MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
ŽMOGAUS IR VISUOMENĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
EDUKOLOGIJOS IR SOCIALINIO DARBO INSTITUTAS

Silvija Dubinskė

SOCIALINIO DARBO MAGISTRANTŪROS IŠTĘSTINĖS STUDIJOS

Ligonio socialinių funkcijų stiprinimas siekiant socialinės integracijos: socialinių darbuotojų patirtys

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas:
Prof. dr. Brigita Kairienė

VILNIUS
2022

TURINYS

SĄVOKOS 3
ĮVADAS 4
1. LIGONIO SOCIALINĖS INTEGRACIJOS POREIKIO TEORINĖ APIBRĖŽTIS 8
1.1. Socialinės integracijos samprata ir problematika 8
1.2. Ligonių socialinės problemos 12
2. SOCIALINIO DARBO PRAKTIKA, ĮGYVENDINANT LIGONIŲ SOCIALINĖS INTEGRACIJOS PROCESĄ 21
2.1. Socialinis darbas asmens sveikatos priežiūroje: vaidmenys, funkcijos, teikiama pagalba 21
2.2. Socialiniams darbuotojams kylantys iššūkiai ligonio socialinės integracijos procese 28
3. SOCIALINIŲ PASLAUGŲ TEIKIMAS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE SIEKIANT LIGONIO SOCIALINĖS INTEGRACIJOS: TYRIMAS 32
3.1. Tyrimo metodologija 32
3.2.Tyrimo rezultatai 37
3.2.1. Pacientų socialinių funkcijų stiprinimo poreikis socialinės integracijos procese 37
3.2.2 Socialinio darbo metodų taikymas siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese 47
3.3.3 Socialinio darbuotojo tarpininkavimo svarba siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese 53
3.3 Diskusija 60
IŠVADOS 65
REKOMENDACIJOS 68
LITERATŪROS SĄRAŠAS 69
PRIEDAI 79

SĄVOKOS

Ligonis – asmuo, turintis ligos požymius ir simptomus, kuriuos galima pamatuoti. Juos objektyviai nustato sveikatos priežiūros specialistai, ligonis subjektyviai suvokia save kaip sergantį asmenį, o visuomenė laiko jį ligoniu (Hueso Montoro ir kt., 2012).

Pacientas - tai asmuo, besinaudojantis sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis. Pacientu gali būti laikomas tiek sveikas asmuo, tiek ligonis, esminis kriterijus - naudojimasis sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2009).

Sveikatos priežiūros įstaiga - juridinis asmuo, organizacija ar jų filialas, šio Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo, Lietuvos Respublikos papildomosios ir alternatyviosios sveikatos priežiūros įstatymo ir Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas (Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1998).

Socialinės funkcijos apibrėžia individo sąveiką su aplinka ir gebėjimą atlikti savo vaidmenį tokiose aplinkose kaip darbas, socialinė veikla ir santykiai su partneriais bei šeima (Kupferberg, Bicks & Hasler, 2016).

ĮVADAS

Temos aktualumas. Socialinę atskirtį gali patirti bet kuris visuomenės narys. Anot U. Grigaitės, G. Jurevičiūtės ir I. Laugalytės (2021) vienas iš efektyviausių būdų įveikti socialinę atskirtį yra socialinė integracija, kurios procese asmuo gali susikurti naują gyvenimo pagrindą, įsilieti į tolimesnį visuomenės gyvenimą. Rečiau išskiriama, tačiau itin svarbi grupė yra ligoniai. Ligoniams pasireiškia ne tik varginantys ligų simptomai, bet ir kiti sunkumai: ribojamos pacientų socialinės galimybės, keičiasi įprastas gyvenimo būdas, iškyla finansinių problemų, išgyvenamas nepritapimo prie kitų pojūtis (Raudeliūnaitė, 2014). Dėl šios priežasties, šiai asmenų grupei itin svarbūs socialiniai santykiai bei ryšiai su kitais žmonėmis. Pripažįstama, jog socialiniai santykiai gali turėti teigiamos įtakos fizinei ir psichinei asmenų sveikatai, o mokslinėje literatūroje, socialinių santykių vaidmuo yra svarbus veiksnys padedantis sumažinti neigiamą poveikį sveikatai. (Orwelius ir kt., 2011). Socialinė integracija sudaro sąlygas asmenims pakeisti savo, su sveikata susijusį, elgesį, o taip pat yra siejama su sumažėjusiu sergamumu ir mirtingumu (Wang ir kt., 2022).

Sveikatos priežiūros įstaigose gydomi ligoniai turi įvairių poreikių, kurie nevienodai pasireiškia skirtingose ligos stadijose. Norint patenkinti šiuos ligonio poreikius, reikalingas ne tik gydymas, bet ir socialinių problemų sprendimas (Raudeliūnaitės, 2014). Šios problemos gali būti sprendžiamos siekiant sumažinti sveikatos priežiūros įstaigų pacientų socialinę atskirtį bei siekti socialinės integracijos, įgyvendinant įvairias socialinės politikos priemones (Saxe Zerden, Lombardi & Jones, 2019). Dėl šios priežasties sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos drauge su socialinėmis paslaugomis.

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, 2019 m. sveikatos apsaugos srityje dirbo 549 socialiniai darbuotojai. Socialinio darbuotojo vaidmuo sveikatos priežiūros srityje tampa vis labiau reikšmingu – anot Fraher ir kt. (2018), jie vis dažniau kviečiami prisijungti prie ligoninėse bei ambulatorinės priežiūros įstaigose dirbančių specialistų komandos, teikiant pagalbą šių gydymo įstaigų ligoniams. Mokslininkai pripažįsta, kad socialiniai darbuotojai – tai svarbi tarpdisciplininės gydytojų, jų asistentų, slaugytojų, socialinių darbuotojų ir kitų specialistų, komandos dalis: ligoniams turi būti suteikta kompleksiška pagalba, apimanti ne tik fizines, psichines sveikatos priežiūros, bet ir socialines paslaugas (Conway ir kt., 2016; Zerden ir kt., 2019). Kourgiantakis ir kt. (2019) tvirtina, kad socialiniai darbuotojai turi įtakos gydymo rezultatams ir paslaugų kokybei. Jų indėlis tarpdisciplininės komandos veikloje yra itin reikšmingas ir daugiaplanis: socialiniai darbuotojai padeda pacientui ir jo artimiesiems spęsti socialines problemas, kurios kyla dėl pasikeitusios paciento sveikatos būklės, skatina prisitaikyti prie kliento funkcionavimo pokyčių, socialinių aplinkybių pasikeitimo, užtikrina socialinių paslaugų tęstinumą, informuoja ir konsultuoja apie lengvatas ir garantijas, padeda spręsti konfliktus (Kourgiantakis ir kt., 2019). Šios srities specialistai turi galimybę padėti ligoniams ir jų šeimoms koordinuojant įvairius sveikatos priežiūros

planus, teikti psichoedukacinę pagalbą ir rūpintis sveikata taikant kombinuotus gydymo metodus (Saxe Zerden, Lombardi & Jones, 2019).

Temos ištirtumas. Ligonių socialinių funkcijų stiprinimas tampa vis aktualesne mokslinių tyrimų sritimi siekiančia išanalizuoti praktinius, socialinių paslaugų teikimo asmenims sveikatos priežiūros įstaigose, aspektus. Socialinių paslaugų teikimą, siekiant ligonio socialinės integracijos, nagrinėjo Lietuvos ir užsienio mokslininkai: Raudeliūnaitė ir Buškevičiūtė (2014) tyrė socialinių darbuotojų patirtį, teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose; Dirgėlienė ir Liekis (2013), Vaicekauskienė ir Jankūnienė (2009) nagrinėjo komandinio darbo problemas, su kuriomis susiduria sveikatos priežiūros srityje dirbantys socialiniai darbuotojai. Petrauskienė ir Zabėlienė (2011) analizavo paslaugų kokybę, teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose. Mokslininkai (Zerden ir kt., 2019; Conway ir kt., 2016) tyrinėjo socialinio darbo vaidmenis integruotuose sveikatos priežiūros modeliuose. Autoriai Šedienė, Pivorienė ir Laskevičiūtė (2017) nagrinėjo socialines pagalbos galimybes epilepsija sergantiems asmenims, o mokslininkės Dvorak ir Savickaitė (2018) analizavo psichosocialinių paslaugų teikimą onkologiniams ligoniams.

Galima teigti, kad ligonių socialinių funkcijų stiprinimas yra aktuali mokslinių tyrimų sritis, tačiau išsamesnių tyrimų, nagrinėjančių teorinius ir praktinius, socialinių paslaugų teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, aspektus, vis dar trūksta. Dėl šios priežasties galima teigti, kad magistro darbo tema yra mažai tyrinėta bei moksliškai nauja.

Problema. Kaip jau buvo minėta anksčiau, socialiniai darbuotojai atlieka įvairias funkcijas, siekdami užtikrinti ligonių socialinę integraciją (Kourgiantakis ir kt., 2019; Saxe Zerden, Lombardi & Jones, 2019). Pažymėtina, jog ligoniams socialinė pagalba reikalinga ne tik dėl jų pablogėjusios fizinės sveikatos, tačiau taip pat dėl emocinės bei psichinės sveikatos: sergantys asmenys itin dažnai save nuvertina, praranda savigarbą, dėl ligos nejaučia gyvenimo pilnatvės. Po ilgo stacionaraus gydymo šiems asmenims yra sunku produktyviai gyventi ir įsilieti į aktyvią socialinę veiklą net tada, kai šie pasveiksta. Kaip pastebi Wang ir kt. (2022) ligoniai, kurie yra nėra aktyviai integravęsi į visuomenę, pasižymi blogesne psichologine ir fizine sveikata, todėl miršta dažniau. Siekiant sėkmingų socialinio darbuotojo darbo rezultatų, padedant sergančiam žmogui bei jo šeimai, ši darbinė praktika turi papildyti pacientui teikiamą medicininę priežiūrą ir įvairiapusiškai jį paremti (Albrithen & Yalli, 2016). Tačiau ligonių integracija į visuomenę neretai yra lydima problemų bei iššūkių, su kuriais susiduria socialiniai darbuotojai. Šios temos mokslinė problema yra išskiriama ir grindžiama tuo, jog sveikatos priežiūros paslaugų integravimas, kartu su socialinėmis paslaugomis, pradėtas teikti tik nuo Nepriklausomybės atgavimo. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose socialinio darbo reikšmė pripažįstama vis labiau, tačiau išryškėja problema - trūksta švietimo ir informacijos apie socialinio darbo profesiją, ne visada ir ne visiems yra aiški šioje srityje dirbančio socialinio darbuotojo veikla ir funkcijos ne tik mūsų visuomenei, bet ir sveikatos priežiūros įstaigų bendruomenei.

Probleminiai klausimai. Šiame darbe formuluojami trys probleminiai aspektai:

1. *Pacientų socialinių funkcijų stiprinimo poreikis socialinės integracijos procese*. Medicininių paslaugų kokybiškumas didžiąją dalimi priklauso nuo to, ar medicinos priežiūros komanda nuolat atnaujina informaciją apie pacientų socialinę būseną, aplinkybes ir paciento savijautą, esant tam tikroms aplinkybėms (Albrithen & Yalli, 2016). Būtent socialiniai darbuotojai turi išsilavinimą, žinių bazę ir įgūdžius, leidžiančius geriausiai suprasti konkrečius psichosocialinius ir ekonominius poreikius, kurie būtini pacientui, sergančiam tam tikra liga. Socialinis darbuotojas stebi pokyčius ir suteikia poreikius, kurių reikalauja pacientas ir jo šeima. Šios srities specialistai įvertina išteklius, reikalingus gydymui ir suteikia reikiamą ar papildomą informaciją gydytojams, kad tikslingai koreguoti paciento gydymą, priklausomai nuo jo būklės (Fraser ir kt., 2018). Pacientų poreikių ir jų socialinės situacijos įvertinimas laikomas viena iš esminių socialinio darbuotojo, dirbančio sveikatos priežiūros įstaigoje, funkcija, su kuria mokslinėje literatūroje sutinka keli autoriai (Ustilaitė ir kt., 2008; Social Workers in Hospitals and Medical Centers, 2011; Raudeliūnaitė, 2014). Dėl šios priežasties baigiamajame darbe siekiama nustatyti su kokiais ligoniais socialiniams darbuotojams tenka dirbti dažniausiai, su kokiomis pagrindinėmis socialinėmis problemomis ligoniai paprastai susiduria bei koks yra socialinių paslaugų poreikis šioje srityje.
2. *Socialinio darbo metodų taikymas siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas, socialinės integracijos procese*. Ligonis dažnai negali savarankiškai adaptuotis ir veikti asmeniniame gyvenime ar socialinėje veikloje, įgyvendinti savo teises bei atlikti jam priskirtas pareigas. Sergantys asmenys gali patenkinti tik bazinius savo poreikius, o kai kuriais atvejais yra visiškai neveiksnūs. Dažnu atveju ligoniui yra sudėtinga orientuotis aplinkoje bei laike, judėti ar dirbti, kai kuriais atvejais – matyti ir girdėti, būti ekonomiškai ir kitaip nepriklausomu, aktyviu socialine prasme, kurti ir būti dvasingu, tenkinti seksualinius poreikius (Kriščiūnas, 2015). Kita vertus, ligonio socialinės izoliacijos problemas lemia ligonio fizinė ar psichinė būklė, dėl skirtingų priežasčių yra sudėtinga savarankiškai funkcionuoti socialiniame gyvenime. Todėl darbe siekiama įvertinti kokie socialinio darbo metodai taikomi siekiant socialinė integracijos bei kaip ligoniai yra įtraukiami į socialinės integracijos procesą.
3. *Socialinio darbuotojo tarpininkavimo svarba siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese*. Socialiniai darbuotojai rengiami atlikti jiems priskirtas pareigas, suteikti reikiamą priežiūrą ligoniams, sutelkiant dėmesį į būdus, kuriais socialinis ir aplinkos kontekstas veikia gerovę – perspektyva, kurioje visi biopsichosocialiniai veiksniai yra laikomi priežastiniais, su sveikata susijusiais, veiksniais

(Heenan & Birrell, 2019). Socialinis darbuotojas padeda sergančiam asmeniui savarankiškai ieškoti sprendimų, tarpininkauja ir teikia informaciją įstaigoms, institucijoms apie kliento galimybes, padeda lavinti socialinius ir visuomeninius įgūdžius. Taigi, jis atlieka tarpininko vaidmenį. Darbe siekiama nustatyti kokią reikšmę ligonio socialinei integracijai turi socialinio darbuotojo tarpininkavimas.

Tyrimo objektas: ligonio socialinių funkcijų stiprinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant jo socialinės integracijos.

Darbo tikslas: atskleisti ligonio socialinių funkcijų stiprinimo galimybes asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, siekiant jo socialinės integracijos.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti ligonio socialinių problemų, siekiant jo socialinės integracijos, teorinius aspektus.
2. Išnagrinėti socialinio darbo, įgyvendinant ligonių socialinės integracijos procesą, prielaidas.
3. Ištirti ligoninėse dirbančių socialinių darbuotojų patirtį, susijusią su pagalba ligoniui, stiprinant jo socialines funkcijas, socialinės integracijos procese.

Tyrimo metodai: mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, pusiau struktūruotas interviu, kokybinė turinio analizė.

Tyrimo imtis - kokybiniame tyrime, taikant pusiau struktūruotą interviu, dalyvavo 7 informantai.

Baigiamojo darbo struktūra. Baigiamąjį darbą sudaro trys dalys. Pirmoje darbo dalyje aktualizuojami ligonių socialinių funkcijų stiprinimo svarbos klausimai, apibrėžiamas jų vaidmuo ligonio socialinės integracijos procese. Antroje darbo dalyje gilinamasi į socialinio darbo praktiką, reikšmingą ligonio socialinių funkcijų stiprinimo procese. Trečioje darbo dalyje analizuojami atlikto tyrimo rezultatai. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas ir priedai.

1. LIGONIO SOCIALINĖS INTEGRACIJOS POREIKIO TEORINĖ APIBRĖŽTIS

1.1. Socialinės integracijos samprata ir problematika

Socialinė integracija atspindi individo įsitraukimą į įvairius socialinius ryšius ar santykius, socialinius vaidmenis ir socialinę veiklą (Raudeliūtė, 2014). Socialinė integracija apibrėžiama kaip procesas, kurio metu skurdo ir socialinės atskirties riziką patiriantys asmenys įgyja galimybes ir išteklius, reikalingus norint visapusiškai dalyvauti visuomenės veikloje (Marsela, 2014). Dėl šios priežasties socialinės integracijos sąvoka glaudžiai susijusi su socialinės atskirties terminu. Asmenys, dėl įvairių priežasčių atsidūrę visuomenės gyvenimo „paribyje“, patiria taip vadinamąją socialinę atskirtį, kuri sudaro prielaidas socialinės integracijos uždaviniui. Socialinė integracija, dar kitaip vadinama socialine sąveika, yra minimalaus kontakto ir integracijos su kitais būsena, įsitraukimo į bendruomenės gyvenimą lygis. Moksliniai tyrimai rodo, kad individo socialiniai santykiai tiesiogiai ir netiesiogiai veikia ne tik psichinę sveikatą, bet ir sergamumą bei mirtingumą. Pastovus socialinis ryšys pagerina žmonių gyvenimo kokybę, psichinę sveikatą, sumažina tikimybę susirgti demencija ar Alzheimeriu. Žmonių, o ypač sergančių asmenų gerovė, reikšmingai susijusi su socialine sąveika (Vargheese ir kt., 2016; Li, 2020).

Socialinės integracijos procese asmuo įgyja galimybes susikurti socialinio gyvenimo pagrindą, tam tikrą atspirties tašką, kuris jam suteikia būdų ir priemonių, aktyviau ar bent truputį įsilieti į visuomenės gyvenimą, socialinę veiklą. Socialiniai atskirčiai įtakos gali turėti skirtingi veiksniai, dėl kurių asmenys neįsitraukia į aktyvią visuomeninę ar bendruomenės veiklą (Travado, Reis, Watson & Borras, 2015). Remiantis mokslininkais Appau, Churchill ir Farrell (2019) galima teigti, jog socialinė integracija yra susijusi su saugios, stabilios ir teisingos visuomenės formavimu pašalinant socialinę dezintegraciją ir socialinę atskirtį. Taigi, socialinė integracija yra siejama su poreikiu mažinti bendruomenių ir visuomenių susiskaidymo laipsnį (Appau, Churchill & Farrell, 2019). Mokslininkas Ferguson (2018) analizuodamas socialinę integraciją ją išskaidė į tris tarpusavyje susijusius veiksmus:

- įvairių socialinių grupių, kultūrų ir tapatybės pripažinimą, siekiant skatinti pagarbą, orumą ir bendradarbiavimą;
- politinį atstovavimą, siekiant užtikrinti, kad priimant sprendimus ir skirstant išteklius būtų atsižvelgta į skirtingų grupių interesus;
- socialinių ir ekonominių išteklių perskirstymą tarp individų ir grupių, siekiant užkirsti kelią dideliems skirtumams ir susiskaidymui dėl turto, etninės priklausomybės, regiono, lyties, amžiaus ar kitos socialinės tapatybės.

Kitaip tariant, socialinė integracija laikoma socialinės atskirties įveikimo būdu. Socialinė integracija yra tikslas sukurti visiems saugią ir teisingą visuomenę, kurioje vyktų socialinis mobilumas. Tokią socialinės integracijos sampratą pateikia ne vienas mokslininkas (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. *Socialinės integracijos apibrėžimai*

(sudaryta darbo autorės pagal Beneševičiūtę, 2015)

Autorius	**Socialinės integracijos samprata**
Berger ir Luckmann (1999)	Integracija – prasminga visumos tvarka visiems institucijų procesų dalyviams, įprasminanti subjektyvią individo gyvenimo visumą.
Ruškus (2002)	Integracija – tai mąstymo ir vertinimo būdas, jungiant socialinę sąveika ir socialines struktūras grindžiamomis teorijomis ir praktinėmis idėjomis.
Leliūgienė (2003)	Integracija – daromas poveikis grupėms, tikslams, normoms, nuostatoms.
Pivorienė (2003)	Integracija akcentuojama mažumos perspektyva žmonėms įsisąmoninat bei institucionalizuojant savo identitetą su kitais, nes jaučiamasi izoliacijoje.
Samsonienė (2006)	Integracija – supančių bendraamžių požiūrio į juos kokybės bei elgesio tendencijų įvairiomis situacijomis vertinimas.
Radzevičienė (2007)	Socialinė integracija – palanki asmeniui organizuota aplinka. Socialinių lūkesčių tenkinimas įvairiomis veiklomis.
Zaleskienė ir Jurgutienė (2010)	Socialinė integracija – atstatymas, atnaujinimas, dalių sujungimas į visumą.
Ustilaitė, Kuginytė-Arlauskienė ir Valančiūtė (2011)	Integracija – socioedukacinės aplinkos pritaikymas specialistų kvalifikacija ir specialistų bendradarbiavimo tvarka.
Vargheese ir kt. (2016)	Socializacija ar socialinė sąveika tai asmeninių santykių kūrimas, kuris yra labai svarbus individo gerovei.
Ghazi ir kt. (2017)	Socialinė integracija – žmonių integracija į savo šeimos ar draugų socialinį tinklą, taip pat jų integraciją į bendruomenes, kuriose gyvena ir į visą visuomenę – įsitraukimą į pramogas, kultūrinę, švietėjišką ar dvasinę veiklą.

Apibendrinant skirtingų mokslininkų pateiktą socialinės integracijos sąvoką, matyti, kad socialinė integracija suprantama kaip sveikos individo būsenos *atstatymas, atnaujinimas.* Socialinės integracijos sampratoje aktualizuojamos įgimtos asmens teisės, jo poreikis būti ir veikti kartu su kitais. Pažymėtina, kad socialinė integracija sieja įvairias visumos dalis, akcentuoja socioedukacinės aplinkos, individo poreikiams, pritaikymą, tinkamą galimybių organizuotumą, socialinių lūkesčių atitikimą, institucinę pagalbą, pozityvų vertinimą. Socialinė integracija dar vadinama socialine įtrauktimi, socialine sanglauda. Jos siekiamybė – tai visuomenė, kurioje kiekvienas individas gali aktyviai veikti, turi savo teises, atsakomybę ir viziją (Viešosios politikos ir vadybos instituto Vertinimo ataskaita, 2011). Analogišką apibrėžimą pateikia ir kiti autoriai, teigdami, kad socialinė integracija – tai procesas, kurio metu įgyjamas socialinis statusas, išmokstama kultūros, įgyjamos teisės ir įsipareigojimai, užmezgami asmeniniai santykiai su kitais visuomenės nariais, formuojamas priklausymo tai visuomenei jausmas ir susitapatinimas su ja (Orwelius ir kt., 2011). Mokslininkas Ferguson (2018) pastebi, kad socialinė integracija yra vertybių ir santykių procesas, kuris leidžia visiems žmonėms sėkmingai dalyvauti socialiniame, ekonominiame ir politiniame gyvenime, užtikrinant lygias teises ir galimybes.

Remiantis šio mokslininko pastebėjimais, galima teigti, jog socialinė integracija yra procesas, kurio metu įgyjamas socialinis statusas, pareigos ir teisės, padedančios kurti tvarius ryšius su kitais visuomenės nariais. Tolimesniame darbe socialinė integracija bus tapatinama kaip socialinės atskirties įveikimo būdo samprata, kurios metu vyksta individo būsenos atsistatymas. Taip pat, verta paminėti, jog socialinės integracijos procesas yra kintantis, daugialypis ir sudėtingas. Pagrindinis socialinės integracijos sudėtingumas slypi jos įgyvendinimo aspektuose. Pastebima, kad socialinės integracijos politika nukrypsta į atstumtųjų ekonominio efektyvumo gerinimą bei teises, susijusias su atskirtųjų saugumu, o ne į socialinius santykius, kurie yra atskirties pagrindas (Dugarova, 2015). Kaip pastebi mokslininkai Ozgan ir Aksab (2018) užtikrinti pilnavertę socialinę integraciją praktiškai neįmanoma dėl visuomenėje egzistuojančių socialinių skirtumų, tačiau socialinės integracijos paskirtis yra padėti asmenims aktyviau integruotis į visuomenės gyvenimą. Šį teiginį papildo ir mokslininkai Albrithen bei Yalli (2016), kurie pažymi, jog socialinė integracija ligoniams ir jų šeimoms yra veiksminga ir prasminga, kai ji papildo pacientui teikiamą medicininę priežiūrą.

Socialinės atskirties problemos yra buvimas visuomenės užribyje, skurdas, nusikalstamumas, pagrindinių įgūdžių trūkumas, mokymosi galimybių stoka, diskriminacija. Nors išskiriama nemažai socialinės atskirties priežasčių, sutinkama, kad esminė priežastis yra skurdas (Allman, 2013). Kaip teigia Miežienė ir Krutulienė (2017, p. 195), skurdas yra „tam tikros gyventojų socialinės grupės asmenų ekonominių išteklių nepakankamumas ekonominėms gėrybėms įsigyti“. Žmogaus gyvenime atsiranda tam tikra veiksnių visuma, dėl kurių patiriamas skurdas, o jis savo ruožtu ir lemia socialinę atskirtį. Skurdas išgyvenamas tuo atveju, kai patiriamas lėšų trūkumas. Tai daugialypis socioekonominis reiškinys, apimantis individualius išteklius, dinamiškus reiškinius ir žmonių santykius (socialinę izoliaciją, atstūmimą, pažeminimą, socialinės paramos tinklų nebuvimą, nedalyvavimą. Socialinė atskirtis orientuota į santykio problemą, tačiau kartu ji reiškia ir teisės į būstą, švietimą neužtikrinimą, sveikatos apsaugos ir galimybių naudotis, nebuvimą (Omtzigt, 2009).

Pagrindinės socialinės atskirties grupės moderniose visuomenėse yra benamiai, vargšai, kaliniai, neįgalieji. Jie gyvena tarsi uždarose bendruomenėse, o visuomenė kuria „atskirties struktūruotas kultūrines erdves“ (Allman, 2013). Tyrimai parodė, kad Lietuvoje socialinė atskirtis dažniau pasireiškia vyresnio amžiaus moterims, jaunesnio amžiaus abiejų lyčių, žemesnio išsilavinimo ir profesinės kvalifikacijos, žemesnės socialinės klasės, priklausomybių turintiems, asmenims ir imigrantams. Šie asmenys sirgdami patiria ryškesnę socialinės integracijos stoką (Staškutė, 2014). Orwelius ir kt. (2011) išskiria pagrindinius rizikos veiksnius, kurie turi įtakos socialinei integracijai bei sveikatai:

- žemesnis profesinis lygis;
- žemesnio lygio išsilavinimas;
- narkotinių medžiagų vartojimas;

- jaunesnis amžius.

Remiantis šiais autoriais, galima pastebėti, jog socialinė atskirtis gali atsirasti ir dėl tam tikrų rizikos veiksnių, kurie gali būti sumažinti integruojant šiuos asmenis į visuomenę. Kiek kitokį vertinimą pateikia mokslininkas Ferguson (2018), kuris pažymi, jog esama ir vidinių, ir instrumentinių priežasčių nulemiančių socialinę atskirtį.

Asmenys, kurie turi mažiau išteklių sėkmingai susidoroti su ekonominiais ar socialiniais iššūkiais ar įvairiomis rizikomis, yra tiek socialiai pažeidžiami bei tuo pačiu metu gali būti laikomi ir socialinę riziką, ir socialinę atskirtį patiriančiais asmenimis. Remiantis Lietuvos Respublikos įsakymu „Dėl socialinės aprėpties didinimo 2020-2030 metų veiksmų plano patvirtinimo“ (Žin. 2019; Nr. A1-791), socialinės atskirties mažinimo siekiama sudarant sąlygas plėtoti paslaugas socialiai pažeidžiamiems, socialinę riziką ir atskirtį patiriantiems asmenims, kurios užtikrintų aktyvią šių asmenų įtrauktį. Šiuo įsakymu siekiama skatinti lygias galimybes dalyvauti darbo rinkoje ir geresnes įsidarbinimo galimybes. Socialinės integracijos būdai, apibrėžiami šiame įstatyme, apima veiklas, skatinančias asmens socialinio savarankiškumo ir darbingumo, profesinės kompetencijos ir pajėgumo dalyvauti darbo rinkoje atkūrimą ir didinimą. Vardijamos tokios veiklos, kaip: asmens socialinių ir kitų paslaugų poreikių vertinimas, individualus ir grupinis motyvavimas, informavimas, konsultavimas, tarpininkavimas, atstovavimas, psichosocialinė pagalba, sociokultūrinės paslaugos, socialinių įgūdžių ugdymas ir palaikymas, profesinis orientavimas ir konsultavimas, bendrųjų gebėjimų ugdymas, profesinių įgūdžių ugdymas, aktyvios darbo rinkos politikos priemonės, pagalba įsidarbinant ir įsidarbinus (Socialinės aprėpties didinimo 2020-2030 metų veiksmų planas, 2019).

Nepaisant šių priemonių, mokslinėje literatūroje analizuojamas ir dirbančiųjų skurdo reiškinys – „situacija, kai dirbantis asmuo gyvena nepasiturinčiame namų ūkyje“ (Miežienė ir Krutulienė (2017, p. 195). Miežienės ir Krutulienės (2017, p. 193) atliktas tyrimas parodė, kad „tarp dirbančiųjų Lietuvoje didžiausią riziką skursti patiria asmenys, kurių darbo intensyvumas yra žemas“, t. y. šie asmenys „patiria ilgesnius nedarbo laikotarpius“. Dirbančiųjų skurdą „lemia žemos gaunamos pajamos bei nepakankamai efektyvi nedarbo socialinio draudimo išmokų sistema Lietuvoje, neapsauganti asmenų nuo skurdo, praradus darbą. Kiti subjektai, kurie yra „taip pat itin pažeidžiami skurdo rizikos atžvilgiu yra vieniši namų ūkiai, auginantys vaikus, bei pagal netipines darbo sutartis dirbantys asmenys“ (Miežienė ir Krutulienė, 2017, p. 193). Taigi, dalyvavimo darbo rinkoje bei įsidarbinimo ir profesinio mokymo prieinamumo skatinimas nebūtinai gali efektyviai mažinti skurdą bei didinti socialinę integraciją.

Kitas probleminis aspektas, socialinės integracijos įgyvendinimo, mažinant skurdą, atveju - socialinė integracija susiduria su subkultūros normomis, individualiais pasirinkimais. Dugarova (2015) teigia, kad daugelyje valstybių taikomi socialinės integracijos modeliai yra neveiksmingi, įveikiant skurdo slenkstį. Socialinę riziką patiriantiems asmenims siekiama padėti, tačiau yra atvejų,

kad patys asmenys to nenori. Pasak Allman (2013), socialinė atskirtis yra ne tik atstūmimas, bet ir asmens, šeimos ar individų grupės pasirinktas tam tikras gyvenimo būdas, kuris neatitinka jų tikrųjų norų ir interesų, hierarchiškai struktūruotoje visuomenėje.

Socialinė integracija turėtų vykti akcentuojant regiono ar šalies unikalumą ir skirtumus. Beveik visose šalyse lytis, negalia, rasė, religija, migracijos, socialinis ar ekonominis statusas, gyvenamoji vieta, seksualinė orientacija ir lytinė tapatybė yra socialinės atskirties veiksniai, tačiau gali skirti jų ir tarpusavio ryšys (Lee & Cagle, 2017). Pavyzdžiui, Indijos visuomenėje ir kai kurių regionų socialinėse grupėse, socialinė atskirtis įteisinta kaip norma ir visuomenės ideologijos dalis. Egzistuojant kastų sistemai, skirtingos socialinės grupės viena nuo kitos atskirtos netgi fiziškai – teritorijomis. Taip siekiama apsaugoti socialines grupes vieną nuo kitos (remiantis higienos ar psichologiniais-religiniais motyvais). Tokia sistema yra socialinė struktūra, kurioje valdžia paskirsto privilegijas visuomenei per socialines kasifikacijas ir darbo pasidalijimą (Allman, 2013).

Apibendrinant, galima teigti, kad socialinė integracija yra socialinės atskirties įveikimo procesas, kurį lemia individualūs, socialiniai, instituciniai veiksniai, tokie kaip gebėjimas tinkamai save vertinti, profesinė sėkmė, aktyvumas, savo teisių žinojimas, pasitikėjimas savimi ir palinkiniais, aukštas gyvenimo lygis, diskriminacijos nebuvimas, išankstinių neigiamų nuostatų, kitų socialinių grupių atžvilgiu, nebuvimas. Socialiai izoliuotam asmeniui kartu yra pažeidžiamas ir jo socialinis identitetas: visuomenės grupės dėl skirtingų priežasčių „išstumia“ asmenį į paribį, jį nuvertina, riboja jo galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime. Socialinė sąveika – minimalaus ar aktyvesnio kontakto su aplinkiniais būsena, įsitraukimo į bendruomenės gyvenimą, lygis. Kaip pastebima mokslinėje literatūroje, socialinės integracijos tikslas - gerinti socialinėje atskirtyje atsidūrusių asmenų padėtį, skatinti juos aktyviai dalyvauti visuomenės ar bendruomenės veikloje.

1.2. Ligonių socialinės problemos

Sveikata apibrėžiama kaip fizinė ir dvasinė žmogaus gerovė. Žmogaus sveikatą pažeidžia įvairūs veiksniai: fiziniai, biologiniai, socialiniai, psichologiniai, dvasiniai. Sveikata – tai harmonija tarp supančios aplinkos ir žmogaus, sąsaja į visavertį žmogaus funkcionavimą (Kriščiūnas, 2015). Ligomis suserga ar sveikatos problemas patiria visų socialinių grupių atstovai, tačiau mokslinių tyrimų metu išskiriama socialinė ir ekonominė nelygybė, kurią patiria ligoniai šiuolaikinėse visuomenėse (Ferguson, 2018). Popay, Kowarzik, Mallinson, Mackian ir Barker (2017) aiškindami socialines sveikatos nelygybės priežastis išskiria tris galimas priežastis:

1. Dahlgren ir Whitehead modelyje individų, turinčių savo unikalų biologinį paveldą, sveikata priklauso nuo kontekstinių veiksnių: tiesioginių giminystės tinklų; socialinių, ekonominių ir materialinių aplinkybių vietos apylinkėse; socialinių ir

ekonominių sąlygų ir gerovės politikos konkrečioje šalyje. Teigiama, kad procesai, veikiantys kiekvienoje srityje, prisideda prie sveikatos nelygybės atsiradimo.

2. Brunner ir Marmot pasiūlytas modelis susieja socialinę struktūrą su sveikatos ir ligų modeliais per materialius, psichosocialinius ir elgesio veiksnius: genetinius, ankstyvojo gyvenimo ir kultūrinius, turinčius įtakos gyventojų sveikatai.
3. Trečiasis - gyvavimo ciklo modelis – asmenys, kurie riziką sveikatai patiria priklausomai nuo laiko ir vietos veiksnių (Popay ir kt., 2017).

Visuose trijuose modeliuose akcentuojami kontekstiniai veiksniai, kurie turi įtakos asmenų sveikatai - genetiniai, socialiniai, ekonominiai, politiniai ar net tarptautiniai. Popay ir kt. (2017) pabrėžia, kad šiais modeliais siekiama paaiškinti skirtumus tarp skirtingų socialinių dimensijų, o nelygybė tarp socialinių klasių, etninių ar amžiaus grupių, vietos ir lyties yra reikšmingiausi.

Siekiant aptarti ligonių socialines problemas, reikalinga atskleisti sąvokų „ligonis“, „pacientas“ ir „sergantis asmuo“ prasmes. Liga yra patologinis procesas, dažniausiai fizinis (pvz.: gerklės infekcija, bronchų vėžys ar neaiškios kilmės liga – šizofrenija). Nors liga suvokiama kaip „viskas arba nieko“, biologinės funkcijos dažnai skiriasi pagal laipsnį. Įtampa sukuriama bandant naudoti nuolatinį kintamąjį kaip kategoriško apibrėžimo pagrindą, todėl kyla klausimų, kaip tiksliai nustatyti ribą tarp sveikatos ir ligos (Rogers & Walker, 2017). Anot Hueso Montoro ir kt. (2012), ligos samprata turėtų būti pabrėžiama kaip trimatis reiškinys: a) biologinė dimensija (liga-objektas), glaudžiai susijusi su mechaniniu požiūriu į ligą, pagrįsta organine anomalija arba fizine ar struktūrine disfunkcija; (b) subjektyvi dimensija (liga-subjektas), kuri nagrinėja ligą iš eminės perspektyvos, t. y. atsakant į klausimą kaip subjektas jaučiasi, kokie yra jo išgyvenimai, kaip tai veikia jo gyvenimą ir (c) simbolinė-socialinė dimensija - prasmė, kurią visuomenė projektuoja sergančiam žmogui. Hofmann (2016) pastebi, kad ligos samprata yra sudėtinga, apimanti įvairius žmogaus ligos aspektus:

- asmeninė perspektyva - kaip jaučiamasi sergant;
- profesinė perspektyva - kaip sveikatos priežiūros specialistai apibrėžia, aptinka, prognozuoja ir gydo ligos objektus;
- socialinė perspektyva - kaip asmens socialinį vaidmenį apibrėžia ar keičia socialinės normos ir institucijos .

Šios perspektyvos yra skirtos skirtingiems reiškiniams ir subjektams, apima įvairių rūšių žinias ir reikalauja skirtingų sveikatos priežiūros specialistų veiksmų.

Taigi, asmuo laikomas ligoniu, jei turi ligos požymius ir simptomus, kuriuos galima pamatuoti. Juos objektyviai nustato sveikatos priežiūros specialistai, ligonis subjektyviai suvokia save kaip sergantį asmenį, o visuomenė laiko jį ligoniu. Sergančio asmens, darbo autorės manymu, suvokimas, yra galimas iš subjektyvios ligonio perspektyvos (asmuo mano, kad jis serga) bei

visuomenės perspektyvos (jie mano, kad asmuo serga), stokojant objektyvaus sveikatos priežiūros specialistų ligos diagnozavimo.

Paciento sąvoka apibrėžiama Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme (2009). Pacientas - tai asmuo, besinaudojantis sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis. Pacientu gali būti laikomas tiek sveikas asmuo, tiek ligonis, esminis kriterijus - naudojimasis sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis.

Socialinės integracijos stoka bei didėjanti psichikos sveikatos nelygybė – itin svarbi visuomenės sveikatos problema. Socialinė integracija apima procesą, kurio metu individas užmezga ir palaiko prasmingus tarpasmeninius santykius, kuriems būdingi abipusiai mainai su bendruomenės nariais neklinikinėje aplinkoje. Dėl ligų pacientai patiria fizinių, psichologinių, socialinių ir ekonominių sunkumų. Šie sunkumai patiriami dėl laipsniško, fizinių ir fiziologinių funkcijų, mažėjimo, ligos paūmėjimo ar simptomų ciklo dažnumo. Sergantys asmenys susiduria su socialinėmis problemomis dėl fizinių ir fiziologinių ligos požymių, dėl galimybių apsirūpinti savimi trūkumo (įskaitant mitybos kontrolę, fizinį aktyvumą, mankštas, apsirūpinimą vaistais) (Wong ir kt., 2011; Do & Minjeong, 2022).

Sergantys asmenys dažnai gali patenkinti tik bazinius poreikius, neretai reikalinga pagalba pasirūpinti savimi, dėl negebėjimo orientuotis aplinkoje, patiriamų skausmų, klausos ar regos sutrikimų. Ligos eiga, intensyvumas ir pasireiškimas lemia ligonio neįgalumą. Apskaičiuota, kad lėtinės neinfekcinės ligos sudaro 85 proc. neįgalumą sukeliančių priežasčių. Dėl ligos ir jos keliamų apribojimų sutrinka socialinis ligonio gyvenimas (Kriščiūnas, 2015). Nuovargis, disfunkcija, šeimyninė padėtis ir depresijos veiksniai turi įtakos socialinių – psichologinių problemų atsiradimui. Lėtinėmis ligomis sergantys asmenys yra labiausiai pažeidžiami darbo, sveikatos, aktyvaus laisvalaikio, ekonominių, psichosocialinių veiklų srityse (O'Donnell ir kt., 2018).

Anot mokslininko Boardman (2011) ligonių socialinę atskirtį gali lemti skirtingi veiksniai: tai priklauso nuo ligos pasireiškimo, pobūdžio, teikiamo gydymo, šeimos ar aplinkinių palaikymo. Didžiausią socialinę atskirtį patiria tam tikrų grupių ligoniai, kuriuos visuomenė nuvertina ir atstumia. Tokio tipo socialinę atskirtį patiria ŽIV ir AIDS sergantys asmenys. Toks atstūmimas siejamas su informacijos stoka ir klaidingu supratimu, kaip virusas perduodamas iš užsikrėtusiųjų kitiems žmonėms (Yakasai & Ghani, 2020). Sergantiems asmenims, nepalaikant ryšio su šeimos nariais, artimaisiais, draugais, bendradarbiais ir kitomis socialinėmis grupėmis turi itin skaudžių pasekmių ŽIV užsikrėtusiems asmenims. Fizinė ir socialinė šių ligonių atskirtis lemia diskriminaciją, jie stigmatizuojami, kurstant baimę apie šia liga užsikrėtusių žmonių įvaizdį. Sergantys ŽIV dažnai patiria socialinę atskirtį, kurią lemia klaidingi visuomenės įsitikinimai ir mitai, jog tai tam tikras seksualinis elgesys, narkotikų vartojimas ir ligų bei mirties baimė (Despa, 2012).

Dar viena ligonių grupė patirianti socialinę atskirtį yra asmenys sergantys psichikos sveikatos ligomis. Mokslininko Boardman (2011) teigimu, asmenys, turintys psichikos sveikatos problemų, ypač turintys ilgalaikių psichozių, yra viena iš labiausiai atskirtų socialinių grupių. Jie gali būti atskirti nuo materialinių išteklių (patirti skurdą), socialiai vertinamos gamybinės veiklos, socialinių santykių ir kaimynystės, pilietinio dalyvavimo ir sveikatos paslaugų (Boardman, 2011). Anot Raudeliūnaitės (2014), psichikos sveikatos sutrikimų turintys asmenys susiduria su įvairiomis problemomis: prastėja jų socialiniai įgūdžiai, silpnėja socialiniai ryšiai, tampa sunku susidoroti su kasdiene veikla, tuo pačiu mažėja ir socialinis aktyvumas. Autorė priduria, kad siekiant patenkinti ligonio poreikius reikalinga jį „suvokti kaip visumą ir ne tik gydyti ligą, bet ir spręsti socialines problemas“ (Raudeliūnaitė, 2014, p. 208). Stacionarių socialinės globos institucijų vidaus tvarkos taisyklių analizė (2014) atskleidė, kad stacionariose globos institucijose gyvenantys neįgalūs psichikos sveikatos sutrikimų turintys ligoniai patiria įvairių bendravimo, laisvalaikio leidimo, saviraiškos problemų. Jie jaučiasi „našta“ personalui, negali laisvai naudotis medija dėl išteklių (kompiuterių, išmanių įrenginių) stokos. Šie pacientai negali keliauti, pramogauti, dalyvauti renginiuose, šių asmenų privatumas ribojimas net atliekant asmenines higienos procedūras. Sergančiųjų gyvenimas yra stebimas personalo, tampa „viešu“, retai suteikiama savarankiško sprendimo teisė. Psichikos sveikatos ligomis sergančių asmenų problemas stacionariose sveikatos priežiūros įstaigose atskleidžia ir Mačiulio ir kt. (2012) tyrimas. Šis tyrimas išryškina pacientų nepasitenkinimą dėl nebendradarbiavimo su pacientų artimaisiais, teikiant paslaugas ligoninėse. Geriausiai yra vertinama švietėjiška veikla, teikiama psichikos ligomis sergantiems, ligoninėse gulintiems, pacientams (Mačiulis ir kt., 2012).

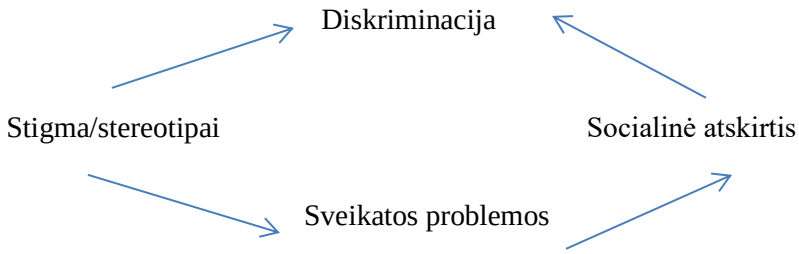
Socialines problemas patiria ir onkologinėmis ligomis sergantys asmenys. Tyrimai rodo, kad onkologinių ligonių esminės problemos yra ligos gydymo prieinamumo trūkumas, finansinė gydymo našta, transportavimo paslaugų trūkumas, apgyvendinimas, patiriama socialinė izoliacija. Remiantis biopsichosocialiniu modeliu, egzistuoja itin viena nuo kitos priklauso, psichosocialinių veiksnių ir biologinių baigčių, sąveika. Psichosocialiniai veiksniai turi įtakos fizinei veiklai ir psichikos gerovei, taip pat praktiniams rūpesčiams, pavyzdžiui, medicininėms išlaidoms. Ligos progresavimas arba pasveikimas sukelia psichologinį išgyvenimą ir daro įtaką emocijoms, suvokimui ir įsitikinimams, taip pat pacientų kasdieniniam gyvenimui. Kova su vėžiu nėra individuali: pacientų slaugytojai, onkologinės medicinos personalas, atlieka gyvybiškai svarbų vaidmenį ligos eigos metu (Wang & Feng, 2022).

Su socialine izoliacija susiduria ne tik suaugę ligoniai, bet ir paaugliai. Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, vėžiu sergantys paaugliai pasižymi aukštesne socialine atskirtimi bei turi daugiau internalizuotų ir išorinių elgesio problemų nei sveiki paaugliai (Efe ir kt., 2022). Atsižvelgiant į tai, manytina, kad socialinės ligonių problemos gali skirtis ir pagal ligonio amžių.

Mithrason ir Parasuraman (2018) nustatė, kad 76 proc. pacientams, sergantiems onkologinėmis ligomis, pagrindinė socialinė problema yra vienišumas, kuris pasireiškia santykių su gyvenimo partneriu, vaikais ir artimaisiais, srityse. Šiems pacientams yra sunku kalbėti apie savo ligą, jie įsitikinę, kad tai vargina jų artimuosius, stokojama tikro, nuoširdaus palaikymo iš medicinos personalo. Šie žmonės yra nuolat susirūpinę dėl ligos eigos, yra susierzinę, kartais situacija gali būti dramatizuojama (Mithrason & Parasuraman, 2018).

Analizuodami socialines onkologinių ligonių problemas mokslininkai van Roij ir kt. (2019) atliko tyrimą, kuriame tyrė pažengusios stadijos vėžiu sergančių ligonių socialines patirtis. Tyrimo metu nustatyta, kad pacientai siekė „normalumo“, tęsdami savo gyvenimą, kaip ir prieš diagnozę, tačiau tai darydami patyrė kliūčių – socialinę izoliaciją. Po ligos diagnozės išaugo socialinių santykių vertė, tačiau daugelis ligonių patyrė tiek teigiamus, tiek neigiamus savo socialinių santykių kiekio ir kokybės pokyčius. Tyrėjų manymu, šiame kontekste svarbų vaidmenį atlieka socialiniai santykiai, todėl pacientams naudinga suteikti galimybę aptarti savo socialines patirtis. Sveikatos priežiūroje dalyvaujančių specialistų sąmoningumo ugdymas yra labai svarbus, kadangi jie teikia socialinę paramą ir numato socialines problemas. Galiausiai, veiksmingi paramos metodai gali sustiprinti socialinės paramos sistemas ir sumažinti izoliacijos jausmą (van Roij ir kt., 2019). Remiantis šių mokslininkų atlikto tyrimo rezultatais, galima teigti, kad tarpusavyje glaudžiai siejasi tokie aspektai kaip patiriamos sveikatos problemos, socialinė atskirtis, dėl turimos ligos patiriama stigma bei diskriminacija visuomenėje.

Ligonio socialinė atskirtis yra uždaras ratas (Germanavičius, 2015). Uždarame ligonio socialinės atskirties rate vaizduojami ligonio sveikatos procesai, kurie turi neigiamos įtakos jo socialiniam gyvenimui, sukelia socialinę atskirtį, diskriminaciją, stigmą/stereotipus, kurie lemia sveikatos problemas bei apsunkina sėkmingesnį sveikimą. 1 paveiksle pateikiama ligonio socialinės atskirties principinė schema (žr. 1 pav.).



1 pav. *Uždaras ligonio socialinės atskirties ratas*
(Sudaryta darbo autorės pagal Germanavičių, 2015)

Terminas *„diskriminacija“* nusako „valinį žmogaus arba žmonių grupės turimų teisių apribojimą, kai tomis pačiomis ar panašiomis aplinkybėmis kitas, savo savybėmis ir požymiais panašus, žmogus ar žmonių grupė naudojasi tokiomis teisėmis arba net yra privilegijuotoje padėtyje“

(Lygių galimybių integravimas: teoriniai ir praktiniai aspektai, 2011, p. 6). Nepatyrę socialinės integracijos ligoniai visuomenėje patenka į socialinės atskirties užribį, taip sudarant sąlygas diskriminacijai. *Stigma* apibūdina žmonių pasąmonėje slypinčias baimes, susijusias su tam tikrų grupių asmenų bruožais, požiūriais, įsitikinimais, veiklomis, neatitinkančiomis tos visuomenės standartų. Visuomenė „klijuoja etiketes“ tam tikroms grupėms, pavyzdžiui, psichikos ligoniams, onkologiniams ligoniams, neįgaliesiems. Kai žmogus sunkiai suserga, jis patiria kančią, bejėgiškumą, gėdą. Tai dažnai išgyvena psichikos sutrikimų turintys ligoniai: „asmuo kenčia ne tik nuo psichikos sveikatos problemų ar psichikos ligos simptomų, bet ir nuo stigmos“ (Germanavičius ir kt., 2007, p. 8). Pastebima, kad kai kurios lėtinės ligos lemia ne tik nepalankią visuomenės reakciją į sergančiuosius, bet ir pats sergantysis nuvertina savo socialines galimybes (Baltrušaitytė ir Leonavičius 2014). Socialinėje stigmoje atsidūręs asmuo ir pats save izoliuoja, siekia tapti „nematomu“, yra nuvertinamas kitų, marginalizuojamas: „apibrėžtoje socialinėje tvarkoje kai kurios tapatybės stigmatizuojamos ir laikomos gėdingomis, todėl subjektas, kuris prisiima vieną iš šių tapatybių, pasmerkia save gėdingam gyvenimui taip pat vengia praktikų ir veiklų, esančių šių tapatybių manifestacija ne dėl to, kad jos yra menkesnės ir prastesnės, o todėl, kad jos siejamos su socialiai atskirtųjų praktikomis ir veiklomis. Gėda dažnai tampa kaina, kuria mokama už tai, kad nesilaikoma normatyvios egzistencijos scenarijų“ (Tereškinas, 2015, p. 21).

Komplikuotumas, dėl kurio išgyvenami nemalonūs jausmai ir nusivylimas savimi dėl ligos, kartais glūdi ir pačių pacientų elgesyje. Würth ir kt. (2018), analizavę migrantų ligonių socialinės integracijos problemas, teigia, kad medicinos kontekste pastebimi nusistatymai - neaiškūs įsivaizdavimai, kurie „paverčia individualų elgesį plačiomis stereotipinėmis formulėmis arba bent jau skatina tokius stereotipus“ (Würth ir kt., 2018, p. 35). Pacientai išgyvena gėdą dėl savo ligos, ypatingai turint psichikos sutrikimų, nesilaiko gydytojų nurodymų, tai tampa kliūtimi grįžti į pilnavertį gyvenimą. Demencija sergantys pacientai pasižymi „problemišku elgesiu“ (nesilaiko gydytojo nurodymų, disciplinos, nepripažįsta ligos), kuris lemia kitas pasikartojančias problemas, jos sąveikauja tarpusavyje ir lemia gydymo ciklo sudėtingumą (Fukuda ir kt., 2015).

Kita problema yra tai, kad ligonio socialinės izoliacijos problemas lemia ir paties ligonio bėdos, nesugebėjimas dėl įvairių priežasčių savarankiškai funkcionuoti socialiniame gyvenime. Ustilaitė ir kt. (2008) ištyrė ir identifikavo dažniausiai patiriamas pacientų problemas, identifikuojančias iššūkius, su kuriais socialiniams darbuotojams tenka susidurti, dirbant asmens sveikatos priežiūros sistemoje (2 lentelė).

2 lentelė. *Sveikatos priežiūros įstaigose gydomų pacientų patiriamos problemos*

Problema	Labai aktuali (proc.)	Aktuali (proc.)	Neaktuali (proc.)	Sunku pasakyti (proc.)
Skurdas	64	36	0	0
Akholizmas	48	52	0	0
Rūkymas	8	46	0	46
Vienišumas	62	34	0	4
Informacijos apie socialines paslaugas stoka	58	42	0	0
Juridinių dokumentų pildymo problema	14	40	12	34
Specialių priemonių gavimo problema	24	28	0	48
Paciento finansų tvarkymo problema (kai pats to nepajėgia)	8	34	36	22
Papildomų paslaugų tenkinimo problema (maisto, knygų, televizijos)	0	26	28	48
Užimtumo problema	4	24	32	40
Informacijos apie NVO stoka	10	34	16	40
Informacijos apie savipagalbos grupes stoka	24	42	8	26
Bendravimo tarp pacientų ir artimųjų problema	6	20	32	42
Bendravimo tarp gydymo įstaigos personalo ir ligonio problema	12	38	4	46

Sudaryta darbo autorės pagal Ustilaitę ir kt. (2008)

Vadovaujantis Ustilaitės ir kt. (2008) atlikto tyrimo duomenimis galima teigti, kad pacientai daugiausiai patiria skurdo (64 proc.), vienišumo (62 proc.), informacijos stygiaus apie socialines paslaugas (58 proc.), problemas. Nemaža dalis pacientų turi žalingų įpročių (alkoholį vartoja 52 proc. respondentų, rūko - 46 proc.). Daugiau negu trečdalis (38 proc.) atsakiusiųjų nurodo ir bendravimo tarp gydymo įstaigos ir personalo sunkumus. Kita vertus, pasak Staškutės (2014), žmogaus socialinio gyvenimo kokybė glaudžiai susijusi su sveikata. Atskleista, kad tokie veiksniai kaip ligonio socialinės integracijos lygis, atskirties nebuvimas, socialiniai ekonominiai veiksniai (gyvenimas savoje šalyje ar ne, santuoka, išsilavinimas), yra itin reikšmingas sveikatai (Staškutė, 2014).

Analizuojant ligonių socialines problemas, svarbu paminėti ir ligonių socialinių įgūdžių stiprinimą. Kaip teigia Raudeliūnaitė ir Paigozina (2009, p. 139), „socialiniai įgūdžiai glaudžiai susiję su asmens gebėjimu valdyti socialines situacijas, efektyviai spręsti įvairias gyvenimiškas problemas, sėkmingai adaptuotis naujoje besikeičiančioje aplinkoje, atitinkamai veikti aplinką ar net keisti ją“. Todėl socialinių įgūdžių ugdymas ir stiprinimas leidžia gerinti asmens socialinio funkcionavimą, didinti „asmens potencines galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime“; be to, šis procesas taip pat didina asmens pasitikėjimą savimi, „jis efektyviau ima veikti esant probleminei situacijai, laisviau bendrauti esant formalioms ir neformalioms tarpusavio sąveikoms, kurti veiksmingus tarpusavio santykius bei efektyviai bendradarbiauti esant bendrajai grupinei veiklai“ (Raudeliūnaitė ir Paigozina, 2009, p. 139). Taigi, socialiniai įgūdžiai leidžia ligoniui valdyti socialines situacijas, efektyviai spręsti kasdienines problemas, adaptuotis įvairiose aplinkose (pavyzdžiui, ligoninėje) bei veikti ar keisti pačią aplinką. Sustiprinus socialinius įgūdžius, pagerėja jo socialinis funkcionavimas bei padidėja

galimybės visapusiškai dalyvauti visuomenės veikloje. Be to, padidėja ligonio pasitikėjimas savimi, jis gali efektyviau spręsti įvairias problemines situacijas bei laisviau sąveikauti su kitais asmenimis.

Socialinių įgūdžių stiprinimas padeda pacientams įveikti socialinių įgūdžių trūkumą ir suteikia jiems svarbių gebėjimų, kurie leidžia jiems veiksmingai spręsti kasdienius rūpesčius ir gyvenimo iššūkius bei įveikti stresą sukeliančius veiksnius, skatinančius atkrytį. Be to, socialių įgūdžių stiprinimas gali padėti pacientams stabilizuoti savo ligą, pagerinti vaistų vartojimo laikymąsi ir skatinti pažangą siekiant pasveikti (Abdelgelil, Elyazal, Mubarak & Elsherif, 2022). Velentza (2016) teigimu, socialinių įgūdžių stiprinimas turi būti pritaikytas individualiems paciento poreikiams ir gali padėti pacientui: (a) užmegzti ir palaikyti asmeninius santykius su kitais asmenimis, (b) prisiimti atsakomybę už vaistų vartojimą, (c) susirasti ir išlaikyti pastovų darbą, (d) susirasti ir išlaikyti nuolatinį būstą, gebėjimą pasirinkti norimą poilsio būdą ir galimybę mėgautis laisvalaikiu, (e) išlaikyti tokį funkcionalumo lygį, kuris leistų pacientui gyventi bendruomenėje ir suteiktų jam minimalius socialinius įgūdžius, taip pagerinant jo gyvenimo kokybę. Tyrimai rodo, kad gali socialinių įgūdžių stiprinimas gali pagerinti ligonio funkcionavimą, kadangi:

- sumažinamas kognityvinis pažeidžiamumas (pvz., mąstymo nelankstumas, save žlugdantys įsitikinimai).
- pagerinamas asmens gebėjimas susidoroti su stresoriais (pvz., išplečiant socialinius tinklus; išmokant prašyti paramos).
- Gerinamas gydymo, keičiančio biologinius veiksnius, laikymasis, pavyzdžiui, farmakoterapija (McQuaid ir kt., 2000).

Taigi, socialinių įgūdžių stiprinimas leidžia pacientams ne tik pagerinti savo įgūdžius susidoroti su kasdieninėmis problemomis ir iššūkiais, įveikti stresą sukeliančius veiksnius, bet ir suteikia leidžia stabilizuoti ligos simptomus, pagerinti vaistų vartojimo laikymąsi ir skatina siekį pasveikti. Greta šių aspektų, pacientas taip pat gali išmokti reikalingų įgūdžių bendrauti su kitai asmenimis, susirasti darbą ir/ar būstą bei juos išlaikyti, pasirinkti laisvalaikio veiklas bei palaikyti tokį socialinį lygį, kuris leistų pacientui gyventi bendruomenėje.

Atkreiptinas dėmesys, kad socialinių įgūdžių stiprinimas priklauso ir nuo ligos, kuria serga pacientas. Pavyzdžiui, Velentza (2016) pateikia lėtinėmis psichozinėmis ligomis sergantiems pacientams skirtą socialinių įgūdžių stiprinimo programą, kurioje pabrėžiami šie aspektai: asmeninės higienos mokymas, švietimas apie vaistų vartojimą (siekiama skatinti pacientą prisiimti atsakomybę už vaistų vartojimą ir gebėjimą susidoroti su šalutiniu poveikiu), laisvalaikio valdymas (siekiama, kad pacientas įgytų galimybę pasirinkti veiklą ir vietas, kurios jam teiktų džiaugsmą ir pasitenkinimą), pagrindinių komunikacijos įgūdžių mokymasis (apima paciento mokymą būtinų socialinių įgūdžių, kurie leis jam pradėti, tęsti ir užbaigti pokalbį), simptomų valdymas (paciento mokymas, kaip sumažinti simptomų intensyvumą ir išvengti susierzinimo juos patiriant), taip pat pagalbos prašymo

mokymas. Tačiau esant skirtingoms ligoms, pacientų socialinių įgūdžių stiprinimas turi būti orientuotas į ligos pobūdį bei paciento poreikius (Velentza, 2016; Abdelgelil ir kt., 2022).

Apibendrinant galima teigti, kad ligoniu yra laikomas asmuo, kuriam pasireiškia ligos požymiai ir simptomai. Šiuos požymius ir simptomus nustato kvalifikuoti medicinos srities darbuotojai. Įvairaus pobūdžio ligomis sergantys asmenys susiduria su socialine atskirtimi bei stigma dėl turimos ligos, kuri gali pasireikšti diskriminacija, galinčia sukelti nedarbą, vienatvę, depresiją, drovumą, savęs nuvertinimą ir kitas psichologines problemas. Ligoniai patiria socialinių bei psichologinių išgyvenimų, todėl jiems reikalinga psichologinė ir socialinė pagalba. Atkreiptinas dėmesys, kad ligonio socialinės izoliacijos problemas lemia ir paties ligonio problemos: skurdas, informacijos stygius apie socialines paslaugas, žalingi įpročiai, bendravimo su gydymo įstaiga sunkumai ar nesugebėjimas savarankiškai funkcionuoti socialiniame gyvenime. Šios problemos gali būti indukuotos institucinių, tarpasmeninių ir asmeninių veiksnių. Aktyvių socialinių santykių vaidmuo ir poreikis įsilieti į visuomenę ir veikti joje, atsiranda kaip galimybė ligonio gyvenime palaikyti organizmo sveikatą. Stiprinant pacientų socialinius įgūdžius, suteikiama galimybė ne tik pagerinti jų įgūdžius susidoroti su kasdieninėmis problemomis ir iššūkiais, įveikti stresą sukeliančius veiksnius, bet ir suteikiama galimybė stabilizuoti ligos simptomus, pagerinti vaistų vartojimo laikymąsi ir skatina siekį pasveikti. Greta šių aspektų, pacientas taip pat gali išmokti reikalingų įgūdžių bendrauti su kitai asmenimis, susirasti darbą ir/ar būstą bei juos išlaikyti, pasirinkti laisvalaikio veiklas bei palaikyti tokį socialinį lygį, kuris leistų pacientui gyventi bendruomenėje.

2. SOCIALINIO DARBO PRAKTIKA, ĮGYVENDINANT LIGONIŲ SOCIALINĖS INTEGRACIJOS PROCESĄ

2.1. Socialinis darbas asmens sveikatos priežiūroje: vaidmenys, funkcijos, teikiama pagalba

Socialinių paslaugų poreikis nuolat auga, tad plėtojamos ir socialinio darbo sritys. Kitaip tariant, paslaugos vis dažniau teikiamos ne tik bendruomeninių ir institucinių socialinių paslaugų sektoriuje, bet ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Socialinio darbuotojo profesijos statusas ir vaidmenys, įvairių valstybių sveikatos priežiūros sistemose, nėra aiškiai apibrėžtos, o galimybės realizuoti profesinį potencialą - neišvystytas.

Socialiniai darbuotojai vaidina itin svarbų vaidmenį sėkmingos ligonių socialinės integracijos procese. Svarbi yra tiek socialinio darbuotojo profesinė kompetencija, tiek jo asmeninės savybės ir vertybės, tokios kaip teisingumas, solidarumas, pagarba ir rūpinimasis kitais. Specialistų kvalifikacija, asmeninės savybės, socialiniai ir emociniai įgūdžiai yra labai svarbūs, siekiant efektyvaus darbo su neįgaliaisiais. Socialinis darbuotojas vykdo socialinę, edukacinę bei prevencinę veiklą, o jo teikiamos teisinės, sveikatos priežiūros, psichologinės ir socialinės pagalbos paslaugos, suteikia efektyvią pagalbą fizinių, emocinių ar psichologinių sunkumų patiriantiems asmenims. Socialinis darbuotojas vaidina itin svarbų vaidmenį užtikrinant ir padedant ligoniams, mažinant patiriamą neigiamą poveikį jų sveikatai (tiek fizinei, tiek psichinei) bei socialiniam gyvenimui (Irfan, ir kt., 2018).

Socialiniai darbuotojai gali dirbti formaliu, savanorišku lygmeniu, valstybiniame ir privačiame sektoriuje, su įvairaus amžiaus ir skirtingomis ligomis sergančiais ligoniais. Socialinis darbas savo profesijos prigimtimi siekia spręsti plačias institucinių struktūrų bėdas makrolygiu, dėl kurių įtvirtinamas visuomenės santykių netolygumas, galios hierarchija, lemianti, jog silpnesnių visuomenės grupių teisės neužtikrinamos. Medicinos specialistai yra linkę į pernelyg medicininį sveikatos priežiūros modelį – ligos istorija, simptomų tikrinimas, tyrimo rezultatai. Toks požiūris sukuria paternalistinį santykį tarp gydytojo ir paciento (Parast & Allaii, 2014).

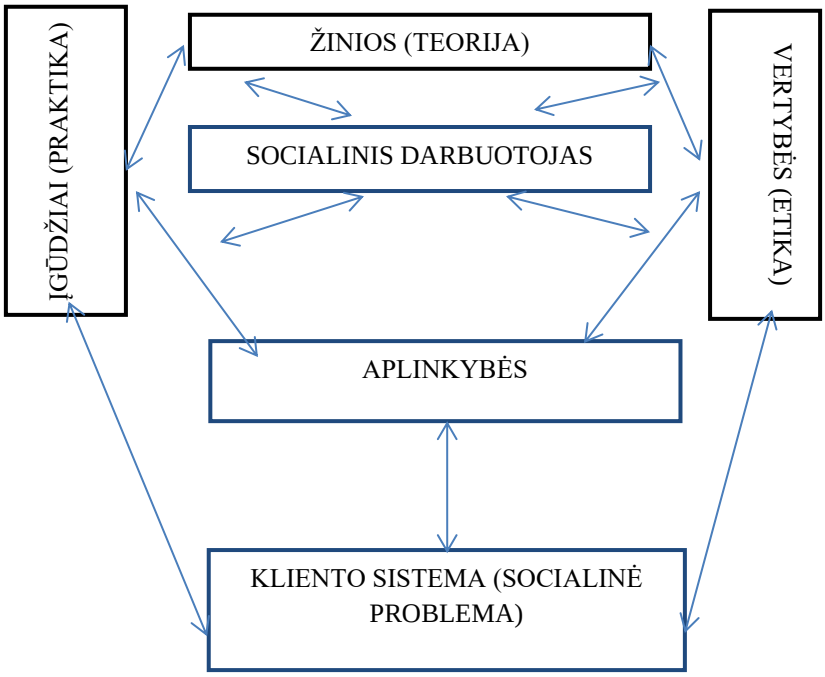
Integruotų paslaugų poreikį didina lėtinėmis ligomis sergančių pacientų skaičius, demografiniai pokyčiai, paslaugų fragmentiškumas ir susiskaldymas, didėjantys ligonių lūkesčiai, išteklių trūkumas, ekonominis nepriteklius, medicinos pažanga (Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė, 2014). Integruota sveikatos priežiūra suprantama kaip sveikatos priežiūra, koordinuojanti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas teikiančių institucijų veiksmus. Ją taip pat galima nusakyti kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, valdymo, organizavimo sistemą, kuri derinama su žmonių poreikiais ir įvairių grandžių ir lygių sveikatos priežiūros, socialines paslaugas teikiančiais subjektais (Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė, 2014). Tai integruota sveikatos priežiūra, sveikatos paslaugų

valdymas ir teikimas, siekiant, kad pacientams būtų užtikrintos prevencinės ir gydomosios paslaugos, atsižvelgiant į jų poreikius įvairiuose sveikatos sistemos lygmenyse (Fraser ir kt., 2018). Integruota sveikatos priežiūros paslaugų sistema socialinio darbuotojo, dirbančio su ligoniais, darbo specifikos požiūriu, yra aktuali tuo, kad grindžiama komandiniu darbu – gydytojo, slaugytojų ir kitų specialistų bendradarbiavimu (Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė, 2014).

Mokslinėje literatūroje teigiama, kad norint, jog socialinių darbuotojų praktika su ligoniais, neįgaliaisiais ir jų šeimomis būtų efektyvi ir veiksminga, ji turi papildyti paciento teikiamą medicininę priežiūrą ir sąveikauti (Albrithen & Yalli, 2016). Specialistas turi veikti bendroje komandoje su medicinos srities darbuotojais. Analizuojant socialinio darbuotojo vaidmenį sveikatos priežiūros specialistų komandoje, aktualu paminėti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro bei socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymą „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų patvirtinimo“ (2019), kuriame sveikatos priežiūros įstaigos socialiniai darbuotojai apibrėžiami kaip „specialistai, kurių darbo paskirtis yra sustiprinti į sveikatos priežiūros įstaigą besikreipiančio ar joje besigydančio asmens prisitaikymo prie aplinkos sugebėjimus, atnaujinti ryšius su bendruomene, padedant jam integruotis į visuomenę, ir skatinti pilnavertiškesnį asmens socialinį funkcionavimą“.

Socialinis darbuotojas, bendradarbiaudamas su kitais sveikatos priežiūros specialistais, padeda pacientui ir jo artimiesiems spęsti socialines problemas, kurios kyla dėl pasikeitusios paciento sveikatos būklės, prisitaikyti prie kliento funkcionavimo pokyčių, socialinių aplinkybių kaitos. Specialistas padeda užtikrinti socialinių paslaugų tęstinumą, informuoja ir konsultuoja apie lengvatas ir garantijas, padeda spręsti konfliktus. Atpažindamas paciento problemas, socialinis darbuotojas rekomenduoja jam ar jo artimiesiems kreiptis pagalbos į jas spręsti padedant savo srities specialistams (Sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatai, 2019).

Pastebima, kad socialiniai darbuotojai remdamiesi turima patirtimi, įgūdžiais, išsilavinimu, gali geriausiai suprasti psichosocialinius ir ekonominius poreikius, kurie reikalingi ligoniui ar kurių reikalauja jo šeima, įvertinti tarpasmeninius ir instrumentinius išteklius, reikalingus gydymui (Fraser ir kt., 2018). Tarpprofesinis komandinis darbas tarp medicinos priežiūros komandos ir socialinio darbo personalo yra gyvybiškai svarbus veiksnys teikiant veiksmingą sveikatos priežiūrą (Albrithen & Yalli, 2016). Socialiniai darbuotojai yra pagrindinė sveikatos priežiūros darbuotojų dalis. Jie vis dažniau įdarbinami integruotose sveikatos priežiūros įstaigose, nes turi įgūdžių spręsti elgesio ir fizinės sveikatos problemas (Heenan & Birrell, 2019). 2 paveiksle vaizduojama socialinio darbo specifika asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (žr. 2 pav.).



2 pav. *Pagrindiniai komponentai socialiniame darbe*

(Sudaryta darbo autorės pagal Bagdoną, 2015)

Socialinio darbo objektas yra klientas ir jo poreikiai (žr. 2 paveikslą). Socialinis darbuotojas, vadovaudamasis socialinio darbo vertybėmis (ir profesine patirtimi), orientuojasi į klientą kaip individą, pažindamas unikalią jo situaciją, veikdamas joje. Socialinio darbuotojo klientas, dirbant asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, yra ligonis, turintis konkrečią ligą, patirtį ir tuo susijusias problemas. Socialinio darbuotojo vaidmuo – užtikrinti kuo sėkmingesnę ligonio socialinę integraciją, įgalinti jį veikti socialinėje aplinkoje. Įgalinimas reiškia, kad socialinis darbuotojas nesprendžia už klientą jo problemų, bet klientui padeda ugdyti(s) gebėjimus įsilieti į visuomenės gyvenimą. Socialinio darbuotojo darbo aplinka, dirbant su ligoniais, yra asmens sveikatos priežiūros įstaigos, ligonio namai, socialinė bendruomenė (Bagdonas, 2015). Mokslininkės Žalimienės (2003) teigimu socialinių paslaugų teikimo tikslas - socialinio saugumo ir reabilitacijos užtikrinimas pacientams (neįgaliesiems, rizikos grupėms, vaikams, darbingo amžiaus ar pagyvenusiems pacientams, reabilitacijos įstaigoms priklausantiems asmenims). Socialinio saugumo suteikimas yra vienas iš esminių socialinio darbo aspektų, dirbant asmens sveikatos priežiūros sistemoje.

Kitas svarbus aspektas yra pažeidžiamų asmenų grupių socialinė integracija: „kita funkcija yra išlaisvinti žmones nuo visuomenės primestų stigmų ir šabloninių struktūrų. Čia socialinis darbas įgauna profesijos, veikiančios ne tik mikro, bet mikro lygmenyje, savybių. Profesijos funkcija yra ir saugoti visuomenę nuo įvairių formų diskriminacijos ir kitų socialinių neteisybių (angl. *injustice*)“ (Adomaitytė-Subačienė, 2019, p. 19). Gydymo procese ligoniai susiduria tiek su operaciniu, tiek

pooperaciniu gydymu bei reabilitacija, socialiniai darbuotojai padeda pacientams spręsti problemas visu gydymo periodu ar lankant pacientus, tęsiant gydymą namuose (Kadarisman, 2019).

Socialinis darbuotojas reikšmingai prisideda prie ligonio socialinių kompetencijų ugdymo, jo tarpasmeninių santykių kokybės gerinimo, neįgaliojo ir šeimos teigiamo psichologinio klimato kūrimo. Socialiniai darbuotojai prisideda užtikrinant, kad ligoniui būtų suteiktos galimybės gyventi visavertį ir produktyvų gyvenimą jo socialinėje aplinkoje. Šios profesijos specialistai, stebi, analizuoja ir pritaiko reikiamas socialinių kompetencijų vystymo programas, kurios pacientui turėtų efektyvių teigiamų pasekmių, jo kasdieniame gyvenime (Bigs & Carter, 2016).

Socialinis darbuotojas prisideda prie ligonio esamų socialinių problemų ar situacijų ištyrimo, renka informaciją apie ligonio būklę, skatina norą aktyviau dalyvauti gydymo procese ir spręsti su reabilitacija ir sveikimu susijusias problemas. Šių pacientų kasdienio gyvenimo situacijos yra paveikiamos ligos, nes liga reiškia papildomą socialinę „naštą“ ir sukelia didelį išorinį socialinį spaudimą (Serker ir kt., 2017). Pastebima, kad socialinių darbuotojų funkcijos yra naudingos ir ligonio teisių atžvilgiu. Socialiniai darbuotojai padeda surinkti lėšas, kreipiasi į labdaros ir paramos organizacijas dėl nepasiturinčių pacientų, kuriems reikalingos brangios medicininės priemonės (dializės, chirurgijos, chemoterapijos ir kitos procedūros), o valstybė jų nefinansuoja (Kardarisman, 2019). Socialinis darbas reikalauja suteikti ligoniams saugumą, padėti spręsti kylančias problemas operaciniu, pooperacinio gydymo bei reabilitacijos laikotarpiu, skatinti socialinę integraciją bei įgalinti ligonį patį spręsti su sveikimu susijusias problemas.

Socialinių darbuotojų mokymai ir žinios apie psichosocialinius sveikatos rizikos veiksnius, jų elgsenos sveikatos patikrinimo, vertinimo ir įrodymais pagrįstų intervencijų naudojimo patirtis, leidžia socialiniams darbuotojams išskirtinę kvalifikaciją padėti gydyti „visą asmenį“ integruotose sveikatos priežiūros įstaigos (Saxe Zerden, Lombardi & Jones, 2019). Mokslinėje literatūroje aptariamos socialinio darbuotojo veiklos sritys bei funkcijos, įgyvendinant socialinio darbo tikslus ir siekiant socialinės ligonių integracijos: pacientų poreikių ir jų socialinės situacijos įvertinimas; artimųjų konsultavimas, informavimas; socialinių paslaugų vertinimas, teikimas, tęstinumas; dokumentų tvarkymas; atstovavimas ir tarpininkavimas; artimųjų ir šeimos įtraukimas; savipagalbos ir užimtumo grupių veiklos rengimas, organizaciniai klausimai; bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis; profesinės etikos sklaida (Raudeliūnaitė, 2014). Kaip matyti pagal funkcijų išskyrimą, jos apima gana plačias socialinio darbuotojo veiklas: socialinis darbuotojas įvertina socialinę situaciją ir paciento poreikius, dėl šių aspektų konsultuoja artimuosius, teikia socialines paslaugas pagal paciento poreikius, tvarko dokumentus, taip pat atstovauja pacientą bei įtraukia į šias veiklas artimuosius, organizuoja kitas veiklas, bendradarbiauja su kitomis įstaigomis ir visa tai vykdo laikydamasis profesinės etikos standartų. Reikia pastebėti, kad kai kuriais atvejais šios funkcijos yra labiau

detalizuojamos, pavyzdžiui, teigiama, kad ligoninėje dirbantis socialinis darbuotojas atlieka tokias funkcijas:

1. pirminis paciento ir jo šeimos aplinkos vertinimas;
2. išsamus pacientų psichosocialinis tyrimas;
3. pagalba ligoniams ir jų šeimoms, siekiant suprasti ligą ir gydymo galimybes, pasekmes ir teisę jo atsisakyti;
4. pagalba prisitaikyti prie ligoninės atmosferos ir taisyklių, stebėti ligonio emocinį/socialinį atsaką į ligos gydymą, šviesti sergančiuosius apie sveikatos priežiūros komandos narių vaidmenis;
5. pagalba ligoniams ir jų šeimoms, bendraujant vienas su kitu ir sveikatos priežiūros komandos nariais;
6. ligonių švietimas apie galimybes pasinaudoti teisėmis į išmoką ir kt.;
7. krizių intervencija;
8. pagalba diagnozuojant ligą, ypatingai kalbant apie psichines ligas, kur reikalingas ilgalaikis diagnozės procesas ir aktyvus ligonio stebėjimas, bendradarbiavimas psichoterapijos procese, ligonio išrašymo ir priežiūros planavimo tęstinumo koordinavimas, trūkstamų lėšų vaistams, patvariai medicinos įrangai ir kitoms reikalingoms paslaugoms finansuoti organizavimas, ligonių ir jų šeimos poreikių tenkinimas stacionare, gydantis ambulatoriškai, namuose ar bendruomenėje (Social Workers in Hospitals and Medical Centers, 2011).

Taigi, galima teigti, kad socialinio darbuotojo funkcijos dirbant su ligoniais yra gana plačios ir apima nemažai veiksmų tokių kaip pirminis ligonio vertinimas ir psichosocialinis tyrimas, pagalba jam ir artimiesiems padedant suvokti ligą bei gydymo galimybes, pagalba prisitaikant ligoninėje bei švietimas, krizių intervencija, aktyvus ligonio stebėjimas bei bendradarbiavimas gydymo procese su kitais specialistais, trūkstamų lėšų organizavimas, ligonio poreikių tenkinimas visame gydymo procese (ambulatoriškai, namuose ar bendruomenėje).

Socialinio darbo specialistų poreikį stacionarioje gydymo įstaigoje analizavusios Ustilaitė ir kt. (2008) išryškina papildomas socialinių darbuotojų funkcijas tokias kaip savo kaip specialisto vertybių sistemos perteikimas, pacientų palaikymas, patarimai finansų tvarkymo ir kitais savarankiško socialinio gyvenimo klausimais. Taigi, autorės akcentuoja dvasinius socialinio darbo aspektus bei pagalbą pacientams savarankiškai tvarkyti savo gyvenimą. Allen (2016) nurodo panašias socialinio darbuotojo, dirbančio su psichikos sveikatos sutrikimų turinčiais ligoniais, funkcijas: *padėjimas* ligoniams naudotis įstatymais numatytomis socialinės globos ir socialinio darbo paslaugomis ir patarimais, kurie teikiami įgyvendinant inidividualizuotą sveikatos priežiūrą; ligonių ir jų šeimų socialinės įtraukties *skatinimas*; *profesionalus įsikišimas* į ligonių gyvenimo situacijas,

kurioms būdingas didelis socialinis, šeimos, asmeninio gyvenimo sudėtingumas, rizika ir neaiškumas; *produktyvi veikla* vietos bendruomenėse, siekiant ligonių intervencijos ir aktyvaus jų pilietiškumo. Taigi, nors skirtingi autoriai skirtingai įvardija socialinio darbuotojo funkcijas, tačiau galima pastebėti, jog dauguma jų yra panašios. Remiantis skirtingų mokslininkų ir autorių pateikiamomis socialinio darbuotojo funkcijomis dirbant su ligoniais sveikatos priežiūros įstaigoje, galima pastebėti, jog šios funkcijos apima ligonio situacijos tyrimą ir analizę, pagalbos suteikimą ligoniams ir jų artimiesiems, teigiamo psichologinio klimato užtikrinimą, ligonio atstovavimą, dokumentų tvarkymą ir bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros specialistais.

Vertinant socialinio darbuotojo funkcijas, dirbant su ligoniais asmens sveikatos priežiūros srityje, galima jas suskirsyti į mikro ir makro lygmens funkcijas. Čia išryškėja ir atitinkami socialinio darbuotojo vaidmenys (3 lentelė). Socialinio darbuotojo vaidmuo – tai susijusių funkcijų ar užduočių, kurioms reikia ir žinių, ir įgūdžių, visuma. Socialiniai darbuotojai rengiami atlikti tam tikrus vaidmenis, sutelkiant dėmesį į būdus, kuriais socialinis ir aplinkos kontekstas veikia gerovę – perspektyva, kurioje visi biopsichosocialiniai veiksniai yra laikomi priežastiniais, su sveikata susijusiais, veiksniais (Heenan & Birrell, 2019).

3 lentelė. *Socialinio darbuotojo vaidmuo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje*

(Sudaryta darbo autorės pagal Sapežinskienę ir kt., 2003)

Funkcija: ligonio konsultavimas		
Lygis	**Vaidmuo**	**Strategija**
Mikro	Įgaliotojas	Pacientams padeda savarankiškai ieškoti sprendimų
Funkcija: vadovavimas lėšoms, ištekliams surasti		
Mikro	Socialinis darbuotojas – tarpininkas, advokato, gynėjo vaidmuo	Tarpininkaujama tarp socialinės aplinkos ir asmens
Funkcija: švietimas		
Mikro	Mokytojas	Teikia informaciją, nurodo, kokius pacientus reikalinga mokyti, vadovauja mokymo programoms ir jas organizuoja

Nagrinėjant 2 lentelėje pateiktą informaciją, reikėtų pažymėti, kad dirbdamas su ligoniu, socialinis darbuotojas atlieka trijų krypčių funkcijas. Taikydamas strategijas, jis padeda klientui pačiam ieškoti sprendimų, tarpininkauja ir teikia informaciją įstaigoms ir institucijoms apie kliento galimybes mokytis, lavinti socialinius ir visuomeninius įgūdžius. Specialistas atlieka tarpininko (advokato vaidmuo, dirba socialiniu vadovu, atstovauja klientą), įgaliotojo (dirba socialiniu ir klinikiniu darbuotoju) ir mokytojo (turi teikti informaciją, rūpintis prevencija), vaidmenis.

Socialinių darbuotojų patirtis, dirbant su klientais ir tai, kaip jie suvokia savo vaidmenis, analizavo Prakapas (2007) kurio teigimu, socialiniai darbuotojai dažniausiai save identifikuoja kaip padėjėją (40 proc.). Klientai socialinį darbuotoją dažniau apibūdina kaip patarėją (36 proc.).

Socialiniai darbuotojai savo vaidmenį suvokia kaip antraeilį, pagalbos klientui teikimo procese, o klientai socialinius darbuotojus mato tik kaip patarėjus. Dirgėlienė ir Liekis (2013), nagrinėję socialinio darbuotojo veiklos galimybes psichikos sveikatos centro tarpdisciplininėje komandoje, nustatė, kad tarpdisciplininėje komandoje socialiniai darbuotojai dažniausiai atlieka specialisto ir komandos žmogaus vaidmenis, kiek mažiau – tyrinėtojo, vykdytojo vaidmenis. Be to, išanalizavus tyrimo rezultatus, padaryta prielaida, kad komandos žmogaus ir specialisto vaidmenį atlieka aukštąjį universitetinį išsilavinimą turintys socialiniai darbuotojai, tokiu būdu dar labiau sustiprindami komandinį darbą. Tyrimo išvadose nurodoma, kad socialinių darbuotojų veiklos ir atitinkamai vaidmenų galimybės komandoje yra plačios. Priduriama, jog kiekvienas tarpdisciplininės komandos narys turi nuolat tobulinti komandinio darbo kompetencijas. Kiek kitokį požiūrį atskleidžia Heenan ir Birrell (2019), kurie pastebi, jog socialinių darbuotojų vaidmenį – sveikatos priežiūros valdymo, elgesio sveikatos intervencijų ir bendruomenės įtraukimo paslaugų derinį – nulemia kontekstas, įskaitant pacientų populiacijos ypatybes, elgsenos ir fizinės sveikatos priežiūros integracijos lygį ir išorės politikos lygmens apribojimus, pvz., galimybę gauti kompensaciją iš viešųjų ir privačių mokėtojų už ligonio stebėjimą, vertinimą ir gydymą.

Remiantis skirtingų mokslininkų pateiktais socialinio darbuotojo vaidmenimis ir funkcijomis, kurios yra vykdomos, dirbant su ligoniais asmens sveikatos priežiūros įstaigose, galima teigti, kad socialinio darbo pobūdis yra daugiafunkcis, todėl ir socialinio darbuotojo veikla sveikatos priežiūros įstaigose yra daugiaplanė. Pabrėžtina, jog liga riboja paciento socialines galimybes, sukelia savęs nuvertinimo jausmus ir fizinį diskomfortą, išgyvenamas nepritapimo prie kitų pojūtis, todėl socialinis darbuotojas, bendradarbiaudamas su ligoniu, gali padėti ligoniui bei jo artimiesiems spręsti įvairias su gydymo procesu susijusias problemas. Darbas sveikatos priežiūros įstaigoje socialinius darbuotojus įpareigoja suteikti ligoniams saugumą, padėti spręsti kylančias problemas operaciniu, pooperaciniu gydymu bei reabilitacijos laikotarpiu, skatinti socialinę integraciją bei įgalinti ligonį patį spręsti su sveikimu susijusias problemas. Šiuo atveju socialinių darbuotojų funkcijos apima ligonio situacijos tyrimą, pagalbą ligoniams ir jų artimiesiems apie gydymo ypatumus ir galimybes, pagalbą ligoniu ir jo artimiesiems sveikatos priežiūros sistemos navigacijoje, ligonio psichologinį palaikymą, ligonio atstovavimą, dokumentų tvarkymą, bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros specialistais., Tokiu būdu sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis socialinis darbuotojas atlieka tarpininko, įgaliotojo ir mokytojo vaidmenis, tačiau jo atliekami vaidmenys priklauso nuo konteksto (pacientų populiacijos ypatybių, sveikatos priežiūros integracijos lygio ir išorės politikos lygmens apribojimų).

2.2. Socialiniams darbuotojams kylantys iššūkiai ligonio socialinės integracijos procese

Petrauskienė ir Zabelienė (2014) pabrėžia, jog socialinio darbuotojo esminis tikslas – ligonio užimtumo užtikrinimas. Paciento užimtumas, kaip metodas, taikomas su skirtingais klientais, o užimtumo turinį sudaro įvairios veiklos, užduotys, kurios turi įtakos gerinti psichinę bei fizinę ligonių sveikatą, gyvenimo kokybę, socialinę sąveiką (Petrauskienė ir Zabėlienė, 2014). Ligonių poreikiai yra labai skirtingi, todėl socialiniam darbuotojui tenka atsižvelgti į kiekvieną situaciją individualiai. Pagrindinės ligonių užimtumo ir integracijos veiklos yra: dailė, rankdarbių kūrimas, kompiuterinio raštingumo mokymasis, biblioterapija, judesio, žaidimų terapija, kulinarija. Minėtame tyrime dalyvavę socialiniai darbuotojai savo darbo kokybę sieja su užimtumo veiklų įvairove ir kliento galimybe rinktis veiklą. Problemos, su kuriomis susiduria specialistai, siekiant pacientų sėkmingos socialinės integracijos - riboti materialiniai ištekliai, darbo organizavimo veiksniai. Netinkamos darbo sąlygos, tokios kaip patalpų nepritaikomumas, neatitikimas priešgaisrinės saugos reikalavimams, darbuotojų trūkumas, žinių ar kvalifikacijos trūkumas (Petrauskienė ir Zabielenė, 2014).

Raudeliūnaitė ir Buškevičiūtė (2014) identifikuoja probleminius aspektus, su kuriais susiduria asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai:

1) pernelyg didelis darbo krūvis;

2) „profesinio perdegimo“ sindromas;

3) ribota informacija apie socialinio darbuotojo teikiamas paslaugas;

4) darbo vietos problemos;

5) nepakankamas atliekamų profesinių pareigų vertinimas sveikatos priežiūros įstaigose;

6) problemos, patiriamos skirtingoms institucijoms nesėkmingai komunikuojant tarpusavyje, taip pat ir su ministerija.

Svarbu pažymėti, kad didžiąją dalį problemų lemia darbo organizavimo veiksniai, profesijos prestižo klausimai. Raudeliūnaitės (2014) tirti socialiniai darbuotojai neabejoja klientams teikiamų paslaugų svarba, jų kokybe, tačiau darbą apsunkina didelis stresas, neužtikrintumas, profesinės motyvacijos stoka. Problemų iškyla ir organizacinėse veiklose: nuolatinis dokumentavimo poreikis, ribotas laikas, kitos kasdienio darbo problemos. Reikšmingą vaidmenį atlieka ir organizacinė kultūra bei klimatas, kuris daugiausia priklauso nuo efektyvios lyderystės ir priežiūros (Sullivan ir kt., 2014).

Visos šios įvardytos priežastys lemia socialinių darbuotojų perdegimą, kurį patvirtina ir Green bei kt. mokslininkų (2014) atlikti tyrimai. Socialiniams darbuotojams kyla didelė perdegimo rizika, o tai neigiamai veikia paslaugų kokybiškumą bei organizacijų funkcionavimą. Manoma, kad perdegimas yra didelė sveikatos priežiūros specialistų problema, kurią patiria apie 21–67 proc. visų specialistų.

Kavaliauskienė ir Balčiūnaitė (2014) teigia, jog profesinis perdegimas patiriamas dėl emocinio išsekimo, esant neigiamam, ciniškam abejingam kliento požiūriui į specialistą, esant motyvacijos stokai ar jaučiant kompetencijų trūkumą bei esant netinkamoms darbo sąlygoms. Profesinis perdegimas dažnai tampa neefektyvaus specialistų darbo priežastimi: įsipareigojimų stoka, pravaikštos, suprastėjusi teikiamų paslaugų kokybė. Profesinį perdegimą gali sukelti nusivylimas, būdingas dirbant su sudėtingais klientų atvejais bei jaučiant didelę atsakomybę tiek už kliento, tiek už aplinkinės bendruomenės gerovę (Kavaliauskienė ir Balčiūnaitė, 2014).

Darbas asmens sveikatos priežiūros srityje yra komandinis. Socialinis darbuotojas turi jaustis lygiaverčiu komandos nariu, tačiau komandos narys yra ne tik jis: „svarbu nepamiršti, kad klientas yra ne mažiau svarbus komandos narys. Jokia komanda nesugebėtų patenkinti visų sveikatos priežiūros poreikių be paties kliento poreikių įvardijimo ir dalyvavimo siekiant bendro reabilitacijos tikslo“ (Varžinskienė ir Rudzevičiūtė, 2009, p. 71). Specialistų komanda kuriama priklausomai nuo ligonio būklės, poreikių, padėties. Pacientas bei jo artimieji yra reikšmingi komandos nariai: suteikiant esminę informaciją apie ligonio būklę, savijautą, poreikius. Komandoje kiekvienas narys yra kolektyvo dalis, kuriantis tam tikrus santykius su kiekvienu ir išreiškiantis savo įnašą siekiant efektyvios veiklos. Vaidmuo komandoje – tai išmoktas elgesys, o ne techninės žinios (Varžinskienė ir Rudzevičiūtė, 2009).

Tarpdisciplininis bendradarbiavimas yra esminis tiek efektyvios pacientų priežiūros, tiek įstaigų efektyvios veiklos, elementas. Socialiniai darbuotojai bendradarbiauja su gydytojais ar slaugytojais, siekdami užtikrinti, kad su pacientais būtų elgiamasi pagarbiai, tinkamai, suteikiama tinkama priežiūra kiekviename sveikimo proceso etape. Nors gydytojai, slaugytojai, specialistai, yra labai svarbūs fiziniams paciento poreikiams patenkinti, socialinis darbuotojas padeda pacientams ir šeimoms „užkulisiuose“: užtikrinta, jog turima pakankamai išteklių, reikalingų gydymui, taip pat sprendžia jų emocines ir socialines problemas, rūpinasi psichosocialiniais poreikiais. Sveikatos priežiūros srityje dirbančių socialinių darbuotojų pareigos gali būti labai skirtingos, priklausomai nuo unikalių klientų poreikių, tačiau jie bendradarbiauja su gydytojais ar slaugytojais, yra įtraukiami į tokią paciento priežiūros veiklą, kaip: maitinimo planavimą, ligonio vidinės savijautos konsultavimą, siuntimų į paramos grupes teikimą ir daugybę kitų paslaugų, kurios padeda pacientams sveikti (Gabrielova & Veleminsky, 2014).

Mokslininkų Albrithen ir Yalli (2016) atlikti tyrimai rodo, jog didžiausios kliūtys sėkmingam tarpdisciplininiam komandiniam darbui yra skirtingas komandos narių statusas, neefektyvus bendravimas, laiko trūkumas ir vidinis specialistų konkurencingumas. Remiantis skirtingų mokslininkų pateikiamais tyrimais, galima išskirti kelis sėkmingo bendradarbiavimo barjerus, kuriuos savo veikloje patiria socialiniai darbuotojai:

Mokslininkės Večkienė ir kt. (2018) ištyrė, kad socialiniai darbuotojai, dirbdami asmens sveikatos priežiūros komandoje, patiria keturis bendradarbiavimo barjerus:

1. Skirtingai suvokiama pagalbos pacientui samprata;
2. Skirtingai nustatomi ligonio gydymo eiga ir prioritetai;
3. Nevienodai taikomi veiklos modeliai ir veiksmų komandoje nustatymo poreikiai;
4. Komandoje dirbantys gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai naudoja skirtingą informaciją ir žinias;
5. Tarpdisciplininę komandą sudaro skirtingų sričių specialistai, todėl kyla problemų, susijusių su terminologija: kiekviena sritis turi specifinių sąvokų kurios apsunkina komunikaciją (Bogdanova ir Večkienė, 2009; Giles, 2016; Večkienė ir kt., 2018).

Nuolat atsirandantys komunikacijos barjerai trikdo specialistų darbą, siekiant patenkinti ligonių fizinius, psichinius bei socialinius poreikius. Mokslinių tyrimų metu nustatyta, kad medicinos srityje dirbantis personalas nelaiko socialinio darbo savarankiška ir reikšminga sritimi sveikatos priežiūros sistemoje. Tai socialinės ligonių integracijos procese dirbantiems socialiniams darbuotojams sukelia papildomą įtampą bei stresą. Socialiniai darbuotojai patiria stresą, nes nesuteikiama pakankamai laiko, įgūdžių ir reikalingos paramos iš aplinkinių, siekiant sėkmingo jų darbo. Socialinių darbuotojų lankomi ir prižiūrimi ligoniai ne visada turi reikalingus komunikavimo gebėjimus, todėl tai apsunkina įprastą socialinio darbuotojo veiklą (Večkienė ir kt., 2013; Ruotsalainen ir kt., 2014).

Mokslinėje literatūroje pateikiami organizaciniai bei teisiniai ligonių socialinės integracijos iššūkiai, kuriuos patiria socialinio darbo specialistai. Sklandžiai ir sėkmingai socialinio darbuotojo veiklai neretai trukdo hierarchinė sistema ir mažai reglamentuotas socialinis darbas. Problemų kelia ir klientų motyvacijos stoka įsitraukti į problemų sprendimą, nemotyvuojantis atlyginimas. Tuo tarpu profesinę motyvaciją tarpdisciplininėje komandoje didina pozityvūs veiklos rezultatai, aukšta bendradarbiavimo kokybė, vadovų paskatinimas ir kolegų palaikymas (Dirgėlienė ir Liekis, 2013).

Psichikos sveikatos centruose dirbančių socialinių darbuotojų patirtis nagrinėjusios Petrauskienė ir Skrickaitė (2010) taip pat išryškina socialinio darbo praktikoje pasitaikančias problemas. Tai vidiniai ir tarpprofesiniai prieštaravimai. Kalbant apie vidinius socialinių darbuotojų prieštaravimus, kyla klausimas - kiek visavertės informacijos apie paciento ligą, jos raidą ir kitas aplinkybes pateikti psichikos sveikatos sutrikimų turinčiam pacientui, kad tai nepadarytų neigiamos įtakos jo gyvenimo kokybei? Ši dilema yra etinė ir sprendžiama kiekvieno darbuotojo individualiai. Sprendimus lemia socialinio darbuotojo asmens savybės (pasitikėjimas savimi, drąsa ir kt.).

Darbuotojai ne visada įtraukiami ir į įstaigos veiklą, bendrai nagrinėjant problemas ir priimant sprendimus. Tarpprofesiniuose prieštaravimuose svarstomos tokios problemos kaip socialinio darbuotojo profesinio statuso ir įgaliojimų silpnumas, jo profesijos nuvertinimas. Kita socialinių darbuotojų dilema - kas iš komandos narių turi prisiimti didžiausią atsakomybę už rezultatą? Dirbdami su asmenimis, patiriančiais socialinių sunkumų, specialistai turi atsižvelgti į tai, kad sėkminga ligonių socialinė integracija gali būti ribojama kelių skirtingų veiksnių: finansinių sunkumų, nedarbo ir benamystės, asmeninių aplinkybių susijusių su šeima ir artimaisiais. Dažnai socialinei integracijai trukdo ir ligonio psichologinės problemos – žema savigarba, prasta socialinė kompetencija, negebėjimas prisitaikyti (Kloppe ir kt., 2022; Kazim ir kt., 2022).

Apibendrinant galima teigti, kad tarpprofesinis bendradarbiavimas vis dažniau vertinamas kaip svarbus veiksnys socialinių darbuotojų darbe. Socialiniai darbuotojai pateikia komandai unikalų požiūrį į pacientus, kuriems teikiama priežiūra. Vertinant socialinių darbuotojų patirtis, išryškinamos kelios sritys, kurios kelia susirūpinimą socialiniams darbuotojams jų kasdienėje ir tarpprofesinėje veikloje - komandose, įskaitant įtampą tarp aiškiai apibrėžto socialinio darbo vaidmens ir poreikio sklandžiai atlikti vaidmenis tarpprofesinėse komandose. Problemos, su kuriomis daugiausia susiduria socialinio darbo specialistai, yra neefektyvus darbo organizavimas, profesinio statuso ir atsakomybės neapibrėžtumas, teisinis reglamentavimas. Socialiniams darbuotojams priskiriamos pernelyg plačios funkcijos darbe, kurios reikalauja specifinių žinių bei skirtingų gebėjimų, kurių dažnai trūksta specialistams. Socialiniai darbuotojai neretai patiria „profesinį perdegimą“, pasigenda komandinio darbo ir efektyvios komunikacijos tarpdisciplininėje veikloje.

3. SOCIALINIŲ PASLAUGŲ TEIKIMAS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOJE SIEKIANT LIGONIO SOCIALINĖS INTEGRACIJOS: TYRIMAS

3.1. Tyrimo metodologija

Šiame darbe naudotas kokybinis tyrimas, suteikiantis galimybę analizuoti asmenį kaip unikalų individą, kuris, nepriklausomai nuo bendrų socialinių dėsningumų, išorinių normų, savaip interpretuoja ir suvokia socialinę tikrovę. Kokybinio tyrimo metu pagrindinis dėmesys skiriamas informantui, jo patirčiai, sąveikai su kitais asmenimis, kurią jis išreiškia žodžiais. Anot Žydžiūnaitės ir Sabaliausko (2017), atlikdamas kokybinį tyrimą, tyrėjas koncentruojasi į informantų perspektyvas, subjektyvias sampratas ir patirtis, kasdienius kontekstus.

Tyrimo metodas. Tyrimui atlikti pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas, kuriuo galima išsamiau ištirti socialinių darbuotojų patirtį apie ligonio socialinių įgūdžių stiprinimą, siekiant socialinės integracijos. Interviu apklausiamas mažesnis skaičius informantų nei taikant anketinę apklausą, tačiau gaunama informacija bei rezultatai, anot Žydžiūnaitės ir Sabaliausko (2017), yra tikslesni bei vertingesni. Pusiau struktūrizuotas interviu atliekamas tais atvejais, kai iš informantų pageidaujama sužinoti tai, kas tiesiogiai nėra matoma, bet ką jie jaučia, patiria (Gaižauskienė ir Valavičienė, 2016). Pusiau struktūrizuotas interviu pasižymi tuo, kad prieš pradedant informantų apklausą tyrėjas turi būti pasiruošęs konkrečios temos klausimus ir pasirengęs plėtoti dalyvių informaciją apklausos metu. Anot Bitino ir kt. (2008), interviu metu tyrėjas ne tik klauso, ką informantas sako, bet ir stebi jo kalbos intonacijos, elgesio pokyčius. Be to, tyrėjui suteikiama galimybė keisti klausimų struktūrą, interviu eigą, užduoti papildomų klausimų – kiekvienas klausimas skatina informantą pateikti atsakymą, pasakojant apie situaciją, emocijas, veiklą, iliustruojant viską pavyzdžiais. Pusiau struktūruotas interviu, kaip tyrimo instrumentas, pasitelktas siekiant, kad tyrimo dalyviai atvirai atsakytų į klausimus, susijusius su socialinių paslaugų teikimu asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, siekiant ligonio socialinės integracijos.

Tyrimo instrumentas. Interviu klausimyną sudaro 20 klausimų. Klausimyną siekta suformuluoti taip, kad klausimai būtų aiškūs, suprantami ir nedviprasmiški, „nesufleruotų“ atsakymo, nebūtų pernelyg sudėtingi, kad informantai neturėtų pakankamai kompetencijos į juos atsakyti. Pasak Gaižauskienės ir Valavičienės (2016), interviu klausimai turi būti sudaryti taip, kad būtų galima gauti duomenų, atitinkančių kokybinio tyrimo tikslą. Tyrimo metu gauti duomenys buvo analizuojami taikant kokybinę turinio (content) analizę, pagal V. Žydžiūnaitės ir Sabaliausko (2017) pateiktą metodiką. Tyrimo procesą sudarė interviu teksto surašymas į kompiuterio bylą, daugkartinis interviu skaitymas ir analizavimas. Teksto analizės metu buvo nustatomos smulkesnės subkategorijos ir formuojamos apibendrintos kategorijos, siekiant ištirti socialinio darbuotojo veiklą sveikatos

priežiūros įstaigose. Taip pat pateikti tyrimo rezultatai, duomenų interpretavimas ir suformuluotos išvados.

Tyrimo instrumentą sudaro trys teminės klausimų grupės:

- **Pacientų problemų / socialinės integracijos poreikio ligoniams apžvalgos klausimų grupė,** kuria siekiama nustatyti su kokiomis ligomis sergančiais ligoniais socialiniai darbuotojai dažniausiai dirba. Siekiama išsiaiškinti informantų nuomonę ir patirtį apie jų teikiamas paslaugas, jų poreikį ligoniams. Taip pat analizuojama su kokiomis pagrindinėmis socialinėmis problemomis paprastai susiduria ligoniai. Medicininių paslaugų kokybiškumas didžiąją dalimi priklauso nuo to, ar medicinos priežiūros komanda nuolat atnaujina informaciją apie pacientų socialinę būseną, aplinkybes ir paciento savijautą, esant tam tikroms aplinkybėms (Albrithen & Yalli, 2016). Būtent socialiniai darbuotojai turi išsilavinimą, žinių bazę ir įgūdžius, leidžiančius geriausiai suprasti konkrečius psichosocialinius ir ekonominius poreikius, kurie būtini pacientui, sergančiam tam tikra liga. Socialinis darbuotojas stebi pokyčius ir suteikia poreikius, kurių reikalauja pacientas ir jo šeima. Šios srities specialistai įvertina išteklius, reikalingus gydymui ir suteikia reikiamą ar papildomą informaciją gydytojams, kad tikslingai koreguoti paciento gydymą, priklausomai nuo jo būklės (Fraser ir kt., 2018). Pacientų poreikių ir jų socialinės situacijos įvertinimas laikomas viena iš esminių socialinio darbuotojo, dirbančio sveikatos priežiūros įstaigoje, funkcija, su kuria mokslinėje literatūroje sutinka keli autoriai (Ustilaitė ir kt., 2008; Social Workers in Hospitals and Medical Centers, 2011; Raudeliūnaitė, 2014).
- **Socialinių darbo metodų taikymo, siekiant socialinės integracijos, klausimų grupė,** kuria siekiama nustatyti, kokia informantų nuomonė apie socialinio darbo metodų taikymą, siekiant socialinė integracijos. Aiškinamasi, kokiais metodais ligoniai įtraukiami į socialinės integracijos procesą. Ligonis dažnai negali savarankiškai adaptuotis ir veikti asmeniniame gyvenime ar socialinėje veikloje, įgyvendinti savo teises bei atlikti jam priskirtas pareigas. Sergantys asmenys gali patenkinti tik bazinius savo poreikius, o kai kuriais atvejais yra visiškai neveiksnūs. Dažnu atveju ligoniui yra sudėtinga orientuotis aplinkoje bei laike, judėti ar dirbti, kai kuriais atvejais – matyti ir girdėti, būti ekonomiškai ir kitaip nepriklausomu, aktyviu socialine prasme, kurti ir būti dvasingu, tenkinti seksualinius poreikius (Kriščiūnas, 2015). Kita vertus, ligonio socialinės izoliacijos problemas lemia ligonio fizinė ar psichinė būklė, dėl skirtingų priežasčių yra sudėtinga savarankiškai funkcionuoti socialiniame gyvenime (Ustilaitė ir kt., 2008).

- **Socialinio darbuotojo, kaip tarpininko, vaidmuo, siekiant socialinės integracijos, klausimų grupė,** kuria siekiama nustatyti kokią reikšmę ligonio socialiniai integracija turi socialinio darbuotojo tarpininkavimas. Taip pat analizuojama informantų nuomonė apie papildomų socialinių paslaugų plėtrą, stiprinant ligonių socialines funkcijas, galimus problemų sprendimus, kai socialinės integracijos metu susiduriama su kliūtimis, silpninančiomis ligonių socialinę integraciją visuomenėje. Socialiniai darbuotojai rengiami atlikti jiems priskirtas pareigas, suteikti reikiamą priežiūrą ligoniams, sutelkiant dėmesį į būdus, kuriais socialinis ir aplinkos kontekstas veikia gerovę – perspektyva, kurioje visi biopsichosocialiniai veiksniai yra laikomi priežastiniais, su sveikata susijusiais, veiksniais (Heenan & Birrell, 2019). Socialinis darbuotojas padeda sergančiam asmeniui savarankiškai ieškoti sprendimų, tarpininkauja ir teikia informaciją įstaigoms, institucijoms apie kliento galimybes, padeda lavinti socialinius ir visuomeninius įgūdžius. Taigi, jis atlieka tarpininko vaidmenį (Raudeliūnaitė, 2014).

Tyrimo imtis. Kadangi tyrime imties dydis ir konkretūs tyrimui pasirinkti imties vienetai iš esmės priklauso nuo tyrimo tikslų, todėl atliekant kokybinius tyrimus taikoma tikslinė imties vienetų atranka, kai strategiškai ir tikslingai atrenkami informatyviausi atvejai. Kad sudaryti tikslinę imtį, pasirinktas tikslinės kriterinės atrankos būdas, apibrėžiant tam tikrus kriterijus, kuriuos turi atitikti pasirenkami atvejai (Gaižauskaitė ir Valavičienė, 2016). Imties vienetai iš populiacijos atrinkti laikantis iš anksto nustatytų kriterijų. Minėtasis būdas, pasak mokslininkų, yra skirtas kokybiškiems duomenims gauti, imties vienetai iš populiacijos atrinkti laikantis iš anksto nustatytų kriterijų.

Tyrimui buvo pasirinkta tiriamųjų grupė – socialiniai darbuotojai, kurie dirbdami su ligoniais siekia pagrindinio tikslo – stiprinti jų socialines funkcijas siekiant sėkmingos jų socialinės integracijos. Kriterinės atrankos būdas padeda surinkti kokybiškus tyrimo duomenis. Tyrime dalyvavo X miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigose (konkretus minėtųjų įstaigų pavadinimas neatskleidžiamas, užtikrinant informantų anonimiškumą) dirbantys socialiniai darbuotojai. Kadangi kokybinio tyrimo įžvalgos priklauso nuo tyrimui pasirinktų atvejų informatyvumo, o ne informantų skaičiaus, imties dydžio problema šiuo atveju nėra aktuali. Kardelis (2005) teigia, kad atliekant kokybinį tyrimą, pati imtis neturi griežtų reikalavimų, todėl interviu imamas tol, kol duomenys ima kartotis ir pasiektas tyrimo duomenų prisotinimo laipsnis. Informacijos prisotinimo principas remiasi nuostata, kad apklausa nutraukiama tuomet, kai apklausdamas tiriamuosius tyrėjas pastebi, jog informacija iš esmės pradėjo kartotis, informantai nepateikia naujos informacijos nagrinėjama tema (ženkliai sumažėjęs gaunamos informacijos informatyvumas). Siekiant tyrimo tikslo, interviu atliktas 7 kartus. Interviu, kaip kokybinių duomenų rinkimo metodu, siekiama suvokti informantų patirtį bei

sužinoti nuomones tiriamu klausimu, išsakomas savais žodžiais. Pusiau struktūruotame interviu dalyvavo 7 socialiniai darbuotojai. Jų atrankai nustatyti šie kriterijai:

1) socialinio darbuotojo kvalifikacija;

2) apklausiami specialistai, dirbantys asmens sveikatos priežiūros įstaigose;

3) interviu dalyvauja darbuotojai, turintys ne mažesnę kaip 2 metų darbo patirtį asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų charakteristika pateikiama 4 lentelėje:

4 lentelė. *Tyrime dalyvavusių informantų charakteristikos*

Kodas	**Lytis**	**Amžius**	**Išsilavinimas**	**Socialinio darbo patirtis**
X1	vyras	40	Aukštasis universitetinis	11 metų
X2	moteris	29	Aukštasis universitetinis	5 metai
X3	moteris	34	Aukštasis universitetinis	8 metai
X4	moteris	27	Aukštasis universitetinis	3 metai
X5	vyras	30	Aukštasis universitetinis	6 metai
X6	moteris	26	Aukštasis universitetinis	3 metai
X7	moteris	47	Aukštasis universitetinis	11 metų

Tyrimo organizavimas ir eiga. Tyrimas vyko 2021 metų lapkričio – gruodžio mėnesiais. Dėl pandemijos (Covid-19) situacijos tyrimas buvo atliekamas nuotoliniu būdu, pasitelkiant nuotolinio bendravimo programas „Skype“, „Google meet”. Kiekvienas interviu, gavus informantų žodinius sutikimus, buvo įrašomas į diktofoną, vėliau atsakymai transkribuoti. Pokalbių trukmė - nuo 40 iki 60 min. Kitame etape tyrimo duomenis išnagrinėti taikant turinio analizės principus. Informantų atsakymuose buvo ieškoma prasminių kategorijų, t. y. atskleidžiamos giluminės temos apie ligonių socialinių funkcijų stiprinimą siekiant socialinės integracijos. Žydžiūnaitė (2006) išskiria tokius turinio analizės, kaip tyrimo procedūros, žingsnius:

1. Tyrimo technikos: jos turi atitikti komunikavimo modelį, todėl veiksmingiausi yra interviu ar nestandartizuoto atvirojo tipo klausimynai;
2. Tekstas „kalba“: tekstai atskleidžia žmonių patirtis, nuostatas, jausmus, kontekstą;
3. Analizės taisyklės: teksto turinį reikia nagrinėti nuosekliai, remiantis konkrečiomis metodologinėmis procedūromis, taisyklėmis ir skaidant nagrinėjamą turinį į struktūrinius vienetus;

4. Kategorijos/ subkategorijos yra turinio analizės esmė: tekstas interpretuojamas, remiantis iškeltais tyrimo klausimais, į kuriuos atsakoma formuluojant kategorijas;
5. Patikimumo (reliabilumo) ir validumo kriterijai: siekiant išvengti intersubjektyvumo, konkrečios turinio analizės rezultatai turi būti lyginami su kitų panašaus tipo tyrimų rezultatais. Turinio analizė remiasi interpretacija, todėl kategorijų išskyrimas yra ne mechaninė technika, o kūrybiškas interpretavimo procesas, siekiant iškoduoti tekste glūdinčias prasmes (Žydžiūnaitė, 2006).

Tyrimo eiga. Tyrimą sudarė 5 etapai: mokslinės literatūros ir teisės aktų analizė, tyrimo planavimas, kurio metu pasirinktas tyrimo instrumentas, nustatyta imtis ir apibrėžti atrankos kriterijai, interviu atlikimas, rezultatų analizė ir apibendrinimas, išvadų ir rekomendacijų pateikimas (žr. 3 pav.).



3 pav. *Tyrimo loginė schema*
(Sudaryta darbo autorės)

Tyrimo etika. Prieš pradedant interviu, kiekvienu atveju, informantams suteikiama informacija apie tyrimą – koks yra jo tikslas, kaip bus panaudojama gauta informacija, paaiškinta tyrimo svarba, aptartas konfidencialumo ir anonimiškumo principų laikymasis. Tyrimas buvo atliekamas remiantis laisvanoriškumo principu, nei vienam informantui nedarytas spaudimas dėl dalyvavimo tyrime. Buvo gautas visų tyrimo dalyvių žodinis sutikimas dalyvauti tyrime ir interviu įrašinėjimui. Interviu metu laikytasi etikos ir pagarbos pašnekovui principų, dalyviai nebuvo pertraukinėjami, nebuvo siekiama kaip nors pakreipti jų atsakymų eigą. Laikantis pozicijos, kad „esminiai tyrimo etikos principai: <...> konfidencialumas: gauta (neapdorota) informacija nebus prieinama kitiems išskyrus tyrimo dalyvius“ (Žydžiūnaitė, 2007). Patikinta, kad visa gauta informacija bus naudojama tik šio darbo tikslais. Kiekvienam interviu gauti institucijų direktorių, vadovų, ar laikinai einančių šias pareigas leidimai. Užtikrinant konfidencialumą, duomenys buvo analizuojami taip, kad negalėtų būti atpažintas konkretus tyrimo dalyvis (dalyviams suteikti kodai X1, X2, … X7).

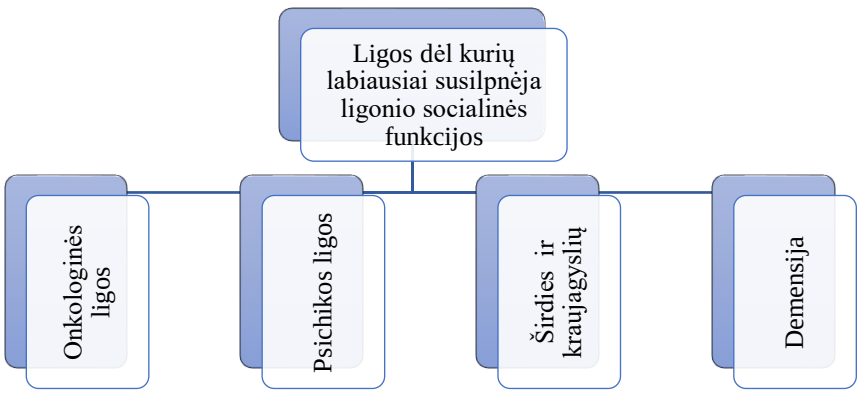
Tyrimo ribotumai: nustatytas tyrimo ribotumas – dauguma socialinių darbuotojų, atitinkančių atrankos kriterijus, teigė negalintys kalbėti šia tema, nes, pasak jų, tokio darbo jie nedirba,

nevykdo ligonio socialinės integracijos proceso ir tai neįeina į tiesiogines jų pareigybių funkcijas. Tyrimo dalyviai, kurie teigė šiek tiek susiduriantys su tyrimo probleminiu lauku, daug informacijos šia tema pateikti negalėjo, nes tikino, kad ligonio socialinių funkcijų stiprinimas, siekiant geresnės socialinės integracijos, vykdomas fragmentiškai, pačių socialinių darbuotojų iniciatyva. Analizuojant tyrimo ribotumą, galima pastebėti, jog ligonių socialinės integracijos procesas vis dar sudėtingas ir dažnai neišnaudojamas veiksnys sveikatos priežiūros įstaigose. Ši problema parodo, jog sveikatos priežiūros sistema rūpinasi tik fizine ligonių būkle, tačiau nėra pasitelkiamos priemonės ir instrumentai, kurie padėtų ligoniams sėkmingai integruotis į visuomenę. Dar vienas tyrimo ribojimas – jame dalyvavo tik socialiniai darbuotojai, todėl gauta tik viena problemos perspektyva. Ateityje galima būtų į tyrimą į traukti ir ligonius, siekiant išsamiau atskleisti problemos lygmenį.

3.2.Tyrimo rezultatai

3.2.1. Pacientų socialinių funkcijų stiprinimo poreikis socialinės integracijos procese

Apklausiant socialinius darbuotojus, pirmiausia, buvo siekiama nustatyti, su kokiomis ligomis sergančiais ligoniais jie dažniausiai dirba, kas yra jų pacientai. Remiantis gautais duomenimis, identifikuoti ir atskleisti socialinės pagalbos poreikio aspektai, išryškinta, kokios pacientų socialinės funkcijos gali būti laikomos susilpnėjusiomis. Analizuojant tyrimo metu gautus duomenis, gilintasi į įvairias ligas, siekiant išskirti kurie susirgimai lemia didžiausią, susisilpnėjusių socialinių funkcijų, riziką. Interviu metu šis klausimas užduotas siekiant indentifikuoti, kokių sveikatos sutrikimų turintys asmenys patiria didžiausią socialinių funkcijų susilpnėjimo riziką. Atliktas tyrimas leido įvardyti pagrindines ligų grupes (tiek ūmines, tiek lėtines, įskaitant ir psichikos sutrikimus). Socialinių darbuotojų praktikoje dažniausiai pasitaikančios ligų grupės pateikiamos 4 paveiksle ir 1 priedo 5 lentelėje (žr. 4 pav.).



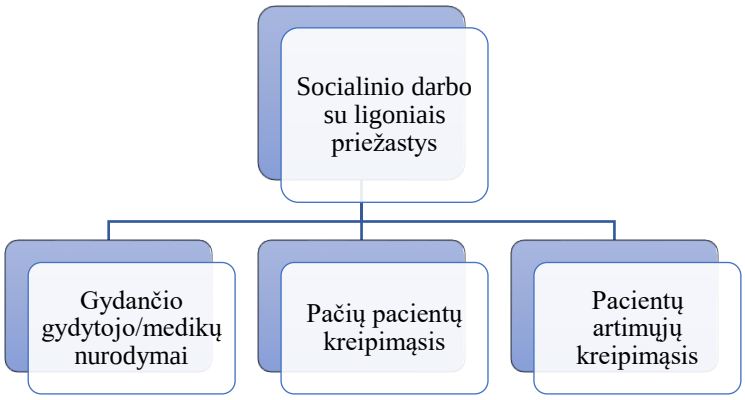
4 pav. *Ligos, pasižyminčios didžiausia socialinių funkcijų susilpnėjimo rizika*
(Sudaryta darbo autorės)

Remiantis 5 lentelėje pateiktais duomenimis, didžiausią riziką skatinančią socialinių funkcijų silpnėjimą lemia šios ligos: *onkologinės, širdies ir kraujagyslių, psichikos ligos bei demencija.* 3 informantai nurodė ligas, dėl kurių labiausiai susilpnėja paciento socialinės funkcijos - onkologinės, psichikos bei širdies ir kraujagyslių ligos. Onkologinės ligos socialinį asmens funkcionavimą susiaurina lėtiniu arba ūmiu būklės blogėjimu. Pasak informanto X3 „dažnai onkologiniams ligoniams sunku suprasti ir susigaudyti, kokios paslaugos ar išmokos jam priklauso. Dėl fizinių ir dvasinių jėgų stokos sudėtinga surasti reikalingą informaciją. Interviu dalyvavusiųjų nuomone, sergantys asmenys dažnai susiduria su jautrumo stoka, *stigmatizavimu,* pasitaiko ir diskriminacijos atvejų“. Psichikos ligų grupėje, informantas X3 raiškiai apibūdina depresiją: „Depresija yra labai sunki būklė, bloginanti gyvenimo kokybę ir daranti didelę žalą sergančiajam bei skaudžiai paliečianti artimuosius. Kyla didelis pavojus ir sulaukiami padariniai ligonio socialinei aplinkai. Dažnas iš sergančiųjų patiria depresijos simptomus, todėl pasitraukia iš socialinių santykių“.

Kalbant apie kitas ligas, iš tyrimo dalyvių atsakymų matyti, kad insultu, infarktu, demencija ar Alzheimeriu sergančių pacientų būklė blogėja, nes sergant labiausiai paveikiamos asmens galimybės, fizinė, psichinė sveikata, prastėja gyvenimo kokybė. Tokie asmenys susiduria su socialinių funkcijų praradimo rizika, jiems sudėtinga atlikti kasdienius veiksmus, o tai, pasak informanto X1, tik dar labiau sustiprina jų ir taip patiriamą socialinę atskirtį. Akivaizdu, kad socialinių funkcijų susilpnėjimą lemia ne tik pati liga, bet ir paciento požiūris į savo padėtį, nusivylimas: „Jauna, trisdešimties metų moteris, dviejų nuostabių vaikučių mama. Pas mus į ligoninę ji pateko su jau uždelstu gimdos kaklelio vėžiu. Moteris atsiribojo, iš pradžių nenorėjo priimti nei medicinos personalo, nei socialinių darbuotojų pagalbos“, - pateikia pavyzdį informantas X2.

Kai kurie tyrime dalyvavę apklaustieji tvirtino, kad negali „išskirti nė vienos ligos: socialinių funkcijų silpnėjimo dažnis ir pasireiškimas priklauso nuo ligos stadijos, jos sukeliamų pasekmių pacientui“ (X5). Nors ligos rūšis svarbi, tačiau visos ligos (o jų yra labai daug, ne tik onkologinės ligos, insultai, demencijos), kaip ir skirtingos ligos stadijos, vienaip ar kitaip gali paveikti asmenį, tačiau socialinės pagalbos poreikį lemia ne tik liga, jos stadija, bet ir asmens gyvenimo būdas, charakteris: asmeniui socialinės pagalbos gali reikėti labai daug, mažai arba ji gali būti visiškai nereikalinga.

Tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų pasiteiravus, dėl kokių priežasčių pradedamas socialinis darbas su ligoniais bei kaip išryškėja socialinio darbo poreikis, galima pastebėti kelis pagrindinius bruožus (žr. 5 pav. ir 1 priedo 6 lentelė).



5 pav. *Socialinio darbo su ligoniais priežastys*

(Sudaryta darbo autorės)

Apklaustųjų teigimu, yra keletas priežasčių kodėl ligoniams pradedama teikti socialinė pagalba: darbas su ligoniais pradedamas tiek medikų siuntimu, tiek kreipiantis pačiam pacientui ar jų artimiesiems. Keli informantai teigė, kad kreiptis skatina gydytojo/ medikų nurodymai: „Užsako gydantis gydytojas, matydamas poreikį arba pageidaujant pacientui ar jo artimiesiems“ (X1). Tyrime dalyvavusieji tvirtino, kad gydytojas rekomenduoja konsultuotis su socialiniu darbuotoju: „Gydantis gydytojas pastebėjęs socialines problemas kreipiasi į socialinį darbuotoją“ (X6). Šiuo atveju, svarbus vaidmuo tenka autoritetą turinčiam asmeniui – gydytojui.

Kitai grupei galima priskirti atsakymus, kuriais teigiama, kad pacientai pagalbos kreipiasi patys, savo iniciatyva. Kreiptis paskatina individualus pokalbis su pacientu: „Pokalbio su pacientu <....> dažniausiai jau numatoma socialinės pagalbos poreikis“ (X4). Informantas X5 tvirtina, kad kalbantis su pacientu išryškėja poreikis kreiptis į socialinį darbuotoją. Tyrimo dalyvis X7 aptarė psichikos liga susirgusių asmenų atsidūrimą „stigmos patirtyje“: pacientai jaučiasi atstumti visuomenės, izoliuoti, todėl reikalinga socialinio darbuotojo pagalba, siekiant socialinės integracijos: „Jiems sudėtinga bendrauti, susirasti mėgstamą veiklą, nesijausti atstumtais. O mūsų visuomenė – netolerantiška, jiems reikia mokytis pozityvaus konfliktų sprendimo“ (X7).

Ligos nulemta socialinė izoliacija neretai tampa motyvacija ieškoti socialinės pagalbos. Dar viena išskirta priežastis, dėl kurios pradedama teikti socialinę pagalbą – artimųjų kreipimasis (tai patvirtino 2 asmenys, dalyvavę interviu). Atsakiusieji nurodė, kad artimieji tampa ligonių atstovais, informatoriais. Informantas X4 pažymėjo, kad artimieji gali suteikti svarbios ir reikalingos informacijos, „jei pacientas *nekontaktiškas*“, o tyrimo dalyvis X5 nurodė, kad būtent bendravimas su ligonio artimaisiais išryškina socialinės pagalbos poreikį.

Kitas analizuojamas aspektas - paciento patiriamų problemų, lemiančių susilpnėjusias socialines funkcijas, atskleidimas. Apibendrinus atsakiusiųjų pateiktą informaciją matyti, kad susirgę ir į ligoninę patekę asmenys patiria įvairių problemų, išryškinančių socialinio darbuotojo pagalbos

poreikį. Identifikuodami šias problemas, tyrimo dalyviai minėjo vyresnio amžiaus ir vienišus asmenis, kuriems reikalinga slauga (stacionari ar ambulatorinė). Kita asmenų grupė yra ligoniai, kurie negali savarankiškai judėti ir kuriems reikalingas socialinių pašalpų/ išmokų dokumentacijos sutvarkymas, judėjimo ir aptarnavimo priemonių įsigijimas, tarpininkavimas, kreipiantis į kitas institucijas (X1). Tokią pagalbą galima pavadinti administravimo, tarpininkavimo pagalba, kuri itin reikalingas vyresnio amžiaus vienišiems asmenims, negalintiems gauti pagalbos iš artimųjų: „Vienas iš dažniausiai pasitaikančių atvejų – tai vieniši senoliai, kuriais artimieji neturi galimybės pasirūpinti. Turime tartis su medicinos personalu ir įvertinti paciento būklę – numatyti, koks tolesnis gydymas bus skiriamas, esant poreikiui numatyti išankstinę registraciją į slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigą. *Stacionarizavus* vyresnio amžiaus pacientus <...> turime pasirūpinti ilgalaikiu apgyvendinimu“ (X2).

Tyrimo metu pastebima, kad socialinis darbuotojas turi teikti įvairaus pobūdžio konsultacijas: „Susirgus pasikeičia ligonio finansinė padėtis, asmeniniai santykiai, apribojama darbinė veikla. Žmonės ieško pagalbos, informacijos“ - tvirtino informantas X3. Informacijos teikimas ir gavimas yra neatskiriama kasdienio socialinio darbo dalis, užtikrinanti sklandų darbą su pacientu: „Informacijos dėl asmens galimybių grįžti į namus, dėl galimybių turėti socialiai saugią aplinką, gyventi orų gyvenimą“ (SD4). Matyti, kad ligoninėse su pacientais dirbančių socialinių darbuotojų pareigybes apima įvairios paslaugos – informavimas, konsultavimas, atstovavimas, įvairių problemų sprendimas, organizavimas, pagalba gaunant asmens dokumentus, techninė pagalba ir kt. (X3).

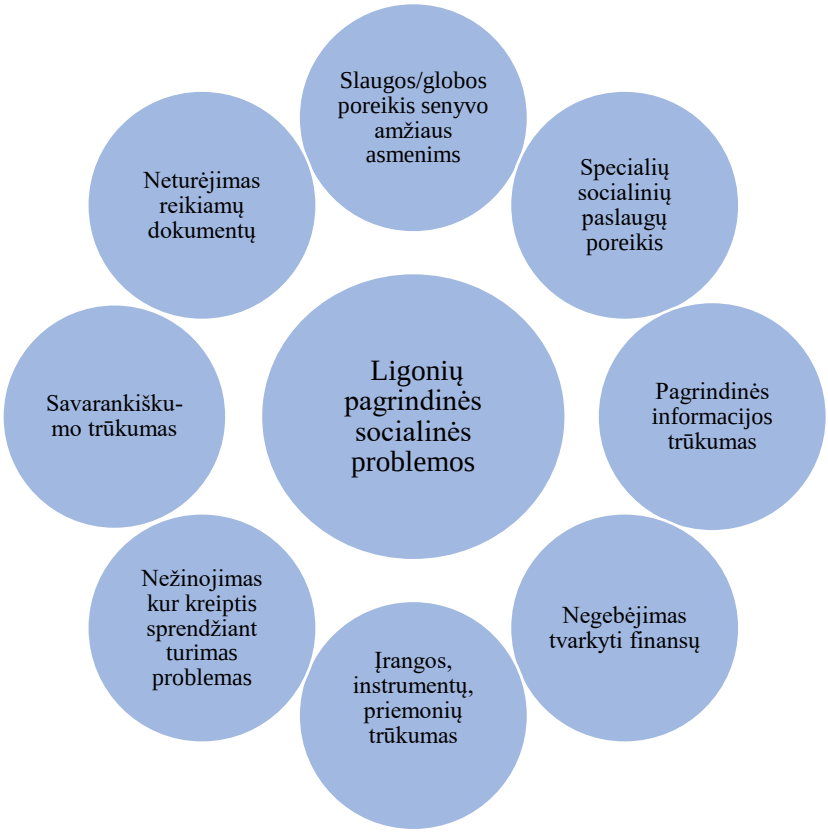
Kalbinti socialiniai darbuotojai buvo įsitikinę, kad jų klientai dažniausiai patiria kasdienių veiklų vykdymo problemas. X4 informanto teigimu, pensinių išmokų atsiėmimo, kompensacijų ar asmens dokumentų prašymo, turtinių klausimų tvarkymo. Esant sudėtingesnėms situacijoms, reikalingi notariniai įgaliojimai, asmenų apgyvendinimas (X4). Taigi, socialiniai darbuotojai turi atlikti skirtingas formalias administracines veiklas. Liga lemia žmogaus pasimetimą, nežinojimą, kaip elgtis, o socialinis darbuotojas yra asmuo, kuris padeda įveikti šias situacijas: „Sveikatos problemas patiriantys asmenys būna pasimetę, nežino, kaip reikės gyventi toliau. Tokiais atvejais, svarbu informuoti kokios socialinės paslaugos teikiamos bendruomenėje, kokios išmokos prieinamos sergantiems ar neįgaliesiems, kokie centrai ar globos įstaigos yra bendruomenėje, kur gauti nemokamą teisinę pagalbą <....> Kur, kokios visuomeninės įstaigos ir kur kokia pagalba teikiama“ (X5).

Dar viena problemų grupė yra žinių trūkumas sergant tam tikromis ligomis. Esant reikalingos informacijos trūkumui, padėti tenka artimiesiems. Šį teiginį pateikė net 3 informantai: „Artimieji, draugai ir kiti žmonės, esantys ligonio socialinėje aplinkoje, dažnai nežino, kaip elgtis su demencija susirgusiu ligoniu. Nežinojimas, kaip elgtis su tokiu ligoniu, dažnai skatina išlaikyti atstumą. Pavyzdžiui, Alzheimerio liga sergantys pacientai patys dažnai gėdijasi savo ligos, todėl patys

stengiasi atsitraukti nuo artimųjų, užsisklęsti savyje <...>“ (X4). Žinių, informacijos stoka, pasimetimas, šokas, nusivylimas – tai socialinio darbuotojo kasdienybė, kurioje tenka padėti pacientams ir jų artimiesiems tokius jausmus įveikti. Ligos našta, psichologiniai išgyvenimai, socialinė izoliacija gal tapti socialinės atskirties priežastimi. Socialinio darbuotojo veiklos aprėptis ir funkcijos plečiasi: pagalbos prireikia ne tik pacientui, bet ir jo artimiesiems: „ <....> artimiesiems tiesiog reikia informacijos kas padėtų namuose slaugant pacientą <...> patiems pacientams reikia informacijos tiek apie slaugos ligonines, tiek apie paslaugas namuose, apie kompensacinių priemonių įsigijimą“ (X6).

Aptardami psichikos sutrikimų spektro ligonius, informantai teigia, kad šią ligą turinčius asmenis neretai atleidžiama iš darbo. Patiems ligoniams sunku susitaikyti su šia padėtimi, tvarkytis kasdienėje aplinkoje (X7). Atlikto tyrimo metu gauti duomenys išryškina tendenciją, jog ligoniai dėl ligos ar artimųjų palaikymo stokos nesugeba pasirūpinti savimi įvairiais, asmens kasdienį funkcionavimą, užtikrinančiais lygmenimis. Sėkmingą kasdienį ar socialinį funkcionavimą apsunkina sumaištis, nusivylimas, pyktis, artimųjų pasimetimas. Gyvendamas įprastą socialinį gyvenimą žmogus nesusiduria su nemaloniomis situacijomis, kurių atsiradimą nulemia liga. Dėl ligos asmuo išgyvena krizę, socialinę izoliaciją, kasdienio gyvenimo trikdžius, o tai lemia informacijos, žinių trūkumo problemas, kurios sukelia nerimą, kad situacija nevaldoma. Šias problemas spręsti padeda socialinis darbuotojas – jis yra šalia, kai prireikia staigios pagalbos, kai pacientą ar jo artimuosius ištinka šokas, nieko nežinoma arba dėl ligos socialinėje plotmėje atsiranda daug problemų.

Kitu klausimu buvo siekiama aptarti ligonio socialines funkcijas, ligos nulemtus socialinio pobūdžio sutrikimus. Siekiant juos identifikuoti, sudarytos kategorijų ir subkategorijų lentelės, kurios atskleidžia pagrindines socialinių problemų grupes, susijusias su ligonių slaugos, gyvenamosios vietos, administraciniais aspektais (žr. 6 pav. ir 1 priedo 7 lentelę).



6 pav. *Pagrindinės socialinių problemų grupės*

(Sudaryta darbo autorės)

Analizuojant ligonių socialines problemas matyti, kad sudėtingiausios yra su dokumentų tvarkymu susijusios problemos (subkategorijoje *neturėjimas reikiamų dokumentų*). Vertinant socialiniu požiūriu, daugelis pacientų neturi supratimo, kaip gyventi socialinėje erdvėje ir neturi reikiamos dokumentacijos, kuri garantuotų jų pilnavertį funkcionavimą visuomenėje. Tyrimo dalyviai teigia, kad neretai asmenys neturi reikiamų dokumentų (X5) ar jų galiojimo laikas yra pasibaigęs (X4). Pastebima, kad ligoniai neretai nežino kur reikia kreiptis, norint susitvarkyti su darbingumo nustatymu, socialinėmis išmokomis ir kitais elementais, susijusius dokumentus, kurie turėtų užtikrinti asmens pilnavertį socialinį gyvenimą. Šie pacientai stokoja įgūdžių, kurie reikalingi integruojantis visuomenėje, užtikrinant teisinį savo, kaip visuomenės nario, statusą ir galimybę pasinaudoti įvairiomis teisėmis, paramomis: „Pasitaiko, kad neturi socialinių garantijų, nesusitvarkę privalomo sveikatos draudimo, neturi asmens tapatybės kortelės“ (X5). Akivaizdu, kad kai kurie ligoniai sunkiai orientuojasi socialinėje aplinkoje, todėl jiems reikalinga socialinio darbuotojo pagalba. Socialinis darbuotojas tampa ligonių sąsaja su visuomene.

Kitos reikšmingos subkategorijos su pasikartojančiais prasminiais teksto vienetais, apima paciento finansinę padėtį ir specialiąsias socialines paslaugas: *specialiųjų socialinių paslaugų poreikis, slaugos/ globos poreikis senyvo amžiaus asmenims, negebėjimas tvarkyti finansų.* Šių subkategorijų pasikartojimo dažnis yra 3. Tarp specialiųjų socialinių paslaugų galima paminėti

pagalbą namuose, krizių intervenciją: „Atstovavimas kitose įstaigose neįgaliųjų socialinių paslaugų (lankomosios priežiūros – pagalbos į namus paslaugų, trumpalaikės/ ilgalaikės globos, nakvynės paslaugų, laikino apgyvendinimo, krizių įveikimo pagalbos) organizavimas, pagalba nustatant darbingumo procentus bei specialiuosius poreikius“ (X3). Į socialinį darbuotoją kreipiamasi dėl darbingumo lygio nustatymo (X1). Tai pat minimos apgyvendinimo problemos: „Būna kad atvyksta žmogus, neturintis kur gyventi arba vyksta iškeldinimo procesas, tada tenka galvoti, kur tą žmogų po ligoninės išleisti. Dažnai tenka siųsti į nakvynės namus“ (X5). Tyrimo dalyviai mini atvejus, kai sprendžiamos problemos kreipiantis dėl slaugos. Tokia pagalba reikalinga vienišiems senoliams: „*Stacionarizavus* vyresnio amžiaus pacientus, kurie neturi artimųjų, arba neturime, kur išleisti paciento po stacionaraus gydymo, turime pasirūpinti paciento apgyvendinimu ilgalaikės arba trumpalaikės globos įstaigoje“ (X2).

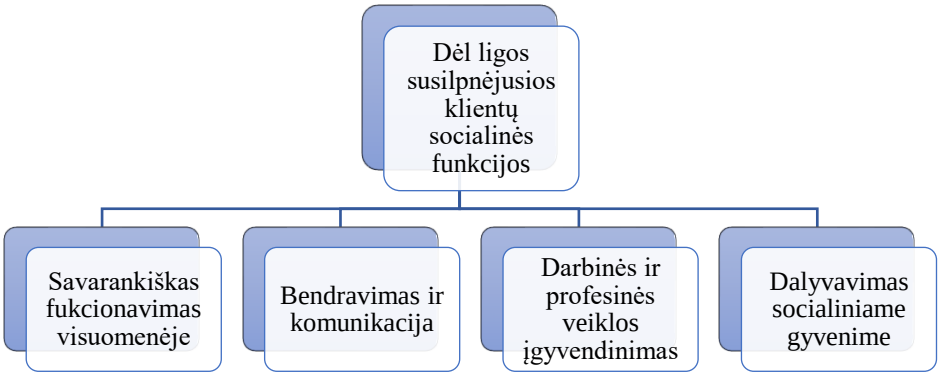
Kita socialinių problemų grupė – pagalbos tvarkant finansus teikimas. Pasikartojimo dažnį 3 turinčioje subkategorijoje *nesugebėjimas tvarkyti finansų* informantai tvirtino, kad dėl patiriamų fizinių ar psichinių disfunkcijų ligoniai gali tapti nepajėgūs pasirūpinti savimi finansiškai, o kai kuriais atvejais prireikia net specialisto (psichologo, gydytojo, įstaigų darbuotojų) pagalbos: „Būna, kad dėl psichikos ligos kartais pacientai prisiima kreditų ir nemoka už būstą, galvoja, kad kažkas kitas už juos sumoka...“ (X7). Taigi subkategorijų, turinčių pasikartojimo dažnį 3, atsakymų pavyzdžių analizė išryškina tendenciją, kad įvairiomis ligomis susirgę asmenys tampa socialinio neaktyvūs, nes jiems itin sunku funkcionuoti finansiškai, būti savarankiškiems, išlaikyti savo būstą, gauti dokumentus, suteikiančius teisę į įvairias socialines garantijas.

Kitos problemos, kurias įvardijo interviu dalyvavę socialiniai darbuotojai, atskleidžiamos šiose subkategorijose: *pagrindinės informacijos nežinojimas* (minėjo 2 informantai), *nežinojimas, kur kreiptis sprendžiant turimas problemas* (minėjo 2 informantai), *instrumentų/ priemonių neturėjimas* (minėjo 2 informantai), *savarankiškumo nebuvimas* (minėjo 2 informantai). Šios paminėtos problemos leidžia pastebėti, kad viena esminių problemų, ligonių socialinio funkcionavimo srityje, yra žinių apie socialines paslaugas trūkumas. Pacientų, su kuriais dirba socialiniai darbuotojai, dažnai nežino apie galimybę gauti jiems priklausančias socialines paslaugas. Kitaip tariant, iš socialinio gyvenimo tarsi „iškrentama“, nes nežinoma, *kaip* jame funkcionuoti: patiriamas gyvenimo kontrolės jausmo praradimas, jaučiamas nusivylimas ir nebesitikima grįžti į buvusią kasdienybę. Kaip teigia tyrimo dalyvis X7, socialinis darbuotojas padeda ligoniui atkurti savikontrolės jausmą ir pasitikėjimą savimi. Tai patvirtina ir subkategorijoje *savarankiškumo nebuvimas* atsakymai: „Kalbant apie psichikos liga sergančius pacientus, ne visada suprantama, kad gyvenimas – jų pačių, o ne kieno nors kito rankose. Socialinis darbuotojas, dirbdamas kartu su gydytojais nori tą supratimą formuoti“ (X7).

Tyrimo dalyviai akcentavo, kad Lietuvoje vyrauja lėtinėmis ligomis sergančių ligonių savarankiškumo įgalinimo koncepcija, kurią taikant socialinis darbuotojas yra tik pagalbininkas, bet už visą sveikimo ir pilnaverčio gyvenimo procesą atsakingas pats ligonis: „Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir politikos formuotojai propaguoja ir vis dažniau įstatymiškai įtvirtina pacientų ligų valdymą savarankiškai, kaip kertinį šiuolaikinės sveikatos priežiūros aspektą. Tokia įteisinta tvarka reikalauja, kad lėtinėmis ligomis sergantys asmenys patys stebėtų savo sveikatos būklę <...>“ (X6). Savarankiškai sveikti ar pačiam valdyti ligą pavyksta ne visiems: daugelis ligonių išgyvena vidinę įtampą, blogėja jų santykiai su artimaisiais: „Tai rodo mano pačios darbinė praktika, kai pacientai dėl fizinių ar psichologinių priežasčių negali laikytis gydymo režimo <...> klientai nutraukia ryšius su artimaisiais, atsiranda konfliktinių situacijų“ (X6).

Apibendrinant informantų pateiktus atsakymus, išryškėja įvairios pacientų negebėjimo savarankiškai funkcionuoti socialinėje plotmėje problemos, socialinių instrumentų, įrankių ar kompetencijų neturėjimas, ribojantis jų savarankiškumą, informacijos trūkumas, finansinio raštingumo stoka.

Išnagrinėjus ligonių patiriamas socialines problemas, analizuojamos susilpnėjusių socialinių funkcijų tendencijos. Atliekant interviu, tyrimo dalyvių prašyta įvardyti dėl ligos susilpnėjusias klientų socialines funkcijas (žr. 7 pav. ir 1 priedo 8 lentelę).



7 pav. Dėl ligos silpnėjančios pacientų socialinės funkcijos

(Sudaryta darbo autorės)

Tyrimo dalyvių manymu, sergantieji patys nuvertina savo socialines galimybes. Tai galima matyti ir iš 8 lentelėje pateikiamų tyrimo metu gautų duomenų bei juos žyminčių kategorijos „susilpnėjusių socialinių funkcijų grupės“ subkategorijų: *dalyvavimo socialiniame gyvenime* (teigė 4 informantai), *bendravimo ir komunikavimo* (teigė 3 informantai), *darbinės ir profesinės veiklos įgyvendinimo* (teigė 3 informantai), *savarankiško funkcionavimo visuomenėje* (teigė 3 informantai), Socialinių darbuotojų teigimu, sergantieji linkę save izoliuoti, siekia tapti „nematomais“. Tai rodo tyrimo dalyvių pateiktų atsakymų pasiskirstymas subkategorijoje *dalyvavimo socialiniame gyvenime* (4 informantų atsakymai). Informantas X6 teigia: „Ligos gali paveikti žmones ne tik fiziškai, bet ir

psichiniu aspektu, nes susirgimas ir gyvenimas su ja gali pakeisti sergančiojo požiūrį į gyvenimą <...> socialinė izoliacija yra rizikos veiksnys žmogui, nulemtas ligos, kuris gali turėti itin stiprų žalingą poveikį tiek psichinei, tiek fizinei gerovei, ypač pablogėjus sveikatai. Didelis psichosocialinės aplinkos poveikis gali atsirasti nepriklausomai nuo tradicinių rizikos veiksnių: žmogus neišeina iš namų ir dažnai nepakyla nuo lovos, neapsitarnauja, ribotas ar visiškai negalimas bendravimas su žmonėmis“ (X6). Susirgę asmenys nustoja dalyvauti socialiniame gyvenime ar stipriai apriboja socialinius kontaktus. Pastebima, kad dalyvavimas socialiniame gyvenime mažėja, jei asmuo iki tol nebuvo socialiai aktyvus: liga iš esmės veikia kaip padėtį bloginantis indikatorius: „Jeigu asmuo anksčiau susidūrė su socialine atskirtimi ar priklausė socialinės rizikos grupei, tai tokia situacija tik dar labiau pablogėja gydymo įstaigoje <...> “ (X1).

Asmenų savarankiškumas mažėja dėl sumažėjusios galimybės judėti, dirbti, tvarkytis buityje. Kita vertus, daug kas priklauso nuo paties sergančiojo: apklaustų socialinių darbuotojų teigimu, „kiekvienas atvejis yra individualus, taigi skiriasi ir silpnėjančios socialinės funkcijos. Įprastai tai priklauso nuo nustatyto ligos atvejo, paciento amžiaus, ankstesnės socialinės padėties“ (X1). Panašią nuomonę išsakė ir informantas X2, teigdamas, kad „socialinių funkcijų susilpnėjimą išskirčiau priklausomai nuo pacientų ligos“.

Sumažėjęs darbingumas ar nedarbingumas lemia svarbios socialinės funkcijos praradimą (subkategorija *darbinės ir profesinės veiklos įgyvendinimo*). Tyrimo dalyviai teigia: „Ligoniai dažnai priversti pasitraukti iš darbo rinkos, kas turi įtakos jų psichologinei būklei (asmuo nebegali savęs realizuoti darbo rinkoje) bei finansinėms problemoms (prarandamos pagrindinės pajamos)“ (X5). Nedarbingumas, pajamų neturėjimas, prasta finansinė situacija, atsiradusi dėl ligos, sukuria vis didėjančios socialinės atskirties būseną: „Asmuo dažnai priverstas dėl ligos daugiau laiko praleisti namuose, nebegali laisvai planuoti savo laisvalaikio, užsiimti jam įdomia kultūrine, kūrybine veikla“ (X6).

Tyrimas atskleidė, kad socialiniai darbuotojai su ligoniu dirba, padeda stiprinti jam / jai socialines funkcijas, iki socialinės integracijos tik pacientui būnant ligoninėje. Tai patvirtina informantų teiginiai apie trukmę, kurią jie skiria ligoniams. Tyrimo dalyviai teigia, kad su pacientu dirba visą laiką iki tol, kol jis būna ligoninėje: „Su pacientu ir jo artimaisiais dirbame, kol pacientas yra gydomas mūsų ligoninėje“ (X1). Po išrašymo iš ligoninės taikomi nukreipimai siekiant tęstinės socialinės pagalbos suteikimo: „Su pacientu dirbame nuo gydytojo nukreipimo pacientą socialinio darbuotojo konsultacijai iki tol, kol baigiamas stacionarinis gydymas. Toliau, jeigu reikia, pacientą nukreipiame į atitinkamą įstaigą socialinių paslaugų tęstinumui“ (X3).

Tyrimo dalyviai įvardijo pacientams skiriamą laiką, teigdami, kad darbui su pacientu skiriamas laikas skiriamai individualiai, pagal situaciją, jos sudėtingumą: „Kol ligonis gydomas stacionare, darbas su pacientu dažniausiai apima 7-10 dienų laikotarpį, bet gali būti trumpiau ar ilgiau,

priklausomai nuo paciento savijautos, ligos eigos dėl užsitęsusio gydymo“ (X6). Informantas X7 pažymi, kad socialinės integracijos procesas yra ligonio ir socialinio darbuotojo tarpusavio bendradarbiavimo rezultatas, kuriame „daug kas priklauso nuo paties ligonio, diagnozės, labai skirtingai“. Informantas X1 antrino: „<...> nėra konkrečios laiko trukmės, nes tai priklauso nuo paciento atvejo bei kiek tiksliai laiko jis praleidžia gydymo įstaigoje“. Tyrimo dalyvis X2 apibendrino, kad teikiamos socialinės pagalbos trukmė nustatoma pagal poreikį: „Laikas yra labai įvairus <....> Su vyresnio amžiaus žmonėmis arba sergančiais psichinėmis ligomis pacientais, kuriems bus reikalingas nuolatinis dėmesys ir gydymas, darbas gali užtrukti nuo 3 mėnesių iki metų“.

Apibendrinant galima teigti, kad pagalba stiprinant ligonio socialines funkcijas teikiama jam esant ligoninėje, tačiau, atsižvelgiant į individualią situaciją, šios pagalbos trukmė yra skirtinga. Ligonio buvimo gydymo įstaigoje laikas priklauso nuo ligos sudėtingumo bei stadijos, todėl ir pagalba teikiama skirtingai - vienam ilgiau, kitam trumpiau. Socialinio darbuotojo funkcijos, šiuo atveju, yra gerinti pacientų priežiūros patirtį (įskaitant kokybę ir pasitenkinimą), gerinti jų sveikatą, vis sudėtingesnėse, neefektyviose, įtemptose situacijose ir skirti šiems tikslas įgyvendinti tiek laiko, kiek yra reikalinga.

Interviu metu analizuotas pagrindinis pokytis, kurio siekia socialiniai darbuotojai ligonio socialinių funkcijų atstatymo procese. Atkreipiant dėmesį, kad socialinės ligonio funkcijos gali būti suprantamos plačiai, o socialinės pagalbos teikimas jas atkuriant – taip pat traktuojamas skirtingai, gilintasi į tai, kokio pagrindinio pokyčio, remiantis asmenine savo darbo praktika, siekia kalbinti socialiniai darbuotojai, padėdami pacientams atkurti normalų socialinį funkcionavimą ir integruotis į socialinį gyvenimą. Socialinio darbuotojo tikslas – įtraukti klientą į problemų sprendimą, stiprinti jo funkcijas, savarankiškumą. Apibendrinus tyrimo dalyvių pateiktus atsakymus galima atskleisti pagrindinį siektiną pokytį, atkuriant ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos kontekste. Visi apklaustieji sutinka, kad esminis pokytis, kurio siekiama socialinės integracijos procese – savarankiškumo skatinimas (žr. 1 priedo 9 lentelę).

Visi tyrime dalyvavę socialiniai darbuotojai sutinka, kad esminis tikslas – skatinti ligonių savarankiškumą. Ryškiau vyraujanti subkategorija *paciento savarankiškumo didinimas,* prie kurios priskirti 3 pasikartojantys teiginiai. Tyrimo dalyviai argumentuoja, kad tokio pokyčio tikslas - kliento savarankiškumas, kuris yra pilnaverčio socialinio gyvenimo garantas: „<....> nes, jei jis galės savimi pasirūpinti, jam pagalba ateityje nebus reikalinga“ (X3).

Apibendrinant socialinių paslaugų poreikį ligoninėje gydomiems asmenims siekiant socialinių funkcijų atstatymo ir teikiant reikalingą pagalbą, pastebima, jog kalbinti socialiniai darbuotojai klientų turimos socialinės pagalbos poreikį daugiausiai siejo su įprastomis socialinio darbo veiklomis. Pagrindinės minimos veiklos – dokumentų pildymas, administracinis atstovavimas, konsultavimas, informavimas, tarpininkavimas tarp kliento ir įvairių institucijų. Socialinis

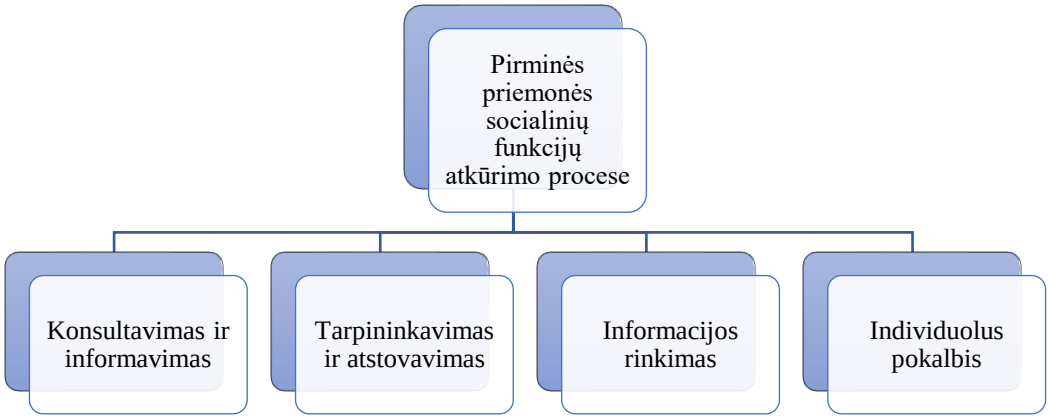
darbuotojas prisiima padėjėjo vaidmenį, kuris yra svarbus ir reikšmingas: ligoniai gali būti nesavarankiški ar nepajėgūs pasirūpinti savimi. Kita vertus, socialinės pagalbos veikla yra ribota: socialinis darbuotojas pagalbą teikia tik formaliais būdais ir administraciniu lygmeniu.

3.2.2 Socialinio darbo metodų taikymas siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese

Socialinio darbo metodų ir jų formų aptarimas ligonių integracijos procese – aktuali ir reikšminga sritis. Ne visi metodai socialinės integracijos procese yra naudingi ir teikiantys naudos: metodai turi būti pritaikomi individualiai, o ne laikantis visiems vienodai taikomų, numatytų žingsnių.

Kaip anksčiau minėta darbe, socialinės atskirties priežastys yra įvairios, turinčios įtakos daugeliui asmens gyvenimo raidos veiksnių. Dėl šios priežasties, teikiamos pagalbos priemonės turi būti parinktos individualiai, atidžiai, gerai išanalizavus situaciją.

Reikšminga aptarti kiekvieno socialinių darbuotojų naudojamo metodo sąsajas su ligonio socialinės integracijos rezultatais. Atliekant tyrimą dalyvių klausta, kaip pradedamas darbas identifikuojant ligonio socialines problemas, kokius metodus taiko specialistai jau pirmojo vizito metu (žr. 8 pav. ir 1 priedo 10 lentelę).



8 pav. Pirminio pokalbio/vizito metu taikomos priemonės, siekiant atkurti ligonio socialines funkcijas

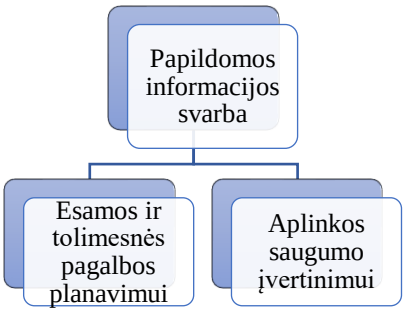
(Sudaryta darbo autorės)

Socialinės integracijos atkūrimo procese, taikant pirmines priemones, išskiriamos subkategorijos, atskleidžiančios taikomas skirtingas socialinio darbo metodikas. Dažniausiai naudojami metodai priskirti prie subkategorijų *informacijos rinkimas, individualus pokalbis.* Šios tyrimo metu išryškėjusios subkategorijos parodo, kad pirmo susitikimo metu naudojamas individualus darbas su klientu, koncentruojantis į pirminės informacijos surinkimo būdus.

Efektyviausias metodas surinkti reikiamą informaciją apie ligonio būklę, poreikius, savijautą - *individualus pokalbis.* Šiai kategorijai priskirtų atsakymų pasikartojimo dažnis yra didžiausias: jį paminėjo 3 informantai. Socialinis darbuotojas pokalbį plėtoja taip, kad jau nuo pat pirmo susitikimo klientas būtų įgalinamas, skatinamas prisiimti atsakomybę už problemų sprendimą: „Jau pirmo pokalbio metu stengiuosi įgyti asmens pasitikėjimą, *įeidama* į jo situaciją, kad galėtų išsakyti savo jausmus, nuotaikas, lūkesčius (dėl pasikeitusio gyvenimo). Taip gaunu objektyvesnę informaciją <...> stengiuosi įgalinti pacientą, jo artimuosius ieškoti jiems tinkamiausių problemų sprendimo būdų“ (X4). Tyrimo dalyvis X6 paaiškina, kodėl individualus pokalbis yra dažniausiai naudojamas metodas pirmojo susitikimo metu. Anot jo, individualus pokalbis yra geriausias būdas surinkti pirminei informacijai apie pacientą: „Naudojamas informacinis pokalbis (surenkama informacija apie esamus jo socialinius įgūdžius ar trūkstamus įgūdžius bei suteikiama reikiama informacija, kaip juos vystyti)“.

Vertinant informantų X5 ir X2 pateiktus teiginius apie tai, kaip renkama pirminė informacija, socialiniai darbuotojai naudoja ligos ir šeimos istorijos anamnezę, priskirtą informacijos rinkimo metodikoms: „Pirmiausia stengiamės sužinoti visą informaciją apie paciento būklę – ne tik sveikatos prasme, bet ir sužinoti jo socialinę aplinką, artimųjų kontaktus, gyvenamąją vietą ir kt.“ (X2).

Vizituojant klientą pirmąjį kartą rūpinamasi tinkamo metodui parinkimu, siekiant kuo greitesnės ir efektyvesnės ligonio socialinės integracijos, socialinio funkcionavimo. Surinkus informaciją jį vertinama, analizuojama, išskiriant tolesnio socialinio darbo prioritetus ir tikslus. Tokį darbo su klientais būdą žymi subkategorija *surinktos informacijos vertinimas.* Gilinantis į kitas tyrimo metu išryškėjusias subkategorijas (*konsultavimas tarpininkavimas, atstovavimas, informavimas*), galima teigti, jog aktyvus socialinis darbas su klientu pradedamas naudojant įprastus socialinės pagalbos teikimo metodus, kurie padeda suprasti pacientų poreikius (aptikti turimas socialines problemas), konsultuoti bei informuoti. Skatinant ligonio socialinę integraciją, specialistai atlieka paciento ir jo šeimos aplinkos vertinimą, naudojant tokius metodus, kaip: individualus pokalbis, informacijos rinkimas ir vertinimas (žr. 9 pav. ir 1 priedo 11 lentelę).



9 pav. Papildomos informacijos svarba

(Sudaryta darbo autorės)

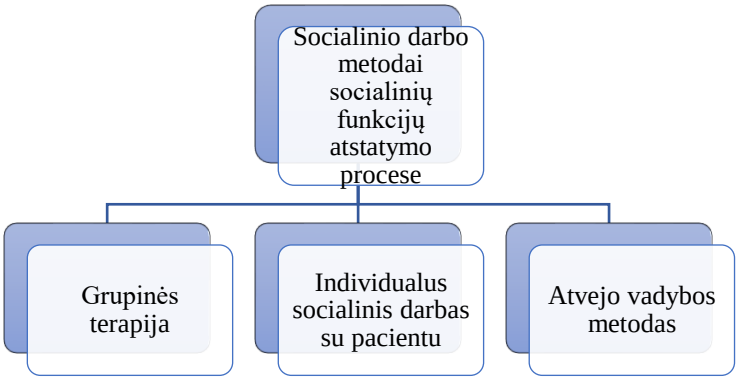
Tyrimo metu analizuota papildomos informacijos apie pacientą svarba ir nauda (pvz.: jo gyvenamoji vieta, socialinės aplinka, bendruomenė). Nustatyta, kad papildoma informacija padeda įvertinti kliento aplinkos saugumą (teigė X2 informantas), labiau įtraukti artimuosius (tvirtino X1 informantas), planuoti dabartinę bei būsimą pagalbą (nurodė X3, X4, X5, X6 informantai). Aplinkos saugumo įvertinimas gali būti ligonio socialinės integracijos efektyvumą tiek silpninantis, tiek stiprinantis veiksnys: „<...> dažnu atveju įvairias ligas ir nelaimes sukelia ne tik ligos, bet ir aplinka, kurioje žmogus gyvena <...> galime nustatyti, jog žmonėms reikalinga rimtesnė pagalba, nes namų aplinkoje jie yra išnaudojami ir skriaudžiami“ (X2). Tyrime dalyvavęs socialinis darbuotojas X1 pažymėjo, kad pirmojo susitikimo metu ieškoma papildomų būdų ir priemonių, atskleidžiančių, ar įmanoma įtraukti artimuosius, kas lengvina ligonio socialinę integraciją: „Siekiant padėti pacientui, įtraukiame jo artimuosius ar bendruomenę. Tokiu būdu surenkame informaciją apie paciento situaciją, kodėl jam reikalinga pagalba, ko ja siekiama, kokie asmenys jį supa. Taip galima geriau suprojektuoti pagalbos priemones, numatyti, kas gali būti jos dalyviais, koks bus artimųjų vaidmuo“ (X1).

Papildoma informacija, liečianti kliento artimuosius, padeda sudaryti pagalbos planą. Net 4 informantai tikino, kad papildomos informacijos apie klientą surinkimas padeda planuoti esamą ir tolimesnę pagalbą. Tyrimo dalyvis X3 nurodė, kad papildoma informacija gali būti net lemtinga: „Tokia informacija labai reikalinga, nes tai gali netgi lemti, ar asmuo gaus tolesnes reikalingas socialines paslaugas“. Tyrimo dalyvis X4 antrino, kad papildoma informacija padeda pagrįsti socialinės pagalbos reikalingumą: „Teigdami dokumentus dėl socialinės pagalbos, turime aiškiai, tiksliai parodyti pagalbos reikalingumą. Tam reikalinga kuo platesnė, tikslesnė informacija apie pacientą visomis prasmėmis“ (X4). Informantas X6 teigimu, papildoma informacija gali būti net svarbesnė už pagrindinę: „Papildoma išankstinė informacija yra pati reikšmingiausia, socialiniam darbuotojui siekiant įvertinti, ar asmuo yra socialiai atskirtas ir kokie socialinės integracijos principai ar praktika jam yra reikalinga. Tai būtina informacija, kad specialistas galėtų priimti pačius palankiausius pacientui spendimus“. Ši informacija aktuali ir socialiniam darbuotojui asmeniškai: ji reikšminga kliento socialinių funkcijų atkūrimo pradžioje: „Kuo daugiau informacijos specialistas gali susirinkti, prieš pradedant bendrauti su klientu, tuo sėkmingiau jis gali pasiruošti ir apgalvoti planą, kaip bendraus su pacientu, kokius pirminius veiksmus taikys, siekiant sėkmingesnės socialinės įtraukties“ (X5).

Visi kalbinti socialiniai darbuotojai sutiko, kad informacija apie pacientą yra reikalinga. Svarbi bet kokia su pacientu susijusi informacija: reikalinga „individuali informacija apie pacientą (gyvenamoji vieta, pajamos, šeiminė padėtis, išsilavinimas, žalingi įpročiai (jei tokių turi), ligos, traumos). Kitas blokas – socialinė informacija (psichologinė savijauta, motyvacija, esami socialiniai

įgūdžiai, pasitikėjimas savimi, išankstiniai nusistatymai, stereotipai)“ (X6). Papildoma informacija apie pacientą yra svarbi siekiant įtraukti artimuosius, planuoti dabartinę bei būsimą pagalbą: ji gali padėti geriau suprasti pacientą, jo poreikius, galimybes ir įpročius.

Interviu metu socialinių darbuotojų buvo klausiama, kokie, jų vertinimu, socialinio darbo metodai yra svarbiausi ir efektyviausi ligonio socialinės integracijos požiūriu. Išskirti reikšmingiausi metodai pateikiami žemiau esančiame paveiksle (žr. 10 pav. ir 1 priedo 12 lentelę):



10 pav. *Socialinių darbuotojų taikomi metodai visame darbo su ligoniu procese siekiant atkurti socialines jo funkcijas*

(Sudaryta darbo autorės)

Vertinant įvairių metodų efektyvumą ir sąsajas su sėkminga socialine integracija, pastebima, kad dominuoja grupinės terapijos metodas, kuris kategorijoje „Socialinio darbo metodai siekiant socialinių funkcijų atstatymo“ priskirtas prie subkategorijos *grupinės terapijos metodas.* Nors kai kurie socialiniai darbuotojai atkreipė dėmesį, kad šis metodas tinkamas ne visiems ligoniams, visi informantai sutiko, kad šio metodo tinkamumas padeda pasiekti geresnių rezultatų negu taikant kitus metodus. Kaip pabrėžė tyrimo dalyviai, grupinės terapijos metodas tiesiogiai susijęs su pacientų socialinių įgūdžių ugdymu. Tyrimo dalyvis X1 paaiškina šio metodo naudą: „Iš esmės tokios grupinės terapijos atveria socialumo galimybes, padeda atrasti bendraminčių, sustiprina pasitikėjimą savimi, pradeda įeiti į tą socialinę erdvę, iš kurios asmuo nutolsta sirgdamas. Tai svarbu asmens komunikacijai, bendrystei, socialinės aplinkos pažinimui, savo gebėjimų, dalyvauti joje, stiprinimui“. Kitas tyrimo dalyvis akcentuoja, kad toks metodas moko klientus užmegzti socialinius kontaktus ir išgyventi bendrumo su sociumu jausmą, suvokiant, kad jis įvairialypis, sudarytas iš skirtingų visuomenės grupių ir kad aplink yra tokių pat žmonių kaip ir jis: „Užmezga kontaktą su panašaus likimo žmonėmis, tampa atviresni socialiniam bendravimui. Tuomet tokie pacientai skatina vieni kitus, jiems nebereikia apsimetinėti <...> bendraudami tarpusavyje gali jaustis laisvesni ir suprasti“ (X2). Grupinės terapijos metu asmenys pajunta artumą su kitais, tokią pat patirtį išgyvenančiais asmenimis, ar net tampa draugais, skatina juos pozityviau vertinti ir visuomenę, ir savo galimybes pritapti joje: „<...> gali dalintis turima patirtimi, išgyvenimais, o tai ne tik padeda

jaustis reikalingais, išgirstais, suprastais, bet skatina jų motyvaciją, greitesnę socialinę integraciją. Taip pacientai palaipsniui atsiveria, tampa linksmesni ir motyvuoti“. Tyrimo dalyvis X3 akcentuoja, kad grupinė terapija gerina sumenkusią sergančiojo savivertę: „Grupėje stiprinama savivertė – pavyzdžiui, tai, kad dalyviai išmoksta atsiverti, išsakyti savo norus ir poreikius <...>“. Informantai pažymėjo, kad „bet kokia socialinė parama, o ypač bendravimas su kitais asmenimis, turinčiais panašių problemų, yra vienas efektyviausių ir greičiausių būdų ligoniams socialiai integruotis“ (X6). Buvo nurodoma, kad po grupinės terapijos jaučiamos geresnės pacientų nuotaikos bei pagerėja sveikata (X4).

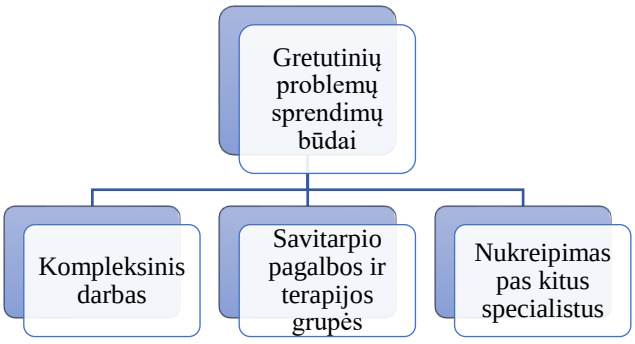
Apibendrinant galima teigti, kad grupinės terapijos yra itin veiksminga socialinės integracijos forma: žmogus gali gauti kitų grupės narių paramą, padrąsinimą. Terapijoje dalyvaujantys asmenys jaučia vienas kitam empatiją, matydami, kad kiti išgyvena panašius jausmus, taip jaustis mažiau vieniši. Matydamas, kaip grupinių terapijų metu elgiasi jo klientas, kaip jis jaučiasi, kaip reaguoja į kitus žmonės ar elgiasi socialinėse situacijose, socialinis darbuotojas gali pateikti vertingų patarimų savo klientui, analizuoti jo padėtį, apgalvoti reikiamos pagalbos ar gydymo metodus.

Kiti metodai, reikšmingai prisidedantys prie ligonio socialinės integracijos sėkmės, yra kompleksiniai metodai, akcentuojantys tiek individualų darbą su ligoniu, tiek socialinės grupės ir aplinkos, suvokiamos kaip socialinis tinklas, įtraukimą. Juos perteikia likusios subkategorijos, išskirtos tyrimo dalyvių atsakymuose: *individualus socialinis darbas ir atvejo vadybos metodas.* Parinkdami tinkamiausią metodą, kurį naudojant bus stiprinamos ligonio socialinės integracijos galimybės, tyrime dalyvavę asmenys pabrėžia, kad „išsiaiškinus situaciją, parenkamas geriausiai tinkantis metodas“ (X3). Tam tikras metodas gali būti netinkamas visoms situacijoms ir visiems ligoniams, todėl specialistai juos parenka atsižvelgiant į asmens būdą, socialinės pagalbos reikalingumą. Anot apklaustųjų, grupinės terapijos padeda socializuotis ir geriausiai atliepia ligonių socialinės integracijos poreikį, bet, kita vertus, jos tinka ne visiems: „Yra pacientų, kuriems grupinis darbas tinka, ir yra tokių, kuriems netinka, nerekomenduoja gydytojai, pavyzdžiui, turintiems autizmo spektro sutrikimų ar šizofreniją toks darbas būtų neefektyvus“ (X7). Tokiais atvejais taikomi kiti metodai, padedantys ligoniui efektyviau integruotis į visuomenę. Tyrimo dalyviai nurodo, kad socialinio darbo metodai yra pritaikomi lanksčiai, nuolat atsižvelgiant į paciento situaciją, stebint ją. Informantas X7 apibūdina atvejo vadybos metodą: „Tai nuoseklus planingas darbas su pacientu, susidedantis iš atskirų intervencijų, žingsnių, bendradarbiavimo, jame apibrėžiamas siektinas rezultatas ir nuolat peržiūrime, kaip mums sekasi. Taip pat ir aš atlieku savirefleksiją pagal jį, tai mano orientacinės gairės“.

Aptariant, kokie metodai iš pastarųjų labiausiai padeda pasiekti socialinės integracijos tikslus, tyrimo dalyviai nuomonės išsiskiria. Socialiniai darbuotojai X7, X6 ir X5 reikšmingiausiu metodu, siekiant ligonio socialinės integracijos, laiko atvejo vadybos metodą. Jie buvo linkę manyti,

kad tai lanksčiausias metodas, o lankstumas, atsižvelgiant į individualią situaciją reikalingas atkuriant ligonio socialines funkcijas: „Atvejo vadybos metodas, nes pagal nuoseklius, logiškus žingsnius socialinis darbuotojas parenka tinkamiausius procesus, kad klientas gautų reikiamas paslaugas, kurios duotų daugiausia naudos“ (X6). Specialistai nurodė, kad atvejo vadyba padeda formuoti socialinius tinklus, reikalingus pacientui su susilpnėjusiomis socialinėmis funkcijomis: „Atvejo vadybos metodas. Šis metodas efektyviausias, mano nuomone, būtų. Kadangi ligoniams dažniausiai reikalinga pagalba iš kelių socialinių ar sveikatos teikėjų“ (X5). Du tyrimo dalyviai nurodė, kad veiksmingiausias metodas - individualus darbas. „Socialiniame darbe praktikuojamas bendradarbiavimas tiek su jo šeima, tiek bendruomene, kad būtų paspartinta socialinė integracija <...> ypatingai svarbus ligonio šeimos vaidmuo, kadangi nuo jų įsitraukimo ir pagalbos, priklauso tai, kaip bus skatinama socialinė integracija išėjus iš gydymo įstaigos“, - teigė informantas X1. Informantas X2 akcentavo, kad sėkminga socialinė integracija labai priklauso nuo artimiausio socialinio tinklo – šeimos – įsitraukimo. Socialinių darbuotojų pateikti atsakymai rodo, kad visi aptarti metodai yra veiksmingi, siekiant jo socialinių funkcijų atkūrimo, o jų veiksmingumo laipsnis priklauso nuo to, kaip tinkamai parenkamas metodas atsižvelgiant į individualią situaciją.

Atliekant tyrimą buvo nagrinėjama kokias sąsajas socialiniai darbuotojai įžvelgia tarp socialinių funkcijų silpnėjimo ir gretutinių problemų (žalingų įpročių – alkoholio ar narkotinių medžiagų vartojimo) atsiradimo bei kaip mažinama priklausomybė ar pavyksta išspręsti šias gretutines problemas. Specialistų buvo klausiama, kokie socialinio darbo metodai ir priemonės taikomi sprendžiant gretutines problemas, turinčias įtakos ligonio socialinių funkcijų susilpnėjimui (žr. 11 pav. ir 1 priedo 13 lentelę).



11 pav. *Ligonio gretutiniu problemų sprendimo būdai*

(Sudaryta darbo autorės)

Nustatyta, kad visų apklaustų socialinių darbuotojų manymu, yra reikšminga sąsaja tarp socialinių funkcijų silpnėjimo ir gretutinių problemų (alkoholio ar narkotinių medžiagų vartojimo). Kategorijoje „Gretutinių problemų sprendimo būdai“ išskiriamos trys subkategorijos, kadangi kitų atsakymų pasikartojimo dažnis yra retas, rodantis nevienalytę tyrimo dalyvių poziciją šiuo klausimu.

Informantai buvo įsitikinę, kad gretutines problemas padeda spręsti tiek individualūs, tiek grupinio darbo metodai bei papildomos priemonės:

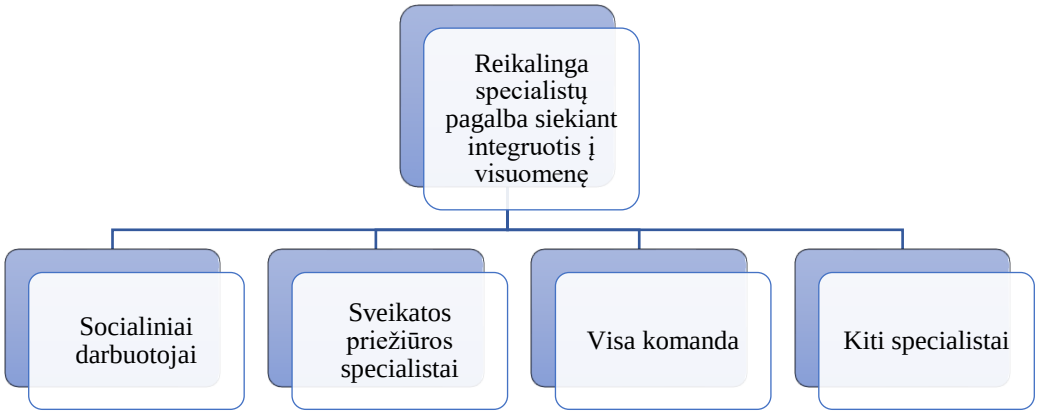
- papildomų konsultacijų skyrimas;
- įvairios terapijos formos ir rūšys;
- aktyvesnis medicinos personalo įsikišimas;
- socialinių darbuotojų, dirbančių skirtingose įstaigose, bendradarbiavimas, konsultavimasis (žr. 1 priedo 13 lentelę).

Kai kurių tyrimo dalyvių teigimu, socialinė pagalba teikiama tol, kol ligoniui paskirtas stacionarus gydymas, ir tik tiek, kiek ji reikalinga šiam gydymui palaikyti. Gretutinės paciento problemos nesprendžiamos, tačiau gali būti pritaikomi nukreipimai: „<...> tačiau esant poreikiui suteikiame pacientui ar jo artimiesiems informaciją, kur pacientas galėtų gauti pagalbą iš savo bendruomenės, NVO ar kitų institucijų“ (X1). Socialinis darbuotojas X5 pažymėjo, kad ligoninėje pagalbos spręsti gretutinėms problemoms jie neteikia, tačiau bando padėti kontaktuodami bei informuodami socialinius darbuotojus, esančius netoli ligonio gyvenamosios vietos. Kiti tyrimo dalyviai nurodė, kad gretutines problemas jie siekia išspręsti taikydami grupines terapijas bei įvairias menų, muzikos veiklas (X6), taip pat dirbant su medikais bei psichologais (X2). Pagalba, siekiant mažinti gretutines problemas, susijusias su priklausomybėmis, yra teikiant informaciją ir informuojant socialinius darbuotojus, kurie dirba savivaldybėse, netoli ligonio gyvenamosios vietos.

Apibendrinant tyrimo dalyvių taikomus metodus, būdus bei priemones ir jų efektyvumo vertinimus atkuriant ligonio socialines funkcijas, pabrėžtina, kad efektyviausi metodai - grupinė pagalba ir socialinių tinklų kūrimas. Pastarieji didina paciento motyvaciją ir gerina jo socialinius įgūdžius. Efektyviu metodu laikoma atvejo vadyba bei individualus ir grupinis - komandinis darbas su pacientu. Teigtina, kad įvairių metodų, būdų ir priemonių efektyvumas, siekiant ligonio socialinių funkcijų atkūrimo, priklauso tiek nuo paties metodo, tiek nuo to, kaip tinkamai jis parenkamas.

3.3.3 Socialinio darbuotojo tarpininkavimo svarba siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese

Gilinantis į socialinio darbuotojo, kaip tarpininko, vaidmenį, siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas, aktualizuojami ryšiai su kitomis institucijomis ir įstaigomis, kitais specialistais ir socialiniais darbuotojais. Bendradarbiavimas ir tarpininkavimas su kitomis įstaigomis reikšmingas siekiant kurti, sėkmingai ligonio integracijai, reikalingą aplinką, stiprinti socialines jo funkcijas ir didinant motyvaciją. Tyrimo dalyvių teirautasi, kokie specialistai reikalingi, padedant ligoniui sugrįžti į socialinį gyvenimą, kurio galimybės buvo apribotos dėl ligos. Atsakydami į šį klausimą, informantai nurodė tiek ligoninėje, tiek už jos ribų dirbančius specialistus, įskaitant ir socialinius darbuotojus (žr. 12 pav. ir 1 priedo 14 lentelę).



12 pav. *Specialistai, padedantys ligoniams grįžti į socialinį gyvenimą*

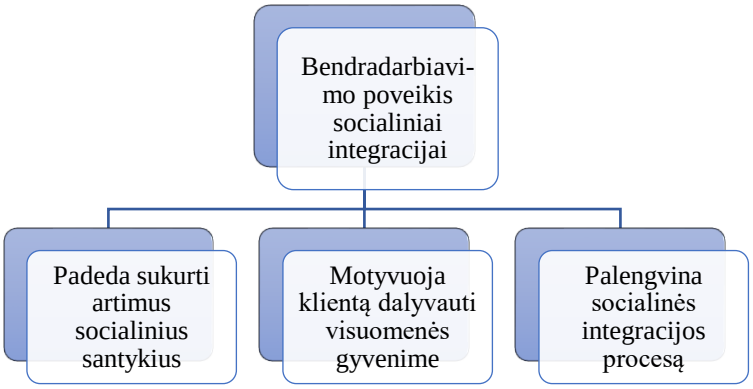
(Sudaryta darbo autorės)

Analizuojant 10 paveiksle pateikiamus tyrimo duomenis, išryškėja tendencija, kad geriausia pagalba ligoniui – tai specialistų komandinis darbas: dauguma atsakiusiųjų šią subkategoriją nurodė kaip reikšmingiausią ligonio socialinių funkcijų stiprinimo procese. Atsakymų pasikartojimo dažnis 5, būdingas subkategorijai *visa komanda*, leidžia teigti, kad stiprinant susirgusių ir į ligoninę patekusių asmenų socialines funkcijas, reikšmingiausi yra įvairių, su ligoniu dirbančių, specialistų tarpusavio ryšiai. Tai apima ligoninėje esančio medicinos personalo komandinį darbą: „Paciento gydymo procese dalyvauja specialistų komanda – įvairių sričių gydytojai, slaugos personalas, socialiniai darbuotojai, psichologai, kineziterapeutai, ergoterapeutai, logoterapeutai, masažuotojai bei kiti specialistai“ (X3). Tyrimo dalyviai įsitikinę, kad komandinis darbas pacientui labai padeda dar ir tuo, kad jame kompetencijomis „dalijasi“ skirtingų profesijų ir sričių specialistai: „Siekiant kuo sėkmingesnės, socialiai pažeidžiamų asmenų įtraukties, itin svarbu, kad sveikatos priežiūros specialistai, socialiniai darbuotojai, psichologai, turintys skirtingą išsilavinimą ir profesinio pasirengimo lygį bei galintys padėti pacientui, sprendžiant įvairias su liga susijusias problemas, suteiktų reikiamas paslaugas <...>“ (X6).

Subkategorija, kuri socialinių darbuotojų taip pat laikoma reikšminga - *sveikatos priežiūros specialistai* (pasikartojimo dažnis 3). Atsakiusieji pateikia platesnį požiūrį į sveikatos priežiūros specialistus, ligonio socialinės integracijos kontekste: šie specialistai ne tik gydo, bet teikia pagalbos priemones, padedančias ligoniui įsilieti į socialinį gyvenimą, baigus gydymą stacionare (žr. 9 lentelę). Tokie tyrimo dalyvių pastebėjimai parodo, kad negalima išskirti vieno ar kelių specialistų, kurių pagalba reikšmingiausia ligonio socialinės integracijos procese: tai priklauso nuo ligos pobūdžio, jos sunkumo, stadijos ir pasireiškimo. Vienam ligoniui gali būti reikalingas kineziterapeutas, kitam - ergoterpeutas ar psichologas. Tikėtina, kad ligoniui bus reikalinga skirtingų specialistų pagalba, todėl itin svarbus ir būtinas komandinis darbas.

Atsakiusiųjų nuomone, specialistai, reikšmingai prisidedantys prie ligonio socialinių funkcijų stiprinimo - *socialiniai darbuotojai* (pasikartojimo dažnis 2), teisininkai ir užimtumo tarnybos specialistai (pasikartojimo dažnis 2). Socialinių darbuotojų reikalingumas įvardytas tiek ligoninėje, tiek už jos ribų (pavyzdžiui, savivaldybių seniūnijose). Įžvelgiama, kad socialinės integracijos procese svarbūs specialistai yra medicinos darbuotojai, socialiniai darbuotojai ir specialistai, padedantys pacientui įtvirtinti savo teisinį statusą visuomenėje ir įsilieti į darbo rinką.

Kitu klausimu analizuota kaip ligonis, bendradarbiaudamas su socialiniu darbuotoju, gali sustiprinti savo socialines funkcijas. Atlikto tyrimo metu pateikti atsakymai leido išskirti keletą sričių, kurios susijusios tiek su vidinės paciento būsenos pagerėjimu, veikiančiu kaip motyvacija stiprinti socialines funkcijas, tiek socialinę integraciją lemiančių aplinkybių palengvinimu (žr. 13 pav. ir 1 priedo 15 lentelę)



13 pav. *Ligonio ir socialinio darbuotojo bendradarbiavimo įtaka socialinės integracijos rezultatams*

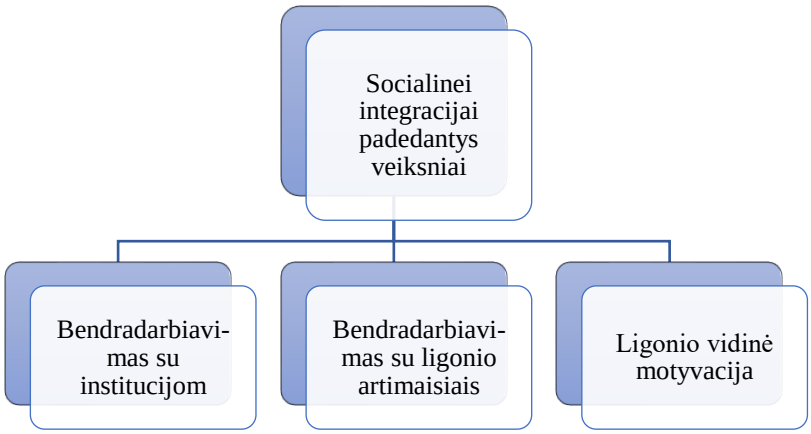
(Sudaryta darbo autorės)

Visi tyrime dalyvavę socialiniai darbuotojai sutinka, kad bendradarbiavimas itin svarbus ir reikšmingas, siekiant pagerinti socialinę integraciją. Dažniausiai pasikartojanti „Bendradarbiavimo poveikis socialinei integracijai“ subkategorija yra *padeda sukurti artimus socialinius santykius, motyvuoja klientą dalyvauti visuomenės gyvenime.* X6, X4, X7 informantų atsakymai žymi, kad artimi santykiai tarp ligonio ir socialinio darbuotojo gali tapti savotiška sėkmingos integracijos „terpe“: „<...> o artumas ir tarpusavio ryšys savaime gydo“, - teigia kalbintas socialinis darbuotojas X7. Artimas bendravimas su socialiniu darbuotoju klientą motyvuoja kurti stipresnius socialinius ryšius ir stiprinti bendravimo gebėjimus. Tyrimo dalyvių akcentuojamas, kad teigiamo identiteto pojūčio kūrimas yra ne vienpusis, bet abipusis procesas. Bendradarbiavimas su socialiniu darbuotoju skatina įsilieti į bendruomenės ar visuomenės gyvenimą, bet klientas turi stengtis ir pats: „<...> tačiau labai svarbu, kad žmogus pats tikėtų pagalbos svarba ir būtų pasiruošęs ją priimti“, - atvirauja informantas X5.

Kitos tyrimo metu išryškėjusios subkategorijos atkreipia dėmesį į tai, kad ligonio ir socialinio darbuotojo bendradarbiavimas palengvina socialinę integraciją, padeda gauti detalesnės informacijos, prisideda prie paciento sėkmingesnio sveikimo.

Tyrimo dalyvių prašyta įvertinti ligonio ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimo naudą. Apžvelgiant tyrimo dalyvių pastebėjimus, kaip socialinio darbuotojo ir sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimas skatina ligonio socialinių funkcijų stiprinimą, pastebima, kad kooperacija naudinga, siekiant suteikti ligoniui pagalbą, atitinkančią jo poreikius bei „ užtikrinti socialinės integracijos poreikių tęstinumą“ (X1). Reikalingos pagalbos užtikrinimas apima šiuos aspektus: „Socialinio darbuotojo tarpininkavimas tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų yra neatsiejama socialinio darbo slaugos klinikoje dalis <...> Konsultuojamės su gydytojais dėl paciento fizinio savarankiškumo, dėl psichinės sveikatos, kad galėtume įvertinti asmens galimybes gauti vieną ar kitą pagalbą. Gaudami tikslią informaciją, atliekame tikslų vertinimą, dėl ko pacientas gauna jo poreikiams reikalingą pagalbą“ (X4); „<...> ypač efektyvus žmonėms, turintiems sudėtingų poreikių, lėtinių ligų, psichologinių sutrikimų, kuriems visapusiška priežiūra teikia didžiausią naudą“ (X5); „užtikrina visapusišką, koordinuotą pagalbą pacientui bei galimas gydymo korekcijas, atsižvelgiant į paciento pakitusius poreikius, ligos eigą“ (X6).

Informantų paklausus, nuo kokių veiksnių priklauso sėkminga ligonio socialinė integracija, nustatyta, kad ją sąlygoja bendradarbiavimo procesas, apimantis tiek bendradarbiavimą su institucijomis, tiek su paciento šeimos nariais (žr. 14 pav. ir 1 priedo 16 lentelę)



14 pav. *Veiksniai, sąlygojantys sėkmingą ligonio socialinę integraciją*

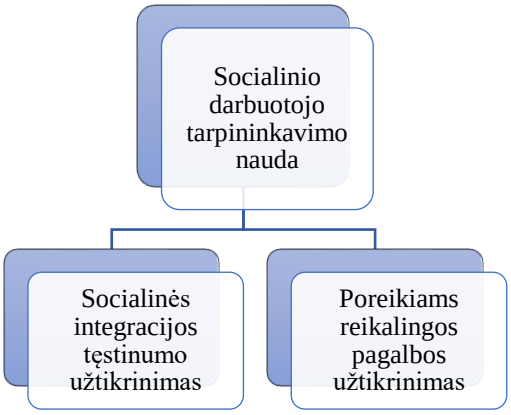
(Sudaryta darbo autorės)

Vertinant tyrimo dalyvių nuomones apie sėkmingą ligonio integraciją lemiančius veiksnius, matyti, kad galima išskirti kelis požiūrius kategorijoje „Socialinei integracijai padedantys veiksniai“, atskleidžiančias subkategorijas: *bendradarbiavimas su institucijomis, bendradarbiavimas su ligonio artimaisiais, ligonio vidinė motyvacija.*

Daugiausiai tyrimo dalyvių linkę galvoti, kad sėkmingą paciento integraciją sąlygoja glaudus socialinio darbuotojo bendradarbiavimas su jo šeima ir artimaisiais (šios subkategorijos pasikartojimo dažnis yra 4). Kodėl šis bendradarbiavimas gali tapti tokiu reikšmingu, iliustruoja informanto X1 pateikti pavyzdžiai: „Pavyzdžiui: nepilnametė gimdyvė (16 m.), turėdama šeimos palaikymą, augins naujagimį, tęs mokslus mokykloje (iki 10 kl.) nuotoliniu būdu. Kol gimdyvei sueis 18 m., jos naujagimio globą prisiima jos mama, naujagimio močiutė. Tuo tarpu romų tautybės gimdyvė, susilaukusi naujagimio, kurio tėvas yra rusų tautybės, priėmė sprendimą atsisakyti savo pirmojo naujagimio, kadangi tam nepritarė jos šeima ir bendruomenė“ (X1). Antra priežastis, parodanti, kodėl yra svarbu bendradarbiauti su ligonio šeima, yra paciento prisiimtas „socialinio nuošalio“ vaidmuo, kuomet atsiribojama nuo bet kokios socialinės aplinkos, įskaitant ir artimuosius: „Dažnu atveju, žmonės, susergantys nepagydomomis ligomis, savanoriškai atsisako artimųjų pagalbos, todėl mūsų uždavinys – vėl juos suartinti. Jausdamas artimųjų paramą, o ne priešiškumą pacientas greičiau sveiksta, o nuo artimųjų noro ir galimybių priklauso ir ligonio socialinė integracija už medicinos įstaigos ribų“ (X2). Jei artimųjų nėra, socialinė integracija vyksta sunkiai: „Šeimos nariai dažnai prisideda ne tik prie emocinio ligonio palaikymo, bet ir prie slaugos proceso. Daug sudėtingesnė situacija, pavyzdžiui, su ligoniais, kurie ilgą laiką buvo įkalinimo įstaigose, augo vaikų globos namuose ar daug metų nepalaiko artimų santykių su šeimos nariais. Tokia situacija labai apsunkina socialinę integraciją“ (X5). Trečia priežastis, atskleidžianti, kodėl bendradarbiauti su artimaisiais būtina - ligonio artimieji tampa socialinio darbuotojo ir kitų specialistų pagalbininkais: „Iš mano praktikos pasitaiko atvejų, kad artimieji suranda darbą, pasirūpina pašalpomis ir dokumentacija. Be to, jie daugiausiai bendrauja su socialiniu darbuotoju, kuris jiems prieinamas <...>“ (X7). Akivaizdu, kad ligonio socialinė integracija yra sąlygojama tam tikros sistemos, kurią galima suprasti kaip socialinį tinklą, prasidedantį nuo šeimos – ji yra pirmasis „laiptelis“ socialinės integracijos procese. Šeima gali skatinti ligonio socialinę integraciją, tačiau dėl kultūrinių-socialinių priežasčių tuo pačiu, ir užkirsti tam kelią, o pastaruoju atveju ligonio socialinė integracija taps apribota.

Nagrinėjant kitus tyrimo dalyvių atsakymus, pabrėžtina bendradarbiavimo su institucijomis nauda: „Ta socialinė integracija galima, jeigu asmuo gauna jam reikiamas paslaugas – pavyzdžiui, pagalbos į namus paslaugas, arba perkeliamas į socialinės globos įstaigą (jeigu reikia), jei gauna techninės pagalbos priemones, palengvinančias jo judėjimą bei apsitarnavimą, jeigu gauna kitas jam reikalingas paslaugas“ (X4). Socialinio darbuotojo kompetencija yra pacientui teikiamos veiksmingos pagalbos dedamoji: „Socialinis darbuotojas gali padėti pacientams bei jų šeimoms sprendžiant problemas, su kuriomis jie susiduria: padeda naudotis gydymo ir kitos reikalingos pagalbos ištekliais, suvokti ir spręsti problemas, ugdyti paciento socialinius gebėjimus, įveikti individualių poreikių aprūpinimo sunkumus“ (X5).

Tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų taip pat buvo klausiama, kokia tarpininkavimo rūšis pacientams yra naudingesnė bei efektyvesnė (žr. 15 pav. ir 1 priedo 17 lentelę)

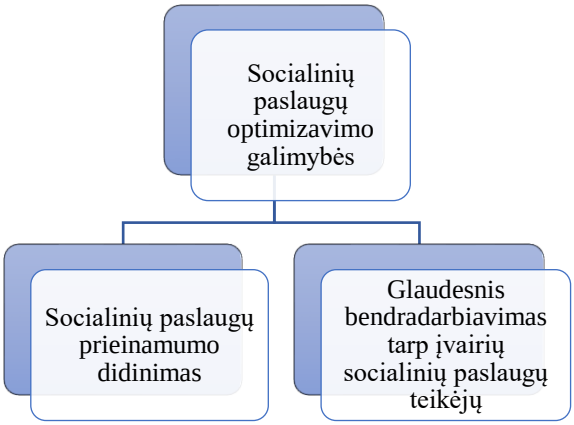


15 pav. *Socialinio darbuotojo tarpininkavimo nauda*

(Sudaryta darbo autorės)

Sugrupuotuose pagal pasikartojančius teksto elementus informantų atsakymuose į šį klausimą galima išskirti dvi subkategorijas: *Socialinės integracijos tęstinumo užtikrinimas* (pasikartojimo dažnis 2), *ir poreikiams reikalingos pagalbos užtikrinimas* (pasikartojimo dažnis 3). Prie labiausiai savo atsakymais dominuojančios subkategorijos, kurioje kalbama apie geresnę pagalbos teikimo kokybę, priskirti tie informantų atsakymai, kuriuose pabrėžiama, jog geresnė pacientų sveikatos priežiūra yra tiesiogiai susijusi su jų socialinių funkcijų sustiprėjimu ir socialine integracija: „<...> bendradarbiavimo tarp socialinių darbuotojų ir medicinos priežiūros darbuotojų, svarbą. Tarpprofesinis bendradarbiavimas užtikrina geresnę pacientų priežiūros kokybę, laiku suteiktas paslaugas, greitą reagavimą kriziniu laikotarpiu“ (X5). Sveikesnis asmuo yra ir socialiai aktyvesnis, labiau įsiliejantis į bendruomenę/visuomenę: „Bendradarbiaujant kartu galima daug greičiau ir efektyviau pasiekti gerų ligonio gydymo ir socialinės integracijos rezultatų“ (X6). Kalbėdami apie bendradarbiavimą su ligonio artimaisiais, informantai apreiškė apgailestavimą, kad tai ne visada pavyksta: „Jeigu pacientas turi artimųjų, tuomet stengiamės kuo labiau įgalinti juos rūpintis savo artimu, suteikdami jiems kuo daugiau reikalingos informacijos. Tiesa, būna atvejų, kai, net esant artimiesiems, dėl prastų santykių pastarieji neįsitraukia į bendradarbiavimą, todėl tokiais atvejais tarpininkavimas krypsta tarp paciento ir įstaigų bei medicinos priežiūros darbuotojų“ (X1). Galima teigti, kad tarpininkavimas svarbus ir reikėtų daugiau skirti dėmesio tarpininkavimui tarp paciento ir įstaigų bei medicinos priežiūros darbuotojų, nes pacientas dažnai nežino (trūksta informacijos apie galimas paslaugas ar galimybes), nedrįsta ir neturi tiesioginės prieigos prie sveikatos priežiūros specialistų, ypač kai santykiai su artimaisiais, kurie galėtų tuo pasirūpinti, sudėtingi.

Tyrime dalyvavusių socialinių darbuotojų teirautasi, kokios, jų nuomone, papildomos priemonės turėtų būti taikomos, optimizuojant jų darbinę praktiką, kad socialinė ligonių integracija būtų dar efektyvesnė (žr. 16 pav. ir 1 priedo 18 lentelę)



16 pav. *Socialinių paslaugų optimizavimo galimybės, ligonių socialinės integracijos procese*
(Sudaryta darbo autorės)

Tyrimas atskleidė, kad socialinių darbuotojų nuomonė šiuo klausimu išsiskyrė. Tyrimo dalyvių nuomone, būtinas didesnis medicinos personalo dėmesys (X2) ar teisinės bazės pakeitimai (X6). Atsakiusiųjų nuomone: „yra prikurta įvairių įstatymų, paslaugų, projektų, jie dažniausiai nevykdomi dėl institucijų neveiksnumo, darbuotojų trūkumo, kompetencijos nebuvimo, žinių stokos“ (X5). Opi problema - esamų socialinių paslaugų pacientams prieinamo trūkumas: „Pavyzdžiui, poliklinikos teigia teikiančios ambulatorines slaugos paslaugas pacientams namuose, tačiau *realiai* pacientai susiduria su problema, kai jiems sunku patekti pas šeimos gydytoją, taip pat trūksta slaugytojų, galinčių atvykti į namus, todėl paslaugų reikia ilgai laukti“ (X1). Akivaizdu, kad specialistai socialinį darbą su ligoniais pradeda tiek medikų siuntimu, tiek kreipiantis pačiam pacientui ar jų artimiesiems. Poreikį gali sąlygoti pacientams reikalinga pagalba tvarkant dokumentaciją, siekiant gauti informaciją ar pagalbą integruojantis į visuomenę. Pacientai turi įvairių problemų, tačiau didžiausios problemos – negebėjimas ir sunkumai tvarkantis dokumentus, pagalba prirašant senyvo amžiaus asmenis į slaugą ar globą ar asmeniui neturint gyvenamosios vietos nukreipimai į nakvynės namus, priklausančių socialinių paslaugų neprieinamumas. Tyrimo dalyvis X7 įvardijo, veikla galėtų būti optimizuojama teikiant dar platesnį socialinių paslaugų spektrą: meno terapija ar į darbo rinką padedantys integruotis mokymai.

Analizuojant tyrimo dalyvių išsakytas pozicijas, išaiškėja dvi problemos – ne visos ligoniams priklausančios socialinės paslaugos yra prieinamos, trūksta nukreipimų. Veikla galėtų būti optimizuojama, plečiama teikiant papildomas socialines paslaugas, gerinančias vidinę paciento būseną, kuri lemia jo motyvaciją dalyvauti socialiniame gyvenime ir socialiniuose procesuose.

Reikalingas glaudesnis tarpininkavimas su kitomis įstaigomis, teikiant įsitvirtinimo, į darbo rinką, pagalbą.

Socialinio darbuotojo tarpininkavimas gali pagerinti ligonio socialinės integracijos procesą. Jis ypač reikalingas tais atvejais, kai ligonio ryšiai, su jo aplinka ar socialinėmis grupėmis, yra sudėtingi: neturima artimųjų, neprieinamos socialinės paslaugos. Socialinio darbuotojo tarpininkavimas yra reikšmingas, kai užtikrinamas komandinis darbas, bendradarbiavimas bei socialiniam darbuotojui teikiamos papildomos kompetencijos, mokymai, reikalingi darbui su ligoniais, jo sėkmingos socialinės integracijos procese.

3.3 Diskusija

Liga yra pasekmė, kuri žmogų priverčia atsiriboti nuo įprastų kasdienio gyvenimo procesų. Susirgimas sąlygoja informacijos, žinių trūkumo problemas, prastėjančią fizinę bei psichinę būklę, socialinę izoliaciją. Šie procesai gali lemti išaugusį ligonio nerimą, kad situacija nevaldoma. Šias problemas spręsti padeda socialinis darbuotojas – specialistas, kuris atsiduria šalia, kai prireikia pagalbos, pacientui ar jo artimiesiems patiriant šoką, išgyvenant neigiamus jausmus: kai trūksta informacijos apie ligą, jos eigą, galimą gydymą. Visa tai lemia dar daugiau problemų socialinėje plotmėje.

Ligoninėje gulinčio asmens pirminis kontaktas su socialiniu darbuotoju vykdomas įvairiomis formomis, dažniausiai jį nukreipiant (tai vykdo medicinos personalas). Šiame etape jau ryškus ligonio socialinių funkcijų stiprinimo ir socialinės integracijos poreikis. Tai pasireiškia per pastebimą paciento saviizoliaciją, skaudžiai išgyvenamos ligos, socialinės stigmos patirtis, gretutines problemas, dažniausiai pasireiškiančias įvairiomis priklausomybėmis, ribotus ryšius su artimaisiais, vienatvę, kylančius savarankiškumo iššūkius vyresniame amžiuje. Gauti tyrimo rezultatai patvirtina ir kitų autorių atliktus tyrimus: mokslinėje literatūroje teigiama, kad asmenims susirgus, norisi atsiriboti, nes jaučiama gėda (Germanavičius ir kt., 2007). Baltrušaitytės ir Leonavičiaus (2014) manymu, sergantieji patys nuvertina savo socialines galimybes – tokios nuomonės laikosi ir Tereškinas (2015), teigdamas, kad sergantieji linkę save izoliuoti, tapti „nematomais“. Liga sumažina ligonių socialines funkcijas – sumenksta asmenų savarankiškumas, jie tampa uždaresni, atsiriboja.

Kaip parodė atliktas tyrimas, socialinių funkcijų požiūriu, silpnėja ligonių sėkmingo komunikavimo, bendravimo, profesinės savirealizacijos, savarankiškumo, finansinio saugumo užtikrinimo, socialinio identiteto kūrimo, galimybės. Socialiniai darbuotojai padeda tokiems pacientams sustiprinti prarastas socialines funkcijas (atstatyti, skatinti savarankiškumą), suteikti informacijos bei tarpininkauti. Atlikto tyrimo metu nustatyta, kad ši pagalba efektyviausia ir įgyvendinama ligoniui dar esant gydymo įstaigoje.

Pagalba integruojantis į visuomenę, pasak Adomaitytės-Subačienės (2019), yra viena svarbiausių socialinio darbo funkcijų. Ligonis įtraukiamas į socialinės integracijos procesą socialiniams darbuotojams įvertinus esančias problemas, juos konsultuojant, renkant papildomą informaciją apie pacientą, skatinant juos dalyvauti grupinėse terapijose. Jų metu pacientai gali dalintis patirtimi, rasti problemų sprendimų būdus. Mokslininkai akcentuoja, kad socialiniai darbuotojai turėtų nustatyti pacientų poreikius (aptikti bei nustatyti socialines problemas), juos konsultuoti, informuoti (Raudeliūnaitė, 2014). Nors liga lemia žmogaus pasimetimą, nežinojimą, kaip elgtis, o socialinis darbuotojas yra tas asmuo, kuris padeda susigaudyti situacijoje, tačiau ligos nulemta socialinė saviizoliacija motyvuojančiu veiksniu ieškoti socialinės pagalbos. Ligonių vidinė motyvacija, šiame tyrime, įvardyta kaip veiksnys, sąlygojantis sėkmingą ligonio socialinę integraciją. Sergant „iškrentama“ iš socialinio gyvenimo, nes nežinoma, *kaip* jame būti, todėl šiems asmenims būdinga „stigma“: patiriamas gyvenimo kontrolės jausmo praradimas, nusivylimas ir nebesitikima tos kontrolės atgauti. Socialinis darbuotojas turėtų įvertinti kas motyvuoja ligonį siekti pokyčių ligos gydymo eigoje bei skatinti ligonio vidinę motyvaciją.

Atliktas tyrimas patvirtina, kad individualus darbas su pacientu, siekiant stiprinti ligonio funkcijas socialinės integracijos procese, pradedamas jau pirmo vizito metu. Vėliau darbas tęsiamas taikant skirtingus metodus pagal poreikį. Kaip veiksmingiausi metodai išskiriami grupinė terapija ir atvejo vadyba. Stiprindami ligonių socialines funkcijas specialistai atlieka informatoriaus, tarpininko konsultanto, terapeuto, advokato, organizatoriaus ir administratoriaus, profesinius vaidmenis. Atlikto tyrimo rezultatai pažymi, socialiniai darbuotojai ligonius nukreipiami pas reikiamus specialistus, vykdo jų interesų atstovavimą institucijose, tarpininkauja „jautriose“ situacijose (pvz.: padedant atsisakyti žalingų įpročių, skatinant paciento šeimą priimti jiems neįprastus sprendimus, vykdant šeimos terapijos formas). Šios pagalbos formos padeda pacientui susitaikyti su liga, pakitusia jo būsena, motyvuoja, skatina geresnę psichinę savijautą.

Ligonio integracijai į visuomenę būtinas komandinis darbas ir bendradarbiavimas ne tik su pacientu, bet ir su kitos srities specialistais bei paciento artimaisiais. Mokslinėje literatūroje pateikiami komandinio darbo privalumai (Varžinskienė ir Rudzevičiūtė, 2009; Dirgėlienė ir Liekis, 2013). Ustilaitė ir kt. (2008) ir nustatyta, kad ligoniams aktualios tokios problemos, kaip bendravimas su artimaisiais (tokios nuomonės laikėsi 26 proc. pacientų), bendravimas su gydymo įstaigos personalu (50 proc.).

Atliktas tyrimas išryškino tendenciją, kad socialinę integraciją sąlygoja ir socialinio darbuotojo profesionalumas, kompetencija, komandinio bendradarbiavimo įgūdžiai, paties ligonio motyvacija, šeimos narių ir artimųjų požiūris bei įsitraukimo į ligonio socialinę integraciją laipsnis. Šeimos svarbą, kliento socialinės integracijos procese, išryškina mokslininkų pateikti tyrimų duomenys, kuriuose akcentuojama, kad socialiniai darbuotojai turėtų atlikti pirminį paciento ir jo

šeimos aplinkos vertinimą (Social Workers in Hospitals and Medical Centers, 2011). Tyrimo metu atskleista, kad papildoma apie pacientą (gyvenamoji vieta, socialinė aplinka ir kt.), padeda sėkmingiau įtraukti artimuosius į socialinės ligonio integracijos procesą, įvertinti aplinkos saugumą.

Socialinio darbuotojo veiklos optimizavimo galimybės, stiprinant ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese, yra: prieinamesnės socialinės paslaugos, medicinos personalo dėmesys, didesnis praktinis įstatymų pritaikomumas, aktyvus darbas su paciento šeima, platesnio spektro socialinės paslaugos. Vadovaujantis Ustilaitės ir kt. (2008) atlikto tyrimo duomenimis, nemaža dalis pacientų susiduria su žalingais įpročiais (alkoholizmas 52 proc., rūkymas 46 proc.), kas taip pat patvirtina gretutinių problemų sprendimo poreikį. Anot Orwelius ir kt. (2011), dažnesnis alkoholio ir narkotikų vartojimas yra rizikos veiksniai, turintys reikšmės prastesnei socialinei integracijai ir sveikatai. Šiame tyrime buvo nustatyta, kad tarp socialinių funkcijų silpnėjimo ir gretutinių problemų (alkoholio, narkotikų vartojimas) esama sąsajų. Nors socialinio darbo praktikoje taikomi būdai šiai problemai spręsti (individualūs ir grupinio darbo metodai bei papildomos priemonės kaip papildomų socialinio darbuotojo konsultacijų skyrimas, įvairios terapijos formos ir rūšys, aktyvesnis medicinos personalo įsikišimas, socialinių darbuotojų, dirbančių skirtingose įstaigose, tarpusavio bendradarbiavimas), kai kurie informantai laikėsi nuomonės, kad teikiant socialinę pagalbą tol, kol ligoniui paskirtas stacionarus gydymas, gretutinės paciento problemos nesprendžiamos. Galimas šios problemos sprendimas - nukreipimas į Priklausomybių ligų centro filialus. Spręsdami ligonio socialines problemas bei siekdami ligonio socialinės integracijos, specialistai daugiau dėmesio skiria ligai, jos eigai ir pasireiškimui, o ne visam ligonio socialiniam kontekstui.

Tyrimo metu paaiškėjo keli probleminiai aspektai - ne visos ligoniams priklausančios socialinės paslaugos yra prieinamos: trūksta nukreipimų dėl gretutinių problemų (pavyzdžiui, priklausomybių). Socialinių darbuotojų nuomone reikalinga teikti daugiau socialinių paslaugų, gerinančių vidinę paciento būseną, skatinančią jo motyvaciją dalyvauti socialiniame gyvenime. Yra poreikis glaudesniam bendradarbiavimui su kitomis įstaigomis, teikiant įsiliejimo į darbo rinką, pagalbą. Socialinis darbuotojas, atlikdamas tarpininko vaidmenį, gali pagerinti ligonio socialinės integracijos procesą: jis itin reikalingas atkuriant ligonio ryšius su jo aplinkos sistemomis ar grupėmis, kai neturima artimųjų, neprieinamos socialinės paslaugos. Darbo autorė atkreipia dėmesį, kad tarpininkavimas, siekiant ligonio socialinės integracijos, yra svarbus ir reikėtų skirti daugiau dėmesio tarpininkavimui tarp paciento ir įstaigų bei medicinos priežiūros darbuotojų.

Socialiniai darbuotojai dažniausiai sau prisiskiria vykdytojo vaidmenį, nes prioritetiniai vaidmenys dažniausiai tenka gydytojams. Mokslininkai, (Bogdanova ir Večkienė, 2009). Dirgėlienė ir Liekis (2013), nagrinėję socialinio darbuotojo veiklos galimybes psichikos sveikatos centro tarpdisciplininėje komandoje, nustatė, kad tarpdisciplininėje komandoje socialiniai darbuotojai

dažniausiai atlieka specialisto ir komandos dalies vaidmenis, kiek mažiau – tyrinėtojo, vykdytojo. Kitų autorių teigimu, socialinio darbuotojo atliekami vaidmenys priklauso nuo konteksto - pacientų populiacijos ypatybių, sveikatos priežiūros integracijos lygio ir išorės politikos lygmens apribojimų (Heenan & Birrell, 2019). Socialinio darbuotojo vaidmuo priklauso ne tik nuo to, kaip vaidmenį suvokia jis pats, bet ir kokią reikšmę jam suteikia kiti specialistai komandoje (Bogdanova ir Večkienė, 2009). Sveikatos priežiūros įstaigos komanda ir jos svarba akcentuojama mokslinėje literatūroje, orientuojantis į integruotos sveikatos priežiūros paslaugų konceptą. Integruota sveikatos priežiūros paslaugų sistema socialinio darbuotojo, dirbančio su ligoniais, darbo specifikos požiūriu, yra aktuali, grindžiama komandiniu darbu – gydytojo, slaugytojų ir kitų specialistų bendradarbiavimu (Kudukytė-Gasperė ir Jankauskienė, 2014). Šiame tyrime paaiškėjo, kad specialistų bendradarbiavimas yra efektyviausias būdas ligonio socialinių funkcijų stiprinimo procese. Mokslinėje literatūroje nurodoma, kad tarpprofesinis komandinis darbas tarp medicinos priežiūros komandos ir socialinio darbo personalo yra gyvybiškai svarbus veiksnys, teikiant veiksmingą sveikatos priežiūrą (Albrithen & Yalli, 2016). Tyrimo dalyviai taip pat buvo įsitikinę, kad komandinis darbas pacientui labai padeda dar ir tuo, kad jame kompetencijomis „dalijasi“ skirtingų profesijų ir sričių specialistai.

Efektyvus komandinis darbas sveikatos priežiūros įstaigoje priklauso nuo darbo organizavimo ypatumų. Teigiama, kad didžiąją dalį problemų, teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigoje, lemia darbo organizavimo veiksniai. Raudeliūnaitės (2014) tirti socialiniai darbuotojai neabejoja klientams teikiamų paslaugų svarba, jų kokybe, tačiau darbo naštą didina organizaciniai sunkumai: nuolatinis dokumentavimo poreikis, laiko trūkumas, kitos kasdienio darbo problemos. Tyrimo metu kalbinti socialiniai darbuotojai buvo įsitikinę, kad dažniausiai jų klientai patiria kasdienių veiklų vykdymo problemas, pavyzdžiui, pensijos išmokos atsiėmimo, kompensacijų prašymo, turtinių klausimų tvarkymo, asmens dokumentų prašymo ir kiti panašaus pobūdžio klausimai. Esant sudėtingesnėms situacijoms, reikalingi notariniai įgaliojimai ir pan. Socialiniai darbuotojai turi atlikti gana daug formalaus administracinio darbo, o tai gali lemti didesnį darbo krūvį. Socialinių darbuotojų darbą apsunkina didelis stresas bei darbo funkcijų neaiškumas (Raudeliūnaitė, 2014). Socialinį perdegimą patiria 21–67 proc. šios srities specialistų, todėl būtina šios patirties prevencija: perdegimas gali sukelti įsipareigojimų stoką, pravaikštas ir suprastėjusią teikiamų paslaugų kokybę.

Pagalba ligoniams ir jų šeimoms, bendraujant tarpusavyje ar su sveikatos priežiūros specialistais, laikoma viena iš svarbiausių socialinio darbuotojo, siekiančio ligonio socialinės integracijos, funkcijų (Social Workers in Hospitals and Medical Centers, 2011). Tyrime nustatyta, kad ligonio socialinė integracija yra sąlygojama tam tikros sistemos, kurią galima suprasti kaip socialinį tinklą, prasidedantį nuo jo šeimos – šeima yra pirmasis „laiptelis“ socialinės integracijos

procese. Šeima gali arba suteikti galimybes ligonio socialinei integracijai, arba dėl kultūrinių - socialinių priežasčių užkirsti tam kelią, o pastaruoju atveju ligonio socialinė integracija tampa apribota. Todėl darbui su ligonio šeima turi būti skiriamas didelis dėmesys.

IŠVADOS

1. Ligonio socialinės integracijos supratimui šių dienų visuomenėje esant problemiškam, o sveikatą suvokiant kaip integralią asmens savasties dalį, apimančią visapusius jo pilnaverčio gyvenimo aspektus, ligonio socialinę integraciją reikia pradėti vykdyti dar jam tebesant ligoninėje siekiant padėti atkurti prarastas socialines funkcijas. Ligonio socialinės izoliacijos problemas lemia ir paties ligonio problemos – skurdas, informacijos stygius apie socialines paslaugas, žalingi įpročiai, komplikuotas bendravimas su gydymo įstaiga ar nesugebėjimas savarankiškai priimti sprendimų. Šios problemos gali būti indukuotos institucinių, tarpasmeninių ir asmeninių veiksnių. Aktyvių socialinių santykių vaidmuo ir poreikis įsilieti į visuomenę ir veikti joje, atsiranda kaip galimybė ligonio gyvenime palaikyti organizmo sveikatą.
2. Išnagrinėjus socialinio darbo, įgyvendinant ligonių socialinės integracijos procesą, prielaidas, nustatyta, kad socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigoje, reikalauja suteikti ligoniams saugumą, padėti spręsti kylančias problemas operaciniu, pooperaciniu gydymu bei reabilitacijos laikotarpiu, skatinti socialinę integraciją bei įgalinti ligonį patį spręsti su sveikimu susijusias problemas. Socialinio darbuotojo funkcijos apima ligonio situacijos tyrimą, pagalbą ligoniams ir jų artimiesiems apie gydymo ypatumus ir galimybes, pagalbą ligoniui ir jo artimiesiems sveikatos priežiūros sistemoje, suteikiant ligoniui psichologinį palaikymą, jį atstovaujant, tvarkant dokumentus ir bendradarbiaujant su kitais sveikatos priežiūros specialistais. Sveikatos priežiūros srityje dirbantiems socialiniams darbuotojams kyla darbo organizavimo, neaiškaus profesijos statuso ir atsakomybės, teisinio reglamentavimo, pernelyg plačių funkcijų, reikalaujančių labai skirtingų gebėjimų, kurių negali turėti vienas asmuo, „profesinio perdegimo“ sindromo, komandinio darbo ir komunikacijos, sveikatos sutrikimų bei juos lydinčių socialinių sunkumų žinių problemos.
3. Ištyrus ligoninėse dirbančių socialinių darbuotojų patirtį, susijusią su pagalba ligoniui stiprinant jo socialines funkcijas socialinės integracijos procese, gautos išvados pateikiamos struktūruotai pagal tirtus tris probleminius aspektus:
    - *Pacientų socialinių funkcijų stiprinimo poreikis socialinės integracijos procese*. Socialinis darbas su ligoniais pradedamas tiek medikų siuntimu, tiek kreipiantis pačiam pacientui ar jų artimiesiems. Socialinio darbuotojo pagalbos poreikis dažnai nustatomas vyresnio amžiaus ir vienišiems asmenims, kuriems reikalinga slauga, judėjimo apribojimus turintiems asmenims, kuriems reikalingas socialinių pašalpų/ išmokų dokumentacijos sutvarkymas, judėjimo ir aptarnavimo priemonių įsigijimas, tarpininkavimas kreipiantis į kitas institucijas. Tyrimo metu identifikuotos šios pagrindinės ligonių problemos, susijusios su sunkumais funkcionuojant socialinėje plotmėje: slaugos/globos poreikis senyvo amžiaus asmenims;

specialiųjų socialinių paslaugų poreikis; žinių apie socialines paslaugas trūkumas; negebėjimas tvarkyti finansų, nežinojimas, kur kreiptis sprendžiant turimas problemas; savarankiškumo nebuvimas; neturėjimas reikiamų dokumentų. Kaip pagrindinės ligonių socialinės funkcijos, susilpnėjančios dėl jų ligos, tyrimo metu buvo įvardintos savarankiško funkcionavimo visuomenėje, bendravimo ir komunikavimo, dalyvavimo socialiniame gyvenime ir darbinės bei profesinės veiklos įgyvendinimo funkcijos. Labiausiai susilpnėjusių socialinių funkcijų riziką sukeliantys susirgimai - onkologinės ligos, širdies ir kraujagyslių ligos, demencija ir psichikos ligos. Atkreiptinas dėmesys, kad socialinės pagalbos poreikį įtakoja ne tik liga, jos stadija, bet ir asmens gyvenimo būdas, charakteris – priklausomai nuo jų asmeniui gali reikėti mažiau ar daugiau socialinės pagalbos arba jos net nereikėti. Svarbus probleminis aspektas yra ir tas, kad socialiniai darbuotojai su ligoniu dirba, padeda stiprinti jam / jai socialines funkcijas, iki socialinės integracijos tik pacientui būnant ligoninėje. Išreikštos nevienodos pozicijos koks yra pagrindinis siektinas su ligoniais dirbančio socialinio darbuotojo pokytis, nors labiausiai vyravo paciento savarankiškumo padidinimas. Socialiniai darbuotojai klientų turimos socialinės pagalbos poreikį daugiausiai siejo su įprastomis socialinio darbo veiklos – dokumentų pildymu, administraciniu atstovavimu, konsultavimu, informavimu, tarpininkavimu tarp kliento ir įvairių institucijų. Tokiu atveju prisiimamas socialinio darbuotojo kaip padėjėjo vaidmuo, kuris, viena vertus, yra svarbus ir reikšmingas, mat kai kurie ligoniai būna visiškai nesavarankiški ir nepajėgūs pasirūpinti savimi, antra vertus, socialinės pagalbos sritį jis kiek susiaurina apribodamas ją tik iki pagalbos teikimo formaliais būdais ir administraciniu lygmeniu.

- *Socialinio darbo metodų taikymas siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese*. Kaip efektyviausi metodai ir darbo būdai šiuo požiūriu išryškėja grupinė pagalba ir socialinių tinklų kūrimas. Pastarieji didina paciento motyvaciją ir gerina jo socialinius įgūdžius. Kaip reikšminga ir pravarti dėl savo lankstumo išskirta ir atvejo vadyba bei individualus ir grupinis-komandinis darbas su pacientu. Įvairių metodų, būdų ir priemonių efektyvumas, siekiant ligonio socialinių funkcijų atkūrimo priklauso tiek nuo paties metodo, tiek nuo to, kaip tinkamai jis parenkamas. Metodo veiksmingumo laipsnis priklauso nuo to, kaip tinkamai parenkamas atsižvelgiant į individualią situaciją.
- *Socialinio darbuotojo tarpininkavimo svarba siekiant stiprinti ligonio socialines funkcijas socialinės integracijos procese*. Ligonio ir socialinio darbuotojo bendradarbiavimo įtaka socialinės integracijos rezultatams pasireiškia padėjimu sukurti artimus socialinius santykius bei kliento motyvavimu dalyvauti visuomenės gyvenime bei palengvina socialinės integracijos procesą. Socialinio darbuotojo tarpininkavimas tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų naudingas siekiant suteikti ligoniui pagalbą, atitinkančią jo poreikius

bei siekiant socialinės integracijos poreikių tęstinumui užtikrinti. Veiksniai, sąlygojantys sėkmingą ligonio socialinę integraciją, yra šie: bendradarbiavimas su institucijomis, bendradarbiavimas su ligonio artimaisiais, ligonio vidinė motyvacija. Pateikti tokie pasiūlymai socialinio darbo tobulinimui, gerinant ligonio socialinių funkcijų atkūrimą ir padedant socialinei jo integracijai: socialinių paslaugų prieinamumo didinimas bei glaudesnis bendradarbiavimas. Išryškėjo šios problemos: ne visos priklausančios socialinės paslaugos prieinamos, kartais trūksta nukreipimų, galėtų būti daugiau socialinių paslaugų, gerinančių vidinę paciento būseną, kuri lemia jo motyvaciją dalyvauti socialiniame gyvenime ir socialiniuose procesuose, daugiau tarpininkavimo teikiant įsiliejimo į darbo rinką pagalbą. Pažymėtina, kad tirti socialiniai darbuotojai stokojo platesnio socialinės ligonio integracijos suvokimo.

REKOMENDACIJOS

Siekiant stiprinti pacientų socialines funkcijas socialinės integracijos procese, *ligoninių darbuotojams* rekomenduojama atkreipti dėmesį į tuos pacientus, kurie yra senyvo amžiaus, turi specialiųjų poreikių, stokoja žinių apie socialines paslaugas, nesugeba tvarkyti finansų, nėra savarankiški bei neturi reikiamų dokumentų. Kadangi nustatyti labiausiai susilpnėjusių socialinių funkcijų riziką sukeliantys susirgimai - onkologinės ligos, širdies ir kraujagyslių ligos, demencija ir psichikos ligos, ligonių darbuotojams taip pat rekomenduojama atkreipti daugiau dėmesio į pacientus, sergančius šiomis ligomis, kaip potencialiai turinčių silpnas socialines funkcijas.

Siekiant stiprinti pacientų socialines funkcijas socialinės integracijos procese, *socialiniams darbuotojams, dirbantiems ligoninėje*, rekomenduojama intensyviau bendradarbiauti su ligoninės darbuotojais, siekiant greičiau ir efektyviau identifikuoti pacientus, kurių socialinės funkcijos yra silpnos. Identifikavus šiuos pacientus, rekomenduojama inicijuoti bendravimą ir konsultavimąsi su kitais, specialistais (socialiniais darbuotojais, institucijų atstovais, sveikatos priežiūros specialistais), siekiant tinkamiausių ir efektyviausių sprendimų klientams, socialinės integracijos procese. Dirbant su pacientais socialiniams darbuotojams rekomenduojama didinti savo vaidmens apimtį, neapsiribojant tik pagalbos teikimu formaliais būdais ir administraciniu lygmeniu. Rekomenduojami metodai - grupinė pagalba ir socialinių tinklų kūrimas, kaip didinantys paciento motyvaciją ir gerinantys jo socialinius įgūdžius. Metodus rekomenduojama rinktis pagal individualią paciento situaciją.

Kadangi tirti socialiniai darbuotojai stokojo platesnio socialinės ligonio integracijos suvokimo, *socialinio darbo institucijoms* rekomenduojama svarstyti galimybę suteikti socialiniams darbuotojams mokymus apie ligonio socialinės integracijos ypatumus.

Siekiant glaudesnio bendradarbiavimo bei socialinės priežiūros integravimo į sveikatos priežiūrą, *ligoninių administracijai* rekomenduojama didinti socialinių paslaugų prieinamumą ir glaudžiau bendradarbiauti su socialinio darbo institucijomis. Taip pat rekomenduojama atsižvelgti į socialinių darbuotojų pastabas dėl ligonių socialinių funkcijų stiprinimo, kadangi šie darbuotojai artimiausiai bendrauja su pacientais socialinių funkcijų plotmėje.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abdelgelil, S. A., Elyazal, A. S., Mubarak, A. A. R., & Elsherif, Z. A. (2022). Effect of Social Skills Enhancement Training Program on Negative Symptoms among Patients with Schizophrenia. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 24(1), 35-73.

2. Adomaitytė-Subačienė, I. (2019) *Socialinio darbo kokybės konstravimas kliento įgalinimo perspektyvoje.* Daktaro disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas,

3. Albrithen, A., & Yalli, N. (2016). Social workers: Peer interaction and hospital integration. *International Social Work*, 59(1), 129-140.

4. Allen, R. (2016). The role of the social worker in adult mental health services. London: The College of Social Work.

5. Allman, D. (2013). The sociology of social inclusion. *Sage Open*, 3(1), 1–16.

6. Appau, S., Churchill, S. A., & Farrell, L. (2019). Social integration and subjective wellbeing. *Applied Economics*, 51(16), 1748-1761.

Application of the Hybrid Model Method. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-18.

7. Auerbach Ch., Mason S., La Porte & H. H., (2007) Evidence that Supports the Value of Social Work in Hospitals, *Social Work in Health Care*, 44 (4), 17-32

8. Bagdonas, A. (2015). Socialinis darbas Lietuvoje: raidos, praktikos ir akademinis aspektai. STEPP: *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika*, (1), 10-48.

9. Baltrušaitytė G. & Leonavičius, V. (2014). Subjektyvi socialinė atskirtis kaip lėtinės ligos patirties aspektas*, Kultūra ir visuomenė,* 5 (2), 128-147.

10. Beneševičiūtė, I. (2015). Nevyriausybinių neįgaliųjų organizacijų veiklos plėtotė socialinės integracijos kontekste. STEPP: socialinė teorija, empirija, politika ir praktika, (11), 66-79.

11. Bitinas, B., Rupšienė, L. & Žydžiūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija: Vadovėlis vadybos ir administravimo studentams*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė

12. Boardman, J. (2011) Social exclusion and mental health - How people with mental health problems are disadvantaged: An overview, *Mental health and Social Inclussion,*15(3), 112-121.

13. Bogdanova J. & Večkienė N. P. (2009). Partnerystė rengiant socialinius darbuotojus: tarpdisciplininės komandos patirtis psichiatrijos skyriuje, *Socialinis darbas: patirtis ir metodai, Nr.3 (1),* 23-43

14. Boyd, K. M. (2010). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. Medical Humanities, 26(1), 9-17.

15. Conway, L. (2016). Mental Health Social Workers: The State of their Well-Being and Support [žiūrėta 2022-09-25] Prieiga internetu: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/570/

16. Despa, N. (2013) Social Integration of People Infected and Affected by AIDS, *Social and Behavioral Sciences,* 76, 243-247

17. Dirgėlienė, I. & Liekis S. (2013) Socialinio darbuotojo veiklos galimybės psichikos sveikatos centro tarpdisciplininėje komandoje. *Visuomenės sveikata,* 23(1), 42-46

18. Do, Y., Seo, M. (2022). A Concept Analysis of Illness Intrusiveness in Chronic Disease: DOI:10.1186/s12939-018-0732-1
doi:10.3390/su1207283

19. Dromantienė, L., & Usavičiūtė, V. (2013). Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos vaidmuo prisidedant prie skurdo ir socialinės atskirties mažinimo. *Social Inquiry into Well-Being*, 12(1), 33-48.

20. Dugarova E. (2015). Social Inclusion. *Poverty Eradication and the 2030 Agenda for Sustainable Development.* Geneva: United Nacions Research Institute for Social Development.

21. Dvorak, J. & Savickaitė, S. (2018). Psichosocialinių paslaugų onkologiniams ligoniams personalizavimas: Lietuvos ir Anglijos lyginamoji analizė. *Regional formation and development studies,*1(24), 133-144.

22. Efe, Y. S., Özbey, H., Caner, N., Erdem, E., Kuzucu, E. G., Karakükçü, M., ... & Özcan, A. (2022). Social exclusion and behavior problems in adolescents with cancer and healthy counterparts. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, e95-e101.

23. Ferguson, C. (2018). Promoting social integration. Iš: *Report commissioned by the United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA) for the expert group meeting on promoting social integration*, Helsinki, Finland, p. 8-10.

24. Fraher, E. P., Richman, E. L., Zerden, L. de S., & Lombardi, B. (2018). Social Work Student and Practitioner Roles in Integrated Care Settings. *American Journal of Preventive Medicine*, 54 (6), 281–289.

25. Fraser, M. W., Lombardi, B. M., Wu, S., de Saxe Zerden, L., Richman, E. L., & Fraher, E. P. (2018). Integrated primary care and social work: A systematic review. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 9(2), 175-215.

26. Fukuda R., Schimizu Y. & Seto N. (2015) Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: A study based on focus group interviews, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being,*10(1), 2-25

27. Gabrielova, J., Veleminsky, S. (2014). Interdisciplinary collaboration between medical and non-medical professions in health and social care. *Neuro Enocrinology Letters*, 35(1), 59-66.

28. Gaižauskienė, I. & Valavičienė, N. (2016). *Socialinių tyrimų metodai: kokybinis interviu.* Vilnius: VĮ Registrų centras.

29. Germanavičius, A., Levickaitė, K., Gečaitė, K., Mališauskienė, L., Merkevičienė, I., Dragan, T., ... & Kuntelija, T. (2007). *Pagalbos žmonėms, turintiems psichikos negalę, teikimo rekomendacijos policininkams ir greitosios medicinos pagalbos darbuotojams: mokomoji medžiaga*. Vilnius : Globali iniciatyva psichiatrijoje.

30. Giles R. (2016). Social workers perceptions of multi-disciplinary team work. A case study of health social workers at a major regional hospital in New Zealand. Aotearoa New Zealand, *Social Work*, 28 (1), 25–33.

31. Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M., & Aarons, G. A. (2014). The roles of individual and organizational factors in burnout among community-based mental health service providers. *Psychological services*, 11(1), 41.

32. Grigaitė, U., Jurevičiūtė, G., Laugalytė, I., (2021). Žmonių su negalia socialinės integracijos veiklos rezultatų bei jungtinių tautų teisių konvencijos ir jos fakultatyvaus protokolo įgyvendinimo 2020 m. stebėsenos ataskaita. Žmogaus teisių stebėjimo institutas.

33. Gudžinskienė, V., Pozdniakovas, A. (2021). Socialinių darbuotojų profesinio perdegimo social work sindromą nulemiančios organizacinės priežastys. *Social inquiry into well-being*, 19(1), 26-47.

34. Hall, T., Kakuma, R., Palmer, L., Minas, H., Martins, J., & Kermode, M. (2019). Social inclusion and exclusion of people with mental illness in Timor-Leste: a qualitative investigation with multiple stakeholders. *BMC public health*, 19(1), 1-13.

35. Heenan, D., & Birrell, D. (2019). Hospital-based social work: Challenges at the interface between health and social care. *The British Journal of Social Work*, 49(7), 1741-1758.

36. Hofmann, B. (2016). Disease, illness, and sickness. Iš: *The Routledge companion to philosophy of medicine* (pp. 30-40). Routledge.
https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=mmceoebhr&documentId=63d84ec2236911ea8f0dfdc2b5879561&category=TAD

37. Hueso Montoro, C., Siles González, J., Amezcua, M., Bonill de las Nieves, C., Pastor Montero, S., & Celdrán Mañas, M. (2012). Understanding the suffering of a patient with an illness: signs, context and strategies. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20, 619-628.

38. Yakasai, A. S., & Ghani, N. A. (2020). Exploring the Social Exclusion of People Living With HIV/Aids in Kano State, Nigeria. *International Journal Of Academic Research in Business and Social Sciences*, 10(4), 372-379.

39. Kadarisman, M. (2019). Role of Medical Social Workers on Patients Hospitalized at Cipto Mangunkusumo Hospital, *International Conference on Social Work*, 2, 1-20.

40. Kavaliauskienė, V., Balčiūnaitė, R. (2014). Profesinis perdegimas ir jo raiška socialinio darbo profesionalizacijos kontekste. *Tiltai,* 4, 17 – 35.

41. Kazim, A. H., Al-Ruwaybiah, A. M., Al-Naami, M. Y., Aldohayan, A., Binjaloud, A. A., & Alarfaj, M. A. (2022). The Social Problems of Morbidly Obese Patients on a Community Level: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 15, 2061.

42. Keršienė, R. (2011). Skurdas ir jo priežastys Lietuvoje. *Ekonomika ir vadyba*, (16), 535-542.

43. Kloppe, T., Tetzlaff, B., Mews, C., Zimmermann, T., & Scherer, M. (2022). Interprofessional collaboration to support patients with social problems in general practice—a qualitative focus group study. *BMC Primary Care*, 23(1), 1-15.

44. Kourgiantakis, T., Sewell, K., McNeil, S., Lee, E., Logan, J., Kuehl, D., McCormick, M. Adamson, K. & Kirvan, A. (2019). Social work education and training in mental health, addictions, and suicide: A scoping review. *Journal of Social Work Education*, 9, 1-5.

45. Kriščiūnas, A. (2015). Negalia ir požiūris į ją šiuolaikinėje visuomenėje, *Visuomenės sveikata,* 25(1), 5-11.

46. Kupferberg, A., Bicks, L., & Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 69, 313-332.

47. Lee J., & Cagle J. (2017). Social exclusion factors influencing life satisfaction among older adults, *Journal of Poverty and Social Justice*, 26 (1), 1-16

48. Li, C., Kang, K., Lin, X., Hu, J. (2020). Promoting Older Residents' Social Interaction and Wellbeing: A Design Perspective. Sustainability, vol. 12, 2834, p. 1-10.

49. Lietuvos Respublikos finansų ministerija. Galutinė Lietuvos 2004-2006 metų bendrojo programavimo dokumento įgyvendinimo ataskaita, 2010, https://finmin.lrv.lt/uploads/finmin/documents/files/LT_ver/ES_ir_kitos%20investicijos/ES_investicijos/Lietuvos_dalyvavimas_Europos_S%C4%85jungos_programose/Galutin%C4%97%20%20BPD%20%C4%AFgyvendinimo%20ataskaita.pdf

50. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. *Žin*., 2009-11-19, Nr. 145-6425

51. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2019 m. gruodžio 20d. įsakymo Nr.A1-791 „Dėl socialinės aprėpties didinimo 2020-2030 metų veiksmų plano patvirtinimo", 2019 m. Nr.A1-791,

52. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro Įsakymas „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 1999 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 432/77 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų socialinių darbuotojų veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatų

pakeitimo“, 2019, Nr. V-1065/A1-529, https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/46acba91d9d411e9a85be81119c7a8fa

53. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. *Žin*., 1998, Nr. 109-2995.

54. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl užimtumo didinimo 2014-2020 metų programos patvirtinimo“, 2013, Nr. 878, https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.456810

55. Mačiulis V., Stigienė A., Buginytė A. & Mickienė F. M. (2012). Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje teikiamų paslaugų kokybės, specialistų darbo bei aplinkos faktorių vertinimas, *Sveikatos mokslai*, 1, 5-14

56. Marsela L. (2014).Social inclusion and inclusive education, *Academicus International Scientific Journal*, 10, 181-191

57. McQuaid, J. R., Granholm, E., McClure, F. S., Roepke, S., Pedrelli, P., Patterson, T. L., & Jeste, D. V. (2000). Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 9(3), 149.

58. Miežienė, R., & Krutulienė, S. (2017). Dirbančiųjų skurdo fenomenas Lietuvoje. Lietuvos socialinė raida. *Darbo rinkos pokyčiai: problemos ir galimybės*, 193-209.

59. Mithrason A. & Parasuraman G. (2018). Psychosocial problems and needs of patients in palliative care cente, *International Journal of Community Medicine and Public Health,* 5 (4), 1-7

60. National Association of Social Workers (2011). Social Workers in Hospitals and Medical Centers [žiūrėta 2022-09-25] Prieiga internetu: https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=o7o0IXW1R2w%3D&portalid=0http://jsspi.com/journals/jsspi/Vol_2_No_2_June_2014/4.pdf.

61. O‘Donnell, P., O‘Donovan, D., Elmusharaf, K. (2018). Measuring social exclusion in healthcare settings: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 17(1):15.

62. Omtzigt D. J. (2009). *Survey on Social inclusion: Theory and Policy*. Oksford: Oxford University Oxford Institute for Global Economic Development.

63. Orwelius, L., Bäckman, C., Fredrikson, M., Simonsson, E., Nordlund, P., Samuelsson, A., & Sjöberg, F. (2011). Social integration: an important factor for health-related quality of life after critical illness. *Intensive care medicine*, 37(5), 831-838.

64. Ozgan, H., & Aksab, S. (2018). The Examination of the Social Integration Perceptions of Undergraduate Students. *Journal of Education and Training Studies*, 6(n3a), 26-34.

65. Pearson, C., & Watson, N. (2018). Implementing health and social care integration in Scotland: Renegotiating new partnerships in changing cultures of care. *Health & Social care in the Community*, 26(3), e396-e403.

66. Petrauskienė A. & Zabėlienė V. (2011) Socialinis darbas pirminėje sveikatos priežiūros institucijoje: paslaugų kokybės aspektas. *Socialinis darbas,* 10 (2), 279-288.

67. Petrauskienė, A. & Skrickaitė, R. (2010). „Socialinio darbuotojo patirtis užtikrinant pacientų teises sveikatos priežiūros įstaigoje“. *Socialinis darbas,* 9 (2), 64-69.

68. Popay, J., Kowarzik, U., Mallinson, S., Mackian, S., & Barker, J. (2017). Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *Journal of Epidemiology & Community Health,* 61(11), 966-971.

69. Prakapas, R. (2007). Socialinių darbuotojų santykiai su klientais: vertybinis aspektas. *Socialinis darbas,* 6 (1), 62-67.

70. Raudeliūnaitė, R (2014). „Socialinių darbuotojų veiklos ypatumai teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūros įstaigose: socialinių darbuotojų patirties analizė“. *Socialinis darbas,* 13 (2), 204-220.

71. Raudeliūnaitė, R., & Paigozina, R. (2009). Vaikų, gyvenančių globos namuose, socialinių įgūdžių raiškos ypatumai. *Social Inquiry into Well-Being,* 8(1), 138-146.

72. Rogers, W. A., & Walker, M. J. (2017). The line-drawing problem in disease definition. *Journal of Medicine and Philosophy,* 42(4), 405-423.

73. Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (11), 1-24.

74. Sapežinskienė, L. (2003). Socialinio darbuotojo vaidmuo reabilitacijos specialistų komandoje (tyrimo metodika). *Medicina,* 39(9), 879-883.

75. Saxe Zerden, L. D., Lombardi, B. M., & Jones, A. (2019). Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. *Social Work in Health Care,* 58(1), 142-149.

76. Staškutė, I. (2014). Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. *Sveikatos politika ir valdymas,* 1 (6), 7-19.

77. Sullivan, W. P., Kondrat, D. C. & Floyd, D. (2015) The Pleasures and Pain of Mental Health Case Management, *Social Work in Mental Health,* 13(4), 349-364.

78. Šedienė, P., Pivorienė, J. & Laskevičiūtė, E. (2017). Epilepsija sergančių asmenų patirtys darbo rinkoje ir socialinės pagalbos galimybės. *Socialinis darbas,* 2029-5820, 99-115

79. Tereškinas, A. (2015). Socialinės atskirties genealogijos: normatyvumas, pripažinimas, subjektyvi gerovė. Iš: *Socialinė atskirtis ir geras gyvenimas Lietuvoje*. Vilnius: Versus Areus, p. 15-38.

80. Travado, L., Reis, J. C., Watson, M., Borras, J., (2015). Psychosocial Oncology Care Resources in Europe: A Study Under the European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC). PsychoOncology.

81. Treloar, C., Gray, R., Brener, L., Jackson, C., Saunders, V., Johnson, P., ... & Newman, C. (2014). "I can't do this, it's too much": building social inclusion in cancer diagnosis and treatment experiences of Aboriginal people, their carers and health workers. *International journal of public health*, 59(2), 373-379.

82. Ustilaitė S., Juškelienė V. & Kundrotienė R. (2008) Socialinio darbo specialistų poreikis stacionarioje gydymo įstaigoje. *Socialinis ugdymas*, 6 (17), 54-66.

83. Vaicekauskienė V. & Jankūnienė, I. (2009) Socialinio darbuotojo veiklos komandoje ypatumai gydant pacientą. *Pedagogika: mokslo darbai*, 93, 38-46.

84. Van Roij, J., Brom, L., Soud, Y. E., van de Poll-Franse, L., & Raijmakers, N. J. (2019). Social consequences of advanced cancer in patients and their informal caregivers: a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1187-1195.

85. Vargheese, J.P., Sripada, S., Masthoff, J., Oren, N. (2016). Persuasive Strategies for Encouraging Social Interaction for Older Adults. International Journal of Human – Computer Interaction, vol. 32, p. 190–214.

86. Varžinskienė L. & Rudzevičiūtė J. (2009). Medikų požiūris į socialinio darbuotojo vaidmenis reabilitacijos specialistų komandoje. *Socialinis darbas: patirtis ir metodai,* 4 (2), 67-88.

87. Večkienė N. P., Brunevičiūtė R. & Eidukevičiūtė J. (2018). Tarpdisciplininis bendradarbiavimas kuriant vienijančią aplinką. *Tiltai,* 1, 95-114.

88. Večkienė N. P., Budėjienė A., Ražanauskaitė V., Ramanauskienė K. & Valiulis A. (2013). Socialinis darbas senėjančioje visuomenėje: teoriniai ir praktiniai tarpdisciplininio bendradarbiavimo aspektai. *Gerontologija,* 14 (3), 171-183.

89. Velentza, O. (2016). Social Skills Training in Chronically Mentally Ill Patients under Psychosocial Rehabilitation. *Sanitas Magisterium*, 2(1), 71-79

90. Všį „Psichikos sveikatos centro perspektyvos" (2014). Žmogaus teisės Lietuvos socialinės globos sistemoje. Stacionarių socialinės globos institucijų vidaus tvarkos taisyklių analizė [žiūrėta 2022-09-25] Prieiga internetu: http://www.perspektyvos.org/images/failai/dei_stebesena_2014.pdf.

91. Wang, J., Bai, Y., Zhu, J., Wang, X., Che, Y., & Liu, J. (2022). Association between Social Integration, Social Exclusion, and Vaccination Behavior among Internal Migrants in China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7915.

92. Wong, Y., Matejkowski, J., Lee, S. (2011). Social Integration of People with Serious Mental Illness: Network Transactions and Satisfaction. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(1), 51-55.

93. World Health Organization (2016). Integrated care models: an overview. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health [žiūrėta 2022-09-25]

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.

94. Würth K., Langewitz W., Reiter-Theil S. & Schhuster S. (2018). *Their* view: difficulties and challenges of patients and physicians in cross-cultural encounters and a medical ethics perspective. *Med Ethics,* 19, 49-70.

95. Zerden, L. Lombardi B. & Jones, A. (2019) Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. *Social Work in Health Care,* 58, 142-149.

96. Žalimienė, L. (2003) *Socialinės paslaugos.* Vilnius: Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorija.

97. Žydžiūnaitė, V. & Sabaliauskas, S. (2017). *Kokybiniai tyrimai, principai ir metodai.* Vilnius, Vaga.

Santrauka

Darbo tema: **„Ligonio socialinių funkcijų stiprinimas siekiant socialinės integracijos: socialinių darbuotojų patirtys“.** Darbo tema aktuali tuo požiūriu, kad ilgai sirgusiems ir ligoninėje besigydžiusiems asmenims reikalinga pagalba socialinės integracijos procese, kas reiškia jų socialinių funkcijų atkūrimą grįžtant į darbo rinką, įveikiant socialinę atskirtį ir mažinant daugybę kitų nuo socialinio gyvenimo ligos metu atkirtusių kliūčių. Lietuvoje šiuo aspektu socialinis darbas yra kūrimosi stadijoje, o daugiausiai ligoninėje pasikliaujama administracinių procesų įgyvendinimu ir dokumentacijos pildymu.

Darbe nagrinėjama problema: kaip atsiskleidžia ligonių socialinių funkcijų stiprinimas siekiant socialinės integracijos, vertinant iš ligoninėse dirbančių socialinių darbuotojų patirties perspektyvos? Tyrimo objektas: ligonio socialinių funkcijų stiprinimas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siekiant jo socialinės integracijos. **Darbo tikslas** – atskleisti ligonio socialinių funkcijų stiprinimo, siekiant jo socialinės integracijos, ypatumus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Keliami šie siekiai: išanalizuoti ligonio socialinių funkcijų stiprinimo, siekiant jo socialinės integracijos, teorinius aspektus, išsiaiškinti socialinio darbo prielaidas stiprinant ligonio socialines funkcijas, išnagrinėti ligoninėse dirbančių socialinių darbuotojų patirtį, susijusią su pagalba ligoniui stiprinant jo socialines funkcijas socialinės integracijos procese. Darbe naudojami mokslinės literatūros ir teisinių dokumentų analizė, interviu metodai.

Tyrimo instrumentas – pusiau struktūruotas interviu. Imtis – **7 informantai.** Atliktas tyrimas parodė, kad ligoninėse kol kas nepakankamai dirbama ties ligonio socialinių funkcijų stiprinimu, o teikiama pagalba šiuo požiūriu yra pavienė ir fragmentiška. Siekiant stiprinti socialinių darbuotojų galimybes padėti ligoniams stiprinti savo socialines funkcijas ir integruotis į tolesnį visuomenės gyvenimą, reikia suteikti socialinių darbuotojų darbą šią kryptimi įgalinančius instrumentus. Tai reiškia socialinių darbuotojų darbų ir atsakomybių perskirstymą, per didelių adminstracinių funkcijų sumažinimą. Darbe daromos išvados, kad galėdami gerau susitelkti ties tiesioginiu darbu su ligoniais ir turėdami geresnius laiko planavimo bei komandinio darbo įgūdžius socialiniai darbuotojai galėtų būti savotiškais tarpininkais tarp ligonių ir darbo rinkos, profesinių įgūdžių mokymo, socializacijos ir ligoniams skirtų socialinių įgūdžių palaikymo centrų, įskaitant tarpininkavimą su jais ir plėtros iniciatyvas.

Baigiamąjį darbą sudaro trys darbo dalys – dvi teorinės ir viena tyrimo dalis. Darbo pabaigoje pateikiamos išvados, rekomendacijos, literatūros sąrašas ir priedai.

Raktiniai žodžiai: *socialiniai darbuotojai, ligonio socialinės funkcijos, socialinė integracija, patirtys.*

Summary

Topic: „**Improvement of patient‘s social functions for social integration: Experience of social workers**“. Long-term hospitalization has a negative impact on a patient’s ability to integrate into society. The role of the integration process is the recovery of lost social functions for the return to the work environment, reduction of social separation and other possible obstacles obstructing from social integration. Regarding this aspect, social work in Lithuania is still in the transition stage, since the main consideration of social workers is the completion of predetermined administrative processes.

Problem: How to determine the methods of improvement of patients’ social functions that promote social integration, from the perspective of social workers working in a clinical environment? Research object: Promotion of social integration by the improvement of patients’ social functions in clinical environment. **Objective**: To determine the methods of patients’ social function improvement, in the clinical environment, that promote further social integration. Tasks: (i) To research theoretical methods of improvement of patients’ social functions, (ii) to determine the assumptions made by social workers on the improvement of patients’ social functions, (iii) to investigate the experiences of clinical social workers with the subject of the improvement of patients’ social functions for better social integration. This study uses references to previous research studies, analysis of legal documents, and methodology of interviews.

The **study methodology** is based on a semi-structured interview. Study population consists of **7 participants**. Study shows that clinics do not put enough effort into the improvement of patients’ social functions. Precise methodologies that would help social workers work efficiently towards the improvement of patients’ social functions are necessary. Meaning, the adoption of these methodologies would require a rearrangement of the responsibilities and duties of social workers or a reduction of demanding administrative procedures. Conclusions: The ability of social workers to focus directly on a patient, adoption of better time planning practices, and improvement in teamwork skills would allow social workers help patients to transition more easily to the work environment. Additionally, social workers would be more capable to direct patients to professional skills learning schools and social skills improvement centers.

The study consists of three parts – two theoretical and one experimental. At the end of the work conclusions, recommendations, references, and an appendix are provided.

Keywords*: Social workers, Patients’ social functions, Social integration, Experiences.*

Studijų rezultatų vertinimo tvarkos
8 priedas

AKADEMINIO SĄŽININGUMO DEKLARACIJA

20 22 - 12 - 25
Vilnius

Aš, Mykolo Romerio universiteto (toliau – Universitetas),

SOCIALINIO DARBO MAGISTRANTŪROS IŠTĘSTINĖS STUDIJOS

(fakulteto / mokyklos/akademijos, programos pavadinimas)

studentas (-ė) Silvija Dubinskė,
(vardas, pavardė)

patvirtinu, kad šis rašto darbas / kursinis / bakalauro / magistro baigiamasis darbas

„ **Ligonio socialinių funkcijų stiprinimas siekiant socialinės integracijos: socialinių darbuotojų patirtys**“:

1. Yra atliktas savarankiškai ir sąžiningai;
2. Nebuvo pristatytas ir gintas kitoje mokslo įstaigoje Lietuvoje ar užsienyje;
3. Yra parašytas remiantis akademinio rašymo principais ir susipažinus su rašto darbų metodiniais nurodymais.

Žinau, kad už sąžiningos konkurencijos principo pažeidimą – plagijavimą studentas gali būti šalinamas iš Universiteto kaip už šiurkštų akademinės etikos pažeidimą.

_____ Silvija Dubinskė
(parašas) *(vardas, pavardė)*

PRIEDAI

1 priedas

5 lentelė. *Ligos, pasižyminčios didžiausia socialinių funkcijų susilpnėjimo rizika*

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Pasikartojimo dažnis
Ligos, dėl kurių labiausiai susilpnėja ligonio socialinės funkcijos	Onkologinės ligos	„Išskirčiau dažniausią atvejį – onkologijos skyriaus pacientus <...> kurie kreipiasi pavėluotai – visas gyvenimas išslysta iš po kojų“ (X2), „dažnai onkologiniams ligoniams sunku suprasti ir susigaudyti, kokios paslaugos ar išmokos jam priklauso. O dėl fizinių ir dvasinių jėgų stokos, sunku ieškoti tam reikalingos informacijos. Taip pat sergantys dažnai susiduria su jautrumo stoka, *stigmatizavimu*, pasitaiko ir diskriminacijos atvejų“ (X3). „Onkologiniai ligoniai, netik dėl ligos bet ir dėl taikomų gydimo metodų dažnai praranda darbingumą“(X5).	3
	Širdies ir kraujagyslių ligos	„Asmenims persirgusiems insultu, labiausiai reikalinga socialinė pagalba. Tokie asmenys dažiausia tampa visiškai priklausomi nuo kito asmens pagalbos, slaugos“ (X4). „Dažniausiai dirbame su vyresnio amžiaus pacientais, sergančiais įvairiomis lėtinėmis ligomis, su pacientais po insultų, infarktų“(X1). Nemažiau reikalinga reikalinga socialinė pagalba sergantiemsširdies ir kraujotakos sistemos ligomis. (X3).	3
	Demencija	„Manau <...> demencija. Demencijai progresuojant, asmeniui ilgainiui prireiks pagalbos atliekant kasdienio gyvenimo veiklą (pvz., valgymą maitinimąsi, judėjimą) ir pagalbinę kasdienio gyvenimo veiklą (pvz., maisto ruošimą, apsipirkimą, finansų ir vaistų valdymą) <...>. Demencijai progresuojant, žmogaus atmintis ir mąstymas būna vis labiau paveikti. Tai reiškia, kad jiems vis sunkiau atlikti daugelį praktinių dalykų, ypač kai jų simptomai pablogėja ar atsiranda naujų simptomų“ (X6), „sergantys Alzheimeriu“ (X1)	2

	Psichikos ligos	„Gal dažniausiai išryškėja pagalbos poreikis asmenims, sergantiems psichikos ligomis <...> “ (X3), „Sudėtingesniais socialiniais gebėjimais pasižymi ir valgymo sutrikimų turintys asmenys“ (X7). „Šizofrenija. Sergantys šia liga dažniausiai negali dirbti, mokytis, neturi nuolatinių pajamų, neturi arba praradę socialinius įgūdžius“ (X2).	3

6 lentelė. *Socialinio darbo su ligoniais priežastys*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**
Socialinio darbo su ligoniais priežastys	Gydančio gydytojo/medikų nurodymai	„užsako gydantis gydytojas, matydamas poreikį arba pageidaujant pacientui ar jo artimiesiems“ (X1). - „Gydantis gydytojas pastebėjęs socialines problemas kreipiasi į socialinį darbuotoją“ (X6).	2
	Pačių pacientų kreipimąsis	„Dažnai į socialinį darbuotoją žmonės kreipiasi, kai dėl sveikatos problemų pasikeičia jų socialinis gyvenimas“ (X3). „Pokalbio su pacientu <....> dažniausiai jau numatoma socialinės pagalbos poreikis“ (X4). „bendraujant su ligoniu“ (X5). „Jiems būna sunkiau bendrauti, susirasti mėgstamą veiklą, nesijausti atstumtais žmonėmis. O mūsų visuomenė irgi netolerantiška. Jiems reikia mokytis pozityvaus konfliktų sprendimo“ (X7).	4
	Pacientų artimųjų kreipimąsis	- „ <....> su artimuoju (jai pacientas nekontaktiškas arba negali suteikti objektyvios informacijos)“ (X4). - „bendraujant su <...> jo artimaisiais“ (X5).	2

7 lentelė. *Ligonių problemos, susijusios su sunkumais funkcionuojant socialinėje plotmėje*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**
Ligonių pagrindinės socialinės problemos	Slaugos/globos poreikis senyvo amžiaus asmenims	„Dažniausiai socialinio darbuotojo konsultacijos prašoma slaugos (tiek stacionarios, tiek ambulatorinės) galimybių klausimais, ypatingai kai kalbame apie vienišus, vyresnio amžiaus asmenis“ (X1), „vieniši senoliai, kuriais artimieji neturi galimybės pasirūpinti <...> esant poreikiui numatyti išankstinę registraciją į slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigą“ (X2), „<...> susiję su asmens negalėjimu grįžti į savo namus t.y reikalingas apgyvendinimas socialinės globos įstaigoje“ (X4)	3

	Specialiųjų socialinių paslaugų poreikis	„Pakankamai dažnai kreipiasi asmenys specialiųjų poreikių ar darbingumo lygio nustatymo klausimais <...>“ (X1), <...> pagalba nustatant darbingumo procentus bei specialiuosius poreikius“ (X3).„Apgyvendinimo problemos, būna kad atvyksta žmogus neturintis kur gyventi arba vyksta iškeldinimo procesas. Tada tenka galvoti, kur tą žmogų po ligoninės išleisti. Dažnai tenka siųsti į nakvynės namus“ (X5).	3
	Pagrindinės informacijos nežinojimas	„Pacientams reikalingas informavimas ir konsultavimas įvairiais problemų sprendimo klausimais“ (X3), „pacientams reikalingas informavimas <...>“ (X5)	2
	Negebėjimas tvarkyti finansų	„Susiduria su problemomis dėl elementarių kasdienių veiklų vykdymo sutrikimo (pensijos išmokos atsiėmimo, šildymo kompensacijų prašymo, turtinių klausimų tvarkymo)“ (X4), „susitvarkyti įvairias kompensacija, ar gauti kažkokių papildomų pinigėlių“ (X5), „<...> nemoka už būstą, galvoja, kad kažkas kitas už juos sumoka“ (X7)	3
	Instrumentų / priemonių neturėjimas	„ <...> Judėjimo ir apsitarnavimo priemonių įsigijimo klausimais“ (X1), „gaunant techninės pagalbos priemones ir kt.“ (X3)	2
	Nežinojimas, kur kreiptis sprendžiant turimas problemas	„Ir konsultavimas įvairiais problemų sprendimo klausimais, atstovavimas įvairiose įstaigose <...>“ (X5), „dėl tarpininkavimo su kitomis institucijomis ir įstaigomis“ (X1)	2
	Savarankiškumo nebuvimas	„Nesugebėjimas būti savarankišku asmeniu“ (X7), „Tai reiškia, kad tokia įteisinta tvarka reikalauja, kad lėtinėmis ligomis sergantys asmenys patys stebėtų savo sveikatos būklę <...> ir stengtųsi“ (X6)	2
	Neturėjimas reikiamų dokumentų	„Socialinio draudimo, išmokų gavimo klausimais“ (X1), „<...> asmens dokumentų gavybos organizavimas“ (X3), „asmens dokumentų galiojimo pasibaigimo <...>“ (X4), „pasitaiko, kad neturi socialinių garantijų <...> “ (X5)	4

8 lentelė. *Ligonių pagrindinės socialinės funkcijos, susilpnėjančios dėl jų ligos*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**

Susilpnėjusių socialinių funkcijų grupės	Savarankiško funkcionavimo visuomenėje	„Į slaugos kliniką patekusių pacientų dažniausiai būna visiškas socialinis, fizinis nesavarankiškumas, todėl socialinių funkcijų atlikti beveik negali“ (X4), „dažnai dėl ligos prarandamas savarankiškumas“ (X5), „Žmogus neišeina iš namų, dažnai ir nepakyla nuo lovos, neapsitarnauja, ribotas arba išvis negalimas bendravimas su kitais žmonėmis“ (X6),	3
	Bendravimo ir komunikavimo	„Dėl negebėjimo savarankiškai pasirūpinti savimi sumažėja bendravimas su aplinkiniais ir galimybės gauti pagalbos iš bendruomenės ir kitų įstaigų“ (X1), „linkę atsiriboti, neigti, todėl juntamas nusivylimo jausmas, socialinio rato sumažėjimas“ (X2), „bendravimas <....> didėja socialinė atskirtis“ (X5).	3
	Dalyvavimo socialiniame gyvenime	„Po ligos pacientams būna sunkiau dalyvauti visuomeniniame gyvenime <...> tampa uždaresni“ (X3), „ligos gali paveikti žmones ne tik fiziškai, bet ir psichiškai, nes susirgimas ir gyvenimas su ja gali pakeisti sergančiojo požiūrį į gyvenimą <...>“ (X6), „socialinė izoliacija“ (X7), „juntamas nusivylimo jausmas, socialinio rato sumažėjimas, gydymo atsisakymas“ (X2),	4
	Darbinės ir profesinės veiklos įgyvendinimo	„Negebėjimas pritapti darbo rinkoje. Kalbant apie pastarąją, dažnai neturima jai reikiamų įgūdžių“ (X7), „<...> ypač jeigu jie lieka iš dalies ar pilnai nedarbingi“ (X3), „Onkologiniai ligoniai, ne tik dėl ligos, bet ir dėl taikomų gydimo metodų dažnai praranda darbingumą“(X5)	3

9 lentelė. *Pagrindinių siekiamų pokyčių įvardijimas*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**
Siektinas pokytis atstatant ligonio socialines funkcijas	Paciento savarankiškumo padidinimas	„Siekis yra kuo didesnio asmens savarankiškumo“ (X3), „didžiausias siekis, kad ligonis taptų nepriklausomas, savarankiškas“ (X5), „užtikrinti ilgalaikį ir tvarų žmogaus savarankiškumą ar reikiamos pagalbos suteikimą“ (X6)	3

10 lentelė. *Pirminio pokalbio/vizito metu taikomos priemonės siekiant atkurti ligonio socialines funkcijas*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**

Pirminės priemonės socialinių funkcijų atkūrimo procese	Konsultavimas ir informavimas	„Konsultavimas <...> Su kiekvienu asmeniu kalbamės atskirai, suteikiama jam informacija“ (X1) „Šviečiame jį jam svarbiais klausimais, informuojame apie galimybes, o po to užtikriname jam reikalingų socialinių paslaugų prieinamumą“ (X1)	2
	Tarpininkavimas ir atstovavimas	„<...> tarpininkavimas“ (X1) „<...> o po to, išsiaiškinę jo poreikius, atstovaujame jo interesus“ (X1)	2
	Informacijos rinkimas	„Pirminio kontakto metu interviu su pacientu, jo artimaisiais, susipažinimas su sveikatos dokumentais“ (X5), „Pirmiausia stengiamės sužinoti visą informaciją apie paciento būklę <...> “ (X2)	2
	Individualus pokalbis	„Pirminiai pokalbiai ir vizitai būna jautriausi – turime įvairių situacijų, kartais žmonės neigia, jog jiems reikia įvairios pagalbos, kiti priešingai – priima socialinio darbuotojo pagalbą labai noriai ir net nežino, kad galėjo ją gauti“ (X2), „<...> pokalbio metu stengiuosi įgalinti pacientą, jo artimuosius ieškoti jiems tinkamiausių problemų sprendimo būdų“ (X4), „naudojamas informacinis pokalbis <...>“ (X6)	3

11 lentelė. *Papildomos informacijos apie pacientą svarba, sprendžiant socialinės integracijos klausimus*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**
Papildomos informacijos svarba	Aplinkos saugumo įvertinimui	„dažnu atveju įvairias ligas ir nelaimes sukelia ne tik ligos, bet ir aplinka, kurioje žmogus gyvena <...> galime nustatyti, jog žmonėms reikalinga rimtesnė pagalba, nes namų aplinkoje jie yra išnaudojami ir skriaudžiami“ (X2), „siekiant padėti pacientui, kadangi į procesą stengiamės įtraukti ir paciento artimuosius bei bendruomenę. Per tokią anamnezę surenkame infromaciją apie paciento situaciją, kodėl jam reikalinga pagalba, ko ja siekia, kokie asmenys yra aplinkui. taip galima geriau suprpjektuoti pagalbos priemones, numatyti kas gali būti jos dalyviais, koks bus artimųjų vaidmuo“ (X1).	2
	Esamos ir tolimesnės	„Tokia informacija labai reikalinga, nes tai gali netgi lemti ar asmuo gaus tolesnes reikalingas socialines paslaugas“ (X3).	4

	pagalbos planavimui	„Teigdami dokumentus dėl socialinės pagalbos, turime aiškiai, tiksliai parodyti pagalbos reikalingumą. Tam reikalinga kuo platesnė, tikslesnė informacija apie pacientą visomis prasmėmis“ (X4). „Kuo daugiau informacijos specialistas gali susirinkti prieš pradedant bendrauti su klientu, tuo sėkmingiau jis gali pasiruošti ir apgalvoti planą kaip bendraus su pacientu, kokius pirminius veiksmus taikys, siekiant kuo greitesnės ir sėkmingesnės socialinės įtraukties“ (X5). „Papildoma išankstinė informacija yra pati reikšmingiausia, socialiniam darbuotojui siekiant įvertinti, ar asmuo yra socialiai atskirtas ir kokie socialinės integracijos principai ar praktika jam yra reikalinga. Tai būtina informacija, kad specialistas galėtų priimti pačius palankiausius pacientui spendimus“ (X6).	

12 lentelė. *Socialinių darbuotojų taikomi metodai visame darbo su ligoniu procese siekiant atkurti socialines jo funkcijas*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**
Socialinio darbo metodai siekiant socialinių funkcijų atstatymo	Individualus socialinis darbas su atvejais	„Dažniausiai naudojamas individualus socialinis darbas (neretai įtraukiant ir paciento šeimą)“ (X1), „individualus socialinio darbo metodas“ (X4), „individualų socialinį darbą su atvejais, socialinio darbo su individu metodą“ (X7)	3
	Atvejo vadybos metodas	„Taikau atvejo vadybos metodą. Taikant šią praktiką, turiu suderinti paciento ligos būklę ir specifinius poreikius su reikalingų paslaugų teikimo būdais ir galimybėmis“ (X5), „<...> atvejo vadybą“ (X7)	2
	Grupinės terapijos metodas	„Iš esmės tokios grupinės terapijos atveria socialumo galimybes <...> “ (X1), „mokosi vieni iš kitų, gali panaudoti kitų patirtis, sužinoti daugiau galimybių integruotis <...>“ (X5), „Grupės nariai mokosi duoti ir gauti grįžtamąjį ryšį iš kitų. Per grįžtamąjį ryšį dalyviai taip pat išmoksta geriau įvertinti save ir savo poveikį kitiems“ (X3), „gerina jų socialinius įgūdžius“ (X7)	4

13 lentelė. *Taikomi socialinio darbo būdai ir priemonės, sprendžiant gretutines problemas, susijusias su socialinių funkcijų silpnėjimu*

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Pasikartojimo dažnis
Gretutinių problemų sprendimo būdai	Kompleksinis darbas	„Siekdami pašalinti priklausomybes dirbame komandiškai tiek su medikais, tiek su psichologais“ (X2), „<...> nukreipiami į Priklausomybių ligų centro filialus“ (X3)	2
	Savitarpio pagalbos ir terapijos grupės	„Priklausomybes turintiems pacientams organizuojamos savitarpio pagalbos grupės <...> “ (X3), „Dažniausiai taikomos grupinės terapijos <...>“ (X6).	2
	Nukreipimas pas kitus specialistus	„Sprendžiama kontaktuojant su socialiniais darbuotojais pagal gyvenamą vietą“ (X5), <...> „esant poreikiui suteikiame pacientui ar jo artimiesiems informaciją, kur pacientas galėtų gauti pagalbą iš savo bendruomenės, NVO ar kitų institucijų.(X1).	2

14 lentelė. *Reikalingiausi specialistai padedant ligoniui „sugrįžti“ į visuomenę*

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Pasikartojimo dažnis
Reikalinga specialistų pagalba siekiant integruotis į visuomenę	Socialiniai darbuotojai	„Socialiniai darbuotojai seniūnijose, padeda tvarkant asmenims aktualius socialinius klausimus, pavyzdžiui, dėl išmokų, tvarkant dokumentaciją ir kt“ (X1), „<...> socialinių darbuotojų“ (X7)	2
	Sveikatos priežiūros specialistai	„Sveikatos priežiūros specialistai visada informuoja apie paciento būseną, ko pasekoje galime planuoti teikiamos pagalbos tęstinumą“ (X1), „gydytojų (psichiatrų, psichologų, slaugytojų, viso medicinos personalo“ (X7), „įvairių sričių terapeutų“ (X7)	3
	Visa komanda	„Dirbame su visa komanda. Socialiniai darbuotojai rūpinasi teisine, socialine pagalba, psichologai – padeda žmonėms emociniais klausimais ir, žinoma, medikai, kurie rūpinasi paciento sveikata“ (X2), „komandinis darbas yra būtinas siekiant įvairiapusiškos pagalbos pacientui“ (X3), „kineziterapeutas, gydytojas, socialinis darbuotojas <...> komandinis darbas“ (X4), „medikų, socialinių darbuotojų, pedagogų, psichologų, kineziterapeutų bendradarbiavimas labai svarbus“ (X5), „komandinis specialistų darbas užtikrina, kad paslaugos bus pritaikomos ir koordinuojamos pagal kliento poreikius“ (X6)	5
	Kiti specialistai	„Taip pat teisininkų“ (X7) „<...> Užimtumo tarnybos specialistų“ (X7)	2

15 lentelė. *Ligonio ir socialinio darbuotojo bendradarbiavimo įtaka socialinės integracijos rezultatams*

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Pasikartojimo dažnis
Bendradarbiavimo poveikis socialinei integracijai	Padeda sukurti artimus socialinius santykius	„<...> padėti užmegzti tvirtus ryšius, skatinti santykių, grįstų pasitikėjimu ir supratimu, kūrimą“ (X6), „socialinės integracijos rezultatai bus geri tik tuo atveju, jei bus tarpusavio supratimas, susikalbėjimas, pasitikėjimas, pagarba, diskretiškumas“ (X4), „kartais tai sukuria gerus tarpusavio santykius, kurie palaikomi ir išėjus iš gydymo įstaigos...“ (X7)	3
	Motyvuoja klientą dalyvauti visuomenės gyvenime	„Socialinis darbuotojas gali atlikti labai svarbų vaidmenį efektyviai paciento integracijai <...>“ (X5), „motyvuoti pacientą ir lengviau socialiai integruotis“ (X6), „yra labai svarbu sukurti artimą ryšį ir tarpusavio pasitikėjimą. Tai motyvuoja pacientą, skatina žiūrėti į socialinį darbuotoją kaip į draugą, o ne kaip į jį kritikuojantį priešą“ (X7)	3
	Palengvina socialinės integracijos procesą	„Jei bendradarbiavimas vyksta sklandžiai – pasiekiami geresni rezultatai“ (X2), „Jeigu ligonis kontaktuoja su socialiniu darbuotoju, integracija daug lengvesnė ir efektyvesnė <...>“ (X5)	2

16 lentelė. *Veiksniai, sąlygojantys sėkmingą ligonio socialinę integraciją*

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantys teiginiai	Pasikartojimo dažnis
Socialinei integracijai padedantys veiksniai	Bendradarbiavimas su institucijomis	„Bendradarbiavimas yra būtinas siekiant paslaugų tęstinumo baigus gydymą“ (X3), „Ta socialinė integracija galima, jeigu asmuo gauna jam reikiamas paslaugas – pavyzdžiui, pagalbos į namus paslaugas, arba perkeliamas į socialinės globos įstaigą (jeigu reikia), jei gauna techninės pagalbos priemones, palengvinančias jo judėjimą bei apsitarnavimą, jeigu gauna kitas jam reikalingas paslaugas“ (X4)	2
	Bendradarbiavimas su ligonio artimaisiais	„Žinoma, šeima ir artimieji visada turi palankią naudą“ (X2), „sergantiems šeimos palaikymas labai svarbus <...>“ (X5), „nuolatinių, tvirtų, šiltų santykių palaikymas su artimaisiais, bendravimas, aplinkinių padrąsinimas yra efektyviausi sėkmingos socialinės integracijos šaltiniai“ (X6), „artimieji yra pirminis	4

		informacijos šaltinis dažniausiai gaunant informaciją apie paciento problemas“ (X7), „Jei pacientas turi artimuosius, ir jie noriai bendrauja ir bendradarbiauja, pagelbėti galima beveik visais atvejais“ (X4)	
	Ligonių vidinė motyvacija	„Pirmiausia svarbiausia yra pačio paciento motyvacija“ (X6), „pačių ligonių motyvacija“ (X5)	2

17 lentelė. *Socialinio darbuotojo tarpininkavimo nauda tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojimo dažnis**
Socialinio darbuotojo tarpininkavimo nauda tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų	Socialinės integracijos tęstinumo užtikrinimas	„Dažnai pacientas dėl savo sveikatos būklės negali pats atstovauti sau, todėl dažnai tenka tarpininkauti su sveikatos priežiūros specialistais dėl tolimesnio palaikomojo gydymo. Visas tas komunikacinis, reikalų derinimo procesas yra svarbus paciento socialinės integracijos poreikių tęstinumui užtikrinti“ (X1), *„Tačiau asmeniui dažniausiai reikia tarpininkavimo tarp kitų įstaigų*“ (X3),	2
	Poreikiams reikalingos pagalbos užtikrinimas	„Socialinio darbuotojo tarpininkavimas tarp paciento ir sveikatos priežiūros specialistų yra neatsiejama socialinio darbo slaugos klinikoje dalis <...> Konsultuojamės su gydytojais dėl paciento fizinio savarankiškumo, dėl psichikos sveikatos, kad galėtume įvertinti asmens galimybes gauti vieną ar kitą pagalbą. Gaudami tikslią informaciją, atliekame tikslų vertinimą, dėl ko pacientas gauna jo poreikiams atitinkančią pagalbą“ (X4), „<...> ypač efektyvus žmonėms, turintiems sudėtingų poreikių, lėtinių ligų, psichologinių sutrikimų, kuriems visapusiška priežiūra teikia didžiausią naudą“ (X5), „užtikrina visapusišką, koordinuotą pagalbą pacientui bei galimas gydymo korekcijas, atsižvelgiant į paciento pakitusius poreikius, ligos eigą“ (X6)	3

18 lentelė. *Pasiūlymai socialinio darbo tobulinimui, gerinant ligonio socialinių funkcijų atkūrimą ir padedant socialinei jo integracijai*

Kategorija	**Subkategorija**	**Patvirtinantys teiginiai**	**Pasikartojantys teiginiai**
Tobulintini socialinių paslaugų aspektai	Socialinių paslaugų prieinamumo didinimas	„Integracijos procesas būtų efektyvesnis, jei paslaugos bendruomenėje būtų labiau prieinamos.“ (X1), „Turėtų būti užtikrinamos jau esamos paslaugos, nes dažnai, kai jų labiausiai reikia, jos yra sunkiai prieinamos. Pacientams	2

		sudėtinga laiku gauti slaugos ligoninę ar socialinę globą namuose, netgi lankomąją priežiūrą“ (X6)	
	Glaudesnis bendradarbiavimas tarp įvairių socialinių paslaugų teikėjų	„Pacientų sėkminga socializacija galima tik bendromis, integruotomis pastangomis, bendradarbiaujant vyriausybei, medicinos ir socialinių paslaugų teikimo įmonėms, nepelno siekiančioms organizacijoms, verslui ir kita“ (X6), „svarbu, kad socialiniai darbuotojai bendradarbiaudami su kitais socialinių paslaugų teikėjais tas paslaugas galėtų jiems lengviau gauti“ (X3)	2