (2008) akcentavo, kad socialinio darbo sričiai priskiriamos: socialinio darbo metodų, socialinio darbo teorijos, teisės, psichologijos, socialinės politikos, konsultavimo, socialinių tyrimų, sociologijos, vadybos, socialinio darbo bendruomenėje, reabilitacijos, krizių intervencijos, resocializacijos žinios.

Remiantis informantų nuomone apie žinių specifiškumą bei reikšmingumą PSR darbo praktikai, galima daryti išvaidą, kad socialinio darbo profesionalas privalo išmanyti bendruosius

socialinio darbo klausimus, kitaip tariant turi būti įsisavinęs **socialinio darbo pagrindus**. Visa tai apima: **socialinio darbuotojo profesinę veiklą**: „*Socialinis darbuotojas turi išmanyti savo profesiją, savo funkcijas, pareigas paties darbo specifika*“; „*Turi žinoti apie socialinį darbą, socialinio darbuotojo vaidmenį, pareigybes*“. Pokalbių eigoje išryškėjo, kad informantai prie bendrųjų socialinio darbo pagrindų išskyrė žinias, susijusias su **socialinės intervencijos procesu**, kurioms priklauso žinios apie **bendravimą, gebėjimą analizuoti bei vertinti, konfliktų valdymą, sprendimą, intervencijos strategijų taikymą, metodus, žinios apie kliento visą supančią aplinką, žinios apie socialinių problemų sprendimą**: „*Iš studijų laikų prisimenu, kad privalome išmanyti konfliktų sprendimą, tarpininkavimą, gebėjimą vertinti, bendravimo meną, savęs analizavimą – stebėjimą, socialinių problemų sprendimą*“; „*Svarbiausia – tiesioginis darbas su klientu: kaip dirbti individualiai, kaip taikyti strategijas?*“; „*Turi žinoti apie <...>tikslinę grupę su kuria dirba ir turi žinoti visą supančią kliento aplinką*“; „*...turi turėti organizavimo žinių. Svarbu yra mokėti valdyti konfliktus*“.

Kadangi visų apklaustųjų darbo specifiška yra bendravimas su tam tikra **tiksline klientų grupe**, todėl analizės metu išskirta subkategorija „**Žinios apie tikslinę klientų grupę**“ patikslino, kad socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose, privalo išmanyti darbą su šia grupe norint tinkamai įvertinti ir įvykdyti socialinės pagalbos procesą: „*Dalį atsineši iš universiteto, bet man trūko darbo specifikos su psichikos negalią turinčiais klientais, realiai turėjau iš naujo mokytis kaip dirbti su šia tiksline grupe*“. Johnson (2001) teigė, kad norint socialiniam darbuotojui turėti pakankamai žinių, jam reikia specializuotų žinių, kurios reikalingos dirbant su ypatingomis klientų grupėmis ir išskirtinėmis situacijomis. Svarbu yra suprasti žmones, jų sąveiką ir tą socialinę sąveiką, kurioje jie funkcionuoja. Tai žinios apie žmones emociniu, pažintiniu, elgesio ir raidos aspektais.

Iš informantų pasisakymų galima daryti išvargą, kad jie visi turi tiesioginį ryšį su psichikos negalia bei tam tikrą priklausomybę turinčiais klientais, todėl iš čia kyla poreikis turėti kitų mokslo šakų žinių. Išsiaiškinta, kad socialiniam darbuotojui, dirbančiam psichosocialinės reabilitacijos centre, svarbios tampa „**Psichologijos ir psichiatrijos pagrindų žinios**“: „*Mūsų srityje svarbu turėti psichologijos, psichiatrijos, medicinos pagrindus*“; „*Remiantis savo praktika, turi būti žinios apie psichiatriją*“; „*<...> psichologinės žinios, mokėjimas bendrauti*“. Dirgelienė (2008) pabrėžusi, kad psichologijos žinios yra svarbios visais paramos etapais. Tai gali būti reikšminga ir pačiam socialiniam darbuotojui savo psichologinės būsenos įvertinime, savireguliacijos įgūdžių tobulinime. Tai yra reikšminga ir vienai informantei: „*Iš studijų laikų prisimenu, kad privalome išmanyti <...> savęs analizavimą – stebėjimą*“.

“Socialinių darbuotojų pareiginiuose nuostatuose” pabrėžta, kad socialinis darbuotojas turi žinoti ekonomikos pagrindus, darbo organizavimo metodus bei socialinės apsaugos, teisės aktus. Vertinant situaciją, susijusią su šiomis tendencijomis, išryškėjo, kad apklaustiesiems svarbūs yra **teisės, vadybos pagrindai** darbo praktikoje: *“Taip turi turėti žinių apie teisinius ir norminius aktus, ekonomiką Lietuvoje, turi turėti vadybos žinių, organizavimo žinių“*; „Gerai išmanyti įstatymus, nes gali pati ir ligonį apsaugoti“.

Kai kurie akcentavo, kad ypač svarbu yra turėti žinių apie **projektų rengimą**: „Remiantis savo praktika, turi būti žinios apie psichiatriją, projektus“.

Išanalizavus klausimo turinį apie būtiniausias profesines žinias, reikalingas socialiniam darbuotojui, dirbančiam PSR centre, padaryta išvalga, kad norint socialiniam darbuotojui turėti pakankamai žinių, jam reikia plačių mokslo apie žmogų pagrindų – tai socialinių mokslų (sociologijos, psichologijos, politinių mokslų ir ekonomikos) žinios, kurios padeda suprasti žmonių visuomenės esmę ir žmogaus padėtį: *“Žinios turi būti visapusiškos, nes socialinis darbuotojas yra: teisininkas, medikas, pedagogas, psichologas ir t.t.”*.

Apibendrinus analizės duomenis, galima teigti, kad socialinis darbuotojas, dirbantis su psichikos negalia turinčiais klientais, turi turėti bendrųjų ir specializuotų žinių ir sugebėti jas panaudoti savo socialinio darbo praktikoje.

3.2.6. Institucinis ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas

Siekiant įgyvendinti klientams kompleksinę pagalbą, socialinių darbuotojų veikla bendruomenėse, globos įstaigose, PSR centruose, ligoninėse arba kitose valstybinėse ir nevyriausybinėse organizacijose turi būti susijusi su interdisciplininiu bendradarbiavimu. Sukurtas paslaugų tinklas, padidėjęs partnerių skaičius įpareigoja socialinius darbuotojus aiškintis įvairių socialinės rizikos grupių poreikius, rengti socialinio darbo problemas, dirbti kartu su skirtingų veiklos sričių specialistais bei organizacijomis (Švedaitė, 2004). Siekiant atskleisti PSR paslaugų teikėjų, dalyvaujančių psichosocialinės reabilitacijos intervencijos procese, spektrą, interviu metu PSR socialiniams darbuotojams buvo pateiktas klausimas: „**Su kokiais specialistais bendradarbiaujate dirbdami šį darbą?**“

Išanalizavus klausimo turinį apie bendradarbiavimą su kitais specialistais, išsiaiškinta, kad apklaustieji socialiniai darbuotojai, teikiantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, bendradarbiauja su *psichiatrais, psichologais, kitais socialiniais darbuotojais, įdarbinimo tarpininkais, teisininkais, greitosios medicinos pagalbos darbuotojais, bendrosios praktikos slaugytojais, policininkais, ergoterapeutais, profesijų mokytojais, grupių vedančiaisiais,*

užimtumo terapeutais, archyvo darbuotojais, sanitarais instituciniame bei tarpinstituciniame lygmenyse.

3.2.6.1. Socialinio darbuotojo vaidmuo interdisciplininiame komandos modelyje

Autorių A. Petrauskienės ir R. Skrickaitės (2010) atlikto tyrimo duomenys pabrėžė socialinio darbuotojo vaidmens psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandoje ypatybes, apimančias prisitaikymą ir susitaikymą su priimamais medikų grupėje sprendimais, socialinio darbo tikslo neapibrėžtumą, pozicijos, ginant kliento teises, atstovavimo menkumą ir įtampos išgyvenimą. Lietuvoje pripažįstama sveikatos priežiūros specialistų ir socialinių darbuotojų teigiama tarpusavio sąveika, tačiau socialiniams darbuotojams trūksta bendros – kolektyvinės veiklos vertinimo ir veiksmingos jos kontrolės, galimybių tobulėti ir skleisti bendradarbiavimo patirtį. D. Snieškienė, I. Motužytė (2008), pabrėžė, kad socialinis darbuotojas, dirbantis bet kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje, susiduria su aukštesnį profesinį statusą turinčių specialistų pasipriešinimu, menku supratimu apie būtinas permainas (A. Petrauskienė, 2011). Siekiant atskleisti, koks yra socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, vaidmuo bendradarbiaujant su PSR centro anksčiau išvardytais specialistais, interviu metu tyrimo dalyviams pateiktas klausimas „**Jūsų nuomone, koks yra socialinio darbuotojo vaidmuo bendradarbiaujant su PSR centro specialistais**“? Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Socialinio darbuotojo vaidmuo bendradarbiaujant su PSR centro specialistais**“ buvo išskirtos 6 subkategorijos (žr. 7 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

7 lentelė. Socialinio darbuotojo vaidmuo bendradarbiaujant su PSR centro specialistais

Subkategorijos	Patvirtinantis teiginys
Koordinatorius	<i>„Jis kaip koordinatorius, gaunantis situaciją ir ją sprendžia“.</i>
Organizatorius - vykdytojas	<i>„Tai organizatorius, vykdytojas. Labai geras pavyzdys „Lėlių teatras“, kuriame yra veikėjas, kuris siūlus tampo, tą patį galime priskirti ir socialiniam darbuotojui“.</i>
Komandos narys	<i>„Svarbiausias tikslas ir principas – bendradarbiauti bei keistis informacija. Labai aktualus yra darbas komandoje, o ne individualus darbas“.</i>
Vadovas	<i>„Socialinis darbuotojas užima vadovo vaidmenį šioje grandinėje. Jis iš esmės pradeda ir užbaigia visą procesą, vadovauja viskam, planuoja, organizuoja“.</i>
Tarpininkas	<i>„Socialinis darbuotojas yra kaip tarpininkas, jis čia kaip spektaklio režisierius“.</i>
Laidininkas	<i>„Socialinis darbuotojas yra viso šito proceso laidininkas“.</i>

Vertinant situaciją, susijusią su socialinio darbuotojo vaidmeniu interdisciplininiame komandos modelyje, išvelgta, jog informantai užima **koordinatoriaus** vaidmenį, kurio paskirtis – koordinuoti visą socialinės intervencijos procesą: *„Kadangi aš esu atvejo vadybininkas, tai koordinuoju, organizuoju visą procesą“.*

Remiantis tiriamųjų pasisakymais, paaiškėjo, kad **organizatoriaus – vykdytojo** vaidmuo yra orientuotas į suplanuoto, suorganizuoto socialinės intervencijos proceso vykdymą.

Pokalbių eigoje išryškėjo, kad psichosocialinės reabilitacijos socialiniai darbuotojai sau priskiria **komandos nario** vaidmenį. J. Guščikienė, L. Sapežinskienė, L.Švedienė (2003) kalbėjo, kad socialinis darbuotojas reabilitacijos procese kaip komandos narys įvertina kliento socialinę situaciją sąveikaudamas ne tik su klientu, bet ir su jo artimaisiais, su kitais darbuotojais arba agentais ir padėdamas jiems patobulinti gebėjimus spręsti klientų problemas.

Verta pabrėžti, jog tyrimo metu atrasto vaidmens interdisciplininiame komandos modelyje **„Vadovas“** analizė parodė, kad socialinis darbuotojas, dirbantis PSR centre, yra viso socialinės intervencijos proceso ne tik pradininkas, vykdytojas bet ir užbaigėjas, santykių su klientu užmezgėjas, o taip pat lyderis tarp bendradarbiaujančių su juo specialistų: *„Socialinis darbuotojas šioje komandoje yra kaip lyderis, nes jis turi artimiausią ryšį su klientu, jo problemomis“.*

Tyrimo dalyvaujantys informantai nurodė, kad atlieka **tarpininko** vaidmenį, kuris paaiškina, kad socialinis darbuotojas atsiduria tarp dviejų žmonių, tarp asmens ir grupės tam, kad padėtų žmonėms išspręsti prieštaravimus ir dirbti kartu.

Dar vienas svarbus vaidmuo, kurį nurodė informantai bendradarbiavime su PSR centro specialistais – **laidininkas**. V.O.Okonišnikova ir N. Rumianceva (2007) aiškino, kad socialinis darbuotojas, kuris priverčia veikti, įkvepia, organizuoja jau egzistuojančių arba naujų žmonių grupių veiksmus, siekdamas išspręsti tam tikras problemas, perduoda informaciją bei žinias ir padeda žmonėms tobulinti savo gebėjimus, stengiasi pakeisti stereotipinius įgūdžius, elgseną ir požiūrius į žmones ar žmonių grupes.

Remiantis pateiktais duomenimis galima padaryti išvadą, kad interdisciplininiame komandos modelyje bendradarbiaujant su PSR specialistais socialinis darbuotojas užima ne tik *komandos nario, tarpininko*, bet ir viso pagalbos proceso klientui *koordinatoriaus, organizatoriaus - vykdytojo, lyderio, laidininko, vadovo* vaidmenis.

3.2.6.2. Svarbiausi interdisciplininio bendradarbiavimo veiksniai, turintys įtakos socialiniam darbui

Interdisciplininis bendradarbiavimas Lietuvoje siejamas su teikiamų paslaugų modernizavimu bei plėtra, kurio tikslas – socialinio darbo klientų integracija į visuomenę. L. Bronstein (2003), remdamasi multidisciplinine bendradarbiavimo teorija, paslaugų integracijos, vaidmenų, ekologijos sistemų teorijomis, nustatė 5 interdisciplininio bendradarbiavimo komponentus, reikšmingus socialinio darbo praktikai: *tarpusavio priklausomybė; naujos, profesionalų sukurtos veiklos; lankstumas; kolektyvinė tikslų nuosavybė; bendradarbiavimo proceso refleksija*. Tuo tarpu Petrauskienė (2011) pažymėjo, kad gebėjimas taikyti grįžtamąjį ryšį (refleksijas) ir komandinio darbo žinios – būtent tai yra sėkmingo socialinio darbo bendradarbiavimo veiksnys su asmens sveikatos priežiūros reabilitacijos specialistais. Siekiant atskleisti socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, subjektyvų vertinimą apie svarbiausius tarpdisciplininio bendradarbiavimo veiksnius, turinčius įtakos psichosocialinės reabilitacijos procesui PSR centruose, tyrimo metu išskirta **kategorija „Svarbiausi bendradarbiavimo veiksniai, reikšmingi socialinio darbo praktikai“**, apimanti 6 subkategorijomis, atspindinčias informantų požiūrį (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. Svarbiausi bendradarbiavimo veiksniai, reikšmingi socialinio darbo praktikai

Subkategorijos
Informacijos sklaida
Kliento dalyvavimas
Geranoriškumas
Komandinis principas
Supratimas
Motyvacija

Pirmasis svarbiausias bendradarbiavimo veiksnys, reikšmingas socialinio darbo praktikai, kaip nurodė informantai – **informacijos sklaida** arba keitimasis informacija, kuri įvyksta per bendravimą telefonu arba per dokumentaciją: *“Aš manau, kad informacijos sklaida yra reikšmingiausia socialinio darbo praktikai”*; *“Bendradarbiavimas telefonu renkant informaciją, raštų rašymas ir siuntimas į įstaigą, dokumentacijos tvarkymas”*.

Remiantis apklaustųjų pasisakymais, galima padaryti išvada, kad vienas iš svarbiausių bendradarbiavimo veiksnių, kuris užima svarbų vaidmenį psichosocialinės reabilitacijos centruose – **kliento dalyvavimas** psichosocialinės reabilitacijos procese: „*Mano manymu, svarbiausia yra dirbti ne dėl žmonių, kuriems reikia padėti, bet su jais*“. Gvaldaitė L., Švedaitė B. (2005) akcentavo, kad kiekvienos intervencijos išeities taškas – žmogus ir socialinis darbas tai yra darbas kartu su žmonėmis. Pagalbą reikia pradėti nuo santykių su žmonėmis, kuriems yra skirtas projektas, ir kurti remiantis tais žingsniais, kurie bręsta kartu su jais.

Trečioji išskirta svarbiausių bendradarbiavimo veiksnių grupė, reikšminga socialinio darbo praktikai, anot informantų – **geranoriškumas** paaiškina, kad tarpdisciplininis bendradarbiavimas turi vykti iš širdies: *“Svarbiausia, kad būtų geranoriškumas”*.

Verta pabrėžti, kad kalbant apie bendradarbiavimo veiksnius, buvo pabrėžtas **komandinis principas**, akcentuojantis, kad tarpdisciplinė komanda bendradarbiaudama turi turėti bendrą tikslą, planą bei privalo bendrai atlikti veiksmų koordinavimą: *“<...> 2) bendras sprendimų priėmimas, nes atsakomybę neša visa komanda”*; *“Teikiant pagalbą svarbus labai socialiniame darbe yra komandinis principas”*; *“Bendras siekis padėti asmeniui, visai šeimai”*.

Kadangi socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose bei visa tarpdisciplininė specialistų komanda vadovaujasi vertybe ”empatija”, informantai paminėjo **supratimą** kaip svarbų bendradarbiavimo veiksnį, turintį įtakos socialinio darbo praktikai: *“Supratimas, motyvacija bei geranoriškumas”*.

Paskutinis svarbus bendradarbiavimo veiksnys, kuris yra reikšmingas psichosocialinės reabilitacijos procesui, kurį išskyrė apklaustieji – **motyvacija**. Gvaldaitė L., Švedaitė B. (2005)

pabrėžė, kad reikia motyvuoti ir vystyti jungimosi į grupes galimybę. Pradėti motyvuoti reikia nuo vieno egzistuojančio subjekto, kuris įtraukia į veiklą socialines jėgas, tarptautines institucijas, bendradarbiaujant atitinkamai pagal funkcijas.

Išanalizavus kategoriją „**Svarbiausi bendradarbiavimo veiksniai, reikšmingi socialinio darbo praktikai**“ paaiškėjo, kad socialiniams darbuotojams, dirbantiems aplankytuose PSR centruose, svarbiausią įtaką bendradarbiavimui turi *informacijos sklaida* – keitimasis informacija telefonu ir dokumentacijos pagalba; *kliento dalyvavimas* pagalbos procese; *geranoriškumas*; *komandinio principo vertybės* – bendras sprendimų priėmimas, atsakomybė, bendras tikslas; *supratimas* ir *motyvacija*.

3.2.6.3. Bendradarbiavimo trukdžiai PSR centruose

Socialinis darbuotojas, dirbantis PSR centre, kaip išsiaiškinta, dalyvauja tarp institucijų specialistų pasitarimuose paramos klausimais, prižiūri ir vertina savanorišką darbą. Taip pat remdamasis surinkta medžiaga, prognozuoja socialinių problemų bei socialinių konfliktų atsiradimą, kadangi ne visada galima sutikti su daugumos sprendimu, o visa tai apsunkina tiek patį socialinės intervencijos procesą, tiek bendradarbiavimą su PSR centro specialistais. Mokslinės literatūros analizė atskleidė, kad interdisciplininio bendradarbiavimo trukdžiai asmens sveikatos priežiūros ir reabilitacijos specialistų komandoje – riboti socialinio darbo personalo asmens sveikatos priežiūros įstaigose resursai, profesinio vaidmens naujumas ir neapibrėžtumas, bendradarbiavimo rezultatų vertinimo patirties stoka, tarpžinybinio bendradarbiavimo ribotumas. Visa tai socialiniams darbuotojams išprovokuoja patirti emocinę įtampą, dominuojantį medikų požiūrį bei pasipriešinimą naujovėms (A. Petrauskienė, 2011). Siekiant pristatyti trukdžius, kuriuos patiria socialiniai darbuotojai, dirbdami su PSR centro specialistais, tyrimo metu išskirta **kategorija „Interdisciplininio bendradarbiavimo kliūtys su PSR specialistais“**, apimanti 7 subkategorijas (žr. 9 lentelę), atspindinčias informantų požiūrį.

9 lentelė. Interdisciplininio bendradarbiavimo kliūtys su PSR specialistais

Subkategorijos
Geranoriškumo stoka
Terminologijų skirtumas
Laiko stoka
Specialisto kompetencijų stoka
Konfidencialumas
Finansavimas
Motyvacijos stoka

Kaip parodė analizė, **geranoriškumas** yra vienas iš svarbiausių bendradarbiavimo veiksmų su PSR specialistais, tačiau labai dažnai šitos vertybės socialiniai darbuotojai interdisciplininiam bendradarbiavime stokoja ir įvardija ją kaip bendradarbiavimo su PSR centro specialistais kliūtį: *“Aš pastebėjusi du ryškius trukdžius, tai – geranoriškumo bei terminologijų skirtumas”*.

Remiantis tiriamųjų pasisakymais, tyrimo metu atrasta, kad apklaustiems socialiniams darbuotojams yra sunku bendradarbiauti su PSR specialistais dėl socialinio darbo bei kitose profesijose naudojamų **terminologijų**.

Pasak informantų, išskirta dar viena interdisciplininio bendradarbiavimo trukdžių grupė „**Specialisto kompetencijų stoka**“ rodanti, kad socialiniams darbuotojams yra labai sunku dalyvauti intervencijos procese dėl prasto specialistų bendro pasirengimo darbui: *“Sunku, kai komandoje dirba skirtingo pasirengimo asmenys: reikia sulyginti, suvienodinti žinias, igūdžius”*; *„Kai komandoje dalyvauja nesubrendęs profesionalas, jis nemoka priimti sprendimus ir kartais skiriasi motyvacija dirbti”*. Visa tai tikriausiai galima būtų paaiškinti tuo, kad Lietuvoje dar nėra iki galo išdiskutuota ir suprasta, kokias kompetencijas turi būti gerai įvaldęs socialinis darbuotojas, ir kokios būdingos tik tam tikro pasirengimo, pvz., turintiems socialinio darbo magistro išsilavinimą ir tam tikrą kvalifikacinę kategoriją, darbuotojams. Dėl to labai dažnai kompetencija neatitinka kvalifikacijos ir kvalifikacinės kategorijos (Socialinio darbuotojo vaidmuo šiuolaikinėje visuomenėje, p. 32).

A. D. Čepėnaitės (2009) vertybių sąrašė, kuriomis vadovaujasi tarpdisciplininė specialistų komanda dominuoja taip pat vertybė **konfidencialumas**, tačiau, kaip pareiškė tiriamieji labai dažnai šios vertybės socialiniai darbuotojai interdisciplininiam bendradarbiavime stokoja: *“Konfidencialumas. Kartais trūksta tiek nedaug, kad viską sužinotum. Kartais specialistai negali padėti, kai kuria informacija specialistai iš kitų institucijų nesidalina”*. Informantai pareiškė, kad sunku yra dirbti dėl kitų institucijų nesidalinimu informacija telefonu remiantis įstatymais bei

neegzistuojančios bendros duomenų bazės: *“Pagal įstatymą draudžiama teikti informaciją telefonu. Užima tikrai labai daug laiko, kol gauni rūpimus atsakymus”*; „<...> Mes neturime bendros duomenų bazės“.

Verta pabrėžti, kad socialiniai darbuotojai, dalyvaujantys psichosocialinės reabilitacijos procese, bendradarbiaudami su PSR centro specialistais ir kitomis institucijomis susiduria su **finansavimo** kliūtimi: *“Patiriame finansavimo trukdį”*.

Vertinant situaciją, susijusią su interdisciplininio bendradarbiavimo kliūtimis su PSR specialistais, išvelgta, kad vieni interdisciplininio bendradarbiavimo specialistai susidomėję pagalba, kitiems tai tik eilinė darbo užduotis: *“Vieni dirba iš širdies, o kiti pasyviai”*. Pagalbos procese stokojama **motyvacijos**: *„Nevienoda motyvacija padėti klientui”*.

Išanalizavus visus nurodytus trukdžius, galima padaryti išvadą, kad jie yra labai reikšmingi socialinio darbo praktikai, kadangi neigiamai veikia socialinio darbo kokybę.

3.2.6.4. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas

Psichosocialinės reabilitacijos klientams svarbiausia – efektyvi pagalba, kuri gerina jų gyvenimo kokybę bei sugrąžina įgimtą teisę dalyvauti visuomenės gyvenime, būti visaverčiu jos nariu. Kaip išsiaiškinta, tik tarpžinybinio bendruomenės, savivaldos ir valstybės institucijų bendradarbiavimo ryšio dėka, gali būti pasiektas teigiamas rezultatas PSR klientams. Dabartiniu metu Lietuvos psichikos sveikatos srityje veikiančios organizacijos (NVO) susibūrė į koaliciją, kurios tikslas – integruotis į Lietuvos visuomeninį, ekonominį, kultūrinį, socialinį gyvenimą ir dalyvauti valstybės psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo procese, atstovaujant psichikos sutrikimų turinčių asmenų bei jų šeimos narių teises bei interesus (Psichikos, 2011). Tyrimo metu pabandyta atskleisti, su kokiomis institucijomis tarpininkauja apklaustieji socialiniai darbuotojai, organizuojantys PSR paslaugas.

Išanalizavus gautus duomenis išvelgta, kad socialiniai darbuotojai, dirbantys psichosocialinės reabilitacijos centruose, bendradarbiauja su šiomis institucijomis: *LSPŽGB (Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija), psichikos sveikatos centrai, Vilniaus psichiatrinės ligoninės, dienos centrai, visos Lietuvos darbo birža, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba (NDNT), socialinės apsaugos Ministerija, kiti psichosocialinės reabilitacijos centrai, “Žirmūnų darbo rinkos mokymo centras”, Socialinės paramos centrai, Sodra, Migracijos tarnyba, seniūnijos, Teritorinė ligonių kasa, socialinės globos įstaigos, slaugos ligoninės, vaikų teisių apsaugos tarnybos, teismai, antstoliai, policijos komisariatas, nakvynės*

namai, bankas, paštas, autobusų stotis, mokyklos, socialinės rūpybos skyrius, teatrai, kino teatrai.

Remiantis gautais rezultatais, galima drąsiai teigti, kad psichosocialinės reabilitacijos centų socialiniai darbuotojai bendradarbiauja praktiškai su visomis institucijomis, teikiančiomis socialines paslaugas.

3.2.7. Socialinio darbo metodai PSR centre

Pagalba sergantiems psichikos ligomis optimizuoti jų funkcionavimą, siekiant norimų tikslų, reikalauja reabilitacijos **metodo**, kuris yra panašus į jau naudojamą su žmonėmis su fizine negalia. „Reabilitacija susitelkia ties neįgalumo mažinimu ar asmens efektyvesnio prisitaikymo jo aplinkoje gerinimu“ (Silverstein, 2000; cit. pgl Mowbray et al., 2005). Tokiu būdu sergantieji gali įgyti įgūdžius ir žinias, kaip sumažinti savo nesugebėjimus, bei gauti aplinkinių pagalbą siekiant reabilitacijos ir prisitaikymo tikslų. Daugelis Lietuvos tyrėjų akcentuoja, kad Lietuvoje trūksta socialinio darbo tradicijų, žmonių, kurie užsiimtų socialinio darbo metodikų kūrimu ir diegimu, tai yra dominuoja socialinio darbo metodologijos trūkumas. Siekiant atskleisti ir išsiaiškinti kriterijus, kuriais informantų nuomone turėtų remtis socialinio darbo metodologija, kad darbas būtų lengvesnis bei kokybiškesnis, interviu metu informantams pateiktas klausimas: „**Kaip manote, kokiais kriterijais turėtų remtis socialinio darbo metodologija?**“ Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Socialinio darbo metodologijos ypatybės**“ buvo išskirtos 6 subkategorijos, atspindinčios informantų požiūrį (žr. 10 lentelę).

10 lentelė. Socialinio darbo metodologijos ypatybės

Subkategorijos
Darbo krūvis
Tikslas
Darbo su individu metodus
Tikslinė klientų grupė
Vertybės
Tarpdisciplininė socialinio darbo komanda

Tyrimo metu atrasta pirmoji **subkategorija** „**Darbo krūvis**“ pažymi informantų nuomonę, kad socialinio darbo metodologija turėtų remtis klientų, besikreipiančių į PSR centro socialinio darbo specialistą, skaičiaus kriterijumi: „*Pagrindinis kriterijus, mano manymu, yra klientų skaičius*”.

Dar vienas socialinio darbo metodologijos kriterijus, anot apklaustųjų socialinių darbuotojų, yra orientuotas į socialinio darbo intervencijos **tikslą**: *“Svarbu yra tikslas, ko siekiama”*.

Kai kurie tiriamieji akcentavo, kad socialinio darbo metodologija turėtų remtis atsižvelgiant į **individualų darbą su klientu**, kadangi šiuo metu tai yra svarbiausia socialinio darbuotojo veikla PSR centre: *“Daugiausia turėtų būti mokoma individualaus darbo – individualios pagalbos teikimas klientams”*.

Svarbu pažymėti, kad apklaustiesiems socialinio darbo profesionalams aktualus yra specialusis socialinio darbuotojo parengimas dirbant su **tiksline grupe** dėl jų darbo specifikos: *„Socialinio darbo metodologija turėtų remtis atsižvelgiant į tikslinę grupę, nes skiriasi kliento sutrikimo lygis, jų problemos skiriasi, o taip pat skiriasi tuomet ir problemų sprendimas“*; *„Svarbu paruošti dirbti su skirtingom klientų grupėm“*.

Remiantis informantų pasisakymais, išskirtas dar vienas metodologijos kriterijus, kuris orientuotas į socialinio darbo **vertybes**. Viena informantė kaip socialinio darbo vertybę nurodė *“Socialinio darbo etikos kodeksą“*: *“Metodologija socialinio darbo turėtų remtis vertybėmis, “Socialinio darbo etikos kodeksu”*.

Tyrimo metu atrasta paskutinioji **subkategorija “Tarpdisciplininė socialinio darbo komanda”** pažymi informantų nuomonę, kad socialinio darbo metodologija turėtų būti orientuota į socialinio darbo intervencijos procesą dalyvaujant visai tarpdisciplininei socialinio darbo komandai, tik tuomet dirbti bus lengviau ir darbas bus atliktas kokybiškiau: *“Problemos turi būti sprendžiamos komandiniu principu”*.

Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad vienas informantas nesutinka su lietuvių tyrėjų vyraujančiomis tendencijomis, teigiančiomis, kad Lietuvoje trūksta socialinio darbo metodikų: *„Mano manymu, metodologija yra pakankamai išvystyta mūsų šalyje. Tikrai užtenka priemonių ir jos yra išsamios teikiant pagalbą. Jau esame pripratę prie jos, nes metodai konkretūs, metodas pritaikomas prie tam tikros klientų grupės, o tai svarbiausia”*.

Remiantis socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, daugumos nuomone bei išanalizuotais gautais duomenimis, galima padaryti išvadą, kad PSR centro specialistai patiria aiškios metodologijos pagrindų stoką.

Metodinė pagalba PSR centruose

Atsižvelgiant į tai, kad apklaustiesiems sunku dirbti be aiškios metodologijos, verta pabrėžti, jog tyrimo metu išskirta **kategorija “Metodinė pagalba”** pristatė, iš kur tyrime sutikę dalyvauti PSR socialiniai darbuotojai gauna metodinę pagalbą dirbdami aplankytuose PSR centruose.

Išanalizavus klausimo turinį apie metodinę pagalbą darytina prielaida, kad informantai savo profesijoje remiasi:

1) **užsienio metodologija:** *“Centras yra nusipirkęs iš užsienio metodologiją”; “<...> daug ką gavome iš mokytojų olandų. Belgai apmokė, kaip grįžti į darbo rinką”; “Metodiką esame gavę iš užsienio. Neįgalųjų poreikius mes įvertiname pagal Londono psichiatrijos instituto parengtą Kembervelo poreikių įvertinimo klausimyną”;*

2) **dalijimusi savo gerąja patirtimi savo sukurtais metodais:** *“<...> taip pat kuriame ir savo metodus, kuriuos pritaikome sunkiems ligoniams po ligoninės ir profesinės reabilitacijos klientams”; “Patys esame metodikos kūrėjai”.*

3) **internetu:** *“Daugiausia informacijos gauname iš “Google”; “Svarbiausia yra noras. Dažniausiai gilinamės į metodologiją kiekvienas individualiai, labai padeda internetas”; “Internetas visagalis”.*

4) **bibliotekos leidiniais:** *“Bet taip pat turime labai gerą skaityklą, kurioje randame daug naudingos informacijos”; “<...>leidiniai, mokslinė literatūra...”;*

5) **tarpdisciplininės komandos patirtimi:** *“<...>konsultavimasis su kolegomis, pagalba iš savo vedėjos”; “<...>kolegų patirtis, patarimai”.*

6) **studijų metu sukauptą patirtimi:** *“Žinios atneštos iš universiteto”.*

Apibendrinus visus gautus duomenis apie metodinę pagalbą, galima padaryti išvadą, kad PSR centruose dirbantys socialiniai darbuotojai turi ne tik pakankamai metodinės pagalbos šaltinių, bet ir yra patys socialinio darbo metodologijos kūrėjai.

Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, darbo planas

Kaip išsiaiškinta interviu metu, socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose, reikalingas darbas keliomis kryptimis vienu metu: su klientu, jo biologine šeima, artimaisiais, bendruomene, komanda. Todėl buvo įdomu sužinoti, ar apklaustieji vykdo metodologinį procesą pagal **iš anksto susidarytą darbo planą**. Analizės rezultatai atskleidė, kad visiems be išimties tai yra būtinybė socialiniame darbe ir tiriamieji iš tikrųjų stengiasi dirbti pagal iš anksto susidarytą darbo planą: *“Taip, be abejo, nes kitaip neišeina, neiįmanoma. Reikia viską iš anksto suplanuoti, nes daug visko įvyksta”.* Viena informantė nurodė, kad dirbama netgi pagal **metinį darbo planą**.

Darbo su individu metodus

Individualus socialinis darbas PSR centre – tai yra socialinio darbuotojo kaip specialisto, darbo kryptis, praktinė patirtis, naudojama sprendžiant socialines, tarpusavio santykių problemas, palaikant kontaktą su klientu, turinčiu psichikos sveikatos problemų. Remiantis moksline literatūra, padaryta prielaida, kad šis socialinio darbo metodus Lietuvoje suprantamas kaip klinikinis socialinis darbas. Siekiant atskleisti, kaip organizuojamas darbo su individu metodus PSR centruose, interviu metu PSR specialistams pateiktas klausimas: „**Papasakokite, kokiais etapais vadovaujatės taikydami darbo su individu metodą šiame centre**“. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Darbo su individu metodo etapai**“ buvo išskirtos 4 subkategorijos (žr. 11 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

11 lentelė. Darbo su individu metodo etapai

Subkategorijos	Patvirtinantys teiginiai
Preliminarinė fazė	“Surenkame informaciją iš ligos istorijos įrašų, su medicinos personalu kalbame apie pacientą. Patikriname, kokius turi dokumentus”; “Įvyksta individualus pokalbis su pacientu” ; “<...> įvertinimo etapas, remiantis anketavimu”.
Pradinė fazė	“Sudarau reabilitacijos planą”; “Antra, sudaromas individualus planas su pacientu”.
Darbo fazė	“<...> kartu su klientu įgyvendiname planą”; “Įvyksta paslaugų koordinavimas”.
Užbaigimo fazė	“<...> paskui įvyksta viso proceso įvertinimas. proceso užbaigimas”; “Įvertini visą darbą”.

“**Preliminarinė fazė**” pristato pirmąjį darbo su individu metodo etapą, kuris anot tiriamųjų susideda iš tam tikrų stadijų:

- *susipažinimo, kontakto užmezgimo ir pasitikėjimo etapas*: “Na, pirmiausia susipažįstu su klientu, užmezgu ryšį, stengiuosi padaryti taip, kad manimi pasitikėtų”;

- **situacijos bei problemos identifikavimas ir įvertinimas** remiantis pokalbiu su klientu, jo artimaisiais, medicinos personalu, ligos istorijos įrašais, anketavimo metodu: *“Pirma, tai įvyksta individualus pokalbis su pacientu. Paskui eini pas gydytoją, slaugytoją pasitikslinti, ar klientas nemelavo. Įvyksta pokalbis ir su artimaisiais”*; *“Išsiaiškiniu kliento problemas ir kartu numatome, ką spręsime ir ko sieksime”*. Įvertinama ne tik problema, bet ir ištiriama situacija, aiškinamos priežastys, kurios sukelia kliento socialines problemas. Įvertinami kliento poreikiai: *” Pirmas etapas yra įvertinimas, kuris baigiasi norų įvertinimo etapu”*.

“Pradinė fazė” pristato antrąjį darbo su individu metodu etapą, kuris anot PSR specialistų atspindi intervencijos *planavimą*, kuris pasižymi ne tik individualaus plano sudarymu su klientu, bet ir problemos formulavimu, sutarties sudarymu: *“Suformuluojama problema, sudaroma sutartis su pacientu, kaip spręsime”*. Šiame etape socialiniam darbuotojui svarbu išsiaiškinti kliento galimybes problemai išspręsti. Šio etapo svarbus bruožas tas, kad PSR socialinis darbuotojas parodo visų galimų intervencijų spektrą, supažindina su galimais paramos šaltiniais: *“Aptariame visas intervencijas, jei reikia įtraukiama šeima”*.

Išanalizavus tyrimo gautus duomenis, padarytina prielaida, kad darbo su individu metodu papildo **“Darbo fazė”**, kuri orientuota į socialinės intervencijos įgyvendinimą, kur pasireiškia psichosocialinės reabilitacijos kliento savarankiškumas: *“Vėliau vyksta darbas, bet nedarai visko už pacientą, tik padedi jam”*; *“Vyksta darbas – įtraukiamas pacientas į problemos sprendimą”*.

Interviu metu išaiškėjo, kad individualas darbas su PSR klientu baigiasi **“Užbaigimo faze”**, kuri kaip ir preliminarinė fazė turi savo etapus:

- **intervencijos plano koregavimas**: *“Jei nepavyksta, visada galima grįžti atgal, su vienu pacientu procesas gali trukti net 10 metų ir daugiau. Tokį klientą turime, bendradarbiaujame jau 10 metų”*; *“Jei kažkas nesiseka, ar vyksta ne taip, kaip norėjosi, pakoreguojame ir atliekame kitaip”*. I. Dirgelienė (2008) akcentavo, kad konsultavimo sudėtingumą galima būtų paaiškinti socialinių problemų kompleksiniu, psichosocialiniu pobūdžiu, situacijos sudėtingumu atsižvelgiant į klientų įvairovę.
- **kliento paskatinimas, vertinimas**: *“Vertiname kiekvieną žingsnį, pagiriu už pasisekimus”*.
- **intervencijos kokybės bei socialinio darbuotojo savęs vertinimas**: *“<...> vertinu paskui visą procesą. Vertinu taip pat ir save”*.

Verta pabrėžti, jog absoliučiai visi 8 informantai sulygino darbo su individu metodu etapus su psichosocialinės reabilitacijos proceso etapais: *įvertinimas, planavimas, įgyvendinimas, vertinimas*: “Šis metodas yra tikriausiai žinomas visiems socialiniams darbuotojams ir jie jį taiko, jis sudarytas iš įvertinimo, planavimo, įgyvendinimo bei viso proceso vertinimo etapų”; “Vadovaujamės socialinio darbo procesu, kuris visiems žinomas. Dirbame pagal 4 žinomus etapus”; “Vadovaujamės įvertinimu, planavimu, organizavimu ir vykdymu, vertinimu”.

Darbo su grupe metodas

Nors darbo su grupe metodas suteikia psichosocialinės reabilitacijos klientams viltį, abipusę paramą, socialinių įgūdžių ugdymą, tarpasmeninį mokymąsi, tačiau kaip išaiškėjo, tirtuose ir aplankytuose PSR centruose **darbo su grupe metodas** klientams nėra organizuojamas dėl skirtingų klientų tikslinių grupių, jų problemų skirtumo: “Netaikome, gal tai ir yra blogai, bet labiau linkę dirbti individualiai, nes kiekvienas yra skirtingas. Dirbame pagal žmogų, jo situaciją”. Iš to galima padaryti išvadą, kad aplankytuose psichosocialinės reabilitacijos centruose darbas vyksta tik individualiai - remiantis darbo su individu metodu.

Išsiaiškinta, nors darbo su grupe metodas nėra praktikuojamas tirtuose PSR centruose, bet darbas su grupe vyksta meno terapijos metu ir informantai yra pakankamai susipažinę su šiuo SD metodu. Viena socialinė darbuotoja nurodė, kad patekimas į grupę įvyksta tik įvertinus psichosocialinės reabilitacijos kliento poreikius: “Po įvertinimo pagal norą nukreipiama yra į grupę, o visas grupės procesas vyksta pagal specialistą”. Kita informantė pabrėžė, kad darbo su grupe metodo etapai visiškai nesiskiria nuo individualaus darbo PSR centruose, skirtumas tik klientų skaičiuje: “Aš grupinio darbo neorganizuoju, bet jis iš esmės vyksta taip pat kaip individualus, remiantis išvardytais etapais, tik grupę sudaro 6 – 7 žmonės”. Viena iš psichosocialinės reabilitacijos specialistų apibendrino produktyviąją bei baigiamąją grupės darbo stadijas, teigdama: “Pagrindas – grupei iš anksto yra parengtos užduotys, vyksta jų atlikimas, o atlikus aptarimas”.

Darbo su šeima metodas

L. C Johnson (2001) kalbėjo, kad šeima yra sistema, labiausiai daranti įtaką individo funkcionavimui, tai pirminė sistema, atsakinga už individo poreikių patenkinimą. Socialinių problemų sprendimo atveju dažniausiai nieko neduoda darbas su vienu asmeniu, neįtraukiant jo artimiausios socialinės aplinkos – ypač šeimos. Todėl interviu metu uždavus klausimą apie darbo

su šeima metodo organizavimą asmens problemų sprendimui, išsiaiškinta, jog tirtuose psichosocialinės reabilitacijos centruose šis metodas tikrai yra praktikuojamas ir pagrindinis pagalbos būdas šeimai – *individualios konsultacijos*, kurios yra vykdomos tik pagal poreikį ir labai retas, bet vykdomas pagalbos būdas šeimai – *psichoedukacijos grupės*, kurios orientuotos į informacijos suteikimą, galimybę šeimai išsiskyti.

Darbo bendruomenėje metodas

Socialiniai darbuotojai bendruomenėje yra tarpininkai tarp asmens, kolektyvo, grupės, bei visuomenės, aiškinantys kliento, turinčio psichikos sveikatos problemų, teises ir pareigas. Darbo bendruomenėje organizavimo pagrindiniai tikslai, kaip išsiaiškinta, yra tos bendruomenės žmonių įgalinimas, informacijos pateikimas, įgūdžių, sugebėjimų, kompetencijos lavinimas, kėlimas bei atstatymas; savivertės jausmo atstatymas (parama, palaikymas), problemos formulavimas – kas atrodo asmeniškai, turi būti perkelta į politiką kuriant organizacijas, kurios sutelkia ir padidina klientų galią. Siekiant išsiaiškinti tiriamų socialinių darbuotojų subjektyvią nuomonę apie darbo bendruomenėje metodo svarbą ir aktualumą jų PSR centrų sistemoje, interviu metu PSR socialiniams darbuotojams užduotas klausimas: **Jūsų nuomone, kuo yra svarbus darbo bendruomenėje metodas Jūsų PSR centro sistemoje?** Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Darbo bendruomenėje metodo svarba**“ buvo išskirtos 4 subkategorijos (žr. 12 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

12 lentelė. Darbo bendruomenėje metodo svarba

Subkategorijos	Patvirtinantys teiginiai
Bendruomeniškumas	<i>„Bendruomenė suteikia pacientui bendrumo jausmą, joje žmogus jaučiasi savas, jos dalis“.</i>
Socialinio pokyčio teigiamas rezultatas	<i>“Labai svarbus yra darbo bendruomenėje metodas. Jei dirbsime tik su klientu, tai rezultato tikrai nepasieksime. Turi būti įnašas visų, kad būtų pasiektas rezultatas”.</i>
Socialinės intervencijos veiksmingumas	<i>„Svarbus yra dėl grįžtamojo ryšio, kad mes sužinotume apie tęstinę jų reabilitaciją, išsiaiškinti, ar veiksminga buvo mūsų pagalba“.</i>
Priėjimas prie išteklių	<i>“Paciento problemos išsprendžiamos ir poreikiai patenkinami bendruomenės išteklių dėka”.</i>

Remiantis informantų subjektyvia nuomone, padaryta išvalga, kad darbo bendruomenėje metodas jų sistemoje svarbus tuo, kad bendruomenėje neįgalieji patiria **bendruomeniškumo** jausmą, t.y. jaučiasi savimi, artimi, saugūs: „*Bendruomenė suteikia pacientui ir jo aplinkai artumo, saugumo jausmą*“.

Vertinant situaciją, susijusią su darbo bendruomenėje metodo svarba PSR centrų sistemoje, išsiaiškinta, kad bendruomenė, anot apklaustųjų, tai yra svarbi prielaida **socialinio pokyčio rezultatui**: „*Kad būtų pasiektas socialinis pokytis, turi dalyvauti ir bendruomenė, nes ji yra kliento gyvenimo dalis*“.

Pokalbių eigoje išryškėjo, kad PSR specialistai darbo bendruomenėje metodo svarbą aiškina **kliento sugebėjimu gyventi savarankiškai pabaigus psichosocialinę reabilitaciją**. Apklaustieji socialiniai darbuotojai akcentuodami metodo svarbą pabrėžia **grįžtamąjį ryšį, tęstinę reabilitaciją**: „*Bendruomenė turi žinoti apie pacientą pirmiausia. O svarbus metodas dėl problemos tęstinumo išvykus iš ligoninės*“.

Verta pabrėžti, kad tyrimo metu pasak informantų, atrasta, jog darbo bendruomenėje metodas svarbus PSR centrų sistemoje dėl bendruomenės **išteklų**. PSR socialiniai darbuotojai įsitikinę, kad be išteklių negali įvykti psichosocialinės reabilitacijos intervencijos procesas.

Padaryta išvalga, kad interviu metu, viena informantė sutapatino metodo svarbą su socialiniais projektais, vykdomais PSR centruose: „*Vykdome prevencinius projektus ir tai jau apima bendruomenę. Patikėkite, rezultatai yra labai geri*“.

Išanalizavus klausimo turinį apie darbo bendruomenėje metodo svarbą PSR centrų sistemoje, galima apibendrinti, bendruomenė yra ta institucija, kuri gali apjungti vietinį ir globalinį visuomenės vystimosi ir tobulėjimo aspektus. Bendruomenės vienybė slypi įvairovėje, jos metodai yra labiau dvasiniai nei materialiniai, ji labiau stengiasi išsigilinti negu pakeisti, ir labiau pasitiki bičiuliškais ryšiais tarp draugų nei tarp organizacijų (Johnson C., 1998).

Meno terapija aplankytuose PSR centruose

Lietuvoje vyrauja tendencija, kad meninis neįgaliųjų ugdymas – tai vienas iš neįgaliųjų integracijos į visuomenę spartinimo būdų. Menas veikia prigimtinių PSR kliento kūrybiškumą. Meno terapija suteikia galimybę sumažinti prieštaravimą tarp to, kaip norėtumėme elgtis ir jaustis ir to, kaip mes elgiamės, norėdami įtikti kitiems žmonėms. Jos pagalba psichikos negalia turintis asmuo išdrįsta pasirodyti pasauliui toks, koks yra iš tikrųjų, bent jau vaizduotėje jis atkuria tai, kas yra prarasta ar buvę praeityje.

Tyrimo metu išsiaiškinta, kad aplankytuose PSR centruose yra intensyviai praktikuojama meno terapija organizuojant šiuos meninius užsiėmimus įgūdžių lavinimui PSR klientams: *dailieji amatai - keramika, rankdarbiai (darbas su popieriumi, papuošalų gamyba, medžio darbų gaminimas, darbeliai iš akmenų), šiaurietiškas vaikščiojimas, šokiai, spektaklių žiūrėjimas teatre, filmų peržiūra, mezgimas, dailės terapija, švenčių paminėjimai, sporto šventės lauke, sportinės varžybos, stalo žaidimai, muzikos klausymas, eilėraščių kūryba*. Viename iš aplankytų PSR centrų yra įrengtos *virėjų – padavėjų, sodininkų rengimo, vidaus apdailininkų, siuvėjų* rengimo klasės. Tyrimo metu padaryta prielaida, kad visi šie meniniai užsiėmimai – tai yra aktyvi neįgaliojo formavimo ir formavimosi priemonė PSR centruose.

3.2.8. Sunkumai bei problemos, su kuriais susiduria socialinis darbuotojas dirbdamas PSR centre, ir jų sprendimo būdai

Socialinis darbas, kaip anksčiau išsiaiškinta, yra labai sudėtinga ir sunki praktinės veiklos sritis. Sudėtinga ji yra dėl to, kad socialiniai darbuotojai dirba su labiausiai pažeidžiamais klientais, dažnai turi reikalą su sunkiai įveikiamomis, sudėtingomis, aštriomis ir ilgalaikėmis problemomis, kurių pobūdis lemia socialinio darbo tikslą ir vaidmenį. Socialinio darbo, kaip profesijos, sudėtingumas – problemų, sunkumų, kuriuos patiria socialinio darbo profesionalai, priežastis. Išstudijuotoje mokslinėje literatūroje atrasti aktualūs sunkumai ir problemos, su kuriais šiandien susiduria socialinis darbuotojas siekdamas patenkinti žmogaus poreikius ir kartu veikdamas visuomenėje: *socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimui skiriamas nepakankamas finansavimas, socialinės politikos ir įstatymų prasilenkimas su realiais poreikiais ir socialinio darbo praktika, aiškios socialinio darbo koncepcijos ir metodologijos trūkumas, didžiulis emocinis krūvis, nedidelis darbo užmokestis ir ribotos materialinio skatinimo galimybės, klientų sudėtingumas – psichologinis spaudimas ir agresija iš klientų, sunkus fizinis darbas, profesinių gebėjimų nevertinimas*. Siekiant atskleisti sunkumų, patiriamų aplankytuose psichosocialinės reabilitacijos centruose, spektrą, interviu metu informantams buvo pateiktas klausimas: **Su kokiais sunkumais dažniausiai susiduriate dirbdami socialinio darbuotojo darbą PSR centre?** Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Sunkumai, kylantys socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose**“ išskirtos 2 subkategorijos (žr. 13 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

13 lentelė. Sunkumai, kylantys socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose

Subkategorijos
Tikslinė klientų grupė
Kliento artimieji, šeimos nariai
Problemos tarpinstitucinio bendradarbiavimo srityje

Verta pabrėžti, kad tyrimo metu išskirtus sunkumus pristatė pirmoji sunkumų grupė „**Tikslinė klientų grupė**“, rodanti, kad tiriamieji dažniausiai susiduria su klientų pasyvumu dalyvaujant socialinės intervencijos procese: „*Didžiausias sunkumas – klientų pasyvumas*“; „*Paties paciento nenoras spręsti problemas – jo žema motyvacija*“; „*Pačių žmonių motyvacija keistis ir keisti*“. Remiantis interviu duomenimis, išsiaiškinta, kad socialinio darbo profesijos atstovai centro viduje susiduria su klientų nesupratimu, kad socialinės pagalbos procesas gali tapti efektyvia pagalbos priemone gerinant gyvenimo kokybę: „*Tu nori padėti, bet klientas nesupranta pagalbos esmės. Žmogus priima vos, kad pakenkei ar nori pakenkti jam*“; „*Klientai kartais netiki, kad galiu jiems padėti*“.

Remiantis informantų subjektyvia nuomone, padaryta išvalga, kad PSR centruose kylančius sunkumus papildoma antroji sunkumų grupė „**Kliento artimieji, šeimos nariai**“, rodanti, kad tiriamieji dažniausiai susiduria su tėvų globėjiška įtaka arba, atvirkščiai, žema motyvacija dalyvauti socialinės intervencijos procese: „*Labai dažnai susiduriu su tėvų globėjiška įtaka*“; „*<...>artimųjų hipergloba arba artimieji atsisako padėti*“.

Vertinant situaciją, susijusią su PSR centruose kylančiais sunkumais, remiantis PSR paslaugas teikiančių specialistų pasisakymais, išryškėjo, kad dažniausiai socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose susiduria su **problemomis tarpinstitucinio bendradarbiavimo srityje**: „*Sunkumai dažniausiai kyla iš išorės – iš kitų institucijų, tarkim dėl klientų atvykimo, o jie turi finansinių sunkumų*“; „*Susiduriame su nebendradarbiavimu. Ne visada sulaukiame greito bendradarbiavimo su institucijomis*“; „*Kartais kyla vidiniai sunkumai darbo vietoje dėl klientų, dėl pačių*“.

V. Kavaliauskienė kalbėdama apie socialinių darbuotojų patiriamus sunkumus pabrėžė, kad šiuolaikinių problemų, su kuriomis susiduria socialinis darbas, identifikavimas, jų analizė gali susieti įvairių šalių socialinius darbuotojus, skatinti jų, kaip socialinio darbo profesionalų, tarpusavio susikalbėjimą, bendradarbiavimą atliepiančią ir sprendžiant tiek savo šalies žmonių poreikius ir problemas, tiek bendras europines problemas. Galima pasididžiuoti, kad nepaisant socialinio darbo, kaip profesijos, sudėtingumo, patiriamų sunkumų, problemų, yra daugybė socialinių darbuotojų, dirbančių profesionaliai, atsidavusių savo profesijai ir tokiu būdu

dalyvaujančių kuriant socialinę gerovę tiesiogiai dirbdami su klientais, įsitraukdami į socialinės paramos sistemos tobulinimo, socialinės politikos gerinimo darbą.

3.2.8.1. Socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, veiklos problematiškumą sąlygojantys veiksniai

Pastarųjų metų socialinė, moralinė ir ekonominė krizė Lietuvoje paveikė socialinių darbuotojų darbo sąlygas, kintantys visuomenės poreikiai kelia nemažai iššūkių, reikalauja keisti mąstymą, įgyti naujų įgūdžių, išlaikyti emocinę pusiausvyrą. Tyrimo metu pabandyta atskleisti svarbiausius veiksnius, sąlygojančius socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, veiklos problematiškumą. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, **kategorijoje „Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, veiklos problematiškumą sąlygojantys veiksniai“** išskirtos 5 subkategorijos (žr. 14 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

14 lentelė. Socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, veiklos problematiškumą sąlygojantys veiksniai

Subkategorija	Patvirtinantis teiginys
Didelis darbo krūvis	<i>“Mūsų centre problema ta, kad patiriame didelį krūvį, kadangi klientų labai daug, vienam darbuotojui tenka kartais net 18 žmonių per savaitę”.</i>
Kolegialumo stoka	<i>„Kolegų “sugedęs telefonas”, kartais būna, kad žmonės per daug sureikšmina visiškai nereikšmingus dalykus“.</i>
Informacinių technologijų stoka	<i>“Techninė pagalba: kompiuteriai, ne viskas yra sukompiuterizuota”.</i>
Laiko stoka	<i>“Mūsų centre problematiškumas yra dėl laiko stygiaus”.</i>
Gautas neigiamas rezultatas	<i>“Rezultatas ne visada bus toks, kokį tu planavai, nes klientai yra skirtingi, o tai labai nuvilia”.</i>

Kaip rodo 14 lentelė, socialinių darbuotojų apklausos duomenys atskleidė šiuos svarbiausius veiklos problematiškumą sąlygojančius veiksnius: dideles problemas darbo vietoje kelia *didelis klientų skaičius, komandos tarpusavio nesusikalbėjimo stoka, informacinių technologijų stoka, laiko stoka bei susidūrimas su gautu neigiamu rezultatu.*

Remiantis analizės duomenimis, nustatyta, kad PSR centrų socialiniams darbuotojams vis sunkiau dirbti dėl gaunamo **didelio darbo krūvio**, kaip nurodė viena informantė, vienam socialinio darbo specialistui tenka spręsti net 18 klientų socialines problemas per savaitę. Kaip išsiaiškinta, Lietuvos valstybės tarnautojų profesinė sąjunga nuo 2008 metų ne kartą kreipėsi į Lietuvos Respublikos Seimo Socialinių reikalų ir darbo komitetą, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministeriją, atkreipdama dėmesį į socialiniams darbuotojams ekonominiu sunkmečiu padidėjusį darbo krūvį, tačiau iki šių dienų jokių permainų šioje srityje nesulaukta.

Santykiai su vadovu bei kolegomis yra vienas pagrindinių faktorių, sąlygojančių gerą ir darbingą atmosferą darbo vietoje, tačiau kaip paaiškėjo, tiriamieji kartais susiduria su **tarpusavio nesusikalbėjimu komandoje**, o tai kelia ne tik veiklos problematiškumą, bet ir blogina psichosocialinės reabilitacijos intervencijos proceso kokybę. Socialinio darbo įstaigose, kaip ir kitose organizacijose, gerą darbo klimatą sudaro šie elementai: *pagarba, supratimas, palaikymas, savarankiškumas ir pozityvus bendravimas*. Įstaigos vadovas turi kurti nuoširdžią ir palaikančią darbuotojus darbo aplinką, tuo pačiu būnant objektyviu, teisingu ir gerbiamu vadovu (Bagdonienė, 2004).

Kaip išsiaiškinta, aplankytuose psichosocialinės reabilitacijos centruose, darbą apsunkina ir daug laiko atima **informacinių technologijų stoka**. Informantams sunku dirbti, kadangi ne viskas yra sukompjuterizuota, o tai didelė spraga ne tik reikiamai informacijai surinkti, bet ir greičiau pasiekti norimą teigiamą rezultatą. I. Šarkiūnaitė, I. Gaputienė (2006), ištyrė, kad didesnis ir įvairesnis informacinių technologijų naudojimo lygis leidžia darbuotojams jausti pasitenkinimą darbu, kuris apima atlygį už darbą, galimybę mokytis ir įgyvendinti savo idėjas, gero darbo įvertinimą.

Kitas svarbus veiksnys, sąlygojantis socialinio darbuotojo veiklos problematiškumą PSR centre, anot informantų, yra **laiko stygius**. Kaip jau išsiaiškinta anksčiau, tyrime dalyvavusiems socialiniams darbuotojams laiko pritrūksta įvykdyti psichosocialinės reabilitacijos procesą iki galo dėl didelio psichosocialinės reabilitacijos klientų skaičiaus, techninės pagalbos trūkumo, tarpusavio pakitusio supratimo komandoje.

Labai svarbus, anot informantų, socialinio darbuotojo veiklos problematiškumą sąlygojantis veiksnys PSR centruose, yra susidūrimas su **gautu neigiamu rezultatu** dėl tikslinių grupių skirtumų.

Atsižvelgiant į informantų pasisakymus, interviu metu išreikštą intonaciją, galima daryti prielaidą, kad visi išvardinti PSR darbo problematiškumą sąlygojantys veiksniai, turi svarbią įtaką apklaustųjų motyvacijai veikti. O būtent motyvacinės aplinkos kūrimas socialinių paslaugų

įstaigose – vienas iš svarbiausių efektyvios socialinio darbuotojo veiklos veiksnių, nuo jų kvalifikacijos ir motyvacijos tiesiogiai priklauso teikiamų paslaugų kokybė.

3.2.8.2. Iškilusių problemų sprendimas PSR centruose

Problemoms, sunkumams, uždaviniams, su kuriais susiduriama dirbant socialinį darbą, spręsti, psichosocialinės reabilitacijos socialiniam darbuotojui reikia gero profesinio pasirengimo, įgūdžių, plataus spektro žinių, kūrybiškumo bei vaizduotės. Gvaldaitė L., Švedaitė B. (2005) pateikė schemą iškilusių problemų sprendimui. Jos kalbėjo, kad pirmiausia reikia įgyvendinti socialinius projektus dalinantis su klientų poreikiais, gyvenimo prasme bei jausti pagarbą jo asmeniniam gyvenimui. Antrasis etapas siekia įvertinti ir sustiprinti tai, ką klientas kažkada sukūrė. Problemų sprendime labai svarbią poziciją užima darbas su žmonėmis, santykių kūrimas, kūrimas remiantis tais žingsniais, kurie bręsta kartu su jais, svarbi sąlyga - skatinti ir vystyti jungimosi į grupes galimybę. Paskutinė grandies dalis, susijusi su iškilusių problemų sprendimu – partnerystė. Tyrėjos pabrėžė, kad į socialinės pagalbos procesą reikia įtraukti vietines administracines struktūras, socialines jėgas, tarptautines institucijas. Siekiant pavaizduoti socialinių darbuotojų, dirbančių PSR centruose, iškilusių sunkumų sprendimo būdus, interviu klausimynas papildytas klausimu: **„Kaip sprendžiate iškilusias problemas“?** Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje **„Iškilusių sunkumų išėities taškai“** išskirtos 4 subkategorijos (žr. 15 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

15 lentelė. Iškilusių sunkumų išėities taškai

Subkategorijos	Patvirtinantis teiginys
Rezultatų aptarimas	<i>„Turime metinį pokalbį – aš ir klientas, aptariame praėjusių metų nuderbtą darbą“.</i>
Veikimas kartu	<i>„Tariamės su kolegėm, vedėja, kitais specialistais ir ieškome visi kartu sprendimų“</i>
Internetas	<i>„Daug informacijos randame internete“.</i>
Profesinių kompetencijų įrodymas	<i>„Parodau, kad nesu tikrai “žalias” šioje srityje, jei reikia, įrodau rezultatais. Paaiškinu, kad gerai išmanau savo darbą, dirbu visu 100 procentų“.</i>

Įvertinus visus analizės duomenis, buvo padaryta išvada, kad informantai pirmiausia sprendžiant iškilusius sunkumus pasitelkia į anksčiau pasiektų rezultatų aptarimą su klientu. Tyrėjos Gvaldaitė L., Švedaitė B. teigė, jog svarbu yra pradėti nuo pozityvumo, nes būtent šis veiklos taškas leidžia žmogui suvokti savo vertę, orumą, padeda būti atsakingam.

Remiantis informantų subjektyvia nuomone, padaryta išvalga, kad apklausti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikėjai sunkumų sprendime remiasi antruoju etapu – „**Veikimas kartu**“: „*Dažniausiai darbo vietoje kalbamės su kolegomis, stengiamės padėti vieni kitiems. Jei reikia, keliam administracijai klausimus;*” *Centre organizuojami susirinkimai, renkames visi ir sprendžiame*“; „*Pirmiausia, tai bendrauju su šeima, jei reikia, įjungiami kiti komandos nariai ir visi kartu sprendžiame iškilusias problemas*“; „*Rengiame renginius, kursus, kad galėtume artimiau susipažinti*“. Kaip atskleidė tyrimo duomenys, sunkumų sprendime dalyvauja kliento artimieji ir šeimos nariai, tarpdisciplininės komandos nariai, centro administracija. Susirinkimų, renginių, kursų metu dalijamasi atsakomybe ir rizika. Vertinant šiuos pasisakymus, išryškėja santykio su bendradarbiais svarba. Informantai eina konsultuotis ar dalintis problemomis su tais darbuotojais, kurie yra artimesni ar turi daugiau kompetencijų. Gvaldaitė L., Švedaitė B. akcentavo, kad tai yra gera proga didinti savo kompetenciją, mokytis iš kitų.

Dar vienas šiuolaikinis būdas socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose, išspręsti dažniausiai darbe kylančius sunkumus – **internetas**. Galima padaryti išvadą, kad sunkumų kliūtį informantai šalina pasinaudodami informacinėmis technologijomis.

Verta pabrėžti, jog išanalizavus gautą informaciją, atrastas dar vienas svarbus iškilusių sunkumų išėities taškas – „**Profesinių kompetencijų įrodymas**“.

Apibendrinimui svarbu pažymėti, kad tik socialinio darbo teorija ir tyrimais, atliekamais sunkumų šalinimo srityje, stengiamasi padėti socialiniam darbuotojui, „paskendusiam“ problemų gausybėje ir jų įvairovėje.

3.2.8.3. „Perdegimo“ sindromas ir jo sprendimo būdai

Socialiniai darbuotojai intensyviuose interakciniuose santykiuose su klientais, jų aplinka ir kitomis institucijomis patiria emocinę, fizinę ir psichologinę perkrovą. Patiriamas aplinkos spaudimas ir vidinis diskomfortas kelia streso reakciją, nerimą, kitaip tariant „**perdegimo**“ **sindromą**, kurio atsiradimą lemia sudėtingos profesinės situacijos, ilgalaikis buvimas su tuo pačiu klientu, ypač agresyviu, piktu, keliančiu nemotyvuotus reikalavimus, bejėgiškumas, kai nėra iš kur tikėtis pagalbos, bet, svarbiausia – refleksijos stoka (I. Dirgelienė, 2005). Siekiant

išsiaiškinti, ar psichosocialinės reabilitacijos socialiniai darbuotojai, turi žinių apie šį sindromą, interviu metu buvo užduotas klausimas: „**Ar žinote, kas yra „perdegimo sindromas“? Ar teko susidurti su juo**”? Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, nustatyta, kad visi apklaustieji yra gerai susipažinę su šia sąvoka tiek teoriškai (iš studijų laikų), tiek praktiškai (5 socialiniai darbuotojai). 3 socialiniai darbuotojai, dirbantys psichosocialinės reabilitacijos centruose, visiškai nebuvo susidūrę su šiuo reiškiniu. Tai galima interpretuoti tik remiantis nedidele darbo patirtimi. Kaip parodė analizė, viena PSR socialinė darbuotoja susidūrė su profesinio išsisėmimo sindromu, bet nepatyrė jo iki galo: *“Nesu patyrus jo visiškai, bet pradžia jau buvo...”*.

Verta pabrėžti, kad tyrimo metu atrasti profesinio “perdegimo” sindromo požymiai: *“Jaučiau neviltį, kaltę sau, norą išeiti iš darbo”*; „<...> nuotaikos nebuvimas, noras pakeisti darbą”.

Remiantis tiriamųjų pasisakymais, darytina prielaida, kad tyrimo metu atrasti profesinio išsisėmimo sindromo požymiai apibendrina mokslinėje literatūroje vyraujančius požymius: stresas, bejėgiškumas bei refleksijos stoka.

Labai svarbu, kad žmonės, susiduriantys su stresu darbe, gautų paramą. Socialiniai darbuotojai, teikiantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, kaip išsiaiškinta, susiduria su kompleksiniu streso poveikiu, ateinančiu tiek iš profesinės, tiek iš asmeninės srities, o parama, kaip atsvara stresoriams, gali būti tiesioginė ir netiesioginė, veikianti organizacijos viduje ir išorėje, kurią gali teikti profesionalai (supervizoriai, psychologai, psichoterapeutai) (I. Dirgelienė, A. Kiaunytė, 2005). Tyrėjos paminėjo, kad kova su profesinio išsisėmimo sindromu – mokymosi iš patirties būtinybė – reflektuoti ir susieti asmeninio tobulėjimo, ugdymo ir profesinės veiklos procesus. Siekiant išsiaiškinti, kokius profesinio išsisėmimo sindromo sprendimo būdus taiko socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose, savo darbo praktikoje, jiems interviu metu buvo pateiktas klausimas: „**Kaip kovojote su šiuo sindromu**“? Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Refleksijos skatinimo metodai**“ išskirtos 4 subkategorijos (žr. 16 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

16 lentelė. Refleksijos skatinimo metodai

Subkategorijos	Patvirtinantys teiginiai
Konsultavimasis	<i>“Diskutavau su kolegomis, buvo pakviesta direktorė, aptarėme problemą ir su ja”; “Nekovojau, paprasčiausiai ateina laikas, kai suvoki savo darbą aplinkinių pagalba”; “Labai pastiprino šeima, kolektyvas”.</i>
Atostogos	<i>“Ėmiau atostogas 3 savaitėms, tikrai labai padėjo”.</i>
Netiesioginis darbas su klientais	<i>“Bandžiau atsitraukti nuo tiesioginio darbo, ieškojau kitų darbų mūsų centre”.</i>
Supervizijos	<i>“Pirmiausia, tai supervizijos”.</i>

Remiantis informantų subjektyvia nuomone, padaryta išvalga, kad pirmiausia kovoje su profesinio išsisėmimo sindromu, dominuoja **konsultavimasis** apie darbe iškylančius sunkumus su tarpdisciplinine PSR centro komanda, administracija, savo šeimos nariais, artimaisiais.

Sekantis refleksijos skatinimo metodas, kurį tyrimo metu nurodė socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose, – atsitraukimas nuo darbo **atostogų** metu: *“Buvo paimtos atostogos”*. Informantai profesinio išsisėmimo sindromo atsiradimą sprendė praleisdami ramų, atpalaiduojantį laisvalaikį: *„Išvažiavau į kelionę prie jūros“*. Visa tai parodo, kad psichosocialinės reabilitacijos specialistai turi savo asmeninę apsaugos sistemą, natūralią aplinką.

Pokalbių eigoje išryškėjo, kad dar vienas refleksijos skatinimo metodas, kuriuo remiasi apklaustieji savo darbo praktikoje, yra orientuotas į tiesioginio darbo su tiksline klientų grupe pakeitimu į **netiesioginį darbą**.

Dirgelienė I. , Kiaunytė A. (2005, 2006) pristatė reflekyviąją praktiką ir jos organizavimo sistemą rengiant socialinius darbuotojus bei supervizijos, kaip refleksijos skatinimo metodo, svarbą socialinio darbuotojo profesinėje veikloje. Supervizija, kaip refleksijos skatinimo metodas, yra svarbus ir vienai iš interviu dalyvavusiai socialinei darbuotojai, remiantis tuo, išskirta paskutinioji **subkategorija “Supervizijos”**.

3.2.8.4. Supervizija, kaip refleksijos skatinimo metodas, PSR centruose

Lietuvos moksliniuose straipsniuose supervizija pristatoma kaip labai svarbi socialinio darbuotojo profesinės veiklos dalis, kurios metu įvyksta profesinių santykių analizė. Supervizija, anot tyrėjų, atsakinga už vidinę ir išorinę profesinės aplinkos galimybių išplėtimą, kad

supervizuojamojo darbas būtų ne tik palengvintas, bet būtų atrastos naujos veiklos galimybės, pagerinta darbo kokybė bei padidintas profesionalumas.

Verta pabrėžti, kad tyrimo metu nei viename iš aplankytų PSR centrų supervizijos nebuvo organizuojamos. Tiriamieji atskleidė, kad anksčiau, netgi porą metų atgal, savo centruose jie praktikavo **individualias** bei **grupines** supervizijas. Tačiau remiantis vienos informantės teiginiu: „*Pas mus atvysta psichiatras olandas ir konsultuoja visą komandą, manau galime skaityti tai kaip superviziją*“, išsiaiškinta, kad viename iš trijų aplankytų psichosocialinės reabilitacijos centrų yra rengiama **komandos** supervizija 1-2 kartus per metus. Jos tikslas – ne tik turėti superviziją, bet ir įgyti grupinius darbinus įgūdžius už supervizijos ribų. Ji yra nukreipta į komandos vystymą.

Analizė atskleidė, kad dauguma (6 informantai) apklaustųjų dalyvavo, o tik 2 informantai nedalyvavo supervizijose. Dalyvavimo priežastis – konferencijos, projektai, studijų programos dalis. Išsiaiškinta, kad tiriamieji dalyvavo **grupinėse** supervizijose dėl **gebėjimo spręsti tarpasmeninius konfliktus**: „*Dalyvavau grupinėse tam, kad išugdyčiau tarpusavio santykių darbas su savimi, darbe išskylančiom problemom*“; **individualiose** – **profesinio elgesio modelio išsiūgdymui**: „*Teko dalyvauti individualiose, taip pat olando konsultacijose dėl darbo su klientu: jausmų, veiksmų*“; **komandos** supervizijose.

Išanalizavus PSR specialistams pateiktų klausimų turinį apie superviziją, kaip refleksijos skatinimo metodą, galima apibendrinti, jog Lietuvos socialiniai darbuotojai į superviziją žvelgia kaip į būtinybę darbingumo palaikymui bei profesinės kompetencijos plėtojimui.

3.2.9. Veiksniai, turintys įtakos tiriamų PSR centrų darbo kokybei

Socialinio darbo kokybė nėra kažkoks objektyvus, nekintantis dydis, kuris egzistuoja dešimtmečius. Kokybė, jos standartai visuomet yra susitarimo dalykas, todėl socialinio darbo kokybės samprata niekada nebus ta pati, kadangi ji kinta priklausomai nuo politinės valios, valdančiosios daugumos, šalies ekonominio pajėgumo... Lietuvių tyrėjai pabandė išsiaiškinti, nuo ko gi priklauso socialinio darbo kokybė sveikatos priežiūros įstaigose. Pristatydami gautus rezultatus, tyrėjai nurodė, kad socialinio darbo kokybė sveikatos priežiūros įstaigose daugiausia priklauso nuo *darbo esmės, atsakomybės, pasiekimų, pripažinimo, paaukštėjimo* bei *tobulėjimo galimybių*; nuo *organizacijos valdymo, vadovavimo kokybės, darbo sąlygų, atlyginimo, santykių su kolegomis, asmeninio gyvenimo, statuso* bei *saugumo*. Tyrimo metu pabandyta atskleisti veiksnius, turinčius įtakos tiriamų PSR centrų darbo kokybei, išskiriant juos į išorinius ir vidinius. Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Išoriniai bei vidiniai veiksniai**,

darantys įtaką PSR centrų darbo efektyvumui - veiksmingumui“ išskirtos 9 subkategorijos (žr. 17 lentelę), atspindinčios informantų požiūrį.

17 lentelė. Išoriniai bei vidiniai veiksniai, darantys įtaką PSR centrų darbo efektyvumui - veiksmingumui

Išorinių veiksnių subkategorijos	Vidinių veiksnių subkategorijos
Finansavimo stoka	Nuovargis bei neigiamos emocijos
Kursų kvalifikacijos kėlimui trūkumas	
Nuoseklios sistemos stoka	
Pasitikėjimo stoka	
Tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka	
PSR kliento žinių, įgūdžių stoka	
PSR kolektyvo augimas	
Bendro tikslo siekimo stoka	

Kaip rodo 17 lentelė, išorinių veiksnių, darančių įtaką PSR centrų darbo efektyvumui – veiksmingumui, subkategoriją sudaro tiek **vidiniai institucijos**, tiek **kitų sistemų resursai**.

Atsižvelgiant į informantų nuomonę, nustatyta, kad aplankytų PSR centrų darbo kokybei, visų pirma, įtaką daro valstybės materialiniai ištekliai - **finansavimo stoka**: „*Mūsų centro darbo efektyvumą įtakoja finansinis nestabilumas <...>*“; „*Finansavimas vienareikšmiškai*“. Psichosocialinės reabilitacijos specialistams sunku patenkinti kliento poreikius, padėti išspręsti jo problemas, kai dominuoja piniginių išteklių stoka. Šis veiksnys vienareikšmiškai ne tik uždelsia psichosocialinės reabilitacijos procesą, bet ir neigiamai veikia tiriamų centrų darbo kokybę.

Pokalbių eigoje išryškėjo, kad PSR centrų darbo kokybę neigiamai veikia švietimo sistemos resursas – **nepakankamos PSR socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimo galimybės**: „*<...>labai mažai organizuojami mokymai kvalifikacijos pakėlimui*“. Lietuvoje socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimą reglamentuoja Socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos aprašas (Žin.,2006), pagal kurį darbdavys privalo sudaryti sąlygas kelti savo profesinę kvalifikaciją ne mažiau kaip 16 valandų per metus. Be to, numatoma, kad ateityje atitinkamas vadybines kategorijas privalės įgyti ir socialinių įstaigų vadovai. Tai padėtų užtikrinti socialinių įstaigų vadovų kompetenciją ir kvalifikaciją (Socialinis pranešimas, 2008). Verta pabrėžti, kad galimybės suteikimas dalyvauti įvairiuose

kvalifikacijos kėlimo kursuose ir mokymuose yra vienas iš reikšmingesnių socialinius darbuotojus motyvuojančių veiksnių bei socialinio darbo geresnės kokybės garantas.

Atlikto tyrimo analizė atskleidė, kad labai reikšmingas veiksnys, darantis įtaką psichosocialinės reabilitacijos tiriamų centrų darbo efektyvumui – veiksmingumui, yra **socialinio darbo nuoseklios sistemos stoka**. Ši išorinį veiksnių tiriamieji paaiškino remdamiesi įstatymų, bei Lietuvos ekonomikos sistema: „*Išoriniai: nuoseklios sistemos – grandinės nebuvimas tiek įstatymų, tiek ekonomikos lygmenyje. Kiekvienais metais kovojame už savo egzistavimą*“; „*Įstatymų netobulumas*“. Siekiant pagerinti socialinių darbuotojų padėtį ir padidinti jų motyvaciją veiklai, Lietuvos vyriausybė 2008 m. priėmė *Ilgalaikę socialinį darbą dirbančiųjų darbo užmokesčio didinimo ir socialinių garantijų gerinimo 2008-2011 metų programą* (LR Vyriausybės 2008 m. balandžio 29 d. nutarimas Nr. 419), kurios pagrindinis tikslas yra *didinti socialinį darbą dirbančiųjų darbo užmokestį, mokyti juos saugos ir sveikatos darbe, aktyvinti veiklą, didinti jų vaidmenį ir prestižą visuomenėje, skatinti šių darbuotojų kvalifikacijos kėlimą* ir t.t. Pagrindinės numatytos motyvacinės priemonės – laipsniškai didinti socialinių darbuotojų atlyginimą, gerinti jų darbo sąlygas pailginant atostogas, skatinant kelti kvalifikaciją, nustatant transporto lengvatas, užtikrinant saugą darbe ir kt. Reikia pabrėžti, kad socialinių darbuotojų darbo užmokestis ir darbo sąlygos pastaraisiais metais visiškai nepakito. Moksliniuose straipsniuose rasta, kad socialinio darbo paradoksas tame, kad socialinis darbuotojas turi sugebėti ne tik pats sėkmingai adaptuotis vykdomoje veikloje, bet jis privalo teisinga linkme įtakoti besikeičiančias šalies socialines – ekonomines, politines, kultūrinės sąlygas, siekiant išvengti galimų socialinių problemų.

Iš informantų pasisakymų padaryta išvalga, kad didelę reikšmę PSR centrų darbo kokybei turi **pasitikėjimo stoka** tiek tarp kolektyvo, tiek tarp socialinio darbuotojo ir kliento artimųjų: „*Pasitikėjimas. Jei aplinkiniai labiau pasitikėtų ir nesikištų, kartais to per daug. Turiu omenyje kolektyvą ir mano klientų šeimos narius*“. Daugumai žmonių draugiškas ir geranoriškas kolektyvas yra pasitenkinimą darbu stiprinantis veiksnys. Įvairių apklausų duomenimis, būtent geri darbo santykiai vertinami kaip svarbiausia pasitenkinimo darbu sąlyga. Tarpusavio sutarimas būtinas ne tik efektyviam komandiniam darbui, bet ir bendrai darbo atmosferai, bendravimo ir bendradarbiavimo moralinį pagrindą sudaro pasitikėjimas vieni kitais (Lakis, 2008).

Kitas labai svarbus išorinis veiksnys, priklausantis vidiniams PSR centrų resursams, turintis neigiamą įtaką psichosocialinės reabilitacijos darbo veiksmingumui, kaip išryškėjo interviu eigoje – **tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka**: „*Iš institucijų trūksta bendradarbiavimo, geranoriškumo*“; „*Bendradarbiavimas su savivaldybės administracijos tarnybomis sprendžiant tėvų – vaikų problemas*“. Socialiniuose moksluose bendradarbiavimas apibrėžiamas kaip

socialinės sąveikos (lotyniškas atitikmuo – „interakcija“) forma, naudojama siekiant: a) organizuoti bendrą partnerių veiklą ir derinti bendrus veiksmus, vienyti individualias pastangas, t. y. kurti bendradarbiavimo veiksmų sistemą; b) plėtoti socialinius bendradarbiavimo ir pagalbos santykius, bendrauti partneriams darant įtaką ir keičiant vienas kitą (V.Vaicekauskienė, 2003). Galima daryti prielaidą, kad abi išskirtos bendradarbiavimo sritys, t. y. atitinkamų veiklų sistemos kūrimas ir partnerių gerų santykių sukūrimas, yra reikšmingos ir labai svarbios socialinio darbo kokybei.

Išanalizavus gautus tyrimo duomenis, darytina prielaida, kad tyrime dalyvavusių psichosocialinės reabilitacijos centrų darbo efektyvumą – veiksmingumą lemia patys PSR **klientai**. Informantai išsakydami savo nuomonę, pabrėžė, kad jų darbo kokybę lemia **kliento žinių, įgūdžių stoka** dėl jo sutrikusios sveikatos būklės: „*Kas liečia vidinius veiksnius, tai tikriausiai yra <...> kliento žinių, įgūdžių stoka, visi kiti emociniai dalykai*“; „*Kartais žmogus dėl savo sveikatos būklės negali nieko pasakyti*“. Galima padaryti išvadą, jog tai yra labai svarbus faktorius, kadangi PSR specialistui sunku identifikuoti bei įvertinti kliento situaciją bei problemas, visa tai atsiliepia užsibrėžto rezultato pasiekimui bei socialinio darbo kokybei.

Kaip pastebėjo informantai, PSR centrų darbo efektyvumui – veiksmingumui įtaką daro sekantis išskirtas išorinis veiksnys, priklausantis vidiniams institucijos resursams, **kolektyvo augimas**. PSR specialistams reikia papildomo laiko (kaip išsiaiškinta, informantai patiria laiko stoką) priprasti prie naujų komandos narių, pasistengti ne tik perteikti visą psichosocialinės reabilitacijos įstaigų reikiamą informaciją, bet ir išlaikyti naujų centro darbuotojų motyvaciją dalyvauti psichosocialinės reabilitacijos pagalbos procese: „*Vidiniai – kolektyvo augimas. Kaip išlaikyti darbuotojų motyvaciją, perduoti informaciją kai ateina nauji darbuotojai?*”

Atsižvelgiant į psichosocialinės reabilitacijos socialinių darbuotojų požiūrį, išvelgta, jog PSR centrų darbo kokybei neigiamą įtaką turi paskutinis išskirtas išorinis veiksnys – **bendro tikslo siekimo stoka** komandoje: „*Žmonių problemų sprendimas komandiniu principu, turime labiau apjungti tikslą*“; „*Vidiniams priskirčiau norą siekti bendro tikslo- bendro tikslo siekimas*“. P. Šedienė, L. Deimantavičiūtė, I. Jarmalavičiūtė (Kaunas, 2007), remdamosios atlikto tyrimo duomenimis nurodė, kad svarbiausias veiksnys, trukdantis veiksmingam darbui – komandinio darbo stoka. Socialinių paslaugų organizacijose būtina skatinti komandinį darbą, kurio pagrindas – bendras tikslas, kadangi kokybiška socialinė paslauga – tai didesnės ar mažesnės žmonių grupės darbo rezultatas (Bagdonienė, 2004).

Kaip rodo 17 lentelė, tyrime dalyvavę socialiniai darbuotojai atrado tik vieną vidinį veiksnį, turintį įtakos jų PSR centrų darbo efektyvumui – veiksmingumui. Išsiaiškinta, kad didelis darbo krūvis ir profesinės veiklos monotoniškumas, sukelia informantams fizinį bei emocinį **nuovargį**,

neigiamas emocijas: „Kas liečia vidinius veiksnius, tai tikriausiai yra nuovargis, kliento žinių, įgūdžių stoka, visi kiti emociniai dalykai“. Reikia akcentuoti, kad tik gera PSR socialinio darbuotojo fizinė bei emocinė sveikata daro įtaką jo veiklos produktyvumui, todėl šią svarbią profesinės veiklos problemą reikia nedelsiant šalinti.

Reikia pabrėžti ir pasidžiaugti, kad nepaisant menko socialinio darbuotojo prestižo visuomenėje, didelio darbo krūvio, mažų atlyginimų, metodologijos, bendradarbiavimo trūkumo, klientų sudėtingumo, visų išvardytų išorinių bei vidinių veiksnių, turinčių įtakos PSR centrų darbo kokybei, aplankytuose PSR centruose dėmesys klientams ir pagalba yra skiriama maksimaliai: „Manau, kad skiriu maksimaliai dėmesio, kiekvienas yra išgirstas, kiekvienam yra padedama, tikrai nei vieno nuskriausto nėra“; „ Aš visada lyginu su kitom ligoninėm, tai tikrai klientais pasirūpinam iki pat galo. Tikrai neblogai. Visada aprenkti, jei neturi kuo, bet tikrai nei vienas nėra išmestas į gatvę“; „Manau, kad pakankamai, darome viską kas suplanuota, neapeiname nei vieno punkto“; „Tikrai taip, nes neturiu susikūręs šeimos ir atsiduodu savo darbui iš visų jėgų“.

3.2.10. Psichosocialinės reabilitacijos centruose, dirbančių socialinių darbuotojų, norimos permainos bei pasikeitimai

Mūsų dienų socialinio darbo profesijos situacija primena laikus prieš keliolika metų, kai Lietuva dar tik formavosi kaip demokratinė valstybė, kūrėsi socialinės apsaugos sistema, pradėtos formuoti socialinio darbo studijų programos, ir šios specialybės atstovai turėjo išsikovoti savo vietą bei pripažinimą visuomenėje. Siekiant išsiaiškinti, kokių permainų tikisi informantai savo profesijoje, interviu metu jiems buvo pateiktas klausimas: „**Kokių pasikeitimų ir permainų labiausiai trokštate savo karjeroje**“? Tyrimo analizė atskleidė, kad psichosocialinės reabilitacijos specialistai norėtų:

1) atsitraukti nuo tiesioginio darbo su klientu savo sistemoje:

„Daugiau norėtu si pereiti nuo tiesioginio darbo su klientais prie paslaugų organizavimo“; „Kol kas permainų nesinori, nes neseniai jau turėjau permainų- iš užimtumo perėjau čia. Darbą laikas iš laiko reikia įvairinti“. Informantai norėtų gauti galimybę pakeisti darbą ir užsiimti kita veikla PSR centre;

2) darbo krūvio sumažėjimo:

„Norėčiau, kad klientų skaičius, jų sergamumas nedidėtų, o mažėtų“;

3) sulaukti socialinės apsaugos bei politikos aktyvumo socialinio darbo kontekste:

„Labai norėtuši, kad socialinė apsauga bei politika labiau atkreiptų į mus dėmesį“.

4) **socialinio darbuotojo vertinimo visuomenėje:**

“Trokštu, kad socialinis darbuotojas būtų vertinamas, kaip svarbus, reikalingas asmuo”.

5) **darbo užmokesčio didėjimo:**

“Trokštu, kad didėtų atlyginimas, kaip socialinio darbo vertinimo atspindys”; “Kol kas tikrai nieko nenoriu, nes tik neseniai pradėjau dirbti ir mane viskas tenkina, esu patenkintas savo darbu, gal tik norėtuši didesnio atlyginimo. Bet sklinda kalbos, kad mums žada jį pakelti, būtų tikrai neblogai”. Socialinio darbuotojo užmokestis turėtų visiškai atitikti darbuotojo išsilavinimą, nežeminti orumo bei profesijos prestižo.

Išanalizavus visus gautus tyrimo rezultatus, darytina prielaida, kad Lietuvos PSR socialiniai darbuotojai tikisi politinių, ekonominių, socialinių permainų socialinio darbo profesijoje.

3.2.11. Psichosocialinės reabilitacijos centruose, dirbančių socialinių darbuotojų, pasiūlymai, rekomendacijos

Tyrimo metu socialinių darbuotojų, dirbančių tiriamuosiuose PSR centruose, buvo paprašyta pateikti pasiūlymus, rekomendacijas, kitiems jų kolegoms, dirbantiems PSR darbą.

Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, padaryta prielaida, kad tiriamieji savo kolegoms rekomendavo:

- įveikti visus profesijoje kylančius sunkumus **planuojant prasmingą laisvalaikį**: “Pirmiausia, tai ištvėrėms, planuokite savo laisvalaikį, kad jis būtų aktyvus, su rezultatu”.
- keliant savo profesijos statusą, **būti aktyviais ne tik PSR centruose, bet ir visuomenėje**: “Būkite aktyvesniais visuomenėje, rodykite teigiamą įtaką visais įmanomais būdais. Kelkite visuomenės požiūrį gerais darbais, turime kuo dažniau afišuotis laikraščiuose”; “Stengtis kuo daugiau priimti pacientų, labiau motyvuoti, gal net griežčiau skatinti dirbti. Sudaryti individualius planus ir įgalinti kuo geriau, aktyviau bendradarbiauti”; “Rekomenduoju kolegoms kelti savo profesijos prestižą aktyviau dalyvaujant visuomeninėje veikloje”; “Siūlyčiau aktyviau dalyvauti socialinio darbo profesijoje, bendradarbiauti, dalintis patirtimi, bendrai kurti naujas metodikas”.
- **būti imliems, susidomėjusiems** socialinio darbo profesijoje, kad būtų pasiektas kuo geriausias rezultatas: “Imlumas vienas iš pagrindinių mano pasiūlymų. Reikia išmokti

pasiimti, gauti, pasiekti. Reikia būti susidomėjusiems, nes jeigu neįdomu, tikrai nieko nepasieksite”.

- **pasižymėti tokiomis svarbiomis vertybėmis kaip: atvirumas, pasitikėjimas, draugiškumas, sąžiningumas, žmogiškumas** teigiamų rezultatų pasiekimui psichosocialinės reabilitacijos profesijoje: *”Būkime atviri, pasitikintys, draugiški ir rezultatai bus geresni”*; *”Atliekant savo darbą būti sąžiningu, atlikti darbą ne dėl to, kad reikia, bet iš širdies, žmogiškumo, siekiant, kad visiems būtų gerai šioje žemėje”.*

Verta pabrėžti, kad pokalbių eigoje sulaukta ne tik pasiūlymų, rekomendacijų, bet ir šių palinkėjimų: **ištvermės, kantrybės, noro tobulėti, gerų rezultatų, sunkumų išvengimo bei didžiavimosi savo profesija bei darbais.**

IŠVADOS

1. Psichikos ligų prevencijai šiuolaikinėje psichikos sveikatos priežiūros sistemoje be medikamentinio gydymo yra taikoma psichosocialinė reabilitacija, apimanti tiek psichologines, tiek integruotas psichosocialines intervencijas. Psichosocialinės reabilitacijos tikslas yra padėti ilgalaikę psichikos negalią turintiems asmenims vystyti emocinius, socialinius ir intelektualinius įgūdžius, reikalingus visiems gyvenimo aspektams: mokymuisi, darbui, dalyvavimui visuomenėje taikant psichosocialinės reabilitacijos specialistų intervencijas, kurių tikslas - klientų įgalinimas ir skatinimas. Psichosocialinei reabilitacijai yra būdinga kompleksiskumas ir tęstinumas, t.y. ji apima socialinės intervencijos priemones nuo socialinės kompetencijos gerinimo ir socialinės paramos tinklo kūrimo iki paramos šeimai. Psichosocialinės reabilitacijos klientų įgalinimas, stigmos bei diskriminacijos sumažinimas, keičiant visuomenės nuomonę į psichikos neįgalų, naudingų įstatymų kūrimas yra esminiai kriterijai tinkamoms psichosocialinės reabilitacijos priemonėms taikyti.

2. Suteikti galimybę asmenims, sergantiems ilgalaikę ir sunkia psichikos liga, gyventi aktyvų bei normalų gyvenimą bendruomenėje ir visuomenėje – svarbiausias socialinio darbo tikslas psichosocialinės reabilitacijos srityje. Tikslui pasiekti socialinio darbo specialistai psichosocialinės reabilitacijos proceso metu užmezga pasitikėjimu pagrįstą artimą ryšį su ilgalaikę psichikos negalią turinčiu klientu, įvertina pokyčių poreikius, kitus intervencijų poreikius sąlygojančius veiksnius, padeda išspręsti iškilusias problemas. Verta pabrėžti, jog socialinio darbo praktikavimas neapsiriboja vien tik taikymu psichosocialinės reabilitacijos centruose, bet pabaigus gydymą psichikos sveikatos priežiūros institucijoje, socialinis darbas tęsiamas taikant psichosocialinės reabilitacijos intervencijas ir bendruomenėje. Socialinis darbas bendruomenėje pagerina ilgalaikę psichikos negalią turinčių asmenų gyvenimo situaciją, sumažina hospitalizaciją, sustiprina ir apjungia bendruomeninę pagalbą.

3. Tyrimas atskleidė, kad socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, požiūriu:

- ✓ socialinio darbo profesija vertinama gana nepalankiai šiuolaikinėje Lietuvos visuomenėje dėl neaiškiai apibrėžtų socialinio darbo funkcijų; etikečių dominavimo socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR centruose; profesijos nepopuliarumo; socialinio darbo profesijos statuso nebuvimo;
- ✓ socialinių darbuotojų atliekamas darbas PSR centruose vertinamas labai gerai. Socialiniu darbu patenkinti ne tik klientai, bet ir jų artimieji, visa komanda, svečiai. Nors socialinio darbuotojo, dirbančio psichosocialinės reabilitacijos centre, veiklos

rezultatai dažnai būna sunkiai išmatuojami, pasiekiami, tačiau jie yra teigiamai bei palankiai įvertinti;

- ✓ psichosocialinės reabilitacijos centruose aktualus yra socialinio darbuotojo - atvejo vadybininko vaidmuo, kuris dažniausiai užima draugo bei tarpininko poziciją koordinuojant kliento, jo artimųjų, įvairių veiklos sričių specialistų, bendruomenės pastangas;
- ✓ socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose, teikia ne tik socialines paslaugas, padeda integruotis į visuomenę ir skatina pilnavertiškesnę kliento socialinį funkcionavimą, bet ir atlieka vadovavimo, palaikymo, edukacinę bei interesų gynėjo funkcijas;
- ✓ socialinis darbuotojas, remdamasis savo profesionaliu elgesiu, t.y. panaudodamas privalomus ir turimus įgūdžius (pažintiniai, bendravimo bei bendradarbiavimo, socialiniai), žinias (socialinio darbo pagrindai; žinios apie tikslinę klientų grupę; psichologijos ir psichiatrijos pagrindų žinios; teisės, vadybos pagrindai; žinios apie projektų rengimą), vertybes (informantai iškelia visuomenėje jau susiformavusias vertybines nuostatas: lygybė, konfidencialumas, empatija), padeda psichikos negalią turintiems asmenims pasirengti, pasirinkti psichosocialinio pobūdžio sprendimo būdus, vertina individualius klientų poreikius pokyčiams, jų pasiryžimą, savęs ir aplinkos suvokimą, bendravimo bei psichosocialinės reabilitacijos proceso kokybę;
- ✓ apklaustieji socialiniai darbuotojai, teikiantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas bendradarbiauja su psichiatrais, psichologais, kitais socialiniais darbuotojais, įdarbinimo tarpininkais, teisininkais, greitosios medicinos pagalbos darbuotojais, bendrosios praktikos slaugytojais, policininkais, ergoterapeutais, profesijų mokytojais, grupių vedančiaisiais, užimtumo terapeutais, archyvo darbuotojais, sanitarais instituciniame bei tarpinstituciniame lygmenyse;
- ✓ interdisciplininiame komandos modelyje bendradarbiaujant su PSR specialistais socialinis darbuotojas užima ne tik komandos nario, tarpininko, bet ir viso pagalbos proceso klientui koordinatoriaus, organizatoriaus - vykdytojo, lyderio, laidininko, vadovo vaidmenis;
- ✓ socialiniams darbuotojams, dirbantiems aplankytuose PSR centruose, svarbiausią įtaką bendradarbiavimui turi informacijos sklaida – keitimasis informacija telefonu ir dokumentacijos pagalba; kliento dalyvavimas pagalbos procese; geranoriškumas; komandinio principo vertybės – bendras sprendimų priėmimas, atsakomybė, bendras tikslas; supratimas ir motyvacija;

- ✓ socialiniai darbuotojai, dirbantys PSR centruose, patiria šias interdisciplininio bendradarbiavimo kliūtis su psichosocialinės reabilitacijos specialistais, neigiamai veikiančias socialinio darbo kokybę: geranoriškumo, laiko, specialisto kompetencijų, motyvacijos, finansavimo stoka, konfidencialumas, terminologijų skirtumas;
- ✓ psichosocialinės reabilitacijos centrų socialiniai darbuotojai bendradarbiauja praktiškai su visomis institucijomis, teikiančiomis socialines paslaugas;
- ✓ PSR centrų specialistai patiria aiškios metodologijos pagrindų trūkumą. Jie pasielgia taip, kaip jiems atrodo geriausia ir teisingiausia, remdamiesi ne tik metodinės pagalbos šaltiniais (užsienio metodologija, dalijimasis savo gerąja patirtimi savo sukurtais metodais, internetas, bibliotekos leidiniai, tarpdisciplininės komandos bei studijų metu sukauptą patirtis), bet ir savo sukurtais socialinio darbo metodais;
- ✓ iš anksto susidarytas darbo planas - yra būtinybė socialiniame darbe ir tiriamieji iš tikrųjų stengiasi dirbti pagal jį;
- ✓ psichosocialinės reabilitacijos centruose socialiniai darbuotojai praktikuoja darbo su individu metoda, kurio etapus sulygino psichosocialinės reabilitacijos proceso etapais: įvertinimas, planavimas, įgyvendinimas, vertinimas;
- ✓ darbo su grupe metodas nėra praktikuojamas tirtuose PSR centruose dėl skirtingų klientų tikslinių grupių, jų problemų skirtumo, bet darbas su grupe vyksta meno terapijos metu ir socialiniai darbuotojai yra pakankamai susipažinę su šiuo socialinio darbo metodu;
- ✓ tirtuose psichosocialinės reabilitacijos centruose yra praktikuojamos individualios konsultacijos bei psichoedukacijos grupės psichikos negalią turinčio kliento šeimai;
- ✓ praktikuojamas darbo bendruomenėje metodas PSR centrų sistemoje svarbus ir aktualus yra dėl bendruomeniškumo, socialinio pokyčio teigiamo rezultato, socialinės intervencijos veiksmingumo, priėjimo prie išteklių;
- ✓ dėl politinių, ekonominių, socialinių priežasčių ir permainų, socialiniai darbuotojai, dirbdami psichosocialinės reabilitacijos centruose, susiduria su sunkumais: finansavimo stoka, kursų kvalifikacijos kėlimui trūkumas, didelis darbo krūvis, informacinių technologijų stoka, laiko trūkumas, nuoseklios sistemos stoka;
- ✓ pagalbos asmenims, sergantiems psichikos liga, problemišką aplankytuose psichosocialinės reabilitacijos centruose lemia ne tik kliento negalios laipsnis, bet ir jo žinių, įgūdžių stoka, kliento pasyvumas, nesupratimas apie pagalbos proceso efektyvumą; šeimos narių, artimųjų hipergloba, pasyvumas; problemos tarpinstitucinio bendradarbiavimo srityje; daugiaprofesinio komandinio darbo

problemos: kolektyvo augimas, bendro tikslo siekimo, kolegialumo, pasitikėjimo stoka; gauti neigiami rezultatai bei nuovargis, neigiamos emocijos, kurios išprovokuoja „perdegimo“ sindromą;

- ✓ visi apklaustieji yra gerai susipažinę su „perdegimo“ sindromu tiek teoriškai (iš studijų laikų), tiek praktiškai;
- ✓ iškilusių sunkumų, problemų sprendime socialiniai darbuotojai, dirbantys psichosocialinės reabilitacijos centruose, naudoja anksčiau pasiektų rezultatų aptarimą su klientu; eina konsultuotis su tais darbuotojais, kurie artimesni ar turi daugiau kompetencijų; remiasi informacinėmis technologijomis; įrodo savo profesines kompetencijas klientams; atostogauja; atsitraukia nuo tiesioginio darbo su klientais; dalyvauja supervizijose;
- ✓ socialiniai darbuotojai į superviziją žvelgia kaip į būtinybę darbingumo palaikymui bei profesinės kompetencijos plėtojimui. Išsiaiškinta, kad viename iš trijų aplankytų psichosocialinės reabilitacijos centrų yra rengiama komandos supervizija 1-2 kartus per metus;
- ✓ nepaisant iškilusių problemų, sunkumų, socialinis darbuotojas skiria maksimaliai dėmesio savo klientams, sugeba pašalinti kliūtis arba su jomis susitaikyti, ir toliau dirba psichikos negalią turinčių klientų gerovei, kuria harmoningą Lietuvos visuomenę;
- ✓ PSR socialiniai darbuotojai tikisi politinių, ekonominių, socialinių permainų socialinio darbo profesijoje.

REKOMENDACIJOS

1. Atsižvelgiant į atlikto tyrimo rezultatus, kurie rodo, kad psichosocialinės reabilitacijos socialiniai darbuotojai susiduria su sunkumais, problemomis, patiria nuovargį, neigiamas emocijas, „perdegimo“ sindromą ir t.t. darbo vietoje, todėl rekomenduojama dažniau organizuoti supervizijas psichosocialinės reabilitacijos centruose, kad psichosocialinės reabilitacijos darbas būtų ne tik palengvintas, bet būtų atrastos naujos veiklos galimybės, pagerinta darbo kokybė bei padidintas profesionalumas.
2. Siekiant kelti socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, profesijos prestižą Lietuvos visuomenėje, svarbu dažniau viešinti Lietuvos visuomenei gautus teigiamus rezultatus žiniasklaidoje, rengti seminarus.
3. Rekomenduojama aktyviai dalyvauti projektuose, kurių esmę sudaro psichosocialinės reabilitacijos metodai ir psichosocialinės reabilitacijos tinklo kūrimo įgyvendinimas.
4. Kadangi šeima daro didelę įtaką psichosocialinės reabilitacijos klientui, rekomenduojama psichosocialinės reabilitacijos centruose parengti neįgaliojo šeimai informacinį leidinį, organizuoti susitikimus, seminarus, kurių tikslas - suteikti šeimos nariams informaciją apie PSR kliento sutrikimą ir jo gydymo būdus; pagerinti bendravimo būdus šeimoje, šeimos problemų sprendimo gebėjimus, artimųjų psichologinio prisitaikymo strategijas; paskatinti artimųjų įtraukimą į bendruomenės veiklas už šeimos ribų.

LITERATŪRA

1. **Andrašiūnienė M.** Socialinio darbo terminų žodynelis: Metodinė priemonė. - Vilnius: Vilniaus kolegija, 2007.
2. **Anthony W., Cohen M., Farkas M.** Psichiatrinė rehabilitacija. - Estija: Tallinna Raamatutrukikoda, 1998.
3. **Bagdonas A.** Socialinis darbas Lietuvoje: raidos, praktikos ir akademiniai aspektai// STEPP: Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika. - Vilnius, 2001.
4. **Bagdonienė L., Hopenienė R.** Paslaugų marketingas ir vadyba. - Kaunas, 2004.
5. **Bakk A., Grunewald D.** Globa. - Vilnius, 1993.
6. **Baršauskienė V., Leliūgienė I.** Sociokultūrinis darbas bendruomenėje: (užsienio šalių patirtis) monografija. - Kaunas, 2001.
7. **Bitinas B., Rupšienė L., Žydzūnaitė V.** Kokybinių tyrimų metodologija. Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams. I dalis. - Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla, 2008.
8. **Brijūnaitė R.** Psichosocialinė rehabilitacija. Metodinė rekomendacija. - Vilnius: Vilniaus klinikinė Vasaros ligoninė, 1995.
9. **Brijūnaitė R.** Psichosocialinės rehabilitacijos pavyzdinės tarnybos įkūrimo projektas Šiaulių psichiatrijos ligoninėje. Nervų ir psichikos ligos Nr.2 (6), 2003.
10. **Brijūnaitė R.** Užimtumo terapija psichikos sutrikimų turintiems asmenims. - Vilnius, 2007.
11. **Bronstein L. A.** Model for Interdisciplinary collaboration. Social work, 2003.
12. **Bubnys R.** Socialinių darbuotojų profesinės karjeros galimybės ir socialinės kompetencijos ypatumai. Mokslo taikomieji tyrimai Lietuvos kolegijose. Nr.1, 2004.
13. **Craig T.** What is psychiatric rehabilitation? Prieiga per internetą: <<http://www.repsych.ac.uk/files/samplechapter/EnabRecovchapter.pdf>> [žiūrėta 2010 12 05].
14. **Čepėnaitė A. D.** Sutrikusios psichikos žmonių psichosocialinė rehabilitacija: įgyvendinimo aspektas, 2009.
15. **Dembinskas A.** Psichiatrija. - Vilnius, 2003.
16. **Dėl socialinių darbuotojų kvalifikacinių reikalavimų aprašo ir socialinį darbą dirbančiųjų profesinės kvalifikacijos tobulinimo tvarkos aprašo patvirtinimo // Žin., 2006, Nr.4 – 112.**
17. **Dirgėlienė I.** Teorijos ir praktikos ryšio plėtotė socialinio darbuotojo profesinėje veikloje. Acta Paedagogica Vilnensia. Mokslo darbai, 2008.
18. **Dirgėlienė I., Kiaunytė A.** Praktika rengiant socialinius darbuotojus: Klaipėdos universiteto patirtis. - Klaipėda, 2006.

19. **Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija**, 2005.
20. **Europos psichinės sveikatos apsaugos veiksmų planas**, 2005.
21. **Europos socialinė chartija**. Lietuvos žmogaus teisių centras. Europos tarybos informacijos biuras. - Vilnius, 2002.
22. **Farkas M., Cohen M., McNamara S.** Assessing Readiness for Rehabilitation. Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002.
23. **Fast B., and Chapin R.** The strengths model with older adults: Critical practice components. In d. Saleebey (Ed.). The strengths perspective in social work practice. White Plains, NY: Longman, 2002.
24. **Gaputienė I., Šarkiūnaitė I.** Informacinės technologijos kaip darbuotojų pasitenkinimo darbu veiksnys, 2006.
25. **Germanavičius A.** Bendruomenės (socialinės) psichiatrijos pagrindai. Psichikos ligonių reabilitacija bendruomenėje. - Vilnius, 2008.
26. **Guščikienė J., Sapežinskienė L., Švedienė L.** Komandos organizavimo principai: reabilitacijos specialistų komandos pavyzdžiu. - Kaunas: Technologija, 2003.
27. **Gvaldaitė L., Švedaitė B.** Socialinio darbo metodai. - Vilnius, 2005.
28. **Hawkins P., Shohet R.** Supervision in the helping professions// 4th ed. Buckingham: Open University Press, 2006.
29. **Indrašienė V., Garjonienė D. L.** Socialinių darbuotojų kompetencijų vertinimas atestacijos metu//Socialinis ugdymas, 2007 Nr. 4 (15).
30. **Ivanauskienė V., Varžinskienė L.** Socialinių darbuotojų kompetencija ir nuolatinis mokymasis // Profesinis rengimas: tyrimai ir realijos, Nr.6, 2003.
31. **Ivanauskienė V., Varžinskienė L. L.** Socialinio darbo žinios – socialinių darbuotojų kompetencijos sudėtinė dalis // Profesinis rengimas: tyrimai ir realijos, Nr.8, 2004.
32. **Johnson L. C.** Socialinio darbo praktika. - Vilnius, 2001.
33. **Jovaiša L.** Enciklopedinis edukologijos žodynas. - Vilnius: Gimtasis žodis, 2007.
34. **Jungtinių Tautų organizacija.** Neįgaliųjų teisių konvencija, 2008.
35. **Kardelis K.** Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. - Kaunas, 2002.
36. **Kelly M.E.; van Kammen D. P.; Allen D. D.** Empirical validation of primary negative symptoms: Independence from effects of medication and psychosis. American Journal of Psychiatry, 1999.
37. **S. Kemerienė, R. Mazūrienė, A. Petronis, A. Sadauskienė.** Socialinių įgūdžių ugdymo vadovas, 2001.

38. **Kiaunytė A.** Pokyčius patiriantys socialiniai darbuotojai: supervizijos taikymo galimybė// Socialinis darbas, 2008.
39. **Kiaunytė A., Dirgėlienė I.** Supervizija Lietuvos socialinio darbo kontekste. // Acta Pedagogica Vilnensia. Nr.15, 2005.
40. **Kriščiūnas A.** Psichikos ligos ir mes. - Vilnius, 2002.
41. **Kučinskas, Kučinskienė.** Socialinis darbas. Švietimo sistemoje: teoriniai aspektai. - Klaipėda, 2000.
42. **Kučinskienė R.** Dailės terapija. Seminarų užrašai. - Vilnius, 2006.
43. **Lakis J.** Konfliktų sprendimas ir valdymas. - Vilnius, 2008.
44. **Lapkauskienė N.** Psichikos sveikatos sutrikimai ir slaugos pagrindai. Mokomoji knyga. - Vilnius, 2004.
45. **Laužackas R.** Profesinio rengimo terminų aiškinamasis žodynas. - Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas, 2005.
46. **Lieberman R.P., Engel J.** Psichiatrijos direktyvos. - Kalifornija, 1993 (RVPL bibliotekoje verstu straipsniu rinkinys).
47. **Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodeksas.** – Vilnius: Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija, 1998.
48. **Liobikienė T. N., Šinkūnienė J. R.** Socialinio darbo su neįgaliais žmonėmis ypatumai // Socialinis darbas. Profesinė veikla, metodai ir klientai. Vadovėlis. - Vilnius, 2010.
49. **Lietuvos Respublikos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas** //Valstybės žinios. 1991, Nr. 36 – 969 (aktuali redakcija nuo 2008 11 15).
50. **Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas**//Valstybės žinios, 1995, Nr. 53- 1290.
51. **LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr.A1 - 92 „Dėl socialinių darbuotojų kvalifikacinių reikalavimų aprašo ir Socialinį darbą dirbančiųjų profesinės kvalifikacijos tobulinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“**// Val. žinios 2006, Nr. 43-1569.
52. **Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas “Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“** 2006 m. balandžio 5 d. Nr. A1 - 93 (Žin., 2006, Nr. 31-1092).
53. **Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymas**, 2006 m. sausio 19 d. Nr. X - 493 (Žin., 2006, Nr. 17 – 589).
54. **Lietuvos Respublikos Vyriausybės Nacionalinė žmonių su negalia socialinės integracijos 2003-2012m. programa** //Valstybės žinios. 2002, Nr. 57-2335.

55. **Mačiulis V.** Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė (istorinės tezės). - Vilnius: Sveikata, 1999, Nr. 4.
56. **Magliano L., Fiorillo A., Fadden G.** et. al. Effectiveness of a psychosocial intervention of families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission // World Psychiatry, 2005.
57. **Martišauskienė E.** Pedagogų kompetencijų samprata ir modeliai//Pedagogų kompetencijos. Mentorius rengimo vadovėlis. Dėstytojų knyga. ISBN 978-9952-25-37-85. - Kaunas: Technologija, 2008.
58. **Naujanienė R.** Socialinio darbuotojo vaidmuo šiuolaikinėje visuomenėje//Socialinio darbo patirtis. - Vilnius: Lietuvos darbo rinkos mokymo tarnyba, 2007.
59. **Okunevičiūtė A., Neverauskienė L., Česnaitė V.** Socialiai pažeidžiamos grupės darbo rinkoje: samprata, vertinimas, integracija. Mokymoji knyga. - Vilnius: Technika, 2009.
60. **Pasaulio sveikatos pranešimas. Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis** //Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.
61. **Pečiulis S.** 10 sėkmingo gyvenimo paslapčių asmenims, turintiems psichikos sveikatos problemų. - Vilnius, 2002.
62. **Petrauskienė A.** Interdisciplininis bendradarbiavimas socialinio darbo praktikoje//Socialinis darbas, 2011, Nr. 10 (1).
63. **Petrauskienė A., Daunoraitė L.** Socialinis darbas/ Social Work. Mokslo darbai/ Research Papers Nr.8(1). Psichosocialinės reabilitacijos poreikio vertinimas: socialinio darbo atvejis. - Vilnius, 2009.
64. **Petrauskienė A., Skrickaitė R.** Roles of Support Specialists Ensuring Patient's Rights to Mental Health Care. Sveikatos ir socialinių mokslų taikomieji tyrimai: sandūra ir sąveika, 2010.
65. **Pivorienė J., Večerskytė J.** Socialinio darbo įvaizdis interneto svetainėse // Socialinis darbas: mokslo darbai. – 2005, Nr. 4(2).
66. **Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje.** Projekto „Naujo tipo psichikos sveikatos paslaugų standartizavimas“ leidinys, Vilnius.
67. **Psichosocialinė reabilitacija.** Prieiga per internetą: <<http://www.vasaros.lt/reabilitacija.htm>> [žiūrėta 2011 02 10].
68. **Puras D.** Neįgalūs žmonės grįžta į visuomenę // Viltis, 1997.
69. **Reabilitacija: sistema ar modelis.** Prieiga per internetą: <<http://www.lspzgb.lt/images/user/Reabilitacija%20sistema%20ar%20modelis.ppt>>[žiūrėta 2011 02 25].
70. **Ruškus J.** Negalės Fenomenas: monografija. – Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla, 2002.

71. **Ruškus J., Mažeikis G.** Neįgalumas ir socialinis dalyvavimas: kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje refleksija. - Šiauliai: Šiaulių universitetas, 2007.
72. **Sargautytė R.** Ligonis ir jo šeima. Psichologo patarimai. - Vilnius, 2001.
73. **Silverstein. S. M.** Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: Unresolved issues, current trends, and future directions. Applied & Preventive Psychology, 2000.
74. **Snieškienė D., Motužytė I.** Socialinio darbuotojo etato „gimimas“ klinikoje: socialinės darbuotojos patirtis. Sveikatos mokslai. 2008.
75. **Socialinis pranešimas**, 2007 – 2008. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Vilnius, 2008. Prieiga per internetą: <http://www.socmin.lt/index.php?-1351634479> [žiūrėta 2010 03 14].
76. **Socialinio darbo studijų krypties reglamentas**, 2008.
77. **Socialinio darbuotojo rengimo standartas**, 2008.
78. **Sokol J.** Idealaus vadybininko portretas //Vadovo pasaulis, Nr. 9, 2001.
79. **Sučylaitė J.** Gydanti poezijos galia. Mokslas kultūros kontekste- tarptautinės mokslinės konferencijos medžiaga. - Kaunas, 2002.
80. **Survilaitė D.** Psychosocialinė (psichiatrinė) reabilitacija. - Vilnius, 2000.
81. **Šedienė P., Deimantavičiūtė L., Jarmalavičiūtė I.** Socialinio darbuotojo vaidmuo psichikos ligomis sergančių asmenų psychosocialinėje reabilitacijoje. - Vilnius, 2007.
82. **Švedaitė B.** Socialinio darbo sistema Lietuvos visuomenės kaitos kontekste//Acta Pedagogica Vilnensia, Nr. 12, 2004.
83. **Švedaitė – Sakalauskė B.** Kas yra supervizija ir kuo ji gali pasitarnauti psychosocialinės pagalbos srityje. Pranešimas konferencijoje, 2009.
84. **Tidikis R.** Socialinių mokslų metodologija. - Vilnius, 2003.
85. **Tidikis R.** Socialinių mokslų tyrimo metodologija. Vadovėlis. - Vilnius, 2002.
86. **Urbonavičienė A., Masiukaitė A., Bilskytė S.** Proto negalios ir meno sandūra, 2007.
87. **Vaicekauskienė V.** Neįgalių vaikų ugdytojų požiūris į bendradarbiavimą //Socialinis darbas: mokslo darbai - Vilnius: Mykolo Romerio universiteto Leidybos centras, 2003. Nr.1(3).
88. **Vasaros ligoninė.** Prieiga per internetą: < <http://www.vasaros.lt/index.htm> >. [žiūrėta 2011 02 10].
89. **Veiksmų planas „Dėl neįgalių asmenų teisių ir visapusio dalyvavimo visuomenėje skatinimo: žmonių, turinčių negalią, gyvenimo kokybės gerinimas Europoje, 2006 – 2015“**, 2006.
90. **Viluckienė J.** Negalia kaip biografinis lūžis//Socialogija. Mintis ir veiksmas. – Klaipėda, 2010, Nr. 1(26).
91. **Vyšniauskienė D., Minkutė R.** Socialinės veiklos profesinė etika. - Kaunas, 2008.

92. **Wilken, J. P.**, den Hollander D. Rehabilitation and Recovery. A comprehensive approach. - Amsterdam, 2005.
93. **Žalimienė L.** Socialinės paslaugos. - Vilnius, 2003.
94. **Žigienė K.** Reabilitacijos ir fizioterapijos pagrindai. Mokomoji knyga. - Kaunas, 2008.
95. **Žydžiūnaitė V.** Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų veiklos požiūriu: monografija. - Kaunas: Judex, 2005.
96. **Žydžiūnaitė V.** Taikomųjų tyrimų metodologijos charakteristikos: mokomoji knyga. - Vilnius: LR Švietimo ir mokslo ministerija ir Pedagogų profesinės raidos centras, 2006.
97. **2010 – 2020m. Europos strategija dėl negalios. Tolesnis siekis kurti Europą be kliūčių, 2010.**

Savickaja A. Socialinio darbuotojo veiklos ypatumai psichosocialinės reabilitacijos centruose/ Socialinio darbo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. R. Raudeliūnaitė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Socialinės politikos fakultetas, 2012. – 104p.

SANTRAUKA

Psichosocialinė reabilitacija – labai jauna profesinės veiklos sritis, gyvuojanti vos pirmą dešimtmetį, tai yra viena iš prioritetinių psichikos sveikatos paslaugų Lietuvoje, kurios dėka psichikos negalią turintys asmenys turi galimybę integruotis į visuomenės gyvenimą ir aktyviai jame dalyvauti. Vykdydamas psichosocialinės reabilitacijos procesą, socialinis darbuotojas remiasi savo profesinėmis kompetencijomis, tai yra savo įgūdžiais, žiniomis bei vertybėmis. Svarbu pabrėžti, kad socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, profesinės kompetencijos problema Lietuvoje yra nauja, aktuali bei nėra išdiskutuota iki galo.

Išsiaiškinta, kad psichosocialinė reabilitacija bei jos specialistų atliekamas darbas Lietuvoje yra mažai nagrinėjamas, todėl tyrimo tikslas buvo atskleisti teorinius ir praktinius socialinio darbuotojo veiklos ypatumus psichosocialinės reabilitacijos centruose. Tyrimo tikslui pasiekti iškelti 3 uždaviniai: atskleisti psichosocialinės reabilitacijos proceso, orientuoto į ilgalaikę psichikos negalią turinčius asmenis, teorines charakteristikas; atskleisti socialinio darbo svarbą psichosocialinės reabilitacijos procese bei nustatyti ir įvertinti socialinių darbuotojų veiklos ypatumus, psichosocialinės reabilitacijos centruose teikiant socialines paslaugas psichikos sveikatos problemų turintiems klientams.

Tiriamąjame darbo dalyje, tyrimo tikslui pasiekti ir uždaviniams įgyvendinti pasirinktas kokybinis tyrimo tipas – pusiau struktūruotas interviu metodas, kurio metu gauti duomenys išanalizuoti taikant kokybinę turinio (content) analizę. Interviu atliktas naudojant iš anksto parengtus klausimų blokus, sudarytus iš 9 temų, iš viso klausimynas sudarytas iš 36 klausimų. Informantais pasirinkti 2 Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centrų ir vieno psichikos sveikatos centro (PSC) 8 socialiniai darbuotojai (7 moterys ir 1 vyras), tiesiogiai dirbantys su psichikos sveikatos problemų turinčiais klientais. Tyrimo analizei pasirinktas 2011 m. gruodžio – 2012 m. sausio mėn. laikotarpis.

Tyrimas atskleidė, kad nors socialinio darbo profesija vertinama gana nepalankiai šiuolaikinėje Lietuvos visuomenėje, tačiau socialinių darbuotojų, dirbančių psichosocialinės reabilitacijos centruose, pasiekti veiklos rezultatai yra teigiamai bei palankiai įvertinti. Atlikdamas spektrą vaidmenų, remdamasis savo profesionaliu elgesiu, socialinis darbuotojas, dirbantis psichosocialinės reabilitacijos centre, teikia ne tik socialines paslaugas, padeda

integruotis į visuomenę, skatina pilnavertiškesnį kliento socialinį funkcionavimą, bet ir atlieka vadovavimo, palaikymo, edukacinę bei interesų gynėjo funkciją. Bendradarbiaudamas su įvairiais specialistais instituciniame bei tarpinstituciniame lygmenyse, taikydamas socialinio darbo metodus psichikos negalią turintiems klientams, socialinis darbuotojas susiduria su metodologijos pagrindų, kompetencijų stoka, sunkumais, problemomis darbo vietoje. Tačiau nepaisant iškilusių problemų, sunkumų, socialinis darbuotojas, dirbantis psichosocialinės reabilitacijos centre, skiria maksimaliai dėmesio savo klientams, sugeba pašalinti kliūtis arba su jomis susitaikyti, ir toliau dirba psichikos negalią turinčių klientų gerovei, kuria harmoningą Lietuvos visuomenę;

Ši magistro darbą sudaro įvadas, sąvokų žodynelis, 3 skyriai, išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas, santrauka lietuvių ir anglų kalbomis ir priedai. Darbo apimtis – 104psl. (be priedų), 17 lentelių ir 7 paveikslai.

Raktiniai žodžiai: socialinis darbas, socialinis darbuotojas, psichosocialinė reabilitacija, ypatumai, psichosocialinės reabilitacijos centras.

Savickaja A. The Peculiarities of the Activities of a Social Worker at Centers of Psychosocial Rehabilitation/ The Final Thesis of Master of Social Works. Supervisor Doc. Dr R. Raudeliūnaitė. – Vilnius: Mykolas Romeris University Social Policy Faculty, 2012. – 104p.

SUMMARY

Psychosocial rehabilitation is a quite new sphere of professional activities that exists for its first decade; however, it is one of the priorities of mental health services in Lithuania that provides mentally disabled persons with an opportunity of integration in the community and active involvement in its life. In course of implementation of the psychosocial rehabilitation process, the social worker bases his/her activities on the own professional competences, i.e. the own skills, knowledge and values. It is important to stress that the problem of professional competence of social workers engaged at centers of psychosocial rehabilitation is a new problem in Lithuania; however, it is an urgent one that is not finally settled.

It was elucidated that psychosocial rehabilitation and the works performed by professionals of this sector in Lithuania are poorly explored, so the aim of this research was disclosing the theoretical and practical peculiarities of the activities of a social worker at centers of psychosocial rehabilitation. For implementation of the aim, 3 tasks were set: to disclose the theoretical properties of the psychosocial rehabilitation process oriented towards persons with long-year mental disability; to disclose the importance of social works in the psychosocial rehabilitation process; and to identify and assess the peculiarities of the activities of social workers social services at centers of psychosocial rehabilitation on providing social services to mentally disabled clients.

In the research part of Thesis, the qualitative method of research was chosen for implementation of the aim and solving the tasks: it is a semi-structured method of interviewing where the obtained data are analyzed upon the qualitative analysis of the content. For interviewing, blocks of question were priority developed on 9 topics; total 36 questions were included in the questionnaire. As informants, 8 social workers (7 females and 1 male) directly working with mentally disabled at two Vilnius centers of psychosocial rehabilitation were chosen. The period of the survey was the period between December 2011 and January 2012.

The research disclosed that although the profession bound with social work is considered very unfavorably in the today community of Lithuania, the achieved results of the activities are assessed positively and favorably. Within the spectrum of his/her role, a social worker employed at a center of psychosocial rehabilitation, in addition to social services, helps the clients to

integrate themselves in the community, encourages more active social functioning of them, performs the functions of support, education and protection of interests. In cooperation with various specialists on the institutional and interinstitutional level, the social worker meets into collision with a lack of methodologies and competences as well as various problems at the workplace. However, in spite of the arising problems and difficulties, a social worker employed at a center of psychosocial rehabilitation pays the maximum attention to the clients, is able to eliminate the obstacles or to adapt to them and continues the activities for welfare of mentally disabled persons thus contributing to formation of harmonious community in Lithuania.

The Master Thesis consists of the introduction, the vocabulary of the terms and definitions, 3 parts, the recommendations, the list of references, the summary in Lithuanian and English and the annexes. The volume of the Thesis: 104 pages (the annexes excluded), 17 tables and 7 figures.

Keywords: social work, social worker, psychosocial rehabilitation, peculiarities, center of psychosocial rehabilitation.

PRIEDAI

INTERVIU KLAUSIMYNAS

Klausimų tema	Klausimai
I. Socialinio darbo profesijos vertinimas	1.1.Kaip šiuolaikinė visuomenė vertina socialinio darbo profesiją? Kodėl? 1.2.Jūsų požiūriu, kaip kiti vertina socialinį darbą Jūsų įstaigoje?
II. Bendradarbiavimas (institucinis, tarpinstitucinis)	2.1.Su kokiais specialistais bendradarbiaujate dirbdami šį darbą? 2.2.Jūsų nuomone, koks yra socialinio darbuotojo vaidmuo bendradarbiaujant su PSR centro specialistais? 2.3.Kokie svarbiausi bendradarbiavimo veiksniai yra reikšmingi socialinio darbo praktikai? 2.4.Kokius išskirtumėte trukdžius bendradarbiaudami su PSR centro specialistais? 2.5.Su kokiais institucijomis dar bendradarbiaujate?
III. Socialinio darbuotojo vaidmenys, funkcijos dirbant PSR centre	3.1.Kokius svarbiausius socialinio darbuotojo vaidmenis priskirtumėte sau? 3.2.Kokias svarbiausias socialinio darbuotojo funkcijas priskirtumėte sau?
IV. Socialinio darbuotojo profesinės kompetencijos dirbant PSR centre	4.1.Kokių įgūdžių Jums reikia dirbant savo darbą? Kokių įgūdžių vis dėlto manote, kad Jums trūksta? 4.2.Išskirkite savo, kaip socialinio darbuotojo, dirbančio PSR centre, svarbiausias vertybes. 4.3.Kokių būtinausių profesinių žinių turi turėti PSR socialinis darbuotojas?
V. Sunkumai, su kuriais susiduria socialinis darbuotojas dirbdamas PSR centre, ir jų sprendimo būdai	5.1.Su kokiais sunkumais dažniausiai susiduriate dirbdami socialinio darbuotojo darbą PSR centre? 5.2.Kaip sprendžiate iškilusias problemas? 5.3.Ar žinote, kas yra „perdegimo sindromas“? Ar teko susidurti su juo? 5.4.Kaip kovojote su šiuo sindromu? 5.5.Ar Jūsų centre organizuojamos supervizijos? Jei taip, tai kokios? 5.6.Kokiam tikslui ir kokiose supervizijose dalyvavote?
VI. Socialinio darbo metodai PSR centre	6.1.Kaip manote, kokiais kriterijais turėtų remtis socialinio darbo metodologija? 6.2.Iš kur gaunate metodinę pagalbą dirbdami šiame PSR centre? 6.3.Ar dirbate pagal iš anksto susidarytą darbo planą? 6.4.Papasakokite, kokiais etapais vadovaujate taikdami darbo su individu metoda šiame centre. 6.5.Papasakokite, koku būdu organizuojate darbo su grupe metoda savo darbe. 6.6.Kokius taikote pagalbos būdus šeimai savo centre? 6.7.Jūsų nuomone, kuo yra svarbus darbo bendruomenėje metodas Jūsų PSR centro sistemoje? 6.8.Papasakokite, kokius organizuojate meninius užsiėmimus savo centre. 6.9.Kaip manote, ar pakankamai dėmesio skiriate savo klientams? Argumentuokite. 6.10.Kaip manote, kas sąlygoja socialinio darbuotojo veiklos problematiškumą Jūsų centre?
VII. Socialinio darbo veiksniai, turintys įtakos PSR centro darbo efektyvumui	7.1.Išskirkite išorinius veiksnius, turinčius įtakos Jūsų psichosocialinės reabilitacijos centro darbo

	<p>efektyvumui- veiksmingumui.</p> <p>7.2.Išskirkite vidinius veiksnius, turinčius įtakos Jūsų psichosocialinės reabilitacijos centro darbo efektyvumui- veiksmingumui.</p>
VIII. Demografinės tiriamųjų charakteristikos	<p>8.1.Koks yra Jūsų amžius ir kiek metų jau dirbate šioje institucijoje?</p> <p>8.2.Prašau nurodykite savo pareigas.</p> <p>8.3.Jūsų bendras socialinio darbo stažas?</p> <p>8.4.Kokia yra Jūsų kvalifikacinė kategorija?</p>
IX. Pasiūlymai, rekomendacijos	<p>9.1.Kokių pasikeitimų ir permainų labiausiai trokštate savo karjereje?</p> <p>9.2.Jūsų pasiūlymai, rekomendacijos, socialiniams darbuotojams, dirbantiems PSR.</p>

INTERVIU PROTOKOLAI

Nr.1

- 1.1. Visuomenė mano, kad tai yra paprastas, sunkokas, ne kvalifikuotas, pagalbą teikiantis darbas. Kartais esame apvadinti "nagų karpytojais seneliams", "užpakalių valytojais". Visuomenė nenori prisidėti prie tokių klientų.
- 1.2. Kas liečia mūsų įstaigą, klientų akys pilnos baimės iš pradžių, žmonės nesupranta, kad jiems įmanoma padėti, galvoja, kad tai bereikšmis darbas. Labai dažnai išgirstu klausimus: kam tokiai jaunai viso šito reikia? Ar sunku? Nenuvargina? Tačiau paskui lieka patenkinti.
- 2.1. Psichiatrai, psychologė, kiti socialiniai darbuotojai, įdarbinimo tarpininkai, teisininkai.
- 2.2. Kadangi aš esu atvejo vadybininkas, tai koordinuoju, organizuoju visą procesą. Per mano užmegztą santykį su klientu, kiti specialistai turi priėjimą prie jo.
- 2.3. Aš manau, kad informacijos sklaida yra reikšmingiausia socialinio darbo praktikai.
- 2.4. Aš pastebėjusi du ryškius trukdžius, tai – geranoriškumo bei terminologijų skirtumas.
- 2.5. LSPŽGB ir psichikos sveikatos centrai.
- 3.1. Mano svarbiausi vaidmenys tikriausiai yra: draugo vaidmuo, kontrolierius, prižiūrėtojas, šiek tiek globėjas, bet to aš stengiuosi išvengti.
- 3.2. Svarbiausia mano funkcija – įgalinimas, tai yra suteikti galios pakeisti gyvenimą.
- 4.1. Kiekvienam socialiniam darbuotojui reikia bendravimo, motyvavimo, įvertinimo įgūdžių. Asmeniškai man trūksta psichologinių, tiksliau asmens palaikymo įgūdžių.
- 4.2. Pagarba žmogui man yra pirmoje vietoje. Ne mažiau svarbios vertybės : bendravimas su lygiu, savarankiškumas, konfidencialumas, vienodų sąlygų suteikimas visiems – lygybė.
- 4.3. Iš studijų laikų prisimenu, kad privalome išmanyti konfliktų sprendimą, tarpininkavimą, gebėjimą vertinti, bendravimo meną, savęs analizavimą – stebėjimą, socialinių problemų sprendimą. Remiantis savo praktika, turi būti žinios apie psichiatriją, projektus.
- 5.1. Didžiausias sunkumas – klientų pasyvumas.
- 5.2. Dažniausiai darbo vietoje kalbamės su kolegomis, stengiamės padėti vieni kitiems. Jei reikia, keliam administracijai klausimus. Daug informacijos randame internete.
- 5.3. Taip. Nesu patyręs jo visiškai, bet pradžia jau buvo: nuotaikos nebuvimas, noras pakeisti darbą.
- 5.4. Diskutavau su kolegomis, buvo pakviesta direktorė, aptarėme problemą ir su ja. Buvo paimtos atostogos. Supratau vieną, kad negalima tikėtis labai daug, viskas turi būti savo ribose.
- 5.5. Šiuo metu ne, bet anksčiau buvo grupinės ir individualios.
- 5.6. Dalyvavau grupinėse tam, kad išugdyčiau tarpusavio santykį: darbas su savimi, darbe išskylančiom problemom.
- 6.1. Pagrindinis kriterijus, mano manymu, yra klientų skaičius.. Svarbu yra tikslas, ko siekiama.
- 6.2. Centras yra nusipirkęs iš užsienio metodologiją, taip pat kuriame ir savo metodus, kuriuos pritaikome sunkiems ligoniams po ligoninės ir profesinės reabilitacijos klientams.
- 6.3. Žinoma.
- 6.4. Pirmas etapas yra įvertinimas, kuris baigiasi norų įvertinimo etapu. Sudarau reabilitacijos planą, kartu su klientu įgyvendiname planą, paskui įvyksta viso proceso įvertinimas. Jei nepavyksta, visada galima grįžti atgal., su vienu pacientu procesas gali trukti net 10 metų ir daugiau. Tokį klientą turime, bendradarbiaujame jau 10 metų.
- 6.5. Po įvertinimo pagal norą nukreipiama yra į grupę, o visos grupės procesas vyksta pagal specialistą. Grupę sudaro 6 – 7 žmonės.
- 6.6. Pagrindinis – individualios konsultacijos šeimai. Labai retai rengiame grupes šeimoms – psichoedukacijos grupes šeimai.
- 6.7. Bendruomenė suteikia pacientui bendrumo jausmą, joje žmogus jaučiasi savas, jos dalis.
- 6.8. Turime keramikos, rankdarbių, šiaurietiško vaikščiojimo, šokių grupes. Rodome filmus, siunčiame į teatrą pasižiūrėti spektaklius.
- 6.9. Na iš tikrųjų kiek galim, tiek ir skiriam.
- 6.10. Mūsų centre problema ta, kad patiriame didelį krūvį, kadangi klientų labai daug, vienam darbuotojui tenka kartais net 18 žmonių per savaitę.
- 7.1. Mūsų centro darbo efektyvumą įtakoja finansinis nestabilumas, labai mažai organizuojami mokymai kvalifikacijos pakėlimui.
- 7.2. Kas liečia vidinius veiksnius, tai tikriausiai yra nuovargis, kliento žinių, įgūdžių stoka, visi kiti emociniai dalykai.
- 8.1. Man 25m., o dirbu jau 4m.
- 8.2. Socialinė darbuotoja – atvejo vadybininkė ir dalis etato projektų vadybininkė.
- 8.3. 4m. Tai yra mano pirmasis darbas.
- 8.4. Baigiau universitetą, esu socialinė darbuotoja.
- 9.1. Daugiau norėtusi pereiti nuo tiesioginio darbo su klientais prie paslaugų organizavimo.
- 9.2. Gal labiau norėčiau palinkėti, bet nepasiūlyti. Pirmiausia, tai ištvermės, planuokite savo laisvalaikį, kad jis būtų aktyvus, su rezultatu. Būkite aktyvesniais visuomenėje, rodykite teigiamą įtaką visais įmanomais būdais. Kelkite visuomenės požiūrį gerais darbais, turime kuo dažniau afišuoti laikraščiuose.

Nr.2

- 1.1. Visuomenė nelabai žino, suvokia ką daro socialinis darbuotojas, už ką jis atsakingas. Vėdu mokymus buvusiems pensionatams, tai pastebėjau, kad mūsų profesija yra nuvertinama, mes nepripažįstami kaip darbuotojai.
- 1.2. Reikėtų gal pačių klausti, nes juos kalbiname daugiau apie paslaugas. Bet šiaip yra labai vertinamas atviras ryšys, kontaktas, pagalba.
- 2.1. Mūsų komanda sudaryta iš: socialiniai darbuotojai, ergoterapeutai, psychologai, psichiatrai, slaugytoja, įdarbinimo tarpininkai, profesijų mokytojai, grupių vedantieji, kliento artimieji bei šeimos nariai.
- 2.2. Svarbiausias tikslas ir principas – bendradarbiauti bei keistis informacija. Labai aktualus yra darbas komandoje, o ne individualus darbas.
- 2.3. Galiu išskirti tik 2 punktus: 1) informacijos sklaida – keitimasis; 2) bendras sprendimų priėmimas, nes atsakomybę neša visa komanda.
- 2.4. Reikia laiko, kad informacijos struktūra būtų aiški. Sunku, kai komandoje dirba skirtingo pasirengimo asmenys: reikia sulygtinti, suvienodinti žinias, įgūdžius.
- 2.5. Psichikos sveikatos centrai, kelios psichiatrijos ligoninės, kiti dienos centrai, LSPŽGB, visos Lietuvos darbo birža, Neįgalumo nustatymo tarnyba, socialinės apsaugos Ministerija, kiti reabilitacijos centrai, “Žirmūnų darbo rinkos mokymo centras”.
- 3.1. Aš esu tarpininkas, koordinatorius, administratorius, bendradarbiautojas.
- 3.2. Tiesioginis darbas su klientu, taip man anksčiau atrodė, o šiuo momentu – administravimo funkcija.
- 4.1. Pirmiausia – darbo komandoje įgūdžių, kad tikėtum komanda, savimi. Svarbu: bendravimo, bendradarbiavimo įgūdžiai, patirtis. Asmeniškai man sunku užimti vadovavimo funkciją, svarbu gražia forma pasakyti kažkokius trūkumus, kritiką.
- 4.2. Pasitikėjimas manimi ir kad aš galėčiau pasitikėti, atvirumas (aš ir kiti).
- 4.3. Svarbiausia – tiesioginis darbas su klientu: kaip dirbti individualiai, kaip taikyti strategijas? Dalį atsineši iš universiteto, bet man trūko darbo specifikos su psichikos negalia turinčiais klientais, realiai turėjau iš naujo mokytis kaip dirbti su šia tiksline grupe.
- 5.1. Sunkumai dažniausiai kyla iš išorės – iš kitų institucijų, tarkim dėl klientų atvykimo, o jie turi finansinių sunkumų. Kartais kyla vidiniai sunkumai darbo vietoje dėl klientų, dėl pačių.
- 5.2. Centre organizuojami susirinkimai, renkamės visi ir sprendžiame. Turime metinį pokalbį – aš ir klientas, aptariame praeitų metų nudirbtą darbą.
- 5.3. Labai gerai žinomas, išgyventas dalykas. Kaip tik todėl aš jau neteikiu tiesioginių paslaugų. Mano lūkesčiai, tikslai yra užaukštinti, nadera mano amžiuje tiek norėti. Jaučiau nevilgtį, kaltę sau, norą išeiti iš darbo.
- 5.4. Pirmiausia, tai supervizijos. Bandžiau atsitraukti nuo tiesioginio darbo, ieškojau kitų darbų mūsų centre.
- 5.5. Šiuo metu ne, bet turėjome individualias. Praeitais metais vyko grupinės atvejo vadybininkams. Pas mus atvysta psichiatras olandas ir konsultuoja visą komandą, manau galime skaityti tai kaip superviziją.
- 5.6. Teko dalyvauti individualiose, taip pat olando konsultacijose dėl darbo su klientu: jausmų, veiksmų.
- 6.1. Labai sudėtingas klausimas. Daugiausia turėtų būti mokoma individualaus darbo – individualios pagalbos teikimas klientams. Svarbu paruošti dirbti su skirtingom klientų grupėm.
- 6.2. Patys esame metodikos kūrėjai, bet ir daug ką gavome iš mokytojų olandų. Belgai apmokė, kaip grįžti į darbo rinką.
- 6.3. Taip, be abejo, nes kitaip neišeina, neįmanoma. Reikia viską iš anksto suplanuoti, nes daug visko įvyksta. Turime ir metinį darbo planą.
- 6.4. Metodas sudarytas iš 5 etapų: 1) susipažinimo ir pasitikėjimo etapas; 2) įvertinimo etapas, remiantis anketavimu; 3) planavimas, ko klientui reikia; 4) paslaugų koordinavimas; 5) proceso užbaigimas.
- 6.5. Pagrindas – grupei iš anksto yra parengtos užduotys, vyksta jų atlikimas, o atlikus aptarimas.
- 6.6. Taikome 2 pagalbos būdus šeimai: 1) individualios konsultacijos pagal poreikį; 2) šeimos grupės. Tikslas – informacijos suteikimas, galimybė šeimos nariams išsakyti.
- 6.7. Labai svarbus yra darbo bendruomenėje metodas. Jei dirbsime tik su klientu, tai rezultato tikrai nepasieksime. Turi būti įnašas visų, kad būtų pasiektas rezultatas.
- 6.8. Organizuojant meninius užsiėmimus didžiausias dėmesys skiriamas įgūdžių lavinimui: keramikos grupė, darbas su popieriumi, rankdarbių darymas, filmų peržiūra.
- 6.9. Stengiamės dėmesį skirti kuo daugiau, kad paslaugos būtų kokybiškos. Darom apklausą, analizuojame, darome išvadas. Pas mus tikrai sudarytos sąlygos klientams išsakyti, kad tik paslauga būtų kokybiškesnė.
- 6.10. Aš net nežinau, ar yra tas problematiškumas. Sunkumų tai kyla, bet jie kyla visiems. Negaliu išskirti tik socialiniams darbuotojams, gal tik žinios apie psichikos negalią, bazinis pasirengimas apie psichikos neįgalumą.
- 7.1. Išoriniai: nuoseklios sistemos – grandinės nebuvimas tiek įstatymų, tiek ekonomikos lygmenyje. Kiekvienais metais kovojame už savo egzistavimą.
- 7.2. Vidiniai – kolektyvo augimas. Kaip išlaikyti darbuotojų motyvaciją, perduoti informaciją, kai ateina nauji darbuotojai?
- 8.1. Man 30m. Dirbu 8 m.

- 8.2. Profesinės reabilitacijos vadovė. Atsaku visiškai už šią paslaugą tiek viduje, tiek išorėje.
- 8.3. 8m., nes tai pirmoji mano darbovietė.
- 8.4. Socialinė darbuotoja su universitetiniu išsilavinimu.
- 9.1. Permainų jau daug įvykę. Turiu suplanuotus darbus keliems metams į priekį, tai pokyčių kol kas jokių nenoriu.
- 9.2. Imlumas vienas iš pagrindinių mano pasiūlymų. Reikia išmokti pasiimti, gauti, pasiekti. Reikia būti susidomėjusiems, nes jeigu neįdomu, tikrai nieko nepasieksite.

Nr.3

- 1.1. Ši profesija visiškai nėra vertinama, nes yra nepopuliari.
- 1.2. Mūsų įstaigoje darbas yra vertinamas labai gerai, klientai, artimieji, svečiai nuoširdžiai įvertina mūsų triūsą, visada sulaukiame padėkos ir palinkėjimų ateičiai.
- 2.1. Psichiatrai, psychologai, kiti socialiniai darbuotojai, įdarbinimo tarpininkai, teisininkai, turime pedagogus, kurie apmoka profesijų, užimtumo terapeutai, šeimos nariai, kliento artimieji, bendrosios praktikos slaugytojai.
- 2.2. Socialinis darbuotojas šioje komandoje yra kaip lyderis, nes jis turi artimiausią ryšį su klientu, jo problemomis.
- 2.3. Mano manymu, svarbiausia yra dirbti ne dėl žmonių, kuriems reikia padėti, bet su jais.
- 2.4. Kai komandoje dalyvauja nesubrendęs profesionalas, jis nemoka priimti sprendimus ir kartais skiriasi motyvacija dirbti. Vieni dirba iš širdies, o kiti pasyviai.
- 2.5. LSPŽGB, kiti psichikos sveikatos centrai, reabilitacijos centrai, dienos centrai, Vilniaus psichiatrinės ligoninės, sveikatos apsaugos Ministerija, NDNT.
- 3.1. Aš esu tarpininkas, vertintojas, mokytojas ir, žinoma, draugas.
- 3.2. Motyvuoti ir palaikyti klientą bei jo artimuosius.
- 4.1. Manau, kad kiekvienas sutiks su manimi, kad būtinai reikia mokėti būti atsakingam, tolerantiškam ir turėti organizuotumo įgūdžių. Per jau nemažą darbo patirtį man atrodo, kad nestokoju nieko, nes teko būti įvairiose situacijose.
- 4.2. Mano vertybės yra: asmens pasirinkimo laisvė, empatija, tikėjimas, kantrumas, konfidencialumas.
- 4.3. Aš manau, kad socialinis darbuotojas, dirbantis PSR centre privalo turėti socialinio darbo, medicininių, teisinių žinių.
- 5.1. Labai dažnai susiduriu su tėvų globėjiška įtaka.
- 5.2. Pirmiausia, tai bendrauju su šeima, jei reikia, įjungiami kiti komandos nariai ir visi kartu sprendžiame iškilusias problemas.
- 5.3. Taip, žinau ir esu jį patyręs.
- 5.4. Ėmiau atostogas 3 savaitėms, tikrai labai padėjo. Išvažiavau į kelionę prie jūros.
- 5.5. Anksčiau buvo organizuojamos individualios ir grupinės, bet šiuo metu ne.
- 5.6. Dalyvavau individualioje supervizijoje konferencijos metu.
- 6.1. Socialinio darbo metodologija turėtų remtis atsižvelgiant į tikslinę grupę, nes skiriasi kliento sutrikimo lygis, jų problemos skiriasi, o taip pat skiriasi tuomet ir problemų sprendimas.
- 6.2. Metodiką esame gavę iš užsienio. Neįgalųjų poreikius mes įvertiname pagal Londono psichiatrijos instituto parengtą Kembervelo poreikių įvertinimo klausimyną.
- 6.3. Taip, žinoma.
- 6.4. Šis metodas yra tikriausiai žinomas visiems socialiniams darbuotojams ir jie jį taiko, jis sudarytas iš įvertinimo, planavimo, įgyvendinimo bei viso proceso vertinimo etapų.
- 6.5. Aš grupinio darbo neorganizuoju, bet jis iš esmės vyksta taip pat kaip individualus, remiantis išvardytais etapais, tik grupę sudaro 6 – 7 žmonės.
- 6.6. Individualios konsultacijos šeimai.
- 6.7. Kad būtų pasiektas socialinis pokytis, turi dalyvauti ir bendruomenė, nes ji yra kliento gyvenimo dalis.
- 6.8. Turime dailiųjų amatų – keramikos, dailiųjų amatų – mezgėjų rengimo klases, dailės terapiją. Kadangi darbas – tai yra menas, tai mūsų centre yra virėjų – padavėjų, sodininkų rengimo, vidaus apdailininkų, siuvėjų rengimo klasės.
- 6.9. Manau, kad skiriu maksimaliai dėmesio, kiekvienas yra išgirstas, kiekvienam yra padedama, tikrai nei vieno nuskriausto nėra.
- 6.10. Didelis darbo krūvis.
- 7.1. Finansavimas vienareikšmiškai.
- 7.2. Pasitikėjimas.
- 8.1. Man yra 30m. ir dirbu jau 9metus.
- 8.2. Socialinė darbuotoja – atvejo vadybininkė.
- 8.3. 9metai.
- 8.4. Socialinė darbuotoja, bet su universitetiniu išsilavinimu.

9.1. Norėčiau, kad klientų skaičius, jų sergamumas nedidėtų, o mažėtų. Labai norėtuši, kad socialinė apsauga bei politika labiau atkreiptų į mus dėmesį.

9.2. Būkime atviri, pasitikintys, draugiški ir rezultatai bus geresni.

Nr.4

1.1. Didžioji dauguma nevertina. Aš visada lyginu su užsieniu. Mes visiškai neturime socialinio darbo statuso. Pas mus menki atlyginimai. Kodėl net nežinau, bet mes patys turime stengtis, kad mus įvertintų.

1.2. Mūsų įstaigoje tikrai vertina ir pacientai, ir artimieji, ir pati komanda.

2.1. Bendradarbiaujame su psichiatrais, psichologais, slaugytojais, sanitarais, praktiškai su visu dirbančiu personalu.

2.2. Jis kaip koordinatorius, gaunantis situaciją ir ją sprendžia. Tai organizatorius, vykdytojas. Labai geras pavyzdys "Lėlių teatras", kuriame yra veikėjas, kuris siūlus tampo, tą patį galime priskirti ir socialiniam darbuotojui.

2.3. Svarbiausia, kad būtų geranoriškumas.

2.4. Konfidencialumas. Kartais trūksta tiek nedaug, kad viską sužinotum. Kartais specialistai negali padėti, kai kuria informacija specialistai iš kitų institucijų nesidalina. Mes neturime bendros duomenų bazės.

2.5. Bendradarbiaujame su ligoninėm, kur prieš tai gulėjo pacientas, NDNT, Socialinės paramos centrai, darbo birža, sodra, ligonių kasos, migracijos skyrius, seniūnijos, pensionatai, reabilitacijos centrai. Praktiškai su visais, kas teikia socialines paslaugas, netgi autobusų stotis.

3.1. Aš esu problemų sprendėjas, na o pirmiausia, aš esu išklausojas.

3.2. Mano funkcijos? Nustatymo, planavimo, įgalinimas išspręsti, įvertinimo funkcijos.

4.1. Reikia būtinai turėti įžvalgos įgūdžių. Na, o trūksta tai problemų sprendimo įgūdžių ir to, kas įgyjama su darbo patirtimi - manipuliacijos.

4.2. Pirma, kiekvieną situaciją matyti kaip naują situaciją, antra, konfidencialumas, trečia, neturiu jokių išankstinių nusistatymų prieš ligonį – tikiu, kad jis gali susitvarkyti.

4.3. Gerai išmanyti įstatymus, nes gali pati ir ligonį apsaugoti.

5.1. Paties paciento nenoras spręsti problemas – jo žema motyvacija, artimųjų hipergloba arba artimieji atsisako padėti.

5.2. Tariamės su kolegėm, vedėja, kitais specialistais ir ieškome visi kartu sprendimų.

5.3. Taip.

5.4. Nekovojau, paprasčiausiai ateina laikas, kai suvoki savo darbą aplinkinių pagalba.

5.5. Ne, supervizijos neorganizuojamos, tik kiekvieną trečiadienį gamybiniai susirinkimai.

5.6. Dalyvavau individualiose ir grupinėse per mokymus, tai tik buvo mokymo dalis.

6.1. Metodologija socialinio darbo turėtų remtis vertybėmis, "Socialinio darbo etikos kodeksu".

6.2. Daugiausia informacijos gauname iš "Google". Bet taip pat turime labai gerą skaityklą, kuriame randame daug naudingos informacijos.

6.3. Stengiuosi.

6.4. Pirma, tai įvyksta individualus pokalbis su pacientu. Paskui eini pas gydytoją, slaugytoją pasitikslinti, ar klientas nemelavo. Įvyksta pokalbis ir su artimaisiais. Antra, sudaromas individualus planas su pacientu. Vėliau vyksta darbas, bet nedarai visko už pacientą, tik padedi jam. Įvertini visą darbą. Baigę savo misiją, stengiamės pratęsti bendradarbiavimą su klientu, nepaliekame jo be priežiūros.

6.5. Daugiau pas mus problemų sprendimas yra individualus ir taikome darbo su individu metoda.

6.6. Konsultavimas ir informavimas.

6.7. Svarbus yra dėl grįžtamojo ryšio, kad mes sužinotume apie tęstinę jų reabilitaciją, išsiaiškinti, ar veiksminga buvo mūsų pagalba.

6.8. Kartą per savaitę įvyksta renginys priklausomai nuo kalendorinių švenčių, sezono. Apsilankome mišiose 1 kartą per mėnesį.

6.9. Aš visada lyginu su kitom ligoninėm, tai tikrai klientais pasirūpinam iki pat galo. Tikrai neblogai. Visada aprenkti, jei neturi kuo, bet tikrai nei vienas nėra išmestas į gatvę.

6.10. Kolegų "sugedęs telefonas", kartais būna, kad žmonės per daug sureikšmina visiškai nereikšmingus dalykus.

7.1. Pasitikėjimas. Jei aplinkiniai labiau pasitikėtų ir nesikištų, kartais to per daug. Turiu omenyje kolektyvą ir mano klientų šeimos narius. Iš institucijų trūksta bendradarbiavimo, geranoriškumo.

7.2. Geri santykiai, pasitikėjimas, noras padėti tarp kolektyvo, iniciatyva, geranoriškumas.

8.1. Man 26m. ir dirbu jau 4m.

8.2. Socialinė darbuotoja socialinių problemų spredimui.

8.3. 5m.

8.4. Ruošiamės eiti atestacijai, bet kol kas socialinė darbuotoja.

9.1. Kol kas permainų nesinori, nes neseniai jau turėjau permainų- iš užimtumo perėjau čia. Darbą laikas iš laiko reikia įvairinti.

9.2. Stengtis kuo daugiau priimti pacientų, labiau motyvuoti, gal net griežčiau skatinti dirbti. Sudaryti individualius planus ir įgalinti kuo geriau, aktyviau bendradarbiauti.

Nr.5

1.1. Nevertina, nepakankamai ir nelabai gerbiamai, todėl, kad mes dirbame su tam tikra žmonių grupe, kurie nėra pasiturintys, praradę, remtini... Žmonės nevertina žmogaus kaip vertybės, visuomenė šiuo požiūriu visiškai nesubrendusi.

1.2. Vertina tikrai puikiai, ligoniai džiaugiasi. Vien tik bendravimas jiems yra didelė pagalba.

2.1. Šeima, artimieji, mūsų archyvo darbuotojai, teisininkai.

2.2. Tarpininko vaidmenį atlieka.

2.3. Bendradarbiavimas telefonu renkant informaciją, raštų rašymas ir siuntimas į įstaigą, dokumentacijos tvarkymas.

2.4. Pagal įstatymą draudžiama teikti informaciją telefonu. Užima tikrai labai daug laiko, kol gauni rūpimus atsakymus. Patiriame finansavimo trūkį.

2.5. Socialinės paramos centrai, psichikos sveikatos centrai, sodra, migracijos tarnyba, seniūnijos, teritorinė ligonių kasa, darbo birža, socialinės globos įstaigos, slaugos ligoninės, vaikų teisių tarnybos, NDNT, teismai, antstoliai, policijos komisariatas, nakvynės namai, bankas, paštas, autobusų stotis.

3.1. Tarpininkas, konsultantas, teisininkas.

3.2. Tarpininkavimo, konsultavimo, teisėjavimo, informavimo funkcijos.

4.1. Reikia bendradarbiavimo su įstaigomis, bendravimo su žmogumi, mokėjimo suprasti paciento problemą, jos esmę, visų šitų įgūdžių. Net nežinau, ar man kažko trūksta, nes viskas priklauso nuo situacijos.

4.2. Viena iš vertybių – kiekvienas žmogus kaip asmenybė. Dar: pagarba, orumas, empatija, supratimas, konfidencialumas.

4.3. Turi žinoti apie socialinį darbą, socialinio darbuotojo vaidmenis, pareigybes, tikslinę grupę su kuria dirba ir turi žinoti visą supančią kliento aplinką.

5.1. Tu nori padėti, bet klientas nesupranta pagalbos esmės. Žmogus priima vos, kad pakenkei ar nori pakenkti jam.

5.2. Labai įvairiai, tai priklauso nuo problemos. Mūsų įstaigoje problemos lieka tikrai išspręstos. Visada duodi nurodymus kur eiti, kur ką gauti.

5.3. Taip, bet susidurti neteko.

5.4. -----

5.5. Ne, dar nebuvo.

5.6. Dalyvavau tik studijų metu individualiose.

6.1. Turėtų vykti specialus socialinių darbuotojų parengimas.

6.2. Biblioteka, skaitykla, internetas, konsultavimasis su kolegomis, pagalba iš savo vedėjos.

6.3. Taip.

6.4. Surenkame informaciją iš ligos istorijos įrašų, su medicinos personalu kalbame apie pacientą. Patikriname, kokius turi dokumentus. Įvyksta individualus pokalbis su pacientu. Suformuluojama problema, sudaroma sutartis su pacientu, kaip spręšime. Vyksta darbas – įtraukiamas pacientas į problemos sprendimą. Pabaigoje viskas vertinama.

6.5. Metodo su grupe netaikome, darbas vyksta individualiai.

6.6. Informavimas, konsultavimas.

6.7. Bendruomenė turi žinoti apie pacientą pirmiausia. O svarbus metodas dėl problemos tęstinumo išvykus iš ligoninės.

6.8. Organizuojame dailės užsiėmimus, švenčių paminėjimus, rengiame sporto šventes lauke, sportines varžybas, stalo žaidimus, turime muzikos užsiėmimus trečiadieniais, eilėraščių kūrybos užsiėmimus.

6.9. Per daug gal kartais to dėmesio skiriame. Aš nesu abejinga, norisi viską padaryti maksimaliai.

6.10. Techninė pagalba: kompiuteriai, ne viskas yra sukompjuterizuota.

7.1. Įstatymų netobulumas.

7.2. Kartais žmogus dėl savo sveikatos būklės negali nieko pasakyti.

8.1. Man 57m. dirbu jau 11m.

8.2. Socialinė darbuotoja.

8.3. 11m.

8.4. Socialinė darbuotoja.

9.1. Trokštu, kad socialinis darbuotojas būtų vertinamas, kaip svarbus, reikalingas asmuo. Trokštu, kad didėtų atlyginimas, kaip socialinio darbo vertinimo atspindys.

9.2. Atliekant savo darbą būti sąžiningu, atlikti darbą ne dėl to, kad reikia, bet iš širdies, žmogiškumo, siekiant, kad visiems būtų gerai šioje žemėje.

Nr.6

- 1.1. Nepakankamai vertina, nes tai labai jauna profesija, jai tik 20m. Mes turime kelti jos autoritetą.
- 1.2. Atsiliepiamai geri, skundų, priekaištų negauname.
- 2.1. Psichiatrai, greitoji medicinos pagalba, psichologai.
- 2.2. Socialinis darbuotojas yra kaip tarpininkas, jis čia kaip spektaklio režisierius.
- 2.3. Teikiant pagalbą svarbus labai socialiniame darbe yra komandinis principas.
- 2.4. Nevienoda motyvacija padėti klientui.
- 2.5. Mokyklos, policija, teismai, ligoninės, pensionatai, socialinės rūpybos skyrius, Vaikų teisių apsauga, NDNT.
- 3.1. Aš esu tarpininkas ir draugas.
- 3.2. Teikiu socialines paslaugas, gerinu paciento gyvenimo kokybę, skatinu paciento savarankiškumą, įgalinu jį gyventi savarankiškai.
- 4.1. Tikrai turiu pakankamai įgūdžių, nes dirbu nuo 1991m. Trūksta tikriausiai tarptautinės socialinio darbo patirties.
- 4.2. Mano esminė vertybė – patirtis.
- 4.3. Žinios turi būti visapusiškos, nes socialinis darbuotojas yra: teisininkas, medikas, pedagogas, psichologas ir t.t.
- 5.1. Pačių žmonių motyvacija keistis ir keisti.
- 5.2. Problemas sprendžiamė kompleksiskai, visa komanda.
- 5.3. Be abejo.
- 5.4. Niekaip nekovoju, paprasčiausiai sugebėjau susitvarkyti su savo jausmais. Labai pastiprino šeima, kolektyvas.
- 5.5. Ne, neorganizuojamos.
- 5.6. Dalyvavau pernai, 1 kartą grupinėje, tai buvo projekto dalis.
- 6.1. Problemos turi būti sprendžiamos komandiniu principu.
- 6.2. Svarbiausia yra noras. Dažniausiai gilinamės į metodologiją kiekvienas individualiai, labai padeda internetas.
- 6.3. Taip.
- 6.4. Vadovaujamės socialinio darbo procesu, kuris visiems žinomas. Dirbame pagal 4 žinomus etapus.
- 6.5. Darbo su grupe metodo netaikome.
- 6.6. Individualios konsultacijos, pokalbiai.
- 6.7. Vykdomė prevencinius projektus ir tai jau apima bendruomenę. Patikėkite, rezultatai yra labai geri.
- 6.8. Dailės terapija, mezgimas, gaminame papuošalus.
- 6.9. Manau, kad pakankamai, darome viską kas suplanuota, neapeiname nei vieno punkto.
- 6.10. Mūsų centre problematiškumas yra dėl laiko stygiaus.
- 7.1. Bendradarbiavimas su savivaldybės administracijos tarnybomis sprendžiant tėvų – vaikų problemas.
- 7.2. Žmonių problemų sprendimas komandiniu principu, turime labiau apjungti tikslą.
- 8.1. Man 55m., dirbu jau 14m.
- 8.2. Vyresnysis socialinis darbuotojas.
- 8.3. 21m.
- 8.4. Aukščiausia.
- 9.1. Šiuo momentu man labai gerai, tikrai nieko netrūksta.
- 9.2. Rekomenduoju kolegoms kelti savo profesijos prestižą aktyviau dalyvaujant visuomeninėje veikloje.

Nr.7

- 1.1. Socialinio darbo profesija yra vertinama nepalankiai. Žmonės net nemato, kad mes esame. Darbo užmokestį nuėmė, atostogas sumažino, darbo valandas prailgino.
- 1.2. Tikrai palankiai, nes niekas skundų nerašo, nepeikia mūsų.
- 2.1. Slaugytojai, psichologai, psichiatrai, teisininkai, užimtumo specialistai.
- 2.2. Socialinis darbuotojas yra viso šito proceso laidininkas.
- 2.3. Bendras siekis padėti asmeniui, visai šeimai.
- 2.4. Laiko stoka informacijos pasidalinimui dėl padaugėjusios dokumentacijos pildymo.
- 2.5. Teatrai, kino teatrai, policija, teismai, ligoninės, slaugos namai, sodra, darbo birža, vaikų teisių apsauga.
- 3.1. Tarpininkas, draugas, geras vadybininkas.
- 3.2. Teisinė funkcija. Socialinis darbuotojas turi turėti visas svarbias žmogiškųjų faktorių funkcijas.
- 4.1. Reikia darbo su grupe, komandinio darbo įgūdžių. Trūksta asmeniškai man atskirų meno sričių tobulinimo.
- 4.2. Žmogiškumas, žinios, kantrybė.
- 4.3. Teisinės, psichologinės žinios, mokėjimas bendrauti.
- 5.1. Susiduriame su nebendradarbiavimu. Ne visada sulaukiame greito bendradarbiavimo su institucijomis.
- 5.2. Rengiame renginius, kursus, kad galėtume artimiau susipažinti.
- 5.3. Taip žinau, bet dar susidurti neteko.

- 5.4. _____
- 5.5. Ne, neorganizuojamos.
- 5.6. Kol kas nedalyvavau, bet tikrai žinau, kas tai yra.
- 6.1. _____
- 6.2. Internetas visagalis.
- 6.3. Taip.
- 6.4. Vadovaujamės įvertinimu, planavimu, organizavimu ir vykdymu, vertinimu.
- 6.5. Netaikome, gal tai ir yra blogai, bet labiau linkę dirbti individualiai, nes kiekvienas yra skirtingas. Dirbame pagal žmogų, jo situaciją.
- 6.6. Individualios konsultacijos.
- 6.7. Bendruomenė suteikia pacientui ir jo aplinkai artumo, saugumo jausmą.
- 6.8. Mezgimas, piešimas, medžio darbų gaminimas, tapyba, darbeliai iš akmenų, papuošalų gamyba.
- 6.9. Pakankamai stengiamės skirti laiko savo klientui. Stengiuosi dirbti visu 100 procentų. Dirbu ne dėl atlyginimo, kuo galiu, tuo padedu iš visos širdies.
- 6.10. Rezultatas ne visada bus toks, kokį tu planavai, nes klientai yra skirtingi, o tai labai nuvilia.
- 7.1. Išoriniai tai tikriausiai: valstybės finansavimas.
- 7.2. Vidiniams priskirčiau norą siekti bendro tikslo- bendro tikslo siekimas.
- 8.1. Man 29m., dirbu jau 4m.
- 8.2. Socialinė darbuotoja.
- 8.3. 8m.
- 8.4. Socialinė darbuotoja be universitetinio išsilavinimo.
- 9.1. Svajoju apie savo karjerą užsienyje, kur ji labai vertinama ir gerai apmokama.
- 9.2. Labiau gal palinkėsiu išvermės, kantrybės, noro tobulėti, gerų rezultatų.

Nr.8

- 1.1. Visuomenė blogai vertina mūsų profesiją. Mano, kad socialinis darbuotojas nieko nedaro, tik sėdi savo kabinete, kur šilta ir kavą geria. Neatsižvelgia, kiek jėgų ir pastangų reikia pridėti, kad pasiektum reikiamą rezultatą.
- 1.2. Klientai padeda vertinti tik tada, kai yra teigiamas rezultatas, tik tuomet socialinis darbuotojas tampa autoritetu. Bet šiaip vertina palankiai.
 - 2.1. Psichiatrai, psichologai, greitosios medicinos pagalbos darbuotojai, slaugytojai, policininkai, šeima, artimieji kliento, bendradarbiauju su kitais socialiniais darbuotojais.
 - 2.2. Socialinis darbuotojas užima vadovo vaidmenį šioje grandinėje. Jis iš esmės pradeda ir užbaigia visą procesą, vadovauja viskam, planuoja, organizuoja.
 - 2.3. Supratimas, motyvacija bei geranoriškumas.
 - 2.4. Kartais susiduriame su laiko kliūtimi. Sunku yra suderinti laiką, nes kiekvienas turime darbo planą ir savo darbe svarbius dalykus, kurie turi būti atlikti. Tik sutvarkius neatidėliotiną darbą, specialistai prisijungia prie bendradarbiavimo. O tai tikrai stabdo pagalbos procesą.
 - 2.5. Psichikos sveikatos centrai, psichosocialinės reabilitacijos centrai, dienos centrai, policija, Vaikų teisių apsauga, teismai, Darbo birža, NDNT.
 - 3.1. Aš esu draugas, konsultantas, advokatas ir vadybininkas.
 - 3.2. Motyvavimas, mokymas gyventi savarankiškai.
 - 4.1. Na, aš dirbu visai neseniai šioje srityje, todėl man dar daug ko trūksta. Iš esmės, manau, kad socialinis darbuotojas privalo mokėti užmegzti ryšį su klientu, organizuoti bendravimą, laisvą laiką, užimtumą, išsiaiškinti kliento interesus, problemas, poreikius. Turi mokėti įtraukti į procesą, panaudoti savo žinias, praktiką darbe, įvertinti rezultatus, turi mokėti kurti palankų klimatą darbe.
 - 4.2. Tikėjimas, teisingumas, lygybė, empatija.
 - 4.3. Socialinis darbuotojas turi išmanyti savo profesiją, savo funkcijas, pareigas pačio darbo specifika. Taip turi turėti žinių apie teisinius ir norminius aktus, ekonomiką Lietuvoje, turi turėti vadybos žinių, organizavimo žinių. Svarbu yra mokėti valdyti konfliktus, mokyti vaikus. Mūsų srityje svarbu turėti psichologijos, medicinos pagrindus.
 - 5.1. Klientai kartais netiki, kad galiu jiems padėti.
 - 5.2. Parodau, kad nesu tikrai "žalias" šioje srityje, jei reikia, įrodau rezultatais. Paaiškinu, kad gerai išmanau savo darbą, dirbu visu 100 procentų, visada padeda kolektyvas, pavaduotoja. Na, o jei klientas nesutinka su mano paslaugomis, sprendžiame šį klausimą su kolektyvu.
 - 5.3. Tikrai žinau, mokėmės apie jį, bet dar susidurti tai neteko.
 - 5.4. -----
 - 5.5. Supervizijos neorganizuojamos.
 - 5.6. Praktiškai nedalyvavau, bet studijų laikais buvau supažindintas su individualia, grupine, komandos supervizija.

- 6.1. Mano manymu, metodologija yra pakankamai išvystyta mūsų šalyje. Tikrai užtenka priemonių ir jos yra išsamios teikiant pagalbą. Jau esame pripratę prie jos, nes metodai konkretūs, metodas pritaikomas prie tam tikros klientų grupės, o tai svarbiausia.
- 6.2. Žinios atneštos iš universiteto, leidiniai, mokslinė literatūra, internetas, kolegų patirtis, patarimai.
- 6.3. Taip.
- 6.4. Na, pirmiausia susipažįstu su klientu, užmezgu ryšį, stengiuosi padaryti taip, kad manimi pasitikėtų. Išsiaiškinu kliento problemas ir kartu numatome, ką spręsimė ir ko sieksimė. Aptariame visas intervencijas, jei reikia įtraukiama šeima. Bendradarbiaujame pagal sudarytą planą. Vertiname kiekvieną žingsnį, pagiriui už pasisekimus, vertinu paskui visą procesą. Vertinu taip pat ir save. Jei kažkas nesiseka, ar vyksta ne taip, kaip norėjosi, pakoreguojame ir atliekame kitaip.
- 6.5. Darbo su grupe metodo mes neorganizuojame, vadovaujamės darbo su individu metodu.
- 6.6. Šeimos konsultacijos.
- 6.7. Paciento problemos išsprendžiamos ir poreikiai patenkinami bendruomenės išteklių dėka.
- 6.8. Piešimas, tapymas, klausomės muzikos, paskutinį kartą darėme paušalus, darbelius iš akmenukų, kuriuos atsivėžėme iš Šventosios.
- 6.9. Tikrai taip, nes neturiu susikūręs šeimos ir atsiduodu savo darbui iš visų jėgų.
- 6.10. Problematiškumo dar neįžvelgiau.
- 7.1. Finansinis nestabilumas.
- 7.2. Net nežinau.
- 8.1. Man yra 30m. Dirbu tik 7mėn.
- 8.2. Socialinis darbuotojas.
- 8.3. 7 m..
- 8.4. Socialinis darbuotojas su universitetiniu išsilavinimu.
- 9.1. Kol kas tikrai nieko nenoriu, nes tik neseniai pradėjau dirbti ir mane viskas tenkina, esu patenkintas savo darbu, gal tik norėtusi didesnio atlyginimo. Bet sklinda kalbos, kad mums žada jį pakelti, būtų tikrai neblogai.
- 9.2. Siūlyčiau aktyviau dalyvauti socialinio darbo profesijoje, bendradarbiauti, dalintis patirtimi, bendrai kurti naujas metodikas. Linkiu nepatirti sunkumų, didžiuotis savo darbu.