MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETO
EDUKOLOGIJOS IR SOCIALINIO DARBO INSTITUTAS

SAULIUS DAVAINIS
SOCIALINIO DARBO MAGISTRANTŪROS
IŠTĘSTINĖS STUDIJOS

SOCIALINIO DARBUOTOJO PROFESINIO IDENTITETO KONSTRUKTAS STACIONARIOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovė: *doc. dr. Alina Petrauskienė*

Vilnius, 2019

TURINYS

ĮVADAS.....4

SUTRUMPINIMŲ IR SĄVOKŲ ŽODYNĖLIS.....7

1. SOCIALINIO DARBO RAIDA IR PROFESINĖS VEIKLOS KRYPTYS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE.....8

1.1. Socialinio darbo ištakos ir institucionalizacija asmens sveikatos priežiūroje.....8

1.2. Socialinių darbuotojų vaidmenys ir veiklos kryptys teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas.....10

1.3. Socialinių darbuotojų teikiamų paslaugų samprata asmens sveikatos priežiūroje.....15

2. SOCIALINIO DARBO TEISINIAI REGLAMENTAVIMO ASPEKTAI STACIONARIOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE.....18

2.1. Teisiniai socialinio darbo reglamentavimo aspektai asmens sveikatos priežiūros sistemoje Lietuvoje.....18

2.2. Teisės aktų, reglamentuojančių socialinį darbą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje apžvalga.....21

3. SOCIALINIO DARBUOTOJO PROFESINIO IDENTITETO FORMAVIMO(SI) PRIELAIDOS STACIONARIOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE.....28

3.1. Socialinio darbuotojo profesinio identiteto sąvoka.....28

3.2. Socialinio darbo profesionalizacija stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: socialinis darbuotojas – asmens sveikatos priežiūros įstaigos specialistas?.....30

4. SOCIALINIO DARBUOTOJO PROFESINIS INDENTITETAS STACIONARIOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE: SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ POŽIŪRIO TYRIMAS.....34

4.1. Empirinio tyrimo tikslas ir metodologija.....34

4.2. Empirinio tyrimo rezultatų analizė.....37

IŠVADOS.....63

REKOMENDACIJOS.....65

LITERATŪRA.....66

SANTRAUKA.....71

SUMMARY.....72

PRIEDAI.....73

LENTELĖS

1. lentelė. Socialinių paslaugų rūšys.....17
2. lentelė. Tiriamųjų charakteristika.....36
3. lentelė. Asmens sveikatos priežiūros sritys, kuriose dirba socialiniai darbuotojai.....39

PAVEIKSLAI

1. paveikslas. Bendrųjų socialinių paslaugų teikimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje...40
2. paveikslas. Specialiųjų socialinių paslaugų teikimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.....41
3. paveikslas. Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais.....43
4. paveikslas. Bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis ar organizacijomis.....45
5. paveikslas. Respondentų narystė ir/ar savanoriavimas organizacijose (%).....47
6. paveikslas. Asmeninės savybės, kuriomis turi pasižymėti socialinis darbuotojas dirbantis asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.....48
7. paveikslas. Socialinių darbuotojų veiklos vertinimas interdisciplininėje komandoje.....49
8. paveikslas. Socialinių darbuotojų savybių vertinimas interdisciplininėje komandoje.....51
9. paveikslas. Priežastys, darančios įtaką kolegų požiūriui į socialinių darbuotojų atliekamą darbą.....52
10. paveikslas. Būdai (priemonės), kuriais formuojama kolegų nuomonė apie socialinį darbuotoją.....54
11. paveikslas. Socialinių darbuotojų vertybės, kurias labiausiai vertina kolegos.....55
12. paveikslas. Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų teisių/pareigų/funkcijų apibrėžtumas teisės aktuose.....56
13. paveikslas. Nuostatos, reikalingos stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos reglamentavimui.....57
14. paveikslas. Teisės aktų keitimo (atnaujinimo) reikšmė sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos reglamentavimui.....58
15. paveikslas. Žiniasklaidos (medios) formuojamas visuomenės požiūris į socialinio darbo profesiją.....60
16. paveikslas. Priežastys lemiančios visuomenės požiūrį į socialinio darbo profesiją.....61

ĮVADAS

Temos aktualumas. Socialinio darbo raidą Lietuvoje nagrinėdamas Bagdonas (2001) rašo, kad socialinio darbo ištakos nėra filosofija ar kiti iš jos kilę mokslai, bet žmonių praktinė veikla. Iš labdaringos (karitatyvinės) ir filantropinės veiklos palaipsniui formavosi globos samprata, o vėliau ir socialinės rūpybos (paramos, apsaugos) elementai. Profesionalizacijos keliu ši paramos veikla pasisuko XX a. pradžioje ir minėtą laikotarpį galima vadinti socialinio darbo plėtros amžiumi.

Šiandieninėje visuomenėje socialinis darbas yra pripažintas kaip profesija akademiniu, praktiniu ir teisiniu lygmenimis. Tai profesija turinti apibrėžimą, reguliavimą, veikimo lauką, ir kitus profesijai reikalingus atributus. Socialinis darbas atkūrus nepriklausomybę Lietuvoje ėmė sparčiai vystytis ir šiandieną tai yra profesija įtraukta į Lietuvos profesijų klasifikatorių. Vis tik, socialiniam darbui augant kaip profesijai ir plečiantis jos praktikai, susiduriama identiteto pripažinimu tam tikruose socialinio darbo veiklos laukuose, kuomet nėra dar visiškai aiškios socialinio darbuotojo funkcijos, atsakomybės ir kompetencijos ribos. Šie sunkumai trukdo socialinio darbuotojo, kaip profesionalaus socialinių paslaugų teikėjo identiteto sampratai asmens sveikatos priežiūroje.

Socialinio darbo veiklos laukas asmens sveikatos priežiūroje yra platus, tačiau teisės aktuose reglamentuojančiuose šią socialinio darbo praktiką, juntamas profesijos pripažinimo, kaip lygiavertės kitiems asmens sveikatos priežiūros specialistams, trūkumas. Socialiniai darbuotojai, reglamentuojant jų veiklą teisės aktais, pastaraisiais metais Lietuvoje buvo „išbraukti“, iš asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų sąrašo, nors tokiais buvo laikomi ne vienerius metus ir nors vėliau buvo „įtraukti“ atgal, tačiau ne kaip sveikatos priežiūros specialistai, bet kaip specialistai, dirbantys komandoje su sveikatos priežiūros specialistais. Šis sprendimas – tai buvo „žingsnis atgal“ kalbant apie socialinio darbuotojo, kaip profesionalaus darbuotojo sveikatos priežiūroje, identitetą. Ir nors tam tikrose asmens sveikatos priežiūros srityse socialinis darbuotojas traktuojamas kaip interdisciplininės komandos narys, tačiau jo funkcijos ir atsakomybės, kompetencijos ribos, darbo krūvis ir užmokestis bei kiti svarbūs tiesioginės veiklos aspektai nėra reglamentuoti išsamiai ir aiškiai.

Mokslinė problema.

Socialinis darbas stacionarioje asmens sveikatos priežiūroje Vakarų šalyse vykdomas daugiau nei šimtą metų, tačiau Lietuvoje pradėtas vykdyti vos kiek daugiau nei prieš dvidešimtmetį. Profesijos institucionalizacija ir pripažinimas asmens sveikatos priežiūros veikla, susiduria su iššūkiais. Fragmentiškas socialinio darbo stacionarioje asmens sveikatos

priežiūroje teisinis reglamentavimas suponuoja prielaidą, kad ši profesija asmens sveikatos priežiūroje dar nėra visiškai pripažįstama kaip lygiavertė. Pastaraisiais metais pasikeitus teisės aktams, reglamentuojantiems socialinį darbą ir socialinių darbuotojų veiklą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, išryškėjo profesijos nepripažinimo lygiaverte problema. Tai daro neigiamą įtaką socialinių darbuotojų profesinio identiteto sampratai ir profesinei praktikai stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Pagrindiniai tyrimo klausimai:

– Kaip suprantamas profesinis identitetas stacionarioje asmens sveikatos priežiūroje dirbančių socialinių darbuotojų požiūriu?

– Kokie veiksniai daro įtaką socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktui stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje?

Tyrimo objektas – socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo tikslas – teoriškai ir empiriškai atskleisti socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo uždaviniai:

1. Apžvelgti socialinio darbo raidą ir profesinės veiklos kryptis asmens sveikatos priežiūroje.
2. Aptarti teisinius socialinio darbo reglamentavimo aspektus stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.
3. Apibrėžti socialinio darbuotojo profesinio identiteto formavimo(si) prielaidas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.
4. Atskleisti socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Tyrimo metodai:

1. Teoriniai

Mokslinės literatūros, dokumentų ir teisės aktų analizė leido apžvelgti profesinio identiteto sąvoką, socialinio darbo raidą ir profesinės veiklos kryptis, teisinius reguliavimo aspektus stacionarioje asmens sveikatos priežiūroje.

2. Empiriniai

Naudojant anoniminę anketinę apklausą (klausimyną) bei kiekybinio tyrimo duomenų analizę, atskleistas socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Darbo struktūra.

Magistro baigiamasis darbas sudarytas iš įvado, sąvokų žodynėlio, 4 skyrių, išvadų, rekomendacijų, literatūros sąrašo, santraukos lietuvių ir anglų kalbomis bei priedų. Darbo apimtis 72 puslapiai (be priedų). Magistro baigiamajame darbe pateikta 19 vaizdinių priemonių: 3 lentelės ir 16 paveikslų.

SUTRUMPINIMAI IR SĄVOKOS

ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

LNSS – Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema

NVO – nevyriausybinės organizacijos

SODRA – Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos

1. SOCIALINIO DARBO RAIDA IR PROFESINĖS VEIKLOS KRYPTYS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE

1.1. Socialinio darbo ištakos ir institucionalizacija asmens sveikatos priežiūroje

Nagrinėdamas socialinio darbo kilmę Payne (2005) rašo, kad socialinis darbas vėlyvaisiais 1800-asiais, kai kuriose Vakarų Europos ir Šiaurės Amerikos visuomenėse atsirado kaip būdas išreikšti žmogiškumą ir susirūpinimą. Socialinis darbas kaip idėja ir praktika kilo ir vystėsi kaip būdas įgyvendinti gerovę tose visuomenėse tam tikru laiku. Ankstesnės visuomenės siūlė labdarą ir užtikrino gerovę, tačiau kažin ar tai galima laikyti socialinio darbo pirmtaku, kadangi šiuolaikinė socialinio darbo idėja ir praktika apima asmeninę pagalbą, kuri asocijuojasi su bendromis visuomeninėmis nuostatomis tokiomis kaip švietimas, sveikata ir socialinė apsauga ir yra susijusi su bendra socialinės politikos teikiama gerove piliečiams visuomenine tvarka. Asmeninė pagalba yra užtikrinama profesionalų, turinčių tam tikrą patirtį ir pasiruošusių tarpasmeninei komunikacijai ir palaikymui organizuojant ir teikiant reikalingą pagalbą sudėtingose situacijose.

Istorinę socialinio darbo sveikatos priežiūros sistemoje kilmę aprašydama Gehlert (2012) teigia, kad būtent JAV socialinis darbas XIX a. ir ankstyvajame XX a., sveikatos priežiūros srityje atsirado dėl keleto priežasčių:

- *gyventojų demografinių pokyčių;*
- *požiūrio į gydymą, įskaitant tai, ką gydymas turi apimti;*
- *požiūrio į socialinius ir psichologinius sveikatos faktorius.*

Būtent šie trys tarpusavyje glaudžiai susiję reiškiniai ir paskatino socialinio darbo sveikatos priežiūroje atsiradimą. O glaudus bendradarbiavimas tarp Johns Hopkins ligoninės ir Baltimorės labdaros organizacijos draugijos padėjo pagrindus idėjai kaip suvienyti socialinį darbą ir mediciną. Sparčiai augant socialinių darbuotojų poreikiui sveikatos priežiūroje, jau 1913 m. daugiau kaip 200 JAV ligoninių turėjo socialinius darbuotojus. O metais anksčiau – 1912-aisiais buvo pradėti rengti ir pirmieji kursai socialinio darbo medicinoje tematika. Ligoninių socialinių darbuotojų asociacija, kuri buvo įkurta 1918 m., įdarbinusi švietimo sekretorių turėjo du tikslus: skatinti ir koordinuoti ligoninėse dirbančių socialinių darbuotojų mokymus ir sustiprinti komunikaciją tarp socialinio darbo mokyklų ir praktikų.

JAV Ligoninių socialinių darbuotojų asociacija, kaip rašo Gehlert (2012), dar 1928 m. išleido 1000 atvejų studiją surinktų iš 60 ligonių, kurioje atsispindėjo socialinio darbuotojo įnašas į medicininę priežiūrą, kuris vertinamas pagal veiklos dažnumą:

- *informacijos užtikrinimas, kad būtų galima užtikrinti bendrą paciento sveikatos problemą;*
- *paciento sveikatos problemos paaiškinimą jam pačiam, jo šeimai ir bendruomenės gerovės agentūroms;*
- *priemonių palengvinančių paciento situaciją mobilizavimas.*

Apibendrinat, galima teigti, kad tuomet pagrindinė socialinio darbo ligoninėje praktika gali būti apibūdinama kaip atitinkamų socialinių veiksnių atradimas pacientų sveikatos problemose ir šių veiksnių įtakos identifikavimas pacientų medicininei priežiūrai.

Europoje, pasak Gehlert (2012), pirmąjį socialinį darbuotoją, vadinamą ligoninės almoneriu, įdarbino Londono Karališkoji laisvoji ligoninė 1895 metais. Tai nutiko kuomet minėta gydymo įstaiga tarpininkaujama Charles Loch – Karališkojo Chirurgijos koledžo sekretoriato skyriaus darbuotojo, susisiekė su Londono labdaros organizacijos draugija. Pats Charles Loch 1875 metais buvo paskirtas minėtos labdaros organizacijos sekretoriumi ir pats aktyviai domėjosi socialiniais sveikatos aspektais.

Klinikinio socialinio darbo istoriją ir profesinį identitetą nagrinėdamas Karpetis (2014) teigia, kad klinikinis socialinis darbas JAV buvo pristatytas 1968 m. praktikų, kurie jautėsi atstumti nuo kitų savo kolegų socialinių darbuotojų, kurie nagrinėjo klientų problemas kaip socialinių ir aplinkos faktorių pasekmes ir rėmėsi vadyba, socialine politika ir socialiniu planavimu. Minėti, praktikai pasak Karpetis (2014) (cit. pagal Goldstein, 1996) kaltinti vadinamuoju „medicininiu modeliu“, kas patologizavo ir socialiai kontroliavo klientus. Tiesioginės praktikos šalininkai jautė, kad toks klientų gydymas stokoja emocinės būklės dinamikos, deprofesionalizuoja socialinį darbą ir nesėkmingai perteikia studentams tinkamą žinių bazę. Minėti šalininkai dėl to formavo profesijos rengimo tikslus taikant tiesioginę praktiką bei kuriant aukštesnius standartus ir siekiant teisinio pripažinimo vykdyti privačiai praktikai. Vėliau, 1976 metais Nacionalinė socialinių darbuotojų asociacija pripažino klinikinį socialinį darbą kaip socialinio darbo specializaciją, kuri reikalauja magistro laipsnio ir dvejų metų postudijinės klinikinės patirties.

Socialinio darbo raidą kaip reiškinį yra tyrinėję ne mažai Lietuvos bei užsienio autorių. Socialinio darbo Lietuvoje raidos, praktikos ir akademinius aspektus aprašė Bagdonas (2001), ankstyvąją socialinio darbo raidą nagrinėjo Pivorienė (2004), socialinio darbo, kaip pagalbos žmogui profesijos raidos aspektus tyrė Kavaliauskienė (2005), socialinių paslaugų teikimą, kaip vieną iš socialinio darbo ir socialinės pagalbos organizavimo formų aprašė Žalimienė (2003), ir dar daug kitų lietuvių autorių tyrinėjo įvairius socialinio darbo aspektus. Tačiau lietuvių autorių darbų socialinio darbo medicinoje tematika, ypač nagrinėjančių profesijos institucionalizaciją asmens sveikatos priežiūros sistemoje, yra mažai.

Juolab, kad ir pats socialinis darbas Lietuvoje kaip profesija neseniai „atšventė“ 25-metį, o socialinis darbas asmens sveikatos priežiūroje teisės aktais pradėtas reglamentuoti dar vėliau – 1998 m. priimtu naujos redakcijos Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu (1994, nauja įstatymo redakcija 1998), bei poįstatyminiu aktu – bendru Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (1999). Minėti teisės aktai, neskaitant vėlesnių įstatymų ir ministrų įsakymų, yra vieni pagrindinių teisės aktų reglamentuojančių socialinių darbuotojų paskirtį, teises, funkcijas ir atsakomybę, veiklos organizavimą ir kitus socialinio darbo aspektus asmens sveikatos priežiūroje.

1.2. Socialinių darbuotojų vaidmenys ir veiklos kryptys teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas

Socialinis darbas sveikatos priežiūros sistemoje, kaip rašo Kiaunytė ir Žadeikytė (2017), pasaulyje yra įprasta profesinė veikla. Tačiau Lietuvoje dar egzistuoja klausimai susiję su socialinio darbo statuso neaiškumu organizacijos struktūroje, teisiniu socialinio darbuotojo etatu reglamentavimu bei neaiškia darbo krūvio apimtimi, tai pat santykiu, kuris yra nelygiavertis su sveikatos priežiūros specialistais, profesinės veiklos funkcijų ir ribų neapibrėžtumu ir t.t.

Brown (2012) nagrinėdamas socialinio darbuotojo vaidmenis sveikatos priežiūros sektoriuje remiasi Gambrill (1977) ir teigia, kad socialiniai darbuotojai yra labai svarbūs siekiant optimalios sveikatos priežiūros nes tiesiogiai kontaktuoja su pacientais ir jų šeimomis, taipogi jie atlieka tam tikrus vaidmenis makro lygmenyje. Socialiniai darbuotojai, kaip administratoriai prižiūrintys programų planavimą ir įgyvendinimą, yra sveikatos priežiūros komandos, kurias sudaro tiesioginiai pacientų priežiūros specialistai, nariai. Sveikatos socialinio darbo uždaviniai atitinka socialinio darbo profesijos tikslus ir padeda klientams spręsti problemas bei susidoroti su gyvenimo stresais; susieti asmenis su ištekliais, paslaugomis ir galimybėmis; skatinti efektyvias ir humaniškas paslaugų sistemas bei vystyti ir inicijuoti socialinę politiką.

Socialinio darbuotojo atliekamų paslaugų spektras, pasak Brown (2012), atliekant asmens sveikatos priežiūrą yra labai platus ir apima intervencijas su pacientais ir jų socialinės paramos tinklais, bendradarbiavimą su interdisciplininių komandų nariais, paslaugų koordinavimą bendruomenėse, advokatavimą su vyriausybinėmis institucijomis ryšium su pacientų poreikiais ir sveikatos priežiūros paslaugų administravimą. Sveikatos priežiūros

paslaugų sektoriuje dirbančio socialinio darbuotojo veikla, tiesiogiai teikiant paslaugas pacientams, apimą nuoseklų pacientų situacijos įvertinimą ir intervencijų rengimą bei įgyvendinimą.

Profesinius vaidmenis ir socialinio darbuotojo veiklos sritis nagrinėdamos Okonišnikova ir Rumianceva (2007) rašo, kad socialinis darbuotojas kaip socialinės srities specialistas atlieka šiuos vaidmenis:

- ***kliento identifikuotojo*** – atliekant šį vaidmenį yra aptinkami žmonės ar asmenų grupės, kurie yra atsidūrę krizinėse situacijose bei apibrėžiamos jų aplinkos sąlygos kurios lėmė problemas;
- ***tarpininko*** vaidmuo – pasižymi tuo, kad socialinis darbuotojas atsiduria tarp dviejų asmenų, grupių ar asmens ir grupės (-ių) norėdamas padėti asmenims ar grupėms išspręsti prieštaravimus;
- ***vertintojo*** – šiame vaidmenyje socialinis darbuotojas surenka informaciją ir įvertina problemas, taipogi padeda priimti sprendimus;
- ***mobilizuotojo*** vaidmuo – socialinį darbuotoją verčia organizuoti tam tikrus veiksmus ir veikti siekiant išspręsti problemas;
- ***mokytojo*** – atliekant šį vaidmenį yra perduodama informacija ir žinios bei padedama žmonėms tobulinti savo gebėjimus, keisti savo stereotipinius įgūdžius ir elgseną ir pan.;
- ***konsultanto*** vaidmuo – kai socialinis darbuotojas dirba su kitais specialistais ir padeda jiems tobulinti savo gebėjimus.

Visi šie vaidmenys, pasak Okonišnikovos ir Rumiancevos (2007), kiekvienu atveju tarpusavyje persipina ir nėra vienas nuo kito atskiri, tačiau norint juos sėkmingai atlikti reikia įsisąmoninti vertybinius veiklos turinio pagrindus.

Teikdamas paslaugas, anot Jonhson (2003), socialinis darbuotojas tam tikrus vaidmenis atlikti yra priverstas, tačiau patį terminą „vaidmuo“ autorius vartoja nesilaikydamas griežtų elgesio reikalavimų. Jonhson (2003) (cit. pagal Teare ir McPheeters 1970) pateikia dvylika galimų bendrosios praktikos socialinio darbuotojo vaidmenų:

- ***Susisiekiantis darbuotojas*** – identifikuoja poreikį susisiekdamas su klientais bendruomenėje;
- ***Tarpininkas*** – apima kontaktus ir stebėjimą;
- ***Gynėjas*** – padeda plėsti teikiamas paslaugas asmenims turintiems ypatingų poreikių;
- ***Vertintojas*** – renka informaciją ir įvertina kliento ar bendruomenės problemas; numato alternatyvas, planuoja veiksmus;

- ***Mokytojas*** – moko faktų ir įgūdžių;
- ***Elgesio keitėjas*** – veiklą orientuoja į specifinio elgesio keitimą;
- ***Mobilizuotojas*** – padeda mobilizuoti išteklius, kurti naujas paslaugas ar programas;
- ***Konsultantas*** – dirba su kitais profesionalais, ugdydamas jų įgūdžius ir supratimą;
- ***Bendruomenės planuotojas*** – padeda bendruomenėms planuoti priemones, tenkinančias žmogaus poreikius;
- ***Paslaugos teikėjas*** – teikia paramą ir rūpinasi asmenimis, kai problemos neišsprendžiamos;
- ***Duomenų tvarkytojas*** – renka ir analizuoja duomenis, naudojamus priimant sprendimus;
- ***Administratorius*** – planuoja ir įgyvendina paslaugas ir programas;

L.C. Johnson (2003) socialinio darbuotojo vaidmenų sąrašą papildė **dar dviem** vaidmenimis:

- ***Koordinatorius*** – organizuoja kelių socialinių darbuotojų ar kitų profesionalų veiklą taip, kad paslaugos būtų teikiamos sinchroniškai. Šį vaidmenį galima apibūdinti ir kaip **atvejo vadovo**;
- ***Įgalintojas*** – įgalina klientą surasti sprendimą.

Johnson (2003) (cit. pagal Simon ir Aiger, 1979) pateikia ir kliento charakteristikas, kurios yra autorių nuomone yra svarbios pasirenkant socialinio darbuotojo vaidmenis:

- *kliento poreikiai ir pageidavimai;*
- *kliento ištekliai;*
- *kliento ir darbuotojo lūkesčiai, susiję su klientu;*
- *kliento ir darbuotojo lūkesčiai, susiję su socialiniu darbuotoju.*

Apibrėždamas socialinio darbuotojo vaidmens sąvoką Johnson (2003) (cit. pagal Simon ir Aiger, 1979), rašo, kad socialinis darbuotojas identifikuoja kliento problemas ir situacijas, kai yra svarbūs būtent tam tikri socialiniai vaidmenys. Pavyzdžiui, tarpininko vaidmenį lemia kliento išteklių stygius, užtarėjo/gynėjo vaidmenį – galimybių stygius, vaidmenų neatitikimas – mokytojo vaidmenį, nerealūs lūkesčiai ar elgesys – prieštarautojo vaidmenį, konfliktuojantys vaidmenų lūkesčiai – tarpininko vaidmenį, empatiško klausytojo vaidmenį – lemia vaidmenų keitimo stresas, o kliento neapsisprendimas – aiškintojo vaidmenį.

Vaidmuo ir užduotis, pasak Johnson (2003), kaip ir užduotis yra aptariami apibrėžiant darbuotojo funkcijas, tačiau pats vaidmuo apima tarpusavi ryšį – t.y. darbuotojo sąveiką su klientu. Darbuotojo vaidmenį ar netgi kelis vaidmenis būtina detalizuoti pagalbos klientui plane, turint omenyje ir galimus kliento vaidmenis.

Pagelbstinčio asmens savybes nagrinėdamas Johnson (2003) (cit. pagal Combs ir kt., 1971) ir teigia, kad geras pagalbininkas yra labiau sugebantis nei nesugebantis, labiau draugiškas nei nedraugiškas, labiau garbingas nei negarbingas, labiau motyvuotas iš vidaus negu iš išorės, labiau patikimas nei nepatikimas, labiau padedantis nei trukdantis.

Taip pat, labai svarbu ir paties darbuotojo nuomonė apie save. Geras darbuotojas, kaip teigia Johnson (2003) (cit. pagal Combs ir kt., 1971), save apibūdintų kaip solidarų su žmonėmis, adekvatų, patikimą, pageidaujantį ir garbingą. Pagelbstintis asmuo turėtų būti labiau atpalaiduojantis, o ne kontroliuojantis, besirūpinantis svarbesniais, o ne smulkesniais dalykais, atsiskleidžiantis, o ne paslaptingas, įsitraukiantis į situaciją, o ne prisijungiantis prie jos, labiau orientuotas į procesą nei į tikslą ir labiau altruistas nei savimyla. Galiausiai, geras darbuotojas turi žiūrėti į kiekvieną situaciją per žmogaus, o ne daiktų prizmę.

Nagrinėdamos socialinio darbuotojo veiklos komandoje ypatumus gydant pacientą, Vaicekauskienė ir Jankūnienė (2009) pateikia socialinio darbuotojo funkcijas paciento gydymo komandoje. Pasak autorių yra išskiriamos šešios pagrindinės veiklos kryptys, kurias atlieka įvairių pareigybių socialiniai darbuotojai:

- *poreikio nustatymas ir vertinimas;*
- *paramos planavimas;*
- *pagalbos suteikimas;*
- *paramos vertinimas;*
- *veiklos organizavimas;*
- *profesinės veiklos tobulinimas.*

Kiekviena iš veiklos kryptis, pasak Vaicekauskienės ir Jankūnienės (2009), apima daugelį funkcijų, kurias atlieka socialinis darbuotojas. Šių funkcijų parinkimas, detalizavimas ir grupavimas priklauso nuo naudojamų socialinio darbo metodų ir nuo klientų poreikių bei jų problemų specifiškumo. Autorės, pasiremdamos Žalimiene (2003) rašo, kad tokios socialinių paslaugų teikimo funkcijos kaip – socialinis tyrimas, paslaugų planavimas, administravimas, tiesioginis paslaugų organizavimas, teikimas, paslaugų teikimo ir efektyvumo vertinimas, profesinės veiklos tobulinimas sudaro individualaus socialinio darbo struktūrą. O nuo pareigybės ir darbo vietos dažniausiai priklauso ir socialinio darbuotojo vykdomos funkcijos:

- *diagnostinė;*
- *vadybinė;*

- *konsultavimo;*
- *informavimo;*
- *organizacinė;*
- *paslaugų planavimo;*
- *paslaugų teikimo;*
- *pašalpų skyrimo;*
- *programų tvarkymo;*
- *pajamų testavimo;*
- *tarpininkavimo;*
- *prevencinė;*
- *švietėjiška.*

Vaicekauskienė ir Jankūnienė (2009), atlikusios kiekybinį tyrimą, kuriame dalyvavo pacientai bei paciento gydymo komandos specialistai, atskleidė svarbiausias veiklas ir funkcijas, kurias, pacientų nuomone, turėtų vykdyti socialinis darbuotojas:

- *informacinė veikla;*
- *konsultavimo veikla;*
- *tarpininkavimo veikla;*
- *tiesioginė socialinio darbuotojo pagalba;*
- *pacientų laisvalaikio organizavimas.*

Paciento gydymo komandoje, pasak Vaicekauskienės ir Jankūnienės (2009), socialinis darbuotojas remdamasis socialinio darbo teorijomis – modeliais, atlieka įvairius vaidmenis, veiklas ir funkcijas:

- *formuotojo;*
- *įgyvendintojo;*
- *darbus baigiančiojo;*
- *koordinatoriaus;*
- *komandos darbuotojo.*

Apibendrinant galima teigti, kad socialinis darbuotojas kaip sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios komandos narys, kasdieninėje praktikoje atlieka įvarius vaidmenis ir funkcijas priklausomai nuo pasirinkto darbo metodo, klientų poreikių, komandinio darbo principų. Įgyvendinant profesinės veiklos vaidmenis labai svarbios ir darbuotojo asmeninės savybės bei socialinio darbuotojo požiūris į kliento situaciją. Teikiant pagalbą kiekvienu atveju atliekami vaidmenys nėra vienas nuo kito atskirti ir persipina tarpusavyje, bet socialinis darbuotojas turi pats įsisąmoninti vertybinius savo veiklos turinio pagrindus tam, kad minėtus

vaidmenis galėtų atlikti sėkmingai. Vertybinis socialinio darbo aspektas minimas ir Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodekse (2017).

1.3. Socialinių darbuotojų teikiamų paslaugų samprata asmens sveikatos priežiūroje

Termino „paslauga“ bendriausią apibrėžimą, Žalimienė (2003) (cit. pagal Auštrevičių ir kt., 1991), pateikia kaip – nematerialinę gėrybę. O paslaugų, kaip nematerialinių gėrybių sistema, apima daug ir įvairaus pobūdžio, tikslo bei funkcinės paskirties paslaugų, kurių spektras gali būti vertinamas ir suprantamas paslaugų įvairovę išanalizavus pagal įvairius kriterijus.

Paslaugos pagal teikėjo statusą, pasak Žalimienės (2003), skirstomos į:

- *viešojo sektoriaus paslaugas;*
- *privataus sektoriaus paslaugas;*
- *NVO sektoriaus paslaugas.*

Atsižvelgiant į šalies teisės aktus bei socialinės apsaugos sistemos ypatybes socialinės paslaugos gali būti teikiamos kiekviename iš šių sektorių.

Paslaugos pagal išlaidų kompensavimą skirstomos į:

- *komercines paslaugas (paslaugos teikėją ir gavėją sieja pirkimo – pardavimo santykiai);*
- *nekomercines paslaugas (klientas padengiant išlaidas nedalyvauja)*

Socialinės paslaugos šiuolaikinėje valstybėje tampa vis labiau komercinėmis, kuomet klientui tenka susimokėti, o ne gauti jas nemokamai.

Paslaugos gali būti vertinamos ir pagal siekiamą rezultatą – t.y. pagal galutinius tikslus:

- *pelno siekimas (tokias paslaugas teikia privačios, viešosios arba pelno organizacijos);*
- *poreikių tenkinimas (NVO arba viešųjų organizacijų teikiamos paslaugos).*

Paslaugos taip pat gali būti vertinamos ir pagal ekonominės veiklos rūšių klasifikaciją.

Kaip teigia Žalimienė (2003), socialinės paslaugos, kurias gali teikti įvairų juridinį statusą turinčios institucijos, yra viena iš paslaugų rūšių minėtų paslaugų įvairovėje. O pagal ekonominės veiklos rūšių klasifikaciją socialinės paslaugos priskiriamos žmonių sveikatos priežiūros ir socialinio darbo paslaugoms.

Adomaitienė ir Balčiūnienė (2017), nagrinėdamos asmenų dirbančių socialinių paslaugų sektoriuje kompetencijas ir jų tobulinimo galimybes teigia, kad pagrindinės

socialinių paslaugų funkcijos yra grąžinti žmogaus gebėjimą pasirūpinti savimi ir integruotis į visuomenę. Ir tai reikia daryti sukuriant žmogaus orumo nežeminančias sąlygas kuomet pats žmogus to padaryti nepajėgia. Socialinių paslaugų spektras yra labai platus, o pačios socialinės paslaugos atliekamos ir prevenciniais tikslais tam, kad būtų išvengta galimų problemų pasireiškimo.

Socialinės paslaugos, pasak Adomaitienės ir Balčiūnienės (2017), yra dažniau susiję ne su kategorinėmis žmonių grupėmis, o su individualiais klientų atvejais – tai socialines paslaugas skiria nuo kitų viešųjų paslaugų. Socialinių paslaugų teikėjai su šių paslaugų gavėjais sąveikauja tiesiogiai, o pačių paslaugų tikslas – pokyčių kaita tiek žmonių santykių srityje, tiek ir visoje socialinėje aplinkoje.

Socialinių paslaugų teikimą asmens sveikatos priežiūros sistemoje, kaip ir kituose socialinio darbo laukuose, reglamentuoja teisės aktais, kuriais vadovaujantis paslaugos ir yra apibrėžiamos, organizuojamos, teikiamos ir koordinuojamos.

Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymo (2006) 3 str. nusako socialinių paslaugų sampratą ir tikslus:

„1. Socialinės paslaugos yra paslaugos, kuriomis suteikiama pagalba asmeniui (šeimai), dėl amžiaus, neįgalumo, socialinių problemų iš dalies ar visiškai neturinčiam, neįgijusiam arba praradusiam gebėjimus ar galimybes savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimos) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime.

2. Socialinių paslaugų tikslas – sudaryti sąlygas asmeniui (šeimai) ugdyti ar stiprinti gebėjimus ir galimybes savarankiškai spręsti savo socialines problemas, palaikyti socialinius ryšius su visuomene, taip pat padėti įveikti socialinę atskirtį.

3. Socialinės paslaugos teikiamos siekiant užkirsti kelią asmens, šeimos, bendruomenės socialinėms problemoms kilti, taip pat visuomenės socialiniam saugumui užtikrinti“.

Pačių socialinių paslaugų turinį pagal atskiras socialinių paslaugų rūšis bei socialinių paslaugų įstaigų tipus reglamentuoja Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. A1-93 patvirtintas Socialinių paslaugų katalogas. Šiame teisės akte detalizuojamos socialinių paslaugų rūšys, charakteristikos, pavadinimai, kodai, apibrėžimai, paslaugų gavėjai ir jas teikiantys specialistai, teikimo trukmė ir vieta (žr. 1 lentelę).

1. lentelė

Socialinių paslaugų rūšys

Socialinių paslaugų rūšys		
Bendrosios	Specialiosios	
	socialinė priežiūra	socialinė globa
• informavimas • konsultavimas • tarpininkavimas ir atstovavimas • maitinimo organizavimas • aprūpinimas būtiniausiais drabužiais ir avalyne • transporto organizavimas • sociokultūrinės paslaugos • asmeninės higienos ir priežiūros paslaugų organizavimas • kitos bendrosios socialinės paslaugos	• pagalba į namus • socialinių įgūdžių ugdymas ir palaikymas • apgyvendinimas savarankiško gyvenimo namuose • laikinas apnakvindinimas • intensyvi krizių įveikimo pagalba • psichosocialinė pagalba • apgyvendinimas nakvynės namuose ir krizių centruose • pagalba globėjams (rūpintojams) ir įvaikintojams.	• dienos socialinė globa • trumpalaikė socialinė globa • ilgalaikė socialinė globa

Socialines paslaugos atliekant asmens sveikatos priežiūrą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994, nauja įstatymo redakcija 1998) 25 str., tačiau detaliau tai yra nagrinėjama šio darbo 2.1. poskyryje detalizuojant teisinius socialinio darbo reglamentavimo aspektus asmens sveikatos priežiūros sistemoje Lietuvoje.

Vadovaujantis Socialinių paslaugų katalogu (2006) asmens sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai daugiausiai teikia bendrąsias socialines paslaugas, tačiau tam tikrais atvejais yra teikiamos ir specialiosios socialinės paslaugos – pavyzdžiui, pagalba globėjams (rūpintojams) ir įvaikintojams, psichosocialinė pagalba bei intensyvi krizių įveikimo pagalba, socialinių įgūdžių ugdymas ir palaikymas.

Stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai tiesioginėje praktikoje teikia ir bendrąsias ir specialiąsias socialines paslaugas, tačiau jų pobūdis priklauso nuo asmens sveikatos priežiūros srities, kurioje socialinis darbuotojas tiesiogiai dirba.

2. SOCIALINIO DARBO TEISINIAI REGLAMENTAVIMO ASPEKTAI STACIONARIOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

2.1. Teisiniai socialinio darbo reglamentavimo aspektai asmens sveikatos priežiūros sistemoje Lietuvoje

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) sveikatą apibrėžia ne tik kaip ligų ar negalios nebuvimą, bet kaip įvairiapusišką fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę (PSO Konstitucija, 1946).

Sąvoka „sveikata“ yra reglamentuojama Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994, nauja įstatymo redakcija 1998), 2 str., 28 p. „Sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“.

Sveikatos sistema, kaip rašo Buivydas (2010), funkcionuoja nuolat besikeičiančioje visos šalies aplinkoje, kurioje esama skirtingų ir net visiškai priešingų interesų. Atkūrus nepriklausomybę Lietuvoje buvo plėtojama demokratija ir vyko liberalios visuomenės modelio idėjų sklaida ir įgyvendinimas, vykdoma privatizacija ir pertvarkoma teisinė sistema.

Sveikatos sistemą, pasak Buivydo (2010), veikia du pagrindiniai veiksniai – pasiūla ir paklausa, tačiau kalbant apie šią sistemą ar jos reformas, omenyje dažniau yra turima pasiūla – t.y. sveikatinimo paslaugų sistema ir jos problemos, nes dažniausiai sistema yra vertinama paslaugų teikėjų požiūriu kadangi jie turi didžiausią įtaką sveikatos sistemos valdyme. Tačiau būtinybė atsižvelgti į pacientų poreikius, paslaugų prieinamumo gerinimas, kokybė bei paslaugų sąrašo plėtra nuolatos yra akcentuojama politikų, sveikatos administratorių bei žiniasklaidos. Šie aspektai yra svarbūs sveikatos sistemos funkcionavimo rodikliai.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemos pokyčius, anot Buivydo (2010), lemia gerėjančios gyvenimo sąlygos ir senstanti populiacija. Sumažėjus daugeliui anksčiau buvusių mirtinų ligų pavojui, tačiau augant chroniškomis ir kompleksinėmis ligomis sergančių asmenų skaičiui sovietinis paslaugų teikimo modelis neatitinka visuomenės poreikių, todėl yra būtina sukurti iš išvystyti įvairiapusiškesnę ir labiau individualizuotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą.

Šiandieninę Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (LNSS) sandarą reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994, nauja įstatymo redakcija 1998) 7 str. Šio straipsnio 4 dalis nurodo, jog viena iš LNSS sistemos dedamųjų yra LNSS veikla ir teikiamos paslaugos. LNSS teikiamas paslaugas detalizuoja įstatymo 11 str., kurio 1 dalies 1 punkte nurodyta asmens sveikatos priežiūra. Šioje LNSS teikiamų paslaugų „sferoje“ paslaugas teikia ir socialiniai darbuotojai.

Socialinį darbą asmens sveikatos priežiūros sistemoje reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994, nauja įstatymo redakcija 1998), Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995), Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas (2006), Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų katalogas (2006), bendras Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (1999), atskiri Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai reglamentuojantys sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei kiti teisės aktai.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994, nauja įstatymo redakcija 1998) 25 str. reglamentuoja socialines paslaugas atliekant asmens sveikatos priežiūrą. Minėto straipsnio 1 dalis nurodo, jog „Socialinių paslaugų teikimas atliekant asmens sveikatos priežiūrą organizuojamas norint garantuoti pacientų, vaikų ir pagyvenusių žmonių, neįgalių asmenų, kitų rizikos grupėms priklausančių asmenų socialinį saugumą, jų psichikos sveikatos priežiūrą ir psichosocialinę reabilitaciją. Socialines paslaugas teikia asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai“. Straipsnio 2 dalis nurodo, kad „Socialinių paslaugų teikimo sveikatos priežiūros įstaigose tvarką reglamentuoja įstatymai ir kiti teisės aktai“, o šio straipsnio 3 dalis nurodo, jog „Sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus tvirtina, jų rengimo bei kvalifikacijos kėlimo tvarką nustato Socialinės apsaugos ir darbo ministerija kartu su Sveikatos apsaugos ministerija“.

Remiantis būtent Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994, nauja įstatymo redakcija 1998) 25 str. 3 d. ir buvo priimtas Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (1999). Tai vienas pagrindinių teisės aktų reglamentuojančių socialinių darbuotojų paskirtį, teises, funkcijas ir atsakomybę, veiklos organizavimą ir kitus socialinio darbo aspektus asmens sveikatos priežiūroje, kuris nuo 1999 metų buvo nežymiai keistas tik vieną kartą – 2002 m., kuomet buvo išplėstas minėtų nuostatų 13 p. apibrėžiantis socialinių darbuotojų etatų nustatymą.

Esminis lūžis, reglamentuojant socialinį darbą ir socialinių darbuotojų veiklą sveikatos priežiūros įstaigose, įvyko 2017 m., kuomet Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje buvo parengtas ministro įsakymo projektas „Dėl socialinio darbuotojo profesinės veiklos reikalavimų aprašo tvirtinimo“ ir pateiktas visuomenei. Minėtas įsakymo projektas sukėlė nemažai diskusijų akademiniame, profesiniame bei suinteresuotų institucijų, ginančių socialinių darbuotojų teises ir interesus, lygmenyse. Pirmiausiai, įsakymo projekto (2017) 5

str. su papunkčiais buvo nesuderintas su Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymu (2006), kurio 23 str. aiškiai reglamentuoja privalomą kvalifikaciją socialiniam darbuotojui, kad jis galėtų dirbti socialinį darbą. Antra, įsakymo projekto (2017) 8.2. str. buvo nesuderintas su Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 str. reglamentuojančiu „sveikatinimo veiklos“ sąvoką, nes ji apibrėžiama skirtingai. Trečia, įsakymo projekto (2017) 14 str. su papunkčiais nusakantis socialinio darbuotojo profesinę kompetenciją nurodė, jog socialinis darbuotojas pagal savo profesinį pasirengimą turi išmanyti kitų profesijų specifiką: „14.1.9. logoterapijos pagrindus“, „14.1.19. ergoterapijos pagrindus“, „14.1.20. masažo pagrindus“. Įsakymo projekte (2017) buvo reglamentuojama ne tik socialinio darbuotojo teisės, pareigos, kompetencija ir veiklos sritys, tačiau 16 str. nurodomi ir įstaigai, kurioje dirba socialinis darbuotojas, keliami reikalavimai – t.y. ne šio teisės akto projekto reguliavimo sritis.

Akademiniame, profesiniame bei suinteresuotų institucijų, ginančių socialinių darbuotojų teises ir interesus, lygmenyse kilusi iniciatyva sukurti tarpžinybinę darbo grupę parengti naujam Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymui reglamentuojančiam sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus pasiekė ir pačią ministeriją ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 25 d. įsakymu Nr. V-86 „Dėl darbo grupės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymo Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ pakeitimo įsakymo projektui parengti sudarymo“ buvo sudaryta darbo grupė, kurios sudėtis iš dalies buvo pakeista Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. kovo 14 d. įsakymu Nr. V-290 „Dėl darbo grupės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymo Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ pakeitimo įsakymo projektui parengti sudarymo“ pakeitimo“. Minėta darbo grupė parengė naują Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo projektą reglamentuojantį sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus, kuris Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje buvo dar pakoreguotas.

Vykstant minėtiems procesams ir darbo grupei „taisant“ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje parengtą ministro įsakymo projektą „Dėl socialinio darbuotojo profesinės veiklos reikalavimų aprašo tvirtinimo“ (2017) – t.y. rengiant naują ministro įsakymo projektą, ministerijoje buvo parengtas ir paskelbtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugsėjo 29 d. įsakymas Nr. V-1143 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 9 d. įsakymo Nr. V-1427 „Dėl

kitos sveikatinimo veiklos rūšių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“, kurio nauja redakcija patvirtino „kitų sveikatinimo veiklų rūšių sąrašą“, tarpe kurių socialinio darbo nebeliko.

2.2. Teisės aktų, reglamentuojančių socialinį darbą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje apžvalga

Socialinį darbą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros sistemoje be Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994, nauja įstatymo redakcija 1998), Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo (1995), Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymo (2006), detaliau reglamentuoja poįstatyminiai teisės aktai – t.y. ministrų įsakymai. Pirmiausiai reiktų paminėti bendrą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymą „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (1999). Šio teisės akto 1 str. apibrėžiama „sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų“ sąvoka: „Sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai (toliau – socialiniai darbuotojai) – specialistai, kurių darbo paskirtis yra sustiprinti į sveikatos priežiūros (toliau – įstaigą) besikreipiančio ar joje besigydančio asmens prisitaikymo prie aplinkos gebėjimus, atnaujinti ryšius su bendruomene, padedant jam integruotis į visuomenę, ir skatinti pilnavertiškesnį asmens socialinį funkcionavimą. Nuostatų 3 str. nurodo, jog socialiniai darbuotojai socialines paslaugas teikia „medicinos pagalbos“, „slaugos ir palaikomojo gydymo (slaugos)“, „medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo“ asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Nuostatuose reglamentuojamas socialinių paslaugų teikimo atliekant asmens sveikatos priežiūrą tikslas, socialinių darbuotojų teisės, funkcijos ir atsakomybė, darbo organizavimas.

Reikia paminėti faktą, kad Sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatuose (1999) yra išvadintos asmens sveikatos priežiūros įstaigų rūšys, tačiau asmens sveikatos priežiūros sritys, kuriose paslaugas teikia socialiniai darbuotojai yra nurodytos atskirais Sveikatos apsaugos ministro įsakymais.

Vienas anksčiausiai priimtų teisės aktų reglamentuojančių socialinių darbuotojų teikiamas paslaugas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ kuriuo patvirtintame apraše reglamentuojamas socialinių darbuotojų krūvis – ne daugiau, kaip 10 pacientų, numatytas socialinių poreikių vertinimas bei stebėjimas, socialinės

pagalbos planavimas ir teikimas, tarpininkavimas sprendžiant socialines problemas teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas.

Pati „paliatyviosios pagalbos“ sąvoka reglamentuojama reikalavimų aprašo 6.1. papunktyje – „paciento, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, lengvinančios kančias, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas“. Socialinio darbuotojų teikiamų paslaugų poreikis teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas išplaukia iš reikalavimų aprašo 2 punkte numatyto paliatyviosios pagalbos tikslo:

„2.1. mažinti pacientų fizines kančias ir (ar) jų išvengti;

2.2. tiksliai nustatyti pacientus varginančius simptomus, juos kontroliuoti ir mažinti;

2.3. nustatyti psichologines ir socialines paciento ir jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu procesu;

2.4. pagerinti paciento ir jo artimųjų gyvenimo kokybę;

2.5. padėti paciento šeimai ir (ar) jo artimiesiems netekties laikotarpiu“.

Socialinis darbuotojas „Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų apraše“ priskiriamas specialistų komandai, kurios darbą koordinuoja gydytojas, teikiant ir ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas. Aprašo 24.2.1. papunktyje nurodyta, kad socialinis darbuotojas dalyvauja pirmosios konsultacijos metu, o 24.2.3. papunktyje numatyta pakartotinė konsultacija. Socialinio darbuotojo rekvizitai numatyti aprašo 2 priede „Pacientų, kuriems teikiamos paliatyviosios pagalbos paslaugos, būklės stebėjimo lapas“.

Netrukus po paliatyviosios pagalbos paslaugas reglamentuojančio įsakymo įsigaliojimo 2007 m. liepos 4 d., buvo priimtas bendras Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, kuris nustatė slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo pagrindinius tikslus ir principus, paslaugų gavėjus, ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimą, dokumentavimą bei finansavimą. Apraše slaugos ir socialinės paslaugos vadinamos – ilgalaikės priežiūros paslaugomis, o jų teikimo principuose, numatytuose nuostatų 4 punkte, atsispindi socialinio darbo esminiai elementai – paslaugos turi būti organizuojamos taip, kad būtų užtikrintas jų prieinamumas asmeniui (šeimai), teikiamos paslaugos turi atitikti asmens ir šeimos interesus ir nustatytus poreikius, paslaugų teikimas turi būti pagrįstas tarp-instituciniu bendradarbiavimu, paslaugų poreikis nustatomas kompleksiškai, o joms tenkinti pasitelkiama komanda. Beje, bendradarbiavimo, dalyvavimo, kompleksiškumo, prieinamumo, socialinio teisingumo, tinkamumo, veiksmingumo ir visapusiškumo principai nurodyti ir Socialinių

paslaugų įstatymo (2006) 4 str., kuris apibrėžia socialinių paslaugų valdymo, skyrimo ir teikimo principus.

Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo 5 punktas apibrėždamas asmens (šeimos) konsultavimo sąvoką, nurodo, kad tai – „slaugytojo, socialinio darbuotojo, jų padėjėjų teikiama paslauga, kuria kartu su asmeniu ar šeimos nariais analizuojama probleminė slaugos ir socialinė asmens (šeimos) situacija bei ieškoma veiksmingų problemos sprendimų būdų pagal kompetenciją“. Taigi, ne tik socialinis darbuotojas, bet ir socialinio darbuotojo padėjėjas kaip komandos nariai dalyvauja teikiant ilgalaikės priežiūros paslaugas jų gavėjams, juolab, kad tvarkos aprašo 7 punktas reglamentuodamas „ilgalaikės priežiūros“ sąvoka apima slaugos ir socialinių paslaugų visumą ir akcentuoja nuolatinę kompleksinę specialistų pagalbą ir priežiūrą.

Tvarkos apraše sąvokos „socialinis darbuotojas“ ir „socialinio darbuotojo padėjėjas“ išskiriamos atskirais punktais, o pačios socialinės paslaugos asmeniui (šeimai) ir jų teikimo principai ganėtinai detaliai aprašoma ilgalaikės priežiūros paslaugų organizavimo skyriuje:

„30. Socialinės paslaugos asmeniui (šeimai) teikiamos, laikantis šių principų:

30.1. socialinis darbuotojas kaupia ir analizuoja informaciją apie asmenį (šeimą), atlieka socialinių paslaugų poreikio vertinimą, organizuoja ir koordinuoja socialinių paslaugų teikimą;

30.2. asmens (šeimos) poreikis socialinėms paslaugoms nustatomas vadovaujantis socialinės apsaugos ir darbo ministro patvirtintomis asmens (šeimos) poreikio asmens (šeimos) socialinių paslaugų poreikio nustatymo ir skyrimo tvarka bei senyvo amžiaus asmens, suaugusio asmens su negalia ir vaiko su negalia socialinės globos poreikio nustatymo metodikomis;

30.3. socialinis darbuotojas, teikdamas ir organizuodamas socialines paslaugas, konsultuoja asmenį (šeimą), tarpininkauja, pataria, pagal galimybes atstovauja asmens ir šeimos interesams;

30.4. socialinio darbuotojo padėjėjas vykdo visus socialinio darbuotojo nurodymus, teikia socialines paslaugas savarankiškai arba prižiūrint socialiniam darbuotojui, jam padeda bei atsiskaito už įvykdytas funkcijas. Pastebėjęs įtariamą socialinių paslaugų gavėjo būklės pasikeitimą, socialinio darbuotojo padėjėjas nedelsdamas informuoja socialinį darbuotoją ir (ar) bendruomenės slaugytoją, kurie, pasitelkę komandos narius, organizuoja asmens sveikatos būklės pervertinimą ir su tuo susijusią reikalingą pagalbą;

30.5. socialinių paslaugų rūšis, kiekį, teikimo dažnumą, apmokėjimo už paslaugas ir kitas paslaugų teikimo sąlygas nustato sutartis tarp socialines paslaugas teikiančios įstaigos ir asmens“.

Iš esmės, Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo 30 punkte su papunkčiais atsispindi socialinio darbuotojo ir jo padėjėjo funkcijos teikiant socialines paslaugas asmeniui (šeimai), kurios yra sudėtinė ilgalaikės priežiūros paslaugų dalis, o konkreti šių specialistų intervencija yra matoma tvarkos aprašo 1 priedo „Ilgalaikės priežiūros planas“ 2 dalyje – „Kasdienės veiklos lape“.

Socialinis darbuotojas kaip reabilitacijos specialistų komandos narys yra nurodomas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakyme Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“. Šiame teisės akte socialinis darbuotojas minimas III skyriuje „Medicininės reabilitacijos vaikams teikimo bendrųjų reikalavimų apraše“ – t.y. norint teikti Reabilitacijos II ir Pakartotinės reabilitacijos paslaugos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, 24.2.4. papunktis nurodo, kad specialistų komandoje turi būti socialinis darbuotojas, o 24.4. papunktyje nurodoma, kad socialinis darbuotojas turi būti ir teikiant Stacionarinės reabilitacijos (Reabilitacijos II ir Pakartotinės reabilitacijos) paslaugas. Kaip specialistų komandos narys socialinis darbuotojas nurodomas ir Reabilitacijos III, Palaikomosios reabilitacijos bei Ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Įsakyme nurodomas ir socialinio darbuotojų teikiamų konsultacijų skaičius skirtinguose medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo etapuose.

Medicininės reabilitacijos specialistų komandos sudėtyje socialinis darbuotojas yra numatytas ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakyme Nr. V-889 „Dėl medicininės reabilitacijos įstaigų (padalinių) veiklos specialiųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Šiuo įsakymu patvirtinto „Medicininės reabilitacijos įstaigų (padalinių) veiklos specialiųjų reikalavimų aprašo“ 1 priede „Medicininės reabilitacijos teikiančių ASP įstaigos patalpos“ 1.9. punkte numatyta, kad socialinis darbuotojas teikdamas skirtinguose medicininės reabilitacijos etapuose turi turėti savo darbo kabinetą.

Socialinio darbuotojo konsultacijų skaičius numatytas minėto aprašo 3 priede „Medicininės reabilitacijos, sveikatos grąžinamojo, sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo ir palaikomosios reabilitacijos paslaugas teikiančių stacionarinių ASP įstaigų ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikiančių FMR padalinių personalo vidutiniai darbo krūviai“. Skirtinguose medicininės reabilitacijos etapuose vidutinis socialinio darbuotojo konsultuojamų pacientų skaičius yra 15, o grupių, su kuriomis dirba, skaičius – nuo 5 iki 7.

Galima teigti, kad socialinis darbas teikiant medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas yra laikomas medicininės reabilitacijos priemone siekiant atkurti sutrikusias, o esant negrįžtamiems organizmo pakitimams, kompensuoti paciento biopsichosocialines funkcijas.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakyme Nr. V-393 „Dėl palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ socialinis darbuotojas yra minimas prie Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikėjų, kartu su gydytoju, slaugytoju ir jo padėjėju, masažuotoju bei kineziterapeutu ir jo padėjėju.

Psichosocialinę reabilitacijų vykdančių specialistų tarpe socialinis darbuotojas numatytas, o socialinis darbas – kaip bendroji sveikatos intervencija numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 21 d. įsakyme Nr. V-788 „Dėl psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Šiame teisės akte gana smulkiai aprašytos socialinio darbuotojo teikiamos paslaugos:

„28. Socialinis darbuotojas:

28.1. dalyvauja sudarant ir vykdant psichosocialinės reabilitacijos planą;

28.2. įvertina asmens socialinį funkcionavimą, socialinį tinklą bei įgūdžius;

28.3. konsultuoja asmenį dėl galimybių, individualios priežiūros, kitos kasdieninės arba savarankiškos veiklos įgūdžių, vykdo kitą psichosocialinį konsultavimą ir (ar) mokymą;

28.4. moko individualiai ir grupėse individualios priežiūros, kitos kasdienės arba savarankiškos veiklos įgūdžių;

28.5. konsultuoja šeimos narius bei artimuosius dėl asmens individualios priežiūros, kitos kasdienės ir savarankiškos veiklos bei galimybių;

28.6. stebi asmens individualios priežiūros ir savarankiškumo vystymąsi ir pokyčius;

28.7. rūpinasi asmens ryšių su aplinka atkūrimu;

28.8. informuoja ir konsultuoja asmenis ir jų artimuosius apie socialinės pagalbos poreikį ir priemones;

28.9. tarpininkauja tvarkant reikiamus asmens dokumentus;

28.10. vykdo kitas įstatymuose ir teisės aktuose numatytas pareigas“.

Iš esmės, šis punktas praktiškai apima visus problemos sprendimo proceso etapus, kuriuos yra aprašęs Johnson (2001): preliminarų problemos formulavimą ir išankstinių problemos esmės prielaidų formulavimą, informacijos rinkimą ir atranką, informacijos analizę, plano rengimą, įgyvendinimą ir vertinimą.

Socialinio darbuotojo vykdomos intervencijos psichikos sutrikimų turintiems asmenims aprašytos „Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo“ 3 priede – „Suaugusiųjų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimo apimčių lentelėje“, kurioje numatyta, jog socialinis darbuotojas pradinio vertinimo metu atlieka psichosocialinį įvertinimą, finansų valdymo vertinimą, darbo,

užimtumo arba aplinkos vertinimą ir vaikų priežiūros įgūdžių vertinimą. Vėliau, intervencijos etape socialinis darbuotojas pagal šį aprašo priedą konsultuoja arba moko klientą dėl namų ūkio tvarkymo, finansų valdymo, darbo, profesijos, arba aplinkos, dėl pasiruošimo vaiko priežiūrai, vaiko priežiūros įgūdžių arba šeimos planavimo, atlieka kitą psichosocialinį konsultavimą, mokymą dėl galimybių, namų ūkio tvarkymo įgūdžių mokymą, finansų valdymo įgūdžių mokymą, vaikų priežiūros įgūdžių mokymą, žaidimo arba laisvalaikio, arba poilsio terapiją, kliento lydėjimą transporte arba kliento transportavimą, atstovavimą. O galutinio vertinimo etape socialinis darbuotojas atlieka psichosocialinį vertinimą, namų ūkio tvarkymo vertinimą, finansų valdymo vertinimą, darbo, užimtumo arba aplinkos vertinimą bei vaikų priežiūros įgūdžių vertinimą.

Visos šios socialinio darbuotojo atliekamos intervencijos siejasi su šiame teisės akte numatytu psichosocialinės reabilitacijos tikslu – „padėti asmenims, sergantiems lėtinėmis ir sunkiomis psichikos ligomis, vystyti emocinius, socialinius ir pažintinius įgūdžius, kad asmuo galėtų gyventi, mokytųsi ir dirbtų bendruomenėje, esant kuo mažesnei specialistų pagalbai“.

Socialinio darbuotojo paslaugų teikimas Perinatologijos centre bei Antrinio B lygio paslaugas teikiančioje įstaigoje – t.y. stacionarines paslaugas teikiančioje įstaigoje, kurioje atliekama ne mažiau kaip 1000 gimdymų per metus ir 18–20 proc. gimdymų per metus atliekama cezario pjūvio operacija, numatytas „Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos apraše“ patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (nauja redakcija nuo 2018-07-31 Nr. V-865). Šiame teisės akte nėra detalizuojamas socialinio darbuotojo krūvis ar konkrečiai teikiamų paslaugų pobūdis.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakyme Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ (nauja redakcija nuo 2018-02-08 Nr. V-150) nustatyta, kad socialinis darbuotojas kartu su kitais specialistais teikia ambulatorines bei stacionarines Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas. Šiame tvarkos apraše numatyta tai, kad teikiant ambulatorines paslaugas socialinis darbuotojas turi dirbti ne mažesniu nei 0,25 etato darbo krūviu, o stacionarines – ne mažesniu nei 1 etato darbo krūviu. Kiti socialinio darbo bei socialinio darbuotojo teikiamų paslaugų aspektai detaliau nėra aptariami.

Apibendrinant galima teigti, kad socialinis darbas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje iš dalies yra pripažįstama kaip lygiavertė profesija teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kadangi teisės aktais socialinis darbas yra reglamentuojamas

ne daugelyje medicinos sričių, o kai kuriuose teisės aktuose ne pilnai detalizuojama socialinio darbuotojo vykdoma veikla. Kita vertus, vykdant medicininę reabilitaciją, psichikos sveikatos priežiūrą bei ilgalaikės priežiūros paslaugas, socialinio darbuotojo funkcijos teisės aktuose aprašomos ganėtinai aiškiai ir detaliai, o pats minėtų medicinos paslaugų teikimas negalimas jeigu komandoje nėra socialinio darbuotojo.

3. SOCIALINIO DARBUOTOJO PROFESINIO IDENTITETO FORMAVIMO(SI) PRIELAIDOS STACIONARIOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE

3.1. Socialinio darbuotojo profesinio identiteto sąvoka.

Identitetas, pačia bendriausia prasme, pasak Jenkins (2008), yra žmogaus gebėjimas žinoti „kas yra kas“. Tai, kaip teigia Jenkins (2008) (cit. pagal Ashton ir kt., 2004), apima žinojimą kas mes esame, kas tokie yra kiti, jų žinojimą kas mes esame, mūsų žinojimą ką jie galvoja kas mes esame ir t.t: daugialypis žmogaus pasaulio ir vietų jame, kaip kolektyvinės narystės individų, klasifikavimas.

Terminą „identitetas“, Jenkins (2008) pateikia remdamasis Oksfordo anglų žodynu, nurodančiu šio žodžio kilmę šaknies kilmę iš Lotynų kalbos – „identitas“ iš „idem“ – „tas pats“, turintį dvi reikšmes:

- *objektų visiškas vienodumas*
- *nuoseklumas ir tęstinumas laike kuomet galima suvokti kažko išskirtinumą*

Terminas „identitetas“ vartojamas pabrėžti ne instrumentinius veiksmų būdus; laikui bėgant nurodyti vienodumą tarp žmonių ar kažko; užfiksuoti tariamai esminius, fundamentalius savigarbos aspektus; paneigti, kad egzistuoja tokie fundamentalūs aspektai; pabrėžti procesinį, interaktyvų solidarumo ir kolektyvinio savęs supratimo vystymąsi; ir pabrėžti fragmentišką šiuolaikinę „savęs“ patirties kokybę.

Nagrinėdama identitetą Dominelli (2002) teigia, kad tapatybė yra konstruojama aplink vaidmenis – ką žmonės daro, ir fizinius fenotipus – kaip žmonės atrodo. Visuomenėse, kurios yra hierarchiškai struktūrizuotos – kiekvienas vaidmuo yra priskiriamas statusui, kuris atspindi socialinę vertę. Panašiai, tam tikros socialinės vertybės yra suteikiamos ir fizinėms žmogaus savybėms. Visa tai veikia įvairiose socialinėse interakcijose ir tampa pagrindu atskirti vieną asmenį nuo kito.

Aptardami profesinį identitetą Wilson ir kt. (2008) pažymi, jog bet kuri profesinė grupė nesant aiškios jos tapatybės net ir stengdamasi išlaikyti savo vystymosi kryptį bus pažeidžiama „kaimyninių profesijų“. Žvelgdami į netolimą perspektyvą Wilson ir kt. (2008) teigia, kad socialinio darbo praktikos ir politikos tendencijas paveiks tam tikri pokyčiai ir socialinės įtampos:

- ***tęstinis „rinkos“ sprendimų gerovės poreikiams ir problemoms spręsti vystymas bei gerovės ideologijos išplėtimas*** kaip galimybių kuriomis

„atsakingi“ piliečiai yra įgalinami naudotis socialinio darbo, socialinės gerovės ir kitų gerovės profesionalų paslaugomis;

- ***sąsajos tarp socialinio darbo pagrindinių uždavinių bei pasirinkimo*** ir atsakomybės didinimu reaguojant į žmonių poreikius ir jų priverstinę priklausomybę;
- ***tolimesnis dėmesys svarstant multi-profesinę, daugialypę ir tarpšakinę partnerystę teikiant žmogiškąsias paslaugas*** – tai tendencija reiškianti, kad įtampos susiję su socialinio darbo profesiniu identitetu išliks diskusijų objektu;
- ***senstant visuomenei*** ir to pasekoje mažėjant mokestinei bazei, socialinis darbas ir socialinė priežiūra su vyresnio amžiaus žmonėmis bus vis labiau besiplečianti ir prieštaringa praktikos ir politikos sritis;
- ***globalinės ekonomikos pasekmėje*** kintant tarptautinės migracijos modeliams, susijusiems su ekonomine nelygybe, etninių grupių pasipriešinimu ir kintančiu ekonominės galios balansu tarp tautų ir kontinentų, greičiausiai atsiras socialinis darbas su prieglobsčio prašytojais, imigrantais, žmonėmis, kurie yra „pilkosios ekonomikos“ dalis;
- ***nuolatinė kova stengiantis susidoroti su neapibrėžtumu, rizikos „valdymas“ ir pastangos jos išvengti,*** ypatingai vaikų priežiūros socialinio darbo kontekste, nes tai potenciali rizika mažinanti socialinio darbuotojo rolę;
- ***atsižvelgiant į didėjantį nelygybės atotrūkį*** tarp mažesnių, neturtingų, socialiai atskirtų bendruomenių grupių bei ekonomiškai saugios ir svarbios daugumos, tikėtina, kad aktualesni taps klausimai susiję su socialinio darbo politiniu indėliu kaip funkcijos, kuri nesugeba išlaikyti nelygybės;
- ***paslaugų naudotojų ir teikėjų vaidmuo*** planuojant ir teikiant socialinės rūpybos paslaugas greičiausiai sustiprės, tačiau nesutarimų dėmesio centru gali tapti paslaugų naudotojų augimas, kuris taps didesnis už socialinės apsaugos projektą;
- ***tęstinis „atradimo“ arba atskleidimo procesas*** iki šiol nepripažintų ar paslėptų piktnaudžiavimo formų; pažeidžiami suaugusieji ir „suaugusiųjų apsauga“ gali pasiekti masto visuomenės ir profesinio pripažinimo lygį, todėl galėtų būti kita socialinio darbo praktikos sritis;
- ***tolesniu debatų šaltiniu išliks klausimai ar socialinis darbas yra įsipareigojimas reaguoti į žmogaus poreikius,*** žmogaus teises, tarp-asmeninį stresą ir konfliktus, psichinį skausmą, arba klausimai susiję su veiksmingu paslaugų teikimu ir ribotų išteklių nukreipimu „probleminei populiacijai“.

Apibendrindami profesinį identitetą Wilson ir kt. (2008) konstatuoja, kad socialinis darbas yra profesinė veikla vykstanti daugelyje skirtingų visuomenės sričių: privačiame ir viešajame gyvenime, civilinėje ir teisminėje srityse, asmeninėje ir politinėje srityse ir kt. Linijos, ribojančios šias sritis, nėra pastovios, ir klausimas kas yra socialinis darbas tampa ginčytinas kai šios linijos yra perkeliamos. Socialinį darbą formuoja ir politinės bei socialinės ideologijos, tačiau jos taipogi nėra nustatytos. Kaip profesija, socialinis darbas yra ganėtinai linkęs būti „verčiamas“ prie perkeliančių jėgų, atsirandančių dėl jam būdingų įtampų, kas ir turėjo įtakos gebėjimui sukurti ir išsaugoti stiprią profesinę tapatybę. Pagrindiniu veiksniu, galinčiu padėti išlikti ateityje yra pats socialinio darbo pasitikėjimas savimi.

3.2. Socialinio darbo profesionalizacija stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje: socialinis darbuotojas – asmens sveikatos priežiūros įstaigos specialistas?

Neabejotiną indėlį į socialinio darbo raidos studijas padarė užsienio autoriai. Socialinio darbo kilmę ir raidą detaliai aprašė Payne (2005), socialinį darbą kaip reiškinį įvairių pokyčių procese ir su tuo susijusius iššūkius nagrinėjo McDonald (2006), socialinio darbo ir socialinės gerovės istoriją aprašė Lighninger (2008), į socialinio darbo ir socialinės politikos pokyčių perspektyvas gilinosi Adams (2002), socialinio darbo profesijos klausimus nagrinėjo Higham (jan) bei daugelis kitų užsienio šalių autorių.

Vis tik, socialinio darbo profesionalizaciją kaip reiškinį, ypatingai stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, nagrinėjo ne itin daug autorių. Socialinio darbo specialistų poreikį stacionarioje gydymo įstaigoje atlikusios tyrimą ir aprašiusios yra Ustilaitė, Juškelienė, Kundrotienė (2008), socialinio darbuotojo veiklos ypatumus, teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose yra pateikusios Raudeliūnaitė ir Buškevičiūtė (2014), socialinio darbuotojo patirtį užtikrinant pacientų teises psichikos sveikatos priežiūroje nagrinėjo Petrauskienė ir Skrickaitė (2010), į socialinį darbą pirminėje psichikos sveikatos priežiūros institucijoje gilinosi Petrauskienė ir Zabėlienė (2011), socialinio darbuotojo veiklos ypatumus komandoje gydant pacientą aprašė Vaicekauskienė ir Jankūnienė (2009), medikų požiūrį į socialinio darbuotojo vaidmenis reabilitacijos specialistų komandoje nagrinėjo Varžinskienė ir Rudzevičiūtė (2009).

Socialinį darbą asmens sveikatos priežiūros kontekste platesne prasme, siejant jį su pagalba žmogui negalios atveju, nagrinėjo Pivorienė (2003) ir remdamasi užsienio šalių moksline literatūra pateikė du neįgaliųjų integracijos:

- ***medicininis arba funkcijas ribojantis modelis*** neįgalumą laiko nukrypimu nuo normos bei asmenine individo problema, kuomet pirmiausiai mediciniškai reikia atstatyti sutrikusias funkcijas;
- ***socialinis arba raidos modelis*** akcentuoja ne tik vidines, bet ir išorines neįgalumo priežastis ir pasekmes. Neįgalumas šiame modelyje priimamas kaip socialinė problema, kurios sprendimui yra būtinas teisinis pagrindas.

Vakarų valstybėse, kaip rašo Pivorienė (cit. pagal Johnson, 1983; Zastrow, 1999; Oliver, Sapey, 1999), nuo 1920-ųjų iki 1940-ųjų medicininis modelis buvo naudojamas kabant apie socialines problemas susijusias su liga ir neįgalumu. Šis modelis į neįgalius asmenis žiūrėjo kaip į pacientus, turinčius asmeninio pobūdžio – t.y. vidinių problemų.

Pagal medicininį integracijos modelį, kuris pasak Pivorienės (cit. pagal Parson, 1951) siejasi su „ligos modeliu“, sveikata yra būtina socialinės sistemos funkcionavimui. Esant žemam sveikatos lygiui visuomenėje, o sergamumui aukštam, sistemos funkcionavimas sutrinka. Remiantis šiuo modeliu liga yra traktuojama kaip nukrypimas, kadangi individai negali patenkinti visuomenės jiems keliamų reikalavimų, taigi, visuomenė tokį nukrypimą turi kontroliuoti – t.y. atleisti sergantį asmenį nuo tam tikrų socialinių įsipareigojimų ir suteikti jam specialų gydymą. Žmogus turi besąlygiškai paklusti medikų nurodymams ir paskirtam režimui ir priimti paciento rolę, kad galėtų būti gydomas bei reintegruojamas į visuomenę.

Medicininiame integracijos modelyje asmenys su negalia laikomi pacientais, kurie turi asmeninius funkcinius sutrikimus ribojančius jų dalyvavimą socialinėje veikloje, o neįgalumas yra suvokiamas kaip funkcinis sutrikimas, kurį reikia koreguoti medicininės reabilitacijos priemonėmis bei kompensuoti finansiškai, ir kaip nukrypimas, kas veda prie neigiamo neįgaliųjų vertinimo visuomenėje kuri skyla į dvi dalis: „gavėjus“ – t.y. silpnus, priklausomus ir reikalaujančius globos, bei „davėjus“ – tuos, kurie yra stiprūs, nepriklausomi ir teikia labdarą. Remiantis šiuo modeliu minėtas požiūris vyrauja ne tik visuomenėje, tačiau juo grindžiama ir socialinė politika, kai pagrindinis principas yra atskirti nuo visuomenės ir izoliuoti asmenis su negalia ir teikti jiems finansinę paramą.

Socialinis integracijos modelis, kurį pasak Pivorienės (2003), galima laikyti medicininio modelio tęstinumu, pradėjo įsigalėti Vakarų šalyse 7-ajame XX a. dešimtmetyje, kuomet medicininis modelis pradėtas kritikuoti. Tai atsitiko kai paaiškėjo, kad kūno funkcijų atstatymas bei finansinė parama neišsprendžia neįgalumo problemos, o medicininė reabilitacija, kuri grindžiama Parson „ligos modeliu“, tinka ligoniams, tačiau asmuo su negalia nėra pacientas ir negali pasveikti, nes neįgalumas yra negrįžtamas procesas. Juolab, kad šalia medicininių problemų neįgalūs žmonės susiduria ir su psichosocialiniais sunkumais bei fizinės aplinkos kliūtimis. Šis modelis teigia, kad net asmeniui turinčiam negalią skirtingai

funkcionuojant nuo kitų visuomenės narių, problemos, su kuriomis jis susiduria kyla ne iš paties neįgalumo, bet iš visuomenės pusės o integracija, kaip teigia Pivorienė (cit. pagal Oliver ir Sapey, 1999), yra ne asmens kuris turi negalią, bet visuomenės problema, kurią sprendžiant aktyviai dalyvauja ir patys neįgalieji. Tokiu būdu neįgalumas suprantamas kaip socialinė situacija ir atmetamas požiūris, kad tai yra tik asmeninė krizė.

Socialinio integracijos modelio atsiradimas, anot Pivorienės (cit. pagal Steman, 1999), yra siejamas su minėtu laikotarpiu stiprėjusiomis individualizacijos ir emancipacijos tendencijomis, kuomet įsigalėjo samprata, kad neįgalūs žmonės irgi turi teisę normalioje visuomenėje kaip neturintys negalios asmenys.

Vis tik, kaip rašo Pivorienė (2003), socialinis integracijos modelis taip pat turi trūkumų, kurių vienas iš pagrindinių yra tai, kad atsakomybė už integraciją suteikiama visuomenei. Medicininiame modelyje minėta atsakomybė suteikiama specialistams, tačiau abejuose modeliuose neįgaliesiems, kaip laisviems žmonėms kurie turi apsisprendimo teisę, skiriama per mažai dėmesio.

Socialinio darbo specifiką instituciniame lygmenyje nagrinėdama Orme (2002) (cit. Hough, 1999) rašo, kad skirtingi asmeniniai, profesiniai ir organizaciniai identitetai, sukonstruoti remiantis skirtingais vadybos diskursais, padeda suprasti ir kritiškai analizuoti institucijoje įdiegtas sistemas. Svarbūs teigiamo organizacijos valdymo aspektai padedantys užtikrinti veiksmingą paslaugų teikimą yra darbuotojų apsauga ir efektyvios operacijos. Dėmesys klausimams susijusiems su streso valdymu, darbuotojų sauga ir palaikymu yra darbuotojus palaikančios kultūros aspektai matantys asmenis kaip „žmogiškuosius išteklius“ reikalingus organizacijai atlikti jai priskirtas atsakomybes, tačiau ir keliančius klausimus kokios tos atsakomybės yra.

Socialinio darbo profesionalizacija stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje apima klausimus susijusius su socialinių darbuotojų veiklos specifika užtikrinant reikalingų socialinių paslaugų pacientams teikimu ir pagalbos žmonėms modeliais, teisiniu profesinės veiklos reglamentavimu, tačiau ir su pačios organizacijos požiūriu į darbuotoją ir jo palaikymą. Tinkamų darbo sąlygų užtikrinimas, pozityvūs organizacijos kultūros aspektai, motyvuojantis darbo užmokestis ir grįžtamasis ryšys iš vadovų, skatina darbuotojų lojalumą organizacijai ir sąlygoja kokybiškų paslaugų teikimą.

Klausimas – ar socialinis darbuotojas yra asmens sveikatos priežiūros specialistas, yra aktualus socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktui ir apskritai pačioms darbuotojų profesinės veiklos garantijoms, tačiau ankstesniuose šio darbo skyriuose (2.1. ir 2.2.) atlikta teisės aktų analizė, suponuoja prielaidą, jog teigiamas ar neigiamas atsakymas į šį klausimą dar nėra aiškus. Gairės identiteto sampratai turėtų būti formuojamos kompleksiškai

– teisėkūroje, socialinio darbo praktinėje veikloje ir visuomenėje – formuojant labiau teigiamą požiūrį.

4. SOCIALINIO DARBUOTOJO PROFESINIS INDENTITETO KONSTRUKTAS STACIONARIOJE ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE: SOCIALINIŲ DARBUOTOJŲ POŽIŪRIO TYRIMAS

4.1. Empirinio tyrimo tikslas ir metodologija

Tyrimo tikslas – empiriškai atskleisti socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Siekiant atskleisti tyrimo tikslą buvo atliktas **kiekybinis** tyrimas visose šešiose Lietuvoje esančiose respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose:

1. Respublikinėje Kauno ligoninėje;
2. Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje;
3. Respublikinėje Panevėžio ligoninėje;
4. Respublikinėje Šiaulių ligoninėje;
5. Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje;
6. Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje.

Respublikinio lygmens stacionarios ligoninės Lietuvoje pasižymi plačiu spektru teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų: akušerijos, fizinės medicinos ir reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, psichiatrijos, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos, vidaus ligų bei kitomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis. Respublikinės ligoninės pasižymi plačiu geografiniu išdėstymu Lietuvoje, o tai sąlygoja pacientų iš įvairių Lietuvos vietų gydymą jose.

Remiantis teisės aktais – LR įstatymais ir poįstatyminiais teisės aktais, kurie detaliai nagrinėjami šio darbo 2 dalyje, asmens sveikatos priežiūros įstaiga norinti teikti tam tikro profilio asmens sveikatos priežiūros paslaugas turi atitikti keliamus reikalavimus. Vienas tokių – įstaigoje norint teikti fizinės medicinos ir reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, psichiatrijos paslaugas ir kai kurias kitas asmens sveikatos priežiūras paslaugas, kartu su kitais specialistais turi dirbti ir socialinis darbuotojas.

Lietuvoje esančios respublikinio lygmens ligoninės skirtinga apimtimi teikia tarpe kitų paslaugų būtent ir tokias, kurios „reikalauja“ socialinio darbuotojo buvimo. Taigi, socialinio darbuotojo buvimas respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra privaloma sąlyga norint teikti minėtas paslaugas. Vis tik, nors teisės aktuose ir yra nustatyti reikalavimai įpareigoja įstaigas „turėti“ socialinius darbuotojus, tačiau pačiuose teisės aktuose socialinio darbuotojo statusas, atsakomybė, galia, darbo krūvis ir atlyginimas ir kiti aktualūs

darbo reguliavimo atributai nėra pilnai reglamentuojami, o pačioms įstaigoms yra paliekama teisė reguliuoti minėtus aspektus.

Socialinio darbuotojo profesinio identiteto sampratai šiame darbe atskleisti buvo pasirinktas **kiekybinis tyrimas**, kuris leidžia „apimti“ visus respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančius socialinius darbuotojus, o tai atspindo socialinio darbuotojo profesinio identiteto sampratą teikiant įvairias asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Kiekybiniai tyrimo metodai, pasak R. Tidikio (2003), padeda atskleisti pastovumo ir kaitos socialinių reiškinių dialektinę sampratą, paaiškina sistemas ir procesus bei padeda giliau ir tiksliau nagrinėti dinaminius ir statistinius dėsningumus.

Tyrimo instrumentas: socialinių darbuotojų, dirbančių Lietuvos respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose, **anketinė apklausa raštu** buvo vykdyta 2019 m. kovo-balandžio mėn.

Klausimyno (anketos) (Priedas Nr. 1) klausimams grupuoti yra naudojamos nominalinė (pirmajam klausimu blokui) bei ranginė (antrajam, trečiajam ir ketvirtajam klausimų blokams) skalės, visi esantys tyrimo klausimai (viso 21) pagal turinį skirstomi į 4 blokus:

Pirmasis klausimų blokas skirtas charakterizuoti tiriamuosius: instituciją ir skyrių (kliniką) kurioje dirbama, darbo stažą, išsilavinimą ir amžių.

Antrajame bloke esančiais klausimais siekiama atskleisti socialinio darbuotojo teikiamas paslaugas, jų dažnumą pacientams ir bendradarbiavimo su sveikatos priežiūros specialistais ypatumus.

Trečiasis blokas skirtas identifikuoti savybes, kuriomis turėtų pasižymėti socialinis darbuotojas dirbantis stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Ketvirtuoju klausimų bloku siekta atskleisti veiksnius darančius įtaką socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstrukto sampratai visuomenėje.

Siekiant atskleisti socialinių darbuotojų dirbančių asmens sveikatos profesinio identiteto konstruktą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dalis anketos klausimų (6-9 ir 10-16) buvo konstruojami remiantis nuostatų skalėmis – dar vadinamomis Likerto skalėmis (susumuotų reitingų metodas).

Konstruojant **tyrimo instrumentą** buvo pasirinkta respondentams pateikti daugiau uždarų klausimų, nes pasak K. Kardelio (2002), kuomet yra pateikti atsakymų variantai tiriamajam lengviau pasirinkti, nes nereikia pačiam formuluoti atsakymo. Tačiau siekiant išlaikyti galimybę respondentams pasirinkti kitokį, nei yra pateikti atsakymo variantai,

anketoje prie klausimų yra palikta galimybė pasirinkti „kitą“ atsakymo variantą jiems įrašant savo pasirinkimą.

Tyrimo metu gauti duomenys šiame darbe analizuojami naudojant Microsoft Office Excel 2016 duomenų apdorojimo programą.

Tyrimo imtis ir grupių parinkimo būdas: respondentai tyrimui buvo pasirinkti naudojant **paprastąjį atsitiktinį** tiriamųjų grupės parinkimo būdą. K. Kardelis (2002) nurodo, jog šio atrankos būdo esmė yra ta, kad iš populiacijos sąrašo atsitiktinai yra parenkamas tiriamosios grupės narių skaičius – tai yra tiek, kiek buvo numatyta. Tyrimo respondentais buvo pasirinkta visa generalinė aibė (populiacija) – visuma socialinių darbuotojų, kurie dirba respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje.

Galimi tyrimo ribotumai: anketinėje apklausoje dalyvavo **47 tyrimo respondentai**. Atliekant kiekybinius tyrimus įprastai dalyvavusių respondentų statistika būna didesnė, tačiau šiame darbe, kaip jau buvo minėta, tyrimo imtis yra generalinė aibė. Aprašydamas mokslinių tyrimų metodologiją K. Kardelis (2002) nurodo, jog norint tyrimo rezultatus apdoroti statistiniais būdais minimalus atvejų skaičius neturėtų būti mažesnis nei 30, todėl šio darbo empiriniame tyrime dalyvavus 47 tyrimo respondentams, laikytina, kad gauti tyrimo duomenys yra tinkami analizuoti.

Tyrimas buvo atliekamas laikantis socialinių tyrimų etikos principų, respondentai anketinėje apklausoje raštu dalyvavo laisvanoriškai, buvo užtikrintas respondentų anonimiškumas, o tyrimo metu gauti duomenys analizuojami ir interpretuojami teisingai.

2. lentelė

Tiriamųjų charakteristika

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	**RKL**	**RKKL**	**RPL**	**RŠL**	**RVPL**	**RVUL**
Respondentų skaičius	15	3	5	10	11	3
Respondentų amžius						
20-30 m.	1	2	-	-	1	-
31-40 m.	2	1	-	4	1	2
41-50 m.	6	-	3	5	4	1
51 m. ir daugiau	6	-	2	1	5	-
Respondentų išsilavinimas						
Aukštasis neuniversitetinis (koleginis)	6	-	3	2	1	-
Aukštasis universitetinis (bakalauras)	4	2	2	1	4	2
Aukštasis universitetinis (magistras, mokslų daktaras)	3	1	-	6	6	1
Aukštasis (koleginis arba universitetinis) ir turimas dar vienas išsilavinimas (pvz. slaugos, administravimo)	2	-	-	-	-	-
Kita (įrašykite) – nebaigtas magistras	-	-	-	1	-	-
Respondentų darbo stažas įstaigoje						
1-5 m.	3	2	3	2	2	1
6-10 m.	1	-	1	1	-	-
11-15 m.	3	-	-	2	5	2
16-20 m.	4	1	-	4	2	-
21 m. ir daugiau	4	-	1	1	2	-

RKL – Respublikinė Kauno ligoninė; **RKLL** – Respublikinė Klaipėdos ligoninė; **RPL** – Respublikinė Panevėžio ligoninė; **RŠL** – Respublikinė Šiaulių ligoninė; **RVPL** –

Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė; **RVUL** – Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė.

Tyrimo duomenys buvo rinkti 2019 m. kovo – balandžio mėn. kreipiantis į visų šešių respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinius darbuotojus prašant jų dalyvauti tyrime ir laisvanoriškai raštu užpildyti klausimyną užtikrinant respondentų konfidencialumą. Tyrime dalyvavo 47 socialiniai darbuotojai. Respondentų amžius pateiktas 2 lentelėje (Tiriamųjų charakteristika), kuri parodo, jog didesnioji dauguma tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų yra 41-50 m. amžiaus. Dominuojantis išsilavinimas respondentų tarpe – aukštasis universitetinis (magistras, mokslų daktaras) – 17 respondentų bei aukštasis universitetinis (bakalauras) – 15 respondentų. Socialinių darbuotojų turinčių aukštąjį neuniversitetinį (koleginį) išsilavinimą – 14, iš kurių 2 respondentai turi ir dar vieną – pvz. slaugos, administravimo ar kitą aukštąjį išsilavinimą. Didžiausia respondentų grupė – (13 socialinių darbuotojų), vertinant darbo stažą asmens sveikatos priežiūros įstaigoje – asmenys dirbantys 1 – 5 metus, toliau – respondentai dirbantys 16 – 20 m. – (11 socialinių darbuotojų). Tiriamųjų charakteristika pateikta 2 lentelėje iliustruoja, jog respondentai dirbantys socialinių darbą stacionariose respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje yra įvairaus amžiaus ir turintys skirtingą darbo stažą, visi turi aukštąjį išsilavinimą ir priklausomai nuo konkrečios asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra skirtingas dirbančiųjų skaičius.

4.2. Empirinio tyrimo rezultatų analizė

Socialinį darbą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros sistemoje Lietuvoje reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994, nauja įstatymo redakcija 1998), Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995) ir kiti teisės aktai. Poįstatyminiai teisės aktai, daugiausiai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, o kai kuriais atvejais bendri kartu su Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministru, įsakymai detaliau reglamentuoja socialinį darbą ir socialinių paslaugų teikimą skirtingose asmens sveikatos priežiūros srityse. Šio darbo 2.2 dalyje yra detaliai aprašoma minėtų teisės aktų reikalavimai ir ypatumai susiję su socialiniu darbu stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje skirtingose asmens sveikatos priežiūros srityse: akušerijoje (nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūroje), psichiatrijoje (teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas psichikos sutrikimų turintiems asmenims), reabilitacijoje (organizuojant medicininę reabilitaciją ir sanatorinį (antirecidyvinį) gydymą), slaugoje (teikiant palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas bei paliatyvios pagalbos paslaugas), bei teikiant kitas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigos pasižymi ganėtinai plačiu teikiamų medicininių paslaugų spektru bei aptarnaujamų pacientų geografija, todėl šio darbo tyrimui buvo tikslingai pasirinktos visos šešios Lietuvoje esančios respublikinės ligoninės: Respublikinė Kauno ligoninė (toliau tekste – **RKL)**; Respublikinė Klaipėdos ligoninė (toliau tekste – **RKLL**); Respublikinė Panevėžio ligoninė (toliau tekste – **RPL**); Respublikinė Šiaulių ligoninė (toliau tekste – **RŠL**); Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė (toliau tekste – **RVPL**); bei Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė (toliau tekste – **RVUL**).

Šios asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikdamos įvairaus profilio medicinines paslaugas privalo turėti licencijas toms paslaugos teikti ir laikytis teisės aktų reglamentuojančių tų paslaugų teikimą. Taigi, vienas iš tokių reikalavimų yra socialinio darbuotojo buvimas komandoje teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose socialiniai darbuotojai ir dirba skirtingose klinikose ir skyriuose. Detalus respondentų pasiskirstymas pagal medicininius profilius pateikiamas 3 lentelėje, kurio aiškiai parodo, jog daugiausiai respondentų – 33 dirba psichiatrijoje – tai yra psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiant psichikos sutrikimų turintiems asmenims, toliau – įvairiose klinikose ir skyriuose dirba – 6 respondentai, vaikų ligų klinikose ir skyriuose – 4, slaugoje – 3, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūroje dirba bei konsultacijų poliklinikoje dirba po – 1 respondentą.

Reikia pažymėti tai, kad neretai tas pats darbuotojas socialinį darbą dirba daugiau nei vienoje klinikoje ar skyriuje, todėl 3 lentelėje dirbančiųjų skirtinguose medicinos profiliuose yra daugiau nei respondentų. Pažymėtina ir tai, jog trejose (**RKL, RKKL, RVP**) iš šešių asmens sveikatos priežiūros įstaigų yra suformuoti Socialinės veiklos (pagalbos, paslaugų) skyriai, kurie koordinuoja skyriui priklausančių darbuotojų veiklą kuomet jie socialines paslaugas teikia įvairaus profilio medicininiuose skyriuose.

Turint omenyje šalies demografinę padėtį, migracijos bei visuomenės senėjimo rodiklius, tyrimo rezultatai stebina sąlyginai nedideliu respondentų, dirbančių slaugos profilio klinikose bei skyriuose, skaičiumi – 3 socialiniai darbuotojai (**RKL**). Galima daryti prielaidą, jog kitose penkiose respublikinio lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigose slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos pacientams nėra teikiamos.

Taip pat sąlyginai mažas respondentų skaičius teikiant socialines paslaugas įvairiose klinikose ir skyriuose – 6 (**RKL, RŠL, RVUL**) respondentai ir trijų skirtingų įstaigų. Remiantis šiais rodikliais galima daryti prielaidą, jog teisės aktuose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (1999), 13 punktas) palikta nuostata, kad socialinių darbuotojų skaičių

įvairiose klinikose ir skyriuose nustato įstaigos administracija, suponuoja sąlyginai mažą socialinių darbuotojų skaičių, o tai sąlygoja, jog tas pats darbuotojas turi dirbti skirtingose klinikose ir skyriuose su skirtingo medicininio profilio pacientais.

3. lentelė

Asmens sveikatos priežiūros sritys, kuriose dirba socialiniai darbuotojai

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	**RKL**	**RKKL**	**RPL**	**RŠL**	**RVPL**	**RVUL**
Respondentų skaičius	15	3	5	10	11	3
Kokiame ligoninės skyriuje/klinikoje dirbate						
Akušerijos ir ginekologijos	1	-	-	-	-	-
Konsultacijų poliklinika	-	-	1	-	-	-
Psichiatrija/psichosocialinė reabilitacija (suaugusiųjų)	8	2	4	8	11	-
Reabilitacija (ambulatorinė/stacionarinė/suaugusiųjų)	1	-	-	2	-	1
Slauga	3	-	-	-	-	-
Vaikų ligos (ankstyvosios korekcijos tarnyba/ ankstyvosios raidos centras/ psichiatrija/ reabilitacija)	3	-	1	-	-	-
Įvairiose klinikose/skyriuose (chirurgijos/terapijos)	2	-	-	2	-	2
Socialinės veiklos/pagalbos/paslaugų skyriai	7	1	-	-	4	-

RKL – Respublikinė Kauno ligoninė; **RKLL** – Respublikinė Klaipėdos ligoninė; **RPL** – Respublikinė Panevėžio ligoninė; **RŠL** – Respublikinė Šiaulių ligoninė; **RVPL** – Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė; **RVUL** – Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė.

Socialinių paslaugų teikimą reglamentuojantis Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas (2006) bei poįstatyminis teisės aktas – Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų katalogas (2006) apibrėžia socialinių paslaugų sampratą, sąvokas, rūšis, paslaugų teikimą, valdymą ir kitus aspektus susijusius su paslaugų įgyvendinimu.

Tyrimo respondentų buvo klausiama kokias ir kaip dažnai bendrąsias ir specialiąsias socialines paslaugas jie teikia stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Bendrųjų socialinių paslaugų teikimas atsispindi – 1. paveiksle, o specialiųjų – 2. paveiksle.

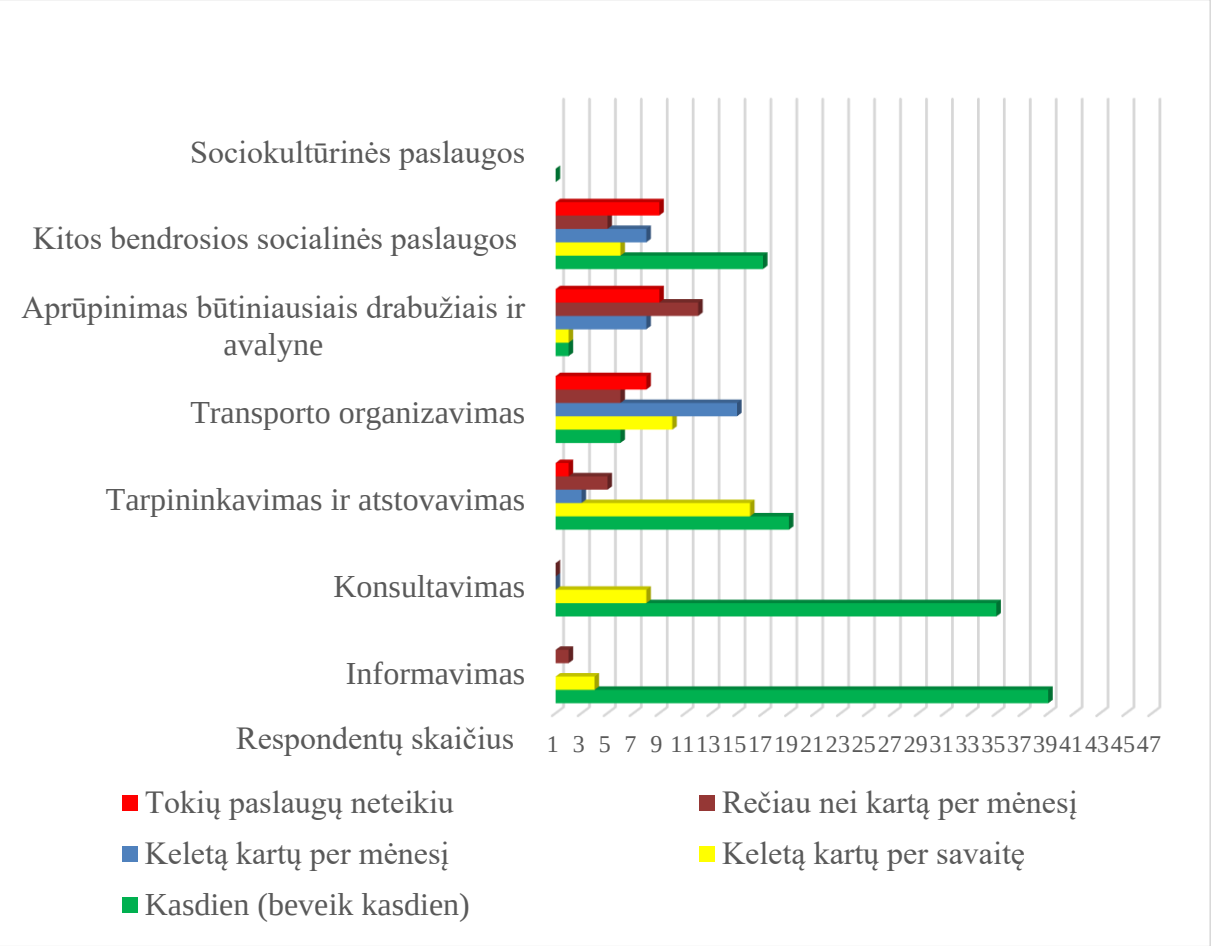
Dažniausiai, respondentai iš bendrųjų socialinių paslaugų kasdien (beveik kasdien) teikia informavimo (39 iš 47) ir konsultavimo (35 iš 47) paslaugas. Tarpininkavimo ir atstovavimo paslaugas, kurios pagal Socialinių paslaugų katalogą apima pagalbos asmeniui suteikimą sprendžiant įvairias asmens (šeimos) problemas (teisines, sveikatos, dokumentų tvarkymą, tarpininkavimą tarp asmens ir jo aplinkos bei kitų specialistų ar institucijų ir kt.) kasdien (beveik kasdien) teikia kiek mažiau nei pusė respondentų – 19, tačiau šios paslaugos teikiamos ir rečiau – keletą kartų per savaitę bei keletą kartų per mėnesį, ir tik 2 (iš 47) respondentai nurodė, kad tokių paslaugų neteikia. Tai rodo, kad tarp-institucinis bendradarbiavimas socialiniams darbuotojams dirbantiems stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje yra svarbus siekiant spręsti paciento socialines problemas.

Reikia pažymėti ir tai, kad socialiniai darbuotojai keletą kartų per mėnesį organizuoja transportą pacientų pervežimui (žr. 1 paveikslą). Tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, jog sociokultūrinės paslaugas teikia tik 1 respondentas, kuris tai daro kasdien (beveik kasdien). Tikėtina, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirba užimtumo organizatoriai, kurie tai daro nuolat ir kurių yra ne vienas, nes pavyzdžiui teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas užimtumo terapija pacientams yra labai svarbi, kaip ir teikiant reabilitacijos profilio medicininės paslaugas vaikams, kurie sanatorinio gydymo įstaigose praleidžia ganėtinai ilgą laiką ir kartu mokosi.

Tyrimo rezultatai atskleidė, jog dalis socialinių darbuotojų – 33 (iš 47) pacientus aprūpina būtiniausiais drabužiais ir avalyne, o tai galimai suponuoja prielaidą, jog pacientai dėl sveikatos sutrikimų patenkantys į asmens sveikatos priežiūros įstaigą negali patys pasirūpinti būtiniausiais drabužiais ir avalyne.

1. paveikslas

Bendrųjų socialinių paslaugų teikimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje



Specialiųjų socialinių paslaugų – socialinės priežiūros paslaugas teikia kiek mažiau nei pusė respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų socialiniai darbuotojai (žr. 2. paveikslą). Dažniausiai ir daugiausia respondentų teikia psichosocialinę

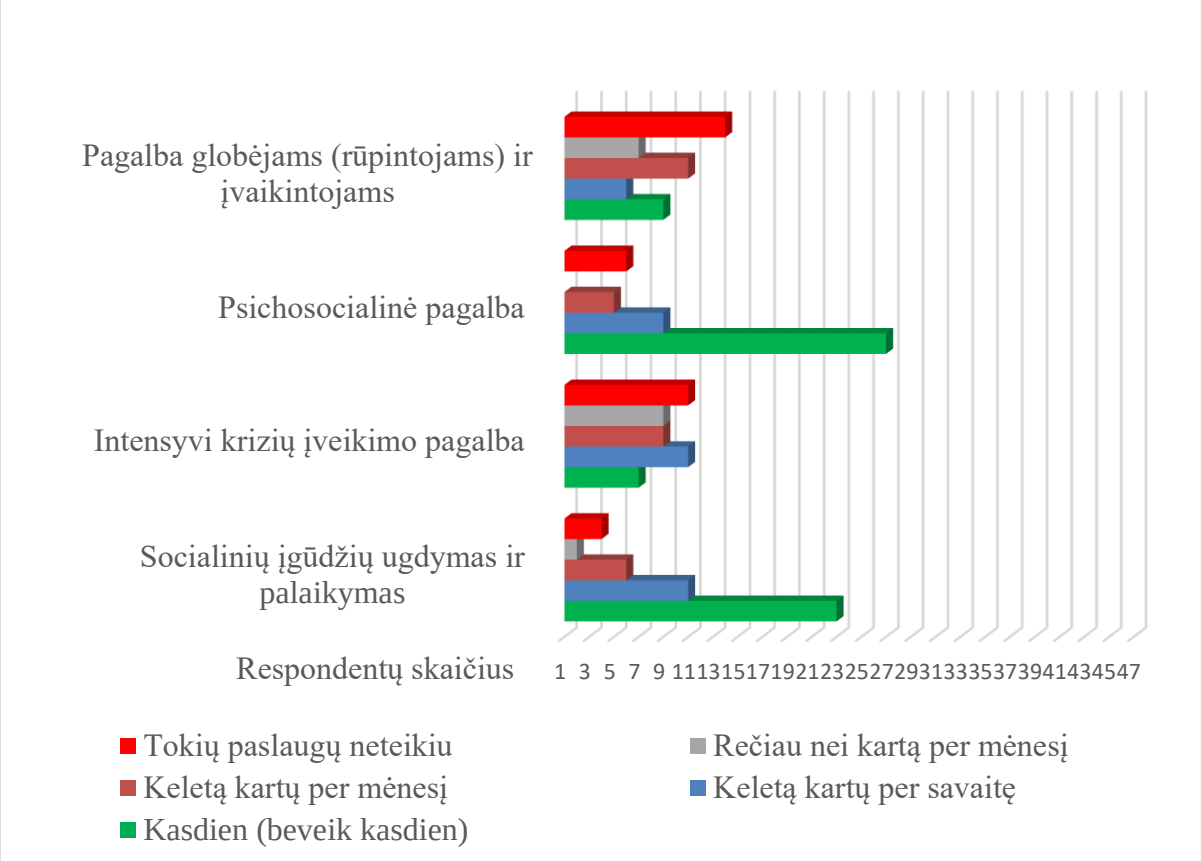
pagalbą – 27 (iš 47) teikia kasdien (beveik kasdien), o 14 (iš 47) teikia keletą kartų per savaitę arba keletą kartų per mėnesį. Turint omenyje tai, kad daugiausiai respondentų (3. lentelė) dirba pacientams teikiant psichiatrijos profilio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, psichosocialinė pagalba yra nuo to neatsiejama. Kiek rečiau ir mažiau socialinių darbuotojų teikia intensyvią krizių įveikimo pagalbą, tačiau tokia pagalba taipogi sietina su paslaugų teikimo psichiatrijos profilio pacientams. Socialinių įgūdžių ugdymo ir palaikymo paslaugas kasdien (beveik kasdien) teikia 23 (iš 47) respondentų, o keletą kartų per savaitę – 11 (iš 47). Tokios paslaugos pagal Socialinių paslaugų katalogą (2006) teikiamos socialinės rizikos vaikams ir šeimoms, socialinės rizikos suaugusiems asmenims ir jų šeimoms, vaikams su negalia ir jų šeimoms, suaugusiems asmenims su negalia ir jų šeimoms, senyvo amžiaus asmenims ir jų šeimoms ir kitiems.

Mažiausiai ir rečiausiai (žr. 2. paveikslą) respondentai teikia pagalbos globėjams (rūpintojams) ir įvaikintojams socialines paslaugas, tačiau tai galima sieti su nedideliu respondentų (žr. 3. lentelę) dirbančių vaikų ligų klinikose ir skyriuose skaičiumi – 4 (iš 47) .

Taigi, šio tyrimo duomenys ir atskleidė, jog respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose socialinį darbą dirbantieji, socialines paslaugas teikia įvairiems pacientams.

2. paveikslas

Specialiųjų socialinių paslaugų teikimas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje



Siekiant atskleisti socialinio darbuotojo vietą komandoje respondentams buvo pateiktas klausimas apie bendradarbiavimą su sveikatos priežiūros specialistais dažnumą. Patys socialiniai darbuotojai, kaip teigia T. Brown (2012), siekiant optimalios sveikatos priežiūros yra svarbūs kadangi tiesiogiai kontaktuoja su pacientais ir jų šeimomis.

Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientams neretai yra reikalinga kompleksinė pagalba, todėl interdisciplinis bendradarbiavimas yra būtinas siekiant visapusiškai padėti asmeniui. Interdisciplininį bendradarbiavimą nagrinėdama A. Petrauskienė (2011) teigia, jog kompleksinės pagalbos įgyvendinimas turi būti susijęs su interdisciplininiu bendradarbiavimu, todėl socialiniai darbuotojai plėtodami savo veiklą asmens sveikatos priežiūros įstaigose bendradarbiauja su įvairiais sveikatos priežiūros specialistais bei pacientų grupėmis.

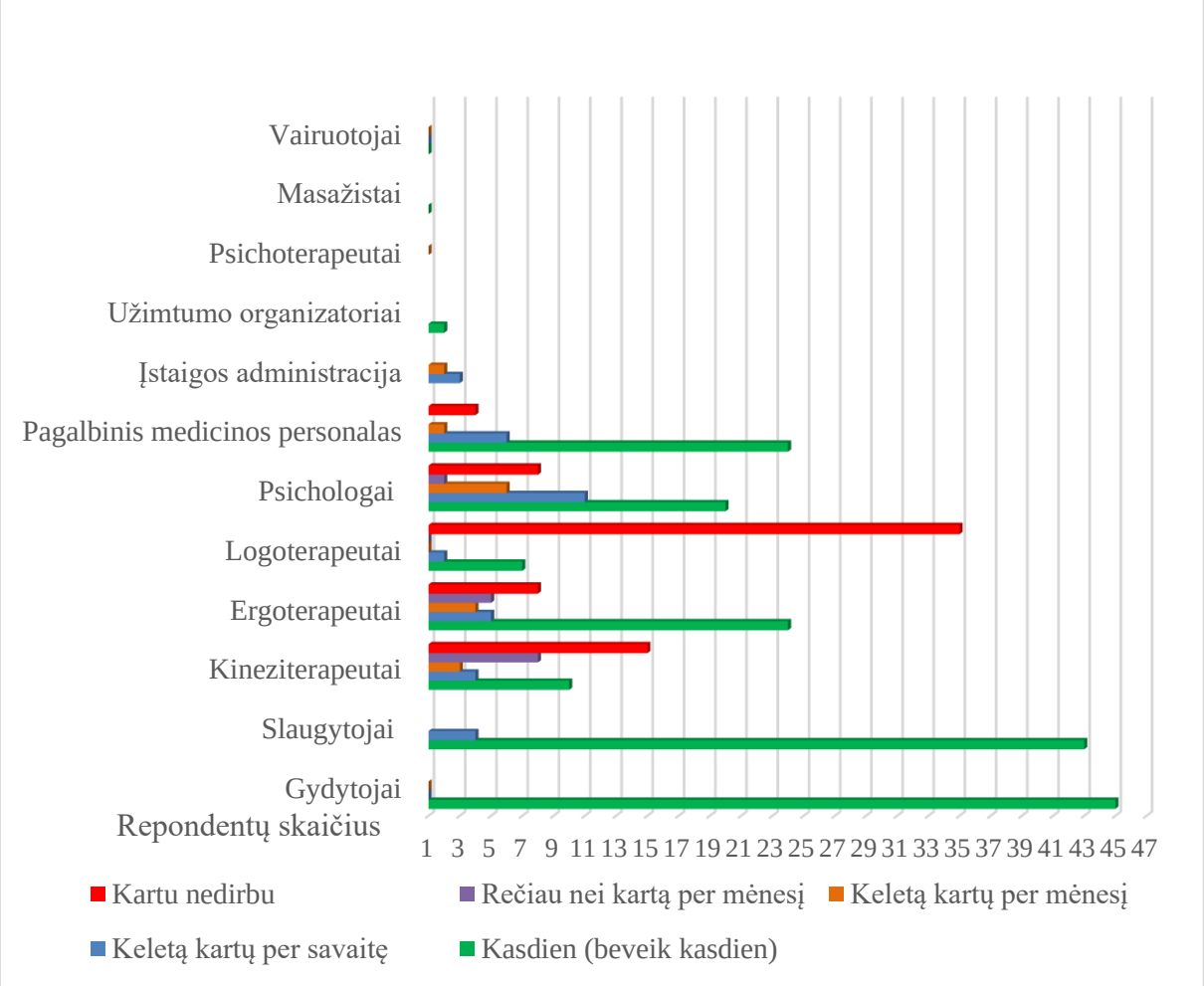
Žvelgiant iš teisės aktų, reglamentuojančių socialinį darbą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje perspektyvos, socialinis darbuotojas specialistų komandai yra priskiriamas „Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų apraše“ (2007), komandos nariu socialinį darbuotoją „numato“ „Slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašas“ (2007), socialinis darbuotojas kaip reabilitacijos specialistų komandos narys yra nurodomas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakyme Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ bei „Medicininės reabilitacijos įstaigų (padalinių) veiklos specialiųjų reikalavimų apraše“ patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakyme Nr. V-889, socialinis darbuotojas komandai, kurią sudaro: gydytojas psichiatras, medicinos psichologas, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir esant poreikiui kiti specialistai (ergoterapeutas, menų terapeutai) priskiriamas ir „Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos apraše“ (2012), taip pat komandoje socialinis darbuotojas turi būti teikiant ir vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas, taip pat teikiant Antrinio B lygio ir Tretinio lygio nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros paslaugas.

Vis tik, nesant nuoseklios Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos politikos socialinių darbuotojų veiklos reglamentavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose atžvilgiu, kai socialinis darbuotojas anksčiau buvo priskiriamas asmens sveikatos priežiūros specialistams, o vėliau „išbrauktas“, kaip ir pats socialinis darbas skirtingais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais (2016 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. V-1427) buvo priskiriamas prie kitos sveikatinimo veiklos rūšių sąrašo, tačiau vėliau „išbrauktas“ (2017 m. rugsėjo 29 d. įsakymas Nr. V-1143), ministerijos iniciatyva 2018-11-29 buvo paskelbtas ministro įsakymo projektas „Dėl sveikatos priežiūros specialistų, teikiančių

sveikatos priežiūros paslaugas profesinių grupių sąrašo patvirtinimo“, kuriame socialinis darbuotojas priskiriamas prie „kitų specialistų dalyvaujančių sveikatos priežiūros paslaugų teikime (komandose)“. Minėto įsakymo projekte „kiti specialistai dalyvaujantys sveikatos priežiūros paslaugų teikime (komandose) yra: medicinos registratorius, sveikatos statistikas, klinikinis koduotojas, dezinfekuotojas, medicininių sterilizatorių naudotojas ir prižiūrėtojas, socialinis darbuotojas, pagalbinis darbuotojas. Tyrimo rezultatai atskleidė (3. paveikslas), jog iš minėtų „kitų specialistų“ socialinis darbuotojas bendradarbiauja tik su pagalbiniu medicinos personalu, tačiau nuolat bendradarbiauja su kitais asmens sveikatos priežiūros specialistais, kurių veiklą reglamentuoja jau anksčiau šiame darbe minėti skirtingi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai.

3. paveikslas

Bendradarbiavimas su sveikatos priežiūros specialistais



Respondentai dažniausiai bendradarbiauja su gydytojais ir slaugytojais, tai kasdien (beveik kasdien) daro atitinkamai 45 (iš 47) ir 43 (iš 47) socialinių darbuotojų. Su ergoterapeutais kasdien (beveik kasdien) bendradarbiauja – 24 (iš 47) respondentų, tiek pat kaip ir su pagalbiniu medicinos personalu. Su psichologais kasdien (beveik kasdien)

bendradarbiauja 20 socialinių darbuotojų (iš 47). Mažesnė dalis respondentų kasdien (beveik kasdien) bendradarbiauja su kineziterapeutais – 10 respondentų (iš 47) bei su logoterapeutais – 7 (iš 47). Su įstaigos administracija keletą kartų per savaitę arba keletą kartų per mėnesį dirba – 5 respondentai, o su masažistais ir psichoterapeutais bendradarbiauja po – 1 respondentą. Bendradarbiavimą su vairuotojais nurodė – 3 socialiniai darbuotojai, o tai dar kartą patvirtina, jog respondentai teikia transporto organizavimo paslaugas.

Tokie tyrimo rezultatai suponuoja prielaidą, jog skirtingose respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose ryšium su teikiamų medicinos paslaugų profiliu dirba skirtingos sudėties asmens sveikatos priežiūros paslaugų komandos, todėl socialiniai darbuotojai dirba arba nedirba komandoje su kitais specialistais.

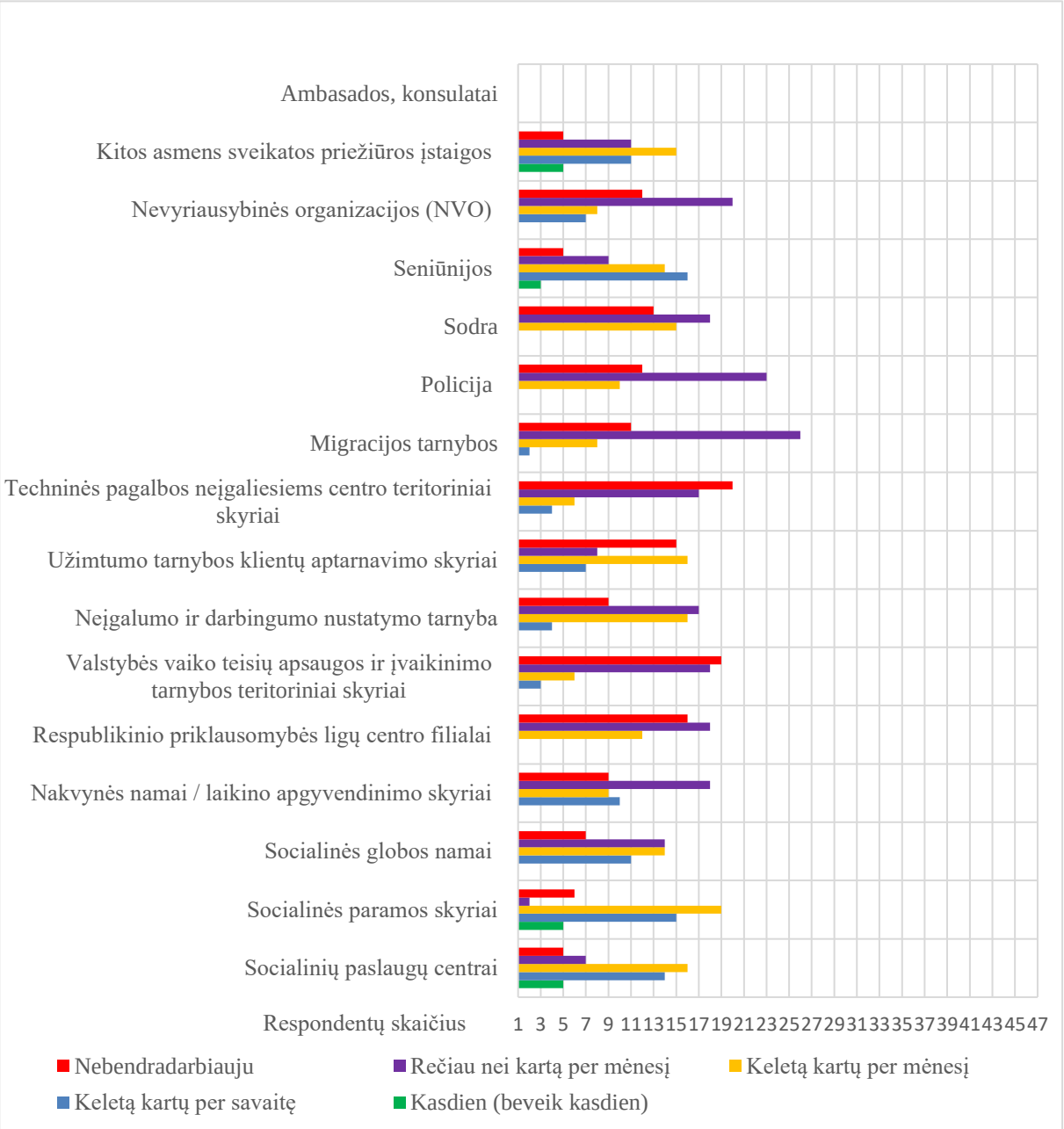
Siekiant kompleksiškai spręsti paciento sveikatos ir socialines problemas ar įgalinant pacientą tai daryti savarankiškai, dažniausiai nepakanka vien tik socialinio darbuotojo intervencijos ar interdisciplininio bendradarbiavimo, tačiau reikalingas ir tarp-institucinis bendradarbiavimas. Nagrinėdama bendradarbiavimo socialiniame darbe praktiką, A. Quinney (2006) pažymi, jog socialiniai darbuotojai dirbdami komandose turi žinoti bendradarbiavimo su kitų institucijų ypatumus tam, kad galėtų teikti veiksmingas ir tinkamas paslaugas.

Socialines paslaugas stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose teikiant įvairioms pacientų grupėms (ir pacientų šeimoms) – vaikams, žmonėms su negalia, senyvo amžiaus asmenims, socialinės rizikos grupės asmenims teikiamų paslaugų spektras yra ganėtinai platus (žr. 1 ir 2 paveikslus), todėl bendradarbiavimas su įvairiomis institucijomis yra praktiškai neišvengiamas. Tarp-institucinis bendradarbiavimas labai svarbus siekiant užtikrinti socialinių paslaugų tęstinumą pacientams po gydymo stacionare, kuomet jie grįžta į savo ankstesnę aplinką kurioje gyveno arba po gydymo jiems išvykstant į naują aplinką – reabilitacijos ligoninę, slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninę, savarankiško gyvenimo namus, trumpalaikės arba ilgalaikės socialinės globos namus. Siekiant gauti reikalingas judėjimą ar paciento slaugymą palengvinančias priemones, socialinės priežiūras paslaugas namuose, transporto paslaugas tarp-institucinis bendradarbiavimas kurį inicijuoja asmens sveikatos priežiūros įstaigos socialinis darbuotojas taip pat labai svarbus nes dažnai pacientai neturi patirties siekiant gauti reikalingas priemones ar paslaugas ir paprasčiausiai nežino kur kreiptis, kokia yra jiems reikalingų paslaugų ar priemonių gavimo tvarka, kokie teisės aktai tai reguliuoja ir kokios yra jų galimybės gauti tai ko jiems reikia. Tarp-institucinis bendradarbiavimas reikalingas būna reikalingas ir tam, kad asmuo apskritai galėtų gauti reikiamas medicinines paslaugas, kadangi neturint privalomo asmens sveikatos draudimo žmogui gali būti teikiamos tik būtinosios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, nors jam gali būti reikalingos ir kitokio profilio medicininės paslaugos.

Siekiant atskleisti respondentų bendradarbiavimo su įvairiomis institucijos dažnumą ir su kokiomis institucijomis jiems tenka bendradarbiauti tyrimo klausimyne (anketoje) apie tai buvo pateiktas klausimas (žr. 4 paveikslą).

4. paveikslas

Bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis ar organizacijomis



Tyrimo duomenys (žr. 4 paveikslą) atskleidė, jog dažniausiai respondentai bendradarbiauja su socialinių paslaugų centrais ir socialinės paramos skyriais, taip pat su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. Kiek rečiau – keletą kartų per savaitę respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai bendradarbiauja su didesniu įvairių institucijų tinklu: socialinės globos namais, seniūnijomis, teritoriniais užimtumo tarnybos skyriais, nevyriausybinėmis organizacijomis (NVO). Tai

rodo, jog socialiniai darbuotojai pirmiausiai renka paciento socialinę anamnezę ir tik įvertinę reikiamų paslaugų poreikį inicijuoja tarp-institucinį bendradarbiavimą paciento stacionarizacijos laikotarpiu.

Rečiau nei kartą per mėnesį respondentai bendradarbiauja su Respublikinio priklausomybės ligų centro filialais, policija, migracijos tarnybomis, Sodra, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba bei Valstybinės vaiko teisių ir įvaikinimo tarnybos teritoriniais skyriais. Vienas respondentas nurodė, jog rečiau nei kartą per mėnesį tenka bendradarbiauti ir su ambasadomis arba konsulatais.

Pažymėtina ir tai, jog dalis respondentų nebendradarbiauja su tam tikromis institucijomis (žr. 4 paveikslą), todėl galima daryti prielaidą, jog respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai tarpusavyje yra pasiskirstę su kuriomis institucijomis kas bendradarbiauja arba jiems teikiant socialines paslaugas skirtingo profilio medicinos srityse darbo specifika paprasčiausiai nereikalauja tarp-institucinio bendradarbiavimo su tam tikromis įstaigomis.

Socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktui didelės reikšmės turi tai, kaip jis save pristato visuomenėje, jo (ne)dalyvavimas įvairių profesinių organizacijų, sąjungų, asociacijų veikloje. Įvairios profesiniu pagrindu sukurtos organizacijos ginančios savo narių teises padeda jiems už(si)tikrinti tam tikras garantijas kadangi veikia tarsi kontrolės arba teisių atstovavimo institucijos.

Nagrinėdamas „dalyvavimo“ ir „paternalizmo“ sąvokas E. Sainsbury (1989) pažymėjo, jog tarp socialinių darbuotojų ir apskritai plačiojoje visuomenėje minėtos sąvokos yra linkę sukelti pritarimo arba nepritarimo reakcijas. Dalyvavimas yra laisvai susijęs su piliečių partnerystės sąvokomis dalijantis galia tarp valdžios tarnautojų ir tų, kuriems jie tarnauja didinant socialinę lygybę, tobulinant ir įgyvendinant gerovės politiką, ir didinant paslaugų vartotojų laisvę rinktis siekti savo gerovės. „Paternalizmo“ sąvoka reiškia prielaidas, kurios kyla iš profesionalų ir biurokratų teisių kontroliuoti gerovės sprendimus susijusius su viešaisiais ir individualiais klausimais, remiantis žiniomis ir patirtimi kuri nėra visuotinai prieinama, o kartais netgi ir sąmoningai sulaikoma nuo tų, kuriems tie profesionalai ir biurokratai tarnauja.

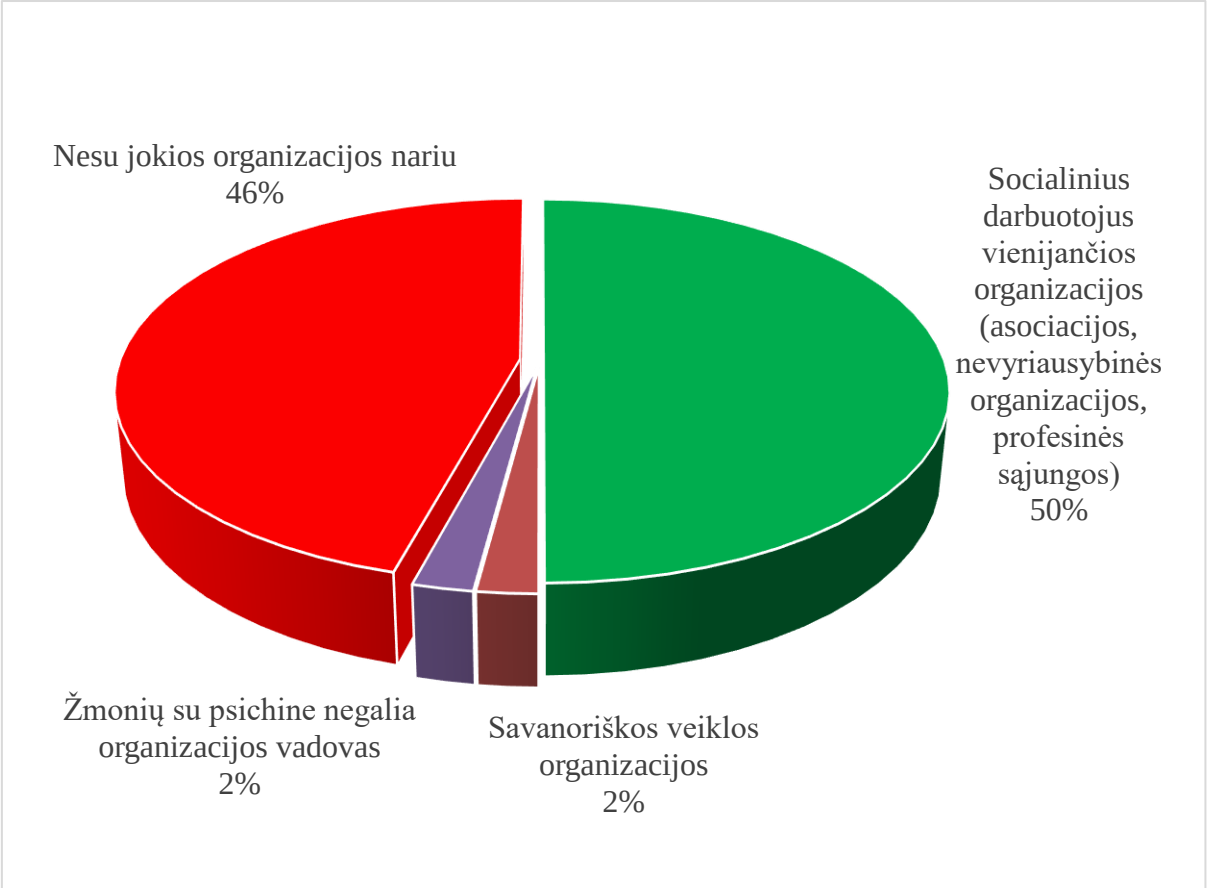
Socialiniams darbuotojams, pasak E. Sainsbury (1989), dalyvavimas yra paprasčiausiai susijęs su klientų teisėmis suprasti apie socialinių darbuotojų rolę ir prisidėti prie sprendimų užtikrinančių jų gerovę. Platesne prasme, tai paprasčiausiai asocijuojasi su asmens sąžinės ir veiksmų laisve, pasirinkimo išplėtimu, represinės kontrolės ribojimu ir demokratijos idealais. Dalyvavimo idealu grindžiama praktika yra suprantama kaip išlaikanti pusiausvyrą tarp įstatymų nustatyta tvarka apibrėžiamų sąlygų, kuriomis žmonės gyvena ir

tarp piliečių įgalinimo išvengti kišimosi į jų norimas susikurti gyvenimo sąlygas. Dalyvavimas taip pat yra laikomas bandymu pripažinti ir suderinti įvairius politiniame gyvenime vykstančius spaudimus, kurie ne visuomet yra suderinami tarpusavyje, tačiau turi kartais nepripažįstamą poveikį piliečių gyvenimui.

Siekiant atskleisti respondentų dalyvavimą įvairiose profesinėse ar visuomeninėse organizacijose pateiktas klausimas apie jų narystę ar savanoriavimą (žr. 5. paveikslą).

5. paveikslas

Respondentų narystė ir/ar savanoriavimas organizacijose (%)



Tyrimo duomenys atkleidė (žr. 5 paveikslą), jog 50% respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų dalyvauja įvairiose socialinius darbuotojus vienijančiose organizacijose – asociacijose, profesinėse sąjungose, nevyriausybinėse organizacijose (NVO), o kiek mažiau nei pusė respondentų – 46% jokiai organizacijai nepriklauso. Pažymėtina ir tai, jog tyrime dalyvavo respondentų dalyvaujančių savanoriškos veiklos organizacijose bei vadovaujančių NVO.

Turint omenyje tai, kad pati socialinio darbo profesija Lietuvoje dar tik „kopia“ į trečią dešimtį ir kol kas dar neturi susiformavusių ilgametės profesinės veiklos tradicijų bei didelio skaičiaus darbuotojus ginančių ar vienijančių organizacijų, 50% respondentų dalyvavimas įvairių organizacijų veikloje yra ganėtinai geras rodiklis.

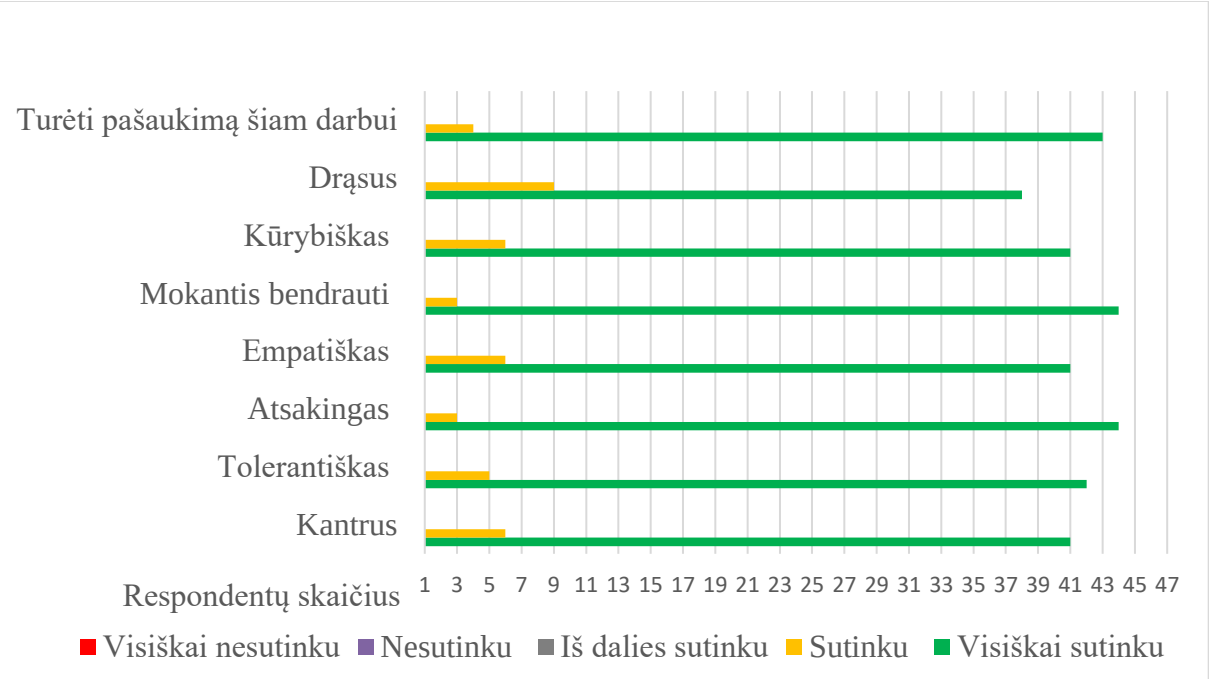
Socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktui neabejotinai įtakos turi asmeninės savybės, kuriomis žmogus pasižymi. Asmens tapatybė, pasak L. Dominelli (2002), yra konstruojama aplink vaidmenis ir fizinius fenotipus ką žmonės daro ir kaip žmonės atrodo ir tai tampa pagrindu atskirti vieną asmenį nuo kito įvairiose socialinėse interakcijose.

Remdamasis Combs ir kt. (1971) pagelbstinčio asmens savybes pateikia L.C. Johnson (2003), kurio nuomone geras darbuotojas save apibūdintų kaip patikimą, adekvatų, solidarų su žmonėmis, altruistišką ir garbingą asmenį. Pagalbininkas turėtų būti labiau motyvuotas iš vidaus negu iš išorės, labiau atpalaiduojantis, o ne kontroliuojantis, įsitraukiantis į situaciją, o ne prisijungiantis prie jos, labiau orientuotas į procesą nei į tikslą ir į kiekvieną situaciją turi žiūrėti per žmogaus, o ne daiktų prizmę.

Siekiant atskleisti respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinio darbuotojo identitetą, respondentams buvo pateiktas klausimas, kokiomis jų nuomone savybėmis, turėtų pasižymėti asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis socialinis darbuotojas (6 paveikslas).

6. paveikslas

Asmeninės savybės, kuriomis turi pasižymėti socialinis darbuotojas dirbantis asmens sveikatos priežiūros įstaigoje



Daugiausiai – 44 (iš 47) respondentų pažymėjo, kad visiškai sutinkantys, jog socialinis darbuotojas turi mokėti bendrauti ir būti atsakingas. Dauguma – 43 (iš 47) respondentų pažymėjo, jog norint būti socialiniu darbuotoju reikia turėti pašaukimą šiam darbui, o kūrybingumą ir kantrumą reikalingomis savybėmis laiko – 41 (iš 47) socialinių darbuotojų. Dar viena svarbi savybė dirbant socialinį darbą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros

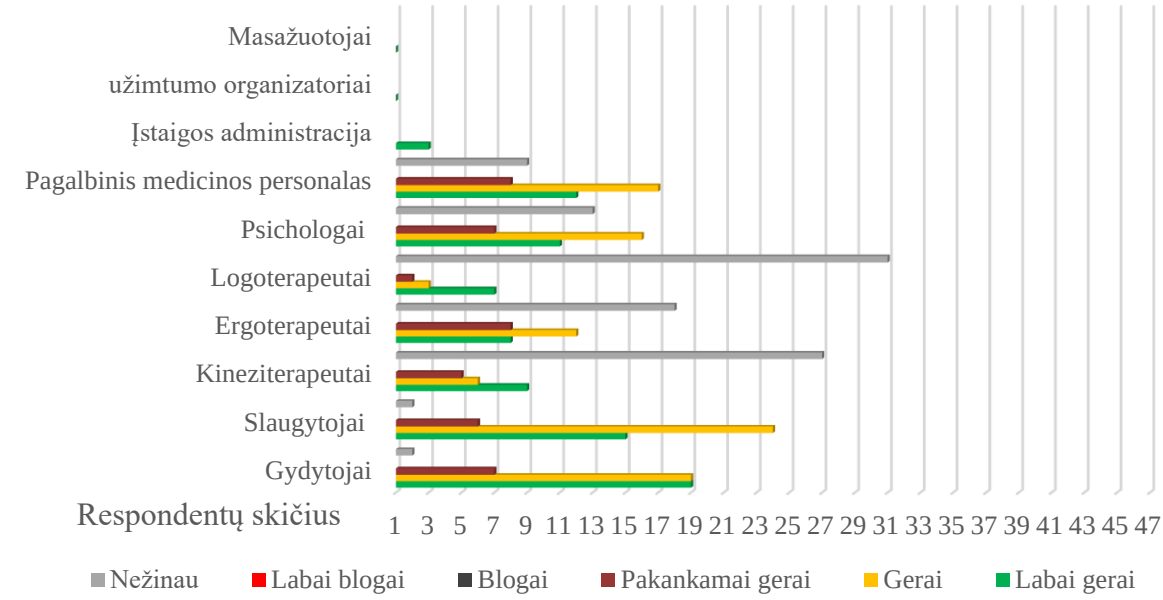
įstaigoje yra tolerancija – ją pažymėjo 44 (iš 47) tiriamųjų ir nei vienas socialinis darbuotojas nepažymėjo, jog nesutinka, visiškai nesutinka ar iš dalies sutinka, jog yra reikalinga kuri nors klausimyne nurodyta savybė – visi respondentai su išvardintomis savybėmis sutinka arba visiškai sutinka.

Interdisciplininį bendradarbiavimą nagrinėdama A. Petrauskienė (2011) remiasi Bronstein (2003), Švedaite (2004) ir teigia, kad socialinio darbuotojo veikla siekiant aukščiausio profesinio įsipareigojimo yra siejama su vertybėmis ir profesine elgsena, lojalumo socialinio darbo profesijai ir pagarba kolegoms, socialinių paslaugų modernizavimo ir geros praktikos sklaida bei kitais aspektais. Socialinio darbuotojo profesinis vaidmuo yra susietas su kitomis institucijomis ir socialiniais partneriais bei skirtingas specialistais ir yra veikiamas institucijų, su kuriomis bendradarbiauja, bei profesionalų elgesio standartų, pačios bendradarbiavimo kultūros ir požiūrio į socialinį darbą apskritai. Vis tik, institucijos, kurios yra atsakingos už socialinės pagalbos teikimą (savivaldybės, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija) ilgą laiką nežinojo ko iš socialinio darbo tikėtis ir su socialinio darbo profesija buvo siejami per maži lūkesčiai, vyravo siauras profesinio vaidmens supratimas. Bendradarbiavimui plėtoti labai svarbus tarpusavio pasitikėjimas, pagarba, supratimas ir neformalus bendravimas, o asmenybės charakteristikos, atsižvelgiant į profesinį kiekvieno bendradarbio vaidmenį, yra siejamos su bendradarbiaujančiųjų požiūriu vienas į kitą.

Siekiant atskleisti respondentų požiūrį į tai, ką apie juos galvoja interdisciplininės komandos nariai, anketoje (klausimyne) apie tai buvo pateiktas klausimas.

7. paveikslas

Socialinių darbuotojų veiklos vertinimas interdisciplininėje komandoje



Tyrimo rezultatai atskleidė, kad dauguma interdisciplinės komandos narių, socialinių darbuotojų nuomone jų darbą vertina labai gerai arba gerai (žr. 7 paveikslą). Respondentų nuomone daugiausiai slaugytojai – 39 (iš 47) ir gydytojai – 38 (iš 47), labai gerai arba gerai vertina socialinių darbuotojų, dirbančių respublikinio lygmens stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, darbą. Daugiau nei pusė respondentų – 27 (iš 47) pažymėjo, kad labai gerai arba gerai jų darbą vertina psichologai, ir pagalbinis medicinos personalas – 29 (iš 47).

Pažymėtina tai, jog daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų – 31 (iš 47) nežino kaip jų darbą vertina logoterapeutai bei kineziterapeutai – 27 (iš 47). Galima daryti prielaidą, jog respondentai arba mažai bendradarbiauja su šiais interdisciplininės komandos nariais, arba tokių specialistų yra mažai ir todėl respondentai nežino kaip juos vertina kolegos.

A. Petrauskienė (2011) teigia, kad nors medikai Lietuvoje ir palankiai vertina socialinių darbuotojų vaidmenį asmens sveikatos priežiūros institucijose, tačiau apie galimybę konsultuotis pas socialinius darbuotojus nėra linkę informuoti pacientus (ar jų šeimos narius). Tačiau tai galima paaiškinti tuo, jog medikų, kaip pagrindinių medicininės pagalbos paslaugų teikėjų pacientams vaidmuo yra vyraujantis lyginant su kitais interdisciplininės komandos nariais. Remdamasi L. Sapežinskiene, A. Kavaliauskiene ir kt. (2006) A. Petrauskienė (2011) rašo, jog asmens sveikatos priežiūros institucijose dirbantys socialiniai darbuotojai yra mažiau paveikti šiose įstaigose nusistovėjusių tradicinių hierarchinių santykių ir yra pasirengę plėtoti tarpasmenines sąveikas su pacientais ir kolegomis.

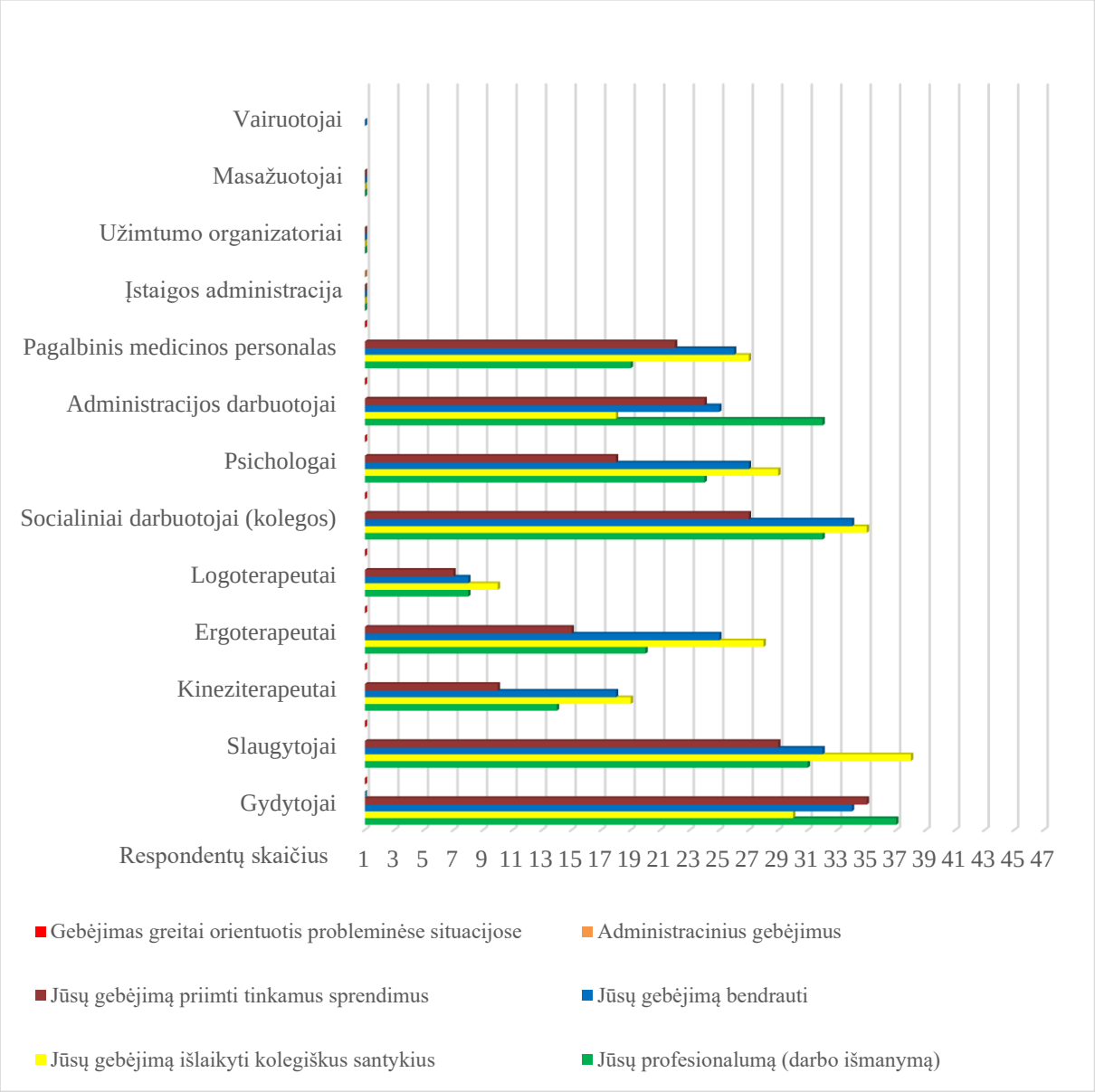
Nagrinėdamos medikų požiūrį į socialinio darbuotojo vaidmenis reabilitacijos specialistų komandoje L. Varžinskienė ir J. Rudzevičiūtė (2009) rašo, jog medicinos aplinkoje komandos nariai pasiskirsto pagal kliento (paciento – aut. past.) poreikius ir kiekvienos profesijos atstovas yra kompetentingas ir vienodai svarbus komandos narys, tačiau svarbu paminėti ir tai, jog sėkmingai komandos veiklai įtakos gali turėti ir pats klientas (pacientas – aut. past.), kurio reikšmingumas pasireiškia savo problemų žinojimu, o tai gali būti reikšminga socialinio darbuotojo veiklos sritis.

L. Varžinskienė ir J. Rudzevičiūtė (2009) remiantis Vijeikiene ir Vijeikiu (2000) rašo, jog jei kiekvienas komandos narys turi vaidmenį, kuris atitinka to komandos nario asmenybę ir įgūdžius, tai pats pajus savo įnašo komandiniam darbui svarbą. Tuomet asmuo sulaukia didesnio pripažinimo ir įvertinimo ir komandoje įvyksta mažiau konfrontacijų bei konfliktų, nes komandos nariai vertina savo unikalų įnašą ir nekonkuruoja dėl vaidmenų su kitais.

Siekiant atskleisti kokias socialinių darbuotojų savybes labiausiai vertina komandos nariai respondentams buvo pateiktas klausimas kokias jų nuomone savybes vertina kolegos dirbantys stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (žr. 8 paveikslą).

8. paveikslas

Socialinių darbuotojų savybių vertinimas interdisciplininėje komandoje



Tyrimo rezultatai (žr. 8 paveikslą) atskleidė, kad labiausi vertinama socialinių darbuotojų savybė respondentų teigimu – 38 (iš 47) yra gebėjimas išlaikyti kolegiškus santykius, o tai jų nuomone labiausiai vertina slaugytojai bei kiti kolegos socialiniai darbuotojai – 35 (iš 47). Socialinių darbuotojų, dirbančių respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, profesionalumą labiausiai vertina gydytojai – 37 (iš 47), taip pat kolegos socialiniai darbuotojai ir administracijos darbuotojai – 32 (iš 47). Taip pat labai vertinamas ir socialinių darbuotojų gebėjimas bendrauti, o šią savybę, tiriamųjų nuomone labiausiai vertina gydytojai ir kolegos socialiniai darbuotojai – 34 (iš 47) bei slaugytojai – 32 (iš 47). Kiek daugiau nei pusė respondentų – 29 (iš 47) pažymėjo, kad jų gebėjimą išlaikyti kolegiškus santykius vertina psichologai bei ergoterapeutai – 28 (iš 47), o

gebėjimą priimti tinkamus sprendimus vertina labiausiai vertina gydytojai – 35 (iš 47), slaugytojai – 29 (iš 47), kolegos socialiniai darbuotojai – 27 (iš 47) ir įstaigos administracijos darbuotojai – 24 (iš 47).

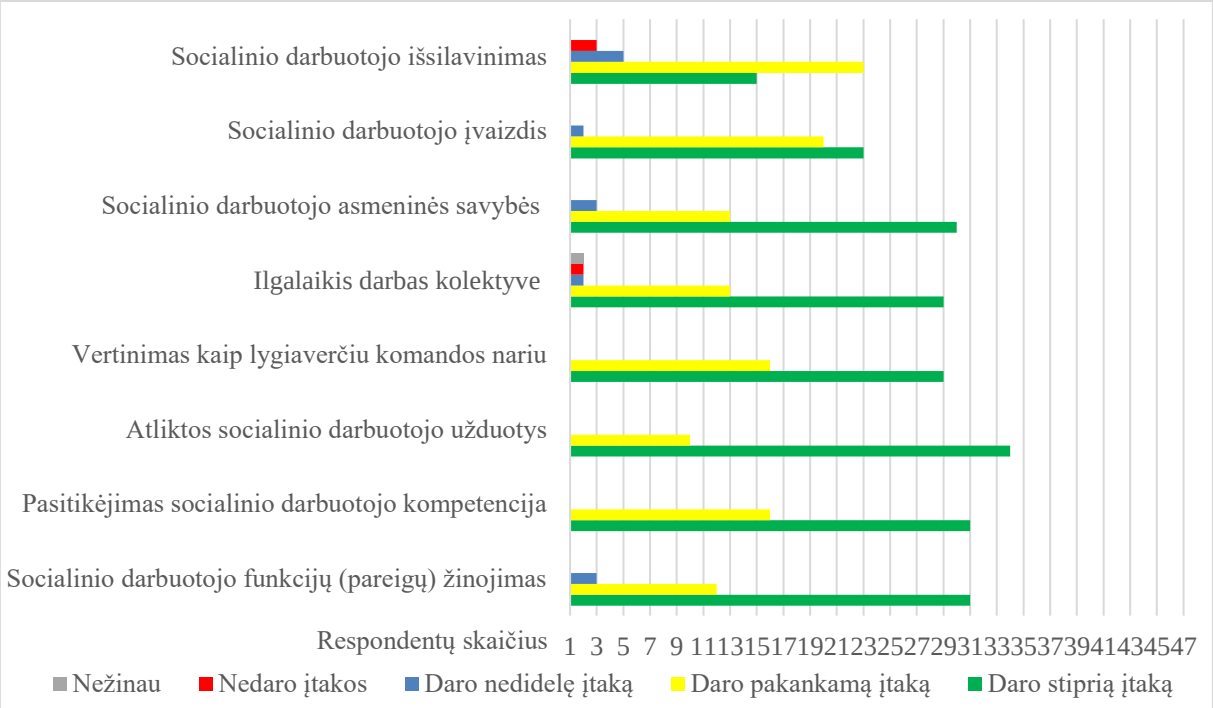
Tyrime siekiant atskleisti priežastis, kurios, socialinių darbuotojų nuomone, daro įtaką kolegų, dirbančių stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, požiūriui į socialinių darbuotojų atliekamą darbą, respondentams buvo pateiktas klausimas apie tai (žr. 9 paveikslą).

L. Bronstein (2003), pasak A. Petrauskienės (2011), remdamasi multidisciplinine bendradarbiavimo teorija, paslaugų integracijos, vaidmenų bei ekologijos sistemų teorijomis pateikia 5 interdisciplininio bendradarbiavimo komponentus: tarpusavio priklausomybę, naujas, profesionalų sukurtas veiklas, lankstumą, kolektyvinę tikslų nuosavybę bei bendradarbiavimo proceso refleksiją. Šie komponentai apima profesionalų gebėjimą aiškiai suvokti savo ir kitų komandos narių vaidmenis, bendrus tikslus, bendradarbiavimą ir asmeninę sėkmę, kartu dirbančių asmenų profesinės kompetencijos augimą atliekant naujas veiklas, lankstumą ir gebėjimą prisitaikyti prie nuolat kintančių kliento/paciento gyvenimo situacijų, nepaisant hierarchinių ir formalizuotų tarpusavio santykių, atsakomybės pasidalijimą siekiant numatytų tikslų, bei bendradarbiaujančiųjų dėmesį bendram veiklos procesui ir tarpusavio ryšiams.

Respondentų buvo klausiama apie priežastis (žr. 9 paveikslą), kurios jų manymu daro įtaką kolegų požiūriui į socialinių darbuotojų atliekamą darbą.

9. paveikslas

Priežastys, darančios įtaką kolegų požiūriui į socialinių darbuotojų atliekamą darbą



Tyrimo duomenys parodė, jog respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų nuomone – 34 (iš 47), stiprią įtaką kolegų požiūriui į respondentų atliekamą darbą formuoja atliktos socialinio darbuotojo užduotys, taip pat socialinio darbuotojų funkcijų (pareigų žinojimas) bei pasitikėjimas socialinio darbuotojo kompetencija – 31 (iš 47). Svarbus aspektas yra socialinio darbuotojo asmeninės savybės, tai pažymėjo – 30 (iš 47) respondentų. Pažymėtina tai, kad socialinio darbuotojo išsilavinimas kolegų požiūriui į respondentų atliekamą darbą pakankamą įtaką daro labiau nei stiprią. Remiantis tyrimo duomenimis galima daryti prielaidą, jog socialinio darbuotojo atliktos užduotys, asmeninės savybės, įvaizdis, ilgalaikis darbas kolektyve ir kitos priežastys (žr. 9 lentelę) daro stipresnę įtaką kolegų požiūriui į socialinio darbuotojo atliekamą veiklą nei respondentų išsilavinimas. Tokius tyrimo rezultatus galėjo lemti priežastis, jog maždaug ketvirtadalis respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų turi aukštąjį neuniversitetinį (koleginį) išsilavinimą (žr. 2 lentelę) arba tai, jog du trečdaliai respondentų turi ganėtinai didelį darbo stažą įstaigoje – nuo 11 m. iki 21 m. arba daugiau.

Socialinio darbuotojo statusas komandos specialistų tarpe neabejotinai yra susijęs paties savęs pristatymu, laikysena, kompetencijos raiška, tad siekdamas įtvirtinti savo statusą jis tam tikromis priemonėmis (būdais) formuoja interdisciplininės komandos narių nuomonę apie save. Žinoma, tai susiję ir su socialinio darbuotojo vertybėmis.

Vertybių ir principų problemas socialiniame darbe nagrinėdama V. Kavaliauskienė (2005) teigia, kad pati socialinio darbo paskirtis, jo misija yra glaudžiai susijusi su vertybėmis, kurios atsikleidžia laikantis tam tikrų principų grindžiančių socialinio darbuotojo etiką.

Tyrime siekiant išryškinti kaip galima daugiau socialinio darbuotojo profesinio identiteto detalių, respondentams buvo pateikti klausimai su susiję su būdais (priemonėmis), kuriais respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai formuoja kolegų požiūrį į socialinį darbuotoją bei vertybėmis, kurias respondentų nuomone labiausiai vertina interdisciplininės komandos nariai.

Motyvuoto elgesio teoriją pateikdamas Z. Javtokas (2009) rašo, kad socialinės normos paveikia individo suvokimą apie tai, ką tam tikromis aplinkybėmis kiti galvoja apie jo elgseną, o kiekvienas asmeninis požiūris remiasi tikėjimu. Įsitikinimai ir normatyvinių galimybių suvokimas yra ryšio tarp požiūrio ir elgsenos tarpininkas.

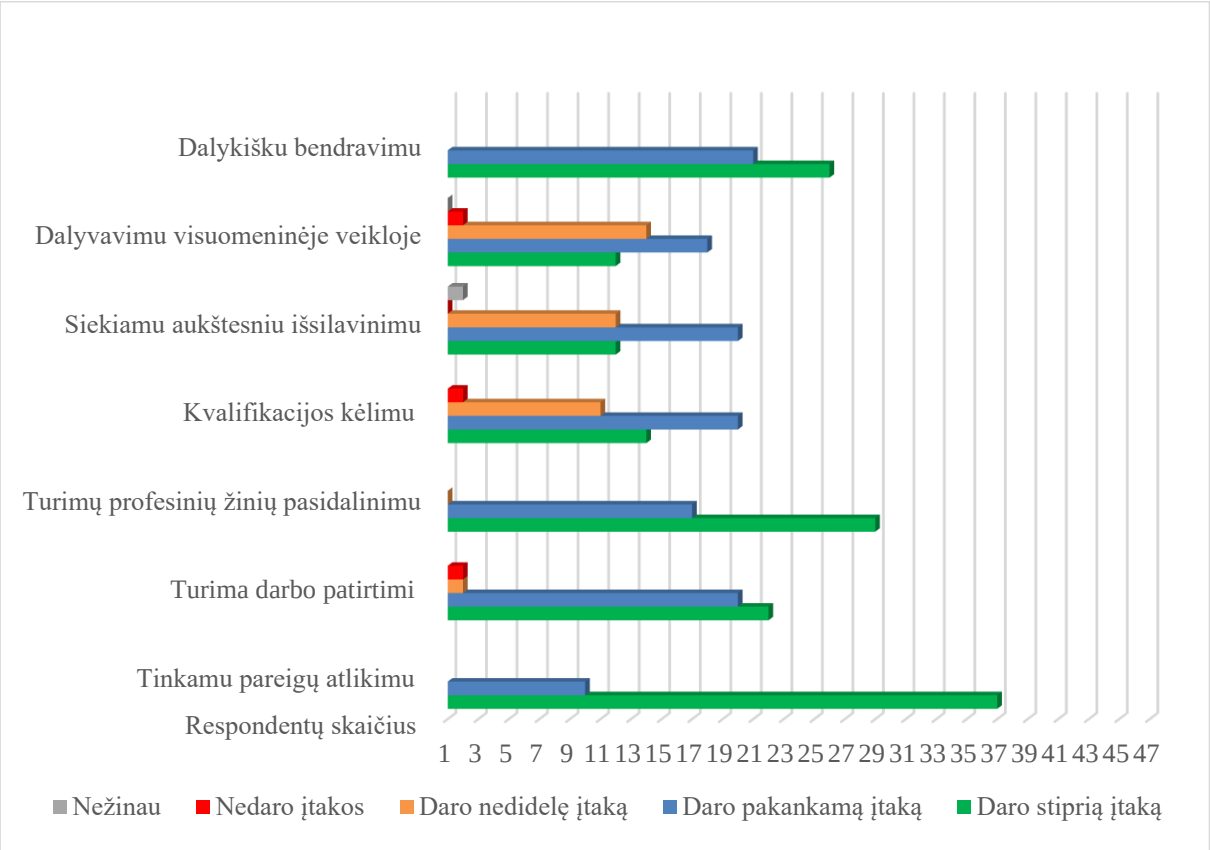
Tyrimo rezultatai atskleidė (žr. 10 paveikslą), jog respondentai vertindami būdus (priemones), kuriomis jie formuoja kolegų nuomonę apie socialinių darbuotojų veiklą, nurodė, jog tinkamas pareigų atlikimas daro stipriausią įtaką komandos nariams kolegų

požiūriui – 37 (iš 47). Stiprią įtaką interdisciplinės komandos narių požiūriui, pasak respondentų daro ir socialinio darbuotojo turimų žinių pasidalinimas bei dalykiškas bendravimas – atitinkamai – 29 (iš 47) ir – 26 (iš 47) respondentai tai nurodė klausimyne (anketoje).

Pažymėtina tai, jog dalis (žr. 10 paveikslą) respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų nurodė, kad jų siekiamas aukštesnis išsilavinimas bei dalyvavimas visuomeninėje veikloje daro tik nedidelę įtaką kolegų požiūriui apie juos – atitinkamai – 12 (iš 47) ir – 14 (iš 47) respondentų.

10. paveikslas

Būdai (priemonės), kuriais formuojama kolegų nuomonė apie socialinį darbuotoją



Socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstrukto dedamosios yra ne tik darbuoto amžius, darbo patirtis, išsilavinimas, sritis, kurioje dirbama ar profesionalumas, tačiau ir jo dalyvavimas visuomeninėje veikloje, dalykiškas bendravimas, profesinių žinių sklaida, tinkamas pareigų atlikimas ir kitos vertybės.

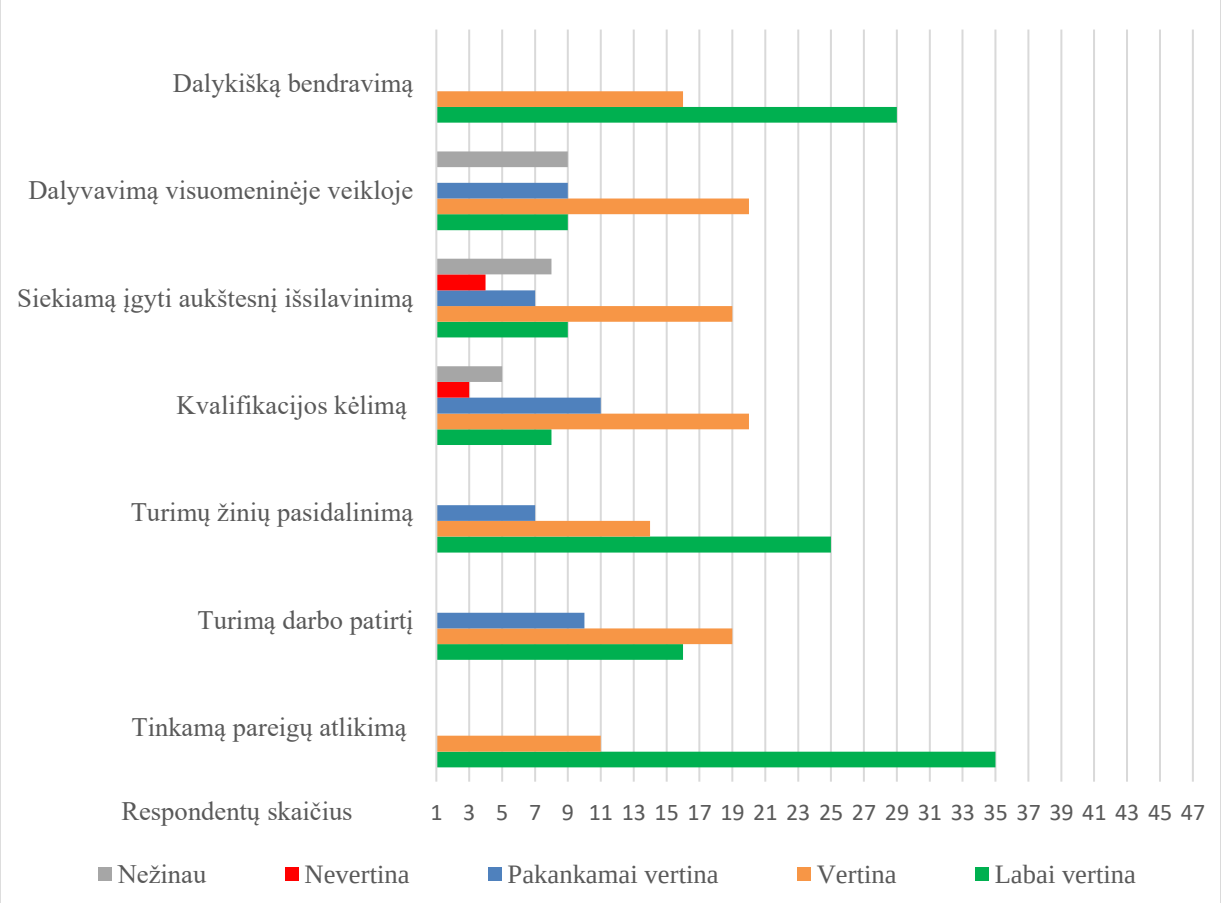
Socialinių darbuotojų profesinių vertybių raišką praktinėje veikloje nagrinėdamos V. Ivanauskienė ir L. Varžinskienė (2007) rašo, jog socialinis darbuotojas turi atsižvelgti ne tik į visuomenės ar kliento (asmens sveikatos priežiūros įstaigose paciento – aut. past.), tačiau ir į savo asmenines vertybes. Ignoruodamas savo asmeninius principus socialinis darbuotojas negalės darbo atlikti gerai.

Vertybių ir žinių sąvokas pateikia L. Johnson (2001) ir pažymi, jog tarpusavyje jos yra dažnai painiojamos. Žinias galima įrodyti ir jos yra naudojamos paaiškinti elgesį ir apibendrinti praktiką. Vertybių įrodyti negalima, nes jos yra tai, kas pageidautina, kam teikiama pirmenybė – tam tikroms priemonėms, tikslams. Vertybės iš dalies kyla visuomenėje, kurios dalis yra ir pats individas, o veiksniai kurie lemia vertybes yra šie: kultūrinis paveldas, vertybės, kurias turi individai ir grupės, su kuriomis individas bendrauja, asmeninė individo patirtis ir galiausiai požiūris į žmogaus situacijos esmę.

Tyrimo respondentų, siekiant išryškinti jų profesines vertybes, buvo klausiama kokias socialinių darbuotojų dirbančių respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, labiausiai vertina jų kolegos (žr. 11 paveikslą).

11. paveikslas

Socialinių darbuotojų vertybės, kurias labiausiai vertina kolegos



Tyrimo duomenys atskleidė, jog respondentai tinkamą pareigų atlikimą ir dalykišką bendravimą nurodė kaip vertybes, kuriomis yra daroma stipriausia įtaka kolegų nuomonei apie socialinį darbuotoją – atitinkamai – 35 (iš 47) ir – 31 (iš 47) respondentų. Svarbia vertybe yra laikomas turimų žinių pasidalinimas, kurį nurodė – 25 (iš 47) tiriamųjų, o socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimą, siekiamą įgyti aukštesnį išsilavinimą ar

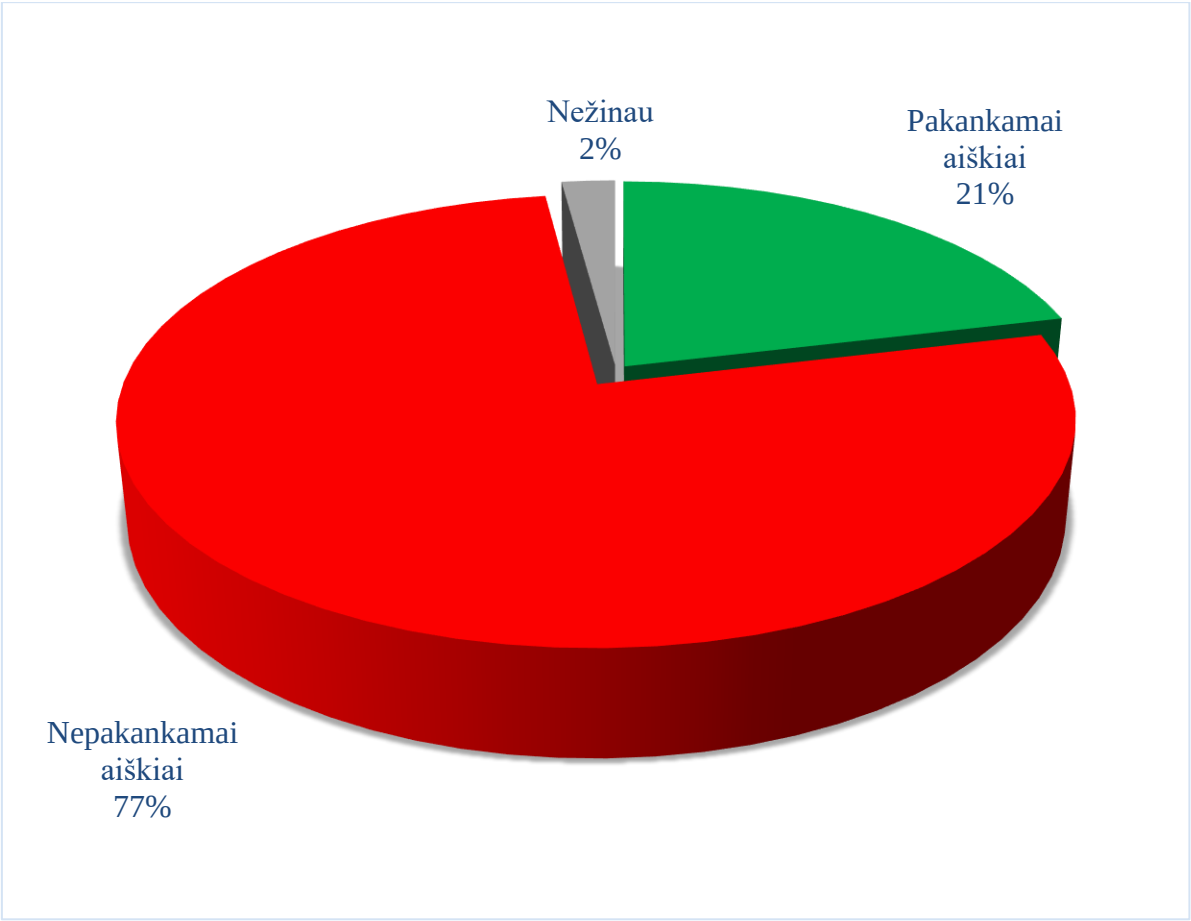
dalyvavimą visuomeninėje veikloje, kaip nurodė respondentai, jų kolegos vertina mažiau dalykišką bendravimą ar turimų žinių sklaidą.

Socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstrukto sampratą formuojanti teisinė bazė, nors ir reglamentuoja socialinio darbuotojo veiklą skirtinguose medicinos profiliuose, tačiau nėra pakankamai išsami ir aiški. Socialinių darbuotojų veiklą sveikatos priežiūros įstaigose reglamentuojantys 1999 m. priimti (2002 m. redakcijoje priimtas tik vienas pakeitimas nusakantis socialinių darbuotojų etatų skaičiaus nustatymą) nuostatai nedetalizuoja socialinio darbo specifikos skirtinguose medicinos profiliuose. Tai reglamentuoja atskiri Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro arba bendri kartu su Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministru patvirtinti įsakymai, kuriuose detaliau nurodomos socialinio darbuotojo teikiamos paslaugos reabilitacijoje, psichosocialinėje reabilitacijoje, teikiant bendras slaugos ir socialines paslaugas.

Dauguma tyrimo respondentų – 77% (žr. 12 paveikslą) patvirtino prielaidą, jog teisės aktai nepakankamai aiškiai apibrėžia stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų teises, pareigas ir funkcijas.

12. paveikslas

Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų teisių/pareigų/funkcijų apibrėžtumas teisės aktuose

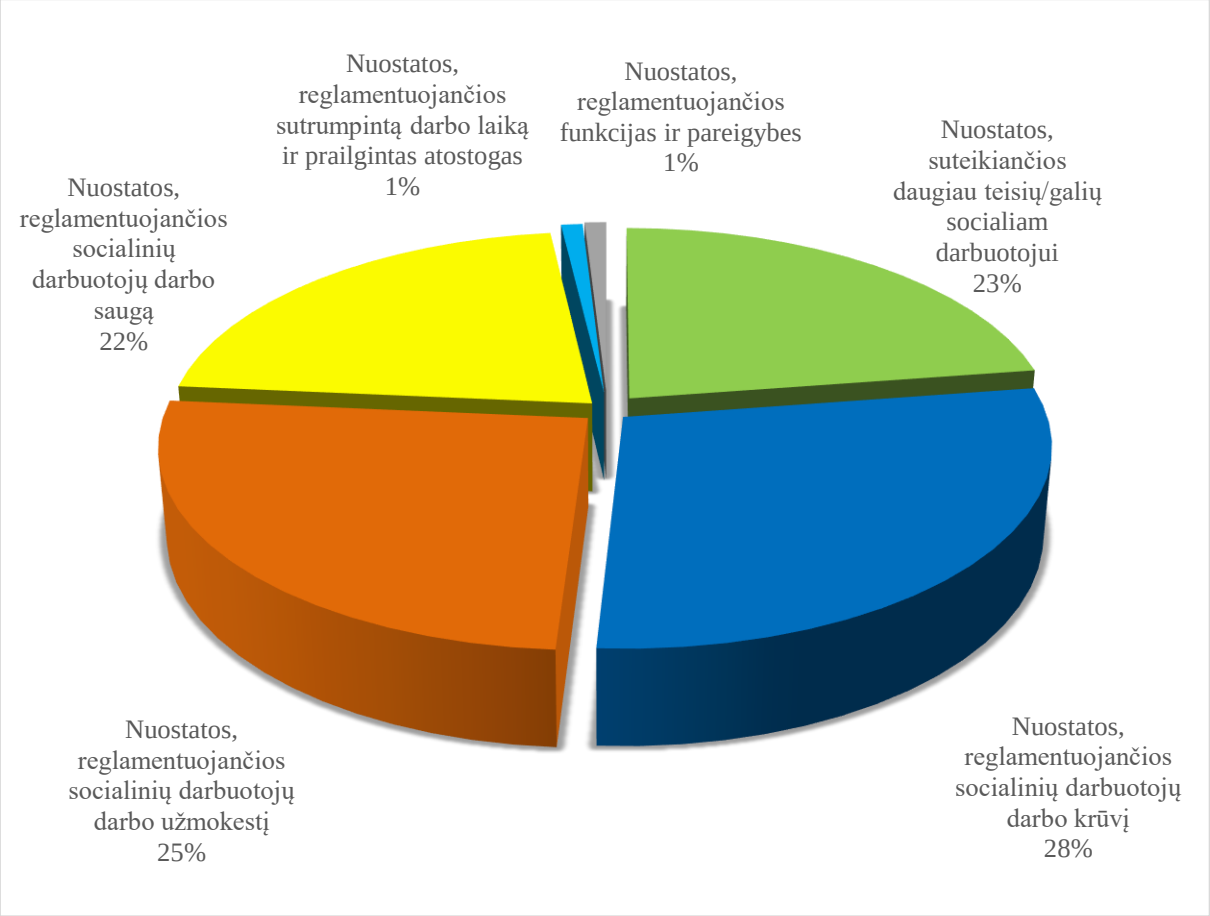


Detaliau apie teisinius socialinio darbo stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje rašoma šio darbo 2.1. ir 2.2. poskyriuose, tačiau neabejotinai galima teigti, jog socialiniai darbuotojai patys patvirtina jų veiklos teisinio reglamentavimo nepakankamumą.

Tyrime siekiant atskleisti teisinio socialinio darbo reglamentavimo stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje trūkumus, respondentams buvo pateiktas klausimas, kas, jų nuomone, dar turėtų būti įtraukta teisinėje bazėje (žr. 13 paveikslą).

13. paveikslas

Nuostatos, reikalingos stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos reglamentavimui

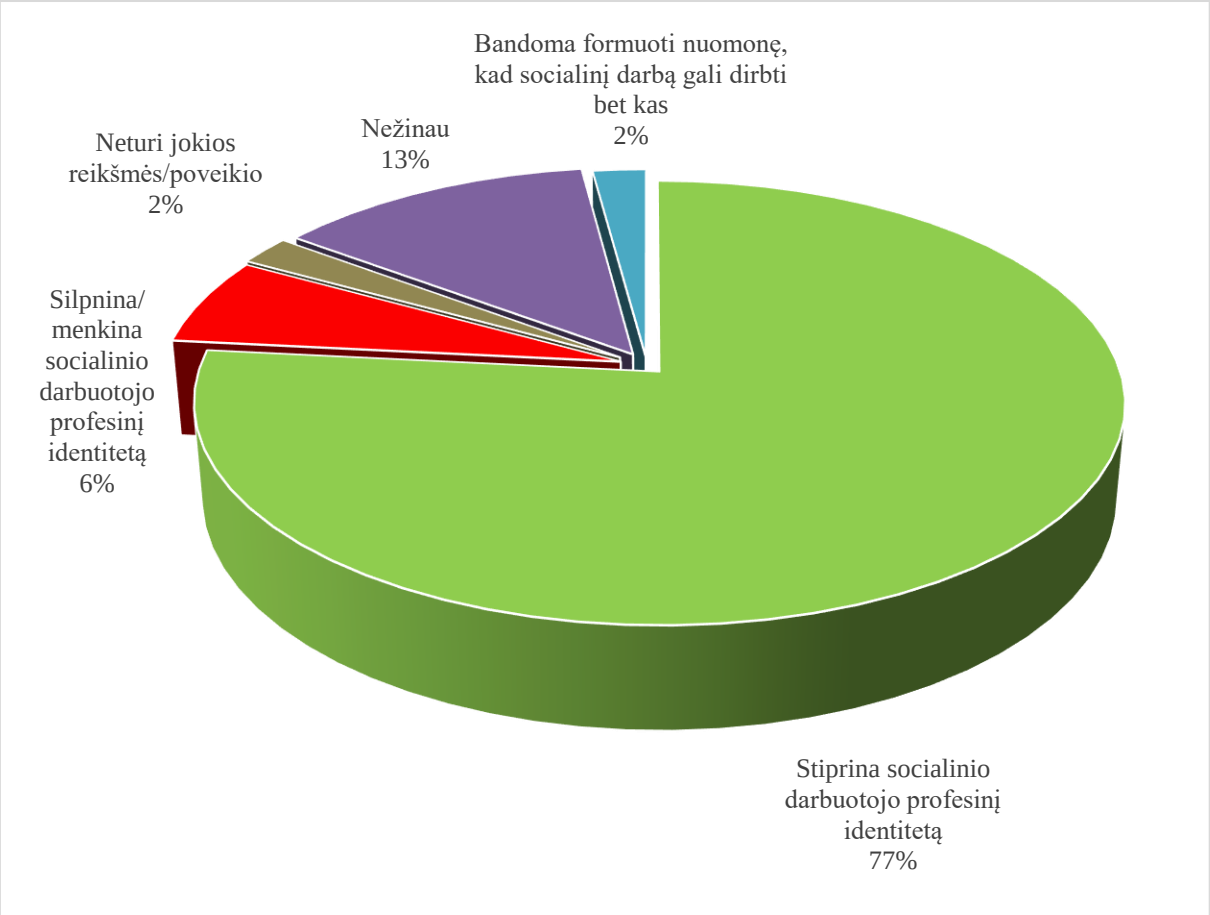


Tyrime dalyvavę respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai, dirbantys skirtingo medicinos profilio stacionariose klinikose ir skyriuose, nurodė, jog teisės aktuose, reglamentuojančiuose jų veiklą trūksta nuostatų kurios nusako darbo krūvį – 28% respondentų, nuostatų apibrėžiančių socialinių darbuotojų darbo užmokestį – 25% respondentų, nuostatų, suteikiančių daugiau galių (teisių) socialiniam darbuotojui stygių nurodė – 25% tiriamųjų, o nuostatų, reglamentuojančių socialinių darbuotojų darbo saugą, trūkumą nurodė – 22% socialinių darbuotojų. Pažymėtina, jog tyrimo respondentai nurodė ir nuostatų reglamentuojančių funkcijas ir pareigybes bei sutrumpintą darbo laiką trūkumą –atitinkamai 1% ir 1% respondentų.

Tyrimo rezultatai patvirtino, jog socialiniai darbuotojai jaučia savo veiklos teisinio reglamentavimo trūkumą, o tai neabejotinai daro įtaką jų profesinio identiteto konstruktui, nes norint kokybiškai teikti pagalbą, reikia tam turėti įrankius, darbo sąlygas ir atitinkamas galias, o tuomet, kai jau tenka atstovauti pacientą ne tik įstaigoje, bet ir jos ribų, naudotis teisės aktų suteikiamomis galiomis siekiant kartu spręsti problemas.

14. paveikslas

Teisės aktų keitimo (atnaujinimo) reikšmė sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos reglamentavimui



Socialiniai darbuotojai, teikiantys socialines paslaugas respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose tyrime nurodė (žr. 14 paveikslą), jog teisės aktų keitimas, atnaujinimas stiprina socialinio darbuotojo profesinį identitetą – 77% respondentų, tačiau dalis atsakė, jog nežino – 13%, arba jog tai silpnina (menkina) profesinį identitetą – 6%.

Detalus teisės aktų, stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklą aprašymas pateiktas šio darbo 2.1. ir 2.2. skyriuose, kuriose išryškinami teisinio reglamentavimo trūkumai, ką ir patvirtino tyrimo respondentai (žr. 13 paveikslą). Tačiau tyrimo respondentai tikėtina, sieja viltis dėl detalesnio jų profesinės veiklos reglamentavimo keičiantis teisės aktams. Vis tik, pastarieji Lietuvos Respublikos sveikatos

apsaugos ministerijos visuomenei pateikti teisės aktų, reglamentuojančių įsakymų projektai liūdina savo turiniu. Asmens sveikatos priežiūros įstaigose socialines paslaugas teikiantys darbuotojai neprivalo išmanyti interdisciplininės komandos narių veiklos specifikos, kaip, kad buvo nurodyta 2017 m., visuomenei pateiktame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje parengtame ministro įsakymo projekte „Dėl socialinio darbuotojo profesinės veiklos reikalavimų aprašo tvirtinimo“, kuriame buvo reglamentuojama, jog socialinis darbuotojas pagal savo profesinį pasirengimą turi išmanyti kitų profesijų specifiką: „14.1.9. logoterapijos pagrindus“, „14.1.19. ergoterapijos pagrindus“, „14.1.20. masažo pagrindus“.

Socialinio darbo praktikams, akademikams ir socialinių darbuotojų teises ir interesus ginančių organizacijų atstovas pareiškus pasipiktinimą tokiu įsakymo projektu, atskiru Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 25 d. įsakymu Nr. V-86 „Dėl darbo grupės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymo Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ pakeitimo įsakymo projektui parengti sudarymo“ sudarytos darbo grupės nariai aktyviai dalyvavo ir teikė pasiūlymus kuriant naują įsakymo projektą. Šiuo metu dar galioja 1999 m. (2002 m. redakcijoje priimtas vienas pakeitimas nusakantis socialinių darbuotojų etatų skaičiaus nustatymą) priimti sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatai, tačiau tikimasi, kad atsakingi asmenys atsižvelgs į darbo grupės narių rekomendacijas ir bus priimti socialinių darbuotojų profesinį identitetą stiprinantys nuostatai.

Socialinio darbuotojo profesinio identiteto sampratai reikšmės neabejotinai turi žiniasklaidos (medios) konstruojamas visuomenės požiūris į šią profesiją. Profesinio identiteto socialinio darbo praktikoje formavimąsi nagrinėdamos J. Eidukevičiūtė ir N. P. Večkienė (2014) rašo, jog komunikacija yra dažnai apibrėžiama kaip atskirų individų, kurie savi identifikuoja kaip skirtingus nuo kitų patirties pagrindu, tarpasmeninė sąveika, o žmogiškųjų išteklių ir kiekvieno žmogaus savarankiško gyvenimo galimybių išsaugojimas ir plėtotė tampa esminiu žinių visuomenės bruožu.

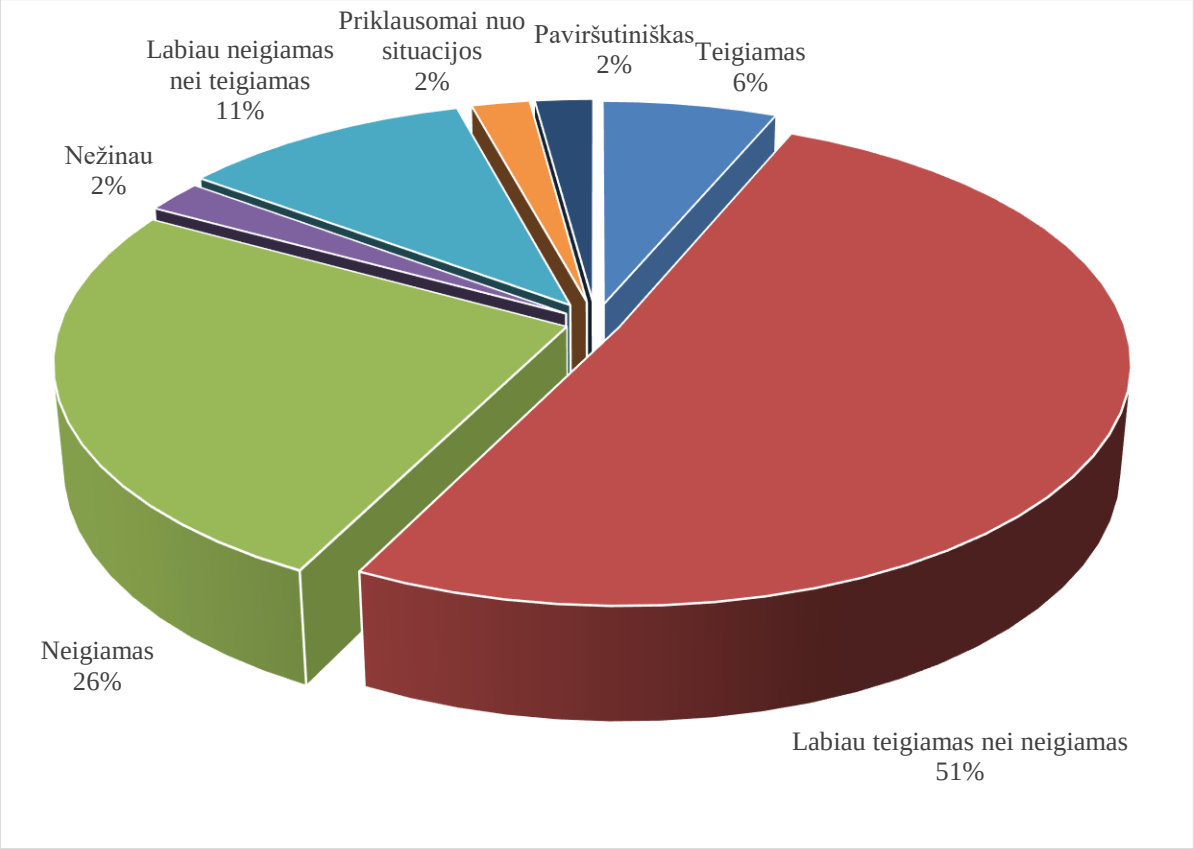
Socialinio darbo profesijos statuso ypatumus socialinių darbuotojų ir jų partnerių požiūriu nagrinėjusi L. Varžinskienė (2008) remdamasi Pivoriene ir Večerskyte (2005) rašo, kad socialinio darbo profesija žiniasklaidoje dažniausiai vaizduojama pateikiant dvireikšmišką informaciją, išryškinant socialinių darbuotojų darbo trūkumus ir nesklandumus. Informacija, kuri yra pateikiama internete nėra pakankamai išsami ir aiški bei pateikiama negalvojant apie formuojamą socialinio darbo įvaizdį. Pati socialinio darbo profesija dar neturi gilių istorinių šaknų, kas leistų žiniasklaidoje pateikti geresnį profesijos vaizdą, tačiau

yra juntama tam tikrų teigiamų visuomenės nuomonės aspektų kurie leistų tikėtis aukštesnio profesijos statuso. Žiniasklaidoje (medijoje) pateikiama informacija leidžia daryti prielaidą, kad socialiniam darbui visuomenė suteikia galią ir turi lūkesčių, kurių nepateisinus, socialiniais darbuotojai yra smerkiami ir kaltinami.

Siekiant atskleisti respondentų nuomonę apie žiniasklaidos (medijos) formuojamą visuomenės požiūrį į socialinio darbo profesiją, tiriamiesiems apie tai buvo pateiktas klausimas (žr. 14 paveikslą).

15. paveikslas

Žiniasklaidos (medios) formuojamas visuomenės požiūris į socialinio darbo profesiją



Tyrimo duomenys atskleidė, jog daugiau nei pusė – 51% respondentų teigia, jog žiniasklaidos (medijos) visuomenėje konstruojamas požiūris į socialinio darbo profesiją (žr. 15 paveikslą) yra labiau teigiamas nei neigiamas, ir tik – 6% respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigos socialinių darbuotojų galvoja, jog jų profesijos įvaizdis yra teigiamas. Maždaug ketvirtadalis – 26% tiriamųjų atsakė, jog visuomenėje žiniasklaidos (medijos) konstruojamas požiūris į socialinio darbo profesiją yra neigiamas, o keletas respondentų – 11% nurodė, jog požiūris yra labiau neigiamas nei teigiamas. Kiti respondentai – 6% pažymėjo, jog požiūris į socialinio darbo profesiją yra paviršutiniškas, priklauso nuo situacijos arba tiesiog nežino kokį požiūrį į jų profesiją konstruoja žiniasklaidą (media).

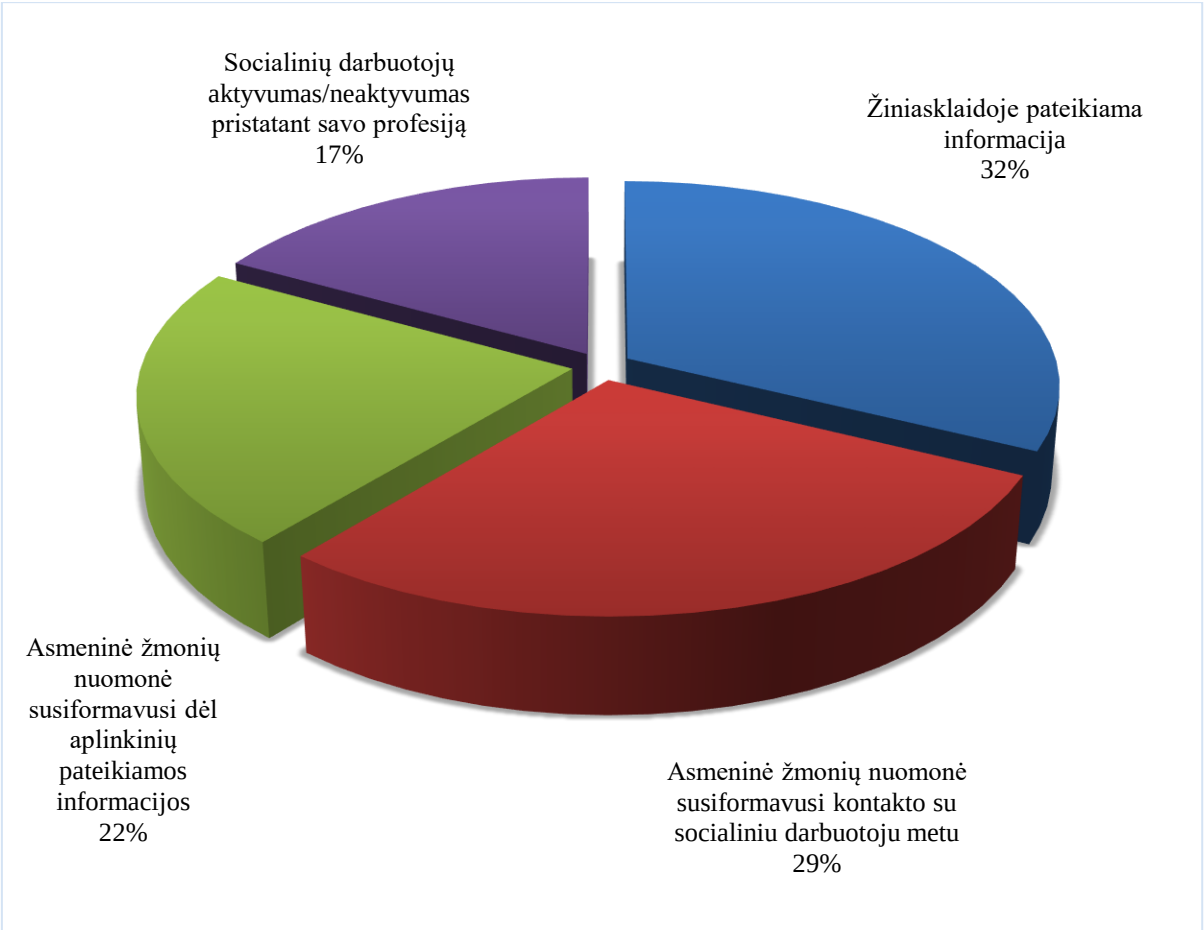
Siekiant išryškinti socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstrukto sampratai įtakos turinčio visuomenės požiūrio į socialinio darbo profesiją priežastis, tyrimo respondentams klausimyne (anketoje) buvo pateiktas klausimas, kokios jų nuomone priežastys lemia visuomenės požiūrį į socialinio darbo profesiją (žr. 16 paveikslą).

Identitetą kaip visumą nagrinėjusi L.Dominelli (2002) teigia, kad klausimai susiję su praktikų esminiu požiūriu į tapatybę ir toliau dominuoja praktikos lauke. Ir nors tapatybių ir kultūrų įvairovė dabar yra priimama kaip dalis kultūrinio įsipareigojimo, tačiau kiekvienas iš jų yra laikomas monolitiniu tiek laike tiek erdvėje. Kultūra yra laikoma įtvirtinta ir nekintama kiekvienam asmeniui, o kontekstas ir asmenybė yra traktuojama kaip nedalomas subjektas, kuriame kiekviena dalis apibūdina visumą ir praranda „skirtumus“.

Priežastys, kurios lemia visuomenės požiūrį į socialinio darbo profesiją, tyrimo respondentų nuomone yra susiję ne su pačių praktikų požiūriu į savo profesijos tapatybę ar to sklaida visuomenėje, tačiau labiausiai su žiniasklaidoje pateikiama informacija – 32%, asmenine žmonių nuomone, kuri susiformuoja kontakto su socialiniu darbuotoju metu - – 29% bei asmenine žmonių nuomone, kuri susiformuoja dėl aplinkinių pateikiamos informacijos – 22% (žr. 16 paveikslą).

16. paveikslas

Priežastys lemiančios visuomenės požiūrį į socialinio darbo profesiją



Atliktas tyrimas ir mokslinės literatūros analizė atskleidė, jog stacionarios asmens sveikatos priežiūros įstaigos socialinio darbuotojo profesinio identiteto sampratos konstruktą sudaro daugelis aspektų: socialinio darbo profesijos genezė ir institucionalizacija, teisiniai profesijos reglamentavimo aspektai, socialinių paslaugų teikimo stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose ypatumai, interdisciplininės komandos narių požiūris į socialinio darbo profesiją bei pačių socialinių darbuotojų savęs pristatymas, ir galiausiai, žiniasklaidoje (medijoje) formuojamas visuomenės požiūris į socialinio darbo profesiją.

IŠVADOS

1. Socialinis darbas asmens sveikatos priežiūroje, pasaulyje yra įprasta praktika atsiradusi dar XIX a. ir ankstyvajame XX a. Tačiau Lietuvoje, ši profesija yra sąlyginai „jauna“ ir „priversta kovoti“ dėl savo institucionalizacijos asmens sveikatos priežiūroje. Asmens sveikatos priežiūroje Lietuvoje vis dar aktualūs klausimai susiję su socialinio darbo statuso įtvirtinimu ir profesinės veiklos kryptimis, socialinio darbuotojo vaidmenimis ir funkcijomis. Socialinis darbas vykdomas atliekant nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių, paliatyviosios pagalbos, psichosocialinės reabilitacijos, palaikomojo gydymo ir slaugos, stacionarinės reabilitacijos, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas. Tačiau juntamas socialinio darbo profesinės veiklos poreikis ir kitose asmens sveikatos priežiūros srityse.

2. Socialinės gerovės aspektas yra minimas sveikatos sąvoką apibrėžiančiuose teisės aktuose:

- Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) sveikatą apibrėžia ne tik kaip ligų ar negalios nebuvimą, bet kaip įvairiapusišką fizinę, dvasinę ir socialinę gerovę (PSO Konstitucija, 1946).
- Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo (1994, nauja įstatymo redakcija 1998), 2 str., 28 p. sveikatos sąvoka reglamentuojama taip: „Sveikata – asmens ir visuomenės fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė“.

Socialinis darbas yra neatsiejama socialinės gerovės sampratos dalis, o socialiniai darbuotojai – šios veiklos praktikai privalo būti asmens sveikatos priežiūroje, nes tai reglamentuojama teisės aktuose. Tačiau socialinio darbo stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje reglamentavinas nėra aiškus ir neapima visų asmens sveikatos priežiūros sričių, kuriose yra poreikis šiai profesinei veiklai. Atsakingų institucijų bandymai naujai reglamentuoti sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos nuostatus, visuomenėje sukėlė prieštaringas reakcijas ir buvo kritikuojami dėl abejotinų reikalavimų, nesuderinamų su nacionaliniais ir tarptautiniais teisės aktais.

3. Profesinio identiteto sampratai yra svarbūs vaidmenys – tai, ką žmonės daro ir fiziniai fenotipai – tai, kaip žmonės atrodo. Vaidmenys yra priskiriami statusui atspindinčiam socialinę vertę, o fiziniai fenotipai „apima“ žmogaus savybes ir visa tai yra pagrindas atskirti vienus žmones nuo kitų įvairiose socialinėse interakcijose. Bet kuri profesinė grupė neturinti aiškios tapatybės yra pažeidžiama „kaimyninių profesijų“. Socialinio darbuotojo profesinio identiteto formavimosi prielaidas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje sąlygojo

istorinis profesijos raidos kontekstas, poreikis socialinių paslaugų teikimui stacionarioje asmens sveikatos priežiūroje ir teisiniai profesijos reglamentavimo aspektai.

4. Socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstrukto sampratos stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje tyrimas atskleidė, jog socialinių darbuotojų požiūriu, jų identitetas apima:

- išsilavinimą;
- asmenines savybes;
- vertybes ir nuostatas;
- veiklos vertinimą interdisciplininėje komandoje;
- teisinį veiklos reglamentavimą;
- visuomenės požiūrį į socialinio darbuotojo profesiją.

Profesinio identiteto konstrukto sampratai svarbus pačių socialinių darbuotojų ne(aktyvumas) reprezentuojant savo veiklą, (ne)dalyvavimas socialinius darbuotojus vienijančiose bei savanoriškos veiklos organizacijose ir priežastys, kurios daro įtaką kolegų požiūriui į socialinių darbuotojų atliekamą veiklą.

5. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad respublikinio lygmens stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialiniai darbuotojai dažniausiai dirba teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas. Interdisciplininėje komandoje dažniausiai bendradarbiaujama su gydytojais ir slaugytojais, rečiau – su ergoterapeutais, psichologais, pagalbiniu medicinos personalus. Socialinių darbuotojų veikla komandoje vertinama labai gerai ir gerai, o tinkamas pareigų atlikimas, dalykiškas bendravimas ir turimų žinių pasidalinimas – savybės, kurias labiausiai vertina kolegos. Mokėjimas bendrauti, tolerancija, atsakomybė – asmeninės savybės, kuriomis labiausiai pasižymi socialiniai darbuotojai.

6. Respondentų nuomone, žiniasklaidos formuojamas visuomenės požiūris į socialinio darbo profesiją yra labiau teigiamas, nei neigiamas, o priežastys, kurios lemia visuomenės požiūrį į šią profesiją yra: asmeninė žmonių nuomonė susiformavusi kontakto su socialiniu darbuotoju metu arba dėl informacijos, kurią pateikia aplinkiniai bei pačių socialinių darbuotojų (ne)aktyvumas konstruojant savo profesinį identitetą.

REKOMENDACIJOS

1. Socialiniams darbuotojams siekiant stiprinti profesinį identitetą visuomenėje, siūlome aktyviai dalyvauti profesinių ir visuomeninių organizacijų veikloje ir skleisti gerąją praktiką visuomenės informavimo priemonėse bei mokslinėse praktinėse konferencijose.

2. Stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų administracijų vadovams siūloma sudaryti sąlygas socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimui ir palaikyti aukštesnio išsilavinimo siekį, reglamentuojant tai įstaigų vidaus teisės aktuose – kolektyvinėse sutartyse.

3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai tiesiogiai atsakingai už sveikatos apsaugos politiką Lietuvoje, rekomenduojama inicijuojant teisės aktus, kurie reglamentuoja reikalavimus asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialiniams darbuotojams, bendradarbiauti su tiesioginės socialinio darbo veiklos praktikais atsižvelgiant į jų nuomonę dėl numatomų teisės aktų pakeitimų.

4. Interdisciplininės komandos nariams rekomenduojama aktyviau bendradarbiauti su socialiniais darbuotojais siekiant visapusiškai padėti pacientams teikiant kompleksines asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

5. Tyrėjams ir akademinės bendruomenės nariams rekomenduojama atlikti daugiau mokslinių tyrimų, kurie atskleistų stacionarių asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų profesinio identiteto ypatumus ir teisinio reguliavimo pasekmes tiesioginės praktikos veiksniams.

LITERATŪRA

1. Adams R. (2002). *Social policy for social work.* New York: Palgrave Macmillan.
2. Adomaitienė J., Balčiūnienė R., (2017). *Asmenų, dirbančių socialinių paslaugų sektoriuje, kompetencijos ir jų tobulinimo galimybės.* [Žiūrėta 2019-03-10]. Doi: http://dx.doi.org/10.15181/andragogy.v8i0.1719
3. Bagdonas, A. (2001). *Socialinis darbas Lietuvoje: raidos, praktikos ir akademinis aspektai.* [Žiūrėta 2019-03-31]. Doi: https://doi.org/10.15388/STEPP.2001.0.8494
4. Buivydas R. (2010). *Lietuvos sveikatos sektorius amžių sandūroje.* Vilnius: UAB Sveikatos ekonomikos centras. [Žiūrėta 2018-10-13]. Prieiga per internetą: http://www.sec.lt/sites/default/files/leidiniai/knyga-2010-lss_amziu_sanduroje.pdf
5. Brown T. (2012). Social work roles and health care settings. Iš *Handbook of health social work*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
6. Constitution of the World health organization (1946). Adopted by the international Health Conference held in New York. [Žiūrėta 2018-04-19]. Prieiga per internetą: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
7. Dominelli L. (2002). *Anti-oppresive social work theory and practice*. New York: Palgrave Macmillan.
8. Eidukevičiūtė J. ir Večkienė N. P. (2014). *Profesinio identiteto formavimasis socialinio darbo praktikoje: komunikacinės kompetencijos aktualizavimas.* [Žiūrėta 2018-05-06]. Doi: http://dx.doi.org/10.15181/tbb.v68i4.948
9. Gehlert S. (2012). Conceptual Underpinnings of Social Work in Health Care. Iš *Handbook of health social work*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
10. Higham P. (2006). *Social Work: Introducing Professional Practice.* London: SAGE Publications.
11. Ivanauskienė V., Varžinskienė L. (2007). Socialinių darbuotojų profesinių vertybių raiška praktinėje veikloje. *Socialinis darbas Nr. 6(1).* [Žiūrėta 2018-10-13]. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/c6f/9_ivanauskiene_varzinskiene.pdf
12. Javtokas Z. (2009). *Sveikatos stiprinimo konspektas.* [Žiūrėta 2018-09-12]. Prieiga per internetą:http://smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Kvalifikacijos_tobulinimas/Lektura/Z.Javtokas.%20Sveikatos%20stiprinimo%20konspektas.pdf
13. Jenkins R. (2008). *Social identity. 3rd edition*. Taylor & Francis e-Library.
14. Johnson L. C. (2001). *Socialinio darbo praktika*. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
15. Kardelis K. (2002). Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex.

16. Karpetis, G. (2014). Advocating the clinical social work professional identity: a bibliografical study. *Juornal of Social work practice.* Vol. 28, No. 1. [Žiūrėta 2018-04-28]. Doi: http://dx.doi.org/10.1080/02650533.2013.806888
17. Kavaliauskienė V. (2005). *Socialinio darbo, kaip pagalbos žmogui profesijos, raidos aspektai.* Acta paedagogica Vilnensia. [Žiūrėta 2018-10-30]. Prieiga per internetą: http://www.zurnalai.vu.lt/acta-paedagogica-vilnensia/article/view/9743/7518
18. Kiaunytė A., Žadeikytė R. (2017). Socialinis darbas su asmeniu, išgyvenančiu onkologinę ligą kaip gyvenimo krizę: nuo neigimo link vilties. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai, 19(1).* [Žiūrėta 2018-04-21]. Doi: http://dx.doi.org/10.7220/2029-5820.19.1.8
19. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. A1-93 „Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo“ (2006). *Valstybės žinios, 43(1570).*
20. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (1999). *Valstybės žinios 85(2553).*
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. V-558/A1-183 „Dėl slaugos ir socialinių paslaugų bendro teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2007). *Valstybės žinios,* 76(3029).
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2013) (nauja redakcija nuo 2018-07-31 Nr. V-865). *Valstybės žinios, (102)5056.*
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (2007). *Valstybės žinios* (7)290.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ (2008). *Valstybės žinios* (12)407.
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-889 „Dėl medicininės reabilitacijos įstaigų (padalinių) veiklos specialiųjų reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (2015). *TAR, Nr. 11847.*
26. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-393 „Dėl palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (2012). *Valstybės žinios* (54)2690.
27. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-788 „Dėl psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2012). *Valstybės žinios* (100)5109.

28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1427 „Dėl kitos sveikatinimo veiklos rūšių sąrašo patvirtinimo“ (2016). *TAR, Nr. 28749.*
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-825 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1427 „Dėl kitos sveikatinimo veiklos rūšių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ (2016). *TAR, Nr. 11211.*
30. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-1143 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 9 d. įsakymo Nr. V-1427 „Dėl kitos sveikatinimo veiklos rūšių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ (2017). *TAR, Nr. 15473.*
31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-86 „Dėl darbo grupės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymo Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ pakeitimo įsakymo projektui parengti sudarymo“ (2018). Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAK/5052a3f0b1aa11e8aa33fe8f0fea665f/
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-290 „Dėl darbo grupės Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymo Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ pakeitimo įsakymo projektui parengti sudarymo“ pakeitimo“ (2018).
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo projektas „Dėl socialinio darbuotojo profesinės veiklos reikalavimų aprašo tvirtinimo“. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2017-03-08 raštas Nr. (10.1.4.1-302)10-2051.
34. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995). *Valstybės žinios*, 53(1290).
35. *Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodeksas (2017). Patvirtintas Lietuvos socialinių darbuotojų asociacijos suvažiavime* Prieiga per internetą: http://www.lsda.lt/files/lsdalt/Etikos%20kodeksas%20galutinis.pdf
36. Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas (2006). *Valstybės žinios*, 17(589).
37. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (1994). *Valstybės žinios*, 63(1231). Nauja redakcija (1998). *Valstybės žinios*, 112(3099).
38. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų“ (1999). *Valstybės žinios*, 85(2553).

39. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl socialinių darbuotojų priskyrimo asmens sveikatos priežiūros specialistams“ projektas (2018). [Žiūrėta 2018-11-29]. Prieiga per internetą: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/db1fd7a4f3fe11e89d4ad92e8434e309
40. Lighninger L. (2008). The History of Social Work and Social Welfare. Iš White B. W. *Comprehensive handbook of social work and social welfare.* Volume 1. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
41. McDonald C. (2006). *Challenging social work: the institutonal context of practice.* New York: Palgrave Macmillan.
42. Okonišnikova O.V., Rumianceva N. (2007). Profesinė kompetencija socialinio darbo praktikoje. *Socialinis darbas: profesinės veikos įvadas.* Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
43. Orme J. (2002). Managing the workload. *Critical practice in social work.* New York: Palgrave Macmillan.
44. Payne, M. (2005). *The origins of social work*. New York: Palgrave Macmillan.
45. Petrauskienė A. (2011). Interdisciplininis bendradarbiavimas socialinio darbo praktikoje. *Socialinis darbas Nr. 10(1).* [Žiūrėta 2018-08-28]. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/757/6_petrauskiene.pdf
46. Petrauskienė A. ir Skrickaitė R. (2010). Socialinio darbuotojo patirtis užtikrinant pacientų teises psichikos sveikatos priežiūroje. *Socialinis darbas Nr. 9(2).* [Žiūrėta 2018-02-18]. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/79d/7_petrauskiene_skrickaite.pdf Pivorienė, J. (2003). Integracijos modeliai: nuo medicininės reabilitacijos ir finansinės kompensacijos prie visuminio požiūrio į neįgalumą. Iš *Socialiniai neįgalumo aspektai: žmogui reikia žmogaus*. Kaunas: VDU leidykla. [Žiūrėta 2018-02-18]. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/6ef/8_pivoriene.pdf
47. Pivorienė J. (2004). Nuo ankstyvosios filantropijos iki profesionalaus socialinio darbo. Socialinis darbas Nr. 3(1). [Žiūrėta 2018-02-18]. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/6ef/8_pivoriene.pdf
48. Quinney A (2006). Collaborative social work practice. Exeter: Learning Matters Ltd.
49. Sainsbury E. (1989). Participation and paternalism. Iš Sainsbury E. ir kt. *The values of change in social work.* London and New York: Tavistok/Routledge.
10.13165/SD-14-13-2-07
50. Raudeliūnaitė R. ir Buškevičiūtė E. (2014). *Socialinių darbuotojų veiklos ypatumai teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose: socialinių darbuotojų patirties analizė.* [Žiūrėta 2018-05-06]. Doi: https://doi.org/10.13165/SD-14-13-2-07

51. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl sveikatos priežiūros specialistų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas profesinių grupių sąrašo patvirtinimo“ projektas (2018). *Reg. Nr. 18-13985.* . [Žiūrėta 2018-11-29]. https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2009~1367166562203/J.04~2009~1367166562203.pdf
52. Vaicekauskienė V., Jankūnienė I. (2009). Socialinio darbuotojo veiklos komandoje ypatumai gydant pacientą. [Žiūrėta 2018-10-11]. Prieiga per internetą: https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2009~1367166562203/J.04~2009~1367166562203.pdf
53. Tidikis R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija.* Vilnius: Lietuvos teisės universitetas.
54. Ustilaitė S., Juškelienė V., Kundrotienė R. (2008). Socialinio darbo specialistų poreikis stacionarioje gydymo įstaigoje. *Socialinis ugdymas Nr. 6 (17). Socialinė sanglauda.* Vilnius: Vilniaus pedagoginio universiteto leidykla.
55. Varžinskienė L. (2009). Socialinio darbo profesijos statuso ypatumai socialinių darbuotojų ir jų partnerių požiūriu. *Socialinis darbas. Nr. 7(1).* [Žiūrėta 2018-10-07]. Prieiga per internetą: https://www.mruni.eu/upload/iblock/626/13_varzinskiene.pdf
56. Varžinskienė L. ir Rudzevičiūtė J. (2009). Medikų požiūris į socialinio darbuotojo vaidmenis reabilitacijos specialistų komandoje. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai 2009 4(2).* [Žiūrėta 2018-10-11]. Prieiga per internetą: https://www.vdu.lt/cris/handle/20.500.12259/30903
57. Wilson K. ir kt. (2008). *Social work: an introduction to contemporary practice.* Harlow Essex: Pearson Education Limited.
58. Žalimienė L. (2003). *Socialinės paslaugos.* Vilnius: VU specialiosios psichologijos laboratorija.

SANTRAUKA

Socialinis darbas stacionarioje asmens sveikatos priežiūroje Lietuvoje vykdomas daugiau nei du dešimtmečius, tačiau vis dar susiduriama su šios profesijos identiteto pripažinimo trūkumais teisiniu ir praktiniu lygmenimis.

„Socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“ magistro baigiamojo darbo **tikslas** – teoriškai ir empiriškai atskleisti socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Magistro darbe analizuojamas socialinių darbuotojų profesinio identiteto konstruktas apima: profesijos genezę ir institucionalizaciją, darbuotojų išsilavinimą ir asmenines savybes, vertybes ir nuostatas, veiklos vertinimą interdisciplininėje komandoje, veiklos teisinį reglamentavimą ir visuomenės požiūrį į socialinio darbuotojo profesiją.

Siekiant empiriškai atskleisti darbuotojo profesinio identiteto konstruktą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, buvo pasirinktas **kiekybinis tyrimas**.

Tyrimo instrumentas – anketinė apklausa raštu, vykdyta visose 6 respublikinio lygmens stacionariose asmens sveikatos priežiūros įstaigose Lietuvoje. Tyrimo imtis – **47 socialiniai darbuotojai dirbantys šiose įstaigose** – generalinė aibė (populiacija). Duomenų analizei taikytas aprašomasis ir analitinis tyrimo metodai.

Tyrimas atskleidė, kad respondentai dirbdami interdisciplininėje komandoje socialines paslaugas teikia įvairiose asmens sveikatos priežiūros srityse ir bendradarbiauja su kitomis institucijomis. Respondentų nuomone, interdisciplininės komandos nariai jų veiklą vertina labai gerai arba gerai. Žiniasklaidos (medios) formuojamas požiūris į socialinio darbo profesiją – labiau teigiamas nei neigiamas, tačiau teisinis profesijos reglamentavimas stacionarioje asmens sveikatos priežiūroje yra nepakankamai aiškus.

Raktiniai žodžiai: *socialinis darbuotojas, profesinis identitetas, teisinis reglamentavimas, asmens sveikatos priežiūros paslaugos, stacionari asmens sveikatos priežiūros įstaiga.*

SUMMARY

Social work in inpatient health care facility in Lithuania has been carried out for more than two decades, but there are still shortcomings in the recognition of this profession's identity at the legal and practical level.

The **aim** of the final Master's thesis **"The construct of professional identity of a social worker in a stationary health care institution"** was to reveal the construct of professional identity of a social worker in a stationary health care institution theoretically and empirically.

The structure of the professional identity of social workers analysed in the Master's thesis includes: occupational genesis and institutionalisation, education and personal traits of employees, their values and attitudes, performance assessment in an interdisciplinary team, legal regulation of activities and public attitudes towards the profession of a social worker.

A **quantitative study** has been chosen in order to empirically reveal the construct of professional identity of a social worker in an inpatient personal health care facility.

The **instrument of research** is a written questionnaire survey conducted in all 6 national-level inpatient health care institutions in Lithuania. The survey sample included **47 social workers employed in these institutions** – the general set (population). Descriptive and analytical methods of research were used for data analysis.

The research has revealed that respondents, working in an interdisciplinary team, provide social services in various areas of personal health care and liaison with other institutions. According to the respondents, members of the interdisciplinary team evaluate their activities as very good or good. The attitude to the profession of social worker built by the media is rather positive than negative, however, the legal regulation of the profession in inpatient health care facilities is not sufficiently clear.

Key words: *social worker, professional identity, legal regulation, personal health care services, inpatient health care institution.*

Priedas Nr. 1

Mykolo Romerio universiteto Socialinio darbo studijų programos magistrantas Saulius Davainis rengia baigiamąjį darbą tema „Socialinio darbuotojo profesinio identiteto konstruktas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje“. Šios anketos tikslas – atskleisti socialinio darbuotojo profesinį identitetą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

Anketa ir tyrimas yra anoniminiai, gauti duomenys bus apibendrinti ir naudojami kiekybinio tyrimo apibendrintai analizei magistro baigiamajame darbe.

Maloniai prašome Jūsų atsakyti į šios anketos klausimus ir iš anksto dėkojame už Jūsų atsakymus.

1. Jūsų darbovietė (pažymėkite/apibraukite teisingą variantą):
a) Respublikinė Kauno ligoninė
b) Respublikinė Klaipėdos ligoninė
c) Respublikinė Panevėžio ligoninė
d) Respublikinė Šiaulių ligoninė
e) Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė
f) Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

2. Jūsų darbo stažas šioje įstaigoje (pažymėkite/apibraukite vieną Jums tinkamą atsakymą):
a) 1-5 m.
b) 6-10 m.
c) 11-15 m.
d) 16-20 m.
e) 21 ir daugiau metų
f) Kita (įrašykite) .....

3. Jūsų išsilavinimas (pažymėkite/apibraukite vieną Jums tinkamą atsakymą):
a) Aukštasis neuniversitetinis (koleginis)
b) Aukštasis universitetinis (bakalauras)
c) Aukštasis universitetinis (magistras, mokslų daktaras)
d) Aukštasis (koleginis arba universitetinis) ir turimas dar vienas išsilavinimas (pvz. slaugos, administravimo ar kt.)
e) Kita (įrašykite) .....

4. Jūsų amžius (pažymėkite vieną Jums tinkamą atsakymą):
a) 20-30 metų
b) 31-40 metų
c) 41-50 metų
d) 51 ir daugiau metų

5. Kokiame ligoninės skyriuje/klinikoje dirbate (įrašykite, tai reikalinga duomenų kodavimui pagal asmens sveikatos priežiūros profilius):
.....

6. Įvertinkite bendrųjų socialinių paslaugų, kurias teikiate pacientams, dažnumą (pažymėkite „+“ Jums tinkamą atsakymą kiekvienoje eilutėje):

	Kasdien (beveik kasdien)	Keletą kartų per savaitę	Keletą kartų per mėnesį	Rečiau nei kartą per mėnesį	Tokių paslaugų neteikiu
Informavimas					
Konsultavimas					
Tarpininkavimas ir atstovavimas					
Transporto organizavimas					
Aprūpinimas būtiniausiais drabužiais ir avalyne					
Kitos bendrosios socialinės paslaugos					

7. Įvertinkite specialiųjų (socialinės priežiūros) socialinių paslaugų, kurias teikiate pacientams, dažnumą (pažymėkite „+“ Jums tinkamą atsakymą kiekvienoje eilutėje):

	Kasdien (beveik kasdien)	Keletą kartų per savaitę	Keletą kartų per mėnesį	Rečiau nei kartą per mėnesį	Tokių paslaugų neteikiu
Socialinių įgūdžių ugdymas ir palaikymas					
Intensyvi krizių įveikimo pagalba					
Psichosocialinė pagalba					
Pagalba globėjams (rūpintojams) ir įvaikintojams					
Kita (įrašykite):					

8. Įvertinkite bendradarbiavimo, su sveikatos priežiūros specialistais su kuriais dirbate, dažnumą (pažymėkite „+“ Jums tinkamą atsakymą kiekvienoje eilutėje):

	Kasdien (arba beveik kasdien)	Keletą kartų per savaitę	Keletą kartų per mėnesį	Rečiau nei kartą per mėnesį	Kartu nedirbu
Gydytojai					
Slaugytojai					
Kineziterapeutai					
Ergoterapeutai					

Logoterapeutai					
Psichologai					
Pagalbinis medicinos personalas					
Kita (įrašykite):					

9. Įvertinkite bendradarbiavimo su kitomis įstaigos ir/ar organizacijos, su kuriomis bendradarbiaujate, dažnumą (pažymėkite „+“ Jums tinkamą atsakymą kiekvienoje eilutėje):

	Kasdien (arba beveik kasdien)	Keletą kartų per savaitę	Keletą kartų per mėnesį	Rečiau nei kartą per mėnesį	Nebendra-darbiauju
Socialinių paslaugų centrai					
Socialinės paramos skyriai					
Socialinės globos namai					
Nakvynės namai / laikino apgyvendinimo skyriai					
Respublikinio priklausomybės ligų centro filialai					
Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos teritoriniai skyriai					
Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba					
Užimtumo tarnybos klientų aptarnavimo skyriai					
Techninės pagalbos neįgaliesiems centro teritoriniai skyriai					
Migracijos tarnybos					
Policija					
Sodra					
Seniūnijos					
Nevyriausybinės organizacijos (NVO)					
Kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis					
Kita (įrašykite)					

10. Organizacijos, kurių nariu arba savanoriu esate (pažymėkite/apibraukite Jums tinkamus atsakymus):

a) Socialinius darbuotojus vienijančios organizacijos (asociacijos, nevyriausybinės organizacijos, profesinės sąjungos)
b) Savanoriškos veiklos organizacijos
c) Kita (įrašykite): .....
d) Nesu jokios organizacijos nariu

11. Įvertinkite savybes, kuriomis, Jūsų nuomone, turi pasižymėti socialinis darbuotojas dirbantis stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (pažymėkite „+“ Jums tinkamą atsakymą kiekvienoje eilutėje):

	Visiškai sutinku	Sutinku	Iš dalies sutinku	Nesutinku	Visiškai nesutinku
Kantrus					
Tolerantiškas					
Atsakingas					
Empatiškas					
Mokantis bendrauti					
Kūrybiškas					
Drąsus					
Turėti pašaukimą šiam darbui					
Kita (įrašykite)					

12. Jūsų manymu, kaip Jūsų darbą vertina Jūsų kolegos (pažymėkite „+“ tinkamą atsakymą kiekvienoje eilutėje):

	Labai gerai	Gerai	Pakankamai gerai	Blogai	Labai blogai	Nežinau
Gydytojai						
Slaugytojai						
Kineziterapeutai						
Ergoterapeutai						
Logoterapeutai						
Psichologai						
Pagalbinis medicinos personalas						
Kita (įrašykite):						

13. Jūsų manymu, kokias Jūsų savybes vertina Jūsų kolegos dirbantys stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje? (pažymėkite „+“ vieną ar daugiau Jums tinkamų atsakymų kiekvienoje eilutėje):

	Jūsų profesiona-lumą (darbo išmanymą)	Jūsų gebėjimą išlaikyti kolegiškus santykius	Jūsų gebėjimą bendrauti	Jūsų gebėjimą priimti tinkamus sprendimus	Kitas savybes (įrašykite) ....
Gydytojai					
Slaugytojai					
Kineziterapeutai					
Ergoterapeutai					
Logoterapeutai					
Socialiniai darbuotojai (kolegos)					
Psichologai					
Administracijos darbuotojai					
Pagalbinis medicinos personalas					
Kiti specialistai (įrašykite)					

14. Jūsų manymu, kokios priežastys daro įtaką Jūsų kolegų, dirbančių stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, požiūriui į Jūsų darbą (pažymėkite „+“ arba kelis Jums tinkamus atsakymus kiekvienoje eilutėje):

	Daro stiprią įtaką	Daro pakankamą įtaką	Daro nedidelę įtaką	Nedaro įtakos	Nežinau
Socialinio darbuotojo funkcijų (pareigų) žinojimas					
Pasitikėjimas socialinio darbuotojo kompetencija					
Atliktos socialinio darbuotojo užduotys					
Vertinimas kaip lygiaverčiu komandos nariu					
Ilgalaikis darbas kolektyve					
Socialinio darbuotojo asmeninės savybės					
Socialinio darbuotojo įvaizdis					
Socialinio darbuotojo išsilavinimas					
Kita (įrašykite)					

....					

15. Kokiais būdais (priemonėmis) Jūs formuojate kolegų nuomonę apie socialinį darbuotoją (pažymėkite „+“ vieną arba kelis Jums tinkamus atsakymus kiekvienoje eilutėje):

	Daro stiprią įtaką	Daro pakankamą įtaką	Daro nedidelę įtaką	Nedaro įtakos	Nežinau
Tinkamu pareigų atlikimu					
Turima darbo patirtimi					
Turimų profesinių žinių pasidalinimu					
Kvalifikacijos kėlimu					
Siekiamu aukštesniu išsilavinimu					
Dalyvavimu visuomeninėje veikloje					
Dalykišku bendravimu					
Kita (įrašykite)					

16. Kokias vertybes, Jūsų nuomone, labiausiai vertina Jūsų kolegos (pažymėkite „+“ vieną arba kelis Jums tinkamus atsakymus kiekvienoje eilutėje):

	Labai vertina	Vertina	Pakankamai vertina	Nevertina	Nežinau
Tinkamą pareigų atlikimą					
Turimą darbo patirtį					
Turimų žinių pasidalinimą					
Kvalifikacijos kėlimą					
Siekiamą įgyti aukštesnį išsilavinimą					
Dalyvavimą visuomeninėje veikloje					
Dalykišką bendravimą					
Kita (įrašykite)					

17. Jūsų nuomone, ar pakankamai aiškiai yra apibrėžtos socialinių darbuotojų teisės/pareigos/funkcijos teisės aktais reglamentuojančiais socialinio darbuotojo veiklą

stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (pažymėkite/apibraukite Jūsų požiūrį atitinkantį atsakymą):

a) Pakankamai aiškiai – (pereikite prie 19 klausimo)
b) Nepakankamai aiškiai – (pereikite prie 18 klausimo)
c) Nežinau
d) Kita (įrašykite) .....

18. Kas, Jūsų nuomone, turėtų būti dar įtraukta į teisės aktus reglamentuojančius socialinio darbuotojo veiklą stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (pažymėkite/apibraukite vieną arba kelis Jūsų požiūrį atitinkančius atsakymus):

a) Nuostatos, suteikiančios daugiau teisių/galių socialiam darbuotojui
b) Nuostatos, reglamentuojančios socialinių darbuotojų darbo krūvį
c) Nuostatos, reglamentuojančios socialinių darbuotojų darbo užmokestį
d) Nuostatos, reglamentuojančios socialinių darbuotojų darbo saugą
e) Kita (įrašykite) .....

19. Jūsų nuomone, kokią reikšmę/poveikį socialinio darbuotojo profesiniam identitetui turi teisės aktų, reglamentuojančių socialinių darbuotojų teises/pareigas/funkcijas stacionarioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje keitimas/atnaujinimas (pažymėkite/apibraukite Jūsų požiūrį atitinkantį atsakymą):

a) Stiprina socialinio darbuotojo profesinį identitetą
b) Silpnina/menkina socialinio darbuotojo profesinį identitetą
c) Neturi jokios reikšmės/poveikio
d) Nežinau
e) Kita (įrašykite) .....

20. Jūsų nuomone, koks visuomenės požiūris į Jūsų profesiją yra konstruojamas žiniasklaidos (medios) pagalba (pažymėkite/apibraukite Jūsų požiūrį atitinkantį atsakymą):

a) Teigiamas
b) Labiau teigiamas nei neigiamas
c) Neigiamas
d) Nežinau
e) Kita (įrašykite) .....

21. Jūsų nuomone, kokios priežastys lemia visuomenės požiūris į Jūsų profesiją (pažymėkite/apibraukite vieną arba kelis Jūsų požiūrį atitinkančius atsakymus):

a) Žiniasklaidoje pateikiama informacija
b) Asmeninė žmonių nuomonė susiformavusi kontakto su socialiniu darbuotoju metu
c) Asmeninė žmonių nuomonė susiformavusi dėl aplinkinių pateikiamos informacijos
d) Socialinių darbuotojų aktyvumas/neaktyvumas pristatant savo profesiją
e) Kitos priežastys (įrašykite) .....

Nuoširdžiai dėkoju už Jūsų atsakymus!