

Sveikatos priežiūros įstaigos socialinio darbuotojo galios „spindesys ir skurdas“

Asta Vaitkevičienė

Vilniaus universiteto Šiaulių akademija, Lietuva
Email: asta.vaitkeviciene@sa.vu.lt
<https://orcid.org/0000-0001-9834-0959>
<https://ror.org/03nadee84>

Vaidutė Ringienė

Vilniaus universiteto Šiaulių akademija, Lietuva
Email: vaidute.gailiute@sa.stud.vu.lt
<https://ror.org/03nadee84>

Santrauka. Straipsnyje teigiama, kad daugiau kaip dešimtmetį nekintantis sveikatos priežiūros įstaigos socialinio darbuotojo vaidmuo nebeatitinka senyvo amžiaus, negalią ir priklausomybes turinčių asmenų poreikių. Teorinėje dalyje aptariamos senatvėje didėjančios socialinės problemos, kurias iliustruoja empirinis tyrimas. Tyrimas atliktas taikant kokybinę aprašomąją fenomenologinę analizę, nagrinėjant vienos socialinės darbuotojos patirtį. Rezultatai atskleidė tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir teisinių mechanizmų stoką, dėl kurios didelių poreikių turintys klientai tampa „nepatogūs“ ir patiria socialinę atskirtį. Socialinė darbuotoja atsiduria emocinių ir etinių dilemų lauke, neturėdama pakankamų profesinės galios įrankių užtikrinti sklandų paciento perkėlimą į saugią globos aplinką.

Pagrindiniai žodžiai: priklausomybę turintis neįgalus asmuo, fenomenologinė analizė, socialinio darbuotojo patirtis, socialinių paslaugų organizavimas.

The Power of a Social Worker in Healthcare Institutions: “Splendors and Miseries”

Summary. The article raises the idea that the role of a social worker employed in a healthcare institution, which has remained unchanged for more than 10 years, cannot meet the full spectrum of nursing and social needs of elderly people, people with disabilities, and people with addictions. The theoretical part reviews the range of factors that increase social problems in an old age, and then these factors are backed by empirical data. The research was conducted by using a method of qualitative descriptive phenomenological analysis, revealing the structure of the experience of a social worker at a healthcare institution. The study results have revealed that social workers in healthcare institutions experience significant pressure due to a lack of inter-institutional cooperation and systemic gaps that prevent them from providing timely assistance to patients with substantial needs. An elderly client with disabilities and addictions becomes an inconvenient client – she is tossed around like a tennis ball from one service provider to another. The client rudely rejects the help offered, thus further increasing his/her social exclusion. Due to the lack of cooperation between health and social protection institutions, social workers in healthcare institutions find themselves in a challenging professional and emotional situation: they must endure strong emotional shocks and resolve ethical dilemmas. Healthcare professionals must also balance humanity with legal restrictions. The gap in legal and organizational measures prevents the

Received: 2025 05 19. Accepted: 2025 11 15.

Copyright © 2025 Asta Vaitkevičienė, Vaidutė Ringienė. Published by Vilnius University Press. This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

needs of disabled and dependent clients from being met promptly by transferring them to a safe nursing or social care institution, and medical professionals must take the risk of exceeding the established legal norms so that the patient is not left 'on the street'. Based on empirical data, it is concluded that the role of a social worker in a healthcare institution as an intermediary in transferring patients to nursing and social care institutions is tenuous. Social workers, apart from their personal qualities, are not provided with the necessary professional tools to ensure the smooth transfer of older adults with disabilities and alcohol dependence to a nursing and social care institution that would meet their needs.

Keywords: disabled person who consumes alcohol, phenomenological analysis, social worker's experience, social service organization.

Įvadas

PSO (2013¹) duomenimis senyvas amžius apibrėžiamas nuo 60 metų. Teigiama, kad senatvės amžiaus tarpsnio ribos gali skirtis priklausomai nuo tokių veiksnių, kaip socialinis vaidmuo, sveikata ir gyvenimo trukmė. Eurostat (2020) ataskaitos duomenimis senyvo amžiaus populiacijai priskiriami turintys 65 ir daugiau metų asmenys. Daignault et al. (2021) teigia, kad neįmanoma tiksliai nurodyti, nuo kurio amžiaus prasideda senatvė: dažniausias veiksnys, lemiantis senatvės suvokimą - sveikatos pablogėjimas. Daignault et al. (2021) nurodo, kad asmenys, kurie išsaugo gerą sveikatą, moterys, kurias žeidžia neigiamas požiūris į amžių, linkę senatvės amžiaus ribą vėlinti.

Europos Sąjunga (ES) susiduria su senstančios visuomenės iššūkiais. Pagal Eurostat duomenis, 2023 metais senjorų, kurie sudaro daugiau nei 20% visų ES gyventojų, skaičius nuolat auga (Eurostat, 2023). Lietuvoje gyventojų, vyresnių nei 65 metų, 2024 metais skaičius sudarė 20,3% (LR oficialiosios statistikos portalas, 2025²). Šioje grupėje išlaikomų virš 65 m. amžiaus asmenų, kurie gali turėti negalių, įvairių sveikatos problemų buvo 31 tūkstantis gyventojų (LR oficialiosios statistikos portalas, 2025³). Portalo apskaičiuota prognozė atskleidžia, kad kiekvienais ateinančiais metais šis skaičius turi tendenciją augti.

Demografinis pokytis kelia iššūkių ne tik dėl ilgesnės gyvenimo trukmės, bet ir dėl didėjančio slaugos bei socialinių paslaugų poreikio: ligininėse susidaro eilės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms gauti, pavyzdžiui, didžiųjų miestų (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių) ligininių duomenimis vidutinis asmenų, laukiančių slaugos paslaugų, skaičius per metus sudarė nuo 87 iki 2093 asmenų, o savivaldybėms nežinomas asmenų, kuriems reikalingos slaugos ir (arba) socialinės paslaugos, tikslus poreikio masas (Piktelytė ir kt., 2021).

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija nuo 2017⁴ m. rekomendavo, „kad seniūnijos socialinio darbo specialistas nuolat domėtųsi ir reguliariai

¹ Šaltinis: <https://www.scribd.com/document/190077600/WHO-Definition-of-an-Older-or-Elderly-Person>: 2025-10-10

² Šaltinis: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/>. Žiūrėta: 2025-04-18

³ Šaltinis: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/>. Žiūrėta: 2025-04-18

⁴ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas *Dėl pagalbos į namus paslaugų organizavimo ir teikimo rekomendacijų*, patvirtintas nuo 2017 m. rugpjūčio 24 d. Nr. A1-448 **nebegalioja** nuo 2024-07-01.

(pvz., ne rečiau kaip 1 kartą per mėnesį) aplankyti kiekvieną seniūnijoje gyvenantį suaugusį asmenį su negalia, vaiką su negalia, vienišą senyvo amžiaus asmenį ar asmenį, kuriam nustatyti specialieji poreikiai ar nuolatinės slaugos (priežiūros) poreikis, kitus asmenis, kuriems gali prireikti pagalbos į namus ar kitų socialinių paslaugų“ (Piktelytė ir kt., 2021, p. 13), tačiau nustojus šiai rekomendacijai galioti, valstybės kontrolės vertinimo ataskaitoje konstatuojama, kad savivaldybės neturi informacijos apie visus senyvo amžiaus asmenis, todėl nesukuriamos prielaidos gauti reikalingas slaugos ir (arba) socialines paslaugas.

Mokslinės literatūros šaltiniai (Oslin, 2000; Faulkner, 2001; Christian, & Abrams, 2003; Holzer & Vaughn, 2017; Poškaitė & Petružytė, 2018; Cruitt & Oltmanns, 2018; Stensland et al., 2021; Arshad et al., 2021) atskleidžia, kad senyvame amžiuje ypač dažnai išryškėja kompleksinių priežasčių sancaupos, lemiančios pasyvumą, bejėgiškumą ir didėjančią socialinių paslaugų poreikį. Galima išskirti šias veiksmų grupes: 1) individualūs ir biologiniai veiksniai (Stensland et al., 2021; Arshad et al., 2021; Holzer et al., 2021; Holzer et al., 2022; Lee et al., 2024); 2) socialinių ryšių veiksniai (Ivanauskienė & Gončiarova, 2016; Poškaitė & Petružytė, 2018); 3) struktūriniai – instituciniai veiksniai (Burn, 1992; Faulkner, 2001; Petrauskienė ir Skrickaitė, 2010; Kudžmienė ir kt., 2023). Bet kuri veiksmų grupė savaime gali silpninti savarankiškumą; o veikdami kartu sukelia problemų spiralę, kurią sunku nutraukti (Faulkner, 2001; Cruitt & Oltmanns, 2018).

Individualūs ir biologiniai veiksniai, siejami su demencija, Alzheimeriu, depresija, ar priklausomybėmis silpnina kognityvinius bei sprendimų priėmimo gebėjimus, tiesiogiai mažina iniciatyvą ir didina poreikį nuolatinėi pagalbai (Oslin, 2000; Poškaitė & Petružytė, 2018; Arshad et al., 2021; Lee et al., 2024). Priklausomybės nuo alkoholio ar vaistų ypač rizikingos vyresnio amžiaus pacientams (Oslin, 2000). Be to, dėl priklausomybių susiformavę asmenybės sutrikimai (pvz., asocialaus elgesio apraiškos, ilgalaikės socialinės adaptacijos problemos) dažnai komplikuoja slaugą bei gydymą ir mažina reintegracijos galimybes (Holzer & Vaughn, 2017).

Socialiniai ryšiai gali būti silpni ir tvirti. Stiprūs šeimos ryšiai ir socialinis tinklas paprastai veikia kaip apsauga, o jų praradimas ar socialinių ryšių silpnumas – didina pažeidžiamumą (Şahin et al., 2025). Tyrimai apie benamių socialinę atskirtį atskleidžia, kad vienišumas ir nutrauktos šeimos grandys – siejami su mažesne saviverte ir didesniu sunkumu atgauti savarankiškumą (SPG, 2003; Kanopienė ir Mikulionienė, 2004; Kocai, 2006; Ivanauskienė & Gončiarova, 2016; Poškaitė & Petružytė, 2018; Phillips et al., 2020; Bandzevičiūtė, 2021). Taigi socialinių ryšių silpnumas – svarbus rizikos veiksnys, ypač tada, kai socialinės pagalbos paslaugos yra ribotos.

Struktūrinių-institucinių veiksmų grupę formuoja valstybės vykdomos socialinės politikos kryptis (pavyzdžiui, aprūpinimas socialiniu būstu, galimybė gauti ilgalaikės slaugos paslaugas, dokumentai, apibrėžiantys tarpinstitucinį bendradarbiavimą) ir socialinę pagalbą teikiančių institucijų (priklausomybių gydymo programų stygius, intensyvus klientų dienotvarkės reguliavimas) funkcionavimas. Socialines paslaugas teikiančių įstaigų funkcionavimo, sklandaus bendradarbiavimo trūkumai verčia dalį vyresnio amžiaus žmonių gyventi be ilgalaikės socialinės pagalbos ar adekvačios reabilitacijos

(SPG, 2003). LR Valstybinio audito ataskaitos taip pat rodo, kad priklausomybių gydymo metodikos ir paslaugų prieinamumas vyresnio amžiaus asmenims yra nepakankamas (Kudžmienė ir kt., 2023).

Senatvėje institucinis-struktūrinis lygmuo yra tiltas tarp individualių, biologinių veiksnių ir prarastų socialinių ryšių formuojantis išmoktą bejėgiškumą (Seligman, 1975): asmuo nuolat patiria situacijas, kurių pasekmės nepriklauso nuo jo veiksmų. Tokia nugalinti patirtis sukuria ne tik momentinį pasyvumą, bet ir ilgalaikę motyvacijos stoka; priešinga patirtis – mažos, aiškios kontrolės galimybės ir sėkmingai atliktos, paties kliento inicijuotos užduotys (išmoktas meistriškumas) gali atkurti iniciatyvą, atlikti bejėgiškumo prevencijos vaidmenį (Faulkner, 2001; Vega-Hernandez et al., 2023).

Atsižvelgiant į individualių ir biologinių veiksnių, prarastų socialinių ryšių bei institucinio ir struktūrinio lygmens sąveiką, akivaizdu, kad sprendžiant kylančias problemas senatvėje reikia kompleksinio, tarpdisciplininio požiūrio: geriatrinė, medicininė priežiūra, priklausomybių įveikos programos, adaptuotos psichologinės intervencijos, pavyzdžiui kognityvinė elgesio terapija (Videler et al., 2014), socialinių paslaugų ir aprūpinimo būstu organizavimas bei konkrečios įgalinančios praktikos ligoninėse ar socialinės priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose – galėtų tapti gilėjančių problemų prevenciniu veiksmu. Sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis socialinis darbuotojas, veikdamas kaip tarpininkas tarp medicininės, slaugos ir socialinės grandžių, galėtų tapti tarpdisciplininių intervencijų koordinatoriumi.

Moksliniuose literatūros šaltiniuose atskleidžiama, kad socialinis darbuotojas nepakankamai įtraukiamas į medicininės reabilitacijos komandinį darbą, dažnai dirba individualiai (Varžinskienė ir Rudzevičiūtė (2009); teigiama, kad socialinio darbuotojo profesinis statusas ir galia yra silpni atstovaujant paciento teises psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandoje (Petrauskienė ir Skrickaitė, 2010), akcentuojami socialinių paslaugų teikimo sunkumai, susiję su ribotais personalo ištekliais ir materialine baze, darbo organizavimu, kompetencijos stoka įgyvendinant įvairias užimtumo paslaugas psichinės sveikatos priežiūros srityje (Zabėlienė ir Petrauskienė, 2011).

Urbelionis (2012) teigia, kad sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis socialinis darbuotojas dažniausiai teikia informavimo ir konsultavimo paslaugas pastovios gyvenamosios vietos neturintiems asmenims, taip pat tarpininkauja perkeltiant pacientą į slaugos ir ilgalaikės priežiūros įstaigas ar laikinojo prieglobsčio, nakvynės namus. Apibrėžiamos socialinių darbuotojų profesinės veiklos problemos sveikatos priežiūros įstaigose: darbo krūvio perkrova, perdegimo sindromo rizika, informacijos apie socialinių darbuotojų teikiamas paslaugas ribotumas, nepakankamas socialinio darbo vertinimas sveikatos priežiūros įstaigose, tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka (Raudeliūnienė ir Buškevičiūtė, 2014).

Apžvelgus mokslinės literatūros šaltinius galima teigti, kad socialinio darbuotojo kaip tarpininko ar tarpdisciplininių intervencijų koordinatoriaus vaidmuo sveikatos priežiūros įstaigose yra silpnas, neišnaudojamas, o pats socialinis darbuotojas turi menką galią kyla nors keisti kliento situacijoje. Tad kyla probleminiai klausimai: ar keitėsi daugiau kaip prieš dešimtmetį susiformavęs, socialinio darbuotojo vaidmuo sveikatos priežiūros

įstaigoje? Kokia yra socialinio darbuotojo patirtis atliekant tarpininkavimo vaidmenį tarp sveikatos ir socialinės priežiūros įstaigų?

Šio tyrimo **tikslas** – atskleisti sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančio socialinio darbuotojo tarpininkavimo veiksmingumą, kliūtis bei pokyčių galimybes atstovaujant paciento poreikius.

Tyrimo metodologija

Starks & Trinidad (2007) teigia, kad kokybiniai tyrimų metodai leidžia sveikatos mokslų tyrėjams gilintis į prasmės klausimus, nagrinėti institucinę ir socialinę praktiką bei procesus, nustatyti kliūtis ir veiksnius, skatinančius pokyčius, ir atskleisti sėkmės ar nesėkmės priežastis. Patirties analizei pasirinktas aprašomosios fenomenologinės analizės metodas, sudarantis galimybę atskleisti prisodrintą jausmų patirtį, trapią asmens egzistenciją ir galintis priversti „blaiviai mąstantį skaitytoją pravirkti“ (Finlay, 2009, p. 15). Giorgi (2008) nurodo, kad aprašomosios fenomenologijos metodas pagal E. Husserlį apima 3 etapus: pirmas etapas – fenomenologinis *epoché* arba perėjimas nuo natūralios nuostatos prie filosofinės. Pirmąjį etapą atitiko socialinės darbuotojos išgyventos patirties aprašymas, kuris pagal E. Husserlį yra „paėmimas į skliaustus“.

Antrame etape, atliekant fenomenologinę redukciją, buvo studijuojami vidiniai ligoninės įrašai⁵, lyginami su socialinės darbuotojos patirties aprašymu. Šiame etape buvo išgryninta įvykio seka. Aprašyta patirtis buvo suskaidyta į temas ir potemes. Fenomenologinės redukcijos duomenis gretinant su fenomenologinės nuostatos duomenimis, perėita į trečiąjį fenomenologinės analizės etapą, eidetinę redukciją. Šis etapas reikalauja ypatingo tyrėjų dėmesio. Atliekant eidetinę redukciją būtina pasitelkti vaizduotę, empatiją, kad būtų galima atrasti esminius patirties požymius (Dragan ir Sondaitė, 2023). Jei šio žingsnio trūksta, Giorgi (2008) tokius tyrimus laiko empiriniais, ne fenomenologiniais, todėl trečiajame etape išskirtos temos ir potemės varijuojamos vaizduotėje, apmąstant kurios nors potemės pašalinimo galimybę (Giorgi, 2008). Jeigu potemės pašalinimas iš esmės keistų temą, reiškia ši potemė yra esminė, be jos tema taptų neprasminga. Eideitinės redukcijos etape taip pat buvo renkamos žinios iš gydytojų, kaip įprastai jie elgiasi situacijose, kai ligonio laikyti ligoninės atitinkamuose skyriuose nėra indikacijų pagal sveikatos būklę, tačiau perkelti jį į ankstesnę gyvenimo vietą neįmanoma, dėl netinkamų gyvenimo sąlygų.

Dauguma tyrėjų laikosi nuomonės, kad fenomenologinės analizės tyrimų negalima apibendrinti. Giorgi (2008) teigia, kad tai nėra tiesa. Kol galima taikyti eidetinę redukciją, pasitelkus vaizduotę, galima aprašyti esminę išvadą, kuri iš esmės yra bendra. Giorgi (2008) akcentuoja, jog Husserlis aiškiai parodė, kad eidetinę redukciją galima padaryti net ir turint konkrečią patirtį ir pateikia pavyzdį apie kėdės patyrimo apibendrinimą:

⁵ Buvo kreiptasi į ligoninės vadovą dėl leidimo dalintis ligoninės vidaus įrašais, kalbėtis su gydytojais, rinkti informaciją apie besikartojančius tipinius atvejus. Ligoninės vadovo rašytinis leidimas vykdyti tyrimą, dalintis ligoninės vidaus įrašais, rinkti informaciją apie gydytojų ir socialinės darbuotojos veiksmus buvo gautas.

„galiu stebėti konkrečią kėdę. Tačiau niekas man netrukdo pakeisti požiūrį ir į konkrečią kėdę pažvelgti iš bendresnės perspektyvos, matyti ją kaip kultūros objektą, skirtą žmogaus kūnui palaikyti sėdėjimo pozoje. Šis bendresnis apibūdinimas yra toks pat teisingas, kaip ir konkrečios kėdės detalės, kurios imamos kaip konkretaus suvokimo pavyzdys“ (Giorgi, 2008, p. 4). Taigi, pagal Giorgi (2008), požiūrio perjungimo rezultatas – eidetinės išvados, kurios iš esmės yra bendros.

Giorgi (2008) akcentuoja, kad jei siekiama fenomeną tyrinėti kokioje nors mokslo kryptyje, reikia į fenomenologinės analizės procesą įtraukti disciplininį požiūrį. Disciplininio požiūrio priėmimas suteikia analizei tinkamo jautrumo ir nurodo perspektyvą, leidžiančią valdyti duomenis. Disciplininio požiūrio įtraukimas į fenomeno tyrinėjimą reiškia, kad tyrimo tikslas – atskleisti asmenų patirtį ne dėl jų pačių, o dėl disciplinos. Saugant tyrimo dalyvių konfidencialumą, jokie duomenys, padedantys atskleisti konkrečias įstaigas straipsnyje nepateikiami.

Disciplininį požiūrį atspindėtų tyrimo tikslas: atskleisti sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančio socialinio darbuotojo tarpininkavimo veiksmingumą, kliūtis bei pokyčių galimybes, atstovaujant paciento poreikius.

Fenomenologinės analizės temos ir potemės

Analizuojant ir gretinant fenomenologinės nuostatos, fenomenologinės redukcijos duomenis buvo išskirtos 4 temos:

1. *Nepatogaus kliento atstūmimas.*
2. *Ligoninė ir gydytojas socialinės situacijos įkaltai.*
3. *Socialinės darbuotojos galios „spindesys ir skurdas“.*
4. *Refleksyvus žvilgsnis į ligoninės socialinio darbuotojo socialinį darbą.*

Kiekvienos temos potemės ir patirties / veiksmų epizodai pateikiami atskiroje lentelėje.

1 lentelė. **Tema: Nepatogaus kliento atstūmimas (gretinami faktiniai duomenys su socialinės darbuotojos pasakojimu)**

Potemės	Patirties ir veiksmų epizodai
Kliento psichosocialinis portretas	„Klientas artimųjų, su kuriais palaikytų ryšį, neturi, asmens dokumento galiojimo laikas pasibaigęs, neįgalumo dokumentai nesutvarkyti. Nuolat vartojantis alkoholi, nuosavame būste antisanitarinės sąlygos, žmogus tokiomis sąlygomis tiesiog negali gyventi, nuolat lankosi asocialūs asmenys, kurie siekia tik pasipelnyti iš kliento, o atsitikus nelaimei jų nebelieka.“ (SDP ⁶) „Pacientas nevengiantis išgerti, neseniai jis pardavęs buvo žemę, niekam to iš artimųjų nesakė, gavęs pinigų visus per mėnesį laiko pragėręs su draugais, o kai pinigų neliko, paliko vienas, draugų nebeliko kas padėtų.“ (FDLĮ ⁷)
Kliento gyvenimo sąlygos	„Rado jį namuose visą permirkusį savo šlapimu ir išmatomis. Butas kur jis gyvena, panašus į landynę, smarvė baisi.“ (FDLĮ)

⁶ SDP – socialinės darbuotojos pasakojimas.

⁷ FDLĮ – faktiniai duomenys iš ligoninės vidaus išrašų.

Potemės	Patirties ir veiksmų epizodai
Dygliuotas elgesys	„Kalbėta su vienos iš didmiesčių ligoninės SPS gydytoju, pacientas sunkaus charakterio, keikiasi, visus siunčia rusiškais keiksmažodžiais.“ (FDL)
Kliento fizinė ir funkcinė būklė	„Klientas savarankiškai nejuda, nevaikšto, turi pragulę sėdmenų srityje.“ (SDP)
Kliento socialiniai ryšiai	„Nuolatinis kliento sugėrovas priimti nors laikinai į savo namus ir pasirūpinti klientu kategoriškai atsisako, nors prieš tai, kliento tvirtinimu, sakė, kad „pažiūrės kiek reikės.“ (SDP)
Kliento šeimyniniai ryšiai	„<...> bandyta skambinti nurodytu telefono numeriu sūnui. Iš jo sužinota, kad visi vaikai yra užsienyje, jis pats Klaipėdoje, bet niekuo negali padėti, nes jų tėvas neaugino, aišku tik norėtų sužinoti kaip jam toliau klostysis jo likimas, bet tik tiek.“ (FDL)

Eidietinės redukcijos etape pagrįsime, kodėl ši patirties elementą pavadiname *Nepatogaus kliento atstūmimas*. Socialinis darbas skirtas spręsti skaudžiausias visuomenės problemas: socialinės nelygybės, skurdo, socialinės atskirties, smurto artimiausioje aplinkoje. Išskirtos potemės *kliento psichosocialinis portretas, gyvenimo sąlygos, dygliuotas elgesys, fizinė ir funkcinė būklė, socialiniai ryšiai, šeimyniniai ryšiai* atskleidžia, jog asmuo yra socialinėje atskirtyje, gyvena asocialiai, skurdo sąlygomis ir yra neįgalus. Jeigu bandytume išmesti nors vieną potemę, pavyzdžiui *kliento psichosocialinį portretą*, nesuprastume, kodėl jo gyvenimo sąlygos yra tokios, kodėl taip susiklostė socialiniai ryšiai, kodėl yra nutrūkę šeimyniniai ryšiai. Jeigu išmestume *kliento fizinę ir funkcinę būklę*, negalėtume suprasti gyvenimo sąlygų ir užuominos, kad kažkas jį rado ir suteikė pirmąją pagalbą, taip pat negalėtume suprasti *dygliuoto elgesio*, kuriuo socialinėje atskirtyje gyvenantys asmenys bando apsaugoti savo tapatybę ir orumą tokiu būdu atstumdami pagalbą teikiančius asmenis (Christian, & Abrams, 2003, Šepikaitė, 2017).

Temos *Nepatogaus kliento atstūmimas* potemės (*kliento psichosocialinis portretas, gyvenimo sąlygos, fizinė ir funkcinė būklė*) atskleidžia bent tris požymius, pagal kuriuos asmuo tampa socialinio darbo klientu. LR socialinės apsaugos ir darbo ministerijos apibrėžtyje socialinio darbo klientai yra negalią turintys žmonės, senoliai, socialinę riziką patiriančios šeimos, priklausomybes turintys asmenys⁸. Jeigu taip apibrėžiamas socialinio darbuotojo darbo laukas, kodėl gi tema pavadinta *Nepatogaus kliento atstūmimas*? Socialiniai darbuotojai šio kliento neatstūmė: šiaurės Lietuvos socialinių paslaugų centro socialinė darbuotoja iškviėtė GMP. Užuominą apie tokią pagalbą pateikta potemėje *kliento gyvenimo sąlygos*. Ligoninės socialinė darbuotoja ieškojo saugios aplinkos tarp kliento artimųjų. Užuomina apie tokią paiešką pateikta potemėje *kliento šeimyniniai ryšiai*. Šias užuominas sustiprina ir validuoja trečioji tema *Socialinio darbuotojo galios „spindesys ir skurdas“*.

Klientą yra atstūmę šeimos nariai, tokį pat asocialų gyvenimo būdą gyvenantys draugai. Dygliuotą kliento elgesį, skatinantį jo atstūmimą, patvirtina skubios pagalbos

⁸ Šaltinis: Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos svetainė [https://socmin.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/socialine-integracija/socialinis-darbas/kas-yra-socialinis-darbas/]

skyriaus gydytojo pateikta informacija ligoninės socialinei darbuotojai. Galima įsivaizduoti, kad ne socialiniai darbuotojai, o kiti paslaugas teikiantys specialistai: gydytojai, slaugytojai, susidūrę su socialinėje atskirtyje esančio asmens dygliuotu elgesiu sutrinka, nežino kaip bendrauti, jaučiasi nepelnytai įžeisti, kai klientas pasiūnia juos velniop už bandymą jam padėti.

Taigi, kliento atstūmimas kyla ne dėl socialinių darbuotojų veiksmų, empatijos stokos ar nenoro padėti, bet dėl paties kliento dygliuoto elgesio, kurio kilmės nesupranta ir nepateisina *kiti*, ne socialinio darbo specialistai.

Kokia pagalba buvo suteikta senyvo amžiaus vyrui, atvežtam į vieno iš didmiesčių skubios pagalbos skyrių atskleidžia tema *Ligoninė ir gydytojas socialinės situacijos įkaltai*.

2 lentelė. Tema: **Ligoninė ir gydytojas socialinės situacijos įkaltai (socialinės darbuotojos pasakojimo duomenys gretinami su papildomais duomenimis, gautais iš pokalbių su gydytojais)**

Potemės	Patirties epizodai
Medicininės pagalbos situacija	„Po apžiūros skyriuje gydytojas išrašė vaistus ir nori išleisti klientą namo, nes guldymui į skyrių indikacijų nėra. Skubios pagalbos – priėmimo skyriuje klientas jau praleidęs 18 valandų.“ (SDP)
Medikų veiksmai kaip balansavimas tarp „būti ar nebūti“	„Skubios pagalbos – priėmimo skyrius sutiko pacientą palaikyti per naktį, kol jo atvažiuos pasiimti socialinių paslaugų centro specialistai.“ (SDP) „Kalbėjau su skubiosios medicinos pagalbos gydytojais. Niūri realybė, tačiau po 24 valandų paciento buvimo skubios pagalbos - priėmimo skyriuje, gydytojai pamina įstatymus ir vadovaujasi žmogiškumu. Realiai pacientas yra perkeliamas į stacionarą „pritempant“ simptomus, pacientas yra laikomas skubios pagalbos - priėmimo skyriuje „neoficialiai“. Gydytojai itin geranoriškai, labiau, nei tikėjaisi, dalijosi nuoskaudomis, kai pažeisdami įstatymus konfliktuoja patys su savim „lyg ir suprantama, kad žmogaus į gatvę neišmesi, bet kas bus, kai pažeisiu įstatymus“. Taip pat pripažįsta, kad šioje vietoje, jaučiama labai didelė spraga įstatymuose ir socialinėje sferoje. Taip pat stebima tendencija tokių atvejų augimo, kas varo į nevilgtį.“ (PD ⁹)

Temoje *Ligoninė ir gydytojas socialinės situacijos įkaltai* išskirtos dvi potemės. Pirmoji potėmė *Medicininės pagalbos situacija* atskleidžia tipinį gydymo paslaugų teikimo procesą: atliekama paciento pirminė apžiūra ir gyvybinių funkcijų rodiklių vertinimas, įvertinama paciento būklė, nustatomi ligos požymiai ir diagnozė. Paciento būklė ir ligos požymiai lemia jo perkėlimą į kitą ligoninės skyrių arba išleidimą į namus. Jeigu bandytume šią potėmę išmesti, nesuprastume antrosios potėmės prasmės, kodėl gydytojai savo priimamais sprendimais asocialų gyvenimo būdą gyvenančių pacientų atžvilgiu balansuoja tarsi eidami lynu virš prarajos. Taip pat nebūtų galima suprasti 3 temoje atskleidžiančių socialinės darbuotojos pastangų, todėl iš esmės kistų socialinio darbuotojo patirtis.

⁹ PD – papildomi duomenys, gauti iš pokalbių su medikais *post factum*.

Antroji potėmė *Medikų veiksmai kaip balansavimas tarp „būti ar nebūti“* papildo pirmąją. Joje atskleidžiama, kodėl skubios pagalbos skyrius sutiko pacientą palaikyti per naktį: išrašomo paciento nesutiko priimti rajono ligoninės slaugos skyrius, o kita saugi ir paciento poreikius atitinkanti vieta dar nebuvo surasta. Papildomai surinkti duomenys taip pat apibrėžia paciento laikymo skubios pagalbos skyriuje ribą – 24 valandos. Tai „raudona linija“, nurodanti paciento perkėlimo iš skubios pagalbos skyriaus būtinybę. Antroji potėmė atskleidžia, kad gydytojai neretai peržengia šią „raudoną liniją“, pritaiko diagnozes, supranta, kad pažeidžia teisės aktus, bijo teisinių pasekmių, bet stengiasi išlaikyti empatiją nepatogių socialinėje atskirtyje atsidūrusių pacientų atžvilgiu. Būtent todėl, kad į gydymo įstaigas patekę neįgalūs, priklausomybių turintys, socialinėje atskirtyje esantys nepatogūs pacientai, nepageidaujami savo šeimos narių, išleidžiami iš ligoninės neturi kur dėtis, sveikatos priežiūros įstaigos socialiniai darbuotojai ieško kitos saugios aplinkos savo klientams. Dėl globos namų negalią turintiems senyvo amžiaus klientams trūkumo ne taip greitai pavyksta saugią aplinką surasti, todėl skubios pagalbos skyrius gydytojai tampa socialinių situacijų įkaitais.

Kaip sekasi sveikatos priežiūros įstaigos socialinei darbuotojai ieškoti saugios ir poreikius atliepančios aplinkos *nepatogiam klientui*, atskleidžia trečioji potėmė *Socialinio darbuotojo galios „spindesys ir skurdas“*.

3 lentelė. Tema: Socialinio darbuotojo galios „spindesys ir skurdas“ (faktiniai duomenys iš ligoninės vidaus įrašų)

Potėmės	Veiksmų epizodai
Socialinės darbuotojos, lankiusios klientą namuose, pagalba	„GMP jam iškvietė socialinė darbuotoja.<...> Pasak socialinės darbuotojos, vyras gamtinius reikalus daro po savimi. Prieš dvi savaites iki atvežimo čia buvo gydomas šiaurės Lietuvos ligoninės slaugos skyriuje, bet pasak slaugos skyriaus gydytojos pacientas atsisakęs toliau būti pas juos, neadekvačiai besielgiantis. Buvo išleistas namo.“ (FDLĮ)
Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos I bandymas surasti saugią ir poreikius atliepančią aplinką	„Susisiektą su šiaurės Lietuvos ligoninės slaugos skyriaus vedėja, prašyta pagalbos dėl šio paciento, nes čia yra ekstra atvejis, tokio išvežti į namus tiesiog negalima. Atsakyta, kad šiuo metu jo priimti negali, nėra vietų. Gydytoja aiškino, kas pacientas gulėdamas pas juos savo elgesiu įžeidinėjo visą personalą, keikėsi. Todėl pasiūlė jį geriau perkelti į vieno iš didmiesčių geriatrijos centrą. Tuo pokalbis baigėsi.“ (FDLĮ)
Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos II bandymas surasti saugią ir poreikius atliepančią aplinką	„Toliau buvo ieškoma slaugos kitose rajono ligoninėse. Bet vietų šiuo metu niekas neturėjo, o ir laiko nebuvo laukti kada atsiras.“ (FDLĮ)
Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos bandymas surasti šeimyninius ryšius	Tada bandyta skambinti nurodytu telefono numeriu sūnui. Iš jo sužinota, kad visi vaikai yra užsienyje, jis pats Klaipėdoje, bet niekuo negali padėti, nes jų tėvas neaugino, aišku tik norėtų sužinoti kaip jam toliau klostysis jo likimas, bet tik tiek.“ (FDLĮ)

Potemės	Veiksmų epizodai
<p>Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos III bandymas ieškoti socialinės pagalbos ir slaugos per šiaurės Lietuvos socialinių paslaugų centro socialinę darbuotoją, iškvietusią GMP</p>	<p>„Toliau pagalbos ieškota per šiaurės Lietuvos socialinių paslaugų centro socialinę darbuotoją, sužinota, kad ji ir iškvietė šiam žmogui GMP. Rado ją namuose visą permirkusį savo šlapimu ir išmatomis. Butas kur jis gyvena, panašus į landynę, smarvė baisi. Nepaėina. Situacija tragiška. Pacientas nevengiantis išgerti, neseniai jis pardavęs buvo žemę, niekam to iš artimųjų nesakė, gavęs pinigų visus per mėnesį laiko pragėręs su draugais, o kai pinigų neliko paliko vienas, draugų nebeliko kas padėtų. Taip jis atsidūrė vieno iš didmiesčių ligoninės SPS. Šiaurės Lietuvos SPC socialinė darbuotoja įsijungė į pagalbos paiešką, ieškojo ir iš savo pusės slaugos, vietos kur žmogų laikinai priglauti. Ji sakė, apsiimanti sutvarkyti šiam vyrui neįgalumą (nes pasibaigęs), spec. poreikius ir žiūrėti jam globos įstaigoje vietos, nes viskas taip greitai nesidaro. Prakalbus apie šiaurės Lietuvos rajono seniūnę, socialinę darbuotoją pasakė nevargti, nes ji jau prašiusi jos pagalbos prieš išvežant jį į ligoninę. Pirmą kartą išklause, antrą nebekėlė ragelio.“ (FDLĮ)</p>
<p>Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos IV bandymas ieškoti saugios ir poreikius atliepiančios aplinkos klientui</p>	<p>„Vis tik nuspręsta susisiekti su seniūne. Ji pakėlė ragelį ir vos pradėjus kalbėti apie problemą, ji padavė ragelį šiaurės Lietuvos rajono savivaldybės socialinei darbuotojai, su ja aptarėme esamą situaciją ir pažadėjo perskambinti. Bet skambučio nesulaukta. Pasirodo, ji skambinusi socialinei darbuotojai į šiaurės Lietuvos SPC, nes ji ir perskambino, kad gavo jos skambučių. Sprendimo ir pagalbos vis dar nerasta. Laikas eina. Esant tokiai situacijai, kad jau atrodo visi yra informuoti, tik niekas negali pagelbėti tokiam ekstra atvejui, net nėra rasta sprendimų jam.“ (FDLĮ)</p>
<p>Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos V bandymas ieškoti socialinės pagalbos ir slaugos per hierarchinio pavaldumo ryšius</p>	<p>„Nutarta skambinti pačiam šiaurės Lietuvos rajono savivaldybės merui. Jis tąkart nekėlė ragelio (skambinta apie 16 val.), skambinta mero pavaduotojui. Jis išklause mūsų turimą problemą, žadėjo padėti. Netrukus paskambino pati šiaurės Lietuvos rajono seniūnė. Ji pažadėjo, kad rytoj bus išvežtas į slaugą tikrai. Paprašė dar iki rytojaus šį žmogų palaikyti.“ (FDLĮ)</p>
<p>Bandymų ieškoti socialinės pagalbos ir slaugos atomazga</p>	<p>„Sekantį rytą apie 11 val. sulaukta skambučio iš šiaurės Lietuvos rajono savivaldybės administracijos dėl esamos situacijos patikslinimo, sužinota, kad į slaugą jo nepriims, kad jei galėtume šį vyrą pervežti į šiaurės Lietuvos nakvynės namus (paminėtina, kad į nakvynės namus savimi pasirūpinti negalintys pacientai nėra priimami). Darbuotojai informuoti, jo jau lauks. Suorganizuotas pervežimas.“ (FDLĮ)</p>

Potemių pavadinimai atskleidžia, kad sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja penkis kartus bandė ieškoti saugios ir poreikius atitinkančios aplinkos klientui. Keturis kartus jos bandymai baigėsi nesėkme ir tik penktasis bandymas, kuomet ji panaudojo spaudimą rajono globos ir socialines paslaugas teikiančioms įstaigoms per rajono savivaldybės merą, buvo iš dalies sėkmingas. Teigiame, kad iš dalies, nes aplinka į kurią buvo perkeltas *nepatogus klientas* tik iš dalies gali patenkinti jo poreikius: klientas perkeltas į nakvynės namus, kurie teikia laikinojo apgyvendinimo paslaugas ir iki 2024 m.

liepos 1 d.¹⁰ galėjo nepriimti asmenų, kuriems reikalinga socialinė priežiūra ar socialinė globa (t.y. senyvo amžiaus asmenims, negalią turintiems asmenims, negalintiems pasirūpinti savo asmens higienos poreikiais).

Įsivaizduokime, kad rajono ligoninės slaugos skyriaus vedėja galėtų iškviešti psichiatrą, ar psichoterapeutą, kurie suteiktų specializuotas priklausomybės ligoms gydyti paslaugas, bet ji to nedaro. Tiesiog kategoriškai atsisako klientą priimti. Iš duomenų galima nujaušti, kad dygliuotas kliento elgesys žeidžia jos ir viso slaugos skyriaus personalo garbę ir orumą.

Jei bandytume iš trečios temos pašalinti nors vieną potemę, nesuprastume sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos titaniškų pastangų operatyviai surasti saugią aplinką *nepatogiam klientui*. Jei išmestume pirmąją potemę, nesuprastume, koku būdu pacientas atsидūrė vieno iš didmiesčių ligoninės skubios pagalbos skyriuje. Jei išmestume paskutinę potemę, nesuprastume tebesitęsiančio *nepatogaus kliento* atstūmimo. Taigi, trečioji tema išplečia pirmos temos prasmę atskleisdama *nepatogaus kliento* asocialaus gyvenimo būdo pasekmes. Taip pat trečioji tema paaiškina, kodėl skubios pagalbos skyriaus gydytojai pažeidžia teisės aktus ir vadovaujasi empatija, susidūrę su nepatogiu klientu.

Trečiosios temos pavadinimas *Socialinio darbuotojo galios „spindesys ir skurdas“* pasirinktas neatsitiktinai. Pavadinimo dalį pasiskolinome iš prancūzų rašytojo Honoré de Balzac romano „Kurtizanių spindesys ir skurdas“. Pabandysime atskleisti, kur slypi socialinio darbuotojo galios „spindesys ir skurdas“. Temos struktūriniai elementai atskleidžia teisės aktų poveikį ir teisės aktų stoką, socialinės darbuotojos pastangas spręsti problemą, socialines paslaugas teikiančių įstaigų *nepatogaus kliento* atstūmimą, manipuliavimą hierarchiniais ryšiais. Teisės aktai apibrėžia ligoninės skubios pagalbos skyriuje laikomų pacientų, kol bus įvertintos jų gyvybinės funkcijos ir nustatyta diagnozė, laiko intervalą – ne ilgiau, nei 24 valandos. Nesant indikacijų, paciento negalima perkelti į kurį nors kitą ligoninės skyrių. Taip pat trečiosios temos potemės atskleidžia teisės aktų stoką. Rajono socialines paslaugas teikiančios įstaigos gali atstumti *nepatogų klientą*: rajono seniūnė atsisako padėti, rajono ligoninės slaugos skyriaus vedėja atsisako priimti savo rajono gyventoją dėl įžeistos garbės ir orumo, nors būtent šis skyrius nevaikštančiam ir savimi pasirūpinti negalinčiam klientui būtų saugiausia vieta. Rajono senyvo amžiaus asmenų globos namuose nėra laisvų vietų. Nėra jokio teisės akto, įpareigojančio socialines paslaugas teikiančias įstaigas pasirūpinti neįgaliais savo rajono klientais. Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos bandymas surasti saugią ir poreikius atitinkančią aplinką tampa iš dalies sėkmingu tik tuomet, kai ji pabando kliento perkėlimo iš skubios pagalbos skyriaus problemą spręsti naudodamasi hierarchiniais ryšiais, susisiekdama su rajono mero pavaduotoju ir išdėstydamą visą *nepatogaus kliento* situaciją. Rėmimasis rajono mero galia pasiteisina tik iš dalies: į rajono ligoninės slaugos skyrių *nepatogus klientas*

¹⁰ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas *Dėl apgyvendinimo nakvynės namuose ir laikino apnakvindinimo paslaugų teikimo rekomendacijų patvirtinimo* patvirtintas 2017 m. gegužės 10 d. Nr. A1-234, nustojo galioti nuo 2024-07-01, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministrai patvirtinus kitą įsakymą *Dėl akredituotos socialinės priežiūros teikimo reikalavimų patvirtinimo* “ pakeitimo, 2024 m. birželio 20 d. Nr. A1-417, kuriame apibrėžta tik nakvynės namų patalpos, personalo struktūra ir išsilavinimo reikalavimai. Kitos nakvynės namų funkcionavimo taisyklės lieka neapibrėžtos.

vis tiek nepriimamas, jį priima tik laikiną apgyvendinimą suteikiantys nakvynės namai, kurių funkcionavimas pagal šiuo metu galiojančius teisės aktus per menkai apibrėžtas.¹¹

Galima suprasti, kad sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos titaniškos pastangos surasti saugią ir kliento poreikius atitinkančią aplinką vainikuotos daline sėkme tik pasinaudojus hierarchiniais ryšiais. Bet ar ši sėkmė atitinka kliento poreikius ir yra adekvati kliento funkcinai būklei? O kas jeigu sveikatos priežiūros įstaigos socialinei darbuotojai nebūtų atėjusi į galvą mintis susisiekti su rajono meru ar jo pavaduotoju? Kas, jei sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja nebūtų išdrįsusi paskambinti? Ar socialines ir slaugos paslaugas teikiančių įstaigų tarpinstitucinis bendradarbiavimas turėtų vykti tik „paspaudus iš viršaus“? Ar socialinio darbo studijų programos turi pradėti mokyti savo studentus manipuliacijos būdų kaip pasinaudoti hierarchiniais ryšiais siekiant rezultato? Ar toks tarpinstitucinio bendradarbiavimo vaizdins ir socialinės pagalbos organizavimo būdas atitinka teisinės valstybės, pripažįstančios krikščioniškas, humanistines vertybes, įsipareigojusios neįgaliųjų teisių konvencijai veikimo būdą?

Klausimus iškėlėme tikėdamiesi, kad skaitytojas galės ryškiau stebėti socialinio darbuotojo galios „spindesį ir skurdą“ perskaitęs 4 temos prasmines dalis.

4 lentelė. **Tema: Refleksyvus žvilgsnis į ligoninės socialinio darbuotojo socialinį darbą (socialinės darbuotojos pasakojimo duomenys gretinami su papildomais duomenimis)**

Potemės	Refleksijos mintys
Nepatogaus kliento atstūmimo patirties kontempliacija	<p>„Tai viena iš sudėtingiausių situacijų, kuri pasitaikė mano darbe. <...> Man asmeniškai nesuvokiamas vienas iš momentų šioje situacijoje – šiaurės Lietuvos ligoninės ilgalaikio gydymo ir slaugos skyriaus vedėjos požiūris į klientą. Nesuvokiu, kodėl šiaurės Lietuvos rajono gyventojas, kuris prieš tai jau buvo stacionarizuotas į šiaurės Lietuvos ligoninės ilgalaikio gydymo ir slaugos skyrių, turi būti keliamas į vieno iš didmiesčių ilgalaikio gydymo ir geriatrijos centrą ar kitų rajonų ligoninių ilgalaikio gydymo ir slaugos skyrius? <...> Ir iš vis, kas yra patogus ir nepatogus pacientas, klientas? Kokiais kriterijais remiamasi skirstant asmenis? Atrodo, kad jei pacientas veda asocialų gyvenimo būdą, neturi geros padėties visuomenėje, tai tada jis „nepatogus“, o jei tarkim turi tvarkingus namus, artimuosius, kurie juo rūpinasi, pat savimi gali pasirūpinti, tai čia jau „patogus“ pacientas? Kodėl? Gal dėl to, kad su tokiais pacientais – klientais mažiau darbo? Bet ar mažesnis darbo krūvis yra socialinio darbo, slaugos ar pačio žmogiškumo esmė?“ (SDP)</p> <p>„Jei kliento būstas netinkamas gyventi, kaip galima net pagalvoti, kad jis galėtų grįžti į tą pačią aplinką ir juolab negalintis pats savimi pasirūpinti? Itin nemaloniai nustebino minėtos įstaigos vadovės požiūris – čia ne jos darbas, pats kaltas, kad veda asocialų gyvenimo būdą.“ (SDP)</p> <p>„Mano asmenine nuomone, jei toks pacientas yra „nepatogus“, rodantis agresiją, nepagarbiai besielgiantis, galima koreguoti gydymą, kviešti kitus specialistus siekiant kokybiško paciento gydymo ir kliento poreikius atitinkančios slaugos.“ (SDP)</p>

¹¹ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministrui patvirtinus kitą įsakymą *Dėl akredituotos socialinės priežiūros teikimo reikalavimų patvirtinimo* „pakeitimo“, 2024 m. birželio 20 d. Nr. A1-417, kuriame apibrėžta tik nakvynės namų patalpos, personalo struktūra ir išsilavinimo reikalavimai. Kitos nakvynės namų funkcionavimo taisyklės lieka neapibrėžtos.

Potemės	Refleksijos mintys
<p>„Svetima gėda“ ir atsakomybė už profesiją</p>	<p>„Bet vėlgi, kokią atsakomybę turi nešti gydytojas priimdamas tokius sprendimus. Jaučiau svetimą gėdą, už socialinės srities darbuotojus, prieš gydytoją. Išijautusi į gydytojo poziciją, supratau, kad jie geranoriškai nori padėti spręsti paciento jau nebe sveikatos, o socialines problemas. Šioje situacijoje be gydytojo geranoriškumo ir empatijos dabar net neišsivaizduoju, ką būtų reikėję daryti. <...> (SDP)</p> <p>„Gydytojai itin geranoriškai, labiau nei tikėjausi, dalijosi nuoskaudomis, kai pažeisdami įstatymus konfliktuoja patys su savim „lyg ir suprantama, kad žmogaus į gatvę neišmesi, bet kas bus kai pažeisiu įstatymus“. Taip pat pripažįsta, kad šioje vietoje, jaučiama labai didelė spraga įstatymuose ir socialinėje sferoje. Taip pat stebima tendencija tokių atvejų augimo, kas varo į nevirtį. Kalbant su gydytojais prisiminiau reiškinių - skurdo kultūra. Galbūt galimai dėl šio reiškinių masiškumo ir didėjančio populiarumo, socialiai pažeidžiamam ir neįgaliam asmeniui yra sunkiau gauti kokybiškas paslaugas po gydymosi ligoninėje?</p> <p>Aš tikriausiai galėčiau šia ar panašia tema kalbėti valandų valandas, nes kuo toliau į mišką - tuo daugiau medžių, bet užtat kaip įdomu.“ (PD)</p> <p>„Man, kaip socialinio darbo specialistei, itin svarbi empatija. Į bet kokią užduotį pirmiausiai pažiūriu per empatijos prizmę. Kiekvienas toks ar panašus atvejis man kaip nuolatinė praktika iš kurios galiu mokytis, bei stiprinti save kaip specialistę. Man taip pat svarbu, kad kiekvienas mano klientas būtų vertinamas, kaip individuali asmenybė ir būtų gerbiamas jų orumas ir autonomija.“ (SDP)</p>
<p>Profesinės galios kontempliacija</p>	<p>„Itin gražiai teorijoje skamba tarpinstitucinis bendradarbiavimas, tačiau realybėje be geranoriškumo ir empatijos neįmanomas joks bendradarbiavimas, problema tarsi nematoma, paliekama užribyje, savimi fiziškai negalintis pasirūpinti asmuo atstumiamas ir socialiai. Pikta, kai žmonės, užimantys vadovaujančias pareigas, neturi elementaraus pagarbos jausmo kitam asmeniui, reikalingam pagalbos. Iš kart kyla klausimas ar su savo artimaisiais, atsidūrusiais tokioje situacijoje, jie taip pat pasielgtų? Paliktų užribyje? Net negalvotų apie galimus pagalbos būdus, variantus? Tikriausiai ne.“ (SDP)</p> <p>„Man, kaip socialinio darbo specialistei, visiškai protu nesuvokiama, kaip pusvalandžio bėgyje pasikeičia vadovų kalbėsena bei požiūris ir iš kažkur giliai išspaudžiamas gailėstis ir susirūpinimas klientu. Žinoma neaišku apsimestinis, priverstinis ar nuoširdus.“ (SDP)</p> <p>„Dažnai su kolegomis pajuokaujame, kad reiks vežtis pacientus pačioms namo, nors kuo toliau, tuo labiau atrodo, kad vien dėl rusenančios empatijos kada nors taip ir atsitiks.“ (SDP)</p>
<p>Profesinės kompetencijos kontempliacija</p>	<p>„Šiame atvejyje įgytos naujos stiprybės ir nugalėta baimė pagalbos kreiptis aukštesniu lygmeniu, man yra labai svarbu, kadangi ši patirtis padeda tobulėti profesinėje srityje, suteikiant kokybiškas paslaugas socialinių paslaugų gavėjams. Atliekant asmens situacijos analizę nagrinėjau visų specialistų nuomonę, atsižvelgiau į kliento turimas stipriąsias puses, pagal asmens individualius poreikius ir interesus, įvertinau, kokios pagalbos jam reikia, kuri galėtų kompensuoti prarastą savarankiškumą bei gebėjimus. Taip pat atsižvelgiau į kitų institucijų, sveikatos priežiūros specialistų išvadas apie asmens būklę ir problemas, į situaciją žiūrėjau kompleksiskai.“ (SDP)</p>

Apmąstant ketvirtos temos potemes ir jų turinį verta prisiminti Giorgi (2008) apibrėžtą fenomenologinio metodo tikslą – atskleisti asmenų patirtį ne dėl jų pačių, o dėl disciplinos. Ketvirtoji tema turi tiesioginį ryšį su pirmąja tema: jeigu sveikatos priežiūros įstaigos socialinei darbuotojai nebūtų tekę rūpintis socialinių paslaugų organizavimu *nepatogiam klientui*, nebūtų ir ketvirtos temos: *Reflektyvaus žvilgsnio į ligoninės socialinio darbuotojo socialinį darbą*. Taigi, ketvirtos temos turinys pagal prasminius vienetų buvo suskirstytas į 4 tarpusavyje susijusias potemes: *Nepatogaus kliento atstūmimo patirties kontempliacija*, „Svetima gėda“ ir atsakomybė už profesiją, *Profesinės galios kontempliacija* ir *Profesinės kompetencijos kontempliacija*.

Pirmoji potėmė neturėtų turinio, jei nebūtų įvykusi *nepatogaus kliento atstūmimo* patirtis. Jei nebūtų įvykusi *nepatogaus kliento atstūmimo* patirties kontempliacija, sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja nebūtų išgyvenusi „svetimos gėdos“ ir taip aštriai nesuvoktų atsakomybės už profesijos prestižą. Taip pat jei nebūtų „svetimos gėdos“ pojūčio, nebūtų apmąstoma nei profesinė galia, nei profesinė kompetencija.

Ketvirtos temos potėmė *Nepatogaus kliento atstūmimo patirties kontempliacija* nurodo į socialinio darbo esminius etikos principus, kurių sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja laikėsi. Šiame pasakojimo elemente galima išvelgti daugybę sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos jausmų: nuostabą, sumišimą, pyktį ir liūdesį, kurie kyla dėl pamintų etikos principų.

Šioje potėmėje be sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos jausmų galima išvelgti bendradarbiavimo tarp socialines ir slaugos paslaugas teikiančių institucijų stoką, *nepatogaus kliento*, kaip stalo teniso kamuoliuko atmušinėjimą nuo vienos institucijos prie kitos. Taip pat šioje potėmėje galima išvelgti ir sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos nuojautą apie gydymo psichoterapinės ar psichologinės pagalbos būdus, kurie galėtų spręsti problemą. Tokie gydymo būdai iš tiesų egzistuoja (Videler, et al., 2014). Deja, tiek pirmoje, tiek antroje, tiek trečioje temoje pateikti duomenys liudija, kad „dygliuotu elgesiu“ pasižyminčiam pacientui nei psichiatrinės, nei psichoterapinės gydymo paslaugos, nei psichologinės pagalbos paslauga nebuvo suteiktos.

Potėmė „Svetima gėda“ ir atsakomybė už profesiją turi tamprias sąsajas su antra tema *Ligoninė ir gydytojas socialinės situacijos įkaitai*. Ji patvirtina antros temos pavadinimą ir atskleidžia gydytojų darbo sąlygas, bei ligoninės funkcionavimo realybę. Iš šios potėmės turinio galima konstatuoti, kad nėra sukurtas mechanizmas, kuris leistų išrašomą iš ligoninės pacientą, neturintį artimųjų, namų, operatyviai perkelti į kitą saugią slaugos ir socialines paslaugas teikiančią įstaigą. Sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja jaučia tokio mechanizmo stoką, todėl išgyvena gėdą už visą profesiją. Ji nėra kalta, kad tokio mechanizmo nėra. Susidūrusi su socialinių paslaugų organizavimo *nepatogiam klientui* problema, sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja teturi vienintelį šios problemos sprendimo būdą: apeliaciją į gydytojo empatiją, geranoriškumą ir sąžinę. Būtent ši apeliacija atskleidžia silpną sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančio socialinio darbuotojo vaidmenį ir menką galią keisti situaciją.

Potėmė „Svetima gėda“ ir atsakomybė už profesiją taip pat atskleidžia, kad tokios gydytojų darbo sąlygas, bei ligoninės funkcionavimo realybė nėra vienintelis ir unikalus atvejis. Gydytojai stebi, kad tokių atvejų daugėja. Taigi, potėmė „Svetima gėda“ ir

atsakomybė už profesiją“ ne tik atskleidžia *nepatogaus kliento* operatyvaus perkėlimo į saugią ir jo poreikius atitinkančią aplinką stoką, bet ir šio mechanizmo sukūrimo aktualumą *nepatogių klientų* augančiai tendencijai spręsti.

Potemės *Profesinės galios kontempliacija* turinys dar kartą atskleidžia sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos jausmų samplaiką: pykčio jausmą dėl vadovaujančias pareigas užimančių asmenų nepagarbos negalią turinčiam klientui; pykčio, nuostabos ir paniekos jausmų samplaiką, kai po pokalbio su rajono mero pavaduotoju paskambina ta pati vadovė ir pasikeitusiu balso tonu sutinka klientą priimti. Atskleisti neigiami jausmai susiję ne tik su suvokiamu neteisingumu, kuris vyksta *nepatogaus kliento* atžvilgiu, bet ir su bejėgiškumu, kurį išgyvena sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja, nujausdama, jog nedaug ką gali padaryti. Sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos atliekama *profesinės galios kontempliacija* atskleidžia ne tik jausmus, bet ir už šių jausmų stūksantį profesijos įrankių skurdą, apribojantį socialinio darbuotojo galią spręsti socialines problemas ir menkinanti profesijos vaidmenį tarpintucinio bendradarbiavimo lauke.

Paskutinės poemės *Profesinės kompetencijos kontempliacija* turinys atskleidžia sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos pasididžiavimo jausmą atliktu darbu ir įgyta drąsa. Įveikti 4 nesėkmingi bandymai organizuoti socialinę pagalbą, liudija sveikatos priežiūros įstaigos socialinės darbuotojos atkaklumą. Įgyta drąsa, įgyvendinti profesijos etiniai, praktiniai reikalavimai, iš dalies sėkmingai išspręsta kliento perkėlimo iš ligoninės į rajono nakvynės namus problema suteikė pasitikėjimą savimi. Išgyventa patirtis ir jos apmąstymas užaugino profesinę kompetenciją, atskleidė socialinio darbuotojo asmenybės grožį, suspindusį profesinio identiteto rube.

Išvados

Literatūros analizė atskleidė, kad siekiant spręsti socialines problemas, efektyviau tenkinti senyvo amžiaus, negalią, priklausomybes turinčių žmonių poreikius ir mažinti jų bejėgiškumą, reikalingas kompleksinis požiūris, apimantis medicininę, socialinę ir psichologinę pagalbą, kurios koordinatoriumi galėtų tapti sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis socialinis darbuotojas, tačiau dabartinis socialinio darbuotojo vaidmuo nesikeičiantis sveikatos priežiūros įstaigose daugiau kaip 10 metų, yra silpnas ir neišnaudojamas.

Fenomenologinė socialinio darbo atvejo analizė atskleidė keturias tarpusavyje susijusias temas, atskleidžiančias socialinės darbuotojos tarpininkavimo vaidmenį tarp sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų. Kiekviena tema atskleidžia patirties struktūrą ir pagrindinius iššūkius, su kuriais susiduria sveikatos priežiūros įstaigos socialinė darbuotoja: nuo *nepatogaus kliento atstūmimo* iki tarpdisciplininio bendradarbiavimo problemų bei emocijų išgyvenimų refleksijos:

1. *Nepatogaus kliento atstūmimo* tema atskleidžia socialinės atskirties situacijoje atsidūrusio vyresnio amžiaus, priklausomybę turinčio kliento nepavydėtiną egzistenciją: klientas kelia įtampą aplinkiniams, slaugos ir socialinę pagalbą atmeta šurkščia reakcija. Pagalbos atmetimas tampa paradoksaliu reiškiniu: dar labiau įtvirtinama kliento

socialinė atskirtis, bet kažkuriam laikui išsaugomas asmens orumas. Kartkartėmis atsiranda socialinis darbuotojas, profesijos įpareigotas padėti. Tarp kliento ir socialinio darbuotojo užsimezga trapi interakcija: klientas slapta tikisi „gelbėtojo“, o socialinis darbuotojas, pagal turimus profesinės galios įrankius, sprendžia, kokio lygmens gelbėtojo vaidmenį gali priimti arba permeta *nepatogų klientą* kitam kolegai. Kliento šiurkštus elgesys atskleidžia gilų tapatumo ir autonomijos poreikį, kuris kelia iššūkį slaugos ir socialinę pagalbą teikiantiems darbuotojams: kaip suteikti socialines paslaugas nepažeidžiant asmens orumo ir neperžengiant jo savikontrolės ribų?

2. *Ligoninė ir gydytojas – socialinės situacijos įkaltai* tema atskleidžia teisinius iššūkius ir tarpinstitucinio nesuderinamumo problemą. Ligoninės ir socialinių paslaugų organizavimo sankirtoje atsiveria *atsakomybės vakuumas*: nei sveikatos, nei socialinės apsaugos sistema nepriiima atsakomybės už sudėtingoje situacijoje atsidūrusį pacientą. Ligoninė ir gydytojai įkalinami socialinėje problemoje, kuriai spręsti trūksta aiškaus mechanizmo. Teisinių ir organizacinių priemonių spraga neleidžia operatyviai perkelti socialinėje atskirtyje atsidūrusio paciento į saugią slaugos ar socialinės globos įstaigą. Dėl šios spragos ligoninės personalas atsiduria etinėje dilemoje: vadovautis empatija ar teisės aktais. Gydytojų etinės dilemos mastas plečiasi, nes *nepatogių klientų* daugėja, o aiškaus sprendimo kaip elgtis nėra. Fenomenologinė analizė atskleidžia, kad toks *status quo* kenkia tiek klientui, tiek specialistams – klientas lieka „pakibęs tarp sistemų“, o specialistai išgyvena bejėgiškumą ir frustraciją.
3. *Socialinės darbuotojos galios „spindesys ir skurdas“* tema atskleidžia, kad institucijų bendradarbiavimas realybėje pasirodo *fragmentuotas ir neefektyvus*, jei nėra aiškių protokolų ir empatijos tarp skirtingas sritis atstovaujančių specialistų. Išryškėja poreikis ne tik procedūroms, bet ir žmogiškajam veiksmui: be tarpusavio pagarbos ir supratimo, formalūs teisiniai aktai neveiksmingi. Socialinė darbuotoja, nors ir turėdama juridinius įgaliojimus inicijuoti socialines paslaugas, praktiškai yra priklausoma nuo kitų institucijų geranoriškumo. Socialinės darbuotojos galios spindesys atsiskleidžia tuomet, kai pavyksta rasti kūrybinį sprendimą: pasitelkti aukštesnę galią turinčią mero instituciją ir padėti klientui. Socialinės darbuotojos galios skurdas atsiskleidžia tuomet kai ji lieka beveik bejėgė prieš sistemines kliūtis.
4. *Vidinis žvilgsnis į ligoninės socialinio darbuotojo socialinį darbą* tema atskleidžia emocinių išgyvenimų refleksiją ir profesinį augimą: socialiniame darbe neišvengiamai tenka dorotis su stresu, kai asmeniniai humanistiniai idealai susiduria su struktūriniu-instituciniu realybe. Tokiose situacijose kyla kaltės, gėdos, pykčio ir liūdesio emocijos. Tema atskleidžia, kad refleksija įprasmina patirtį, o emocinis sukrėtimas gali virsti profesiniu augimu, stipresniu pasitikėjimu savimi, aiškesniu sistemos trūkumų suvokimu ir savo vaidmens transformacijos poreikiu.

Literatūra

Arshad, A., Asad, S., Khalid, S., & Noreen, S. (2021). Loneliness, hopelessness and sociability in older people. *Journal of Clinical and Professional Psychology*, 4(3), 724–733.

Bandzevičiūtė, A. (2021). *Vyresnio amžiaus žmonių benamystės fenomenas socialinio darbuotojo požiūriu* [Magistro darbas, Kauno technologijos universitetas]. <https://epubl.ktu.edu/object/ela-ba:79526924/79526924.pdf>

Burn, S. M. (1992). Loss of control, attributions, and helplessness in the homeless. *Journal of Applied Social Psychology, 22*(14), 1161–1174.

Christian, J., & Abrams, D. (2003). The effects of social identification, norms and attitudes on use of outreach services by homeless people. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 13*, 138–157.

Cruitt, P. J., & Oltmanns, T. F. (2018). Age-related outcomes associated with personality pathology in later life. *Current Opinion in Psychology, 21*, 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.013>

Daignault M., Wassef A., Nguyen, Q. D. (2021). How old is old? Identifying a chronological age and factors related with the perception of old age. *Journal of the American Geriatrics Society, 69*(11), 3330–3333. <https://doi.org/10.1111/jgs.17379>

Dragan, T., & Sondaitė, J. (2023). Phenomenological Attitude in Descriptive Phenomenological Psychological Research. *Psichologija, 68*, 42–54. <https://doi.org/10.15388/Psichol.2023.57>

Eurostat. (2020). *Ageing Europe - statistics on population developments*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/SEPDF/cache/80393.pdf>

Finlay, L. (2009) Debating Phenomenological Research. *Phenomenology & Practice, 3*(1), 6–25. <https://doi.org/10.29173/pandpr19818>

Faulkner, M. (2001). The onset and alleviation of learned helplessness in older hospitalized people. *Aging & Mental Health, 5*(4), 379–386. <https://doi.org/10.1080/13607860120080341>

Giorgi, A. (2008). Difficulties Encountered in the Application of the Phenomenological Method in the Social Sciences. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology, 8*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/20797222.2008.11433956>

Holzer, K. J., & Vaughn, M. G. (2017). Antisocial personality disorder in older adults: A critical review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 30*(6), 291–302. <https://doi.org/10.1177/0891988717732155>

Holzer, K. J., Vaughn, M. G., Fearn, N. E., Loux, T. M., & Mancini, M. A. (2021). Age bias in the criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Psychiatric Research, 137*, 444–451. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.025>

Holzer, K. J., Vaughn, M. G., Loux, T. M., Mancini, M. A., Fearn, N. E., & Wallace, C. L. (2022). Prevalence and correlates of antisocial personality disorder in older adults. *Aging & Mental Health, 26*(1), 169–178. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1839867>

Ivanauskienė, V. & Gončiarova, N. (2017). Socialinių paslaugų benamiams įgyvendinimas Lietuvoje: benamių vyrų patirtys. *Tiltai, 76*(1), 45–60. <http://dx.doi.org/10.15181/tbb.v76i1.1513>

Lee, B. C., Choe, Y. M., Suh, G-H., Keum, M., Kim, S.G., Kim, H.S., Hwang, J., Yi, D. & Kim, J.W. (2024). Implications of helplessness in depression: diagnosing mild cognitive impairment and analyzing its effects on cognitive decline in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience, 16*, Article 1378676. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1378676>

Kanopienė, V. & Mikulionienė, S. (2004). Lietuvos benamiai: gyvenimo sąlygos. *Socialinis darbas, 3*(1), 47–62.

Kocai, E. (2006). Benamystė kaip socialinis reiškiny. *Filosofija. Sociologija, 2*, 53–62.

Kudžmienė, R., Kristina Vaivadienė, K., Čižauskas, V., Geštautienė, D., Bagdžiūnienė, I., Liaudanskas, L. (2023). *Gydymo paslaugų organizavimas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims*. Valstybinio audito ataskaita Nr. VAE-4. Valstybės kontrolė. <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/24158/gydymo-paslaugu-organizavimas-priklausomybes-ligomis-sergantiems-asmenims>

Oslin, D. W. (2000). Late-life addictions: Aspects to consider for the future. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 13*(3), 103–105.

Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2020). Schema in older adults: does the schema mode model apply? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(3), 341–349. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000602>

Petrauskienė, A. Skrickaitė, R. (2010). Socialinio darbuotojo patirtis užtikrinant pacientų teises psichikos sveikatos priežiūroje. *Socialinis darbas*, 9(2), 64–69.

Piktelytė, G. Aliulis, A., Balsys, A., Laurinkevičius, A., Perlė, B., Granickienė, D., Girulskaja, I., ... & Musteikis, T. (2021). *Slaugos ir socialinės paslaugos senyvo amžiaus asmenims: vertinimo ataskaita. Nr. VRE-3. Valstybės kontrolė*. <https://www.valstybeskontrolė.lt/LT/Product/24031/slaugos-ir-socialines-paslaugos-senyvo-amziaus-asmenims>

Poškaitė, R., & Petružytė, D. (2018). Benamių asmenų gyvenimo patirtis ir savęs vertinimas. *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika*, 16, 83–105. <https://doi.org/10.15388/STEPP.2018.16.11446>

Raudeliūnienė, R., Buškevičiūtė, E. (2014). Socialinių darbuotojų veiklos ypatumai teikiant socialines paslaugas sveikatos priežiūroje įstaigose: socialinių darbuotojų patirties analizė. *Socialinis darbas*, 13(2), 204–220. <https://doi.org/10.13165/SD-14-13-2-07>

Seligman ME (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman.

Socialinės politikos grupė (SPG). (2003). *Benamių gyvenimo sąlygų tyrimas (2000 PHARE AC-CESS program)*. <https://governance.lt/wp-content/uploads/2018/09/get4.pdf>

Starks H. B. & Trinidad S. (2007). Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse Analysis, and Grounded Theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1372–1380. <https://doi.org/10.1177/1049732307307031>

Stensland, M. (2021). “If You Don’t Keep Going, You’re Gonna Die”: Helplessness and Perseverance Among Older Adults Living With Chronic Low Back Pain. *The Gerontologist*, 61(6), 907–916. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa150>

Şahin, D.S., Arifoglu, A.T., Altun, G. & Artan, T. (2025). Perceived family social support and successful aging among Turkish older adults: the mediation of engagement in meaningful activities and moderation of socio-economic status factors - findings from a large-sample survey. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08462-y>

Šepikaitė, V. (2017). *Orumas ir socialinių paslaugų prieinamumas benamystę išgyvenančio asmens atveju*. [Magistro darbas, Vytauto Didžiojo universitetas]. <https://portalcris.vdu.lt/server/api/core/bitstreams/025649d1-4242-4fa1-9dc8-c795a7b09479/content>

Urbelionis, A. (2012). *Socialinis darbas su benamiais sveikatos priežiūroje įstaigoje*. [Magistro darbas, Mykolo Riomerio universitetas]. <https://cris.mruni.eu/server/api/core/bitstreams/86d8dc5b-14f2-48c4-88e2-ca83705f431e/content>

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

Vega-Hernández, M.-C., Román-Gallego, J.-Á., Pérez-Delgado, M.-L., & Torres-García, A.-V. (2023). Social services for the elderly: A multivariate perspective study. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1297349>.

Videler, A. C., Rossi, G., Schoevaars, M., van der Feltz-Cornelis, C. M., & van Alphen, S. P. J. (2014). Effects of schema group therapy in older outpatients: A proof of concept study†. *International Psychogeriatrics*, 26(10), 1709–1717. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001264>

Zabėlienė, V., Petrauskienė, A. (2011). Socialinis darbas pirminėje psichikos sveikatos priežiūros institucijoje: paslaugų kokybės aspektai. *Socialinis darbas*, (10)2, 279–288.