

**MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS POLITIKOS FAKULTETAS
SOCIALINIO DARBO KATEDRA**

**EGLĖ BUŠKEVIČIŪTĖ
SOCIALINIO DARBO MAGISTRANTŪROS IŠTĚSTINĖS STUDIJOS**

**SOCIALINIO DARBUOTOJO VEIKLOS KRYPTYS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE**

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė: *doc. dr. Rita Raudeliūnaitė*

Vilnius, 2013

Turinys

ĮVADAS	5
1. SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ VEIKLOS YPATUMAI, TEIKIANT SOCIALINES PASLAUGAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE: TEORINĖ APŽVALGA	9
1.1 Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas Lietuvoje	9
1.1.1 Sveikatos paradigmos kaita	9
1.1.2 Institucinė sveikatos priežiūra Lietuvoje.....	19
1.1.3 Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas komandiniu principu	24
1.2 Socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose	28
1.2.1 Socialinio darbuotojo profesinės veiklos sveikatos priežiūros srityje teisinis reglamentavimas	28
1.2.2 Socialinio darbo reikšmė sveikatos priežiūroje	32
1.2.3 Socialinio darbuotojo veikla sveikatos priežiūros įstaigose.....	36
2. SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ VEIKLOS TYRIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE	48
2.1. Tyrimo paskirtis ir metodika	48
2.2 Socialinio darbuotojo veiklos sveikatos priežiūros įstaigose tyrimo rezultatų analizė	51
2.2.1 Socialinio darbo ypatumai sveikatos priežiūros įstaigose	51
2.2.2 Komandinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose	62
2.2.3 Socialinio darbo metodai sveikatos priežiūros įstaigose	69
2.2.4 Organizacinis ir koordinacinis socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose	75
2.2.5 Socialinio darbuotojo, dirbančio sveikatos priežiūros įstaigoje, kompetencija	81
2.2.6 Socialinių darbuotojų, dirbančių sveikatos priežiūroje, profesinis tobulėjimas.....	88
IŠVADOS	93
REKOMENDACIJOS	96
LITERATŪRA	97
SANTRAUKA	104
SUMMARY	106
PRIEDAI	Klaida! Žymelė neapibrėžta.

LENTELĖS

1 lentelė. Teisiniai dokumentai reglamentuojantys socialinių darbuotojų, dirbančių sveikatos priežiūros įstaigose, profesinę veiklą.....	29
2 lentelė. Tiriamųjų charakteristika	50

PAVEIKSLAI

1 pav. Sveikatos samprata holistiniu požiūriu	11
2 pav. Sveikatos determinai	12
3 pav. Biopsichosocialinė samprata.....	15
4 pav. TFK komponentų sąveikos schema	16
5 pav. Sveikatos priežiūros struktūra: institucinė sistema.....	22
6 pav. Asmens sveikatos priežiūros komanda	27
7 pav. Socialinio darbuotojo kompetencija	45
8 pav. Mokslinio tyrimo proceso etapai	49
9 pav. Socialinio darbuotojo veiklos svarbos sveikatos priežiūros įstaigoje kategorija.....	52
10 pav. Socialinio darbuotojo teikiamų paslaugų sveikatos priežiūros įstaigoje kategorija	54
11 pav. Patekimo pas socialinį darbuotoją būdų kategorija	56
12 pav. Socialinio darbo sveikatos priežiūros įstaigoje problematikos kategorija.....	58
13 pav. Tarpdisciplininės komandos sudėties kategorija	63
14 pav. Komandinio darbo aspektų kategorija	65
15 pav. Socialinio darbuotojo tarpdisciplininės komandos nario kategorija.....	67
16 pav. Socialinio darbo su individu kategorija	69
17 pav. Socialinio darbo su šeima kategorija	72
18 pav. Socialinio darbo su grupe kategorija	73
19 pav. Socialinio darbo bendruomenėje kategorija	75
20 pav. Pagalbos tinklo kategorija.....	76
21 pav. Pagalbos tinklo kūrimo kategorija	78
22 pav. Tarpžinybinio bendradarbiavimo kategorija.....	79
23 pav. Žinių kategorija.....	82
24 pav. Vertybių kategorija	84
25 pav. Įgūdžių kategorija	86
26 pav. Asmeninių savybių kategorija	87
27 pav. Socialinio darbuotojo kvalifikacijos kėlimo kategorija.....	89
28 pav. Socialinio darbuotojo veiklos tobulinimo kategorija.....	91
29 pav. Socialinio darbuotojo, dirbančio sveikatos priežiūros įstaigose, veiklos kryptys	93

ĮVADAS

Temos aktualumas. Pasaulinė sveikatos organizacija (2001) sveikatą apibūdina, kaip *“pilną fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą”*, vadinasi, įvairiems sveikatos sutrikimams bei ligoms vienodai svarbią įtaką turi biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai. Sveikatos priežiūra siejama su socialinių problemų sprendimu: skurdas, nelygybė, nedarbas, būsto problemos ir kt. (Browne, 2012; Žemaitienė ir kt., 2011; Bagdonas, 2009; Giddens, 2005). Kalbant apie geresnę sveikatą mokslininkai taip pat atkreipia dėmesį ir į socialinės paramos teikimą bei socialinius ryšius.

Susirgęs žmogus jaučia ne tik ligos simptomus, bet keičiasi kasdienė veikla, įprastas gyvenimo būdas, šeimyniniai ir socialiniai ryšiai, iškyla finansiniai sunkumai, todėl siekiant patenkinti sveikatos ir socialinius poreikius, sveikatos paslaugos turi būtų teikiamos integruotai kartu su socialinėmis paslaugomis. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigose teikiamos sveikatos gerinimo ir socialinės paslaugos. Socialinių paslaugų pagrindiniai teikėjai yra sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai (Išoraitė, 2007). Mūsų šalyje 1999 m. pirmą kartą, sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatomis, buvo reglamentuotas socialinio darbuotojo pareigybės atsiradimas sveikatos priežiūros srityje: medicinos pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigose (Žin., 1999, Nr. 85 – 2553). Tačiau dar ir šiandien socialinis darbas sveikatos priežiūroje yra daug iššūkių kelianti veiklos sritis ne vienam socialinio darbo specialistui.

Mokslinės literatūros analizė rodo, kad socialinio darbo sveikatos priežiūros įstaigose tema plačiai nagrinėjama užsienio autorių. T. Browne (2012) išryškina socialinio darbo vaidmenį sveikatos priežiūros srityje. J. Beder (2006) pristato socialinio darbo profesijos atsiradimą ir socialinio darbuotojo veiklą stacionariose gydymo įstaigose. Tuo tarpu, A. Velazquez (2009) gilinasi į socialinį darbą pirminėje sveikatos priežiūroje. M. Berg-Weger (2010) savo knygoje skiria dėmesį socialinio darbo raidai ir šios profesijos atsiradimui sveikatos priežiūroje. J. Rosenberg (2009), pasinaudodama socialinių darbuotojų praktikų patirtimi, atskleidė socialinio darbo ypatumus specializuotose sveikatos priežiūros srityse. V. Coppock ir B. Dunn (2010) bei L. Spearman (2005) plačiai tyrinėjo socialinį darbą teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Socialinio darbo problematika sveikatos priežiūros srityje aktualizuojama C. Alonso (2006) ir E. Trullenque (2010) mokslo darbuose.

Lietuvoje taip pat galima rasti mokslinės literatūros apie socialinio darbuotojo veiklą sveikatos priežiūros srityje. Tai pakankamai nauja tematika mūsų šalyje, kuria imta domėtis pastarąjį dešimtmetį. Mokslininkų kolektyvas, P. Večkienė ir kt. (2011) akcentavo iššūkius su

kuriais susiduria socialiniai darbuotojai, dirbantys sveikatos priežiūros srityse. A. Petrauskienė ir V. Zabėlienė (2011) tyrė socialinio darbuotojo vaidmenį psichikos sveikatos centruose. V. Vaicekauskienė ir I. Jankūnienė (2009) atskleidė socialinio darbuotojo veiklos ypatumus pacientų gydymo komandoje. R. Ulianskienė ir kt. (2007) analizuoja integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikį, galimybes, prieinamumą ir plėtrą mūsų šalyje.

Analizuojant mokslinę literatūrą pastebėta, kad socialinio darbo problematika sveikatos priežiūros įstaigose aktuali, todėl reikalinga sistemingų ir išsamių tyrimų šioje srityje.

Mokslinė problema. Užsienio šalių patirtis rodo, kad sveikatos priežiūros paslaugos pradėtos teikti integruotai kartu su socialinėmis paslaugomis XX a. pradžioje, mūsų šalyje – po nepriklausomybės atkūrimo. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose socialinis darbas po truputį įsigali, tačiau yra gydymo įstaigų, kuriose šios veiklos pasigendama. Taip pat išryškėja dar viena problema, kad trūksta informacijos apie socialinio darbo profesiją, taip pat ne visada ir ne visiems yra aiški šioje srityje dirbančio socialinio darbuotojo veikla ir funkcijos ne tik mūsų visuomenei, bet ir sveikatos priežiūros įstaigų bendruomenei.

Pagrindiniai tyrimo klausimai:

- Kokie yra socialinio darbuotojo veiklos ypatumai sveikatos priežiūros įstaigose?
- Kokia yra socialinio darbo problematika sveikatos priežiūros įstaigose?

Tyrimo objektas: socialinių darbuotojų veikla sveikatos priežiūros įstaigose

Darbo tikslas: teoriškai ir empiriškai atskleisti socialinių darbuotojų veiklos ypatumus sveikatos priežiūros įstaigose. Pasiiekti darbo tikslą buvo išsikelti šie **uždaviniai:**

1. Apžvelgti sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje;
2. Aptarti socialinio darbo sveikatos priežiūros srityje teorinius aspektus;
3. Atskleisti socialinio darbo specifiką, kylančias problemas ir jų sprendimo galimybes sveikatos priežiūros įstaigose, remiantis socialinių darbuotojų patirtimi.

Tyrimo metodai:

1. Teoriniai

Mokslinės literatūros ir dokumentų analizė leido išsiaiškinti sveikatos sampratą šiuolaikiniu požiūriu, apžvelgti sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje bei išanalizuoti socialinio darbuotojo veiklą sveikatos priežiūros įstaigose.

2. Empiriniai

Naudojant pusiau struktūruoto interviu metodą bei kokybinę turinio analizę buvo atskleisti socialinio darbo ypatumai sveikatos priežiūros įstaigose.

Darbo struktūra: Magistro darbas sudarytas iš įvado, sąvokų žodynelio, 2 skyrių, išvadų, rekomendacijų, literatūros sąrašo, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis bei priedų. Darbo apimtis – 107 puslapiai (be priedų). Magistriniame darbe pateikta 31 vaizdinė priemonė: 2 lentelės ir 29 paveikslai.

SUTRUMPINIMAI IR SĄVOKOS

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema;

GK – Gyvenimo kokybė;

NDNT – Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba;

NVO – Nevyriausybinės organizacijos;

PSC – Psichikos sveikatos centras;

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija;

PSP – Pirminės sveikatos priežiūra;

PSC – Psichikos sveikatos centras

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija;

SADM – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija;

SPI – Sveikatos priežiūros įstaiga;

TFK - Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija;

TLK – Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija;

Gyvenimo kokybė - tai daugiakomponentinis reiškinys, apimantis individo fizinę sveikatą, psichologinę būseną, nepriklausomybės lygį, socialinius santykius, asmeninius įsitikinimus ir aplinką.

Negalia – bet koks sutrikimas, sindromas, trauma ar pakenkimas, kuris atima arba apriboja asmens galimybę užsiimti kasdienine veikla ir jaustis visaverčiu visuomenės nariu (Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2004).

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros paslaugomis.

Socialinis darbas – tai veikla, padedanti asmeniui, šeimai spręsti savo socialines problemas pagal jų galimybes ir jiems dalyvaujant, nežeidžiant žmogiškojo orumo ir didinant jų atsakomybę, pagrįstą asmens, šeimos ir visuomenės bendradarbiavimu.

Socialinio darbuotojo profesinė veikla – veikla, kuria siekiama socialinio teisingumo ir teigiamų pokyčių visuomenėje, socialinės gerovės didinimo, valdžios ir piliečių didesnės atsakomybės, asmens, šeimos ir bendruomenės palaikymo sprendžiant socialines problemas ir vykdant jų prevenciją.

Socialinės paslaugos – asmeniui arba šeimai teikiama pagalba, kai dėl amžiaus, neįgalumo, socialinių problemų iš dalies ar visiškai prarasti arba neįgyti gebėjimai ar galimybės savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime (LR Socialinių paslaugų įstatymas, 2006).

Sveikata – fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas (PSO, 2001).

Sveikatos priežiūros įstaiga - įstaiga ar įmonė, įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus (LR Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996).

1. SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ VEIKLOS YPATUMAI, TEIKIANT SOCIALINES PASLAUGAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE: TEORINĖ APŽVALGA

1.1 Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas Lietuvoje

1.1.1 Sveikatos paradigmos kaita

XX amžiuje žmonių gyvenimo trukmė aiškiai pailgėjo, išnaikintos kai kurios ligos, o sveikatos ir gerovės rodikliai pažengusiose šalyse yra gana aukšti būtent dėl moderniosios medicinos pasiekimų. Pagrindine problema tapo lėtinių ligų ir jų pasekmių gydymas bei korekcija, todėl atsirado poreikis tyrinėti socialinius ir ekonominius sveikatos aspektus, jų reikšmę žmogaus sveikatai. Laikui bėgant sveikatos samprata pasikeitė, šiandien mokslininkai sutaria, kad sveikata turi būti matuojama ne tik biologiniais organizmo pokyčiais, bet atsižvelgiant ir į socialinius bei aplinkos poveikius (Jakušvaitė, Darulis, 2004). Pripažįstama, kad ne tik sveikatos sutrikimai, bet ir individą supanti aplinka gali varžyti jo galimybes, savarankiškumą bei integraciją į visuomenės gyvenimą (Kriščiūnas ir kt., 2010).

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų Europos šalių, sergamumo statistika skelbia, kad didžiausia gyventojų sveikatos problema yra lėtinės neinfekcinės ligos: kraujotakos sistemos ligos, arterinė hipertenzija, insultas, onkologinės ligos ir t.t. Išskiriamos trys pagrindinės mirties priežastys: kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys. Sergamumas infekcinėmis ligomis taip pat išlieka svarbi visuomenės problema. Nors socialinėmis ligomis vadinamų susirgimų (AIDS, lytiškai plintančios ligos, tuberkuliozė) skaičius pastaraisiais metais stabilizavosi, tačiau jų socialinė ir ekonominė našta vis dar yra didelė (Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2012).

Kalbant apie individo ir visuomenės sveikatą neatsiariama jos dalis yra psichinė sveikata. Lietuva yra tarp valstybių, kuriose sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais yra didelis: daug savižudybių, aukšti su prievarta susiję rodikliai – nužudymai, smurtiniai nusikaltimai, patyčios tarp vaikų, „jaunėjantis“ nusikalstamumas. Pagal savižudybes Lietuva „lyderiauja“ Europoje jau daugelį metų iš eilės. Mūsų šalyje kasmet dėl šios priežasties miršta daugiau kaip tūkstantis žmonių. Specialistai pabrėžia savižudybių sąsają su nesaikingu alkoholio vartojimu bei priklausomybe narkotikams ir/ar alkoholiui. Pasaulio sveikatos organizacijos teigimu, 28 proc. savižudybių ir 46 proc. žmogžudysčių yra susiję su alkoholio vartojimu. Alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimas didėja, o šias medžiagas pradeda naudoti vis jaunesniame amžiuje (Sveikatos informacijos centras, 2010).

Norint užtikrinti sergamumo ir mirtingumo duomenų sistemingą registravimą, analizę, interpretaciją ir palyginimą, neatsižvelgiant į tai, kokioje šalyje, vietovėje ir kada tai daroma pasaulyje ir Lietuvoje yra naudojama tarptautinė ligų klasifikacija (*toliau – TLK*). TLK leidžia lengvai saugoti, papildyti ir analizuoti duomenis (TLK, 2008). Šią klasifikaciją sudarė Pasaulinė sveikatos organizacija (*toliau – PSO*) ir yra plačiai naudojama tarptautinėje sergamumo ir mirtingumo statistikoje. TLK sistema pradėta naudoti nuo 1992 metų. Šiuo metu sveikatos priežiūros sistemoje naudojama TLK-10 versija (1 priedas).

TLK padeda išspręsti daugelį praktiniame darbe iškilusių problemų. Juo gali naudotis visi gydytojai praktikai, sveikatos priežiūros organizatoriai, medicinos statistikai ir visi kiti asmenys, dirbantys su medicininiais dokumentais. Ligų suskirstymas į tam tikras grupes reikalingas ir vertinant socialinės būties aspektus.

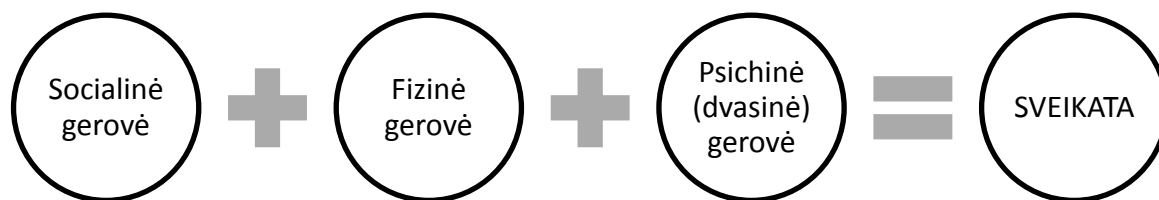
Medicinoje ligos dažniausiai nagrinėjamos kaip tam tikri biologiniai pokyčiai ir vertinamos objektyviais tyrimais bei ligų klasifikacijos sistemomis. Liga suprantama kaip ūmus arba lėtinis organizmo vientisumo, atskirų organų, jų struktūros ar funkcijos pažeidimas/sutrikimas, kuris apriboja arba sutrikdo gyvybei svarbią organizmo veiklą, t.y. tradicinė medicina remiasi biologine ligos bei jos gydymo samprata – biomedicininio modeliu. Pagal šį požiūrį sveikas žmogus – tarsi gerai veikiantis laikrodys, o negaluojuantis yra prilyginamas sugedusiam laikrodžio mechanizmui (Sargautytė, 2002). Šiuo atveju, žmogaus sveikata matuojama ligos buvimu arba jos nebuvimu.

Supaprastintas požiūris į sveikatą leidžia tiksliai diagnozuoti ligas, bet yra ribotas tuo atžvilgiu, kad susitelkia tik į žmogau kūną – nepaisoma psichologinių, socialinių ir ekologinių veiksnių. Biomedicininis požiūris veiksmingas gydant ūmias ir infekcines ligas, taikant chirurginius metodus, tačiau liga nėra tik organizmo veiklos sutrikimas.

N. Žemaitienė ir kt. (2011) akcentuoja, kad žmogui susirgus šis patiria papildomų išlaidų, negali patenkinti savo poreikių ir normaliai funkcionuoti. Sergančiam asmeniui tenka sustabdyti darbinę veiklą, keičiasi santykiai su šeimos nariais, atsiskiriama nuo bendruomenės gyvenimo ir kultūros, sumenkėja žmogaus statusas, galia, fizinė jėga. Liga yra svarbus žmogaus gyvensenos veiksnys, kuris daro įtaką asmenybei, šeimai, darbo grupei ir galiausiai visai visuomenei. Todėl norint suprasti lėtinį skausmą ar kitas su žmogaus elgesiu ir gyvensena susijusias medicininis problemas, tenka remtis ir kitais, tarpdisciplininiais modeliais.

Praeityje sveikata buvo tapatinama su ligos ar negalios nebuvimu, o šiandien supratimas yra daug platesnis, nes laikui bėgant biomedicininis požiūris į sveikatą pradėjo neatitikti mokslo žinių. Pirmą kartą, 1948 m. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO, 1948) pasiūlė tokį sveikatos apibrėžimą – “tai visiška fizinė, psichinė (dvasinė) ir socialinė gerovė, o ne vien ligos ar fizinės negalios nebuvimas“. Tai reiškia geriausias fizines, psichines ir socialines galimybes bei gerą

savijautą. Kaip teigia A. Bagdonas (2005), žmogus yra daugiamatė būtybė, tačiau į šią trimatę tiesą didesnis dėmesys sveikatos priežiūroje pradėtas kreipti tik pastarąjį dešimtmetį.

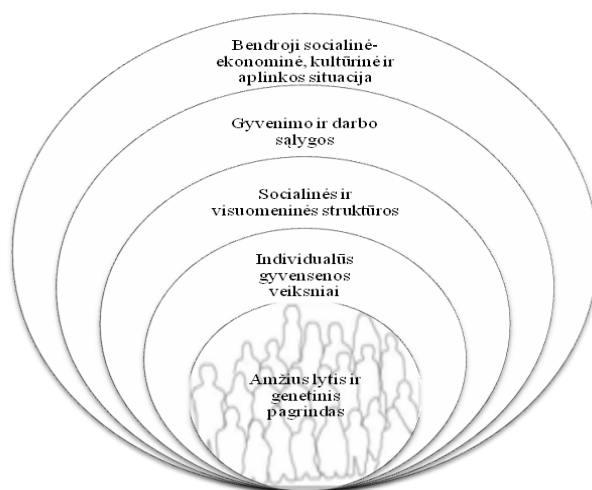


1 pav. Sveikatos samprata holistiniu požiūriu (pagal PSO, 1948)

Sveikatą lemia ne tik individo fizinės, bet ir psichinės bei socialinės sąlygos. Vidutinė žmogaus gyvenimo trukmė išaugo iki 65 – 80 metų. Dauguma anksčiau buvusių neišgydomų ir mirtinų ligų dabar gydomos sėkmingai. Sumažėjo mirtingumas, pailgėjo gyvenimo trukmė. To pasekoje visuomenė ėmė senėti, gausėja neįgaliųjų, lėtinėmis ligomis sergančių žmonių (Kalėdienė, 2010). Šiuo metu pacientai dažniausiai skundžiasi ne vienu, o keliais sveikatos sutrikimais, kurie lemia jų fizinę, psichinę ir socialinę būklę. Tik vienos medicinos srities epizodo sprendimas jau neturi pageidaujamo poveikio, nes išgydžius ligą nebūtinai atsikuria tokia asmens gerovės būseną, kokia ji buvo iki susirgimo. Gali likti biologinės – kognityvinės – emocinės – elgesio ir socialinės pasekmės (Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2006).

Aiškinantis sveikatos sampratą galima remtis holistine teorija. Holizmas (gr. holos - „visas, pilnas) reikalauja suvokti reiškinį kaip tam tikrą vientisą visumą, netolygią jos elementų sumai. „Holistinis“ reiškia visuminis, apimantis visas sritis, sujungiantis detales į vieną bendrą visumą. Tai gali būti konkretaus objekto, reiškinio ar simbolio daugiaspektis tyrinėjimas (Siu-Man, Chan, 2009). Dar Hipokratas manė, kad žmogaus kūno struktūra, funkcijos, protas ir dvasia yra nedalomi, o ligos ir negalavimai atsiranda, kai pažeidžiamas kūno vientisumas. Jis teigė, kad žmogui susirgus serga/kenčia visas organizmas, o ne tik pavieniai organai (Mason et al., 2010).

Holistinis požiūris į sveikatą remiasi tuo, kad fizinė, psichinė ir dvasinė būklės tarpusavyje susijusios, taigi pacientas – ne subjektas, kuriam sutriko vieno iš organų funkcija (biomedicininis požiūris), bet žmogus, turintis problemų, kurias reikia spręsti, atsižvelgiant į fizinius, psichinius bei socialinius aspektus (Siu-Man, Chan, 2009). Žmogus suvokiamas kaip visuma, t.y. kaip psichologinis ir biologinis organizmas, sąveikaujantis su socialine aplinka (2 pav.) Vadinasi jis egzistuoja ir realizuoja save kaip visumą. Šiais teiginiais remiasi holistinė medicina. Būtent holistinis požiūris į žmogų yra XXI a. sveikatos priežiūros pagrindas.



2 pav. Sveikatos determinai (pagal Jociūtė, 2010)

Sveikata – tai ne tik ilgas gyvenimas, bet ir gyvenimo kokybė. Sveikatą apibrėžia pagrindiniai jos determinai:

- Bendros socialinės, ekonominės ir aplinkos sąlygos;
- Būstas, agrikultūra, maisto produktai, išsilavinimas, darbo aplinka, nedarbas, vanduo ir sanitarinės sąlygos, sveikatos tarnybos ir t.t.;
- Socialinės ir visuomeninės struktūros;
- Gyvenimo būdo veiksniai;
- Amžius, lytis, ir paveldimos savybės.

Svarbu ne tik kokio amžiaus žmogus, kokius genus jis paveldėjo ar kokios lyties yra, bet vertinant sveikatą taip pat yra svarbūs žmogaus individualūs gyvenimo veiksniai (mityba, žalingi įpročiai), socialinės ir visuomeninės struktūros, socialinė – ekonominė padėtis (darbinė veikla, laisvalaikis ir pan.), kultūra ir visa supanti aplinka. Kaip teigia Pasaulio sveikatos organizacija ir Nacionalinė sveikatos tarnyba, raktas į sveikatą ne ligų gydymas. Gydymas sveikatą nulemia tik 10 proc., 20 proc. – genetika ir 20 proc. – aplinka, o 50 proc. – sveika gyvensena (Žemaitienė ir kt., 2011).

Pasak V. Grabausko (2011), holistinis požiūris į sveikatą diktuoja būtinybę žvelgti į jos problemų atsiradimą, o tuo pačiu ir sprendimą, kaip siekti suvaldyti sveikatai turinčius įtakos veiksniai, pajungiant šiam tikslui visas visuomenės bei šalies socialines – ekonomines sąrangos struktūras. Holistinį požiūrį į žmogų per poreikių tyrinėjimą taip pat analizavo A. Maslow ir E. Erikson, kurie teigė, kad žmogui reikia ne tik maisto, šilumos, pastogės, bet ir saugumo, meilės, pripažinimo bei pagarbos (Lemme, 2003). Ng Siu-Man ir Cecilia L.W. Chan (2009) manymu,

svarbu rūpintis visu žmogumi ir sveikatos priežiūros specialistai turėtų atkreipti dėmesį į pacientų psichosocialinius poreikius kaip į medicininio gydymo sudėtinę dalį.

Kalbant apie sveikatos sampratą svarbu paminėti gyvenimo kokybės (GK) konceptą bei jų tarpusavio ryšį. Pirma, gyvenimo kokybė atspindi įvairias socialinio gyvenimo sritis, tame tarpe sveikatą ir gydymą. Antra, gyvenimo kokybės samprata kildinama iš įvairių sričių: gyvenimo lygio, politinio stabilumo, šeimos, visuomeninio gyvenimo, klimato, darbo saugumo, politinės laisvės ir lyčių lygybės, taip pat ir iš visuomenės sveikatos studijos (Merkys ir kt., 2008). Sociologė G. Vazonienė (2010), savo darbe pateikia gyvenimo kokybės sampratų įvairovę, kur išskiriami objektyvūs ir subjektyvūs vertinimai apie fizinę, socialinę ir emocinę gerovę. Gyvenimo kokybė yra įvairiapusis kiekvieno žmogaus esamų gyvenimo aplinkybių įvertinimas. Tai pirmiausia subjektyvus gerovės suvokimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenis (Vazonienė, 2010). Sveikata ir gyvenimo kokybė yra apibrėžiama trijų pagrindinių dimensijų fone, tai – fizinė, socialinė ir dvasinė gerovė. Trečia, gyvenimo kokybės konceptas ir sveikatos samprata gali būti taikomas individualiu ir visos visuomenės lygmeniu. Šie lygmenys yra susiję – visuomenės gyvenimas negali būti kokybiškas, jeigu nėra kokybiški individualūs gyvenimai, sveikas žmogus – sveika visuomenė. Beje, Lietuvoje gyvenimo kokybės tyrimų srityje labiausiai pažengę yra visuomenės sveikatos specialistai (Merkys ir kt., 2008).

Pasaulio sveikatos organizacija (1993) gyvenimo kokybę apibrėžia kaip – „individualus savo paskirties gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kurioje individas gyvena, požiūriu, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais ir interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiskai veikiamas asmens fizinės sveikatos ir psichologinės būklės, nepriklausomybės laipsnio, socialinių ryšių bei ryšių su aplinka“ (Kalėdienė ir kt., 1999).

Plačiąja prasme gyvenimo kokybė – tai holistinis subjektyvus pasitenkinimo svarbiais asmeniui dalykais įvertinimas. Gali būti atskirai išskiriama ir su sveikata susijusi gyvenimo kokybė. Tai gyvenimo kokybė, kuri apima psichologinį, fizinį ir socialinį sveikatos lygmenis. Kaip atskiras sritis, įtakojamas asmens patirties, įsitikinimų, lūkesčių ir pojūčių. Su sveikata susijusių gyvenimo kokybei įtakos turi ne tik asmens sveikata, bet ir sveikatos priežiūra (Jociūtė, 2010). Gyvenimo kokybę vertina tik pats pacientas. Kitų asmenų vertinimai, kokia yra paciento gyvenimo kokybė, yra mažai patikimi, nes galimas „negalios paradoksas“, kai sergantis žmogus savo gyvenimo kokybę vertina geriau, nei kad sveiki žmonės vertintų jo gyvenimo kokybę. Šis „negalios paradoksas“ atsiranda dėl vertybių ir suvokimo bei elgsenos pasikeitimų susirgus (Rose, Gidman, 2010; Siu-Man, Chan, 2009).

Negalia yra sudėtingų sąveikų tarp asmens sveikatos būklės, asmenybės savybių ir aplinkos veiksnių darinys. Kitaip tariant, neįgalumas atsiranda dėl asmenų, turinčių sveikatos

sutrikimų, ir požiūrio bei aplinkos sudaromų kliūčių sąveikos, trukdančios tokiems asmenims visapusiškai ir veiksmingai dalyvauti visuomenėje lygiai su kitais asmenimis (Bagdonas ir kt., 2007). Socialinėje plotmėje pastaruoju metu kalbama apie dalyvumą – žmogaus funkcionavimą asmens ir socialiniu lygmeniu. Dalyvumą lemia artimiausios aplinkos veiksniai: fiziniai, socialiniai, psichologiniai, požiūriai ir pan. Asmens reiškinys socialinėje sferoje glaudžiai susijęs su sveikatos būkle ir aplinkybėmis bei apima visus gyvenimo aspektus: rūpinimąsi savimi, judėjimo galimybes, bendravimą, užimtumą.

Pati neįgalumo sąvoka vis dar plėtojama. Remiantis Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos preambule (2006) neįgalusis yra toks asmuo, kuris turi ilgalaikių fizinių, psichikos, intelekto ar jutimo sutrikimų, kurie sąveikaudami su įvairiomis kliūtėmis gali trukdyti šiam asmeniui visapusiškai ir veiksmingai dalyvauti visuomenėje lygiai su kitais asmenimis.

Pasaulio sveikatos organizacija 2001 m. patvirtino Tarptautinę funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikaciją (angl. – *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*), kurioje skėtinė sąvoka *negalumas* (funkcijų sutrikimai, veiklos ribotumas ir dalyvumo varžymas) apibrėžiamas kaip sveikatos pokyčio ir aplinkybių (aplinkos veiksnių ir asmenybės savybių) sąveikos išraiška (Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija, 2004).

Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme (2004) pateikiamas neįgalumo apibrėžimas: tai – dėl asmens kūno sandaros ir funkcijų sutrikimo bei nepalankių aplinkos veiksnių sąveikos atsiradęs ilgalaikis sveikatos būklės pablogėjimas, dalyvavimo visuomenės gyvenime ir veiklos galimybių sumažėjimas.

Egzistuoja įvairios negalės rūšys: fizinė, sensorinė, raidos, intelektinė, psichinė. Neįgalumas gali būti tiek statiškas, tiek ir progresuojantis, taip pat įgimtas ir įgytas. Įgimtam neįgalumui daro įtaką psichologiniai, socialiniai ir fiziniai veiksniai: apsigimimai, priešlaikiniai gimdymai, sužeidimai ir infekcijos gimdymo metu, nepriežiūra, prasta mityba ir sveikatos priežiūra, piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis nėštumo metu. Kalbant apie įgytą neįgalumą, tai šis neįgalumas gali būti įgytas bet kuriame amžiaus tarpsnyje ir yra susijęs su gyvenimo įvykiais: liga, nelaimingi atsitikimai ar kiti sveikatos sutrikimai. Neįgalumą taip pat lemia žmogaus sveikatingumo, jo gyvenimo būdo ir socialiniai ekonominiai veiksniai (Kiušaitė, 2012; Bagdonas ir kt., 2007).

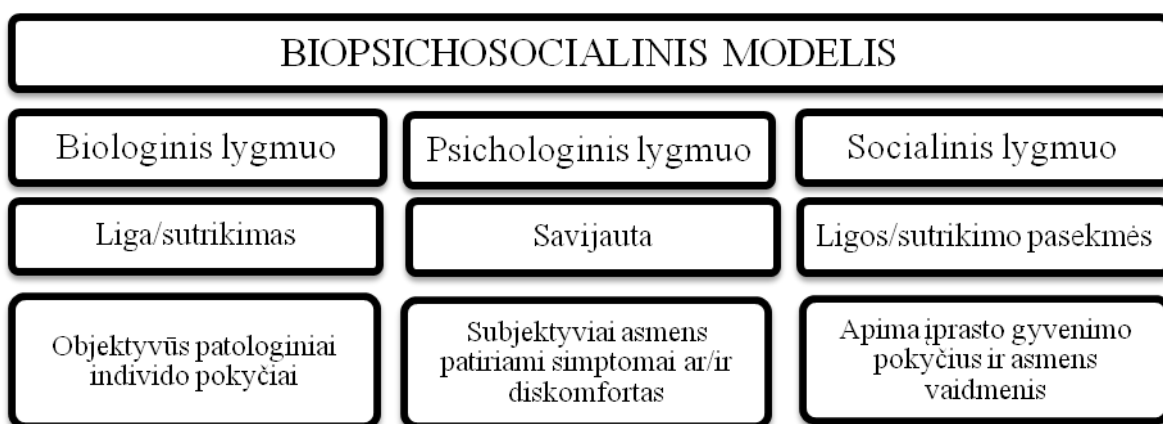
Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme (2004) aiškinami neįgalumo ir darbingumo lygio nustatymo skirtumai. Neįgalumo lygis nustatomas asmenims iki 18 metų, išskyrus asmenis, kurie yra (buvo) draudžiami valstybiniu socialiniu draudimu. Darbingumo lygis nustatomas asmenims nuo 18 metų iki senatvės pensijos amžiaus. Visų amžiaus tarpsnių asmenims – specialieji poreikiai.

Kaip teigia R. Buivydas (2010), laimėjimai medicinos srityje – pažangesnė technologinė įranga ir geresni medikamentai prailgino gyvenimo trukmę. Gerėjant gyvenimo sąlygoms daugėja senyvo amžiaus žmonių, kurių sveikatos problemos sudėtingesnės, labiau komplikotos, o dažnai ir daugybinės. Mokslininkas akcentuoja, kad didėja lėtinėmis ligomis sergančiųjų skaičius ir ilgalaikės slaugos poreikis, daugėja neįgaliųjų.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis 2011 metais netekto darbingumo (invalidumo) pensijas ar išmokas gavo 264, 63 tūkst. asmenų, tai yra apie 8,7 proc. visos Lietuvos gyventojų populiacijos. Šis skaičius atitinka Jungtinių Tautų Organizacijos duomenis, kad pasaulyje žmonės su negalia sudaro apie 10 proc. visų gyventojų. Tarp neįgalumo priežasčių vyrauja kraujotakos sistemos, jungiamojo audinio ir skeleto bei raumenų sistemos ligos, taip pat navikai, traumos (Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2012).

Didžiausią dalį neįgaliųjų 2011 metais sudarė asmenys, kuriems nustatytas 30 – 40 % darbingumo lygis arba jam prilygintas, – 152,3 tūkst., tai yra 57,6 % visų neįgaliųjų. Sunkiausią negalią turinčių asmenų, kuriems nustatytas 0 – 25 % darbingumo lygis arba jam prilygintas, buvo 33,4 tūkst. ir tai sudarė 12,6 % visų neįgaliųjų. Asmenų, kuriems nustatytas 45 – 55 % darbingumo lygis arba jam prilygintas, buvo 63,4 tūkst., t.y. 24 % viso neįgaliųjų skaičiaus. Darbingo amžiaus asmenys sudarė apie 57 % neįgaliųjų.

Neįgalumas įvardijamas kaip socialinis fenomenas, dėl to, kad darbingumą prarasti gali kiekvienas. Dėl neįgalumo yra apribojimos šios veiklos gebėjimų kategorijos: apsitarnauti, savarankiškai judėti, mokytis, dirbi, orientuotis laike ir erdvėje, bendrauti bei kontroliuoti savo elgesį. Anot A. Kriščiūno ir kt. (2010), neįgalumas – daugiamatis reiškinys, todėl šiandien naudojamas biopsichosocialinis modelis (3 pav.). Remiantis šiuo požiūriu sveikatos priežiūra organizuojama integruotai, tai yra aprėpiant visus žmogaus funkcionavimo lygmenis.

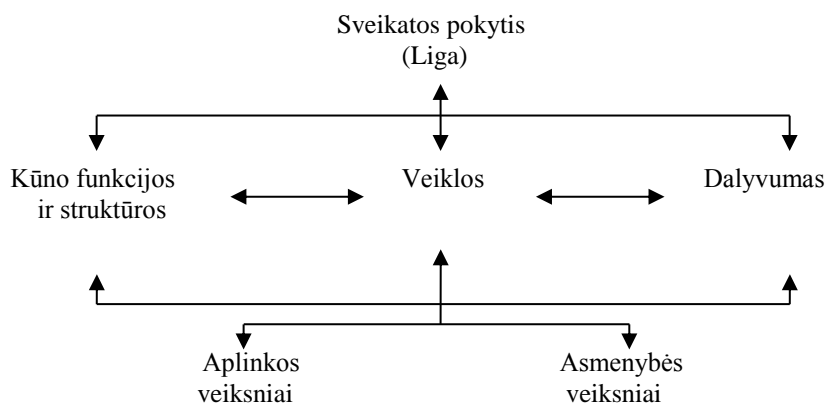


3 pav. Biopsichosocialinė neįgalumo samprata (Bagdonas ir kt., 2007; Bagdonas, 2005)

Vadovavimasis biopsichosocialine neįgalumo samprata yra būtinas ligų diagnozavimo, gydymo ir reabilitacijos etapuose. Neįgalumo ir reabilitacijos sėkmė priklauso ne tik nuo ligos, bet ir aplinkos. Be to, chroniškos ligos atveju yra svarbiau gydyti ne pačią ligą, o mokyti žmogų su ta liga gyventi tarp kitų žmonių (Bagdonas, 2005).

J. Ruškus (2002) išskiria du požiūrius į neįgalumą: klinikinis – korekcinis ir socialinis – interakcinis. Klinikinio – korekcinio esmė yra specifinė slauga, techninė pagalba, o socialinio interakcinio – bendra veikla, aktyvus neįgaliojo vaidmuo, patirties mainai su sveikaisiais bei sveikojo nuostatų kaita išmokus bendrauti su neįgaliuoju.

Pasaulio sveikatos organizacija (2001) pateikia Tarptautinę funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikaciją – TFK (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health), remiantis biopsichosocialiniu principu. Ši priemonė skirta žmogaus galimybių vertinimui. Sistema padeda įvertinti ryšį tarp asmens funkcijų, jo veiklos ir dalyvumo, atsižvelgiant į aplinkos ir asmeninius veiksnius, kurie daro įtaką asmens bendrai sveikatai.



4 pav. TFK komponentų sąveikos schema (Kriščiūnas ir kt., 2010)

TFK tikslas – užtikrinti vienodą ir standartizuotą su sveikata susijusį asmens vertinimą visose šalyse. Klasifikacija aprėpia tam tikrus su žmogaus sveikata susijusius komponentus: kūno struktūra ir/ar jo dalių funkcionalumas, asmens aktyvumas ir socialinis dalyvavimas.

TFK klasifikuoja sveikatos ir su ja susijusius reiškinius, todėl šia sistema naudojasi visi specialistai, kurie specializuojasi sveikatos priežiūros srityje. Klasifikacija taikytina tokiose srityse, kaip socialinis darbas, socialinė rūpyba, socialinė politika, švietimas ir kt., taip pat parodo atskirų rūšių socialinių paslaugų reikalingumą (Kriščiūnas ir kt., 2010; Bagdonas, 2005). Remiantis TFK klasifikacija vertinami ne asmens funkcijų sutrikimai, o išlikę gebėjimai. A. Germanavičiaus (2008) teigimu, Lietuvoje šia klasifikacija medicinoje ir socialiniame darbe naudojama labai mažai. TFK iš dalies taikyta ir atsispindi Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme (2004), nurodant, kad neįgalumas ir darbingumas nustatomas remiantis ne tik

medicinine diagnoze, tačiau vis dar likę daugiau medicininio vertinimo, o socialiniai aspektai menkai apimti.

Nustatant asmens darbingumą Lietuvoje iki šiol buvo labiau orientuojamasi į medicininį vertinimą. Šiuo metu daugelyje valstybių siekiama asmens negalią vertinti biopsichosocialinio modelio pagalba: asmuo vertinimas atsižvelgiant į jo sveikatos būklę, veiklas, dalyvumą ir socialinę aplinką. TFK pagrindinė idėja, ne tik sisteminis, bet ir kompleksinis negalios vertinimas. Lietuvoje pradėjus taikyti Tarptautinės funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijos (TFK) leis priartėti prie pasaulinių kokybės standartų sveikatos priežiūros srityje.

Pripažįstama, kad išsivysčiusi visuomenė turi daryti viską, kad žmonės, kurie turi sveikatos sutrikimų, galėtų dalyvauti tiek ekonominiame, tiek ir visuomeniniame gyvenime. Valstybės, priėmusios Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvenciją (2006) siekdamas, kad neįgalieji galėtų gyventi savarankiškai ir visapusiškai dalyvauti visose gyvenimo srityse turi imtis atitinkamų priemonių, kad užtikrintų neįgaliesiems lygiai su kitais asmenimis fizinės aplinkos, transporto, informacijos ir ryšių, įskaitant informacijos ir ryšių technologijų bei sistemų, taip pat kitų visuomenei prieinamų objektų ar teikiamų paslaugų prieinamumą. Lietuva Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvenciją pasirašė 2007 metais Niujorke, o 2010 metais Lietuvos Respublikos Seimas Konvenciją ratifikavo (Žin., 2010, Nr. 71-3561). Šia Konvencija mūsų valstybė įsipareigojo užtikrinti ir skatinti visapusišką visų neįgaliųjų visų žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių įgyvendinimą be jokios diskriminacijos dėl neįgalumo, tam tikslui pasiekti reikalingas perėjimas prie integracinės sveikatos priežiūros politikos.

Žmogus turintis sutrikimų, gali būti arba nebūti neįgalus, o neįgalus žmogus gali turėti arba neturėti sutrikimų (Ruškus, 2002). A. Germanavičius (2008) teigia, kad ši samprata dar retai taikoma socialinio darbo praktikoje ar rehabilitacijoje Lietuvoje, tačiau Vakarų valstybėse ji įtvirtinta klinikiname darbe, teisių apsaugos principuose bei darbe su neįgaliaisiais – kaip su bet kuriais socialinę atskirtį patiriančiais žmonėmis principuose. Visuomenė turi sudaryti sąlygas, o valstybė skatinti naudojimąsi asmeninio integravimosi teise, kad žmonės su negalia nesijaustų socialiai atskirti nuo visuomenės gyvenimo ir galėtų jaustis pilnaverčiais ekonominėje ir kasdieninėje visuomenės veikloje. Kaip teigia J. Guščinskienė ir J. Čiburienė (2011), visuomenės sąlygos, atitinkančios neįgaliųjų poreikius, įgalina žmones su negalia jaustis pilnaverčiais visuomenės nariais.

Lietuvoje Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba (toliau – NDNT) negalei nustatyti naudoja specialiųjų poreikių vertinimo metodiką (Germanavičius, 2008). Reikia pripažinti, kad asmens darbingumą lemia daugybė veiksnių (išsilavinimas, darbo patirtis, gyvenamoji aplinka), todėl tik diagnozės nustatymas negali lemti neįgalumo ir darbingumo lygio. Dėl šios priežasties visapusiškam asmens galimybių įvertinimui reikalingas ne tik medikų,

NDNT darbuotojų, bet ir socialinių darbuotojų dalyvavimas. Anot Z. Skvarciany (2011), perėjimas prie TFK elementais paremto modelio leis iš esmės patobulinti asmens darbingumo vertinimą. 2012 m. birželio 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. kovo 23 d. įsakymu Nr. V-188/A1-84/ISAK-487 „Dėl neįgalumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtinti pakeitimai. Neįgalumo lygis nustatomas kompleksiskai vertinant asmens sveikatos būklę, galimybes būti savarankiškam kasdienėje veikloje, galimybes ugdytis, aplinkos veiksnių įtaką ir kitus svarbius aspektus, pildomas „Asmens veiklos ir gebėjimo dalyvauti klausimynas“. Į klausimyno klausimus atsako asmuo (vaikai nuo 4 iki 18 metų amžiaus) ir (ar) asmens tėvai (įtėviai), globėjai ar rūpintojai. Tokie pasikeitimai leis surinkti duomenis iš skirtingų šaltinių, o vertinimas bus platesnis, patikimesnis ir objektyvesnis.

A. Kriščiūnas ir kt. (2010) akcentuoja, kad TFK įdiegimas taip pat pagerintų tarpdisciplininį komandos narių bendradarbiavimą ir bendravimą sveikatos priežiūros specialistų susirinkimų metu, padėtų formuoti komandos narių sisteminių požiūrį į asmens sveikatos priežiūrą.

APIBENDRINIMAS:

Pasikeitus visuomenės sergamumo tendencijoms ir pailgėjus gyvenimo trukmei, šiandien susiduriama su lėtinių ligų problema, jų pasekmių gydymu bei korekcija. Lietuvoje didžiausia gyventojų sveikatos problema yra lėtinės neinfekcinės ligos, tačiau sergamumas infekcinėmis ligomis taip pat išlieka, pastebimi aukšti sergamumo psichikos ir elgesio sutrikimais rodikliai.

Remiantis naująja sveikatos samprata galima teigti, kad sveikata tai – fizinė, psichinė/dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas. Sveikata susideda iš daugelio komponentų: kur žmonės gyvena, kaip jie gyvena, turi ar neturi darbą, kokios būklės yra juos supanti aplinka, kokiomis paslaugomis ir parama gali pasinaudoti. Sveikata yra vienas iš žmogaus gyvenimo kokybę nusakančių sudedamųjų dalių

Žmogus yra biologinė, socialinė ir psichologinė būtybė, todėl neįgalumas yra ne tik sveikatos sutrikdymas, bet ir sąlygos kuriomis tas kūnas funkcionuoja, tai – kūno ir aplinkos veiksnių sąveikos rezultatas. Šis požiūris aprėpia kūniškąjį ir socialinį žmogaus funkcionavimo aspektus, vadinamą biopsichosocialiniu požiūriu. Būtent tokį asmens funkcionavimo modelį yra paskelbusi Pasaulinė sveikatos organizacija Tarptautinėje funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijoje (TFK).

1.1.2 Institucinė sveikatos priežiūra Lietuvoje

Gyventojų sveikata šiandien pripažįtama kaip didžiausia visuomenės socialinė ir ekonominė vertybė. Turbūt dėl šios priežasties visuomenės sveikatos programų pagrindinis tikslas siejamas su pagalba įgyvendinti pagrindines žmonių socialines teises sveikatos priežiūros srityje, daryti įtaką valstybės sveikatos politikai, keisti piliečių požiūrį į savo sveikatą, sudaryti vienodas galimybes gauti sveikatos priežiūrą ir su ja susijusią informaciją visiems gyventojams (ypač pažeidžiamiausioms jų grupėms). Siekiama įtvirtinti svarbiausią principą: sveikas žmogus – sveika visuomenė (Visuomenės sveikata, 2002).

Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos tikslas – visapusiška kiekvieno Lietuvos piliečio fizinė ir dvasinė gerovė, kurios siekiama užtikrinant prieinamą, kokybišką ir veiksmingą sveikatos priežiūrą bei sudarant visiems šalies gyventojams vienodas galimybes gauti jiems reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas.

Lietuvoje sveikatos sistemą reglamentuoja ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklai įtakos turi įvairūs *strateginiai* bei *teisiniai dokumentai*:

- 1991 m. spalio 31 d. buvo patvirtinta Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija, kuri tapo pagrindiniu dokumentu, grindžiančiu sveikatos politikos formavimą Lietuvoje (Grabauskas, 2000).
- *LR sveikatos sistemos įstatymas* (1994) reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas (Žin., 1998, Nr. 112-3099);
- Lietuvoje, *Psichinės sveikatos priežiūros įstatyme* (1995) reglamentuojama asmenų, sergančių psichikos ligomis priežiūra, teisės, psichikos sveikatos priežiūros tvarka ir kontrolė (Žin., 1995, Nr. 53-1290);
- *LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas* (1996) nustato sveikatos priežiūros įstaigų veiklos, jos valstybinio reguliavimo principus, jų struktūros, licenzijavimo ir akreditavimo reikalavimus bei kitas kontrolės priemones, valdymo ir finansavimo ypatumus, sveikatos priežiūros įstaigų ir pacientų santykius (Žin., 1998, Nr. 109-2995);
- *LR sveikatos draudimo įstatymas* (1996) nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemą: privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir išlaidų asmens sveikatos

priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindus, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančias institucijas, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas vykdant privalomąjį sveikatos draudimą, ginčų nagrinėjimo tvarką, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindus (Žin., 2002, Nr. 123-5512);

- *LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas* (1996) reglamentuoti paciento teisę į kokybišką sveikatos priežiūrą, paciento teisę į sveikatos priežiūros prieinamumą ir priimtinumą, paciento teisę pasirinkti gydytoją, slaugos specialistą ir sveikatos priežiūros įstaigą, paciento teisę į informaciją, paciento teisę rinktis diagnostikos bei gydymo metodikas ir teisę atsisakyti gydymo, paciento teisę nežinoti, paciento teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, paciento teisę skųstis, taip pat paciento teisę į žalos atlyginimą ir šios teisės įgyvendinimo tvarką. Pacientai turi ir kituose teisės aktuose nustatytas teises. Pacientų teises, kai teikiamos jiems sveikatos priežiūros paslaugos pagal asmens sveikatos priežiūros paslaugų sutartis (Žin., 2004, Nr. 115-4284);
- *LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas* (2002) apibrėžia visuomenės sveikatos priežiūrą, šios priežiūros sistemos struktūrą ir valstybinį reguliavimą, nustato visuomenės sveikatos stiprinimo, ligų ir traumų profilaktikos, visuomenės sveikatos saugos ir kontrolės pagrindus, fizinių asmenų teisės verstis visuomenės sveikatos priežiūra įgijimo ir jų profesinio tobulinimo pagrindus, juridinių ir fizinių asmenų teisinius santykius visuomenės sveikatos priežiūros srityje. Taip pat visuomenės sveikatos priežiūrą reglamentuoja ir kiti įstatymai bei kiti teisės aktai, reguliuojantys atskiras veiklos sritis, darančias įtaką visuomenės sveikatai (Žin., 2002, Nr. 56-2225).
- „*Lietuvos sveikatos programos 2020*“ (*LSP 2020*) dokumente yra numatyti artimieji ir tolimieji sveikatos apsaugos reformos uždaviniai, formuojamos pagrindinės sveikatos sistemos plėtros gairės. Ekonominiai, socialiniai ir sveikatos spręstiniai klausimai susieti į vieną bendrą sistemą, atsižvelgiant į pertvarkos tęstinumo svarbą, numatytas įvairių Lietuvos ūkio sektorių vaidmuo, įgyvendinant iškeltus tikslus ir uždavinius (<http://www.lsp2020.lt/index.php>).

Lietuvos Respublikoje sveikatos priežiūros paslaugas teikia Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (LNSS) priklausančios įstaigos. LR sveikatos sistemos įstatyme (1994) *sveikatos priežiūros įstaiga* apibrėžiama, kaip įstaiga ar įmonė, šio ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka turinti teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus. Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų sistemą sudaro ligoninės ir ambulatorijos, dažniausiai poliklinikos,

bei specializuoti sveikatos priežiūros centrai ir reabilitacijos įstaigos. Šios įstaigos, pagal nuosavybės formą ir pavaldumą, skirstomos į viešąsias, biudžetines ir privačias (Buivydas, 2010).

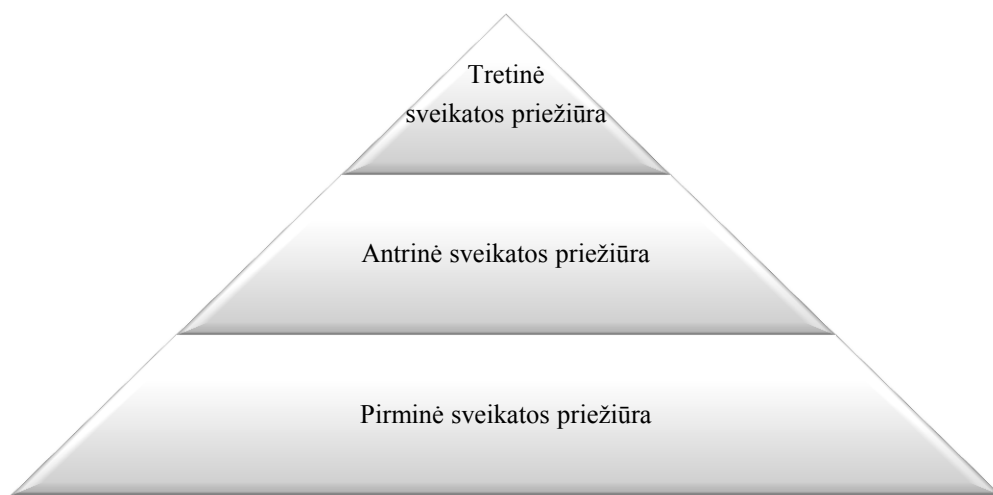
Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2012) pateikia tokią sveikatos priežiūros įstaigų tinklo statistiką 2011 metais. Šalyje veikė 145 ligoninės, 49 slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, 26 specializuotos, 8 medicininės reabilitacijos (sanatorijos) ir 4 reabilitacijos įstaigos. Ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas teikė 423 įstaigos. Šalyje dirbo 632 medicinos punktai. Greitosios ir neatidėliotinos medicinos pagalbos paslaugas suteikė 56 skyriai/stotys. Lietuvoje yra 3 kraujo donorytės skyriai/centrai ir 7 medicininės reabilitacijos įstaigos. Privačios sveikatos priežiūros paslaugas teikė 1657 įstaigos. Visuomenės sveikata rūpinasi 49 visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos užtikrina būtinąją medicinos pagalbą ir teikia planines sveikatos priežiūros paslaugas. Visuomenės sveikatos priežiūra perorientuojama gyventojų sveikatos stebėjimo, duomenų analizės, ekspertizės kryptimi, prevencinė veikla vykdoma programiniu principu.

Sveikatos priežiūros įstaigų rūšys pagal jų teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas yra:

- medicinos pagalbos;
- slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos);
- medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo;
- medicininės – socialinės ekspertizės;
- specializuotos medicininės ekspertizės, mišrios.

Pagal dabar mūsų šalyje galiojančių įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas galima grupuoti labai įvairiai. Įstaigų dalijimas pagal sveikatos priežiūros lygį, taikomas Pasaulio sveikatos organizacijos, ypač naudingas sveikatos priežiūros politikos stebėjimo tikslams (Buivydas, 2010). Lietuvoje išskiriami trys sveikatos priežiūros lygiai: *pirminė sveikatos priežiūra*, *antrinė sveikatos priežiūra* ir *tretinė sveikatos priežiūra* (5 pav.).



5 pav. Sveikatos priežiūros sistema: institucinė struktūra (pagal LR Sveikatos sistemos įstatymą, 1994)

Lietuvoje sveikatos priežiūros sistemos pagrindas – *pirminė sveikatos priežiūra* (toliau – PSP) – tai būtinoji sveikatos priežiūra, kuri taikoma visiems bendruomenės nariams ir jų šeimoms. Tai priemonių (sveikatos propagavimas, mokymas, profilaktika, gydymas, reabilitacijos paslauga) padedančių pasiekti norimą sveikatos lygį šalyje, kompleksas. PSP tikslas – spręsti pagrindines bendruomenės sveikatos problemas. Pirminė sveikatos priežiūra – pirmoji paciento kontakto su sveikatos priežiūros sistema grandis, kur asmens ir visuomenės sveikatos požiūriu sprendžiami asmens sveikatos, sveikos mitybos propagavimo, higienos, šeimos planavimo, vaiko ir motinos sveikatos, skiepijimo nuo užkrečiamųjų ligų, ligų profilaktikos ir kontrolės bei sveikatos mokymo klausimai. Pirminės (asmens) sveikatos priežiūros paslaugos yra prieinamos visiems Lietuvos gyventojams ir orientuotos į paciento pagrindinių sveikatos problemų sprendimą.

Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra:

- *Ambulatorinės:* pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos (toliau – PSP) – tai nespecializuota kvalifikuota asmens sveikatos priežiūra ir psichinės sveikatos priežiūra, teikiama ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (toliau – ASPĮ);
- *Stacionarinės:* stacionarines pirminio lygio palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas pacientams, sergantiems lėtinėmis ligomis ar neįgaliesiems, kai yra netikslinga reabilitacija specializuotuose skyriuose, teikia palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės.

Psichikos sveikatos centras pirminės sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – PSPĮ), kuri steigama prie PSPĮ arba kaip savarankiška viešoji sveikatos priežiūros ne pelno įstaiga, licencijuota vykdyti psichikos sveikatos priežiūrą ir teikti socialinę pagalbą.

Antrinės sveikatos priežiūros paslaugas teikia (konsultuoja) gydytojai specialistai (kardiologai, pulmonologai, chirurgai, traumatologai, okulistai ir kt.). Šios sveikatos priežiūros paslaugos (informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais; atstatomosios medicinos paslaugos; laikinojo nedarbingumo ekspertizė ir kt.) organizuojamos apskričių ligoninėse, jų konsultacinėse poliklinikose bei dienos stacionaruose.

Sanatorinio gydymo paslaugos apima: lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gydymą, sveikatą gražinantį gydymą (fizioterapija, kineziterapija, dietinis gydymas, psichologinė pagalba, ligonio mokymas, gydymas vaistais) ir rehabilitaciją.

Tretinės sveikatos priežiūros paslaugas teikia gydytojai konsultantai, pas kuriuos gali nukreipti pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų gydytojai. Pas šiuos specialistus nukreipiami tik tie pacientai, kuriems tretinio lygio pagalba tikrai būtina (neurochirurginė, neonatologinė, kardiologinė ir pan.). Paslaugos teikiamos Kauno ir Vilniaus universitetinėse ligoninėse, jų padaliniuose ir centruose bei institutuose (pvz., Vilniaus onkologinis institutas).

Lietuvoje asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos apmokamos *Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF)* biudžeto lėšomis, jei šios paslaugos teikiamos apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims (<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=1066>). *Privalomasis sveikatos draudimas (PSD)* – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema. Įvykus draudimui įvykiui apdraustiems asmenims garnuojamas sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, taip pat vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimas (Bitinas ir kt., 2011).

Mūsų šalyje *sveikatos draudimo modelis* grindžiamas visuotinio ir solidarumo principais. Visuotinio principas suprantamas taip: visi privalo mokėti sveikatos draudimo įmokas, o įvykus draudimui įvykiui turi teisę gauti nemokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Solidarumo principas reiškia, kad asmenų privalomojo sveikatos draudimo įmokos, taip pat ir valstybės biudžeto lėšos prisideda prie privalomojo sveikatos draudimo lėšų kaupimo. Asmuo prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo galimybes, tačiau tai jokia būdu nesiejama su sveikatos priežiūros prieinamumu (Čepulytė, Palubinskienė, 2008; Bitinas ir kt., 2011).

Apdraustuoju laikomas asmuo, už kurį mokamos arba kuris moka įstatymu nustatyto dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Teisę į nemokamą sveikatos priežiūrą turi visi dirbantys asmenys ir ūkininkai, individualių įmonių savininkai, mokantys draudimo įmokas, vaikai, dieninių skyrių studentai, neįgalumą turintys asmenys, pensininkai, moterys, išėjusios gimdymo ar motinystės atostogų ir bedarbiai įsiregistravę darbo biržoje. Taip pat asmenys, kurie serga pavojingomis užkrečiamomis ligomis yra laikomi valstybės apdraustaisiais.

Neapdrausti/neapsidraudusieji privalomuoju sveikatos draudimu už medicinos paslaugas (išskyrus būtinąją pagalbą) turi mokėti visą paslaugos kainą (<http://www.vlk.lt/vlk/lt/?page=info&id=1066>).

APIBENDRINIMAS:

Lietuvos Respublikoje galiojančiais sveikatos sistemą reguliuojančiais įstatymais pripažįstama, kad sveikata yra socialinė ir ekonominė vertybė, o sveikatos priežiūros paslaugų teikimas siejamas su šios vertybės saugojimu.

Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos pagrindą ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuoja pagrindiniai įstatymai: Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas ir Sveikatos priežiūros įstatymas. Šiuose ir kituose patvirtintuose teisiniuose sveikatos sistemos dokumentuose yra įtvirtinti solidarumo, teismo, paslaugų prieinamumo ir kiti „Sveikatos visiems“ principai.

Sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose. Remiantis dabar galiojančiais įstatymais ir kitais teisės aktais sveikatos paslaugas teikiančias įstaigas galima grupuoti labai įvairiai. Pagal sveikatos priežiūros lygį įstaigos skirstomos į: pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas.

Lietuvoje sveikatos priežiūros paslaugos, remiantis įstatymais nustatyta tvarka, apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF), valstybės ir savivaldybių biudžetų bei privačiomis lėšomis arba mišriai.

1.1.3 Sveikatos priežiūros paslaugų teikimas komandiniu principu

Sveikatos priežiūra yra sudėtinga sritis, todėl grindžiama komandiniu darbu. Šiandien nėra vienas atskiras sveikatos priežiūros specialistas nėra pajėgus padaryti viską, kad pacientas gautų kvalifikuotą pagalbą. Todėl turi būti tarpdisciplininis požiūris į žmogų, kai visi specialistai bendradarbiauja, kartu tirdami pacientą ir numatydami bendrus intervencijos tikslus – kaip galima pagerinti pacientų gyvenimo kokybę, gydymo bei slaugos rezultatus (Žemaitienė ir kt., 2011).

Siekiant suformuluoti tikslų komandos apibrėžimą, komandą veikiausiai galima būtų apibūdinti kaip efektyviai dirbančią grupę, pasiekusią tokį integracijos lygį, kai veiklos efektyvumą lemia vaidmenų pasiskirstymas tarp komandos narių, jų tarpusavio santykiai, bendradarbiavimas ir motyvacija. Sėkmingiausia komanda susiformuoja tada, kai ją sudaro viena kitą papildančios asmenybės, kurios siekiant bendro tikslo sutinka bendradarbiauti bei padėti

viena kitai. Komandinis darbas yra grindžiamas bendradaraviavimu, tarpusavio pagalba bei vienalytiškumo ir įvairiapusiškumo pusiausvyra. Įvairių asmenybių bruožų samplaika įgalina komandą dirbti efektyviai, nes tada komandos nariai gali mokytis vienas iš kito, papildyti vienas kitą (Jazukevičiūtė, Lamsodienė, 2007).

Pasak L.C.Johnson (2001), komandinio darbo sėkmė priklauso nuo jos narių atsidavimo darbui, pasitikėjimo vienas kitu, noro kartu dirbti ir mokytis vieniems iš kitų. Mokymasis vienam iš kito yra svarbus tuo, kad komandos nariams padeda plėsti kitų sričių žinias bei įgūdžius, siekiant tvirtinti ryšius tarp sveikatos ir kitų sektorių. Komandinis darbas įstaigoje yra jos vidinės kultūros dalis, kuris skatina bendradarbiavimą. Į komandinį darbą orientuotoje aplinkoje, kiekvienas darbuotojas tikisi, kad mąstymas ir kūrimas, planavimas ir sprendimų priėmimas bei užduočių atlikimas yra geriau atliekami tarpusavyje bendradarbiaujant. Esminiai komandinio darbo principai sprendžiant su sveikata susijusias problemas – darbo pasidalijimas ir bendra specialistų atsakomybė.

A. Atwal ir W Smith (2009) išskiria pagrindinius specialistų komandos bruožus:

- Efektyvus bendravimas tarp komandoje dirbančių visų sričių specialistų ir interdisciplininis bendradarbiavimas su kitomis sveikatos priežiūros įstaigomis bei socialinėmis tarnybomis;
- „Sveika“ komunikacija tarp įvairių sričių specialistų.

Komunikacija – dviejų ar daugiau žmonių bendravimas perduodant informaciją: idėjas, žinias, įgūdžius ir pan. (Haworth, 2010).

- Komanda formuojama atsižvelgiant į paciento poreikius ir bendromis pastangomis siekiama vieno tikslo;
- Komandos nariai turi tarpdisciplininių žinių ir jomis dalinasi.

Iki pat XX amžiaus vidurio vyravo nuostata, kad medicinos srities atstovas, ypač gydytojas, geriau nei bet kas kitas žino, kas yra pacientui geriausia. Z. Alseikienė (2005) akcentuoja, kad šiandien efektyvi pagalba sveikatos priežiūros įstaigose suprantama kaip bendras įvairių sričių specialistų darbas. Orientuojantis į aukštos kvalifikacijos paslaugų teikimą svarbu suburti specialistų komandą, kuri galėtų tenkinti medicininius, socialinius ir psichologinius sergančiojo poreikius

Reformuojant sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje, atkreiptas dėmesys, kad žmonių sveikatos poreikius gali patenkinti tik kartu dirbantys skirtingų sričių specialistai. Suvokiant kompleksinių sveikatinimo paslaugų svarbą mūsų šalyje priimtas ne vienas teisinis dokumentas, kuriuo siekiama į sveikatos priežiūrą įtraukti įvairių sričių specialistus ir įtvirtinti tarpdisciplininio komandinio darbo principus.

J. Adams ir R. Gilli (2007) akcentuoja komandinio darbo svarbą sveikatos priežiūroje ir išskiria šiuos tarpdisciplininės komandos narius: įvairių sričių gydytojai, slaugytojai, diagnostikos ir gydymo procedūrų specialistai, socialiniai darbuotojai, psichologai, administracinis personalas ir kiti darbuotojai. Dirbdami komandoje specialistai atlieka pagal kompetenciją jiems priskirtas funkcijas:

Administracinis personalas tiesioginio kontakto su sveikatos priežiūros paslaugų vartotojais neturi. Administracija atsakinga už organizacijos žmogiškųjų išteklių valdymą, darbo organizavimą, finansų valdymą ir veiklos gerinimą.

Įvairių sričių *gydytojai* nustato diagnozę, aptaria galimus pagalbos būdus, skiria medikamentus ir procedūras, stebi paciento būklę. Jo pareiga sutelkti specialistus bendram darbui, o apie sveikatos ir gydymo pokyčius informuoti komandos narius.

Slaugytojas rūpinasi paciento aplinka gydymo įstaigoje, jo higiena, taip pat vykdo gydytojo nurodymus skiriant vaistus, tyrimus ir procedūras. Dalinasi informacija su kitais specialistais paciento kasdienio gyvenimo ir slaugos klausimais.

Gydymo procedūrų specialistai (kineziterapeutai, ergoterapeutai, užimtumo terapeutai) atlieka procedūras, kurios padeda mažinti ligos simptomus, skausmą ir liekamuosius reiškinius. Padeda pacientui atlikti kasdieninius veiksmus, rūpinasi jo laisvalaikiu.

Psichologas padeda pacientui spręsti iškylančias psichologines problemas, rūpinasi paciento ir jo artimųjų santykiais. Atlieka psichologinius testus, psichologinį ištyrimą ir įvertinimą. Komandoje jis informuoja kitus specialistus apie paciento emocinę būklę, su ja susijusias problemas, dalyvauja sudėtingų situacijų sprendime (kriziniai išgyvenimai, sudėtingos traumos, katastrofos ir pan.).

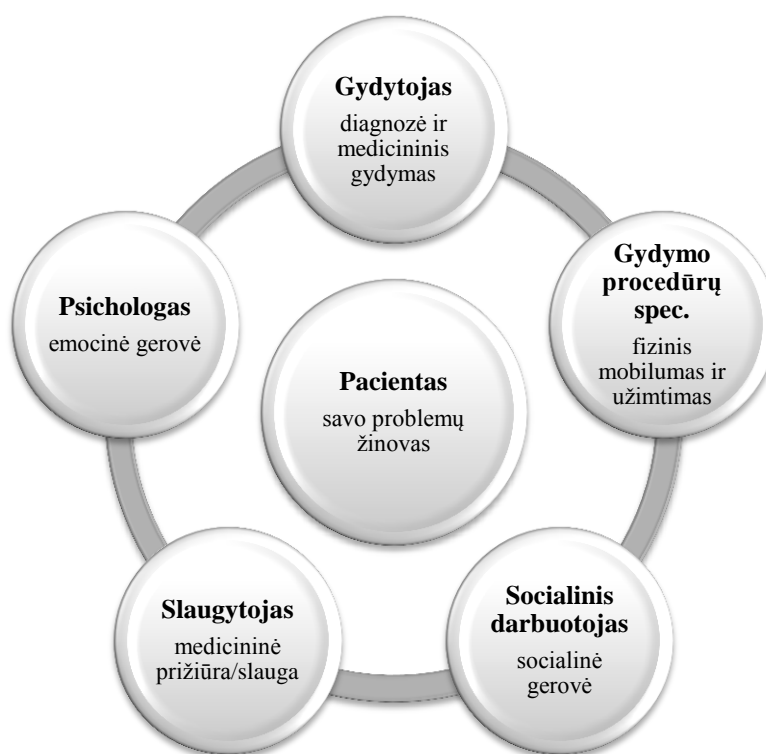
Socialinio darbuotojo pagrindinis tikslas įvertinti socialinę riziką atsiradusią dėl sveikatos sutrikimo ir socialinių aplinkybių poveikį ligos pasireiškimui. Socialinis darbuotojas, dirbdamas tarpdisciplininėje komandoje, siūlo platų spektrą paslaugų pacientui ir jo artimiesiems: atlieka paciento poreikių įvertinimą ir socialinių sąlygų tyrimą, teikia socialines paslaugas, socialinę paramą, užtikrina kitų reikalingų paslaugų prieinamumą, gerina jo socialinę – ekonominę būklę.

Tarpdisciplininės komandos nariai yra skirtingų profesijų, tačiau siekia bendro tikslo: teikti visapusišką pagalbą pacientui (Browne, 2012). Kiekvienas komandos narys yra lygiavertis jos narys, atsižvelgiant į situaciją, jis turi ir lyderiavimo, ir narystės (dalyvavimo) teisę. Priimant sprendimus, siekiama susitarimo, tai sprendžia visi komandos nariai, kurie panaudoja savo žinias, resursus, idėjas, tuomet jie gali kartu daugiau nei dirbant po vieną individualiai. Komandos veiklos sėkmė priklauso nuo to, ar kiekvienas jos narys supranta bendrą tikslą, ar jam

aišku, kokio indėlio iš jo tikimasi. Norint pasiekti sėkmingą komandinį darbą, visų jos narių užduotys turi būti aiškios ir konkrečios (Žemaitienė ir kt., 2011).

Kaip teigia L. Varžinskienė ir J. Rudzevičiūtė (2009), norint užtikrinti veiksmingą asmens sveikatos priežiūrą vien specialistų komandos bendradarbiavimo nepakanka. Svarbu nepamiršti, kad kiekvienas pacientas yra ne mažiau svarbus komandos narys. Jokia komanda nesugebėtų patenkinti visų sveikatos priežiūros poreikių be jo paties poreikių įvardijimo ir dalyvavimo siekiant bendro tikslo.

Sveikatos priežiūroje komandos nariai pasiskirsto pagal paciento poreikius. Kiekvienos profesijos atstovas yra kompetentingas ir vienodai svarbus komandos narys. Kliento reikšmingumas komandoje pasireiškia tuo, jog jis yra savo problemų žinovas, todėl gydymo procese jis laikomas centrine ašimi (6 pav.).



6 pav. Asmens sveikatos priežiūros komanda (pagal Žemaitienė ir kt., 2011)

Susirgusį žmogų vargina ne tik fiziniai ligos simptomai, tačiau neretai jis susiduria ir su psichologiniais bei socialiniais sunkumais. Dauguma šių sunkumų blogina ne tik paciento, bet ir jo artimųjų gyvenimo kokybę, ypač jei tai tęsiasi ilgai. T. Browne (2012) teigimu, tik bendras įvairių sričių specialistų darbas gali patenkinti žmonių socialinius ir sveikatos priežiūros poreikius, tikslinga plėtoti integruotą sveikatos priežiūrą.

Integruotas požiūris svarbus įgyvendinant „Lietuvos sveikatos programos 2020“ (LSP 2020) principą: sveikas žmogus – sveika visuomenė, nes norint patenkinti visuomenės poreikius svarbu užkirsti kelią fiziniams negalavimams, psichologiniams ir socialiniams sunkumams pirmiausia individo lygmenyje.

Pasak, N. Žemaitienės ir kt. autorių (2011), nepaisant komandinio darbo privalumų, jo teikiamos galimybės sveikatos priežiūros srityje dar nėra išnaudotos. Dėl komandinio darbo stokos netolygiai paskirstoma sveikatos srityje dirbančių specialistų veikla, dubliuojamos funkcijos, gaišamas laikas ir neveiksmingai naudojami žmogiškieji ir finansiniai ištekliai.

APIBEMDRINIMAS:

Atsižvelgiant į šiuolaikinės visuomenės sveikatos poreikius, sveikatos įstaigose dirbančios komandos sudarytos iš medicininio ir ne medicininio personalo. Tarpdisciplininėje komandoje jungiami skirtingi požiūriai ir žinios, o jos vieninga veikla nukreipta siekiant paciento gerovės.

Laikantis psichosocialinio sveikatos priežiūros požiūrio ne tik skirtingų sričių specialistai, bet ir pats pacientas laikomas aktyviu ir pilnaverčiu gydymo komandos nariu. Būdamas savo problemų žinovas, jis partneriškai kartu su kitais sveikatos priežiūros profesionalais priima sprendimus susijusius su jo sveikatos priežiūra.

1.2 Socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose

1.2.1 Socialinio darbuotojo profesinės veiklos sveikatos priežiūros srityje teisinis reglamentavimas

Reformuojant Lietuvos sveikatos priežiūros sistemą, šalia medicininio personalo atsirado ir socialinio darbuotojo pareigybė. Socialines paslaugas teikiančių specialistų veiklą sveikatos priežiūroje reglamentuoja socialinės apsaugos ir sveikatos apsaugos sistemą reguliuojantys teisės aktai. Lietuvoje sveikatos sistemos teisinis pagrindas yra LR sveikatos sistemos įstatymas (1994), kuris reglamentuoja Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos (nemokamos) sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo, sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Būtent šiuo įstatymu LR Seimas pripažįsta, kad šalies gyventojų sveikata yra didžiausia visuomenės

socialinė ir ekonominė vertybė. Tuo tarpu teisinį socialinės sistemos pagrindą sudaro Socialinių paslaugų įstatymas (2006), kuriame apibrėžta socialinių paslaugų samprata ir rūšys, paslaugų gavėjų grupės bei gavimo sąlygos Lietuvoje. Minėtu įstatymu reglamentuojamas socialinių paslaugų valdymas, skyrimas, teikimas, finansavimas, mokėjimas bei ginčų, susijusių su socialinėmis paslaugomis, sprendimas. R. Ulianskienė ir kt. (2007) akcentuoja, kad sveikatos ir socialinę sistemą reguliuoja skirtingi teisės aktai, tačiau kai kuriuose vieną sistemą reglamentuojančiuose teisės aktuose įtraukti kitos sistemos elementai.

Šiandien Lietuvos Respublikoje, be pagrindinių socialinės apsaugos ir sveikatos apsaugos sistemų pagrindinių įstatymų, socialinio darbuotojo veiklą ir jo paslaugų teikimą sveikatos priežiūros įstaigose reglamentuoja visa eilė priimtų teisinių dokumentų (1 lentelė).

1 lentelė. Teisiniai dokumentai reglamentuojantys socialinių darbuotojų, dirbančių sveikatos priežiūros įstaigose, profesinę veiklą

Metai	Dokumento pavadinimas	Pastabos
2012	<i>Įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“</i>	Pagal naują pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką numatoma, kad ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos bus teikiamos komandiniu principu. Mažiausią komandą turi sudaryti gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas, o esant galimybėms – gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Tarp reikalavimų psichikos sveikatos centrams įrašyta nuostata darbo dienomis užtikrinti paslaugų teikimą ne mažiau kaip 5 valandas. Remiantis šiuo įsakymu, pacientams ir jų artimiesiems sudaroma galimybė kreiptis į bet kurį psichikos sveikatos centro komandos narį. Naujoje tvarkoje numatyta paslaugų teikimas ir paciento namuose.
2007	<i>Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas</i>	Įsakyme apibrėžiama paliatyvioji pagalba, tai – priemonė gerinti ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybę, užkertant kelią kančioms ar jas lengvinant, padedant spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas. Šiame apraše pabrėžiama tarpdisciplininės komandos (gydytojas, slaugytojas, socialinis darbuotojas) svarba, aprašyti komandinio darbo reikalavimai, specialistų kvalifikaciniai reikalavimai ir darbo krūviai.
	<i>Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas</i>	Leidžia teikti socialines ir slaugos paslaugas ten, kur žmogus gyvena, apsaugoti pacientus nuo ligų paūmėjimų ar progresavimo, siekiama padaryti slaugos ir socialines paslaugas prieinamesnes. Įsakymas numato, kad paslaugos turi būti teikiamos komandiniu principu, kurią sudaro bendruomenės slaugytojas ir (ar) psichikos sveikatos

		slaugytojas, socialinis darbuotojas, jų padėjėjai. Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo įsakymas nustato slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo pagrindinius tikslus ir principus, paslaugų gavėjus, ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą, dokumentavimą bei finansavimą.
2006	<i>Socialinių paslaugų įstatymas</i>	Įstatyme apibrėžiama socialinių paslaugų samprata ir jų tikslas, reglamentuojamos socialinių paslaugų rūšys, jų valdymas, skyrimas ir teikimas, taip pat socialinių paslaugų apmokėjimas bei finansavimas. Išskiriami reikalavimai dirbantiems socialinį darbą.
	<i>Socialinių paslaugų katalogas</i>	Kataloge apibrėžiamos socialinės paslaugos, jų turinys pagal atskiras socialinių paslaugų rūšis bei socialinių paslaugų įstaigų tipus. Taip pat išskiriamos socialinių paslaugų rūšys, kurios apibūdinamos pagal charakteristikas: apibrėžimas, tikslas, gavėjai, teikimo vieta, paslaugos teikimo trukmė/dažnumas, paslaugos sudėtis, paslaugas teikiantys specialistai, pateikiami kai kurių paslaugų ypatumai. Pateikiami socialinių paslaugų įstaigų tipai.
	<i>Socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo normatyvai</i>	Teisiniame dokumente reglamentuojami socialinio ir fizinio savarankiškumo vertinimo kriterijai. Atsižvelgiant į poreikius yra skiriamos integruotos socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugos, kurios gali būti teikiamos paslaugų gavėjo namuose arba institucijoje.
	<i>Socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, Socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei Socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašas</i>	Šis aprašas nustato socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinius reikalavimus, socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimą bei socialinių darbuotojų atestaciją visose įstaigose, kur teikiamos socialinės paslaugos.
2005	<i>Įsakymas „Dėl socialinį darbą dirbančių darbuotojų pareigybių sąrašo patvirtinimo</i>	Socialinį darbą dirbančių darbuotojų pareigybių sąrašas nustato pagal darbo sutartį socialinį darbą dirbančių darbuotojų pareigybes socialinių, mišrių ir kitų paslaugų, tame tarpe sveikatos priežiūros, įstaigose.
2004	<i>Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas</i>	Įstatymu apibrėžiami neįgalių asmenų integracijos į visuomenę principai, įvairių paslaugų nustatymas ir realizacija. Numatomi įvairūs neįgalumo ir darbingumo nustatymo bei profesinės rehabilitacijos klausimai. Taip pat reglamentuojamas specialiųjų poreikių nustatymas ir tenkinimas.

2002	<i>Priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo įsakymas</i>	Remiantis šiuo įsakymu, priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos paslaugas teikia gydytojai psichiatrai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, psichologai, kiti asmens sveikatos priežiūros specialistai pagal kompetenciją, vadovaudamiesi medicinos normomis.
2000	<i>Lietuvos medicinos norma MN 80:2000 "Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė"</i>	Teisiniame dokumente slaugos poreikiai traktuojami kaip pagrindiniai fiziologiniai, psichologiniai ir socialiniai paciento poreikiai, kuriems patenkinti reikia kitų pagalbos. Ši medicinos norma reglamentuoja, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose arba jų padaliniuose, pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros stacionarines paslaugas teikia sveikatos priežiūros specialistai, tame tarpe ir socialiniai darbuotojai.
1999	<i>Įsakymas "Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų"</i>	Įstatymu reglamentuojama, kad socialiniai darbuotojai teikia socialines paslaugas medicinos pagalbos, slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos) bei medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigose. Dokumente apibrėžiamos socialinio darbuotojo funkcijos gydymo įstaigose, jų vykdoma veikla, pavaldumas ir atsakomybė už savo vykdomą veiklą.
	<i>Įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo tvarkos ir Psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos“</i>	Įstatymu numatoma psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centre (PSC), bazinė kaina ir šių paslaugų teikimo bei apmokėjimo tvarka, pateikiami pavyzdiniai PSC įstatai, reglamentuojama specialistų, tame tarpe ir socialinių darbuotojų veikla.
1998	<i>Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodeksas</i>	Šiuo kodeksu reglamentuojama socialinio darbuotojo veikla ir siekiama įtvirtinti bendrąsias socialinio darbo nuostatas bei vertybes: darbą visuomenės gerovei, pagalbą individui bei šeimai, sprendžiant jų problemas bei socialinio teisingumo principus.
1995	<i>Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas</i>	Įstatymu reglamentuojama asmenų psichinės sveikatos priežiūra, hospitalizavimo ir priverstinio gydymo tvarka, numatomos pacientų teisės ir pareigos bei kiti reikšmingi momentai susiję su psichinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarka psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.

Socialinės paslaugos sveikatos priežiūros srityje teikiamos vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministerijos ir socialinės apsaugos ir darbo ministerijos įsakymais, socialinio darbuotojo profesinę veiklą reglamentuojančiais teisės aktais, etikos normomis. Taip pat socialinių darbuotojų veikla reglamentuojama sveikatos priežiūros įstaigų ir jų skyrių nuostatais bei vidaus tvarkos taisyklėmis, pareigybiniais nurodymais darbo vietoje.

Analizuojant įstatymus ir kitus poįstatyminius aktus, galima pastebėti, kad priklausomai nuo to, kurioje sveikatos priežiūros srityje, pavyzdžiui, psichikos sveikata, slauga ir pan., dirba socialinis darbuotojas, jo veikla reglamentuojama skirtingais teisiniais dokumentais.

APIBENDRINIMAS:

Lietuvoje teisinį pagrindą socialinių paslaugų plėtojimui sveikatos priežiūros įstaigose sudaro Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymas, Lietuvos Respublikos Socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatai bei daugelis kitų teisinių dokumentų. Socialiniai darbuotojai savo veikloje vadovaujasi Socialinių paslaugų katalogu, Socialinių darbuotojų etikos kodeksu ir kitais įstatymais bei poįstatyminiais aktais.

1.2.2 Socialinio darbo reikšmė sveikatos priežiūroje

Pastaruoju metu vis labiau pripažįstama, kad individo socialinės, psichologinės, dvasinės ypatybės turi įtakos jo sveikatos būklei ir atvirksčiai. Vadinasi, nuo socialinių paslaugų labai priklauso sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Todėl visiškai natūralu, jei žiūrėtume iš paslaugų gavėjo pozicijos, kad sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos būtų teikiamos kompleksiskai, o ne atskiriant vienas nuo kitų (Ulianskienė ir kt., 2007).

Šiandien dauguma išsivysčiusių valstybių susiduria su demografinių pokyčių problemomis. Didėjant neįgaliųjų ir pagyvenususių žmonių skaičiui, didėja ir socialinių paslaugų poreikis, sveikatos priežiūros įstaigose vis labiau pasitikima socialinio darbuotojo pagalba. Socialinio darbo specialistai tampa atsakingesni daugeliu aspektų – jie tenkina kliento socialinius poreikius gydymo metu ar reabilitacijoje, turi palaikyti kontaktą su klientu visame gydymo procese, šviesti ir suteikti reikalingą informaciją klientui ir jo šeimai (Browne, 2012).

Kalbant apie socialinį darbą sveikatos priežiūros įstaigose pabrėžtina, kad tai viena iš seniausių ir prestižiškiausių socialinio darbo sričių (Rosenberg, 2009). Vakarų valstybėse socialinis darbas sveikatos priežiūroje jau skaičiuoja antrą šimtmetį. Pirmieji medicinos socialiniai darbuotojai pradėjo dirbti Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV). 1905 m. Masačusetso ligoninėje buvo atidarytas socialinio darbo skyrius, o po dviejų metų toje pačioje įstaigoje socialines paslaugas pradėjo teikti socialiniai darbuotojai psichiatrijoje (Berg – Weger, 2010). Tuo pačiu metu pokyčiai vyko visoje šalies sveikatos priežiūros sistemoje. Imta suvokti, kad pacientų gyvenimo sąlygos ir problemos su kuriomis jie susiduria turi įtakos ne tik jų susirgimui, bet ir pasveikimui. J. Beder (2009) teigimu, 1889 m. buvo pradėta įgyvendinti lankomosios priežiūros namuose programa medicinos studentams, kad šie galėtų geriau suprasti pacientų situaciją, paliečiant ne tik medicininius, bet ir socialinius aspektus: gyvenimo būdą ir

sąlygas susijusius su liga ir jos gydymu. Įgyvendinant programą išryškėjo socialines paslaugas teikiančio darbuotojo poreikis sveikatos priežiūros įstaigose.

Dar viena priežastis lėmusi socialinio darbo atsiradimą sveikatos priežiūros srityje buvo sergamumas tam tikromis ligomis. Tuberkulioze sirgo daugelis JAV miestų gyventojų dėl prastų darbo sąlygų fabrikuose ir dirbtuvėse, o sifiliu dėl netinkamo gyvenimo būdo. Abiejų ligų atveju ligoniai ilgą laiką praleisdavo stacionariuose gydymo įstaigose, atskirti nuo šeimos ir visuomenės. Poliomielitui sergantys pacientai ir nėščios netekėjusios moterys taip pat buvo pirmieji sveikatos priežiūros įstaigose pradėjusių dirbti socialinių darbuotojų klientai (Beder, 2006).

A. Velazquez (2009) akcentuoja, kad diagnozuojant ligas ir jas gydant gydytojai nebuvo pajėgūs surinkti visą informaciją apie paciento gyvenimą namuose, jo santykius su šeimos nariais, užimtumą ir kitus gyvenimo faktus, kurie gali turėti įtakos ligos atsiradimui, jos gydymui ir paciento sveikimui. Ryškėjant vis didesniam poreikiui nemedicininio personalo atsiradimui ligoninėje buvo nuspręsta į tarpdisciplininę komandą įtraukti ir socialinius darbuotojus, kurie spręstų pacientų socialines problemas susijusias su medicininio gydymu. Pirmieji socialiniai darbuotojai buvo atsakingi už ligonių adaptaciją gydymo įstaigoje ir reikalingos informacijos teikimą pacientui bei jo šeimai. Kaip teigia J. Beder (2006), palaipsniui socialinis darbas koncentravosi į individą ir jo poreikius, socialinius ligos aspektus, kokybišką integruotą pacientų sveikatos priežiūrą bei profesionalų komandinį darbą. Socialiniai darbuotojai sprendė pacientų socialines, emocines ir su aplinkos sąlygomis susijusias problemas, kurios įtakoją asmens sveikatingumą.

Šiandien socialinio darbuotojo veikla yra paplitusi visoje sveikatos priežiūros sistemoje, o socialiniai darbuotojai sutinkami įvairiose sveikatos priežiūros įstaigose (Coppock, Dunn, 2010). Nors socialinio darbo praktika priklausomai nuo gydymo įstaigos ir jos darbo organizavimo skiriasi, tačiau egzistuoja bendra socialinio darbo koncepcija visose gydymo įstaigose. Geriausiai suprasti pacientą ir jam padėti galima tik jo socialinės aplinkos sąlygų ir turimų išteklių kontekste. Socialinė aplinka parodo žmogaus gyvenimo kokybę ir jo ypatybes susiklosčiusias gyvenimo tekmeje, įskaitant tarpasmeninius santykius, egzistuojančius pagalbos šaltinius, esamą situaciją, socialinius vaidmenis ir dalyvumą visuomeniniame gyvenime (Glasby, 2007; Beder, 2006). Remiantis šia koncepcija pripažįstama, kad žmogus yra aplinkos dalis, todėl labai svarbi jos įtaka ir parama sergančiam ir sveikstančiam pacientui.

Lietuvoje socialinis darbuotojas į sveikatos srities specialistų komandą įsiliejo vėliausiai. 1994 – 1995 metais psichiatrijos ligoninėse pradėjo dirbti pirmieji profesionalūs socialiniai darbuotojai, o nuo 1999 metų ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose. Socialiniam darbui įsitvirtinti sveikatos priežiūroje buvo pakankamai sudėtinga, nes į socialinį darbuotoją žiūrėta atsargiai ir nepatikliai. Šiuo metu padėtis gerėja, nes didėja socialinių paslaugų poreikis,

o tuo pačiu ir kvalifikuotų socialinių darbuotojų skaičius. Vis labiau kreipiamas dėmesys į paslaugų kokybę (Rudnickienė, 2005).

Socialinis darbas orientuojamas į asmenį ar šeimą esančius tam tikroje socialinėje aplinkoje ir veikiamus įvairių socialinių veiksnių. Socialinio darbo reikalavimas – siteminis požiūris, kad visi trys elementai – asmuo, aplinka bei santykiai tarp asmens ir aplinkos – sudarytų vieningą visumą. M. Berg – Weger (2010) teigimu, liga/sutrikimas ir neįgalumas nėra patologija, o viena iš mūsų skirtybių formų. Taip kaip esame skirtingi odos spalva, išpažįstamu tikėjimu, kultūra, lytimi, taip esame skirtingi ir savo fiziniais bei protiniais sugebėjimais. Sergantieji, asmenys turintys sutrikimų ir neįgalieji, dažniausiai yra priskiriami tik tam tikrai vienai iš pažeidžiamų socialinių grupių bei pamirštama, kad jie atlieka dar ir daugiau vaidmenų, pavyzdžiui, mamos, mokinio, darbuotojo ir pan. Mokslininkės nuomone, sveikatos priežiūros srityje socialinis darbuotojas norėdamas geriau suprasti pacientą ir jo situaciją bei jam padėti, savo darbe turėtų remtis ekologine sistemų teorija.

Ekologinė sistemų teorija grindžiama tuo, kad žmonės patys yra sistemos ir priklauso nuo įvairių aplinkoje esančių sistemų. Tokios sistemos gali tenkinti arba netenkinti individualius kiekvieno asmens poreikius (Jančaitytė, 2010). Žmogus pats būdamas sistema, t.y. sudarytas iš tam tikrų organų ir atskirų kūno dalių, neišvengiamai visą laiką sąveikauja su aplinkoje esančiomis mažesnėmis ar didesnėmis sistemomis: šeima, darbas, mokyklos, bendruomenės, socialinės įstaigos ir pan. Tam tikrų sistemų sąveika sudaro dar didesnes sistemas, tarkim sveikatos priežiūros sistema sudaryta iš paslaugų teikėjų, paslaugų pirkėjų, pacientų, darbuotojų ir pan.

Prisitaikymas prie besikeičiančios aplinkos yra neišvengiamas kiekvienam individui. Keičiasi ne tik aplinka, bet ir patys individai. Individo sėkmingas vystymasis besikeičiančioje aplinkoje ir aplinkos atsakas į besikeičiantį individą sukuria abipusę adaptaciją, socialinės problemos šią adaptaciją sumažina.

Individai, šeimos ir kitos grupės gali susidurti su įvairiausiai gyvenimo pokyčiais, aplinkos spaudimu ir sunkumais tarpasmeniniuose procesuose. Kuomet jų poreikiai ir galimybės neatitinka aplinkos sąlygų kyla stresas (Jančaitytė, 2010). Kai kurios žmonių grupės patiria socialinę atskirtį ir tuomet apribojamos jų pilietinės teisės, asmuo nutolsta nuo visuomeninių ir ekonominių vertybių. Nors socialinė atskirtis dažniausiai yra nesavanoriškas asmens sprendimas, tačiau pasitaiko atvejų kai pats žmogus nutraukia socialinius ryšius ir nelaiko savęs visuomenės dalimi. Liga ir negalia yra viena pagrindinių socialinės atskirties priežasčių. Socialinės atskirties fenomenas glaudžiai susijęs su socialinėmis problemomis ir mažėjančiu visuomenės socialiniu kapitalu (Germanavičius, 2008). Susidoroti su kylančiomis problemomis gali padėti tam tikra aplinkoje esanti sistema, tačiau ne visi ir ne visada turi galimybę ta pagalba pasinaudoti.

TFK pabrėžiama, kad aplinka pati savaime, kartais ir be sveikatos pokyčio, asmenį pagal jo socialinio funkcionavimo efektyvumą gali prilyginti tiems, kuriuos ir vadiname neįgaliaisiais. Vadinasi, ne vien ilgalaikis sveikatos pokytis čia kaltas. Funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos pokyčiai yra tarpusavyje susiję. TFK apibrėžiami 3 žmogaus funkcijų aspektai: biologinės ar psichologinės funkcijos, veikla ir dalyvumas. Savo organizmą ir jo biologines bei psichologines funkcijas žmogus panaudoja veiklai. Tik atliekant tam tikrą veiklą įmanoma dalyvauti socialiniame ir ekonominiame gyvenime. Ryšį tarp funkcijų, veiklos ir dalyvumos bei tarp sutrikimų, negalės ir neįgalumo galima būtų pavaizduoti taip:

1. Biologinės ar psichologinės funkcijos → Veikla → Dalyvumas;
2. Biologinių ar psichologinių funkcijų sutrikimas → Veiklos apribojimas (negalia) → Dalyvumo sumažėjimas (neįgalumas).

Neįgalumo sunkumas ar jo lygis tiesiogiai priklauso nuo negalės sunkumo. Antra vertus, lygis, kuriuo visuomenė leidžia neįgaliam asmeniui dalyvauti ir veikti, lemia asmens neįgalumo lygį. Funkcijų sutrikimas ir neapribodamas veiklos gali būti tiesiogine neįgalumo priežastis. Dėl tam tikrų sužalojimų dažnai ilgai neišgydomas nei fizinis skausmas, nei neįgalumas, tačiau dėl pakitimų visuomenė juos atstumia. Tam tikras diagnozes turintiems asmenims jau būna iš anksto sudaryti dirbtiniai sunkumai, visuomenė gali turėti išankstinę nuostatą (Bagdonas ir kt., 2007).

V. Coppock ir B. Dunn (2010) nuomone, sergantis žmogus ar neįgalusis dažnai patiria sunkumų prisitaikant prie esamos aplinkos, t.y. sutrikdoma pusiausvyra tarp individo poreikių ir aplinkos sąlygų. Socialinis darbuotojas siekdamas padėti savo pacientams turi visapusiškai išnagrinėti susiklosčiusią situaciją ir stengtis padėti atkurti suardytą pusiausvyrą. Pagalbos procese pasitelkiamos įvairios sistemos, kurios gali būti ne tik iš paciento aplinkos (šeima, draugai), bet ir įvairios bendruomenės, taip pat visuomeninės sistemos (ligoninė, mokykla, socialinė įstaiga ir pan.).

Sistemų ekologinė teorija gali būti sunkiai pritaikoma konkrečioje situacijoje, tačiau sveikatos priežiūros srityje socialiniai darbuotojai ją gali sėkmingai taikyti, nes suteikia holistinį požiūrį į žmogų ir jo aplinką (Velazquez, 2009). Taip pat pabrėžia, kad aplinka daro stiprų poveikį individui sprendžiant problemas. Vadinasi, ekologinis sistemų modelis atitinka TFK principą, kad žmogaus gebėjimai, veikla ir dalyvumas yra tarpusavyje susiję (sistemų sąveika).

Sveikatos priežiūros srityje dauguma kylančių problemų yra kompleksinės ir sudėtingos, todėl tik tarpdisciplininė komanda yra pajėgi spręsti sudėtingus socialinius ir sveikatos klausimus. Tokioje komandoje dirbantys specialistai atstovauja įvairias sritis, o dirbdami kartu vieni kitiems suteikia naujų žinių, kurios ne tik padeda spręsti šiuolaikines problemas, bet kartu praplečia situacijos suvokimą ir sugebėjimų ribas (Gvaldaitė, Švedaitė, 2005). Skirtingų sričių

kompetetingi specialistai (socialiniai darbuotojai, gydytojai, slaugytojos, psichologai ir t.t.) naudoja skirtingas žinias ir informaciją, o jų bendradarbiavimas, vaidmuo ir požiūris į darbą sąlygoja veiklos efektyvumą ir pokyčius.

Socialiniai, ekonominiai ir kultūriniai pokyčiai yra neišvengiami, todėl svarbu atkreipti dėmesį į naujus reikalavimus asmens ir visuomenės sveikatos priežiūrai – būtina tenkinti žmogaus, kaip visumos, poreikius. Tam reikalingas sveikatos priežiūros, integruotos su socialinėmis paslaugomis, plėtojimas. Socialinio darbo integracija į sveikatos priežiūros sistemą gali užtikrinti efektyvesnę ir kompleksišką ligonių gydymą ir reabilitaciją (Alonso, 2006). Manoma, kad tai leistų sumažinti su sveikata susijusių atskirtį ir pagerintų socialinius ryšius, stiprinti individo, o kartu ir visuomenės sveikatą – siekti aukščiausios galimos ameniui ir visuomenei su sveikata susijusios gyvenimo kokybės. Svarbiausias tikslas – visiškai patenkinti socialinius ir sveikatos priežiūros poreikius, tačiau šį tikslą gali pasiekti tik kartu dirbantys įvairių sričių specialistai. Sukūrus vientisą sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklo struktūrą galima efektyviai kurti integruotą pagalbą sveikatos paslaugų gavėjams (Nacionalinis sveikatos tarnybos metinis pranešimas, 2006).

APIBENDRINIMAS:

Apibendrinant galima teigti, kad socialinis darbas sveikatos priežiūroje yra viena iš seniausių profesionalaus socialinio darbo sričių Vakarų šalyse, kurio atsiradimą lėmė sveikatos susietumas su socialinėmis problemomis.

Lietuvoje socialinis darbas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas yra pakankamai naujas reiškiny. Ilgą laiką asmens sveikatos priežiūra rūpinosi tik medicininis personalas, tačiau atsižvelgiant į kintančius visuomenės sveikatos poreikius buvo nuspręsta, kad sveikatos priežiūros įstaigose be medicinos personalo reikalingi ir socialiniai darbuotojai.

1.2.3 Socialinio darbuotojo veikla sveikatos priežiūros įstaigose

Sveikatos priežiūros įstaigose gydymo tikslai įgyvendinami darbą organizuojant komandiniu principu. Socialinis darbuotojas yra lygiavertis komandos narys šalia medicininio personalo bei dirba drauge su įvairių sričių gydytojais, slaugytojais, psichologais ir kitais pagal ligos pobūdį reikalingais specialistais (kineziterapeutai, ergoterapeutai, logopedai). Socialinio darbuotojo pareiga ištirti bei spręsti socialines problemas, turėjusias įtakos sveikatos būsenos pablogėjimui, o žiniomis pasidalinti su kitais specialistais (Atwal, Smith, 2009; Adams, Gilli, 2007)

LR Socialinių paslaugų įstatyme (2006) socialinis darbas apibrėžiamas kaip veikla, kuria padedama asmenims patiems dalyvaujant spręsti savo socialines problemas, atsižvelgiant į jų

galimybes bei nepažeidžiant žmogiškojo orumo. Didinama jų atsakomybė, kuri grindžiama šeimos, asmens ir visuomenės bendradarbiavimu.

LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakyme „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (Žin. - 1999, Nr. 85 – 2553) nurodoma, kad socialiniai darbuotojai turi teikti socialines paslaugas šiose sveikatos priežiūros įstaigose:

- medicinos pagalbos;
- slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos),
- medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis 2010 metais Lietuvoje dirbo beveik aštuoni tūkstančiai socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų. Socialinės apsaugos srityje buvo 3 273 socialiniai darbuotojai ir 4 194 socialinių darbuotojų padėjėjai. Švietimo sistemos srityje dirbo 220 ir sveikatos apsaugos sistemoje 470 socialinių darbuotojų.

Sveikatos priežiūroje daugiausia dirbačių socialinių darbuotojų yra psichikos sveikatos srityje (Psichikos sveikatos centrai, psichiatrinės ligoninės, priklausomybių centrai). PSC arba pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų psichikos sveikatos priežiūros kabinetai psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia visiems nuolat savivaldybės teritorijoje gyvenantiems (draudžiamiesiems) asmenims. Socialinių darbuotojų etatų skaičių nustato įstaigos administracija, atsižvelgdama į įstaigos poreikius pagal Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus normatyvus – iki 25 000 gyventojų priskiriama 1 socialinio darbuotojo etatas (Žin. - 1999, Nr. 85 – 2553; Žin. – 1999, Nr. 110).

Didžiosiose šalies psichiatrijos ligoninėse yra įkurti socialinės pagalbos ir psichosocialinės reabilitacijos skyriai, kuriuose teikiamos bendrosios bei specialiosios socialinės paslaugos. Priklausomybių ligų centruose taip pat veikia socialinės pagalbos ir prevencijos skyriai, kur teikiamos socialinio darbuotojo paslaugos.

Lietuvoje, skirtingai nei Vakarų šalyse, somatinės medicinos skyriuose pasigendama socialinio darbuotojo veiklos. Tik ne daugelis socialinių darbuotojų dirba bendrojo profilio ligoninėse arba tik tam tikruose jų skyriuose, taip pat klinikose ir jų padaliniuose: onkologijos ligoninė, reabilitacijos skyriai ir pan. Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos pagrindą sudaro pirminė sveikatos priežiūra, tačiau gauti duomenų, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigose (išskyrus psichikos sveikatos centrus) būtų teikiamos socialinio darbuotojo paslaugos gauti nepavyko.

Socialinio darbuotojo funkcijos

Lietuvoje galima išskirti pagrindines socialinio darbuotojo veiklos kryptis sveikatos priežiūros įstaigose: paciento socialinės situacijos įvertinimas, paciento informavimas ir konsultavimas, koordinacinė veikla ir bendradarbiavimas, profesinės veiklos tobulinimas (LR Sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos nuostatai, 1999; Vaicekauskienė, Jankūnienė, 2009). Kiekviena veiklos kryptis apima tam tikras socialinio darbuotojo funkcijas:

- *Įvertina paciento socialinę situaciją* (surenka ir kaupia informaciją apie paciento socialines problemas ir aplinką; tarpininkauja tarp sveikatos priežiūros personalo ir paciento; sudaro individualų socialinės pagalbos planą; numato socialinės pagalbos konkrečias priemones ir būdus).
- *Teikia informaciją ir konsultuoja pacientą* (apie įstatymus dėl socialinių garantijų ir lengvatų; apie jo teises ir galimybes konkrečiu atveju, kaip elgtis esant problemų, konfliktų, iškilusių dėl paciento sveikatos būklės pakeitimų; apie pacientui reikalingas pagalbos įstaigas ir padeda jas pasirinkti; padeda tvarkyti globos, rūpybos, paslaugų namuose, pensijų gavimo dokumentus: informuoja ir konsultuoja paciento artimuosius apie pagalbos poreikį ir priemones; organizuoja ir dirba su pacientų savipagalbos grupėmis).
- *Bendradarbiauja ir koordinuoja savo veiklą su sveikatos priežiūros specialistais ir kitomis institucijomis* (gali atstovauti ir ginti paciento teises ir teisėtus interesus; koordinuoja santykius su šeima, darbovieta ir padeda spręsti iškilusius konfliktus; rengia paciento perkėlimo į globos įstaigą dokumentus; raštu praneša savivaldybės globos ir rūpybos skyriui apie pacientui reikalingas socialines paslaugas; konsultuojasi su kitų institucijų socialiniais darbuotojais; į pagalbos procesą įtraukia paciento šeimą ir artimuosius; dalyvauja pacientų reabilitacijoje; teikia užimtumo paslaugas; kontroliuoja ir rekomenduoja socialinių paslaugų tęstinumą).
- *Tobulina savo veiklą*, domisi socialinio darbo, sistemos pasiekimais, siūlo darbo gerinimo, priemones, rengia socialinės veiklos ataskaitas ir pranešimus.

Užsienio literatūroje išskiriama gana ryški socialinio darbuotojo veiklos kryptis – *darbas komandoje*, o socialinio darbo veiklos tobulinimas išplečiamas iki *mokslinės* ir *metodinės* socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros srityje (Trullenque, 2010; Velazquez, 2009; NASW, 2005; Gobierno de Canarias, 2004). Socialinio darbuotojo funkcijos priklauso nuo klientų poreikių ir jų problemų specifiškumo.

Toliau darbe bus aptariama socialinio darbuotojo veikla, dažniausiai teikiamos socialinės paslaugos, naudojami darbo metodai ir socialinio darbuotojo kompetencijos sveikatos priežiūros įstaigose.

Pagal PSO sveikatos apibrėžimą, socialinė būklė yra viena iš sveikatos dimensijų, kuri gali nulemti ligos pasireiškimą. Remiantis šiuo principu sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai vertindami pacientų socialinę būklę aiškinasi šeimyninę padėtį ir ryšius, apsirūpinimo ir pagalbos galimybes, socialinį gyvenimą, poreikius ir problemas. Kiekvienam sveikatos priežiūros įstaigų socialiniam darbuotojui svarbu: kaip pacientas gyvena, ar sugeba savimi pasirūpinti, ar yra kas juo galėtų pasirūpinti, kokią pagalbą gali pasiūlyti bendruomenė, kokie pagalbos ištekliai egzistuoja paciento aplinkoje tenkinant jo poreikius.

Socialinio darbuotojo veikla pirmiausia prasideda paciento ir jo šeimos būklės bei socialinės situacijos įvertinimu. N. Žemaitienė ir kt. (2011) akcentuoja, kad žmonių socialinė būklė yra glaudžiai susijusi su sveikata, todėl socialinė pagalba siejama su mažėjančiu stresu ir didėjančiu saugumo jausmu, taip pat mažėjančiu mirtingumu ir žalingų įpročių paplitimu bei gerėjančiais sveikatos priežiūros rezultatais.

Socialinė anamnezė yra labai svarbi paciento anamnezės dalis, kuri surenkama iš sekančių pozicijų:

- Mikro aplinka – paciento biologinė ir psichologinė būseną;
- Mezo aplinka – šeima, vaikai ir sutuoktinis;
- Makro aplinka – draugai, giminės, darbas, bendruomenė;
- Įvairumo aspektai – rasė, tikėjimas, amžius, lytis, vertybės.

Sveikatos priežiūros įstaigose atkreipiamas dėmesys į paciento sugebėjimą apsitarnauti, judėjimo priemones ir būdus, socialinį aktyvumą bei resursus ir palaikomąsias priemones, tokias kaip šeima ir draugai, medicininės ir socialinės tarnybos (Browne, 2012). Socialiniai darbuotojai aiškinasi kokiame būste gyvena asmuo (jo patogumas ir saugumas) ir kokia aplinka jį supa. Renka informaciją apie paciento materialinę padėtį, kuri susijusi su išsilavinimu ir turimu ar turētu darbu (Gobierno de Canarias, 2004). Galiausiai surenkama informacija apie kliento problemas ir poreikius, identifikuojamos kliento galimybės, išsiaiškinami lūkesčiai.

Socialinis darbuotojas konsultuoja ir informuoja ne tik pacientą, bet ir jo šeimą įvairiais klausimais, padeda gauti lengvatas, parengti reikiamus dokumentus, nukreipti ir apgyvendinti reikalingose įstaigose (Beder, 2006).

Vienas svarbesnių socialinio darbo specialistų uždavinių yra bendravimas tarp pacientų ir įvairių institucijų. Socialiniai darbuotojai palaiko ryšius su įvairiomis socialinėmis tarnybomis, padeda asmeniui gauti socialines paslaugas į namus ar surasti kitą jo poreikius tenkinančią

įstaigą: dienos centrai, globos įstaigos ir pan. (Atwal, Smith, 2009). A. Germanavičius (2008) akcentuoja, kad paslaugos ligoniams turi būti teikiamos koordinuojant skirtingų sektorių (medicinos, socialinių paslaugų ir kt.) paslaugas, tačiau Lietuvoje dėl tarpžinybinių barjerų ir kliūčių šis principas neretai lieka neįgyvendintas, dažniau taikoma institucinė sveikatos priežiūra.

Dirbdamas komandoje, socialinis darbuotojas prisideda prie gydymo, slaugos, priežiūros ar reabilitacijos plano sudarymo ir įgyvendinimo (Adams, Gilli, 2007). Taip pat dalyvauja komandinės veiklos ir sveikatos priežiūros paslaugų įvertinimo procese, apžvelgdamas kaip buvo įgyvendinti tikslai iš socialinio darbuotojo pusės. Nors ne visada pavyksta pasiekti norimo rezultato, tačiau įvertinimas svarbus norint sužinoti kas pasiekta, kas dar siektina, o kas dar gali būti taisytina. Socialinio darbo procesas nėra statiškas reiškinys, todėl visada galima grįžti į ankstesnį etapą. Jei pacientas ir socialinis darbuotojas pasiekė savo tikslus – pasibaigia jų profesiniai santykiai, o jeigu ne – procesas gali būti kartojamas. Dirbdamas komandoje, socialinis darbuotojas domisi socialinės srities klausimais, o su naujovėmis supažindina ir kitus komandos specialistus, juos informuodamas apie socialinio darbuotojo funkcijas (Atwal, Smith, 2009).

Socialinės paslaugos

Pagrindinis socialinio darbuotojo tikslas yra *teikti socialines paslaugas* individams, šeimoms, įvairioms socialinėms grupėms, organizacijoms ir bendruomenėms (Berg – Weger, 2010). Lietuvos Respublikos 2006 m. Socialinių paslaugų įstatyme socialinės paslaugos apibrėžiamos kaip paslaugos, kuriomis suteikiama pagalba asmenims ir šeimoms, kurios dėl įvairių priežasčių negali pasirūpinti savo gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime. Šių paslaugų tikslas yra sudaryti tokias sąlygas, kad asmenys ir šeimos galėtų svarankiškai spręsti savo socialines problemas, palaikytų socialinius ryšius su visuomene, bei įveiktų socialinę atskirtį (Žin., 2006, Nr. 17-589). Socialinės paslaugos atliekamos ir prevencijos tikslais, atliekant švietėjišką ir prevencinį darbą darbu visuomenėje tam, kad išvengtų galimų socialinių problemų pasireiškimo (Žalimienė, 2003). Galima išskirti pagrindines socialinio darbuotojo teikiamas paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose: *informavimas, konsultavimas, tarpininkavimas, socialinių įgūdžių ugdymas, užimtumo ir kitos veiklos organizavimas*. Konkretias socialines paslaugas gydymo įstaigų paslaugų vartotojai gali gauti tik atlikus jų poreikių vertinimą.

- *Informavimas* – reikalingos informacijos suteikimas asmeniui ir/ar šeimai.

- *Konsultavimas* – socialinio darbuotojo teikiama paslauga, kuria kartu su asmeniu analizuojama asmens (šeimos) probleminė situacija ir ieškoma veiksmingų problemos sprendimo būdų. Konsultacijos veiksmingumas priklauso nuo socialinio darbuotojo įgūdžių ir komunikacinių gebėjimų: klausimų formulavimas, pateiktos informacijos detalizavimas, apibendrinimas ir patikslinimas, paciento pastiprinimas ir jo jausmų pažinimas.
- *Tarpininkavimas* – pagalbos asmeniui (šeimai) suteikimas sprendžiant įvairias asmens (šeimos) problemas (teisines, sveikatos, ūkines, buitines, tvarkant dokumentus, mokant mokesčius, užrašant pas specialistus, organizuojant ūkinius darbus ir kt.), tarpininkaujant tarp asmens (šeimos) ir jo aplinkos (kitų institucijų, specialistų, asmenų).
- *Užimtumo ir kitos veiklos organizavimas* – laisvalaikio organizavimo paslaugos, teikiamos siekiant išvengti socialinių problemų (prevenciniais tikslais), mažinant socialinę atskirtį, aktyvinant bendruomenę ir kurias teikiant, asmenys (šeimos) gali bendrauti, dalyvauti grupinio socialinio darbo užsiėmimuose, užsiimti mėgstama veikla.
- *Socialinių įgūdžių ugdymas ir palaikymas* – paslaugos, teikiamos asmenims (šeimoms), siekiant palaikyti ir atstatyti savarankiškumą atliekant įvairias visuomeniniame ir asmeniniame (šeimos) gyvenime reikalingas funkcijas (kasdienio gyvenimo įgūdžių ugdymas ir palaikymas, darbinių įgūdžių ugdymas ir kt.).

Ilgas gydymais, kai kurių ligų atvejais (psichikos ligų sutrikimų gydymas gali trukti visą žmogaus gyvenimą, priklausomybės), apriboja socialinius ryšius bei kyla pavojus prarasti socialinius įgūdžius (Coppock, Dunn, 2010). Tokie pacientai sveikatos priežiūros įstaigose gali gauti papildomas paslaugas. Viena iš tokių paslaugų psichosocialinė reabilitacija. *Psichosocialinė reabilitacija* – tai įvairių visuomeninių, psichologinių, šviečiamųjų ir medicinos priemonių visuma, padedanti susigrąžinti prarastus ryšius ir įgūdžius. Persirgta liga, dažniausiai nepalikusi pėdsakų žmogaus išorėje, pažeidžia jo socialinius ryšius, pakenkia santykiams darbe ir šeimoje. Neįgaliam žmogui kyla daugybė buitinių, socialinių, psichologinių problemų. Negalėdamas jų išspręsti, jis jaučiasi bejėgis, vienišas, jį apima neviltis. Glaudžiai bendradarbiaujant su pacientu, socialinis darbuotojas padeda išsiugdyti atnaujinti prarastus socialinius įgūdžius ir ryšius.

Socialinio darbo metodai

Socialinis darbuotojas savo veikloje naudoja įvairius darbo metodus, kurių pasirinkimą lemia sprendžiamų problemų specifiškumas. Išanalizavus mokslinę literatūrą, išskirti pagrindiniai *socialinio darbo metodai*, teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūros srityje:

- Darbas su individu (atvejo vadyba);
- Darbas su šeima;
- Darbas su grupe;
- Darbas bendruomenėje.

Sprendžiant pacientų problemas, bet kurio metodo taikymas turi bendrą tikslą – stiprinti paciento savivertę, kelti jo gebėjimą pačiam spręsti savo problemas bei mokytis gyventi su savo liga (Gvaldaitė, Švedaitė, 2005).

Individualus socialinis darbas turi būti paremtas išsamiu ir visapusišku paciento poreikių, lūkesčių, realių galimybių ir socialinės situacijos vertinimu. Turi būti numatomos konkrečios priemonės, kurių pagalba bus siekiama konkrečių rezultatų per konkretų laiko tarpą. Svarbu, kad socialinis darbuotojas įtrauktų savo klientą į poreikių vertinimą (Pritchard, 2006).

Anot A. Velazquez (2009), sveikatos priežiūroje individualus socialinis darbas traktuojamas kaip *atvejo vadyba* – tai metodas, besiremiantis individualiu požiūriu į kiekvieną klientą ir taikomas dirbant su klientais, kuriems reikalingos paslaugos iš kelių socialinių ar/ir sveikatos paslaugų teikėjų. Atvejo vadybininkas sukuria bei išlaiko kontaktą su pacientu ir padeda jam geriau pasinaudoti įvairių įstaigų teikiamomis paslaugomis, savarankiškai spręsti išskylančias problemas: kartu su savo klientu bei jo šeimos nariais identifikuoja pagrindinius asmens norus, poreikius, sudaro reabilitacijos planą, ieško reikiamų paslaugų ir pan., tarpininkauja tarp kliento ir kitų specialistų, įstaigų ar organizacijų (NASW, 2005). Pacientams pravartu padėti numatyti ir suplanuoti apsilankymus pas gydytoją, socialinį darbuotoją, psichologą, kitus specialistus (Coppock, Dunn, 2010).

Kalbant apie socialinį darbą, sprendžiant sergančio žmogaus problemas, svarbu kalbėti apie *socialinės paramos teikimą*. Socialinė parama sociologinėje literatūroje apibrėžiama kaip tarpasmeniniai ryšiai, kurie žadina teigiamus jausmus (pagarba, susižavėjimas) pritarimą (sutinkant, kad kuris nors veiksmas yra teisingas), ir teikiančius pagalbą (bet kuri jos forma) (Lemme, 2003). Socialine parama pagrįsti asmenų santykiai leidžia tikėti, jog kitas asmuo mumis pasirūpins, suteiks reikiamą pagalbą. Tačiau ne apie kiekvieną ryšį mes galime kalbėti kaip apie socialinę paramą.

Socialinė parama sumažina netikrumo jausmą, apima emocinį artumą, šilumą, paguodą, pagalbą. Pacientas, kuris jaučia socialinę paramą ima labiau savimi pasitikėti, atsiranda pozityvus savęs vertinimas. B. H. Lemme veikale "Suaugusiojo raida" teigia, jog "tinkama socialinė parama iš dalies lemia pilnatvės jausmą, galimybę atlikti svarbiausius socialinius vaidmenis ir sėkmingai spręsti problemas" (Lemme, 2003, p. 226). Kiek pacientui reikšminga

socialinė parama priklauso ir nuo pačios asmenybės. Tinkama parama reikalinga ne tik pacientams, išgyvenantiems krizes ar turintiems sunkumų, bet ir jų aplinkiniams.

Kaip jau buvo minėta, socialinės darbuotojo pagalba reikalinga ne tik pacientui, bet ir artimiesiems, šeimos nariams. Tokio darbo tikslas būtų – apsaugoti šeimą nuo išskylančių konfliktų. Socialinio darbo dėka galima stiprinti ir ugdyti šeimą, "atstatyti jos vidinį potencialą daugialypių reikšmingų visuomenės funkcijų vykdymui, demografiniam augimui, – socialiniam – ekonominiam ūkio stiprinimui" (Socialinė pedagogika: teorija ir praktika. Socialinis ugdymas. IX dalis, 2005, p. 101).

Žmogaus socialinė būklė ir ryšiai labai priklauso nuo santykių šeimoje, todėl vienas iš metodų teikiant pagalbą – *šeimos konsultavimas*. Literatūroje konsultavimas apibrėžiamas kaip seka nuoseklių įvykių, vedančių iškeltų tikslų ir trokštamo rezultato link. Profesionali pagalba šeimai yra atsakas į šiuolaikines žmogaus problemas, nes šiuo metu šeimos vaidmuo yra gerokai sumenkėjęs (Navaitis, 2002).

G.Navaitis savo veikale (2002), analizuodamas šeimos konsultanto profesionalumą, pabrėžia bendrąją dalykinę (reikalingų teisės, psichologijos, pedagogikos dalykų išmanymas) ir profesinę kompetencijas (pasirengimas profesionaliai veikti konsultuojančiųjų labui), kurios lemia konsultanto sugebėjimą padėti žmogui. Turimos žinios, vertybės, darbo įgūdžiai turi būti tarpusavyje kūrybiškai suderinti, norint pasiekti efektingą rezultatą.

V. Satir pateikia savo šeimos terapijos modelį. Humanizmas kaip psichologinė srovė "orientuotas į tikėjimą žmogaus psichinėmis galiomis, sugebėjimą keistis ir tobulėti" (Matulienė, 1997, p.139). Ši tyrinėtoja šeimoje iškilusias problemas sieja su gebėjimu bendrauti. Nesugebėdami bendrauti, perduoti savo mintis, jausmus, išgyvenimus vienas kitam šeimos nariai ima tolti vienas nuo kito. Pamažu tai perauga į visišką nesusikalbėjimą, konfliktus, ar net skyrybas.

Ne vienai šiandieninei Lietuvos šeimai tiktų V. Satir praktinės pagalbos metodas, kurį ji suprato, kaip "visumą terapinių priemonių, sudarančių prielaidas žmogui pajusti, kad jis negali toliau gyventi taip, kaip gyveno iki šiolei" (Matulienė, 1997, p. 141). Pagal V.Satir etapus socialinis darbuotojas turėtų susipažinti su esama šeimos padėtimi, ją išanalizuojant, padėti šeimai pajusti, jog ši turi priimti visą eilę naujų sprendimų, pakeisiančių jos gyvenimą, padėti šeimai juos įgyvendinti.

Nepaprastai svarbi sergančiam žmogui šeimos parama. Nuo šeimos narių supratimo ir palaikymo priklauso jo sveikimas ir tolesnė gyvenimo kokybė. Kad galėtų padėti šeimos nariai turi turėti pakankamai žinių jiems aktualiais klausimais. Socialinio darbuotojo užduotis – patarti šeimos nariams socialiniais klausimais, padėti susitikti su gydytoju, gauti būtiną informaciją,

kaip padėti sergančiam šeimos nariui, kaip jį slaugyti. Išmanymas ir geranoriškas bendradarbiavimas sąlygoja sergančiojo ir jo šeimos narių supratimą.

Sergantiems asmenims labai reikalinga artimųjų pagalba. A. Kriščiūno (2002) žodžiais tariant, šeimos pacientui negali atstoti jokia gydymo įstaiga. Dažnai artimieji negali suprasti sergančio paciento būsenos, jo norų, elgesio priežasčių, todėl neretai pasilieka vieni su savo problemomis. Sergančiam žmogui reikalinga artimųjų paguoda, gerumas, draugiškumas, padaršinimas. Todėl artimieji visada turėtų palaikyti ryšį su socialiniu darbuotoju ir kartu padėti pacientui spręsti iškilusias problemas.

A. Germanavičius (2008) manymu, ypač aktualu, kad sergantis žmogus nesijaustų vienišas su savo problemomis. Žmonių grupėje kiekvienas asmuo išsamiau išgyvena savo vertę, prasmę, nes čia jis kur kas dažniau jaučiasi reikalingas. Klausydamosi, kaip kiti asmenys įveikė panašias problemas gali būti pakankama tam, kad būtų passitūmėta teigiama linkme. Geriausiai pacientą veikia tokios grupės, kurios yra labai įvairios (jaunas, senas, vyrai, moterys, sunkios problemos, ir t.t.). *Grupinės konsultacijos* gali labai padėti pacientui prisitaikyti prie socialinio gyvenimo, atkurti asmenybę ir atgauti savigarbą. Tokių konsultacijų metu gerinama individuali veikla, tobulinami socialiniai įgūdžiai, puoselėjama prasmingo gyvenimo apraiška (Coulshed, Orme, 2006). *Savipagalbos grupės* – tai panašaus likimo žmonių sambūris, kuriame galima pasidalinti patirtimi, gauti patarimų, kaip susidraugauti su negalia ir įveikti vienišumo, atskirties jausmą. Stigmos, socialinio atstūmimo jausmą dažnai išgyvena ir ligonio artimieji. Socialinio darbuotojo užduotis – suburti žmones į grupę, skatinti dalyvauti jos veikloje, sukurti saugią aplinką, atsižvelgiant į grupės narių interesus, amžių, socialinę padėtį. Svarbiausia, kad kiekvienas žmogus grupėje jaustųsi gerbiamas, laukiamas ir reikalingas.

Socialinių darbuotojų tikslas – pacientų socialinis saugumas. Jie padeda asmeniui susivokti ir prisitaikyti aplinkoje, nugalėti kylančius sunkumus bei rasti vietą visuomenėje. Socialiniai darbuotojai siekia įgalinti individus optimaliai panaudoti savo galimybes ir pagerinti gyvenimo kokybę dirbant tiesiogiai su klientu arba keičiant jį supančią aplinką (M. Berg – Weger, 2010). L. Spearman (2005) akcentuoja tai, kad sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai teikia praktinę socialinę ir emocinę pagalbą, padėdami pacientams grįžti į bendruomenę.

Sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai dirbdami bendruomeniniu lygmeniu turi pasirūpinti aplinkos atsaku, jei asmeniui turinčiam sutrikimų ir/ar neįgaliam žmogui prireiktų papildomo dėmesio iš kitų bendruomenės narių, atsirastų poreikis pasinaudoti jos tiekiamomis gėrybėmis. Socialinio darbuotojo pareiga daryti viską, kad būtų mažinama kiekvieno žmogaus, turinčio sveikatos sutrikimų, negalia. A. Germanavičius (2008) teigia, kad bendruomenėje egzistuojantys resursai ir požiūriai daro įtaką asmens sveikatai ir jo veiklumui.

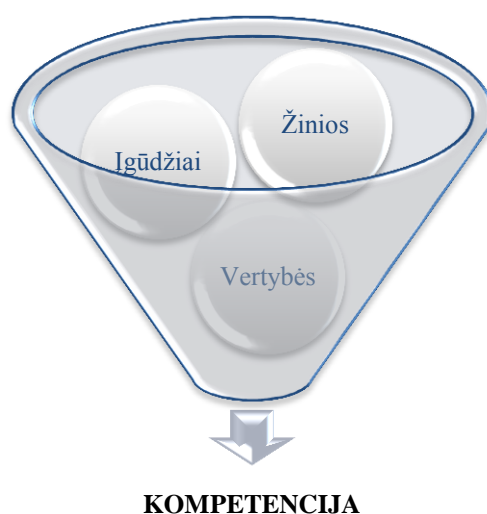
Dirbdamas bendruomenėje socialinis darbuotojas suburia žmones ir mobilizuoja juos bendrų problemų sprendimui: tarpasmeniniai santykiai, socialinė atskirtis, socialinis aktyvumas, kultūrinė veikla, užimtumas ir pan. Socialinio darbuotojo turi stengtis suteikti galimybes ir sudaryti sąlygas kiekvienam žmogui taip, kad šis galėtų išreikšti save, bendrauti su aplinkiniais, draugais, pajusti, kad jie yra bendruomenės nariai (Carter, 2002)

Sveikatos priežiūroje dalyvaujančių socialinių darbuotojų pastangų sėkmingumas priklauso nuo bendruomenės geranoriškumo ir pagalbos – nuo to, kaip jie yra pasirengę priimti savo sergančius narius.

Socialinio darbuotojo kompetencijos

Sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų pareiga pasirūpinti pacientų socialine gerove, t.y. teikti socialines paslaugas tiems asmenims, kuriems jų reikia (Payne, 2009). Pasak M. Išoraitės (2007), socialinių paslaugų teikimas ir socialinių problemų sprendimas iš socialinių darbuotojų reikalauja būti kompetentingais, tai yra gebėti pritaikyti turimas *žinias, įgūdžius ir vertybes*. Susirgęs žmogus patiria skausmą, kartu paveikdamas ir kitus žmones, kuriuos reikia paguosti, nuraminti, suteikti pagalbą (Nettleton, 2006). Todėl labai svarbi *socialinio darbuotojo kompetencija*, gebėjimas padėti sergančiam žmogui ir jo artimiesiems.

Bendrosios socialinio darbo praktikos pagrindas – *žinios, įgūdžiai ir vertybės* (5 pav.). Tai pamatiniai kiekvieno socialinio darbuotojo „įrankiai“. Pagrindiniai veiksniai, padedantys pasiekti gerų darbo rezultatų sveikatos srityje ir kompetentingai atlikti savo darbą yra žinios ir įgūdžiai. Vertybės, V. Gudžinskaitės ir J. Norvaišaitės (2010) nuomone, tai socialinio darbuotojo nuostatos ir požiūris į klientą, kurios yra neatsiejama socialinio darbuotojo kompetencijos dalis.



7 pav. Socialinio darbuotojo kompetencija

T. Browne (2012) akcentuoja, kad teikdamas pagalbą, socialinis darbuotojas pirmiausia naudoja *žinias*, kad suprastų esamą situaciją ir kokiais būdais bei metodais jis galėtų teikti pagalbą. Socialinio darbo specialistas privalo turėti bendrųjų teisinių, ekonominių, psichologinių, sociologinių ir kt. žinių. Dirbant sveikatos priežiūros srityje ypatingai svarbios tampa medicininės srities žinios. Anot M. Berg – Weger (2010), socialiniams darbuotojams tenka nuolat tobulėti ir prisitaikyti prie besikeičiančių visuomenės poreikių ir ekonominės situacijos, valstybės politikos, kylančių vis kitų socialinių problemų ir atsirandančių naujų pareigų. Svarbūs politiniai, socialiniai ir ekonominiai klausimai, kurie buvo svarbūs praeityje, nereiškia, kad jie yra aktualūs šiandien dieną ar turės įtakos ateities kartoms, todėl turimas žinias reikia stengtis ne tik papildyti, bet ir atnaujinti.

Nepaisant kur ir su kuo prasideda socialinio darbo intervencija, specialistas privalo turėti pagrindinius *socialinio darbo įgūdžius*, kurie leidžia dirbti įvairiomis sąlygomis ir susiklosčius bet kokiai situacijai su skirtingais klientais. Literatūroje galima rasti daugybę socialiniam darbuotojui reikalingų įgūdžių, tačiau M. Berg – Weger (2010) išskiria tam tikras jų kategorijas:

- *Tiesioginio darbo su klientu*: pedagoginiai sugebėjimai, konsultavimo, terapinio darbo, individualaus ir grupinio darbo įgūdžiai;
- *Tarpininko įgūdžiai*: atsistavimo, atvejo vadybininko, mediatoriaus, gynėjo įgūdžiai;
- *Pagalbos tinklo kūrimas, palaikymas ir tobulinimas (gerinimas)*: organizaciniai sugebėjimai, pagalbininko, komandos nario, konsultanto ir supervizoriaus įgūdžiai;
- *Tyrėjo įgūdžiai*: informacijos rinkimas, kaupimas, sisteminimas ir vertinimas, analitiniai sugebėjimai ir pan.;
- *Socialinės pagalbos sistemos kūrėjo įgūdžiai* – projektinės veiklos, planavimo, analitiniai ir procedūriniai įgūdžiai.

E. Haworth (2010) ir P. Hanley (2009) pabrėžia, kad socialinio darbo specialistai privalo turėti gerus bendravimo įgūdžius, kad galėtų palaikyti ryšį su sveikatos priežiūros paslaugų vartotojais, bendraujant su jų šeimos nariais, artimiausios aplinkos žmonėmis, savo kolegomis ir kitais specialistais. Bendravimo įgūdžiai padeda ne tik perduoti, bet ir gauti svarbią informaciją, todėl socialiniame darbe ypač svarbi tampa tarpasmeninė sąveika – bendravimas su žmonėmis.

P. Rose ir J. Gidman (2010) nuomone, socialinis darbuotojas norėdamas geriau suprasti kiekvieną atvejį ir patenkinti kliento poreikius, naudoja ne tik žinias ir įgūdžius, bet vadovaujasi ir *socialinio darbo vertybėmis*. *Vertybės* – tai tam tikri idealai, tikslai ar įsitikinimai, kad kažkuris vienas iš būdų, pasirinkimų yra asmeniškai socialiai priimtamesni negu bet kuris kitas.

Vadovaudamasis vertybėmis socialinis darbuotojas sprendžia, kaip pasielgti konkrečioje situacijoje (Vyšniauskienė, Minkutė, 2008).

Socialiniame darbe vadovaujama principu, kad kiekvienas klientas ir kiekviena situacija yra unikali ir remiamasi šiomis pagrindinėmis socialinio darbo vertybėmis: pagarba žmogui, lygybė, teisė priimti sprendimus, konfidencialumas, saviraiška, informacijos bei paslaugų prieinamumas ir kt. Profesionalus socialinis darbuotojas nemėgina keisti kliento sistemos remiantis savo asmeninėmis vertybėmis, o atvirkščiai – bando suprasti ir gerbti kliento vertybes remiantis socialinio darbo vertybėmis (Rose, Gidman, 2010).

Kiekvienoje socialinio darbo sferoje nėra išvengiama vertybių konflikto. Anot Berg-Weger (2010), medicinos įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai su etinėmis dilemomis susiduria šiais pagrindiniais sveikatos priežiūros klausimais: paciento teisės ir atsakomybės, išteklių paskirstymas bei privatumo ir konfidencialumo išsaugojimas.

Teigiama, kad socialinių problemų sprendimo sėkmė priklauso nuo socialinį darbą dirbančių žmonių kompetencijos, todėl didelis dėmesys turi būti teikiamas socialinių darbuotojų mokymui, profesinės veiklos tobulinimui ir jų kvalifikacijos kėlimui.

APIBENDRINIMAS:

Sveikatos priežiūros įstaigose socialinis darbuotojas yra didžia dalimi atsakingas už pacientų asmenybės atstatymą ir palaikymą, gebėjimą dirbti ir funkcionuoti kaip pilnaverčiu visuomenės nariu. Jis teikia tiesioginę pagalbą pacientui ir šeimai, naudojasi įvairių paslaugų teikimo tinklais ir pats dalyvauja socialinės paramos tinklo kūrime bendruomenėje. Socialinis darbuotojas, kartu su medicininių bei kitų profesijų atstovais, kuria bei vysto efektyvią ir humanišką pagalbos sistemą, suteikiančią reikalingas paslaugas ir aprūpinančią būtinais resursais.

Socialiniam darbuotojui dirbančiam sveikatos priežiūros srityje keliami reikalavimai šios srities darbuotojų veiklai ir kompetencijai. Todėl socialinis darbuotojas turi būti visapusiškai pasirengęs atlikti jam pavestas funkcijas derindamas turimas žinias, įgūdžius ir vertybes.

Socialinio darbuotojo veikla priklauso nuo sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų problemų pobūdžio. Siekiant prisitaikyti prie kintančių jų poreikių turi keistis ir socialinio darbo profesija. Socialinio darbo profesijos žinovas yra socialinis darbuotojas, kuris atsakingas už savo profesijos vystymą ir tobulinimą sveikatos priežiūros srityje.

2. SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ VEIKLOS TYRIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOSE

2.1. Tyrimo paskirtis ir metodika

Tyrimo paskirtis – atskleisti socialinio darbo specifiką, kylančias problemas ir jų sprendimo galimybes sveikatos priežiūros įstaigose, remiantis socialinių darbuotojų patirtimi.

Siekiant šio **tikslo** buvo pasirinktas *kokybinis tyrimo tipas*, kuris leidžia visapusiškai pažvelgti į problemą per žmogaus patirtį apie tiriamą reiškinį. Kokybiniai tyrimų metodai naudojami siekiant giluminio reiškinio suvokimo bei leidžia išsiaiškinti kokybines charakteristikas ir visapusiškai pažvelgti į problemą per žmogaus patirtį apie tiriamą reiškinį (Kardelis, 2002). Kokybiniame tyrime instrumentu laikomas pats tyrėjas, kuris siekia suvokti kito žmogaus pasaulį, pažinti jo gyvenimą, atskleisti kylančių problemų priežastis ir bendravimo ypatumus.

Tyrimui atlikti pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas, kuris leidžia išsamiau pažinti tiriamąjį ir gauti tyrimui reikalingą informaciją. Taikant šį metodą buvo numatytas apklausos planas, o papildoma informacija gauta interviu metu pateikus papildomus klausimus. Norint gauti išsamią informaciją, t.y. siekiant ne tik išklaudyti, bet ir skatinti informantą pasidalinti savo mintimis, patirtimi ir požiūriu apie tiriamą reiškinį, buvo pasirinkta interviu technika – pokalbis.

Tyrimo instrumentas

Interviu su SPI socialiniais darbuotojais metu buvo naudojami iš anksto parengti klausimų blokai, sudaryti iš 7 temų:

- Socialinio darbo ypatumai sveikatos priežiūros įstaigose;
- Socialinis darbuotojas tarpdisciplininės komandos narys;
- Socialinio darbo metodai sveikatos priežiūros įstaigose;
- Organizacinis ir koordinacinis socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose;
- Socialinio darbuotojo kompetencijos sveikatos priežiūros įstaigose;
- Profesinis tobulėjimas.
- Demografinės tiriamųjų charakteristikos.

Kiekvienai temai pateikti klausimai. Visą interviu klausimyną sudaro 42 klausimai.

(2 priedas). Tyrimo instrumentas parengtas remiantis mokslinė literatūra, rekomendacijomis bei asmenine socialinio darbuotojo patirtimi, įgyta dirbant socialinį darbą sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo metu gauti duomenys buvo analizuojami taikant *kokybinę turinio (content) analizę*, pagal V. Židžiūnaitės (2005) pateiktus žingsnius. Tyrimo procesą sudarė interviu teksto surašymas į kompiuterio bylą, daugkartinis interviu skaitymas ir analizavimas. Teksto analizės metu buvo nustatomos smulkesnės subkategorijos ir formuojamos apibendrintos kategorijos siekiant iširti socialinio darbuotojo veiklą sveikatos priežiūros įstaigose. Taip pat pateikti tyrimo rezultatai, duomenų interpretavimas ir suformuluotos išvados.

Tyrimo organizavimas ir tyrimo imtis

Mokslinis tyrimas yra procesas, kurį sudaro tam tikri etapai: literatūros šaltinių analizė, tyrimo planavimas, metodikos rengimas, empirinių duomenų rinkimas ir tyrimo duomenų apdorojimas (8 pav.).



8 pav. Mokslinio tyrimo proceso etapai

Socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose tyrimui pirmiausia naudota mokslinė literatūros analizė. Mokslinė literatūros analizė tarnauja kaip papildomas informacijos šaltinis renkantis duomenis bei nustatant geriausią metodą jų atskleidimui – teorija padeda kryptingai orientuotis stebint ir analizuojant tiriamą reiškinį. Remiantis esamomis teorijomis ir atliktais tyrimais formuojasi tyrėjo požiūris į analizuojamą reiškinį bei nustatoma pagrindinė tyrimo kryptis (Kardelis, 2002).

Tyrimo planavimo etapas susijęs su pasiruošimu tyrimui ir tyrimo organizavimu. Iš anksto apgalvota tyrimo atlikimo eiga: procedūriniai klausimai, numatytos priemonės bei tyrimo metodas, empirinių duomenų rinkimas ir jų apdorojimas.

Tyrimo imtis

Tiriamieji buvo atrinkti tikslinės atrankos būdu, socialiniai darbuotojai, dirbantys sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose. Remiantis tuo, kad Pasaulio sveikatos

organizacija sveikatos priežiūros politikos stebėjimą vykdo pagal sveikatos priežiūros lygius, tyrime dalyvauti pakviesti socialiniai darbuotojai dirbantys pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros įstaigose. Siekiant surinkti kuo kokybiškesnius duomenis informantai pasirinkti pagal šiuos kriterijus:

- aukštasis socialinio darbuotojo išsilavinimas;
- ne mažesnė kaip trijų metų socialinio darbo patirtis sveikatos priežiūros įstaigoje;

Tyrimo dalyvavusių socialinių darbuotojų charakteristika pateikiama lentelėje Nr. 2, kurioje atsispindi informantų demografiniai duomenys. Tyrimo dalyvavo 6 socialiniai darbuotojai, visos moterys, kurių amžiaus vidurkis – 43 m. Keturi informantai pažymėjo, kad turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą, du iš jų – magistro laipsnį ir du – bakalauro. Dar du socialiniai darbuotojai nurodė, kad yra baigę socialinio darbo studijas aukštojoje neuniversitetinėje mokykloje. Socialinio darbo stažas tarp socialinių darbuotojų, kurie dalyvavo tyrime yra nuo 3 iki 18 metų. Pagal institucijos tipą informantai pasiskirstė taip: viena socialinė darbuotoja dirba pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigoje, dvi antrinio lygio ir trys tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose, atitinkamai – poliklinika/psichikos sveikatos centras, bendro profilio ir psichiatrinė ligoninė, universitetinės klinikos ir specializuotos gydymo įstaigos.

2 lentelė. Tiriamųjų charakteristika

Informanto Nr.	Lytis	Išsilavinimas	Socialinio darbo stažas gydymo įstaigoje	Sveikatos priežiūros įstaiga	Amžius
1.	Moteris	Aukštasis neuniversitetinis	14 m.	III lygio bendro profilio ASPĮ	38
2.	Moteris	Aukštasis universitetinis	4 m.	Bendro profilio apskrities ligoninė	48
3.	Moteris	Aukštasis neuniversitetinis	8 m.	Poliklinika/Psichikos sveikatos centras	50
4.	Moteris	Aukštasis universitetinis	5 m.	III lygio Reabilitacijos ligoninė	42
5.	Moteris	Aukštasis universitetinis (magistras)	3 m.	III lygio specializuota ASPĮ	35
6.	Moteris	Aukštasis universitetinis (magistras)	18 m.	Psichiatrijos ligoninė	45

Tyrimo duomenys rinkti 2012 m. nuo birželio iki rugsėjo mėn. Socialinio darbo specialistai buvo laisvanoriškai pakviesti dalyvauti tyrime, informuoti apie tyrimo tikslus, duomenų panaudojimą bei jų apsaugą, konfidencialumą ir savanorišką dalyvavimą. Siekiant, kad socialinių darbuotojų interviu būtų užfiksuojami vėlesnei analizei du informantai sutiko, kad

pokalbis būtų įrašinėjamas, o keturi pareiškė norą, kad informacija būtų fiksuojama raštu. Interviu trukmė su kiekvienu informantu truko iki 1 val. 15 min.

Tyrimo etika

Atsižvelgiant į atliekamo tyrimo etiką visi informantai apklausti individualiai. Tyrimo metu buvo laikytasi šių etikos principų:

- Pateikti prašymai sveikatos priežiūros įstaigų administracijai dėl leidimo atlikti tyrimą ir susitikti su ten dirbančiais socialiniais darbuotojais;
- Informantai tyrime dalyvavo savanoriškai;
- Laikantis anonimiškumo, socialiniai darbuotojai dalyvavę tyrime įvardijami skaičiais: 1, 2, 3, 4, 5 ir 6;
- Siekiant konfidencialumo vardai, pavardės ir sveikatos priežiūros įstaigų ar pavadinimai neskelbiami;
- Visi tyrimo metu gauti duomenys pagrįsti informantų patirtimi;
- Vengiant iškraipymų, kurie galėtų turėti įtakos duomenų interpretacijai bei jų rezultatams tyrimo duomenys pateikti tiksliai.

2.2 Socialinio darbuotojo veiklos sveikatos priežiūros įstaigose tyrimo rezultatų analizė

2.2.1 Socialinio darbo ypatumai sveikatos priežiūros įstaigose

Gydymo įstaigos pirmiausia yra ta vieta, kur teikiamos medicininės paslaugos: vykdoma sveikatos išsaugojimo prevencinė veikla, gydomos ligos, teikiama medicininė rehabilitacija. Medicininis personalas atsakingas už pacientų sveikatos išsaugojimą, ligų gydymą ir fizinės būklės atstatymą, tačiau sergantis žmogus jaučia ne tik fizinius ligos simptomus, bet susiduria su socialinėmis, psichologinėmis bei užimtumo problemomis, suabejoja savo jėgomis, išgyvena dėl socialinės izoliacijos (Coppock, Dunn, 2010). Siekiant visapusiškai padėti sergančiam žmogui reikia ne tik medicininės srities specialistų pagalbos, tačiau reikalinga ir svarbi tampa sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančio socialinio darbuotojo veikla.

Tyrimo metu pirmiausia siekta atskleisti, ***kokie yra socialinio darbo ypatumai sveikatos priežiūros įstaigose***. Analizuojant gautus duomenis, išryškėjo keturios kokybinės kategorijos: *socialinio darbuotojo veiklos svarba, socialinio darbuotojo teikiamos paslaugos, patekimo pas socialinį darbuotoją būdai ir socialinio darbo problematika sveikatos priežiūros įstaigose*.

Kategoriją „**Socialinio darbuotojo veiklos svarba SPI**“ konkretina išskirtų subkategorijų: *socialinių problemų susietumas su sveikata, socialinių problemų sprendimas sveikatos priežiūros įstaigose, paciento socialinės adaptacijos didinimas*, turinys (9 pav.).



9 pav. Socialinio darbuotojo veiklos svarbos sveikatos priežiūros įstaigoje kategorija

Analizuojant socialinio darbuotojo veiklos svarbą sveikatos priežiūros įstaigose pastebėta, kad socialinių darbuotojų nuomone *sveikata ir socialiniai klausimai yra glaudžiai susiję*: „<...> socialinės problemos aštrina ligą ir net gali sukelti ligą (3)“, „ligos sukelia kitas socialines problemas (6)“, t.y. tiek dėl ligos gali kilti įvairios socialinės problemos, tiek ir dėl pačių įvairiausių socialinių priežasčių gali sutrikti žmogaus sveikata.

Sveikatos sutrikimams bei ligoms vienodai svarbią įtaką turi biologiniai (amžius, lytis ir kt.), psichologiniai (emocinė būklė, intelektas ir kt.) ir socialiniai (skurdas, nedarbas ir kt.) veiksniai. Asmenų sveikatos būklę nulemia šių veiksnių dariniai ir kompleksinis jų poveikis (Giddens, 2005). Europos Bendrijos sveikatos rodiklių stebėsenos (*ECHIM – European community health indicators monitoring*) projekte, kuriame dalyvauja ir Lietuva, analizuojami sveikatos stebėsenos rezultatai. Skelbiami sergamumo ir gyvenimo rodikliai patvirtina, kad socialiniai veiksniai (išsilavinimas, darbas ir pajamos, šeiminė padėtis, gyvenimo sąlygos ir pan.) turi įtakos žmonių sveikatai (<http://www.hi.lt/content/echim.html>). Remiantis turima informacija galima teigti, kad žmogaus socialinėje būklėje slypi grėsmė sveikatai.

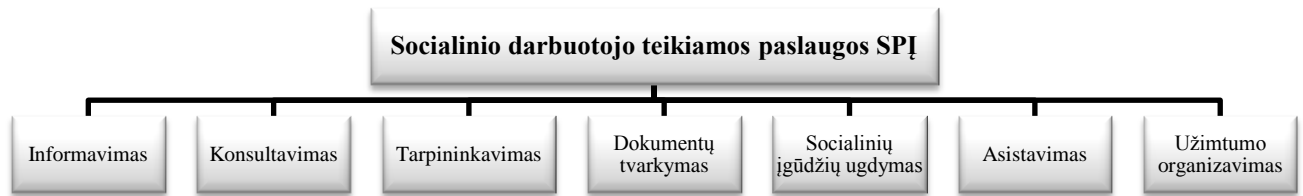
Sveikatos sutrikimai gali būti įvairiausių socialinių problemų priežastimi, liga ir jos eiga turi įtakos žmogaus gyvenimo kokybei (Coppock, Dunn, 2010). Esant tam tikriems susirgimams žmogus gali atitolti nuo bendruomenės, o tuo pačiu ir jos teikiamų gėrybių bei pagalbos. D. Myers (2008) akcentuoja, kad ligos aštrina nedarbo ir būsto problemas, mažina išsilavinimo galimybes, tikėtina didesnė skurdo ir socialinės atskirties rizika. Kenčiantys nuo sveikatos sutrikimų gali tapti diskriminacijos ir kitų gyvenimiškų situacijų aukomis.

Interviu eigoje paaiškėjo socialinių darbuotojų nuomonė, kad visi *klausimai susiję su sveikata turi būti sprendžiami savo srities specialistų*: „žmogui patekusiam į bėdą reikalinga daugelio sričių specialistų pagalba, gydytojas gydo, slaugytojos prižiūri, o socialinis darbuotojas teikia paramą. <...>(1)“. Toks socialinių darbuotojų požiūris atskleidžia, kad

siekiant patenkinti sergančio žmogaus poreikius reikalinga pacientą suvokti kaip visumą ir sprendžiant vienos srities problemas kartu teikti pagalbą ir kitose jo gyvenimo srityse, t.y. ne tik gydyti ligą, bet ir **spręsti socialines problemas**: <...> *kaip sergantis žmogus gyvena savo socialinėje aplinkoje, kokia jo socialinė būklė ir kokia ji bus išėjus. Jam tų klausimų negali niekas atsakyti ir tuo labiau padėti, dėl šios priežastie yra socialinis darbuotojas, kuris sprendžia tą jo socialinę padėtį (4)*". Sveikatos holistinė prigimtis apima ne tik biomedicininį sveikatos aspektą, bet ir psichologines bei socialines sveikatos dimensijas. R. Ulianskienės ir kt. (2007) nuomone, būtent nuo socialinių paslaugų priklauso ar bus patenkinti besikeičiantys sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų poreikiai bei užtikrinta sveikatos priežiūros kokybė ir tęstinumas. Mokslininkų nuomone, socialinių problemų sprendimas turi įtakos asmens sveikatai ir socialiai pažeidžiamų visuomenės grupių integracijai į visuomenę.

Paciento socialinės adaptacijos didinimas yra viena iš informantų pateiktų priežasčių kodėl socialinio darbuotojo veikla svarbi gydymo įstaigose. Sergantis žmogus, ypač sunkių ligų ar neįgalumo atvejais, „iškrenta“ iš visuomenės: laikinai tampa nedarbingas arba netenka darbo, susiaurėja ir gali visiškai nunykti socialiniai ryšiai, mažiau dalyvaujama socialiniame gyvenime, atsiranda savęs nuvertinimo ir menkinimo jausmas (Coppock, Dunn, 2010). Dėl šių priežasčių žmogui sunkiau prisitaikyti prie aplinkos, nes visuomenė ne visada pasirengusi priimti savo silpniausius narius (Germanavičius, 2008). Didinant pacientų socialinę adaptaciją pagrindinį vaidmenį vaidina sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai: *„reikia socialinių darbuotojų, kad šis žmogus integruotųsi, jam padėtų sunkiame kelyje, stengtis, neišpultų iš kasdieninio gyvenimo, darbo, šeimos ir bendruomenės bei rūpintis jo gyvenimo kokybe (6)“*. Būtent socialinio darbo specialistai stengiasi pašalinti kliuvinius paciento socialinėje aplinkoje, t.y. spręsti kylančias problemas, įgalinti pacientus pasinaudoti esama pagalba ir padėti susitvarkyti su savo išgyvenimais, jausmais, emocijomis bei palapsniui padėti sugrįžti į šeimą, darbą, kultūrinį gyvenimą ir visuomenę (Spearman, 2005).

Plačiau apie socialinių darbuotojų teikiamas paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose atsikleidė kita kategorija – **„Socialinio darbuotojo teikiamos paslaugos sveikatos priežiūros įstaigose (SPI)“**, kurią konkretina išskirtų subkategorijų: *informavimas, konsultavimas, tarpininkavimas, dokumentų tvarkymas, socialinių įgūdžių ugdymas, asistavimas ir užimtumo organizavimas, turinys (10 pav.)*.



10 pav. Socialinio darbuotojo teikiamų paslaugų sveikatos priežiūros įstaigose kategorija

Analizuojant gautą informaciją pastebėta, kad sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai dažniausiai teikia **informavimo** ir **konsultavimo** paslaugas: „*pagrindinės paslaugos tai būtų informavimas ir konsultavimas, nes dažnai pacientams trūksta žinių, informacijos, būna pasimetę, arba kiti negali, tai padedi jiems (2)*“, „*pirminis konsultavimas, informacijos teikimas ir nuolatinis paskui konsultavimas, pacientus supažindina su savo teisėmis ir privilegijomis <...> (1)*“, „*artimųjų konsultacija (4)*“. Informantai teigė, kad jie padeda gydymo įstaigų paslaugų vartotojams **susitvarkyti reikalingus dokumentus**: „*dokumentų ruošimas(1)*“, „*<...> dokumentacija visa tvarkoma susijusi su įvairiais klausimais (4)*“. Socialiniai darbuotojai taip pat pasisakė, kad neretai tenka **tarpininkauti** dėl sveikatos priežiūros paslaugų gavimo, materialinių problemų sprendimo, transporto paslaugų, padeda užtikrinti tinkamos kompensacinės technikos gavimą, aplinkos pritaikymą ir pan.: „*galiu paminėti svarbiausia, kalbant apie socialinio darbuotojo paslaugas, tai kompensacinės technikos įsigijimas, transportas, aplinkos ir būsto pritaikymas, įdarbinimo ir profesinės reabilitacijos klausimai, darbingumo lygio nustatymas, specialieji poreikiai, slauga, globa, finansai (4)*“, „*<...> stengiamės, kad patektų pas reikiamus gydytojus, kai reikia pažymų ar išrašų (3)*“. Esant reikalui socialiniai darbuotojai taip pat pasirūpina socialinės įstaigos parinkimu ir apgyvendinimu joje: „*dažna problema apgyvendinimas namuose ir globos įstaigose <...>(2)*“.

Asmenys, turintys sveikatos sutrikimų (ypač ilgalaikių susirgimų arba neįgalumo atvejais), susiduria su daugybe problemų: nenyksta arba visai nutrūksta socialiniai ryšiai, prarandami socialiniai įgūdžiai, atsiranda savęs realizavimo kliuviniai, kyla sunkumų susitvarkyti savo kasdienėje veikloje, sumažėja socialinis aktyvumas (Payne, 2009). Dėl šios priežasties nukenčia ne tik asmens gyvenimo kokybė, bet ir jo socialinė gerovė. Siekiant spręsti minėtas problemas SPI socialiniai darbuotojai organizuoja pacientų užimtumą, kurių metu užsiima menine veikla, darbinių įgūdžių lavinimu, ugdomi kasdienio gyvenimo įgūdžiai, suteikiama žinių. Analizuojant interviu duomenis pastebėta, kad **užimtumo organizavimas** ir **socialinių įgūdžių ugdymas** labiausiai atsispindi psichinės sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veikloje: „*laviname socialinius įgūdžius, t.y. mokome elgesio bendraujant, gyventi namų aplinkoje ir visuomenėje (6)*“, „*užimtumo veikla (rankdarbiai, muzikos ir dailės terapija,*

psichoeducaciniai užsiėmimai) ir socialinių įgūdžių ugdymas užimtumo kabinete (3). Tokios veiklos dėka pacientams padedama atkurti/sukurti socialinių ryšių tinklą su šeima, artimaisiais ir bendruomene. Tai viena iš alternatyvų siekiant psichikos sutrikimų turinčių žmonių integracijos visuomenėje (Germanavičius, 2008).

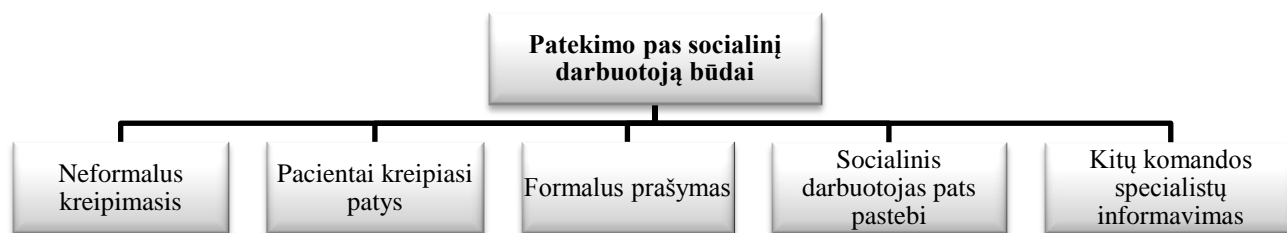
Tyrimo metu paaiškėjo, kad sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai neretai **asistuoja** pacientą dėl įvairių paslaugų prieinamumo ir jų gavimo kitose institucijose, siekiant sutvarkyti teisinius klausimus ar kitus formalumus: „*sutariame ir lydime jei reikia notaro, dirbame įvairių pensijų klausimais ar tvarkantis kitus klausimus įvairiose institucijose (4)*. Teikdamas tokią paslaugą socialinis darbuotojas tarsi atlieka asmeninio asistento vaidmenį, kurio pagalba ypač svarbi savimi ir savo gerbūviu negalintiems pasirūpinti gydymo įstaigų paslaugų vartotojams.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad socialinis darbuotojas savo praktikoje dažnai atvejais teikia **informavimo ir konsultavimo paslaugas**. Taip pat išryškėjo socialinio darbuotojo, kaip **tarpininko ir tiesioginio socialinės pagalbos teikėjo** vaidmuo. **Asistuoja** pacientą, kuris negali pasirūpinti savo gerove. Siekiant spręsti pacientų laisvalaikio bei užimtumo problemas, socialinis darbuotojas imasi **užimtumo veiklos organizavimo**. Panašias tendencijas apie socialinio darbuotojo teikiamas paslaugas SPI atskleidė V. Vaicekauskienės ir I. Jankūnienės (2009) atlikto tyrimo rezultatai. Socialinių darbuotojų teikiamos paslaugos sveikatos priežiūros srityje, apima klientų poreikių įvertinimą, informacijos teikimą, konsultavimą, tarpininkavimą, atstovavimą klientų interesams įvairiose institucijose, bendradarbiavimą su kitais pagalbos šaltiniais ir kt.

Mokslinėje literatūroje teigiama, kad nebūtinai visiems sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams gali prireikti socialinio darbuotojo pagalbos, ypač kai kalbama apie skubius medicininės srities problemų sprendimus: chirurginės operacijos, laboratoriniai tyrimai, lengvi ūminiai susirgimai ir pan. Kai kurie pacientai epizodiškai susiduria su socialinių paslaugų poreikiu, kada dėl su sveikata susijusių priežasčių keičiasi ir asmeninės gyvenimo aplinkybės, pavyzdžiui, ūmus susirgimas turintis įtakos ne tik fiziniam kūnui, kūdikio gimimas, artimo mirtis, senatvinės ligos ir pan. Pacientai, kurie turi ilgalaikių sveikatos sutrikimų, serga lėtinėmis, mirtinomis ligomis ar dėl sveikatos problemų yra pripažinti neįgaliais, dažnai tampa nuolatiniais ne tik medicininių bet ir socialinių paslaugų vartotojais. Socialinės paslaugos daugeliui tokių pacientų yra kasdieninio gyvenimo pagrindas, nes nuo jų didele dalimi priklauso ne tik asmens sveikatos būklė, jo savarankiškumas, bet ir gyvenimo kokybė (Glasby, 2007).

„**Patekimo pas socialinį darbuotoją būdai**“ kategorija, kurios turinys atskleidžia kokiais būdais pacientai sužino apie gydymo įstaigose teikiamas socialinių darbuotojų paslaugas ir kokiais būdais jie sulaukia jo pagalbos. Šios kategorijos turinį papildo 5 subkategorijos:

neformalus kreipimasis, pacientai kreipiasi patys, formalus prašymas, socialinis darbuotojas pats pastebi, kitų komandos specialistų informavimas (11 pav.)



11 pav. Patekimo pas socialinį darbuotoją būdų kategorija

Tyrime dalyvavę socialiniai darbuotojai pirmiausia atskleidė, kad pacientai socialinio darbuotojo pagalbos sulaukia per artimus žmones, pažįstamus ir kt. suinteresuotus fizinius asmenis, kurie siekdami padėti bėdos ištiktam žmogui kreipiasi prašydami pagalbos, t.y. **neformalus kreipimasis**:

„<...>ateina šeimos nariai ir prašo pagalbos, kad nesusitvarko su tuo žmogumi, tai tada jį paklibini, ne kartą per kaimynus, namo pirmininką sužinai, kad reikia pagalbos (2)“.

Informantai taip pat pasidalino patirtimi, kad **pacientai kreipiasi patys** kai jiems reikalinga socialinio darbuotojo pagalba. Asmenys, kurie yra prisirašę prie gydymo įstaigos arba yra hospitalizuoti, dalyvauja reabilitacijos programoje, gali savanoriškai esant reikalui kreiptis pagalbos pas socialinį darbuotoją įvairiais klausimais. Jie patys susiranda informaciją apie socialinio darbuotojo teikiamas paslaugas SPĮ arba sužino apie jas iš kitų pacientų.

“<...> pas mane pagrindė vyrai, tai sunkiau. Kolegė dirba su moterimis, ten jos turbūt labiau pasižneka, tai informaciją perduoda viena per kitą (5)”. „Informacija apie socialinių darbuotojų paslaugas yra iškabinta ligoninės stenduose, taip pat dabar informacija pakabinama ir poliklinikoje (5). “Sužino pacientai <...> vieni iš kitų daugiausia, vieni per kitus, tai čia yra labiau paplitus šito darbo sklaida (3)“.

Interviu dalyviai išskirdami pagrindinius patekimo pas socialinį darbuotoją būdus paaiškino, kad jų darbe egzistuoja „**formalus prašymas**“ – kitos įstaigos kreipimasis dėl socialinio darbuotojo paslaugų poreikio, pavyzdžiui kai įsikiša teismas ar kitos institucijos (pavyzdžiui, policija, Vaiko teisių apsaugos tarnyba). Sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai dirba su teismo nutartimi įpareigotais priverstinai gydytis ar kitų įstaigų nukreiptais gydytis/konsultuotis asmenimis. Tuomet pagal sveikatos priežiūros įstaigoje galiojančias tam tikras procedūras socialiniai darbuotojai privalo atlikti savo funkcijas:

„<...>įpareigoja gydytis teismas kai būna priverstinis gydymas tai turi lankytis pas socialinį darbuotoją du kartus per mėnesį, nukreipia pas mus probacijos įstaiga, tai irgi reikia kontroliuoti dėl narkotinių medžiagų vartojimo ir alkoholio, policija, atsiunčia VTAT, kad gydytųsi jei nori susigrąžinti vaikus ir pan. (3)“.

Iš informantų pasisakymų padaryta išvalga, kad stacionariose sveikatos priežiūros įstaigose **socialinis darbuotojas pastebi žmones**, kuriems reikia pagalbos vaikščiodami po palatas. Atlikdami pirmines konsultacijas informuoja pacientus apie socialinio darbuotojo paslaugas, kokiais klausimais gali padėti, padrąsina esant reikalui kreiptis pagalbos. Pacientai tampa socialinio darbuotojo klientais esant bendrai prevencijos, gydymo ar reabilitacijos tvarkai, kur pacientas turi kontaktą su visais tarpdisciplininės komandos specialistais. Tokiu būdu sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai gali sulaukti reikiamos socialinio darbuotojo pagalbos, nes ne visi žmonės yra pajėgūs pripažinti, kad reikalinga socialinio darbuotojo intervencija.

“<...>neseniai pradėjome vaikščioti po palatas, nes yra žmonių, kurie nedrįsta kreiptis. Kaip ir visi specialistai einame į palatas, ligonis gali pasikviesti specialistus (1)”.

“<...> kiekvienam pacientui yra skirti specialistai su kuriais jis turi susipažinti. Ir įeina į tą gydymo paketą socialinis darbuotojas, kur socialinio darbuotojo konsultacijos yra privalomos. Per 10 d.d. priklauso dvi konsultacijos ir jos yra privalomos. Ir tada socialinis darbuotojas ateina pas pacientą, su juo susipažįsta, prisistato. Socialinis darbuotojas tada iškart informuoja, kad mes tokiais ir tokiais klausimais jums galime padėti, taip pat informuojame ir artimuosius, kokių dokumentų reikia, ką mes darysime, kaip mes padėsime, kaip mes dirbsime (4)”.

Komandos specialistų informavimas. Analizuojant informaciją pastebėta, kad SPĮ paslaugų vartotojai socialinio darbuotojo pagalbos gali sulaukti kitų sveikatos priežiūros specialistų dėka. Medicinos personalas nėra pajėgus arba kompetentingas spręsti asmens socialines problemas arba reikalinga kita socialinio darbuotojo teikiama paslauga. Sveikatos priežiūros komandoje dirba įvairių sričių gydytojai, slaugytojai ir kiti specialistai, kurie kontakto su pacientu metu gali pastebėti įvairias problemas ir apie tai pranešti socialiniam darbuotojui arba paraginti pacientą pačiam kreiptis pagalbos pas minėtą specialistą.

“<...>informuoja kiti specialistai, kad kažkam reikia mūsų pagalbos (5), “<...> medikai informuoja, kad yra toks socialinis darbuotojas (6)”. “Apie socialinio darbuotojo poreikį informuoja mus gydytojas, kad reikia kažkokios pagalbos. Iškviečia į skyrius. Taip pat medikai pasako pacientams, kad vertėtų apsilankyti pas socialinį darbuotoją, nukreipia šeimos narius (2)”.

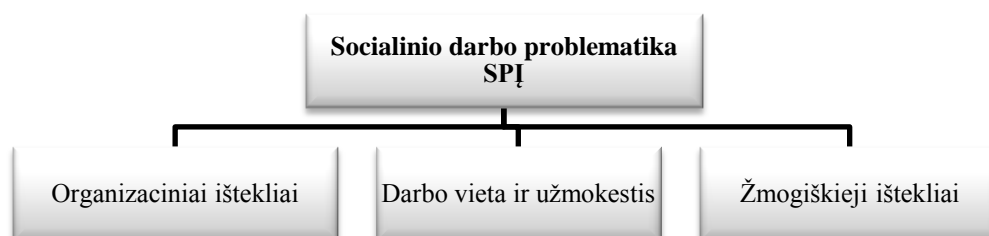
Kaip parodė tyrimo rezultatai, gydymo įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai paslaugas teikia visiems pacientams be išimties ir yra pasiekiami įvairiais būdais. Mokslinėje literatūroje taip pat yra išskiriami penki pagrindiniai keliai, kuriais pacientas patenka pas socialinį darbuotoją: bendra įstaigos tvarka, sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojų nukreipimu, kitų įstaigų darbuotojų nukreipimu, pacientas kreipiasi asmeniškai (Gobierno de Canarias, 2004). Socialinių darbuotojų praktikoje dažnai pacientai sulaukia socialinio darbuotojo pagalbos tuomet, kai artimiausios aplinkos žmonės (šeimos nariai, draugai ir kt.) ieško būdų kaip padėti artimui (Rosenberg, 2009).

Atlikto tyrimo metu gauti rezultatai atspindi socialinių darbuotojų patirtį, kuri atskleidžia tik jau pasinaudojusį socialinio darbuotojo paslaugomis pacientų situacijas.

Lietuvoje socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose nėra įprastas reiškinys ir vis dar stinga informacijos apie socialinio darbo profesiją. Panašias tendencijas atskleidė A. Petrauskienė ir V. Zabelienė (2011), atliktas mokslininkų tyrimas parodė informacijos apie socialinių darbuotojų teikiamas paslaugas psichikos sveikatos priežiūros institucijoje sklaidos ribotumus. Mačiulis ir kt. (2012) pastebi, kad pacientai ne viską žino apie paslaugų teikimo galimybes, eiliškumą, priklausomumą nuo jų sveikatos būklės ir pabrėžia, kad specialistai tiek pacientams, tiek jų artimiesiems turėtų suteikti daugiau informacijos apie paslaugų teikimo ypatumus sveikatos priežiūros įstaigoje.

Sveikatos priežiūros įstaigose informacijos sklaida apie socialinio darbuotojo teikiamas paslaugas yra problematiška, todėl sukonkretinti šio tyrimo rezultatai gali būti naudojami kaip informacinė priemonė apie socialinio darbuotojo paslaugų prieinamumą sveikatos priežiūros srityje.

Kaip jau buvo minėta, socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose yra pakankamai naujas reiškinys mūsų šalyje todėl suprantama, kad socialiniai darbuotojai savo darbe susiduria su įvairiausiomis problemomis. Siekiant atskleisti socialinio darbo problemas sveikatos priežiūros įstaigose, interviu metu socialiniams darbuotojams buvo užduotas klausimas „*Su kokiomis problemomis susiduriate dirbdama socialinį darbą savo institucijoje?*“ Atsižvelgiant į tyrimo rezultatus, kategorijoje „**Socialinio darbo sveikatos priežiūros įstaigose problematika**“ buvo išskirtos 3 subkategorijos: *organizaciniai ištekliai, darbo vieta ir užmokestis bei žmogiškieji ištekliai* (12 pav.).



12 pav. Socialinio darbo sveikatos priežiūros įstaigoje problematikos kategorija

Sveikatos priežiūros srityje dirbantys socialiniai darbuotojai pirmiausia išvelgia *organizacinių išteklių problematiką*. Informantų nuomone sveikatos priežiūros įstaigose trūksta socialinių darbuotojų etatų: “ <...> dideli krūviai, nes tenka dirbti po visą lignonę. Manau reikėtų skyriams turėti savo socialinius darbuotojus, nes dabar dirbi slaugoje ir dar kviečia kitur. Dažnai lieka nepabaigtų darbų, nes pacientai išrašomi, tada reikalinga, kad šis ateitų arba nukreipti, bet tai užima papildomai laiko (2). Dėl didelių darbo krūvių ir nepakankamų socialinių darbuotojų resursų kyla paslaugų pacientams prieinamumo problema (Petrauskienė, 2011). Remiantis V. Mačiulio ir kt. (2012) atlikto tyrimo, Respublikinėje Vilniaus psichiatrinėje

ligoninėje teikiamų paslaugų kokybės, specialistų bei aplinkos pritaikymo ir psichologinio įstaigos klimato vertinimas, atsižvelgiant į pacientų ir ligoninės darbuotojų nuomonę, duomenimis – pacientai nėra patenkinti socialinių problemų sprendimo savalaikiškumu. Vadinas, sumažėjusios galimybės gauti socialines paslaugas turi įtakos paciento sveikatos būklei, nes žmogaus sveikata yra glaudžiai susijusi su įvairiomis socialinėmis problemomis,

Dar viena aktuali problema susijusi su per dideliu darbo krūviu, tai rizika patirti perdegimo sindromą. Socialiniai darbuotojai, dirbantys sveikatos priežiūros srityje, išgyvena daug stresų, nes kasdieninėje veikloje susiduria su sunkiai sprendžiamais klausimais – narkotikų vartojimu, ŽIV, onkologiniais susirgimais, mirštančiais ligoniais ir kitomis problemomis (Rosenberg, 2009). Būtent viena iš padidėjusio streso priežasčių ir yra per didelis darbo krūvis.

Interviu analizės metu išryškėjo kita **organizacinė problema**, jog socialiniai darbuotojai negali dirbti savo tiesioginio darbo dėl kitų darbų, nesusijusių su socialiniu darbu, primetimo: „socialiniai darbuotojai turėtų būti visose medicinos įstaigose ir atliktų savo tiesioginį darbą, o ne kaip kuriose, kur dirba socialiniai darbuotojai, tai dirba registratoriais, nes teigia, kad mums jų nereikia (4)“. Žmogaus sveikatai įtaką daro biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai, tačiau remiantis informantų patirtimi galima daryti išvadą, kad sveikatos priežiūros įstaigose vis dar nėra įprasta pasinaudoti socialinio darbuotojo pagalba, o tiesiog nukeliamas tiesiausiai – medicininės srities problemų sprendimo kelias. Esant tokiai situacijai nukentima pacientas, kuris negali gauti visų jam reikalingų paslaugų, o tuo pačiu ir visa sveikatos priežiūros kokybė.

Vertinant situaciją, susijusią su socialinio darbo problematika SPI, išvelgta, jog informantams yra itin opios **darbo vietos ir užmokesčio** problemos. Tyrime dalyvavę socialiniai darbuotojai nurodė, kad vienoje patalpoje dirba keli specialistai: „<...> susiduriame su darbo vietos problema, nes pas mus kabinete kaip ir matėte sėdime tryse: du socialiniai darbuotojai ir psichologė (5)“. Viena socialinė darbuotoja teigė, kad jos kabinetas yra sunkiai pasiekiamas pacientams: „esame įsikūrę rūsyje, žmonėms sunku mus rasti <...>“. Interviu metu informantai aiškiai pabrėžė darbo užmokesčio problemą: „kyla problemų kai kyla socialinio darbuotojo alga, tai mes prie medikų, o kai kelia medikams tai mes socialiniai darbuotojai, taip tie atlyginimai ir nekyla...(1)“. Sveikatos priežiūros politiką formuoja Sveikatos apsaugos ministerija, o sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai – pavaldūs Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai. Tyrimo metu gauti rezultatai leidžia daryti prielaidą, kad sveikatos priežiūros įstaigų administracija siekdama išvengti socialinių darbuotojų atlygio didinimo manipuliuoja tokia situacija.

Socialinių darbuotojų darbo užmokestis yra vienas mažiausių, todėl ši problema aktuali visoje Lietuvoje, nes už esamus darbo krūvius, keliamus aukštus profesinius ir kompetencijos reikalavimus, atlygis už darbą yra nepagrįstai žemas. Nuo 2012 m. sausio 1 d. Vyriausybės

priimtu nutarimu buvo nuspręsta socialinių darbuotojų darbo užmokestį pakelti 10 procentų (Lietuvos valstybės tarnautojų profesinė sąjunga, 2011). Remiantis Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, iki šio laiko vidutinis tarnybinis socialinio darbuotojo atlyginimas neatskaičius mokesčių buvo 1445 litai, tuo tarpu vidutinis Lietuvos gyventojų mėnesio uždarbis siekė 2107 litus.

Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, jų teikimo bei apmokėjimo tvarkos ir psichikos sveikatos centro pavyzdinių įstatų bei specialistų veiklos įstatyme (1999) reglamentuojami PSC darbuotojų metinė teikiamų paslaugų vienam gyventojui bazinė kaina: gydytojo psichiatro – 1,1 lt, medicinos psichologo – 0,9 lt, slaugytojo – 0,6 lt ir socialinio darbuotojo – 0,5 lt. Remiantis minėtu Sveikatos apsaugos ministerijos įstatymu, kuriame nustatyta socialinio darbuotojo paslaugų bazinė kaina bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pateiktais duomenimis apie vidutinį socialinių darbuotojų darbo užmokestį, galima teigti, kad informantai pagrįstai kelia darbo užmokesčio problemą. Tiek visoje darbo rinkoje, tiek ir atskirai kalbant apie sveikatos priežiūrą – atlygis už socialinį darbą yra mažas.

Socialinis darbas, istoriškai ir tradiciškai, visada buvo sritis neatsiejama nuo gailėstingumo, altruistinės pagalbos artimam (Žalimienė, 2003). Kaip teigia C. Alonso (2006), dar ir šiandien išlieka pakankamai ryškus požiūris, kad socialinis darbas yra labiau savanoriška ir labdaringa, o ne profesionali veikla. Gal būt, dėl tokio socialinio darbo profesijos vertinimo sunku kalbėti apie deramą socialinio darbuotojo paslaugų apmokėjimą. Kita vertus, ilgą laiką socialiniais darbuotojais dirbo nekvalifikuoti, socialinio darbo išsilavinimo neturintys įvairių specialybių atstovai, dėl ko ir nebuvo pagrindo nustatyti didesnius darbo užmokesčius. Pagal 2006 m. sausio 19 d. priimtą nutarimą Nr. X-493 Socialinių paslaugų įstatymą, nuo 2011 m. socialinio darbuotojo profesinės veiklos reikalavimai buvo sugriežtinti. Šiuo įstatymu pažymima, kad dirbti socialiniu darbuotoju po 2011 m. liepos 1 d. turės teisę tie asmenys, kurie turi įgiję aukštąjį universitetinį/koleginį socialinio darbo ar jam prilygintą išsilavinimą. Įstatyme numatytas pereinamasis laikotarpis, kad jeigu per 5 metus nuo įstatymo įsigaliojimo asmuo neįgyja reikiamo išsilavinimo jis netenka teisės eiti socialinio darbuotojo pareigų.

Lietuvos vyriausybė, siekdama pagerinti socialinių darbuotojų padėtį, 2008 m. priėmė nutarimą „Dėl ilgalaikės socialinį darbą dirbančiųjų darbo užmokesčio didinimo ir socialinių garantijų gerinimo 2008 – 2011 metų programos“, kurios pagrindinis tikslas yra kelti socialinį darbą dirbančiųjų darbo užmokestį, gerinti jų darbo sąlygas, skatinant kelti kvalifikaciją bei didinti socialinio darbo prestižą visuomenėje (Žin., 2008, Nr. 53-1968). 2009 m. LR Vyriausybė rugpjūčio 26 d. nutarimu Nr. 959 minėtą 2008 m. nutarimą atidėjo iki 2012 m. (Žin., 2009, Nr. 107-4478). Tačiau tyrimo metu socialiniai darbuotojai, dirbantys sveikatos priežiūros įstaigose, darbo užmokesčio ir darbo sąlygų pasikeitimų ir jų pagerėjimo nepaminėjo.

Tyrimo metu buvo atskleista **žmogiškųjų išteklių problematika**, kuomet socialinio darbo reikšmė sveikatos priežiūros įstaigose sumenkinama, o galimybė pasinaudoti socialinio darbuotojo pagalba neišnaudojama:

„Gydytojai vis dar per daug kišasi ne į savo darbą ir sako, kad neturi laiko. Tegul pasitelkia mus, o ne bijo kažko ir negalvoja, kad mes niekam nereikalingi (3)“.

„Šeimos gydytojai labai vangiai dirba su socialiniais darbuotojais, dėl to nukenčia patys žmonės. Spręsti daug problemų būtų galima poliklinikose, kad socialiniai darbuotojai dirbtų savo tiesioginį darbą, jam leistų tai daryti, tai tikrai būtų mažiau nesusipratimų ir problemų (5)“.

C. Alonso (2006) manymu, nekyla abejonių, kad medicina atlieka svarbiausią vaidmenį atkuriant fizines žmogaus funkcijas, tačiau tai nėra svarbiausias sveikatą veikiantis veiksnys, todėl sveikatos priežiūra suvokiama kaip bendra įvairių sričių (medicininės, socialinės, psichologinės) specialistų veikla. Šiuo atveju, socialinio darbuotojo veiklos sritis – paciento socialinės būties aspektai, o mediko – ligos diagnozavimas ir jos gydymas. Vadinasi, sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys specialistai siekdami geriausių rezultatų turi ne tik veikti savo kompetencijų ribose, bet ir glaudžiai bendradarbiauti (Bendrasis aprėpties memorandumas, 2003).

Kai kurie tiriamieji akcentavo žmogiškųjų išteklių problemas, kurios kyla dėl priklausymo skirtingoms ministerijoms: *„<...>reikia nepamiršti, kad mes priklausome SADM, o dirbame SAM pavaldžiose įstaigose, o tai kelia tikrą nesusikalbėjimą ir mūsų nepilnavertį pripažinimą (2)“.* Socialiniai darbuotojai yra pavaldūs Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai, tačiau dirba Sveikatos apsaugos ministerijai priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose. Nors socialiniai darbuotojai sveikatos priežiūros įstaigose darbuojasi beveik nuo pat Lietuvos nepriklausomybės atkūrimo, tačiau tyrimo metu gauti rezultatai atskleidžia, jog informantai išvelgia „tarpministerinio dialogo“ problemą dėl jų esamos padėties. Dar 2003 metais pasirašytame Bendrosios aprėpties memorandume, įvertinat sveikatos apsaugą, pabrėžiama, kad teikiant sveikatos priežiūros paslaugas nepakankamai koordinuojama sveikatos apsaugos ir socialinių darbuotojų veikla.

Lietuvoje sveikatos ir socialinę sistemą reglamentuoja skirtingi teisės aktai, tačiau kai kuriuose viena sistemą reglamentuojančiuose teisės aktuose įtraukti kitos sistemos elementai: LR Sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatai (1999), Socialinių paslaugų įstatymas (2006), Neįgalųjų socialinės integracijos įstatymas (2004), LR Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995), Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas (2007), Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašas (2012) ir kt. Šiuose teisiniuose dokumentuose akcentuojama tarpdisciplininės komandos svarba, aprašyti komandinio darbo

reikalavimai, specialistų kvalifikaciniai reikalavimai, jų veikla, funkcijos ir pan., tačiau vis dar pasigendama socialinio darbuotojo profesijos, sveikatos priežiūros įstaigose pripažinimo.

Socialinis darbas yra reikšmingas sveikatos priežiūros sričiai, tačiau medikams sunku suvokti, kad socialinio darbuotojo veikla yra savarankiška. Tarpdisciplininis darbas yra įtemtas procesas, nes bendram tikslui siekti susitinka skirtingų specialybių atstovai – medicininių ir socialinių paslaugų teikėjai – medikai ir socialiniai darbuotojai (Večkienė ir kt., 2011). Tikslas yra aiškus – saugoti neribotą žmogaus vertybę sveikatą, tačiau tiek vieni, tiek ir kiti turi savo supratimą kaip tai reikia daryti. Anot E. Trullenque (2010), ne vienodą požiūrį į tam tikrus reiškinius lėmė profesinių tradicijų, vertybių, žinių, praktikoje taikomų teorinių modelių ir metodų skirtumai. Medikai ir socialiniai darbuotojai skirtingai mato realybę, nes jie atstovauja skirtingas mokyklas ir įvairias institucijas, taip pat remiasi skirtingomis politinėmis ir socialinėmis ideologijomis. Siekiant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir jų veiksmingumo, reikalinga siekti medicininių ir socialinių paslaugų integracijos jas derinant ir koordinuojant. Skirtingų disciplinų bendra veikla įmanoma tik radus bendro darbo metodus ir modelį, jungiant skirtingas žinias ir pritaikius įvairias technikas. Kaip teigia P. Večkienė ir kt. (2011), problema yra tame, kad organizacijų veikla keičiasi žymiai lėčiau nei individuali veikla, nes trikdžių esama ne tik specialistų tarpe, bet ir sveikatos priežiūros institucijų bei teisinės bazės lygmenyse.

Kaip parodė tyrimas, sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai susiduria su *per didelio darbo krūvio, netinkamos darbo vietos ir per mažo darbo užmokesčio problema*. Informantai pabrėžė, kad *socialinio darbo profesija yra nuvertinama ir daugiau orientuojamasi į medicininių paslaugų teikimą*. Tyrimo metu paaiškėjo, kad *problemų kyla ir dėl neaiškumų politiniame lygmenyje*. Kaip teigia C. Alonso (2006), socialiniai darbuotojai sveikatos priežiūros srityje yra tik „svečiai“, čia medicininis personalas turi daugiau privilegijų, vis dar jaučiama hegemonija socialinio darbo atžvilgiu. Tačiau tokia situacija stebinti neturėtų, nes medicina turtinga savo istorija, turi savo galias tradicijas ir mediko profesija aukštai vertinama visuomenėje. Socialinis darbas atvirksčiai – nauja profesija, dar nespėjusi pelnyti savo pripažinimo ir nėra išplėtotą sveikatos priežiūros srityje. Todėl ir formuojant sveikatos priežiūros politiką, ir veikiant organizaciniu lygmeniu, reikia įrodinėti socialinio darbo profesijos svarbą.

2.2.2 Komandinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose

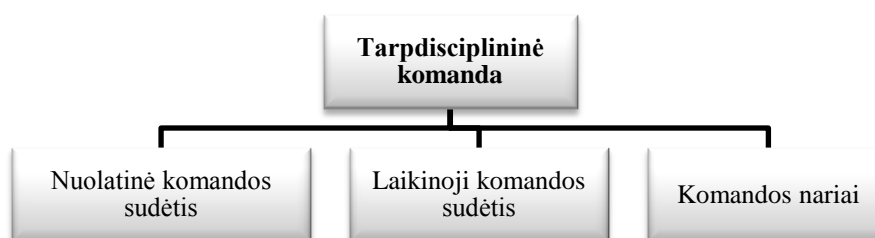
Holistinis požiūris į sveikatą, kad žmogaus fizinė, psichinė ir socialinė būklė yra glaudžiai tarpusavyje susijusios, diktuoja būtinybę sveikatos priežiūros paslaugas teikti kompleksiskai. Siekiant išspręsti sergančių žmonių ne tik fizines, bet ir psichologines bei socialines problemas reikia sutelkti įvairių šių specialistų jėgas ir jas nukreipti komandinei

veiklai (Petrauskienė, 2011; Vaicekauskienė, Jankūnienė 2009). Tarpdisciplininė specialistų komanda teikia sveikatos priežiūros paslaugas, o socialinis darbas yra šios komandos dalis.

Remiantis funkcionalistiniu požiūriu sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią tarpdisciplininę komandą galima būtų suvokti kaip organizmą, sudarytą iš daugelio dalių: medicininės, socialinės ir psichologinės. Kiekviena komandos dalis atlieka savo funkcijas ir tuo pačiu daro įtaką visos sistemos (komandos) funkcionavimui. Todėl siekiama atskleisti SPI komandos, kaip tam tikros sistemos, veiklą per socialinių darbuotojų patirtį.

Atlikus tyrimo duomenų analizę, buvo išskirtos 3 kategorijos: *SPI komandos sudėtis, komandinio darbo aspektai bei socialinio darbuotojo vaidmuo komandoje.*

Pirmąją kategoriją „**Tarpdisciplininė komanda**“ sudaro 3 subkategorijas: *nuolatinė komandos sudėtis, laikinoji komandos sudėtis ir komandos nariai* (13 pav.).



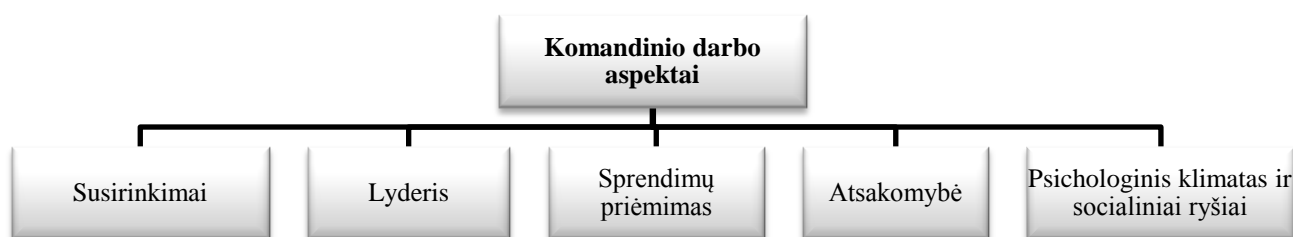
13 pav. Tarpdisciplininės komandos sudėties kategorija

Analizuojant tarpdisciplininės komandos sudėtį išryškėjo **nuolatinės komandos sudėtis**, kuri parodo, kad nuolatinę komandą sudaro visi be išimties įstaigoje arba tam tikrame skyriuje nuolatos dirbantys specialistai: „*gydytojai, slaugos personalas, socialiniai darbuotojai, psichologai, masažistai, kineziterapeutai, administracinis personalas ir pan. (6)*“. Analizuojant tyrimo medžiagą pastebėta, kad sveikatos priežiūros įstaigoms yra būdingos tik tam tikrą laiką egzistuojančios komandos – **laikinos komandos**, o jų sudėtis priklauso nuo susirgimo pobūdžio ir reikiamų paslaugų poreikio pacientui: „*Mūsų komanda gana didelė: gydytojas, med. sesuo, slaugytojai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, logoterapeutai, psichologas, socialinis darbuotojas. Nesakau, kad visada šių specialistų reikia, kartais priklausomai nuo situacijos gali reikėti dviejų ar trijų, kitą kartą visų, dar kitą kartą kitų (1)*“. Vienos iš pirmųjų komandų Lietuvoje, į kurių sudėtį įeina socialiniai darbuotojai, buvo suburtos sveikatos priežiūros įstaigose (Varžinskienė, Rudzevičiūtė, 2009). Kurios srities specialistai sudarys sveikatos priežiūros įstaigos komandą lemia ne tik paciento sveikatos problemų pobūdis. Sveikatos priežiūros įstaigose komandos gali būti telkiamos ir bendram darbui, kurio negali atlikti vienas specialistas: atstovauti organizacijai, spręsti susidariusias problemas, atlikti tam tikras užduotis ar teikti paslaugas, siekiant parengti projektus ir kt. (Atwal, Smith, 2009).

Interviu metu socialiniai darbuotojai nurodė: „*daug dirbame kartu su pačiais pacientais ir šeimos nariais (2)*“, todėl galima teigti, kad pacientus ir jų šeimos narius informantai laiko SPI komandų nariais. Dažna socialinės nelygybės priežastis yra ta, kad žmonės išstumiami iš visuomenės, nušalinami nuo dalyvavimo diskusijose ir sprendimų priėmimo, tuo paneigiama jų savigarba ir orumas. Šiuo atveju socialiniai darbuotojai pacientą traktuoja kaip komandos narį, todėl galima tikėtis, kad jie dalyvauja visame pagalbos procese ir sprendimų priėmime: „*<...>be jų pačių pacientų noro ir pagalbos, be artimųjų nieko mes nei vienas negalėtume padaryti – rankos surištos (4)*“. Kaip teigia E. Trullenquem (2010), sveikatos priežiūra – ne vienos srities žinovų, o įvairius požiūrius, skirtingas kompetencijas galinčių derinti specialistų veikla. Vis dėl to, net ir geriausiems specialistams dirbant kartu, paciento vaidmuo turi lemiamos reikšmės viso proceso sėkmei. N. Žemaitienės ir kt. (2011) nuomone, svarbu nepamiršti, kad sveikatos paslaugos remiasi autonomijos (paciento pasirinkimo) principu, todėl asmuo turintis sveikatos sutrikimų yra svarbus komandos narys. Tik bendroje sąveikoje su pacientu siekiant tikslo įmanoma patenkinti visus jo sveikatos priežiūros poreikius. N. P. Večkienė ir kt. (2011) akcentuoja, kad laikantis psichosocialinio sveikatos priežiūros požiūrio pacientas yra aktyvus ir pilnavertis komandos narys, tačiau praktika rodo, kad to nėra.

Kategorijos „**SPI komandos**“ turinys ne tik atskleidžia, kad sveikatos priežiūros įstaigose egzistuoja dviejų sudėčių komandos, t.y. *nuolatinė komanda* ir *laikinoji*, bet ir kokie nariai, sudaro SPI komandą, t.y. **komandos narių** sudėtis priklauso nuo paciento poreikių ir jo biopsichosocialinės būklės. Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad dažniausiai *gydymo komandą sudaro tokie jos nariai*: gydantis gydytojas, slaugytojas, socialinis darbuotojas, psichologas, logopedas, ergoterapeutas, kineziterapeutas. V. Mačiulis ir kt. (2012) akcentuoja, kad dirbant įvairių sričių specialistams neapsiribojama medicininėmis paslaugomis, laikomasi holistinio požiūrio į paciento sveikatą.

Socialinių darbuotojų interviu leido atskleisti organizacinius ir psichologinius komandinio darbo aspektus sveikatos priežiūros įstaigose. Kategorijos „**Komandinio darbo aspektai SPI**“ raišką atspindi išskirtų subkategorijų: *susirinkimai, lyderis, sprendimų priėmimas, atsakomybė, psichologinis klimatas ir socialiniai ryšiai*, turinys (14 pav.).



14 pav. Komandinio darbo aspektų kategorija

Atkreipiant dėmesį į **komandos narių susirinkimus**, paaiškėjo, kad sveikatos priežiūros įstaigų specialistų komandų, kuriose dirba socialiniai darbuotojai, susitikimai nėra reguliarūs. Susitikimai vyksta darbo dienos pradžioje, dienos eigoje arba po darbo: „<...> būna rytiniai susirinkimai, ne visada kažkuo išsiskiriantys, bet informacijai perduoti tai labai padeda (2)“; „Dienos eigoje visi užsiėmę, kažką daro, būna, kad kurio kolegos per visą dieną nematai, susirinkimai nereguliarūs darbo metu arba po jo jei reikia tai staigiai susirenkame ir galvojame ką čia daryti (5)“; „Vyksta susirinkimai vieną kartą į mėnesį, tada ateiname pasiruošę. Jo metu sprendžiame kažkokius atveju (2)“; „Su komanda susirenkame į savaitę vieną kartą, o kas dvi savaites analizuojame skirtingus sudėtingus atvejus (4)“. Vienas socialinis darbuotojas teigė, kad „<...>komandos susirinkimai visai nevyksta (3)“. Mokslinės literatūros studija parodė tarpdisciplininės komandos narių susirinkimų svarbumą išsikeliant bendrus tikslus ir numatant uždavinius šiems tikslams pasiekti, t.y. ką komanda turi pasiekti ir koks bus kiekvieno indėlis šio tikslo siekiant. Komanda privalo susitikti pastoviu laiku, susirinkimai turi vykti griežtai suplanavus. Tokių susirinkimų metu komandos veikla organizuojama derinant kiekvieno specialisto vaidmenis, kompetencijas ir galimybes, kad būtų identifikuota ir išspręsta konkreti problema: parenkami tinkami jos nariai, įtraukiami reikiami įvairių sričių specialistai. Komandiniai susirinkimai reikalingi ne tik organizuojant jos darbą, bet ir įvertinant kiekvieną užduoties atlikimą (Barvydienė, Kasiulis, 2005; Vijeikis, Vijeikienė, 2000).

Vienas iš komandinio darbo aspektų yra komandos **lyderis**, kuriuo vienareikšmiškai socialiniai darbuotojai nurodė, jog yra „<...>gydytojas (1,2,3,4,5,6)“. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad sveikatos priežiūros įstaigose dirbanti tarpdisciplininė komanda, tai hierarchinės struktūros neturinti žmonių sąjungą, o jos nariai turėtų dalintis lyderystės vaidmeniu, priklausomai nuo sprendžiamos situacijos. J. Bogdanova ir P. Večkienė (2009) akcentuoja, kad hierarchiniai dalykiniai santykiai trukdo lygiaverčiam komandos narių bendradarbiavimui.

Gauti rezultatai apie tarpdisciplininės komandos lyderį SPI leidžia daryti prielaidą, kad medicinos įstaigose komandinis darbas iki galo nėra įsisąmonintas ir vyrauja medicininis suvokimas apie žmogų ir jo sveikatą. Šią prielaidą patvirtina ir leidžia teigti, kad SPI komandose **sprendimus priima** gydytojai, informantų teiginių pavyzdžiai: „gydytojas ir vadovauja, ir veiklą koordinuoja, ir sprendimus priima, jo žodis pirmas ir paskutinis kalbant apie bet kurį pacientą (3)“, „sprendimus priima tik gydantis gydytojas“ (1). J. Bogdanovos ir P. Večkienės (2009) tyrimas atskleidė panašias tendencijas. Jų manymu Lietuvoje vis dar dominuoja medicininis modelis, grindžiamas hierarchiniu principu, kuris reikalauja, kad gydytojai priimtų sprendimus. A. Petrauskienės (2011) teigimu, gydytojai laikomi pagrindiniais medicininės pagalbos pacientams teikėjais ir tai galima paaiškinti tuo, kad sveikatos priežiūros ir reabilitacijos

institucijose, istoriškai susiklosčius specialistų tarpasmeniniams santykiams, gydytojų vaidmuo buvo labiau vyraujantis, lyginant su kitais specialistais.

Analizuojant turimus duomenis pastebėta, kad **atsakomybę** sveikatos priežiūros komandoje specialistai dalinasi priklausomai nuo savo veiklos ir kompetencijos: „*Atsakomybe dalinamės tie, kurie su tuo atveju dirbo ir pagal savo kompetencijas, nes kiekvienas daro savo darbą (4)*“. Mokslinėje literatūroje taip pat teigiama, kad komandos narių atskaitomybė už veiklą turi būti aiškiai apibrėžta, o atsakomybė prisiimama pagal kompetenciją (Barvydienė, Kasiulis, 2005).

Socialiniai darbuotojai mano, kad tarpdisciplininėje komandoje vyrauja pagarba ir pasitikėjimas, gali sulaukti kolegų pagalbos ir paramos esant reikalui, **psichologinį klimatą ir socialinius ryšius** įvertina teigiamai:

„*Iš komandos sulaukiu ir palaikymo, ir užtarimo, sakyčiau santykiai tikrai šilti. Papuola visko kaip ir dirbant bet kur, bet jaučiuosi pakankamai saugiai (2)*“.

„*Manau, kad kolegos supranta mane ir aš juos, esant reikalui išklausime vieni kitų, būna, kad ir barniuose ar tiesiog diskusijose gimsta tiesa (1)*“.

„*Esame susitarę, kad susirinkimai būtent ir skirti atvirai pasisakyti, kur tikrai laikas ir vieta tam padaryti, nes kur kitur jei ne kartu susirinkus (3)*“.

Mokslinėje literatūroje pabrėžiama, kad bendradarbiavimui plėtoti ypač svarbu tarpusavio pasitikėjimas, neformalus bendravimas, pagarba ir supratimas. Geri santykiai su komandos nariais sukuria svarbų ir potencialiai labai vertingą pagalbos tinklą pacientams (Coppock, Dunn, 2010; Barvydienė, Kasiulis, 2005).

Turinio analizės metu išskirta trečioji kategorija **“Socialinis darbuotojas tarpdisciplininės komandos narys”** atskleidžia SPI socialinių darbuotojų patirtį dirbant komandoje. Ši kategorija buvo suskirstyta į 3 subkategorijas (15 pav.).



15 pav. Socialinio darbuotojo tarpdisciplininės komandos nario kategorija

Analizuojant tyrimo metu gautus duomenis išryškėjo **socialinio darbuotojo vaidmens aiškumo** problema, kuri parodė, kad ne visiems sveikatos priežiūros specialistams yra aiškus socialinio darbuotojo vaidmuo komandoje: „*kai kuriems specialistams aiški, daugiau kur*

dirbame kartu: psichologas, kineziterapeutai, taip pat jauni gydytojai supranta kam mes esame, o su vyresniais sunkiau, nes jie nesupranta kam mes reikalingi (5)“, „<...> kasdieninėje veikloje kyla nesusipratimų (1)“. Nors socialinio darbuotojo veikla apibrėžiama pareiginėse instrukcijose, tačiau kasdieninėje veikloje susiduriama su problema, kad medicininis personalas ne visada žino kada reikalinga socialinio darbuotojo pagalba ir ja nepasinaudoja. Todėl galima būtų daryti išvaidą, kad dėl tokios situacijos pacientai ne visada gali gauti reikiamą pagalbą ir paslaugas. V. Vaicekauskienės ir I. Jankūnienės (2009) tyrimas atskleidė, kad daugumai SPI specialistų trūksta informacijos apie socialinio darbuotojo galimybes padėti spręsti pacientams išskylančias problemas ir veiklų koordinavimo tarp komandos narių, o dėl tokios situacijos nukenčia pacientai, nes jie negauna socialinių paslaugų, o tuo pačiu ir subalansuotos pilnavertės sveikatos priežiūros.

Analizuojant *socialinio darbuotojo vaidmenis komandoje* paaiškėjo, kad socialinio darbuotojo vaidmuo dažniausiai išryškėja per „*informacijos valdytojo*“ vaidmenį. Socialinis darbuotojas su pacientu palaiko ryšį, koordinuoja veiklą, esant reikalui gali gauti reikalingą informaciją apie pacientą: ligos istorija, anksčiau gautos bei kitur gaunamos paslaugos, socialinė anamnezė ir pan. bei ją pateikti kitiems specialistams, o tuo pačiu informuoti ir pacientus:

„Komandai pateikiu informacijos daugiau apie ligonio aplinką, artimuosius, jų santykius (1)“.

„Komandoje, ta, kurioje aš laikau tikra mano komanda esu daugiau reikalinga dėl informacijos ir kažkokių tai atvejų aptarimo, pacientai išsikalba apie visą savo gyvenimą, nesakau, kad visada tai svarbu, bet kartais prireikia tos informacijos (2)“.

„ <...>kol nebuvo socialinio darbuotojo, kuris mane pavaduotų atostogų metu, negalėjau eiti atostogų ir tada labai pajutome, kad jis labai reikalingas. Nes šis žmogus valdo galima sakyti pagrindinę informaciją, kuri reikalinga pacientui (4)“.

Analizuojant turimą informaciją pastebėtas ir kitas ryškus socialinio darbuotojo profesinis vaidmuo komandoje, tai – *tarpininko* vaidmuo: „<...> *socialinis darbuotojas visada stovi tarp paciento ir kitų specialistų, ir įstaigų, artimųjų, bet gerąją prasme, nes daug tarpininkaujame, kad sulauktų reikiamos pagalbos iš aplinkos (3)“*, „*dirbdamos komandoje su kolege juokiamės, kad reikia turėti vadybininko gyslelę, kad ir vilkas būtų sotus ir avys sveikos (6)“*. Atlikdamas tarpininko vaidmenį, socialinis darbuotojas stengiasi sutvarkyti aplinkybes taip, kad asmuo ir aplinka „surastų“ vienas kitą pagal abipusį poreikį kontaktuoti (Coulshed, Orme, 2006). Taip pasiekiamas didesnis aplinkos jautrumas ir pačių pacientų įgalinimas spręsti problemas.

Norint daugiau sužinoti apie socialinių darbuotojų patirtį dirbant sveikatos priežiūros specialistų komandoje buvo užduotas klausimas: *“Su kokiais sunkumais susiduriate dirbdama medikų apsuptyje?”* Nagrinėjant informantų atsakymus paaiškėjo, kad socialiniai darbuotojai *dirbdami tarpdisciplininėje komandoje* susiduria su įvairiais *sunkumais*. Pirmiausia, jie

nesijaučia įvertintais komandos nariais bei pasigenda pagarbos savo profesijai, nes komandoje darbinė veikla nėra grindžiama pozityviu ir pagarbiniu dalyvavimu:

„komandoje dažniausiai socialinis darbuotojas reikalingas tada kai niekas neišsprendžia to žmogaus problemų, <...>, tai tarsi šiukšlių dėžė į kurią sumetama tai, kas netinkama jau kaip ir niekam (3)“. *„galiu pasakyti, kad socialinis darbuotojas dirba ne su gydytojais, o šalia jų (2)“.*

Interviu eigoje išryškėjo aktuali problema, kad gydymo įstaigose vis dar jaučiama hierarchija: *„esant gydytojui niekada neinu pas pacientą į palatą - jaučiasi ligoninėje hierarchija (5)“.* Kaip teigia, A. Petrauskienė (2011), kolektyve vyraujant hierarchiniams ir formalizuotiems tarpusavio santykiams, socialiniam darbuotojui atlikti savo darbą yra problemiška.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad vyresnio amžiaus gydytojai nėra linkę kartu dirbti su socialiniais darbuotojais ir tik jaunesnis medicinos personalas dirba kartu su socialiniais darbuotojais: *„<...> jau sakiau, kad požiūris į mūsų darbą keičiasi tik su nauja medikų karta <...>(5)“.* Panašias tendencijas atskleidė L. Varžinskienės ir J. Rudzevičiūtės (2006) atliktas tyrimas medicininės reabilitacijos įstaigoje, kad socialinis darbuotojas nepakankamai įtraukiamas į komandinį darbą, o komandos nariai nelaiko socialinio darbuotojo lygiaverčiu komandos nariu.

I.Švedaitės (2007) teigimu, sunkumai su kuriais susiduria SPĮ socialiniai darbuotojai kyla iš gydymo įstaigų personalo ir sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų nežinojimo, ko iš tiesų tikėtis iš socialinio darbo. Dėl socialinio darbo profesijos naujumo ir informacijos apie socialinio darbuotojo paslaugas trūkumo, su šia profesija siejami per maži lūkesčiai ir jai keliami per maži reikalavimai, siaurai suprantamas profesinis vaidmuo. Tuo tarpu, A. Petrauskienė (2011) akcentuoja, kad socialinių darbuotojų veikla sveikatos priežiūros įstaigų komandose yra tam tikras iššūkis, nes medicinos įstaigų komandas sudaro aukštesnį profesinį statusą visuomenėje turintys profesionalai. Pasirodo, kad ir patys socialiniai darbuotojai savo profesinį statusą vertina kaip žemą ir nekelia didelių reikalavimų savo kolegoms (Varžinskienė, 2008).

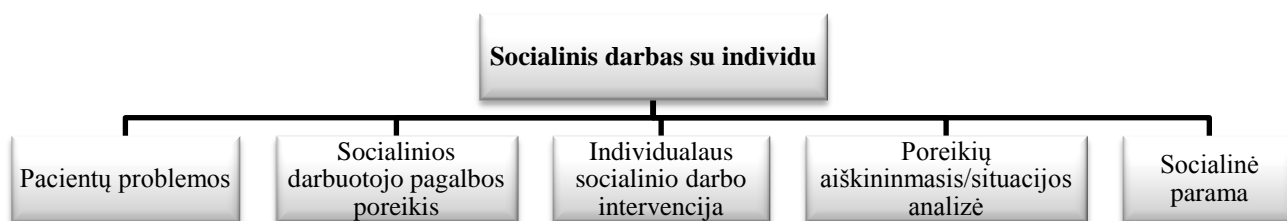
Tyrimo rezultatai atskleidė, kad socialiniams darbuotojams įsitvirtinti medikų komandose yra pakankamai sudėtinga. V. Petrauskienė (2007) akcentuoja, kad juntama tarpdisciplininio komandinio darbo stoka. Grįžtant prie funkcionalistinio požiūrio galima teigti, kad SPĮ komandos negali normaliai veikti (funkcionuoti), nes socialiniai darbuotojai negali pilnai atlikti savo funkcijų (vaidmenų). Vis dėl to, interviu analizės metu pastebėta, kad esama padėtis gerėja dėl atsinaujinančio personalo. Mokslinėje literatūroje nurodoma jog socialiniams darbuotojams įsitvirtinti sveikatos priežiūroje didelę įtaką taip pat turi didėjantis sergančių ir neįgalių žmonių socialinių paslaugų poreikis, vis labiau kreipiamas dėmesys į integruotų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę (Ulianskienė ir kt., 2007).

2.2.3 Socialinio darbo metodai sveikatos priežiūros įstaigose

Mokslinėje literatūroje (Coulshed, Orme, 2006; Gvaldaitė, Švedaitė, 2005; Johnson, 2001) socialinio darbo intervencija paprastai apima darbą su individu (darbas su atveju), šeimomis, grupėmis ir bendruomenėmis. Socialinės pagalbos metodai gali būti įvairūs ir pritaikomi atsižvelgiant į iškylančias problemas, gyvenimo sąlygas, aplinką.

Socialinio darbo metodus sveikatos priežiūros įstaigose atspindi 5 turinio analizės metu išskirtos kategorijos: *socialinis darbas su individu*, *socialinis darbas su šeima*, *socialinis darbas su grupe* ir *socialinis darbas bendruomenėje*.

Sveikatos priežiūros įstaigoje **socialinį darbą su individu** atspindi išskirtų subkategorijų: *pacientų problemas*, *socialinio darbuotojo pagalbos poreikis*, *individualaus socialinio darbo intervencija*, *poreikių aiškinimasis/situacijos analizė*, *socialinė parama*, turinys (16 pav.).



16 pav. Socialinio darbo su individu kategorija

Pacientų problemas. Pokalbio metu apie socialinį darbą su individu, socialiniai darbuotojai pirmiausia pasidalino patirtimi apie problemas ir sunkumus su kuriais susiduria sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai. Informantai pastebi opią problemą, kad sergantys ir neįgalūs žmonės kenčia nuo socialinės atskirties padarinių: <...>*tokio pobūdžio susirgimais sergantys asmenys yra atstumiami mūsų visuomenėje, neturi kur dėtis, sėdi be darbo, namie užsidarę(3).*“ Jie teigė, kad neretai jų pacientams trūksta tiesiog kasdieninio gyvenimo, bendravimo ir kitų įgūdžių: <...>*po ilgo laiko praleisto ligoninėje ir daug metų sergant prarandami kai kurie įgūdžiai, kartais reikia iš naujo mokytis elementarių dalykų ištikus nelaimėi (6).*“ Sergantį žmogų slegiančios problemos kyla ne tik dėl įvairių negalavimų trukdančių funkcionuoti aplinkoje, bet ir dėl to, kad ilgą laiką tenka praleisi gydymo ar reabilitacijos įstaigose. Susirgus keičiasi ne tik galimybės prisitaikyti visuomenėje, bet ir įgūdžiai gyventi savarankiškai (Payne, 2009). Socialinių darbuotojų nuomone, daugybė problemų pacientų tarpe kyla ir dėl nežinojimo, ar tam tikrų žinių trūkumo: „*pacientai dažnai nežino kas jiems priklauso, kur reikia kreiptis, kaip elgtis (1)*“.

Aiškinantis **socialinio darbuotojo pagalbos poreikį** paaiškėjo, kad individualus socialinis darbas gydymo įstaigose pirmiausia remiasi socialinio darbuotojo pagalbos poreikio ankstyvu identifikavimu, t.y. išsiaiškinama ar konkrečiu atveju reikalinga socialinio darbuotojo pagalba: „<...> ne visais atvejais reikia socialinio darbuotojo įsikišimo, bet tuos atvejus kada mūsų reikia stengiamės pastebėti ir pokalbių, vizitų metu paaiškėja kokio specialisto konkrečiai reikia (1)“, „daugiausia bandau pirmiausia pasikalbėti, išsiaiškinti ar reikalinga mano pagalba, padrąsinti, kad visada gali kreiptis, nes žmogus ne visada pasako jei reikia kažkokios tikslios pagalbos, kartais tenka pačiai aiškintis arba iš pradžių griežtai atsisako, bet po kiek laiko kreipiasi <...> (5)“.

Informantų nuomone, **situacijos analizė ir poreikių išsiaiškinimas** yra vienas svarbiausių pagalbos etapų dirbant individualiai, nes nuo jo priklauso, ar paciento poreikiai bus pastebėti, įvertinti ir tenkinami nedelsiant, kai jie iškilo:

„<...> surinkus socialinę anamnezę iš karto matosi kokių paslaugų tam žmogui reikėtų. Kai turi visą informaciją apie žmogų, esama situaciją, jo socialinę aplinką ir matai ko žmogui reikia tada darbas ir prasideda. Kartais reikia numatyti veiksmus į ateitį: kas bus kai jam reikės išvykti ir pan., ko jam tada gali reikėti (4)“.

„tik įsitikinus apie paciento poreikius galima nustatyti ką pirmiausia veiksime ir tada jau veikiame (4)“,

Pacientui patekus į gydymo įstaigą socialiniam darbuotojui svarbu išsiaiškinti kliento patekimo priežastis. Tokia informacija surenkama ne tik iš kitų sričių specialistų, turimų dokumentų, bet ir paciento pasakojimų. Informacija, kuri suteikiama pačio asmens dažnai ne tik patvirtina, bet ir papildo jau turimus duomenis (Spearman, 2005). Mokėjimas „išklausti“ gali padėti geriau suprasti esamą situaciją ir numatyti būsimas veiklas. Kaip teigia A. Petrauskienė (2007), tiksli ir kokybiška informacija reikalinga parengiant gydymo ir/ar reabilitacijos planą atitinkantį paciento poreikius.

Socialinis darbuotojas, kuris nedelsiant tiksliai nustato poreikius bei jų prioritetus ir teikia reikiamą pagalbą, užtikrina geresnį paciento funkcionavimą bei užkerta kelią antriniams socialiniams, psichologiniams ir sveikatos trikdžiams, „laiku pastebėjus ir pašalinus problemas priežastį išsisprendžia ir kiti dalykai ne tik dabar, bet užkerta kelią kitų galimų problemų atsiradimui <...> (3)“, t. y., turi tam tikrą prevencinį pobūdį.

Kaip jau buvo minėta, sergantis žmogus gali susidurti su įvairiomis psichosocialinėmis problemomis, o jų sprendimui reikalinga socialinio darbuotojo intervencija. Kaip parodė tyrimo rezultatai, **individualaus socialinio darbo intervencija** remiasi tuo, kad socialinis darbuotojas palaiko savo klientą, kad jis pats galėtų atrasti ir panaudoti ne tik savo, bet ir socialinio tinklo patirtį kaip išteklius. Dirbdami individualiai socialiniai darbuotojai pacientui padeda atskleisti savo gebėjimus, kurie blokuojami dėl įvairių išgyvenimų: „visi pacientai turi net ir jiems nežinomų stiprybių, gabumų tik svarbu surasti kaip ir duoti galimybę pasireikšti, o tam reikia darbo įdėti su juo (3)“. Socialiniai darbuotojai paminėjo, kad jie kartu su pacientu stengiasi

spřesti iškilusias problemas ir jiems padęti: „*stengiuosi padęti kiek galiu išspręsti kai kuriuos klausimus dar esant ligoninėje, jei nepavyksta būna, kad grįžta arba kitur nukreipi <...> (1), <...> kur yra tarpusavio santykių sunkumų, susidorojant su sunkiai sprendžiamomis problemomis (6)“*. Informantų nuomone, dirbant su individu labai svarbu jam padęti nustatyti savo prioritetus: „*ištikus ligai, daug kas keičiasi, atsiranda tam tikras sąmyšis tiek pas pacientą, tiek šeimoje, todėl svarbu nuraminti, padęti susiorientuoti ir padęti jau tokioje situacijoje esant kada, kur ir kaip reikia daryti, nuo kur pradęti, nes visad sunkiausia būna pradžia (2)“*. Taip pat socialiniai darbuotojai stengiasi kelti savigarbą ir pasitikėjimą: „*<...> būna tas žmogus paskatintas, padedi į problemą pažiūręti iš kito kampo, nes atsisędus į neįgaliojo vęžimęlę žmonęs jau nebetiki savimi ir nuvertina, bet po kiek laiko daug kas pasikeičia ir tada grįžta, padękoja, ryšius palaikom ir iš ligoninės išęjus (4)“*. Būtent socialiniai darbuotojai ieško būdų kaip sulaukti reikamos pagalbos ar atsako į kylančias problemas iš kitų institucijų: „*tiesiog būna vos ne už rankos vediesi kažkur ir darai, kad tą problemą panaikinti (3)“*.

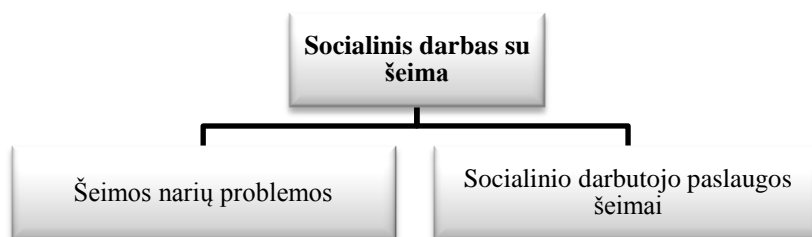
V. Vaicekauskienę ir I. Jankūnienęs (2009) teigimu, socialinis darbuotojas prisideda prie susilpnęjusių žmogaus funkcijų atkūrimo, nustatydamas individualius paciento poreikius, parengdamas pagalbos ir intervencijos planą bei atrasdamas galimybes ir reikalingus išteklius, jis sukuria paciento palaikymo sistemą.

A. Velazquez (2009) individualaus socialinio darbo intervenciją sveikatos priežiūros srityje įvardija kaip *atvejo vadybą*. Būtent šis metodas, autoriaus nuomone, atspindi biopsichosocialinį požiūrį į žmogų ir rekomenduojamas taikyti pacientams, kuriems reikalingos paslaugos iš kelių paslaugų teikęjų. Profesionalus socialinis darbuotojas įvertina paciento poreikius, teikia socialines paslaugas, organizuoja, koordinuoja, stebi ir vertina visą komplektą daugialypių paslaugų, tenkinančių kompleksinius bei specifinius paciento poreikius (NASW, 2005). Socialinio darbo intervencijos metu socialinis darbuotojas formuoja ir stiprina paciento sugebėjimą naudotis egzistuojančia pagalbos sistema, savarankiškai spřesti kylančias problemas (Gvaldaitę, Švedaitę, 2005). Jis tarpininkauja tarp kliento ir kitų specialistų ar įvairias paslaugas bei pagalbą teikiančių organizacijų. Dirbdamas žmonių labui, socialinis darbuotojas, kaip atvejo vadybininkas, siekia kurti bei vystyti teikiančią pagalbą, reikalingas paslaugas ir aprūpinimą būtiniais resursais sistemą (Coulshed, Orme, 2006).

Socialinių darbuotojų interviu atskleidę, kad **socialinio darbuotojo parama** ir bendravimas yra svarbi jų individualaus darbo su pacientu „sudedamoji dalis“: „*dažnai žmogus nedirjsta kreiptis pas gydytoją, jaučia baimę, nepasitikėjimą, bijo medikamentų, ligoninės ir kada turi žmogų tokį patikimą kaip socialinis darbuotojas, (3)“*, „*pacientams padedame pirmiausia bendravimu, tik per jį daug ką sužinome, čia savo skyriuje asmeniškai kiekvieną dieną juos matome ir žinome jų mažas ir dideles będas, manau visos pacientęs žino, kad gali sulaukti paramos visais klausimais (6)*. A. Giddens (2005) ir S. Netleton

(2006) pabrėžia, kad socialinė parama ir bendravimas turi svarbios įtakos sveikatai, taip pat padeda patenkinti emocines žmonių reikmes. D. Myers (2008) taip pat pateikia išvadas, kad socialinė parama turi įtakos pasveikimui bei didesnėms galimybėms pacientui susitvarkyti su savo išgyvenimais.

Kategorijos „**Socialinis darbas su šeima**“ turinys leido atskleisti su kokiomis problemomis susiduria sergančio asmens biologinė šeima ir artimieji bei kokias paslaugas dažniausiai jiems teikia socialinis darbuotojas. Tirta **socialinio darbo su šeima** kategorija buvo suskirstyta 2 subkategorijas (17 pav.)



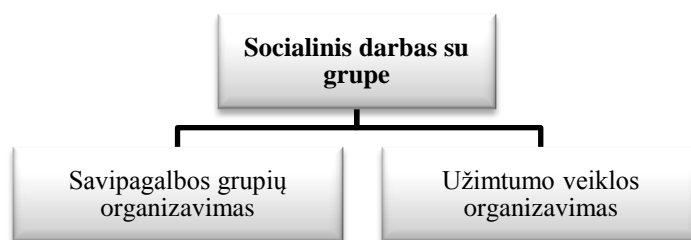
17 pav. Socialinio darbo su šeima kategorija

Šeimos narių problemos. Sergančiojo žmogaus liga turi įtakos ir visiems jį supantiems asmenims. Susirgus artimam žmogui šeimos narius užklumpa rūpesčiai, atsiranda įvairūs jausmai ir abejonės (Davidson J. E. et al., 2007). Informantai akcentavo, kad artimieji dažnai susiduria su elementarių žinių ir informacijos stoka apie ligą – jos diagnozę, simptomus, įvairius gydymo būdus ir prognozes: „*artimiesiems būna sunku suprasti, kad tai yra kažkoks ligos poveikis (6)*“. Jiems trūksta žinių apie sveikatos priežiūros išteklius ir valstybės globos vadybos strategiją: „*Šeimos nariai kreipiasi kai reikia pagalbos pacientui apsitarnauti, dėl slaugos, apgyvendinimo, kompensacinės technikos klausimais, paslaugų į namus, dokumentų dėl slaugų ir kt. (2)*“. Taip pat turi ribotas finansines galimybes: „*<...> dažnai būna dėl išlaidavimo, vis gi pinigai, o kai serga artimas jų reikia visur (5)*“. Gali būti, kad laikinai vienam šeimos nariui reikės apleisti savo darbą arba visai pasitraukti iš darbo rinkos dėl reikalingos priežiūros ligoniui, „*palieka darbus jei reikia vaikus slaugyti, sutuoktinį, būna, kad ir dėl tėvų priežiūros išeina iš darbo (3)*“. Besirūpinant artimuoju mažiau laiko skiriama sau, tenka susitaikyti su globėjo vaidmeniu. Užklupus ligai keičiasi santykiai šeimoje – „*būna nepagarba vieni kitiems, arba perdėtas rūpestis po ligos, tada sakai, kad nors ir tavo vaikas, bet tai irgi asmenybė <...>(3)*“, taip pat šeimos santykis su aplinka, jie gali jausti socialinį susvetimėjimą ir stigmą: „*visada pabrėžiu, kad nereikia to žmogaus uždaryti, slėpti, patariu jį kuo daugiau kur nors vežti, informuoju kur būtų galima nuvažiuoti, sulaukti pagalbos, kad visiems lengviau būtų (4)*.“

Tyrimo metu, socialiniai darbuotojai pirmiausia akcentavo, kad socialinio darbuotojo paslaugos prieinamos visiems šeimos nariams. Jų teigimu: „*pirmojo pokalbio metu išsiaiškinama su kokiomis problemomis šeima susiduria po įvykio ir jei tik galime padedame visiems (5)*“. Respondentai kalbėdami apie **socialinio darbuotojo paslaugas šeimai** paminėjo, kad „*šeimai reikalinga informacija, patarpininkauti, atstovauti (2)*“. Taip pat šeimos nariams reikia „*<...>suteikti žinių, diskutuojama, mokoma kaip spręsti iškilusias problemas (1)*“. Žinių suteikimas skatina dalyvauti aktyviai gydymo procese, mažina sielvartą, sąmyšį ir nerimą. Gerina bendravimą ir tarpusavio santykius. Tada šeimos nariai jaučiasi pajėgūs įveikti ligą arba su ja gyventi (Davidson J. E. et al., 2007). Gautos žinios padeda pažvelgti į situaciją iš šalies, patiem ieškoti pagalbos ir dalyvauti gydymo procese: „*užmezgus kontaktą su šeima kinta jų požiūris, įsitikinimai ir tolesnis elgesys (6)*“.

Socialiniai darbuotojai linkę padėti spręsti ir kasdienes problemas su kuriomis suduria paciento artimieji: „*Kadangi būna dažnai, kad pacientės pažįstam jau daug metų, tai ir jų šeimas žinome labai gerai, todėl jiems kylančias kasdienes problemas sprendžiame, visada stengiamės padėti (6)*“.

Kategorija „**Socialinis darbas su grupe**“ atskleidė, kad sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai praktikuoja darbo su grupe metodą organizuodami savipagalbos grupes ir užimtumo veiklas sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams. Minėta kategorija buvo suskirstyta į subkategorijas: *savipagalbos grupių organizavimas* ir *užimtumo veiklos organizavimas* (18 pav.)



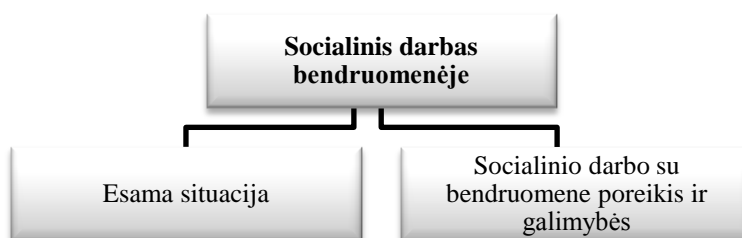
18 pav. Socialinio darbo su grupe kategorija

Atliktas tyrimas parodė, kad kai kurie socialiniai darbuotojai dirbdami sveikatos priežiūros įstaigose **organizuoja ir veda savipagalbos grupes**: „*vedame grupes su psichologu ir gydytoju, grupiniai užsiėmimai vyksta kiekvieną dieną, kur mokomės kasdieninių gyvenimo situacijų, aptariami svarbūs klausimai ir pan. (6)*“. Kaip teigia A. Giddens (2005), žmogus iš prigimties yra linkęs ieškoti į save panašių žmonių, pažįstančių jo gyvenimą ir problemas. Todėl savipagalbos grupės yra ta vieta, kur pacientas gali pasidalinti savo skausmu, išgyvenimais,

sulaukti paramos iš panašiose situacijose esančių žmonių. Likimo draugų patirtis gali padėti susitaikyti su pasikeitusia padėtimi, jausmais, į problemas pažvelgti kitu žvilgsniu.

Viena iš darbo su grupe formų yra užimtumo veiklos organizavimas. Pokalbio metu informantai atskleidė, kad būtent psichikos sveikatos priežiūros įstaigose yra įprasta, kad socialiniai darbuotojai **organizuoja ir veda užimtumo veiklas**: „*organizuojant užimtumą pacientus stengiamės įtraukti į grupinius užsiėmimus, kartu piešia, kuria, klausosi muzikos, geria arbatą ir kiek žinau psichikos sveikatos centrų ir ligoninių, tai turi užimtumo kambarius (3)*“. Siekiant skatinti psichikos neįgaliųjų socialinį, kultūrinį veiklumą bei aktyvumą ir suteikti galimybę gerinti jų gyvenimą. Šios paslaugos pagalba galima kryptingai ir kompetentingai kovoti su psichikos negalia turinčių žmonių socialine atskirtimi, ir kitomis negandomis. Kitose įstaigose dirbantys kolegos išsakė savo planus apie užimtumo veiklų organizavimą savo skyrių pacientams: „*dabar planuojame per savaitę rengti grupines darbines/užimtumo veiklas, daryti kažkokius darbelius, kad būtų kur nukreipti savo mintis, pabendrauti (5)*“. Grupės nariai saugioje ir jaukioje aplinkoje pasidalina savo patirtimi ir problemomis, išgirsta kitų – savo likimo draugų mintis, nuomones jiems aktualiais klausimais, sulaukia emocinio grupės palaikymo. Grupinėje veikloje dalyvaujantys pacientai greičiau patiki savo jėgomis ir atranda naujas galimybes (Berg-Weger, 2010). Įvairių veiklų metu įgyja socialinius, bendravimo įgūdžius, kurie lengvina socialinę adaptaciją, pagerina santykius su artimos aplinkos žmonėmis.

Tyrimas atskleidė, kad sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai savo darbe naudoja individualaus ir grupinio darbo metodus, taip pat dirba su pacientų šeimomis. Išsamių duomenų apie aktyvų socialinį darbą bendruomenėje tyrimo metu gauti nepavyko. Todėl analizuojant kategoriją „**Socialinis darbas bendruomenėje**“ buvo išskirtos šios subkategorijos: *esama situacija* ir *socialinio darbo bendruomenėje poreikis ir galimybės* (19 pav.).



19 pav. Socialinio darbo bendruomenėje kategorija

Kalbant apie socialinių paslaugų teikimą bendruomeniniu lygmeniu *esamos situacijos* analizė parodė, kad socialinis darbas bendruomenėje nėra paplitęs reiškinys teikiant socialines paslaugas gydymo įstaigų paslaugų vartotojams. Tik viena socialinė darbuotoja pabrėžė, kad daugiau bendruomenėje dirbama pirminės psichikos sveikatos priežiūros grandyje –

„dalyvaujant įvairiuose renginiuose, pasikviečia kitos įstaigos kai organizuoja susitikimus, šventes, o vasarą važiuojame į stovyklą (3)“, tokiu būdu neapleidžiamas kultūrinis gyvenimas, susirandama bendraminčių ir pan. Paslaugų teikimas bendruomenėje sudaro pagrindą jų silpniausių narių įgalinimui, stiprina šių asmenų savivertę, pasitikėjimą, suteikia savarankiškumo ir nepriklausomybę (Germanavičius, 2008).

Interviu su informantais metu išryškėjo **socialinio darbo bendruomenėje poreikis ir galimybės**. Reabilitacijos įstaigoje dirbanti socialinė darbuotoja pasidalino patirtimi, kad buvo laikas kai su pacientais galėjo džiaugtis galimybe išvykti už įstaigos ribų, pabūti su kitais bendruomenės nariais. Tokių išvykų poreikis išlieka ir šiandien, tačiau dėl lėšų trūkumo neorganizuojamos: „*anksčiau labai visur važiuodavome, nes tam turėjome pinigų ir tikrai noriai pacientai dalyvaudavo, važiuodavo net apie savo nelaimės papasakoti, susipažinti su kitais, bet dabar viskas nunyko, nėra galimybių, nors poreikis yra didelis, juk visi nori jaustis reikalingi... (1)*“. Kiti informantai negalėjo pasidalinti socialinio darbo bendruomenėje patirtimi, bet pritarė, kad sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams paslaugas reikėtų teikti bendruomeniniu lygmeniu: „*<...> bendruomenė turėtų padėti negalią turinčiam asmeniui“ (6)*. A. Germanavičiaus (2008) nuomone, dėl sveikatos problemų ir ilgalaikės hospitalizacijos apsunkintas asmens įgalinimo – padėti sau pačiam – procesas. Neišplėtotas socialinės reabilitacijos paslaugų tinklas bendruomenėje.

Vienas iš socialinio darbo intervencijos metodų yra socialinis darbas bendruomenėje. Ypač svarbu, kad socialinės paslaugos ir pagalba būtų teikiamos integruotai kartu su sveikatos priežiūros paslaugomis. Svarbu plėtoti žmonių turinčių sveikatos sutrikimų užimtumą, jų integraciją į bendruomenę, bendradarbiavimą su kitomis institucijomis ir plėsti socialines paslaugas, suburti žmones ir mobilizuoti juos bendram problemų sprendimui bendruomeniniu lygmeniu.

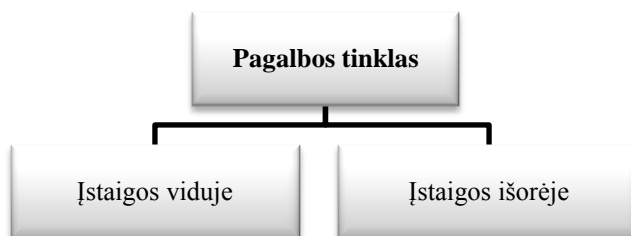
2.2.4 Organizacinis ir koordinacinis socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose

Kiekvienas asmuo yra aplinkos dalis, todėl socialiniam darbuotojui svarbu kaip tinkamai panaudoti aplinkos resursus siekiant padėti jos nariams. Pagalba sergančiam žmogui yra susijusi ne tik su jo gydymu, bet ir socialinėmis paslaugomis. Socialiniam darbuotojui rūpi kaip ugdyti paciento kompetenciją ir padidinti aplinkos jautrumą, įvertinti kliento aplinkos resursus ir iš jos gaunamą paramą, įstatymus bei politiką, kuri gali suteikti galimybes bei nustatyti ribas (Browne, 2012). Koordinuodami pagalbos tinklo resursus socialiniai darbuotojai siekia gerinti pacientų gyvenimo kokybę įstaigoje ir už jos ribų, t.y. stengiasi užtikrinti paramą ir

bando įgalinti klientus. Taip pat kontroliuoja paslaugų teikimą, kad resursai būtų efektyviausiai panaudoti bei siekia apsaugoti pacientą nuo papildomų problemų ir atstatyti pusiausvyrą.

Sėkmingas socialinis darbas apima gebėjimą dirbti efektyviai organizacijų viduje ir už jos ribų. Daugeliu atvejų socialinio darbo intervencija yra kolektyvinė. Labai didelę reikšmę intervencijos procesui daro ryšys su kitais socialiniais partneriais, jų vaidmuo ir kompetencija tam tikroje situacijoje (Coulshed, Orme, 2006). Siekiant atskleisti socialinių darbuotojų patirtį dirbant organizacinį ir koordinacinį darbą SPI kartu buvo aptarti pacientų pagalbos tinklo klausimai ir informantų veikla siekiant aplinkos atsako į sveikatos sutrikimų turinčių asmenų problemas.

Pirmąją kategoriją „**Pagalbos tinklas**“ konkretina išskirtų subkategorijų: *pagalbos tinklas įstaigos viduje* ir *pagalbos tinklas įstaigos išorėje* turinys (20 pav.).



20 pav. Pagalbos tinklo kategorija

Iš informantų interviu galima matyti, kad sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai pirmiausia kuria ir palaiko paciento pagalbos tinklą *įstaigos viduje*: bendrauja ir bendradarbiauja su įvairių sričių gydytojais ir kitais specialistais, teikia informaciją apie galimybę gauti sveikatos priežiūros ir rehabilitacijos paslaugas, esant reikalui koordinuoja tokių paslaugų prieinamumą ir prižiūri jų teikimo eigą.

„Teikiamos bendrosios socialinės paslaugos bei sudarytos sąlygos pacientų užimtumui ligoninėje ir už jų organizavimą bei teikimą atsakingos mes pačios, tam pasitelkiame ir kitus specialistus: ergoterapeutės, kineziterapeutės ir slaugytos, taip pat psichologas (6)“.

„Sprendžiant gydymo, vaistų vartojimo problemas, apsilankymai pas gydytojus. Jei reikia registruoji, palydi, skambini ir primeni, kad reikia eiti tą ir tą dieną. Metadone reikia sužiūrėti jų tyrimus, kad laiku nueitų kur reikia, nes tvarka griežta. Reikia sužiūrėti vaistų leidimąsi, apsilankymą pas gydytoją, psichologą, socialinį darbuotoją (3)“.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad socialiniai darbuotojai organizuoja įtraukdami kitas įstaigas, t.y. formuoja ir palaiko pagalbos tinklą pacientui *už įstaigos ribų*. Teikiamų socialinio darbuotojo paslaugų gydymo įstaigoje gali nepakakti, todėl siekiant padėti pacientui reikalinga tarpininkauti dėl reikalingų paslaugų gavimo už įstaigos ribų. Reikalingi duomenys apie pacientą perduodami kompetentingoms įstaigoms, jos informuojamos apie esamą situaciją ir reikalingas

paslaugas, ko iš jų tikimasi. Siekiant užtikrinti pacientams teiktų socialinių paslaugų tęstinumą ieškoma partnerių ir institucijų, kurios užsiima panašia veikla.

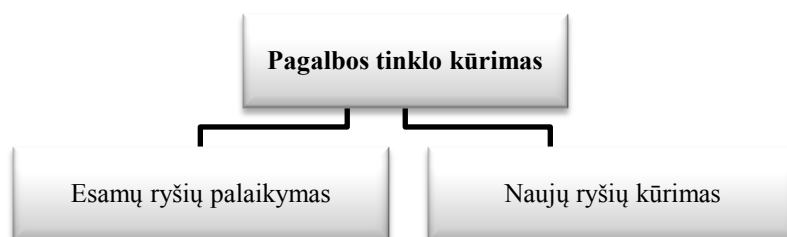
„<...> tarpininkaujam tarp ligonio ir kitų įstaigų (2)“.

„Pacientui išvykus, jei reikalinga ir tikslinga rekomenduojame socialinių paslaugų tęstinumą ir susisiekiama su atitinkama įstaiga <...> pavyzdžiui, rekomenduojame bendradarbiauti su klientu, padėti spręsti socialines problemas, toliau lavinti socialinius įgūdžius, savarankiškumo įgūdžius (6)“.

„Kalbi su žmogum, kokia problema ir matai ko trūksta. Tada skambini, siunti, nukreipi ar kartu eini. Prašai, kad būkit geri pasirūpinkit, ateis toks ir toks (3)“.

Siekiant padėti sergančiam asmeniui svarbu išvystyti ir palaikyti efektyvų pagalbos tinklą ne tik organizacijos viduje, bet ir už jos ribų, taip padedant pacientui gydymo įstaigoje, visuomenėje ir namuose jaustis saugiai, sulaukti paramos ir palaikymo. Grįžtant prie socialinio darbo ištakų sveikatos priežiūros įstaigose, svarbu paminėti, kad socialinių darbuotojų tikslas ir buvo – užtikrinti pacientams medicininių ir socialinių paslaugų prieinamumą bei tas paslaugas koordinuoti (Alonso, 2006).

Antros kategorijos „**Pagalbos tinklo kūrimas**“ raišką atspindi išskirtų subkategorijų: *esamų ryšių palaikymas* ir *naujų ryšių kūrimas*, turinys (21 pav.).



21 pav. Pagalbos tinklo kūrimo kategorija

Tyrimo metu paaiškėjo, kad socialiniai darbuotojai kurdami pagalbos tinklą stengiasi palaikyti jau *esamus ryšius* su institucijomis, nes turimi kontaktai padeda greičiau surasti reikiamą pagalbą. Su ilgamečiais partneriais socialiniai darbuotojai bendrauja elektroniniu paštu, telefoninio ryšio pagalba, informacinių ir telekomunikacinių technologijų dėka gali perduoti arba sulaukti reikalingos informacijos, pranešti apie aktualias naujoves. Susiklosčius palankioms sąlygoms jie stengiasi aplankyti kitose įstaigose dirbančius kolegas, būtent tokių susitikimų metu yra galimybė pasidalinti darbine patirtimi.

„ <...> padeda turimi kontaktai (2)“, „<...> stengiuosi palaikyti ryšį su jau esamomis <...>(5)“, „stengiamės palaikyti ilgalaikį bendradarbiavimą su daugeliu įstaigų, keičiamės informacija ir naujovėmis, bendraujame telefonu, elektroniniu paštu, kai tvarkai kokius reikalus ir esi netoli galima užsukti ir pasidalinti patirtimi (1)“.

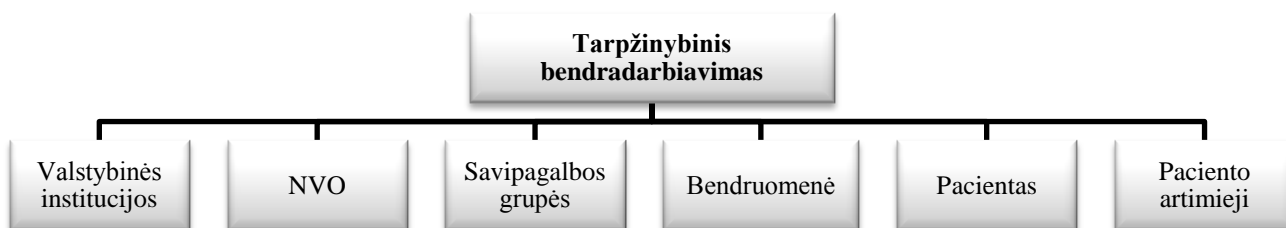
Interviu metu, socialiniai darbuotojai pažymėjo, kad jie negali ir netgi nėra pajėgūs turėti visos reikalingos informacijos, neturi galimybių teikti tam tikras paslaugas sveikatos priežiūros įstaigoje. Todėl siekiant optimizuoti socialinių paslaugų tinklą ieško naujų partnerių ir **kuria naujus ryšius** sau priimtinais būdais: ieško pagalbos šaltinių naudodami internetą, siekiant įtraukti susijusius asmenis į pagalbos procesą skambučių pagalba bando surasti arba perduoti reikalingą informaciją, taip pat ieško problemų sprendimo galimybių per jau žinomas įstaigas.

„ informacijos ieškau internete, skambinuosi, yra, kad nukreipia vienos įstaigos pas kitas, neįmanoma turėti visos informacijos, <...> visada bandau užmegzti naujus, taip pasilengviname darbą ir paslaugas žmogus gauna greičiau (5).

Viena socialinė darbuotoja pasidalino patirtimi, kad apie sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančio socialinio darbuotojo paslaugas informacijos ieško ir kitos institucijos, kurios domisi socialinio darbuotojo veikla, ieško socialinio darbo naujovių sveikatos priežiūros srityje. Šiam tikslui organizuojami susitikimai: *„dauguma įstaigų mane kviečiasi, kad galėtų susirinkti informaciją, susižinotų naujienas apie kažką, sužinoti kaip pas mus pacientams, ką gali jie gauti, ypač kai siunčia iš poliklinikų (4)“*

Socialinio darbuotojo pagalbos tinklo kūrimas atspindi tai, kad socialinis darbas yra labiau kolektyvinė nei individuali veikla, nes vienas specialistas nėra pajėgus išspręsti visų klausimų. Socialinis darbuotojas dirba kartu su kitais specialistais, taip pat dauguma problemų yra sprendžiamos per kitus žmones ir užmezgami partneriški santykiai su kitomis organizacijomis (Coulshed, Orme, 2006).

Kategorijos „**Tarpžinybinis bendradarbiavimas**“ turinys atskleidžia, kad socialiniai darbuotojai bendradarbiauja ir pagalbos tinklą formuoja pasitelkus valstybinių institucijų, NVO, savipagalbos grupių, bendruomenių, pačių pacientų ir jų artimųjų pagalbą. **Tarpžinybinio bendradarbiavimo** kategorijoje buvo išskirtos 6 subkategorijos (22 pav.).



22 pav. Tarpžinybinio bendradarbiavimo kategorija

Socialinis darbuotojas padeda pacientui gauti jo poreikius atitinkančią pagalbą/paramą tiek įstaigos viduje, tiek ir už jos ribų: aprūpinimo kompensacine technika, būsto pritaikymo, transporto, informacijos teikimo ir konsultavimo, pagalbos namuose, maitinimo, aprūpinimo

būtiniausiais daiktais ir kt. Būtent apie tokias socialinio darbuotojo paslaugas buvo kalbėta aiškinantis kokias paslaugas teikia socialiniai darbuotojai sveikatos priežiūros įstaigose. Visiškai suprantama, kad pati gydymo įstaiga visų minėtų klausimų nesprenžia, o siekiant padėti pacientui gauti visapusišką pagalbą socialinis darbuotojas turi bendrauti ir bendradarbiauti su **valstybinėmis institucijomis**:

„Dažniausia su savivaldybėmis, socialinės paramos skyriais, seniūnijomis, kompensacinės technikos įsigijimo centrais, SODRA, pašalpu skyriais (4)“.

„Tarpininkaujame tarp institucijų, socialinės paramos sk., jei reikia ir teisėtvarkos, darbo biržos, sodros, VMI (6)“.

„Kitos institucijos, be jų negalėtume dirbti, nes ligoninėje tų paslaugų neteikiame kokių žmogui reikia išėjus. Pagal poreikius susisiekiame su socialinės paramos skyriumi, savivaldybe, seniūnija, arba juos nukreipiame (2)“.

„Migracijos tarnyba dėl įvairių dokumentų, vaikų teisės dėl klausimų susijusių vaikų globa ir jų priežiūra, savivaldybė talkina dėl būsto, socialinės paramos skyriai dažnai dėl išmokų, pensijų ir pan., su mokyklomis daugiau kai turime vaikus pacientus <...>. Su kitom gydymo įstaigom irgi tenka, tai su gydytojais, priklausomybių centru, tenka susiskambinti kai reikalas yra su psichiatrinėmis ir šiaip ligoninėm kai stacionarizuoja. Pastaruoju metu daug dirbame kartu su policija (3)“.

Interviu analizė atskleidė, kad socialiniai darbuotojai bendradarbiauja ne tik su valstybinio sektoriaus įstaigomis, bet glaudų ryšį palaiko ir su **nevyriausybiniam sektoriui priklausančiomis organizacijomis** (NVO):

„Bendrijos ir įvairios organizacijos labai padeda organizuojant transporto paslaugas (2)“.

„Raudonasis kryžius, neįgaliųjų draugijos <...> pagal situaciją tenka, ypač glaudus ryšys būna palaikoma kurį laiką, kol situacija susitvarko (6)“.

Šalia vyriausybinių institucijų sėkmingai veikia nevyriausybinių organizacijos (NVO), kurios Lietuvoje yra ganėtinai gausios ir įvairios: politinės, socialinės, religinės ir kt. Svarbios NVO veiklos sritys: socialinė integracija, vaikų priežiūra, socialinės paslaugos, parama ligoniams, labdaros dalinimas, teisinė pagalba, todėl vienaip ar kitaip padeda žmonėms spręsti jų problemas, skatina jų aktyvumą, mažina socialinę atskirtį (Bendrasis aprėpties memorandumas, 2003). Bendradarbiavimas su nevyriausybiniumi sektoriumi skatina partnerystę socialinių paslaugų teikime sveikatos priežiūros srityje. Į socialinių paslaugų teikimą būtina įtraukti kuo daugiau partnerių, nes taip gali būti pasiekama aukštesnė socialinių, o tuo pačiu ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

Informantų teigimu, į paciento pagalbos tinklą įeina **savipagalbos grupės**: *„Dažnai AA, ypač kai gydymas būna paskirtas teismo nuosprendžiu arba VTAT įpareigoti, tenka ir su AL-NON, nors tokių atvejų turėjau gal tik pora (3)“.* Socialiniai darbuotojai pasidalino patirtimi, kad savipagalbos grupių dėka pacientai gali sulaukti emocinės paramos, suprasti, kad nėra vieni, turintys šią problemą: *„Savo pacientus nukreipiame dalyvauti savipagalbos grupėse, nes ten*

žmonės sulaukia pagalbos, atjautimo, randa bendraminčių, užsiima vėliau veikla kažkokia bendra (5)“.

Socialiniai darbuotojai nurodė, kad **bendruomenė** taip pat užima svarbią vietą pagalbos tinkle, kuomet reikia išspręsti mažas ir dideles problemas ar sutvarkyti kasdieninius sergančio žmogaus rūpesčius:

„Dažniausiai, kai žmogus yra vienišas galime pasikliauti kaimynais ar namo/bendrijos pirmininku, kaimuose pagelbsti net gi seniūnai. Praeitą savaitę mano pacientė gyvenanti kaime nesugeba susitvarkyti reikalų dėl TV priedėlio, tai padėjo kaimynai (3)“.

Šiandien ypač aktuali emigracijos problema palietė ne vieną šeimos ūkį: artimiausi šeimos nariai gyvena užsienyje, o vieni likę asmenys turi pasikliauti bendruomenės pagalba.

„<...> dabar yra daug, pacienčių artimųjų, kurie užsienyje, nors ryšius palaikome, bet reikia ieškoti pagalbos pas kitus, bendruomenėse gyvenančius asmenis tik aišku tai nėra nuolatinis reiškinys (6)“.

Stiprūs bendruomeniniai ir socialiniai ryšiai gali turėti įtakos sprendžiant su sveikata susijusias problemas. Pacientas, kuris jaučia paramą ir juo yra rūpinamasi gali greičiau pasveikti, todėl kalbant apie sveikatą svarbu kalbėti ir apie bendruomenės atsaką į sergančio žmogaus poreikius (Coppock, Dunn, 2010).

Pacientas. Socialiniai darbuotojai pripažįsta, kad pacientas yra tikrasis savo gyvenimo šeimininkas, todėl be jo dalyvavimo neįmanomas bet kokios problemos sprendimas. Jis visada susijęs su tam tikrais lūkesčiais, elgesiu ir požiūriu, todėl pats privalo dalyvauti pagalbos procese ir priimti jam svarbius sprendimus.

„Su pacientu bendradarbiaujame visais klausimais, nes be jo dauguma problemų net negalėtume spręsti <...> tik jo pačio noru kreipiamės į kitas institucijas, dėl kažkokių paslaugų, nes jis gyvas o ne daiktas, negali padėti kur nori, kad ir kaip paranku atrodo(2)“.

Siekiant efektyvaus socialinio darbo, partnerystės turi apimti ne tik kliento pasinaudojimą teikiamomis paslaugomis, bet ir kartu jį įsitraukti į veiklą, dalyvauti priimant sprendimus. Klientas problemos sprendimo procese turi jam paskirtą užduotį ir veikia už save (Coulshed, Orme, 2006).

Vis dėl to, kai kurie informantai pastebi, kad pasitaiko atvejų kai pacientai nėra linkę bendradarbiauti ir socialinių darbuotojų rankos lieka surištos.

„Jei asmuo linkęs bendradarbiauti, tai viskas lengviau, nes tu dedi pastangas, jis deda pastangas, tada džiaugiamės rezultatu, bet ne visi linkę... (6)“.

Kiekvienas pacientas turi savo socialinį tinklą. Socialinis tinklas yra sistema žmonių, su kuriais asmuo palaiko kokius nors ryšius. Dažniausiai bent su puse jų sieja giminystės ryšiai, o šeimos nariai užima pačią svarbiausią vietą (Davidson J. E. et al, 2007). Atlikus tyrimą paaiškėjo informantų nuomonė, kad **šeima** – svarbus paramos šaltinis sergančiam jos nariui, todėl esant galimybei, socialiniai darbuotojai stengiasi į pagalbos procesą įtraukti šeimos narius.

„ Labai svarbu, kad tinklą sudarytų asmeniui artimos aplinkos žmonės (1)“.

„Visada įtraukiami artimieji. Jie palengvina darbą ir dėl informacijos ir sprendžiant problemas. Gerai kai jie yra, tada tikrai tai tampa pirmuoju pagalbos resursus, pirmuoju numeriu (2)“.

Interviu metu paaiškėjo, kad sergančio žmogaus artimieji su socialiniais darbuotojais linkę bendradarbiauti, stengiasi būti naudingi ir ieško būdų kaip padėti bėdos ištiktam savo šeimos nariui.

„ Jei yra šeimos nariai, tai bėdai ištikus jie dažniausiai visada šalia, stengiasi padėti, dažnai klausia ar gali dar kažką padaryti, būti naudingais. Pasitaiko vienišų žmonių, arba tiesiog artimieji užsienyje. Tada jei yra galimybė kreipiamės į juos esant svarbiems momentams, tačiau tie, kurie lanko visada noriai bendradarbiauja (5)“.

Bet kokia liga visada susijusi ne tik su fiziologiniais, psichologiniais, socialiniais, bet neretai ir ekonominiais pokyčiais (Žemaitienė ir kt. 2011). Todėl, kaip teigia interviu dalyviai, labai svarbi tampa šeimos narių finansinė, fizinė ir emocinė parama sergančiam žmogui:

„ Visada kai tik yra galimybė, nes tai vienas iš pagrindinių pagalbų esant sudėtingai situacijai: jie padeda ne tik finansiškai, bet ir kita pagalba. Dažnai susiduriama su neigiamomis paciento emocijomis, tai artimųjų pagalba labai apraminama, paguodžiama...(4)“.

Anot, Berg-Weger (2010), šeimos nariai geriausiai pažįsta savo artimąjį ir atlieka svarbiausią vaidmenį, tai rūpinasi juo. Kuo paciento tinkle daugiau žmonių ir kuo įvairesnius vaidmenis jie atlieka, tuo didesnė paramos tikimybė. Kaip teigia Žemaitienė ir kt. (2011), neįgalių ir sergančių žmonių tinklas pasižymi tuo, kad jis yra mažas, todėl krūvį tenka nešti mažam žmonių skaičiui, o kartais ir vienam.

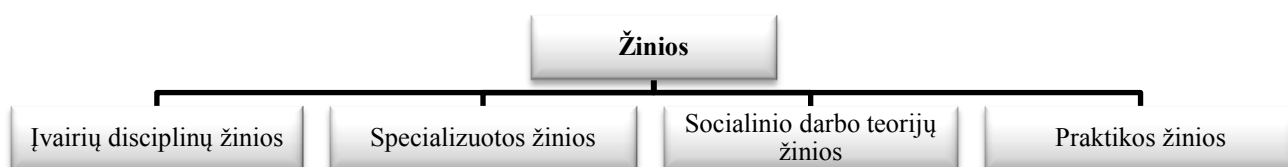
Išanalizavus sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų interviu galima teigti, kad dirbdamas su tinklu arba tinkle, socialinis darbuotojas siekia užmegzti santykį su žmogumi, suprasti kokia yra jo aplinka, kuri galėtų išspręsti problemą. Socialinis rūpinimasis organizacijos viduje palengvina paslaugų suderinamumą, o socialinio darbuotojo intervencija tarp organizacijų ir bendradarbiavimas skatina partnerystę, tokiu būdu paslaugos yra teikiamos integruotai. Teikiamos paslaugos žmonėms skatina jų socialinį įtraukimą ir suteikia galimybę rinktis.

2.2.5 Socialinio darbuotojo, dirbančio sveikatos priežiūros įstaigoje, kompetencija

Socialinio darbo veikloje svarbi tampa profesinė kompetencija, kuri grindžiama tam tikrų žinių bagažu, vertybių sistema ir profesinių įgūdžių įgijimu bei socialinio darbuotojo gebėjimu žinias, įgūdžius ir vertybes jungti ir panaudoti praktikoje. Žinios yra praktikos pažinimo arba mąstymo sudedamoji dalis, kurios skirtos suprasti tam tikrus reiškinius, o vertybės yra jausminis komponentas. Tuo tarpu įgūdžiai yra veiksmas (sudedamoji elgesio dalis), t.y. socialinio darbo

atlikimas (Johnson, 2001). Analizuojant socialinio darbuotojo dirbančio SPI kompetencijas buvo išskirtos 4 kategorijos: *žinios, vertybės, įgūdžiai ir asmeninės savybės*.

Pirmoji kategorija „**Žinios**“ atspindi kokiomis žiniomis yra grindžiama socialinio darbuotojo veikla sveikatos priežiūroje. Minėta kategorija suskirstyta į 4 subkategorijas: *įvairių disciplinų žinios, specializuotos žinios, socialinio darbo teorijų žinios ir praktikos žinios* (23 pav.).



23 pav. Žinių kategorija

Socialinio darbo žinios *žinios* yra tai, kas žinoma apie žmones ir jų socialines sistemas bei dauguma pasiskolintos iš *įvairių disciplinų*, daugiausia socialinių mokslų: psichologijos ir sociologijos, antropologijos, politikos mokslų ir istorijos, ekonomikos, taip pat biologijos, medicinos ir kt. (Ivanauskienė, Varžinskienė, 2004). Informantai pateikė informaciją, kad socialiniai darbuotojai turi išmanyti įstatymus ir jais sugebėti pasinaudoti, taip pat turėti sociologinių žinių, o siekiant suprasti ne tik pacientą, bet ir tam tikrus reiškinius socialiniame darbe ypač reikalingos ir psichologinės žinios: „<...> žinių reikia labai įvairių, nes dirbi su daugelio sričių žmonėmis, labai svarbios psichologinės žinios, teisiniai dalykai, visos žinios apie žmogų, jo elgesį, jo santykius, aplinką ir t.t. (2)“.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad dirbant sveikatos priežiūroje socialiniam darbuotojui privalu turėti ir atitinkamų medicininės srities žinių:

„Reikia žinoti medicininius šifrus, pagrindines ligas, kad kalbant su gydytoju pavyzdžiui, nereiktų klausinėti bereikalingai, aš dirbu šioje srityje vadinasi turiu ir žinoti (6)“;

„Žinau ką reiškia 2, 8 ar dar kuris lūžęs slankstelis, kas laukia žmogaus po insulto, galvos traumos ir pan., jau žinau ko gali reikėti iš manęs tokiam ligoniui, ką galiu dėl jo padaryti <...> (1)“

T. Browne (2012) nuomone, socialiniai darbuotojai dirbantys sveikatos priežiūroje sektoriuje privalo turėti ne tik psichologinių, sociologinių ar kitų disciplinų žinių, bet kasdieninėje praktikoje ypač svarbios tampa medicininės srities žinios. Šių žinių panaudojimas neišvengiamai reikalingas ne tik tiksliai „socialinei diagnozei“ nustatyti, priimant sprendimus dėl socialinės pagalbos poreikio ir socialinių paslaugų teikimo, bet taip pat dirbant tarpdisciplininėje komandoje, kur bendrai veiksmai naudojami įvairių sričių žinios ir metodai (Carpenter et al., 2003).

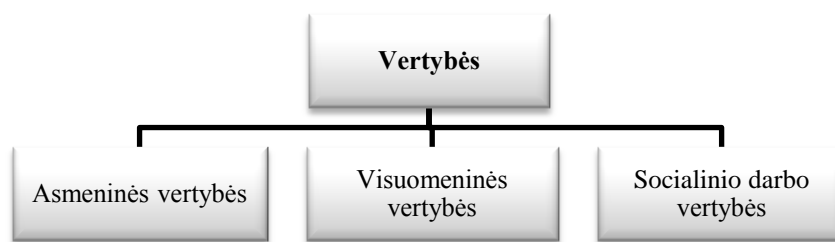
Informantų nuomone, norint dirbti su ypatingomis klientų grupėmis ir išskirtinėmis situacijomis reikalingos ir **specializuotos žinios**. Sveikatos priežiūra ypatinga sritis, nes čia kiekvieną dieną galima susidurti su skirtingo amžiaus, lyties, socialinio statuso, skirtingų pažiūrų, gyvenimiškos patirties ir pan. pacientais: „*mūsų pacientai, aš pastebėjau, kad atstovauja tam tikrą subkultūrą, tai tuos skirtumus reikia žinoti, nes jie gyvena su savo taisyklėmis (3)*“. Remiantis tyrimo rezultatais galima teigti, kad specializuotos žinios gali padėti dirbant su tam tikrai grupei priklausančiais pacientais, pavyzdžiui, su moterimis, vaikai, benamiais, senyvo amžiaus pacientais ir kt. L. Johnson (2001) taip pat akcentuoja, kad socialinis darbuotojas turėtų pakankamai žinių, jam reikia ir specializuotų žinių dirbant su ypatingomis klientų grupėmis ir išskirtinėmis situacijomis.

Pokalbio eigoje paaiškėjo, kad socialiniai darbuotojai turi turėti ir **socialinio darbo teorijų žinių**, nes savo darbe jie remiasi teorinėmis žiniomis apie žmogų ir jo resursus, santykį su aplinka, siekiant suprasti socialinę situaciją ir galiausiai tenkinant poreikius „*<...>reikia žinių stipriųjų pusių, įgalinimo, bet pagrinde remiamasi sisteminiu vertinimu, nes žmogus visada yra su kažkuo susijęs (6)*“. Socialinio darbo praktikoje taikomi įvairūs teoriniai modeliai: psichodinaminiai, biheivioristiniai, sistemų ir ekologiniai, socialiniai psichologiniai ir komunikatyvūs, humanistiniai ir egzistenciniai, kognityviniai, krizės intervencijos ir pan., tačiau, informantų nuomone, socialinis darbas sveikatos priežiūros srityje dažniausiai remiasi sistemų – ekologiniu teoriniu modeliu. Praktikos teorija yra susijusi su pagalbos esme, procesu ir daugeliu intervencijos strategijų, tinkamų įvairioms situacijoms ir sistemoms (Coulshed, Orme, 2006). Pasak L. Johnson (2001), socialinio darbo dėmesio centre yra kliento socialinis funkcionavimas, kurį sudaro santykiai, ryšiai su kitais žmonėmis, socialinėmis grupėmis ir institucijomis būdai. Todėl kalbant apie socialinio darbo žinias, jos turi būti papildytos ir praktikos teorijos žiniomis apie socialines sistemas.

Tik mokslinių socialinio darbo žinių apie žmogų ir tai, kaip vyksta pokyčiai, nepakanka. Viena informantė pabrėžė, kad su praktine darbo patirtimi ir kaupiama ne kasdieninių atvejų informacija formuojasi socialinio darbuotojo **praktinės žinios**: „*socialiniame darbe daug svarbių ir išskirtinių žinių ateina tik su darbine patirtimi ir ne kasdieniniais atvejais (3)*. Mokslinėje literatūroje taip pat yra išskiriamos *praktikos žinios – praktinė išmintis*, kaip vienas iš socialiniame darbe naudojamų suvokimo būdų (Rosenberg, 2009; Coulshed, Orme, 2006). *Praktikos žinių* dėka socialinis darbuotojas atsižvelgia į skirtingumus ir individualumus, pamato žmogaus ir jo aplinkos pranašumus

Antroji kategorija „**Vertybės**“ skirta atskleisti socialinio darbuotojo vertybes, kuriomis vadovaujantis teikiamos paslaugos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams. Šią kategoriją

sudaro subkategorijos: *asmeninės vertybės, visuomeninės vertybės ir socialinio darbo vertybės* (24 pav.).



24 pav. Vertybių kategorija

Mokslininkai vertybes apibrėžia gana įvairiai. Pavyzdžiui, L. Jovaiša vertybes apibūdino kaip asmeniui reikšmingiausio dalyko išgyvenimą, orientuojantį jo mąstymą ir jausmus į aukščiausias objektyvias gėrybes. H. Aptekar manymu vertybės yra standartai, kurių laikosi didžioji visuomenės dalis. Jos pasireiškia per įvairių institutų elgesį, o žmonės elgiasi vienas su kitu nusistovėjusios sistemos rėmuose (cituota: Vyšniuskienė, Minkutė, 2008).

Socialinių darbuotojų interviu analizė atskleidė, kad socialinių darbuotojų profesinė veikla yra grindžiama *asmeninėmis* ir *visuomeninėmis vertybėmis*. Mokslinėje literatūroje *asmeninės vertybės* suprantamos kaip stipriausios vidinės nuostatos, darančios didelę įtaką kiekvieno žmogaus kasdieniams sprendimams. Pabrėžiama, kad tai ne materialūs dalykai, kuriuos siekiama gauti, bet principai, išimtinai reikšmingi ir svarbūs asmeniškai. Asmeninės vertybės gali būti tapačios šeimos, draugų, kitų asmenų vertybėms arba jos gali būti absoliučiai priešingos. Tuo tarpu vertybės, kurių laikosi dauguma visuomenės narių sudaro *visuomenės vertybių sistemą*. Tiek asmeninės, tiek ir visuomeninės vertybės yra esminis socialinio darbo praktikos dalykas (Vyšniuskienė, Minkutė, 2008).

Socialiniai darbuotojai mano, kad dirbant sveikatos priežiūros įstaigose turi būti gerbiamas kiekvienas žmogus neatsižvelgiant į jo skirtybes ir kiekvieną priimti kaip unikalią asmenybę. Sveikata yra vertybė, tai pripažindami interviu dalyviai teigia, kad kiekvienas, kuris gali prisidėti prie jos išsaugojimo ir stiprinimo turi tai daryti. Tyrimo metu paaiškėjo, kad socialiniai darbuotojai jaučiasi atsakingi teikdami paslaugas ne tik prieš aplinkinius, bet ir patys sau kelia reikalavimus būti sąžiningais savo veikloje.

„Bendražmogiškiosios: pagarba, tolerancija (1)“.

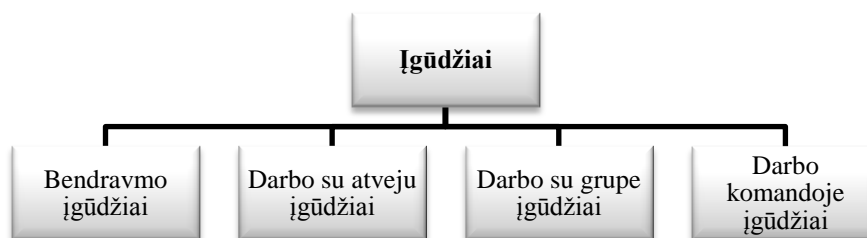
„Pas mus pagrindine vertybe laikoma sveikata, tarp pacientų, todėl mes visi stengiamės ją išsaugoti, palaikyti. Taip pat meilė žmogui, pagarba unikalumui, atjauta, sąžiningumas prieš save ir kitus (3)“.

Kalbant apie asmenines ir visuomenines vertybes dirbant sveikatos priežiūros įstaigose, informantų požiūris leidžia daryti išvadą, kad socialinio darbo specialistams rūpi ne tik kiekvienas pacientas, bet taip pat kreipiamas dėmesys į tinkamą savo pareigų atlikimą.

Tyrimu atskleista, kad socialinių darbuotojų praktika pagrįsta ir **socialinio darbo vertybių** sistema, kuri dažniausiai išreiškiama tokiais principais kaip individo vertė ir orumas, apsisprendimo laisvė, konfidencialumo teisė (Rose, Gidman, 2010). Išanalizavus turimą informaciją galima daryti išvadą, kad informantai tiki įgimta žmogaus verte ir orumu: „<...>kiekvienas žmogus yra tam tikra vertybė <...> nesvarbu, kad jis narkomanas, bet nieks neturi teisės žeminti jo orumo (3)“, „reikia pajausti ką reiškia žmogus kaip vertybė (4)“ bei unikalumu: „niekada nežinai pas kokį pacientą nueisi, kokia asmenybė tūno jo viduje, visi skirtingi (1)“. Jie mano, jog kiekvienas individas atsako už save, t.y.: „sprendimus priima laisvanoriškai (2)“, o informaciją, kurią socialinis darbuotojas turi apie pacientą laiko konfidencialia: „pašaliniai žmonės iš manęs dar niekada nieko apie mano pacientus nežinojo, apie tai žinau tik aš ir kiti suinteresuoti asmenys (6)“. Kaip teigia mokslininkai, socialinio darbo vertybės turi didelės įtakos medicininio gydymo įstaigų personalo suvokimui apie žmogų ir jo ligą, t.y. praplečia sveikatos sampratą ir keičia gydymo įstaigose vyravusį medicininį požiūrį į žmogų apskritai (Rose, Gidman, 2010).

Žmonės turi prigimtine teisę ir maksimalias galimybes valdyti savo gyvenimą. Kiekvienas individas yra unikalus ir negali būti skirstomas pagal tam tikrus požymius ar stereotipus dėl savo išskirtinių savybių ar gyvenimiškos patirties. Su kiekvienu reikia elgtis pagarbiai ir oriai (Berg-Weger, 2010). Būtent iš šių vertybių išplaukia Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodeksas (1998), kuriuo siekiama įtvirtinti bendrąsias socialinio darbo vertybes. Šis dokumentas taip pat reglamentuojama socialinio darbuotojo veiklą ir apibūdina, kas turėtų būti daroma profesinėje praktikoje.

Trečioji kategorija „**Įgūdžiai**“ leido atskleisti kokius įgūdžius privalo turėti socialinis darbuotojas dirbdamas sveikatos priežiūros srityje. Minėta kategorija sudaryta iš 4 subkategorijų: *bendravimo įgūdžiai*, *darbo su atveju įgūdžiai*, *darbo su grupe įgūdžiai* ir *darbo komandoje įgūdžiai* (25 pav.).



25 pav. Įgūdžių kategorija

Anot L. Johnson (2001), įgūdis yra praktikos elementas, kuris sujungia žinias ir vertybes bei paverčia jas veiksmis, atsaku į rūpestį ar poreikį. Socialiniame darbe įgūdis yra gebėjimas pradėti veiklą – kartu su klientu – kryptingą intervencijos procesą, kuris duos pokyčių, pagrįsta socialinio darbuotojo vertybėmis ir žiniomis apie kliento situaciją.

Iš informantų pasisakymų galima daryti įžvalgą, kad SPI socialiniams darbuotojams aktualūs yra **bendravimo įgūdžiai**, pirmiausia kaip komunikacijos priemonė – verbalinė kalba – *aktyvus klausymasis*. Aktyvų klausymą galima pavadinti menu išklaudyti, nes tas, kuris išklauso kitą, ne tik klauso, bet ir girdi, o tas, kuris kalba, ne tik pasakoja, bet ir jaučiasi girdimas, priimamas bei suprastas: „*reikia mokėti išklaudyti kiekvieną pacientą, ne tik klausyti, bet ir girdėti ką jis sako, taip pat išklausti, nes ne visi gali lengvai dalintis savo skausmu (3)*“. Informantai pasidalino patirtimi, kad jų darbe svarbūs ir neverbalinio bendravimo įgūdžiai: „*<...> daug pasako kūno kalba, judesiai, akys ir mimika, daug informacijos gali pasakyti žodžiu, bet ne visi tai gali padaryti (1)*“. Bendravimo proceso metu daug informacijos perduodama be žodžių, kūno kalba: laikysena, gestai, mimika, žvilgsnis, juokas, ašaros ir pan. (Haworth, 2010).

Bendravimas yra pagrindinis ryšys su aplinka, jos žmonėmis. Bendraudamas žmogus išreiškia save, savo emocijas, norus, siekimus ir jausmus (Hanley, 2009). Gebėjimas efektyviai bendrauti yra būtinas socialiniame darbe, nes čia kaip ir bet kuriame kitame darbe su žmonėmis, reikia kasdien bendrauti su sveikatos priežiūros paslaugų vartotojais, tarpdisciplininės komandos nariais ir kitais paslaugų teikėjais. Svarbu mokėti ne vien pasakyti, bet išgirsti ir pastebėti reikšmingas detales (Haworth, 2010). Pasak P. Hanley (2009), geri komunikaciniai įgūdžiai – raktas į efektyvų problemų sprendimą socialiniame darbe.

Remiantis tiriamųjų pasisakymais galima teigti, kad socialinio darbo neatsiejama dalis yra **darbo su individu, darbo su grupe ir darbo komandoje įgūdžiai**:

„*Klientų konsultavimo, darbo komandoje įgūdžių(1)*“.

„*Reikia sugebėti dirbti ne tik individualiai, bet ir su grupe <...>, nebijoti dirbti su šeima, su jais užmegzti kontaktą (6)*“.

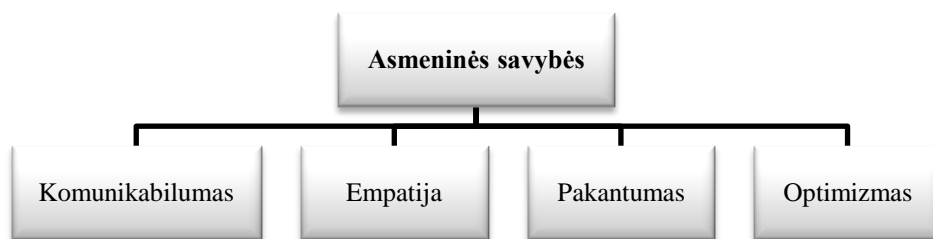
„*<...> reikia mokėti tiksliai įvertinti esamą socialinę situaciją (3)*“.

Naudodamas šiuos įgūdžius socialinio darbo specialistas dirba su individualiais, jų grupėmis ir artimaisiais: identifikuoja pacientų problemas, planuoja ir atlieka socialinio darbo intervenciją, konsultuoja (Coulshed, Orme, 2009).

Remiantis informantų nuomone, galima daryti įžvalgą, kad socialiniams darbuotojams, dirbantiems sveikatos priežiūros įstaigose, svarbu mokėti bendrauti, būti įvaldžius socialinio darbo su individu, grupe ir šeima technikas, o siekiant savalaikės ir efektyvios pagalbos tiksliai įvertinti paciento situaciją socialiniais klausimais. Sveikatos priežiūra remiasi komandinio darbo

principu, todėl socialinis darbuotojas turintis darbo komandoje įgūdžius gali tikėtis geros tarpasmeninės sąveikos, susitarimo ar pagalbos iš komandos narių.

Paskutine kategorija „**Asmeninės savybės**“ buvo siekiama sužinoti, kokių asmeninių savybių turi turėti socialinis darbuotojas, kuris dirba su asmenimis turinčiais įvairių sveikatos sutrikimų. Atliekant kokybinę turinio analizę išryškėjo 5 subkategorijos: *komunikabilumas, empatija, pakantumas* ir *optimizmas* (26 pav.).



26 pav. Asmeninių savybių kategorija

Siekiant atskleisti kokios *asmeninės savybės* yra svarbios socialiniam darbuotojui dirbančiam sveikatos priežiūros įstaigose gauti rezultatai parodė, kad *bendravimo įgūdžiai* glaudžiai susiję su kitais asmenybės bruožais. Apžvelgus turimą informaciją, galima teigti, kad sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai turi pasižymėti *asmeniniu optimizmu, būti komunikabilūs, empatiški* ir *kantrūs*, taip pat *jausti pagarbą žmogui, būti supratingais* ir *tikėti tuo ką daro*:

„Labai svarbus bendravimas, empatija, žmogiškumas (2)“.

„Reikia, žmogus, socialinis darbuotojas, iš savęs būtų pakantus kitiems, nes dirbama su žmonėmis (6)“.

„Komunikabilumas, nes daug labiau net daug tenka bendrauti su klientais, kolegomis, šeimomis. Daug, iš tikrųjų, bendraujame su kitur dirbančiais specialistais. Atkaklumas ir rankų nenuleidimas (4)“.

„Mokėjimas bendrauti ir dirbti su žmonėmis (1)“;

„Pakantumas? (5)“.

Žmogus, kuris moka bendrauti, moka įsijausti į kito žmogaus situaciją, pasižymi kantrybe ir optimizmu ar tiesiog turi gerą širdį, nebūtinai gali būti socialinis darbuotojas (Rosenberg, 2009). Svarbu paminėti vienos informantės nuomonę, kad socialiniu darbuotoju būti, reikia turėti pašaukimą socialinio darbo profesijai: „Reikia būti tuo socialiniu darbuotoju, reikia juo būti... Reikia mokėti bendrauti su žmonėmis, sugebėti pajusti gyventi (3)“.

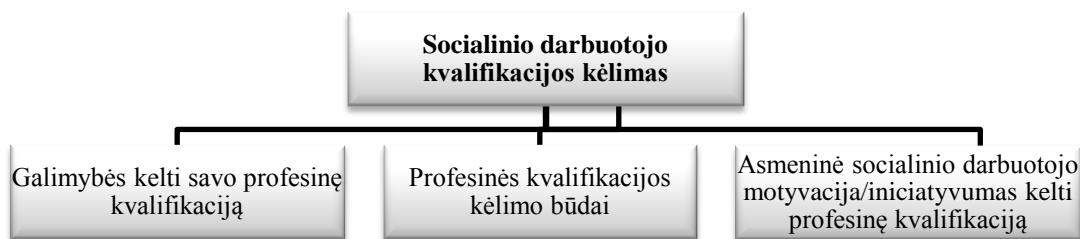
Būti socialiniu darbuotoju gali tikrai ne kiekvienas. Ketinantiems dirbti socialinį darbą sveikatos priežiūros įstaigose vertėtų gerai įvertinti savo charakterį, požiūrį į kitą žmogų, gebėjimą atsiriboti nuo svetimų problemų, būti psichologiškai pasirengusiam dirbti su sergančiais, o neretai dėl to ir visuomenės atstumtaisiais (Rosenberg, 2009).

2.2.6 Socialinių darbuotojų, dirbančių sveikatos priežiūroje, profesinis tobulėjimas

Anksčiau buvo aptarta, kad socialinio darbo profesija yra pagrįsta vertybėmis, žiniomis, įgūdžiais ir asmeninėmis savybėmis, vadinasi socialinis darbuotojas turi nuolat siekti profesinio ir asmeninio tobulėjimo – raktas į socialinio darbo veiklos kokybę. Anot D. Vyšniauskienės ir R. Minkutės (2008), ne tik kūrybiškas savo profesinių pareigų atlikimas, bet ir nuolatinis profesinis tobulėjimas – socialinio darbuotojo pareiga sau pačiam. Geras socialinio darbuotojo vardas formuojasi nuolat tobulinant savo moralines, dorovines ir profesines savybes.

Tyrimo metu siekta atskleisti kaip socialinis darbuotojas siekia profesinio tobulėjimo. Analizuojant gautus duomenis išryškėjo dvi kategorijos: *socialinio darbuotojo kvalifikacijos kėlimas* ir *tiriamoji socialinio darbuotojo veikla*.

Kategoriją „**Socialinio darbuotojo kvalifikacijos kėlimas**“ konkretina išskirtų subkategorijų: *galimybės kelti profesinę kvalifikaciją, profesinės kvalifikacijos kėlimo būdai, asmeninė socialinio darbuotojo motyvacija/iniciatyvumas kelti profesinę kvalifikaciją*, turinys (27 pav.).



27 pav. Socialinio darbuotojo kvalifikacijos kėlimo kategorija

Apžvelgus turimą informaciją apie socialinio darbuotojo kvalifikacijos kėlimą pastebėta, kad sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai turi skirtingas **galimybes kelti savo profesinę kvalifikaciją**. Vieniems informantams galimybės ir sąlygos sudarytos palankios:

„*džiaugiasi, kad aš kažkur dalyvauju, <...> sąlygos sudarytos palankios <...> , reikalinga naudinga, ir ta idėja palaikoma mūsų vadovo, kuris labai džiaugiasi jeigu kažkur važiuojame, dalyvaujame ir tobulinamės <...> (5)“*, „*pasiūlymus gaunu iš kitų įstaigų tiesiogiai, galiu važiuoti į konferencijas, į kvalifikacijos, seminarus <...> (1)*“.

Kiti teigia, jog situacija yra sudėtinga siekti profesinio tobulėjimo, nes įstaigoje neskiria pakankamai lėšų socialinių darbuotojų dalyvavimui kvalifikacijos kėlimo seminaruose ar tobulinimuisi įvairiuose kursuose. Sveikatos priežiūros įstaigų administracija nėra suinteresuota didinti socialinio darbo specialistų žinių ir gebėjimų lygį.

“*<...> įstaiga neturi pinigų, <...> reikia už savo lėšas važiuoti jei nori kur nors sudalyvauti (3)“*, „*apie seminarus, konferencijas pati sužinau, pasiūlymų iš administracijos niekada negaunu, o kai prašau tai išleidžia sunkiai – su sąlygomis ir nepatenkinti amžinai (2)“*“.

Mokslinės literatūros studija parodė, kad sveikatos priežiūros įstaigoms norint prisitaikyti prie rinkos poreikių šiandien reikalingos tampa ne tik medicininės, bet ir socialinės paslaugos, kurios būtų teikiamos integruotai (Jankauskienė, 2011; Jociūtė, 2010). Išanalizavus tyrimo duomenis, galima teigti, kad socialinių paslaugų teikimas – socialinio darbuotojo pareiga, tačiau siekiant kurti efektyvias ir kokybiškas paslaugas, kurios teiktų naudą pacientui ir gerintų įstaigos veiklą, gydymo įstaigų administracija turi ne tik palaikyti, bet ir skatinti socialinių darbuotojų mokymosi visą gyvenimą idėją.

Išanalizavus interviu metu gautą informaciją paaiškėjo, kad sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai savo *kvalifikaciją kelia įvairiais būdais*: dalyvaudami seminaruose, kvalifikacijos kėlimo kursuose, taip pat profesines žinias gilina mokslinės literatūros apie socialinį darbą pagalba, kaip galimybę mokytis įvardija informacinių technologijų panaudojimą – internetą, taip pat profesinių žinių semiasi iš savo kolegų ar konsultuodamiesi su kitos srities specialistais: „<...> skaitau literatūrą, žurnalus, internete randi naujovių, su kitais specialistais bendraujant (3)“. Kai kurie specialistai prie savo kvalifikacijos kėlimo prisideda skaitydami paskaitas ir pranešimus, dalyvaudami projektinėje veikloje:

„Mūsų centras dalyvauja projektinėje veikloje, skaitau paskaitas apie rūkymo, alkoholio, narkotikų žalą, subkultūrų tema, konfliktai ir pan. (3)“.

Socialiniai darbuotojai kartu su kitais specialistais privalo bendradarbiauti ir siekti sveikatos priežiūros lygmeniu numatytų bendrų tikslų: vykdyti pirminę ir antrinę ligų profilaktiką, mažinti ligą sukeliančius psichologinius – elgesio ir socialinius veiksnius, reabilituoti sveikstančius, palaikyti ir stiprinti sveikatą, gerinti su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. Todėl sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai šalia savo profesinių žinių privalo išmanyti bendrąsias sveikatos priežiūros taisykles, užtikrinančias kokybišką specialistų bendradarbiavimą ir veiklą paciento gerovei. Medicinos specialistų, institucijų įvairovė ir komandinio darbo pobūdis iš socialinių darbuotojų reikalauja prisitaikymo darbo vietoje ir pastovaus kvalifikacijos kėlimo, atitinkančio darbo vietos specifiškumą ir reikalavimus.

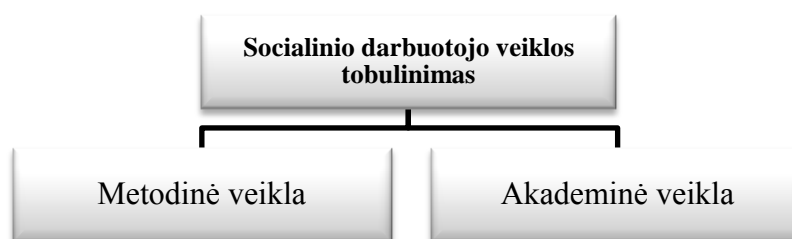
Kaip galima matyti iš gautos informacijos – socialiniai darbuotojai pasižymi aukšta *motyvacija kelti savo kvalifikaciją*, t.y. stengiasi įvairiais būdais tobulėti savo srityje, ir tik viena socialinė darbuotoja teigė, kad nemato tam poreikio: „<...> kol kas dar tikrai nereikia niekur važiuoti (4)“.

Socialinių darbuotojų kvalifikaciniai reikalavimai, profesinės kvalifikacijos kėlimas bei atestacija yra reglamentuota teisiškai LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu 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“.

Remiantis J. Bywater ir R. Jones (2007), socialiniai darbuotojai periodiškai privalo pasitikrinti savo žinias. Jas kas kartą vis atnaujinti teorinėmis ir praktinėmis žiniomis remiantis įvairiais šaltiniais bei tinklais (užsienio literatūra, moksliniai tyrimai, specialistų konsultacijos, seminarai). Taip pat stengtis būti atviriems radikalioms naujovėms ir iššūkiams savo profesinėje veikloje.

Analizuojant gautus duomenis interviu metu išryškėjo kategorija: „**Socialinio darbuotojo veiklos tobulinimas**“, kurią papildė subkategorijų: *metodinė veikla* ir *akademinė veikla* turinys (28 pav.).



28 pav. Socialinio darbuotojo veiklos tobulinimo kategorija

Interviu metu paaiškėjo, kad viena socialinė darbuotoja yra dalyvavusi *metodinėje veikloje*, kuriant socialinio darbo metodiką, tada dar naujai atsidariusiame rehabilitacijos centre:

„*Socialinio darbo metodiką, iš tikrųjų, teko vienai sukurti, o pareigybes bendrai, jos palaipsniui atsirado, o metodiką būtent ką dirbsim, ką darysim, tai kūriau viena (4)*“.

Pokalbių eigoje kai kurie socialiniai darbuotojai pateikė informaciją apie savo *akademinę veiklą*: „<...> esu rašiusi straipsnius anksčiau, dabar dėstau kolegijoje (6)“; „<...>rašau mokslinius straipsnius, dalyvauju mokslinėse ir praktinėse konferencijose, dėstau universitete (1)“; „Skaitau paskaitas, pakviečia į seminarus. Tenka pristatyti socialinį darbą šioje srityje (1)“; „Anksčiau vedžiau seminarus, dalyvavau konferencijose kai reikėjo viską pristatinėti, rengti pranešimus, bet dabar daug kas žinoma todėl nenoriu su ta pačia informacija važinėti (5)“.

Tyrimas atskleidė, kad sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai be savo tiesioginio darbo organizacijoje, taip pat užsiima metodine ir akademinė veikla. A. Velazquez (2009) nuomone, socialinio darbuotojo veiklos tobulinimas yra viena iš reikšmingiausių ir įtaką socialinio darbo raidai ir pažangai sveikatos priežiūros srityje darančių socialinio darbuotojo veiklos krypčių. Todėl siekiant, kad mūsų šalyje socialinio darbo profesija

galėtų sėkmingai vystytis sveikatos priežiūros srityje, neišvengiamai reikalingas šios srities socialinių darbuotojų indėlis.

Kaip atskleidė atliktas tyrimas ir mokslinės literatūros analizė, asmens sveikatos priežiūroje, dėl savo sudėtingumo ir pasikeitusių visuomenės sveikatos poreikių, svarbi tampa žmogaus socialinė būklė, kuri būdama viena iš sveikatos sudedamųjų dalių turi būti sprendžiama kartu su medicininiais, psichologiniais/dvasiniais klausimais kartu. Tokia visuomenės sveikatos samprata reiškia tikslines pastangas nustatant sveikatos poreikį ir organizuojant kompleksines sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikėjai yra įvairiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys skirtingų sričių specialistai, tame tarpe ir socialiniai darbuotojai. Psychosocialinė pacientų būklė yra socialinio darbuotojo veiklos sritis (29 pav.).

Siekiant visapusiškai padėti sergančiam žmogui svarbi tampa sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančio socialinio darbuotojo veikla. Socialinis darbuotojas dirbdamas sveikatos priežiūros įstaigose veikia pagal kompetenciją, o jo profesinė veikla reglamentuojama galiojančiais teisės aktais. Socialinio darbuotojo veikla yra tam tikrų jo atliekamų funkcijų visuma, kurios sudaro penkias pagrindines socialinio darbuotojo veiklos kryptis sveikatos priežiūros įstaigose (29 pav.):

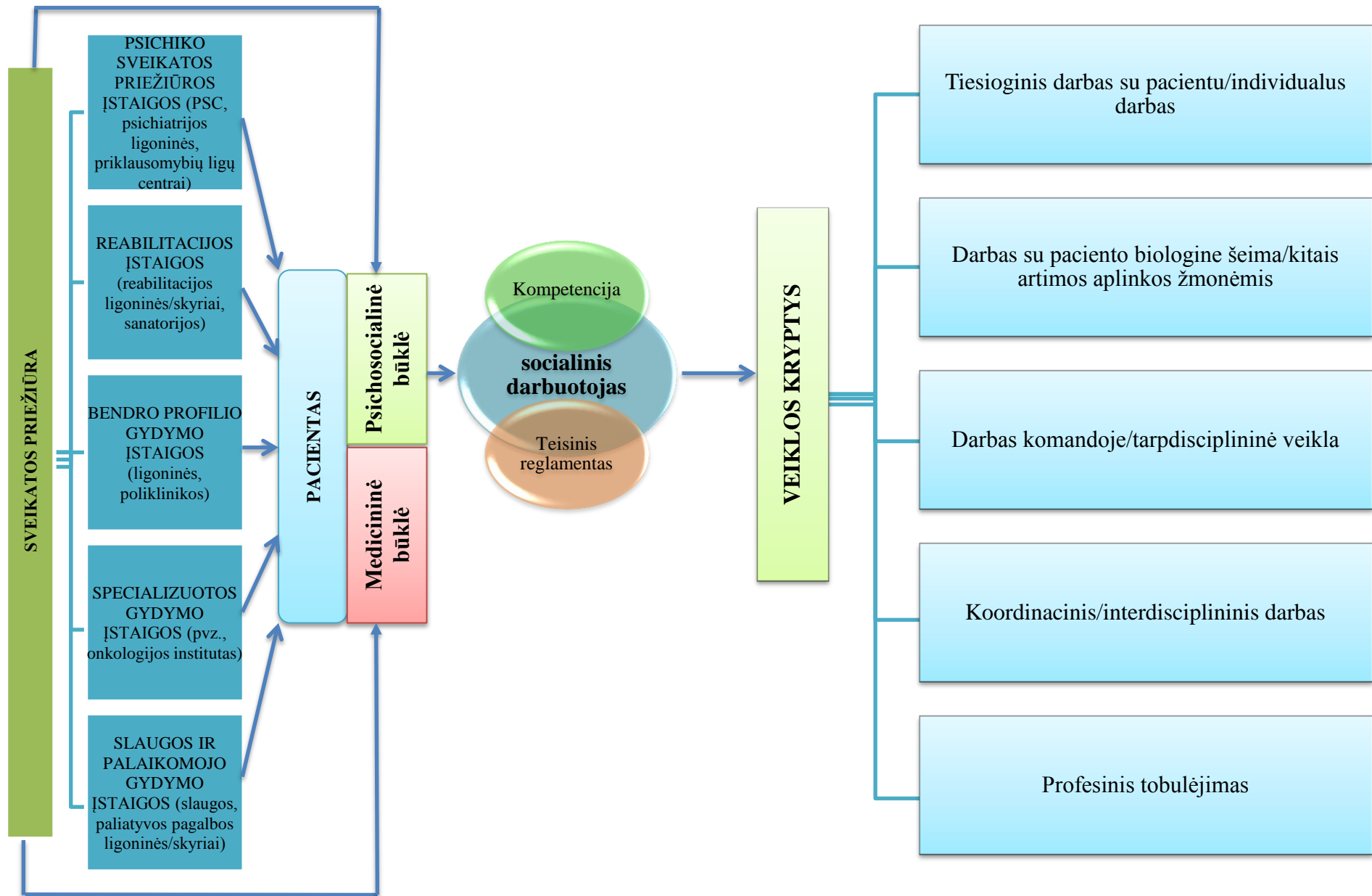
1) *Tiesioginis darbas su pacientu/individualus darbas* (informavimas, konsultavimas, psychosocialinis įvertinimas, problemų identifikavimas, pagalbos organizavimas, teikimas, koordinavimas ir tarpininkavimas, socialinės paramos teikimas);

2) *Darbas su paciento biologine šeima/kitais artimos aplinkos žmonėmis* (socialinių problemų išaiškinimas, informavimas, konsultavimas, žinių suteikimas, tarpininkavimas, socialinių paslaugų teikimas bendruomenėje);

3) *Darbas komandoje/tarpdisciplininė veikla* (socialinis įvertinimas, pagalbos plano sudarymas, socialinių paslaugų teikimas, informavimas, bendradarbiavimas ir tarpininkavimas);

4) *Koordinacinis ir/ar interdisciplininis darbas* (paslaugų koordinavimas ir bendradarbiavimas su įvairiais specialistais, esamų ryšių palaikymas, plėtojimas ir naujų partnerių paieška);

5) *Profesinis tobulėjimas* (profesinės veiklos įvaizdžio gerinimas, kvalifikacijos kėlimas, socialinio darbo stiprinimas sveikatos priežiūros srityje).



29 pav. Socialinio darbuotojo, dirbančio sveikatos priežiūros įstaigoje, veiklos kryptys

IŠVADOS

1. Sveikata yra vertybė, todėl kiekvieno šalies gyventojų ir visos visuomenės sveikatai užtikrinti mūsų šalyje veikia suformuota sveikatos priežiūros sistema: parengta teisinė bazė, licencijuojama sveikatinimo veikla, sukurta sveikatos priežiūros įstaigų struktūra, nustatyta finansavimo tvarka už suteiktas paslaugas. Multidimensinė sveikatos prigimtis ir nauji visuomenės sveikatos iššūkiai skatina sveikatos priežiūros plėtotę bei reikalauja integruoto požiūrio siekiant patenkinti visus pacientų poreikius. Vadinasi, sveikatos priežiūros įstaigose paslaugos turi būti teikiamos bendromis visų sričių specialistų pastangomis, įtraukiant ir patį pacientą.

2. Besikeičiantys sveikatos paslaugų vartotojų poreikiai ir platesnis supratimas apie sveikatą padiktavo būtinybę sveikatos priežiūros paslaugas papildyti socialinėmis paslaugomis. Pagrindiniai socialinių paslaugų teikėjai sveikatos priežiūros įstaigose yra socialiniai darbuotojai. Socialinis darbuotojas dalyvaudamas sveikatos priežiūroje dirba tarpdisciplininėje komandoje. Socialinio darbo specialisto veiklos sritis yra paciento psichosocialinė būklė.

3. Socialinių darbuotojų dirbančių sveikatos priežiūros įstaigose apklausos duomenys bei jų analizė leidžia daryti išvadas:

- Socialinės būties aspektai yra neatsiejama žmogaus sveikatos dalis, todėl medicininės paslaugos turi būti teikiamos kartu su socialinėmis paslaugomis. Socialinių paslaugų pagrindiniai teikėjai yra socialiniai darbuotojai, kurių pareiga spręsti kylančias pacientų socialines ir emocines problemas, gerinti jų socialinę adaptaciją bei įgalinti pacientą veikti savo gerovės labui. Jie teikia konsultavimo, informavimo, tarpininkavimo paslaugas, sprendžia pacientų laisvalaikio bei užimtumo problemas, stengiasi atkurti dėl ligos prarastus socialinius įgūdžius, juos ugdyti ir palaikyti, taip pat asistuoja pacientą situacijose, kuriose jis negali vienas pasirūpinti savo gerbūviu. Sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai socialinio darbuotojo pagalbos sulaukia bendra įstaigos tvarka, kitų specialistų nukreipimu, kitų įstaigų darbuotojų nukreipimu, per artimus žmones arba kai pats pacientas kreipiasi asmeniškai.
- Sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai susiduria su per didelio darbo krūvio, netinkamos darbo vietos, kitų darbų ne pagal profesiją primetimo, per mažo darbo užmokesčio problemomis bei socialinio darbuotojo vaidmens nuvertinimu. Socialinio darbo profesijos problemškumą lemia informacijos apie socialinio darbuotojo veiklą trūkumas, vyraujantis kitų specialistų stereotipinis supratimas apie socialinį darbą apskritai. Taip pat neišplėtotą bendrą skirtingų sričių specialistų veiklą, teisinės bazės netobulumas.

- Komandinis darbas Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose yra sunkiai įgyvendinamas dėl vyraujančio biomedicininio požiūrio į žmogaus sveikatą bei įsigalėjusios hierarchinės medicininių profesijų kultūros. Socialinio darbuotojo potencialas teikiant sveikatos priežiūros paslaugas nėra išnaudojamas, nes šio specialisto veikla nėra visiškai aiški arba per siaurai suprantama kitiems specialistams. Socialinis darbuotojas atlieka labiau pagalbininko nei lygiaverčio sveikatos priežiūros specialisto komandos nario funkcijas, ir daugiausia pasireiškia per informacijos teikėjo ir tarpininko vaidmenis. Pastebima, kad socialinio darbuotojo padėtis gerėja su nauja medicininės srities profesionalų karta.
- Socialinis darbas su individu (tiesioginis darbas su pacientu) yra labiausiai paplitęs sveikatos priežiūros įstaigose, kuris pirmiausia remiasi socialinio darbuotojo pagalbos poreikio ankstyvu identifikavimu ir esamos situacijos analize. Socialinis darbuotojas renka reikalingą informaciją apie pacientą ir jo aplinką, aiškinasi paciento socialines problemas, nustato prioritetus, teikia pagalbą, organizuoja, koordinuoja, stebi bei vertina teikiamas paslaugas. Taip pat stiprina paciento sugebėjimą naudotis egzistuojančia pagalbos sistema, savarankiškai spręsti kylančias problemas.
- Socialiniai darbuotojai dirbdami sveikatos priežiūros įstaigose dalyvauja savipagalbos grupių veikloje bei organizuoja ir veda užimtumo veiklos grupes. Socialinio darbo specialistai taip pat dirba su šeimos nariais bei artimiesiems. Jiems teikia informavimo, konsultavimo, tarpininkavimo paslaugas. Esant reikalui suteikia reikalingų žinių, sprendžia bendravimo, tarpusavio santykių problemas, dalyvauja kasdieninių problemų sprendime. Socialinis darbas bendruomenėje nėra įprastas reiškinys teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau poreikis tokiai veiklai pastebimas.
- Socialiniai darbuotojai, dirbdami sveikatos priežiūros įstaigose, kuria ir palaiko efektyvų pagalbos tinklą bei koordinuoja paslaugų teikimą ne tik įstaigos viduje, bet ir už jos ribų. Jie bendradarbiauja su įvairių sričių gydytojais ir terapeutais, slaugos personalu, psichologais ir kitais specialistais, pačiais pacientais ir jų šeimos nariais. Esant reikalui palaiko ryšius su kitomis gydymo įstaigomis, valstybinėmis institucijomis, nevyriausybinėmis organizacijomis, savipagalbos grupėmis ir bendruomene.
- Sveikatos priežiūroje socialinis darbas yra profesionali veikla, todėl svarbi tampa specialisto kompetencija: įvairių disciplinų, specializuotų, socialinio darbo teorijų, praktinių žinių, taip pat bendravimo, darbo su individu, grupe bei komandoje įgūdžių ir asmeninių, visuomeninių bei socialinio darbo vertybių derinimas, teikiant

socialines paslaugas. Socialinis darbuotojas dirbdamas sveikatos priežiūroje turi pasižymėti tokiomis asmeninėmis savybėmis kaip optimizmas, komunikabilumas, empatija ir pakantumas.

- Sveikatos priežiūra yra nauja ir dinamiška socialinio darbo sritis, todėl reikalingas nuolatinis socialinio darbuotojo kvalifikacijos kėlimas ir šios profesijos tobulinimas. Socialiniai darbuotojai yra motyvuoti kelti savo profesinę kvalifikaciją ir pagal galimybes tai daro dalyvaujant seminaruose bei konferencijose. Savo profesines žinias gilina įvairios literatūros ir interneto pagalba, patys skaitydami paskaitas ir veddami seminarus įvairia tematika. Dėl profesijos naujumo socialiniam darbuotojui sunku įsitvirtinti tarp kitų, visuomenėje seniai pripažintų, sveikatos priežiūros specialistų. Todėl ypatingai svarbus yra pačių socialinių darbuotojų indėlis (metodinė, akademinė veikla) formuojant ir gerinant šią profesiją sveikatos priežiūros srityje.

REKOMENDACIJOS

1. Lietuvos socialinių darbuotojų asociacijai siūloma inicijuoti ir sukurti interneto svetainę (duomenų bazę), skirtą kaupti ir skleisti mokslinę bei praktinę informaciją apie socialinį darbą sveikatos priežiūros srityje. Internetiniame puslapyje būtų galima informuoti socialinio darbo specialistus apie organizuojamus seminarus, konferencijas, mokymus, naujoves, diskutuoti aktualioms temomis, pasidalinti patirtimi, teikti siūlymus, išsakyti pastebėjimus. Siekiant Lietuvoje socialinio darbo profesijos sveikatos priežiūros srityje gerinimo ir plėtros, tikslinga remtis užsienio šalių patirtimi ir interneto svetainę apjungti su jų duomenų bazėmis.
2. Sveikatos priežiūros įstaigų administracija, organizuodama sveikatos priežiūros paslaugas, turėtų atkreipti dėmesį į tarpdisciplininių komandų sudarymą ir skirtingų profesijų atstovų bendros veiklos skatinimą ir tobulinimą. Planuojant, organizuojant, kontroliuojant, vertinant ir tobulinant sveikatos priežiūros paslaugas įtraukti skirtingų specialybių atstovus, tame tarpe ir socialinius darbuotojus.
3. Sveikatos priežiūros įstaigoms siūloma, viešinant informaciją visuomenei apie savo veiklą, akcentuoti ne tik medicininės, bet ir socialines paslaugas. Gerinti informacijos apie teikiamas socialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose sklaidą ir prieinamumą pacientams.
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos bei socialinės apsaugos ir darbo ministerijoms, siūloma organizuoti mokymus, inicijuoti ir įgyvendinti programas, skirtas medicininėms ir socialinėms paslaugų teikėjų bendros veiklos tobulinimui sveikatos priežiūros įstaigose, informacinės medžiagos paruošimui ir sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų supažindinimui su sveikatos ir socialinėmis problemomis.
5. Kvalifikacijų ir profesinio mokymo plėtros centrui siūloma rengti socialinių darbuotojų profesinio rengimo ir kvalifikacijos kėlimo programas, skirtas socialiniam darbui sveikatos priežiūros srityje.
6. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai siūloma gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų, psichologų ir kitų profesijų specialistų, dirbančių sveikatos priežiūros sistemoje, programas papildyti žiniomis apie tarpdisciplininės komandos narių veiklos ypatumus, požiūrius, profesinę kultūrą, jų bendradarbiavimo tikslus ir galimybes, akcentuojant integruotų sveikatos priežiūros paslaugų poreikį šiuolaikinėje visuomenėje.

LITERATŪRA

1. Adams J., Gilli R. Occupational therapy in multiprofessional practice//Foundation of health and social care/sud. Adams R. New York: Palgrave, 2007, p. 454-462
2. Alonso C. Trabajo social en el campo de la salud. Montevideo: Universidad de la Republica, 2006
3. Alseikienė Z. Komandos vaidmuo medicinoje//Gydymo menas. 2005, Nr. 7 (119), p. 35-36
4. Atwal A., Smith W. Interprofesional team//Preparing for professional practice in health and social care/Atwal A., Jones M. Blackwell, 2009, p. 1-20
5. Bagdonas A. ir kt. Skirtingi, bet lygūs visuomenėje ir darbuotėje. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija, 2007
6. Bagdonas A. Psichikos sutrikimų padariniai: funkcijų, veiklų ir dalyvumo lygmenys//Psichiatrijos žinios. 2005, Nr. 5-6 (36-37), p. 14-16
7. Barvydienė V., Kasiulis J. Vadovavimo psichologija. Kaunas: Technologija, 2005
8. Beder J. Hospital social work: the interface of medicine and caring. London: Routledge, 2006
9. Bendrasis aprėpties memorandumas. Vilnius, 2003
10. Berg – Weger M. Social work and social welfare. London: Routledge, 2010
11. Bogdanova J., Večkienė P. Tarpdisciplininės komandos patirtis psichiatrijos skyriuje//Socialinis darbas. Patirtis ir metodai. 2009, Nr. 3(1), p. 23-43
12. Browne T. Social work roles and health-care settings//Handbook of health social work. 2nd edition/sud. Gehlert S. and Browne T. New Jersey: John Willey & Sons, 2012. p. 20-41
13. Buivydas R. Lietuvos sveikatos sistema//Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje/Sud. Buivydas R. ir kt. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010, p. 143-207
14. Bywater J., Jones R. Sexuality and Social Work. Exeter: Learning Matters ,2007
15. Carpenter J. et al. Working in Multidisciplinary Community Mental Health Teams: The Impact on Social Workers and Health Professionals of Integrated Mental Health Care. British Journal of Social Work (2003) 33, p.1081–1103
16. Carter R. Pagalba sergančiajam psichikos liga. Vilnius, 2002.
17. Coppock V., Dunn B. Understanding social work and mental health. London: Sage, 2010
18. Coulshed V., Orme J. Social work practice. 4th ed. New York: Palgrave, 2006

19. Čepulytė G., Palubinskienė S. Sveikatos draudimo sistemos teoriniai aspektai ir finansavimo ypatumai. Kaunas: Lietuvos žemės ūkio universitetas, 2008.
20. Davidson J. E. et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient – centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005//Critical Care Medicine. 2007, Vol. 35, Nr. 2, p. 605-622
21. Germanavičius A. Bendruomenės (socialinės) psichiatrijos pagrindai. Psichikos ligonių reabilitacija bendruomenėje. Vilnius: BMK, 2008
22. Giddens A. Sociologija. Poligrafijos ir informatikos, 2005
23. Glasby J. Understanding health and social care. UK: Bristol, 2007
24. Gobierno de Canarias. Rol profesional de trabajo social en la atención primaria de la salud. 2004 Prieiga per internetą:
http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL_PROFESIONAL.pdf
25. Guščinskienė J., Čiburienė J. Lietuvos neįgaliųjų įtrauktis į aukštąjį mokslą ir darbo rinką: socialinės atsakomybės aspektas//Ekonomika ir vadyba. 2011, Nr. 16, p. 501-509
26. Gvaldaitė L., Švedaitė B. Socialinio darbo metodai. Vilnius: Spauda, 2005
27. Grabauskas V. Sveikatą įtakojanti gyvensena ir atsakomybė už sveikatą. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Konferencija “Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos”, Mykolo Romerio universitetas, Sveikatos apsaugos ministerija, Vilnius, 2011 m. spalio 26 d.
28. Grabauskas V. Sveikatos politikos vystymo procesas Lietuvoje. III Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Vilnius, 2000.
29. Hanley P. Communication skills in social work//Social work. Themes, issues and critical debates. 3th/ed. Adams R. et al. New York: Palgrave, 2009. P. 175-188
30. Haworth E. Communication in health and social care//BTEC Level 2 First Health and Social Care Student Book/ed. Lavers S. & Lancaster H. London: Edexcel, 2010. P. 1-25
31. Ivanauskienė V., Varžinskienė L. Socialinių darbuotojų žinios – socialinių darbuotojų kompetencijos sudėtinė dalis. Kaunas: VDU, 2004
32. Jakušovaitė I., Darulis Ž. Medicinos ir sveikatos priežiūros tikslai ir vertybės//Medicina. 2004, Nr. 40 (9), p. 825-832
33. Jančaitytė R. Požiūriai į problemų sprendimą socialiniame darbe//Socialinis darbas. Profesinė veikla, metodai ir klientai/Sud. Šinkūnienė J. R. Vilnius: MRU Leidybos centras, 2010, p. 72-103
34. Jankauskienė D. Sveikatos politikos vertybės ir iššūkiai artimiausiame dešimtmetyje//Mokslo darbai. 2011, Nr. 1 (2), p. 7-26

35. Jazukevičiūtė J., Lamsodienė E. Specialistų komandos darbas: mokomoji knyga. Kaunas: Kauno kolegijos leidybos centras, 2007
36. Jociūtė A. Integruotas požiūris į aplinką ir žmonių sveikatą//Sveikatos politika ir valdymas. 2010, Nr. 1(2), p. 85-99
37. Johnson L. C. Socialinio darbo praktika. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija, 2001
38. Kalėdienė ir kt. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas: Šviesa, 1999.
39. Kalėdienė R. Lietuvos gyventojų sveikatos raida//Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje/Sud. Buivydas R. ir kt. Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras, 2010. P. 58-83
40. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. 2-asis pataisytas ir papildytas leidimas. Kaunas, 2002
41. Kiušaitė J. Socialinis darbas su specialiujų poreikių asmenimis – metodinė priemonė. Vilnius: Lietuvos edukologijos universiteto leidykla, 2012
42. Kriščiūnas A. Holistinis požiūris reabilitacijoje//Medicinos teorija ir praktika. 2005, Nr. 1 (41), p. 10-12
43. Kriščiūnas A. ir kt. Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija bei jos diegimo į praktiką patirtis//Slaugos mokslas. 2010, Nr. 46 (1 priedas), p. 1-7
44. Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas//Valstybės žinios. 2006, Nr. 17-589
45. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas “ Dėl Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymo Nr. A1-93 “ Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo” pakeitimo//Valstybės žinios. 2009, Nr. 83-3450.
46. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministrės įsakymas” Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos nuostatų”//Valstybės žinios. 1999, Nr. 85-2553.
47. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas “Dėl socialinių darbuotojų kvalifikacinių reikalavimų ir atestavimo tvarkos patvirtinimo”//Vilnius, 2002 m. Nr. 127
48. Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas//Valstybės žinios. 2009, Nr. 145-6425
49. Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas//Valstybės žinios. 1996, Nr. 66-1572
50. Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas//Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231

51. Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas//Valstybės žinios. 2002, Nr. 56-2225
52. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. liepos 4 d. įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“//Valstybės žinios. 2007, Nr. 76-3029
53. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas//Valstybės žinios. 1995, Nr. 53-1290.
54. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl socialinį darbą dirbančių darbuotojų pareigybių sąrašo patvirtinimo“//Valstybės Žinios. 2005, Nr. 96-3608.
55. 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“//Valstybės Žinios. 2006, Nr. 43-1569.
56. Lietuvos Respublikos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas //Valstybės žinios. 1991, Nr. 36 – 969 (aktuali redakcija nuo 2008 11 15).
57. Lietuvos Respublikos aukščiausiosios tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. Vilnius. 1991, Nr.I-1939
58. Lietuvos Respublikos Sveikatos draudimo įstatymas//Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287
59. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“. Vilnius. 2002, Nr. 204
60. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas "Dėl Ilgalaikės socialinį darbą dirbančiųjų darbo užmokesčio didinimo ir socialinių garantijų gerinimo 2008-2011 metų programos patvirtinimo"// Valstybės žinios. 2008, Nr.53-1968, Nr. 150-6105
61. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo//Valstybės žinios. 2012, Nr. 110-5600
62. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. Kovo 23 d. Įsakymo nr. V-188/a1-84/isak-487 „Dėl neįgalumo lygio

- nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo//Valstybės žinios. 2012, Nr. 43-2121
63. Lietuvos sveikatos programa 2020 (LSP 2020).
 64. Lietuvos sveikatos statistika 2010. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2010.
 65. Lietuvos sveikatos statistika 2011. Vilnius: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2012.
 66. Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodeksas//Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija. Vilnius, 1998
 67. Jungtinių Tautų Organizacija. Neįgaliųjų teisių konvencija, 2008.
 68. Lietuvos valstybės tarnautojų profesinė sąjunga. V rezoliucija dėl socialinių darbuotojų darbo užmokesčio didinimo. Vilnius, 2011
 69. Mačiulis K. ir kt. Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje teikiamų paslaugų kokybės, specialistų darbo bei aplinkos faktorių vertinimas//Sveikatos mokslai. 2012, Vol. 22, Nr. 1 p. 5-14
 70. Mason T. et al. Values of reductionism and values of holism// Values-Based Health & Social Care beyond evidence-based practice /ed. McCarthy J. & Rose P. London: Sage, 2010 p. 70-96.
 71. Matulienė G. Šeimos psichologija. Kaunas: Technologija, 1997.
 72. Myers D. Socialinė psichologija. Kaunas: Arx Baltica, 2008.
 73. Merkys G. ir kt. Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: viešojo sektoriaus kontekstas. Kaunas: Kauno technologijos universitetas, 2008.
 74. Nacionalinis medicininės klasifikacijos centras. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasys pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija TLK-10-AM// Sisteminis ligų sąrašas. Vilnius, 2008
 75. National association of social workers (NASW). Social work practice in health care settings. 2005
 76. Navaitis G. Psichologinis šeimos konsultavimas: teorijos ir metodai. Vilnius: Tyto Alba, 2002
 77. Neįgaliųjų socialinė integracija 2008 m. Lietuvos statistikos departamentas. Prieiga per internetą:
<http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=6835>; <http://www.stat.gov.lt/lt/news/view/?id=7984&PHPSESSID=>
 78. Nettleton S. The Sociology of Health and Illness. Cambridge: Polity, 2006.
 79. Pasaulinės sveikatos organizacijos konstitucija. Ženeva, 1948

80. Payne M. Adult services and health-related social work//Social work. Themes, issues and critical debates. 3th/ed. Adams R. et al. New York: Palgrave, 2009. P. 320-334
81. Petrauskienė A., Zabelienė V. Socialinis darbas pirminėje psichikos sveikatos priežiūros institucijoje: paslaugų kokybės aspektas// Socialinis darbas. 2011, Nr. 10(2), p.279-288
82. Petrauskienė A. Interdisciplininis bendradarbiavimas socialinio darbo praktikoje//Mokslo darbai. 2011, Nr. 10 (1), p. 42-48
83. Petrauskienė A. Socialinis darbas psichikos sveikatos priežiūroje: psychosocialinė reabilitacija//Sveikatos ir socialinių mokslų taikomieji tyrimai: sandūra ir sąveika. 2007, Nr. 3 (1), p. 13-18
84. Rose P., Gidman J. Evidence-based practice within values-based care// Values-Based Health & Social Care beyond evidence-based practice/ed. McCarthy J. & Rose P. London: Sage, 2010 p. 25-47.
85. Rosenberg J. Working in social work. The real world guide to practice settings. London: Routledge, 2009
86. Rudnickienė R. Socialinio darbo VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninėje raida ir perspektyvos//Psichiatrijos žinios. 2005, Nr. 2 (3), p. 26-27
87. Ruškus J. Negalės fenomenas: monografija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla, 2002.
88. Sapežinskienė ir kt. Socialinio darbuotojo vaidmuo reabilitacijos specialistų komandoje//Medicina. 2003, 39 tomas, Nr. 9, p. 879-883
89. Sargautytė R. Žmogus ir jo liga//Mokslas ir gyvenimas. Vilnius: Vilniaus universitetas, 2002. <<http://ausis.gf.vu.lt/mg/nr/2002/02/02liga.html>> [žiūrėta 2012 – 01 – 16]
90. Siu-Man N., Chan C. Alternative intervention: a Chinese body-mind-spirit perspective// Social work. Themes, issues and critical debates. 3th/ed. Adams R. et al. New York: Palgrave, 2009, p. 271-280
91. Spearman L. A developmental approach to social work practice in mental health: building on strengths//Social work in health and mental health: issues, developments, and actions. Canadian Scholar' Press Inc., 2005
92. Trullenque E. El trabajo social en salud mental//Cuadernos de trabajo social. 2010, Vol. 23, p. 333-352
93. Ulianskienė R. ir kt. Integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų poreikis ir plėtra. <http://www.ispcentras.lt/upload/str_paslaugu_poreikis.pdf> [žiūrėta 2012 – 02 – 01]
94. Vaicekauskienė V., Jankūnienė I. Socialinio darbuotojo veiklos komandoje ypatumai gydant pacientą//Pedagogika. 2009, Nr. 93, p. 38-46

95. Varžinskienė L., Rudzevičiūtė J. Medikų požiūris į socialinio darbuotojo vaidmenį reabilitacijos specialistų komandoje// Socialinis darbas. Kaunas: VDU leidykla. 2009, Nr. 4 (2), p. 67-88
96. Vazonienė G. Subjektyvios pagyvenusių žmonių gyvenimo kokybės socialiniai ekonominiai veiksniai//Sociologija. Mintis ir veiksmas. 2010, Nr. 2 (27), p. 186-204
97. Velazquez A. El trabajo social sabitario en la atencion primaria de salud//El trabajo sanitario en AP. 2009, Vol. 3, Nr. 2, p. 70-79
98. Večkienė P. ir kt. Tarpdisciplininis bendradarbiavimas sveikatos priežiūros sistemoje//Profesinės studijos: teorija ir praktika. 2011, Nr.8, p. 308-317
99. Vijeikienė J., Vijeikis J. Komandinio darbo pagrindai: mokymo priemonė studentams. Vilnius: Rosma, 2000
100. Vyšniauskienė D., Minkutė R. Socialinės veiklos profesinė etika. Kaunas: Technologija, 2008
101. World health organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, 2001
102. Žalimienė L. Socialinės paslaugos. Vilniaus universitetas: Specialiosios psichologijos laboratorija, 2003
103. Žemaitienė N. ir kt. Sveikatos psichologija. Vilnius: Tyto alba, 2011
104. Žydžiūnaitė V. Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija slaugytojų veiklos požiūriu: monografija. Kaunas: Judex, 2005.
105. Skvarciany Z. Nuo kitų metų keisis neįgalumo nustatymo tvarka. Lietuvos sveikata, 2011 <<http://lsveikata.lt/sveika-seima/verta-inoti/73-verta-inoti/3907-nuo-kit-met-keisis-negalumo-nustatymo-tvarka.html>> [žiūrėta 2011 – 12 – 28]

Buškevičiūtė E. Socialinio darbuotojo veiklos kryptys sveikatos priežiūros įstaigose/ Socialinio darbo magistro baigiamasis darbas. Vadovas doc. dr. R. Raudeliūnaitė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Socialinės politikos fakultetas, 2013. – 107 p.

SANTRAUKA

Žmogaus sveikata – multidimensinis reiškinys, tai – tarpusavyje susijusių veiksnių: fizinės, emocinės/dvasinės sveikatos, socialinės gerovės, visuma. Todėl integruotos sveikatos priežiūros pagrindas yra visuminė (holistinė) idėja, reikalaujanti reiškinį suvokti kaip tam tikrą visumą, netolygią jos elementų sumai. Siekiant visapusiškai padėti sergančiam žmogui reikia ne tik medicininės srities specialistų pagalbos, tačiau reikalinga ir svarbi tampa sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančio kompetentingo socialinio darbuotojo veikla. Socialinis darbas sveikatos priežiūroje yra pakankamai nauja socialinio darbo sritis Lietuvoje, dėl to susiduriama su: informacijos apie socialinio darbo profesiją, socialinio darbuotojo veiklą ir jo funkcijas, problema.

Pastebėta, kad socialinio darbo problematika sveikatos priežiūros įstaigose aktuali, todėl reikalinga sistemingų ir išsamių tyrimų šioje srityje. Tyrimo tikslas buvo, teoriškai ir empiriškai atskleisti socialinių darbuotojų veiklos ypatumus sveikatos priežiūros įstaigose. Pasiiekti darbo tikslą išsikelti 3 uždaviniai: apžvelgti sveikatos priežiūros sistemą Lietuvoje, aptarti socialinio darbo sveikatos priežiūros srityje teorinius aspektus bei išanalizuoti socialinio darbo specifiškumą ir problemas sveikatos priežiūros įstaigose, pateikti problemų galimus sprendimus.

Tiriamojame 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 7 temų, iš viso klausimynas sudarytas iš 42 klausimų.

Remiantis tuo, kad Pasaulio sveikatos organizacija sveikatos priežiūros politikos stebėjamą vykdo pagal sveikatos priežiūros lygius, informantais pasirinkti 6 socialiniai darbuotojai (visos moterys) dirbantys pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo analizei pasirinktas 2012 m. birželio – 2012 m. rugsėjo mėn. laikotarpis.

Tyrimas atskleidė, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose socialinio darbo profesija nuvertinama, o socialinio darbo specialistai susiduria su įvairiais sunkumais ir problemomis dirbdami medikų apsuptyje. Nors socialinių darbuotojų padėtis sveikatos priežiūros srityje nėra palanki, tačiau profesija reikalinga, dėl sveikatos ir socialinių klausimų susietumo bei naujo požiūrio, kad sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos kartu su socialinėmis paslaugomis.

Socialinis darbuotojas, remdamasis savo profesine kompetencija, sveikatos priežiūros įstaigose, teikia socialines paslaugas, padeda asmenims turintiems sveikatos sutrikimų integruotis į visuomenę, skatina jų socialinį funkcionavimą. Taip pat atstovauja ne tik pacientų, bet ir jų artimos aplinkos žmonių interesus, atlieka palaikymo ir edukacinę funkcijas. Socialinis darbuotojas, dalyvaudamas sveikatos priežiūros paslaugų teikime, atsako už socialinės būties aspektus. Jis siekdamas patenkinti visus sveikatos priežiūros paslaugų vartotojų poreikius bendradarbiauja su įvairiais specialistais, koordinuoja paslaugų teikimą instituciniame ir tarpinstituciniame lygmenyse. Nors socialiniai darbuotojai savo veikloje susiduria su kliūtimis, tačiau geba atlikti savo pareigas bei prisidėti prie socialinio darbo profesijos tobulinimo sveikatos priežiūros srityje.

Šį magistro darbą sudaro įvadas, sąvokų žodynėlis, 2 skyriai, išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas, santrauka lietuvių ir anglų kalbomis, ir priedai. Darbo apimtis – 107 psl. (be priedų), 2 lentelės ir 29 paveikslai.

Raktiniai žodžiai: socialinis darbas, socialinio darbuotojo veikla, sveikatos priežiūros paslaugos, socialinės paslaugos, sveikatos priežiūros įstaiga.

Buskeviciute E. The Social Worker's Activities in Health Care Institutions/The Final Thesis of Master of Social Works. Supervisor Doc. Dr. R. Raudeliūnaitė. – Vilnius: Mykolas Romeris University Social Policy Faculty, 2013. – 107 p.

SUMMARY

Health is a multidimensional concept. It is a complex combination of a person's physical, mental, emotional and social health factors. Therefore an integrated health care is based on the total (holistic) concept and requires understanding the phenomenon into account and seen as a whole. In order to fully help to sick person need not only medical professionals, necessary and important are qualified social worker's activities working in health care institutions. Social work in health care is quite new field of social work in Lithuania, therefore faced with: information about the social work profession, social worker's activities and social worker's functions, problems.

It was noticed that social work issues is relevant in health care institutions and requires systematic and comprehensive research in this social work area. The aim of this research was disclosing the theoretical and practical peculiarities of a social worker in health care institutions. For implementation of the aim, 3 tasks were set: overview of the health care system in Lithuania, theoretically discuss the social work in health care, analyze the social work's specificities and problems in health care institutions and find possible solutions to these problems.

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 priory developed on 7 topics; total 42 questions were included in the questionnaire.

Considering World Health Organization health care policy monitoring, as informants, 6 social workers (all females) working at primary, secondary and tertiary health care institutions were chosen. The period of the survey was the period between Jun and September 2012.

The study has disclosed that social work profession is downplayed in health care institutions in Lithuania and social work professionals are facing to various difficulties and problems of working in the medical teams. Although the social worker's status in the health care sector is not favorable, but the social work profession is necessary for the relationship between health and social issues as well as the new approached that health care services must be providing integrated with social services.

In health care institutions, social worker on the basis of the professional competence, provides social services, he helps people with health problems to integrate into society and encourages their social functioning. Social worker also represents not only the patient, but also their close environment people's interests. He performs social support and educational functions. Social worker providing health care services is responsible for the social aspects. Social work professional collaborates with the various specialists, coordinates services at the institutional and inter-institutional levels, and as well contributes to the improvement of the social work profession in health care.

The Master Thesis consists of the introduction, the vocabulary of the terms and definitions, 2 parts, the recommendations, the list of references, the summary in Lithuanian and English and the annexes. The volume of the Thesis: 107 pages (the annexes excluded), 2 tables and 29 figures.

Key words: social work, social worker's activities, health care services, social services, health care institution.