



LSPŽGB Informacinis leidinys

Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija
www.lspzgb.lt

2007 m. Nr. 2(7)

Numeris išleistas iš 2007 m. Neįgalųjų socialinės integracijos programos lėšų.
Pradėta leisti 2005 m. rugsėjo mėn.

Mūsų tikslai

- **atstovauti** sutrikusios psichikos žmonėms ir siekti jiems pilnaverčio gyvenimo visuomenėje;
- **ginti** jų teises ir žmogiškąjį orumą, kovoti prieš jų diskriminaciją;
- siekti **tobulinti** ir plėsti medicininio aptarnavimo, reabilitacijos ir globos įstaigų sutrikusios psichikos žmonėms sistemą;
- siekti **pagerinti** socialinės paramos sistemą ir šeimų, globojančių sutrikusios psichikos žmones, gyvenimo sąlygas;
- **steigti** sutrikusios psichikos žmonėms užimtumo įstaigas bendruomenėje;
- **steigti** jiems darbo vietas.

Kas mes esame?

Mūsų bendrijos nariais gali būti sutrikusios psichikos žmonės, jų šeimos nariai, specialistai, dirbantys arba norintys dirbti su sutrikusios psichikos žmonėmis, bei visi, kuriems priimtini mūsų siekiai ir tikslai.

Turinys

<i>Seminarų statistika iš ciklo „Nėra sveikatos be psichikos sveikatos“.....</i>	<i>2</i>
<i>Psichologinės ir socialinės psichikos neįgalųjų įdarbinimo problemos</i>	<i>3</i>
<i>Psichosocialinės reabilitacijos samprata ir taikymas Šiaulių psichiatrijos ligoninėje</i>	<i>8</i>
<i>Radviliškio Psichikos sveikatos centro klientų socialinių ryšių tyrimas</i>	<i>14</i>
<i>Poezija</i>	<i>19</i>
<i>Sertifikuotų seminarų ciklas „Nėra sveikatos be psichikos sveikatos“</i>	<i>20</i>

T. Vrublevskio g. 6, LT-01100, Vilnius
Tel. (8-5) 262 89 36, tel./ faksas (8-5) 212 16 56
EL. PAŠTAS LSPZGB@takas.lt
www.LSPZGB.lt

Seminarų statistika iš ciklo „Nėra sveikatos be psichikos sveikatos“

I seminare (2005 09 07) dalyvavo 186 žmonės iš visos Lietuvos: 30 – gydytojų psichiatrai, 5 – bendrosios praktikos gydytojai, 44 – bendrosios praktikos slaugytojai, 55 – socialiniai darbuotojai, 11 – psichologų, 17 – narių iš nevyriausybinių organizacijų, 27 – kiti asmenys.

II seminare (2005 10 13) dalyvavo 201 žmogus: 9 – gydytojai psichiatrai, 90 – bendrosios praktikos slaugytojų, 54 – socialiniai darbuotojai, 4 – psichologai, 18 – narių iš nevyriausybinių organizacijų, 29 – kiti asmenys.

III seminare (2005 11 29) dalyvavo 215 žmonių: 35 – gydytojai psichiatrai, 48 – bendrosios praktikos slaugytojų, 81 – socialinis darbuotojas, 18 – psichologų, 14 – narių iš nevyriausybinių organizacijų, 19 – kiti asmenys.

IV seminare (2006 01 17) dalyvavo 160 žmonių: 12 – gydytojų psichiatrai, 39 – bendrosios praktikos slaugytojai, 37 – socialiniai darbuotojai, 13 – psichologų, 26 – nariai iš nevyriausybinių organizacijų, 33 – kiti asmenys.

V seminare (2006 02 21) dalyvavo 310 žmonių: 29 – gydytojai psichiatrai, 100 – bendrosios praktikos slaugytojų, 117 – socialinių darbuotojų, 12 – psichologų, 19 – narių iš nevyriausybinių organizacijų, 33 – kiti asmenys.

VI seminare (2006 04 03) dalyvavo 270 žmonių: 26 – gydytojai psichiatrai, 83 – bendrosios praktikos slaugytojai, 97 – socialiniai darbuotojai, 13 – psichologų, 21 – narys iš nevyriausybinių organizacijų, 30 – kiti asmenys.

VII seminare (2006 06 14) dalyvavo 303 žmonės: 29 – gydytojai psichiatrai, 1 – bendrosios praktikos gydytojas, 32 – bendrosios praktikos slaugytojai, 185 – socialiniai darbuotojai, 3 – psichologai, 25 – nariai iš nevyriausybinių organizacijų, 41 – kiti asmenys.

VIII seminare (2006 09 21) dalyvavo 236 žmonės: 35 – gydytojai psichiatrai, 33 – bendrosios praktikos slaugytojai, 60 – socialinių darbuotojų, 34 – psichologai, 74 – kiti asmenys.

IX seminare (2006 10 26) dalyvavo 180 žmonių: 11 – gydytojų psichiatrai, 4 – bendrosios praktikos gydytojai, 50 – bendrosios praktikos slaugytojų, 69 – socialiniai darbuotojai, 10 – psichologų, 10 – narių iš nevyriausybinių organizacijų, 6 – dalyviai be aukštojo išsilavinimo.

X seminare (2007 01 31) dalyvavo 212 žmonės: 13 – gydytojų psichiatrai, 3 – bendrosios praktikos gydytojai, 51 – bendrosios praktikos slaugytojų, 50 – socialinių darbuotojų, 23 – psichologai, 19 – narių iš nevyriausybinių organizacijų, 50 – kiti asmenys.

XI seminare (2007 05 28) dalyvavo 124 žmonės: 2 – bendrosios praktikos gydytojai, 14 – bendrosios praktikos slaugytojų, 11 – lankomosios priežiūros darbuotojų, 56 – socialiniai darbuotojai, 4 – psichologai, 16 – narių iš nevyriausybinių organizacijų, 21 – kiti asmenys, 2 – be reikiamo išsilavinimo.

XII seminare (2007 06 28) dalyvavo 140 žmonių: 9 – bendrosios praktikos gydytojai; 16 – bendrosios praktikos slaugytojų; 9 – psichologai, 70 – socialinių darbuotojų; 10 – narių iš nevyriausybinių organizacijų; 24 – kiti asmenys.

Kiti asmenys- tai savivaldybių, ir apskričių departamentų specialistai, aukštųjų ir aukštesniųjų mokyklų dėstytojai, mokytojai, studentai, socialinių įstaigų vadovai ir užimtumo specialistai.

DVYLIKOJE SERTIFIKUOTŲ SEMINARŲ DALYVAVO 1552 ASMENYS IŠ 344 ĮSTAIGŲ, KURIEMS BUVO IŠDALINTA 2540 PAŽYMĖJIMŲ.

Jolanta STANKŪNIENĖ

**Kauno klubo „Likimo draugai“ pirmininkė
(likimodraugai@yahoo.com)**

Psichologinės ir socialinės psichikos neįgaliųjų įdarbinimo problemos

Ilgalaikė sunkių psichikos sutrikimų sukelta negalia – nelengva našta sergančiam asmeniui, jo artimiesiems ir visuomenei. Kai artimieji nepajėgūs rūpintis šiais asmenimis, kai artimųjų neturima arba netenkama, dažniausiai lieka vienas kelias – ilgalaikė globa ir rūpyba psichoneurologiniuose pensionatuose. Tačiau tai brangiai kainuoja, nes tenka išlaikyti visiškai darbingo amžiaus žmogų.

Mintis apie psichikos neįgaliųjų įdarbinimą laisvoje darbo rinkoje kilo prieš keletą metų. Tai sąlygojo kelios priežastys:

- Didėjantis Kauno klubo „Likimo draugai“ neįgaliųjų savarankiškumas;
- Sunkią negalią turinčių organizacijos narių sugebėjimas dirbti;
- Užsienio šalių patirtis;
- Lietuvos darbo rinkos politika.

Darbu patenkiname daug poreikių. Darbas teikia gyvenimui struktūrą ir prasmę. Darbu išreiškiame save. Dirbdami įgyjame pajamų, pasijuntame saugūs. Darbas mums teikia galimybę bendrauti su draugais ir kolegomis, leidžia pajusti, kad esame bendruomenės nariai. Galvodami apie darbą neįgalieji išskiria šiuos asmeninius poreikius:

- *užimtumo ir bendravimo*: „noriu būti užimtas, noriu būti tarp žmonių“, „noriu jausti gyvenimo ritmą“, „noriu realizuoti save“.
- *materialinius*: „noriu, kad padidėtų pajamos“, „man trūksta pinigų vaistams, drabužiams“, „noriu pakeisti aplinką, pailsėti“, „noriu pagerinti savo materialinę gerovę“.

Norintys dirbti neįgalieji taip apibūdino savo apsisprendimą ieškoti darbo:

1. Sveikatos pagerėjimas: „apie darbą pradėjau galvoti, kai pagerėjo sveikata“,

2. Parama: „kai sužinojau, kad man padės ieškoti darbo, bendrauti su darbdaviu“,

3. Kitų pavyzdys: „kai pamačiau, kad kiti gali dirbti ir jiems sekasi“,

4. Moralinės nuostatos: „man pasidarė gėda būti neįgale“.

Kyla klausimas: ar psichikos neįgaliųjų rengimas dirbti laisvoje darbo rinkoje gali atnešti ekonominę naudą valstybei, o gal tai reikia vertinti tik socialinio teisingumo ir ugdymo lygybės parametrais? *Vokietijoje atlikti statistiniai tyrimai rodo, kad vieno bedarbio išlaikymas biudžetui kainuoja penkis kartus brangiau nei vienos darbo vietos rėmimas socialinėje įmonėje. Šis skaičius maždaug vienodas visose Europos sąjungos valstybėse.*

Užsienio šalių patirtis

Tyrimų rezultatai rodo, kad nei diagnozė, nei simptomai ar hospitalizacijų skaičius, nei socialinio funkcionavimo lygis ar darbinė patirtis nėra pakankamos sąlygos, kurios neleistų žmonėms, turintiems psichikos sutrikimų, įsitraukti į darbinę reabilitaciją (*Bybee D., Mowbray C., McCrohan N., 1996*). Priešingai, darbas gali sušvelninti simptomus, lavinti socialinius įgūdžius bei sumažinti hospitalizacijų skaičių. Braitman'o ir kt. tyrimas labai aiškiai parodė, kad nors dirbantys psichikos sutrikimų turintys asmenys susidurdavo su problemomis, tačiau išmoko jas įveikti.

Motyvacija ir pasitikėjimas savimi yra svarbiausi faktoriai, lemiantys asmenų darbinį funkcionavimą ir sėkmingą asmens darbo užduočių atlikimą. Be to, darbas yra būtina sąlyga siekiant sveikimo ir net 35 proc. žmonių su psichikos negalia nori vėl sugrįžti į darbą (*Darbo jėgos tyrimas, Dž. Britanija, 2003 m.*).

Taigi asmenys, turintys psichikos negalią, gali dirbti, nepaisant šalutinio vaistų poveikio, simptomų, nerimo, turimos darbo patirties, bendravimo sunkumų ar nepasitikėjimo savimi ir t.t.

Lietuvos darbo rinkos politika

Demokratiname pasaulyje nekyla abejonių, kad neįgalieji turi turėti tokias pačias teises ir galimybes, kaip ir sveikieji. Mūsų šalyje sukurta teisinė bazė, skirta neįgaliųjų problemos spręsti, tačiau ne viskas klostosi sėkmingai dėl ekonominių priežasčių, žinių ir patirties stokos, lengvatų siekimo, pačių neįgaliųjų nuotaikų bei visuomenėje vis dar tebeegzistuojančių neigiamų stereotipų.

Lietuvos įsijungimas į ES turėjo teigiamą įtaką neįgaliųjų įdarbinimo politikos susiformavimui. Priimta ES 2000/78/EC direktyva, nustatanti vienodų sąlygų užimtumo ir profesinėje srityje bendruosius pagrindus. Veikia visa eilė teisės aktų, reglamentuojančių neįgaliųjų įsidarbinimą.

- LR Užimtumo rėmimo įstatymas, 2006;
- LR Socialinių įmonių įstatymas, 2004;
- LR Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 2005;
- LR Lygių galimybių įstatymas, 2005;
- LR Darbo kodeksas, 2002.

Teisinės bazės sukūrimas labai reikšmingas žingsnis, nes sudaro sąlygas neįgaliesiems lengviau įsiliesti į darbo rinką, o tuo pačiu keičia nusistovėjusį požiūrį į neįgalų asmenį valstybiniu lygiu: integracija reikalauja žvelgti į žmones su negalia, akcentuojant jų sugebėjimus ir galimybes, bet ne į negalią ir apribojimus.

Susiklosčius palankioms sąlygoms (teisinės bazės sukūrimas, moksliniams tyrimams patvirtinus, kad psichikos neįgalieji gali dirbti) buvo parengta neįgaliųjų įdarbini-

mas laisvoje darbo rinkoje programa „Mes norime ir galime dirbti“. Programa siekia padėti įsidarbinti psichikos negalios žmonėms, bandyti išsiaiškinti bei spręsti pagrindines problemas, sukeliančias didžiausius integravimosi į darbo rinką sunkumus.

Mūsų šalyje profesinės reabilitacijos sistema dar tik kuriama, o profesinės reabilitacijos metodų psichikos neįgalios žmonėms nėra, todėl remiuosi Europos šalių mokslo teorija ir praktika, kurioje **profesinės reabilitacijos sistema sudaro keturias praktinės struktūrinės dalys.**

Profesinis konsultavimas. Tai veikla, padedanti išsirinkti norimą darbą, atsižvelgiant į individualias asmens savybes, darbo rinkos bei profesinio mokymosi galimybes.

Profesinis konsultavimas susideda iš:

- kliento darbinių įgūdžių įvertinimo proceso;
- darbo rinkoje siūlomų darbų analizės;
- tinkamo darbo parinkimo klientui.

Profesinis rengimas. Tai – mokymas, kurio tikslas – suteikti asmenims profesiją arba juos perkvalifikuoti. Profesinį mokymą sudaro pagrindinis profesinis mokymas (sudėtinė švietimo sistemos dalis) ir darbo rinkos profesinis mokymas.

Įdarbinimas.

Profesinė ir socialinė pagalba darbo vietoje.

Paanalizuokime kiekvieną profesinės reabilitacijos sistemos struktūrinę dalį. Kokios iškyla socialinės psichologinės problemos? Koks turi būti teisingas ir pakankamas finansavimas, padedantis spręsti neįgaliųjų įdarbinimą laisvoje darbo rinkoje?

Profesinis konsultavimas

Veikla	Naudojami metodai ir priemonės	Tikslai
Kliento darbinių įgūdžių įvertinimas: <ul style="list-style-type: none"> • Motyvacija dirbti • Darbinė patirtis • Sveikatos būklė • Finansinė situacija • Savęs pažinimas; • Darbiniai sugebėjimai • Bendravimo sugebėjimai 	Individualūs pokalbiai (standartizuotas interviu, tyrimas, planas) Teminiai grupiniai užsiėmimai (pagal savarankiško gyvenimo, bendravimo, komunikacinių gebėjimų įgūdžių programas) Stebėjimas (bendravimo, darbinių sugebėjimų vertinimas)	Ugdyti bendravimo, savarankiško gyvenimo įgūdžius, padedančius pasirengti psichologinei ir socialinei integracijai į darbo rinką. Padėti geriau pažinti savo gabumus, vertybes, pomėgius, interesus, asmenybės ypatybes, darbinius ir bendravimo sugebėjimus. Padėti klientui orientuotis sparčiai kintančių technologijų pasaulyje, ugdant jo komunikacinius gebėjimus. Padėti pasirinkti norimą darbą, derinant norus su galimybėmis ir interesais. Padėti pasirengti pokyčiams, numatyti realius ir motyvuotus tikslus.
Darbo rinkoje siūlomų darbų paieška	Informacijos paieška spaudoje, internete (Individualus darbas kompiuteriu) Susitikimai, seminarai, klausymas (darbo biržos specialistų konsultacijos, pokalbiai su darbdaviais)	
Tinkamo darbo parinkimas	Duomenų bei atvejų analizė (įvertinimo forma, konkrečių darbų aprašymų analizė)	

Profesinio konsultavimo problemos, t. y. kas trukdo neįgaliems rasti darbą, o suradus - jį išlaikyti.

- Neįgaliųjų nesavarankiškumas, žema savivertė, galimybių pervertinimas, nesugebėjimas bendrauti, konfliktiškumas su savimi ir visuomene ir kt.
- Komunikacinių gebėjimų stoka.
- Žema kvalifikacija, menki įsidarbinimo įgūdžiai.
- Nedidelė ar visai neįgyta darbinė patirtis.
- Psichikos sutrikimai, nuolatiniai ligos atkryčiai.
- Trūksta artimųjų paramos, paskatinimo.
- Dabartinė darbo biržos teikiamų paslaugų sistema neatitinka psichikos neįgaliųjų poreikių, nes pritaikyta sveikos psichikos žmonių poreikiams.

Profesinis rengimas.

Veikla	Naudojami metodai	Tikslas
Profesinės reabilitacijos programos	Darbo rinkos formaliojo ir/ar neformaliojo profesinio mokymo programos	Profesinių gebėjimų atkūrimas arba naujų išugdymas. Įgyta teisė atlikti tam tikrus darbus ar vykdyti funkcijas. Savarankiškumas ir atsakomybė. Savęs pažinimas ir realus galimybių vertinimas.
Profesinis mokymas ir perkvalifikavimas	Adaptuotos profesinio mokymo programos	Įgyta paklausi darbo rinkoje profesija. Atnaujintos ir pagilintos profesinės žinios, įgyta ar suteikta nauja kvalifikacija.
Darbo įgūdžių įgijimas	Profesinės integracijos modelis (mokymas realiomis sąlygomis)	Įgytų profesinių žinių įtvirtinimas bei trūkstamų darbo įgūdžių įgijimas tiesiogiai darbo vietoje. Savarankiškumas ir atsakomybė. Gebėjimas bendrauti su kitais darbo aplinkoje.

Profesinio rengimo paslaugos neprieinamos psichikos neįgaliesiems.

- Dalyvauti profesinės reabilitacijos programoje (*profesinių gebėjimų atkūrimas ar naujų išugdymas*) galima tik su Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos siuntimu, kuri nėra motyvuota siūsti psichikos neįgaliųjų. Profesinės reabilitacijos centrai neturi mokymo programų, pritaiktų psichikos neįgaliesiems.
- Mokymas ir perkvalifikavimas vykdomas darbo rinkos mokymo tarnybose, mokymo centruose ir pan., tačiau psichikos neįgaliesiems sunku mokytis dėl mokymo intensyvumo bei didelio informacijos srauto per trumpą laiką. (*Kursai paprastai vyksta iki 6 mėn. po 8 val. per dieną.*)
- Darbo įgūdžių įgijimo darbo vietoje programa tiktų psichikos neįgaliesiems, tačiau tai galima tik po profesinės reabilitacijos.

Įsidarbinimas

Veikla	Naudojami metodai ir priemonės	Tikslas
Suinteresuotų darbdavių paieška	Seminarai, susirinkimai (dalyvavimas ryšio priemonėmis)	Užmegzti ir palaikyti asmeninį kontaktą su darbdaviais. Sukurti potencialių darbdavių tinklą. Suteikti žinių darbdaviams apie neįgaliųjų gebėjimus.
Pasiruošimas pokalbiui su darbdaviu	CV, motyvacinis laiškas, pratybos (pokalbio su darbdaviu)	Tinkamai parengti dokumentai. Tvirta motyvacija pasirinktam darbui. Mokėjimas prisistatyti darbdaviui. Reikalavimus atitinkanti išvaizda.
Įdarbinimas	Bendradarbiavimas	Supažindinti darbdavį su darbo sąlygų pritaikymo reikalavimais. Palaikyti asmeninį ryšį su darbdaviu.

Įsidarbinimo problemos

- Rinkos tyrimų bendrovės "Spinter tyrimai", darbdavių apklausos rezultatai (2006 m. sausio mėn.) rodo, kad 56 proc. respondentų mano, jog psichikos negalia turintys asmenys negalėtų dirbti apmokamo darbo, tačiau 40 proc. nurodė teigiamas nuostatas šiuo klausimu.

- Tyrimo dalyvių paklausus, ar būdami darbdaviu, priimtų į darbą asmenį su psichikos negalia, jei jis atitiktų darbuotojui keliamus reikalavimus, respondentai atsakė:

tvirtai taip - 6,3 proc.

greičiausiai taip - 31,1 proc.

greičiausiai ne - 35,6 proc.

tikrai ne - 19,9 proc.

nežinojo arba į klausimą neatsakė - 7,1 proc.

- Psichikos neįgalieji nesulaukia realios pagalbos iš darbo biržos.
- Nepritaikytos darbo sąlygos. Darbdaviams nepatogus sutrumpintos darbo dienos režimas, nes tai juos verčia keisti nusistovėjusią tvarką ir įpročius.
- Bendradarbiai taip pat nepalankiai nusiteikia neįgaliųjų atžvilgiu, baiminasi papildomų pareigų, atsakomybės, neapibrėžtos situacijos.

Profesinė ir socialinė pagalba dirbant

Veikla	Tikslas
Derybos dėl palankių darbo sąlygų. Darbdavių psichoedukacija ir motyvavimas. Darbe išskylančių problemų aptarimas ir sprendimas	Siekti kuo didesnio asmens funkcionavimo ir savarankiškumo. Teikti nuolatinę ir reguliarią socialinę – psichologinę paramą.
Socialinių įgūdžių lavinimas. Laisvalaikio planavimas.	Palaikyti ryšį su darbdaviu kaip pozityvios motyvacijos šaltinį. Siekti šeimos paramos.

Išvados

Taigi įstatyminės bazės parengimas neužtikrina realaus integracijos proceso vyksmo. Lietuvoje šiandien vysta aktyvi diskusija apie įvairių neįgalių asmenų integraciją į darbo rinką. Ima aiškėti, kad ji priklauso ir nuo negalios pobūdžio. Tai akcentuoja įvairių negalių specialistai, teikdami savus integracijos aspektus bei pabrėždami konkrečios negalios poreikius integracijos procese.

Mūsų nuomone, **tam, kad padidėtų psichikos neįgaliųjų įsidarbinimo galimybės, turi būti teikiamos šios paslaugos:**

1. Šalia profesinės reabilitacijos programos turi vykti savarankiško gyvenimo įgūdžių bei neformalaus ugdymo programos, nes jų metu su neįgalioju užmezgamas santykis, kuris glaudžiai susijęs rengiantis pokyčiams.
2. Į naujai kuriamą neįgaliųjų profesinės reabilitacijos sistemą būtina įtraukti naują darbuotoją – darbo asistentą (tarpininką, vadybininką) – kuris per nuolatinę paramą ir pagalbą neįgaliajam tiek reabilitacijos, tiek įsidarbinimo metu užtikrintų kuriamo modelio vientisumą, efektyvumą ir atitikimą individualiems neįgaliojo poreikiams ir gebėjimams.

3. Psichoterapija - būtina paslauga psichikos neįgaliajam, nes stabilizuoja jo emocinę būseną, palaiko pozityvų savęs vertinimą, didina savęs pažinimą, o tai ir yra efektyvus įsidarbinimo motyvacijos šaltinis.
4. Turėtų būti sudarytos didesnės galimybės neįgaliųjų įsidarbinimui visuomeninėse organizacijose, nes šiuo metu jos geriausiai pasiruošusios įdarbinti neįgaliosius.

Sėkmingo įsidarbinimo veiksniai:

- **Palanki darbinė aplinka** (*darbdavių ir bendradarbių požiūris, palankios darbo sąlygos*)
- **Neįgaliojo asmenybė bei profesinė kompetencija** (*profesinė kvalifikacija, negalės pobūdis, motyvacija ir asmenybės bruožai*), **bendrieji gebėjimai** (*kasdienio gyvenimo, socialinio bendravimo, sugebėjimas planuoti, priimti sprendimus ir pan.*)
- **Socialinė – psichologinė parama** (*organizacijos specialistų, narių, artimųjų parama, psichologinė pagalba*)
- **Darbo rinkos politika** (*teisinė situacija, socialinės garantijos*).

Anžela RYBAKOVIENĖ

Šiaulių psichiatrijos ligoninės Psichosocialinės reabilitacijos skyriaus vedėja
(spl.socd@siauliai.omnitel.net)

Psichosocialinės reabilitacijos samprata ir taikymas Šiaulių psichiatrijos ligoninėje

Psichosocialinės reabilitacijos apibrėžimas

Psichosocialinė reabilitacija – tai procesas, kuris suteikia galimybę psichikos sutrikimų ir negalių turintiems asmenims pasiekti optimalų nepriklausomo funkcionavimo visuomenėje lygį. Tai apima tiek paties individo gebėjimų gerinimą, tiek jį supančios

aplinkos keitimą, tam, kad sukurtų kiek įmanoma kokybiškesnį gyvenimą psichikos sutrikimų turintiems asmenims.

Knygoje „*Psichiatrija*“ (2003) psichosocialinė reabilitacija apibrėžta kaip suderintų visuomeninių, psichologinių, auklėjimo ir medicininių priemonių sistema, teikianti psichikos ligoniams pakankamai savarankiško

gyvenimo ir įsitraukimo į visuomenę galimybių.

Psichosocialinė rehabilitacija yra kompleksinė, apimanti tris svarbias gydymo sritis:

1. Medikamentinę;
2. Psichoterapinę;
3. Psichosocialinę.

Psichosocialinės rehabilitacijos pagrindiniai principai

Remiantis mokslininkų, nagrinėjusių psichosocialinę rehabilitaciją, darbais buvo apibendrinti esminiai psichosocialinės rehabilitacijos principai:

1. Svarbiausias psichosocialinės rehabilitacijos tikslas – pagerinti psichiškai neįgalių asmenų gebėjimus.
2. Psichosocialinė rehabilitacija padeda išmokti elgesio, naudingo kliento pageidaujamoje aplinkoje.
3. Psichosocialinė rehabilitacija yra eklektiška, nes taiko įvairius metodus.
4. Psichosocialinė rehabilitacija pabrėžia psichiškai neįgalių žmonių profesinę rehabilitaciją.
5. Svarbus rehabilitacijos elementas – viltis.
6. Sąmoningai skatindami paciento priklausomybę, galime padėti jam išmokti savarankiškai funkcionuoti.
7. Pageidautina, kad klientai aktyviai dalyvautų rehabilitacijos procese.
8. Du svarbiausi psichosocialinės rehabilitacijos metodai – kliento įgūdžių ugdymas ir aplinkos paramos kūrimas.
9. Ilgalaikis gydymas vaistais dažnai yra reikalingas, tačiau retai pakankamas rehabilitacijos komponentas.

Psichosocialinės rehabilitacijos tikslai

Žmonių, dirbančių šioje srityje tikslas – įtakoti įstatymus, kitų sričių specialistus, įvairias nevyriausybinės organizacijas, savipagalbos grupes, ir pan.; padėti klientams naudotis visomis įstatymų numatytomis teisėmis ir galimybėmis; gerinti klientų funkcinę būklę bei adaptaciją, siekiant sumažinti stigmą ir negalia.

Psichosocialinės rehabilitacijos ilgalaikiai tikslai:

1. Sumažinti žmonių su psichikos negalia invalidumą.
2. Siekti žmonių su psichikos negalia optimalios gyvenimo kokybės.
3. Sumažinti žmonių su psichikos negalia stigmą.
4. Integruoti žmones su psichikos negalia į visuomenę.
5. Siekti žmonių su psichikos negalia lygiateisiškumo ir vienodų galimybių.
6. Ugdyti žmonių su psichikos negalia savarankiškumą.

Psichosocialinės rehabilitacijos trumpalaikiai tikslai:

1. Užmegzti glaudų kontaktą su klientu.
2. Padėti klientui įgyvendinti paties numatytus rehabilitacijos planus.
3. Padėti klientui įvertinti savo asmeninius įgūdžius ir aplinkos paramą bei numatyti tolimesnius rehabilitacijos planus.
4. Padėti klientui planuoti jam reikalingų įgūdžių ir išteklių vystymą.
5. Padėti klientui įgyti įgūdžius, kurių jam reikia.
6. Padėti klientui panaudoti jau įgytus įgūdžius.
7. Padėti klientui surasti išteklius, kurių jam reikia.
8. Suteikti reikalingą pagalbą.

Psichosocialinės rehabilitacijos procesas

Psichosocialinė rehabilitacija sudaryta iš trijų etapų, kuriuose mokoma pageidaujama ir reikalingų įgūdžių bei kuriama paramos sistema:

1. Diagnozavimo etapas.
2. Planavimo etapas.
3. Intervencijos etapas.

Psichosocialinės rehabilitacijos organizavimas

Klientų rehabilitacija turi būti atliekama etapais: stacionare, poliklinikoje, sanatorijoje, namų sąlygomis. Kiekviename etape keliami tam tikri, tik tam etapui būdingi uždaviniai.

1. Stacionarinio etapo pagrindinis tikslas – kliento būklės stabilizavimas, o uždaviniai yra šie:

- kliento funkcinės būklės įvertinimas;
- psichologinės reakcijos į ligą koregavimas;
- medicininių, rehabilitacijos priemonių naudojimas;
- socialinių problemų gvildenimas;
- indikacijų ir kontraindikacijų ambulatorinei, sanatorinei rehabilitacijai bei namų sąlygomis nustatymas.

2. Bendruomeninio etapo pagrindinis tikslas – išlaikyti kliento darbingumą ir užkirsti kelią ligos progresavimui, o uždaviniai yra šie:

- vertinti kliento funkcinę būklę;
- skatinti kliento fizinį aktyvumą, naudoti įvairaus pobūdžio fizines treniruotes, kontroliuoti jų adekvatumą;
- skatinti kliento savarankiškumą;
- koreguoti psichologinę reakciją į pasikeitusią socialinę būklę;
- medicininė socialinė ekspertizė;
- gydymas fiziniais veiksniais, darbo terapija;
- profesinė orientacija ir profesinė rehabilitacija įdarbinimas;
- gyvenimo būdo formavimas.

3. Psichosocialinė rehabilitacija namų sąlygomis organizuojama tik tam tikrai kategorijai klientų, nes šiomis sąlygomis sudaryti lygiavertę rehabilitacinę komandą yra sudėtinga. Jos pagrindiniai uždaviniai:

- išmokyti savarankiškumo;
- išmokyti gydymosi mankštos pratimų;
- išmokyti autotreningo.

Projektai.

Psichosocialinės rehabilitacijos vystymasis Šiaulių psichiatrijos ligoninėje

Istorija

1996 m. „Dubysos“ rehabilitacijos centre pradėtas pacientų 2 savaitių rehabilitacijos kursas.

1998 m. Šiaulių psichiatrijos ligoninėje įkurtas 10 lovų dienos stacionaras. Nuo 2004 m. sausio mėn. praplėstas iki 25 lovų.

1999 m. Šiaulių psichiatrijos ligoninei įsigijus gyvenamąjį pastatą Palangoje, įkurtas specializuotas psichiatrijos skyrius.

2003 m. pradėjo veikti psichosocialinės rehabilitacijos komanda.

2006 m. kovo 1 d. Šiaulių psichiatrijos ligoninėje buvo įkurtas Psichosocialinės rehabilitacijos skyrius.

Bėgant metams tapo akivaizdu, jog psichosocialinės pagalbos poreikis sparčiai auga. Tai atspindi dienos stacionare gydytų pacientų bei suteiktų paslaugų skaičius:

Metai	Vietų sk.	Gydėsi pacientų	Suteikta paslaugų
1998	10	20	374
1999	10	82	2041
2000	10	71	1768
2001	10	73	1865
2002	10	74	1956
2003	25	146	3341
2004	25	281	6004
2005	25	337	7401

Projektai, įtakoje psichosocialinės rehabilitacijos atsiradimą ir vystymąsi Šiaulių psichiatrijos ligoninėje

1997 m. Šiauliuose įvyko Baltijos šalių psichinės sveikatos tarnybų atstovų bei dviejų ekspertų iš Švedijos – Roy Persson ir Lars-Olof Ljungberg susitikimas, kurio metu buvo sutarta, kad psichosocialinė rehabilitacija Baltijos šalyse yra ankstyvoje vystymosi fazėje ir yra

poreikis gilinti žinias bei kurti programas patyrimo įgijimui.

Susitikimo metu buvo suplanuota 3-jų metų veiklos struktūra, kurią sudarė 4 projekto dalys:

1. Pirmoje projekto dalyje buvo numatyta įsigyti žinių ir kompetencijos apie psichosocialinę reabilitaciją, išversti į estų, latvių ir lietuvių kalbas *W. Anthony, M. Cohen, M. Farkas knyga „Psichiatrinė reabilitacija“, Bostono Universiteto Psichiatrinės Reabilitacijos Centras, 1990.*
2. Antroje projekto dalyje buvo vykdyta kolektyvinė apžvalga. Estijos, Latvijos ir Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandos lankė kaimynines šalis ir rašė vizitų protokolus.
3. Trečioje projekto dalyje buvo numatyta įkurti regionines pavyzdines tarnybas: 5 skirtingų profesijų psichikos sveikatos priežiūros specialistai iš Estijos, Latvijos ir Lietuvos praėjo platų psichosocialinės reabilitacijos apmokymą ir suteikti paslaugas 20 klientų. Tai turėjo tapti pagrindu regioninės pavyzdinės tarnybos įkūrimui.
4. Ketvirtoje projekto dalyje buvo organizuota tarptautinė konferencija „Psichikos sveikatos priežiūra, filosofija ir etika“.

Projekto nauda:

- Įgytas aiškus supratimas ir kompetencija apie psichiatrinę reabilitaciją.
- Įgyti konsultantai Švedijoje.
- Užsimezgę glaudūs ryšiai su Estijos ir Latvijos kolegomis.
- Įgyta patirtis ir kompetencija projektų vykdyme.

2001 m. vasario 16 d. pasirašyta partnerystės sutartis tarp Šiaulių psichiatrijos ligoninės ir Hochtaunus Socialinės Psichiatrijos centro Vokietijoje. Šios sutarties tikslas – keistis moksliniu, kultūriniu ir ekonominiu patyrimu. Partnerystės sutartyje nurodyta, jog abiejų įstaigų santykių plėtojimas privalo būti skatinamas ir lydimas Europos valstybių sandraugos principais per atitinkamus projektus.

2004 m. kovo mėn. gimė idėja apie bendrą projektą „Svečias – šeimnininkas“, paremtas kelionių terapija. Šio projekto tikslas remiasi pagrindiniais psichosocialinės reabilitacijos keliamais tikslais, uždaviniais bei principais.

Psichosocialinės reabilitacijos skyrius

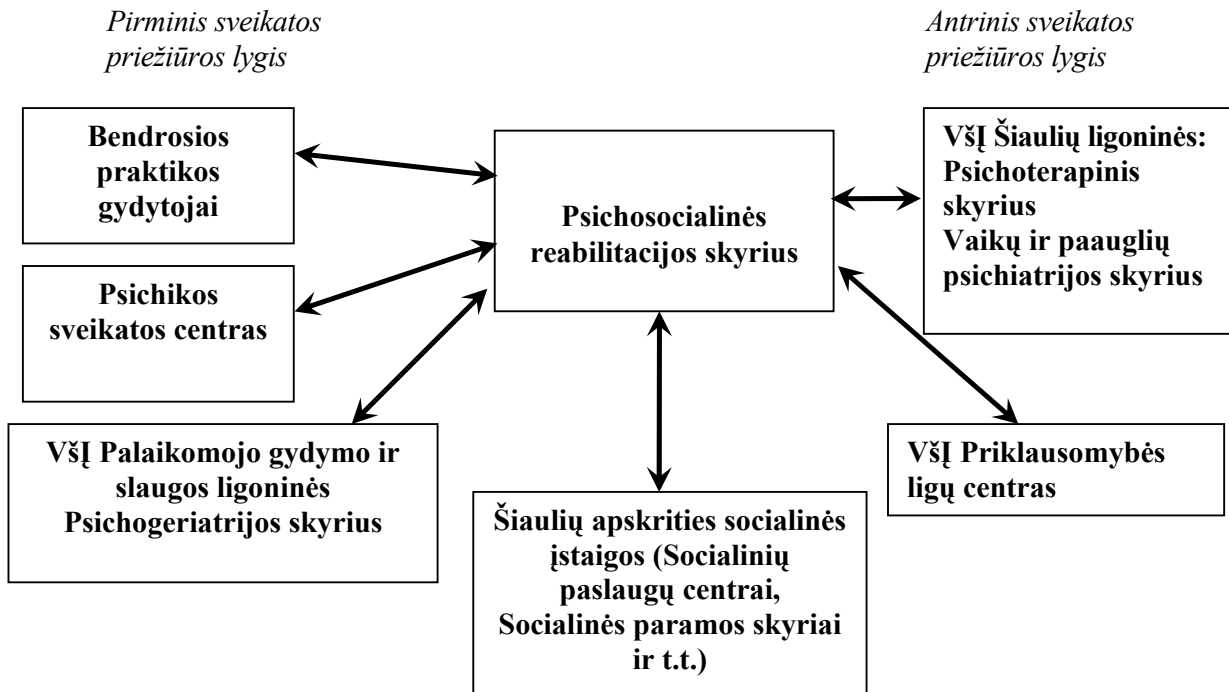
Psichosocialinės reabilitacijos skyriaus tikslas:

- Sudaryti multidisciplininę komandą, taikančią alternatyvius medikamentiniam gydymui metodus ligoninės stacionare bei dienos stacionare besigydantiems pacientams.
- Padėti sunkių ir ilgalaikių psichikos sutrikimų turintiems asmenims pagerinti gyvenimo kokybę.
- Padėti jiems sėkmingai prisitaikyti aplinkoje ir jausti pasitenkinimą gyvenimu, esant kuo mažesnei specialistų priežiūrai.
- Padėti jiems atstatyti, išlaikyti prarastus įgūdžius bei įgyti naujų.

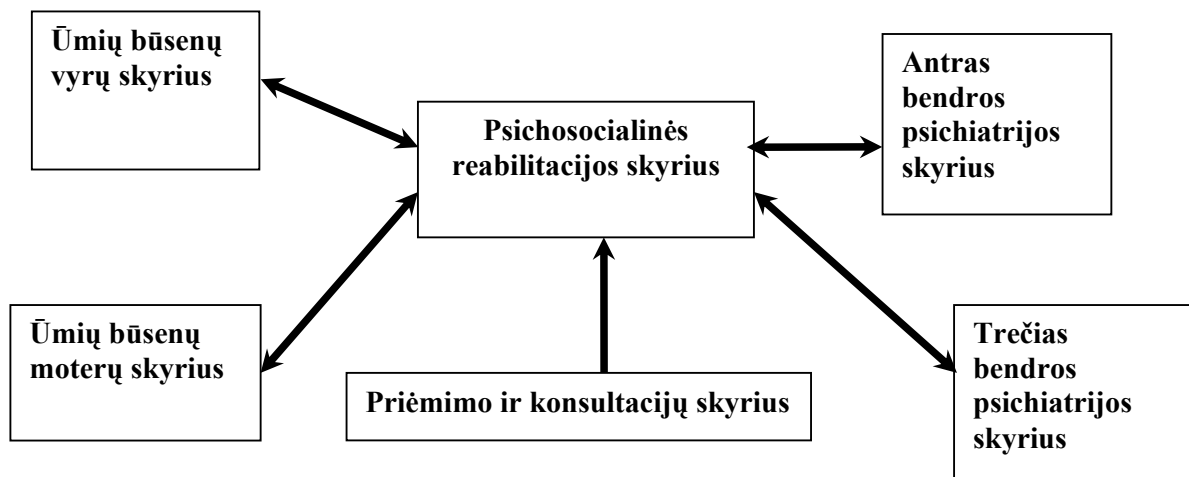
Psichosocialinės reabilitacijos skyriaus darbuotojai:

psichiatras – 1, psichologas – psichoterapeutas – 1, medicinos psichologai – 3, socialiniai darbuotojai – 5, psichikos sveikatos slaugytojai – 3, užimtumo terapeutai – 5.

VšĮ Šiaulių apskrities psichiatrijos ligoninė

Psichosocialinės rehabilitacijos skyriaus bendradarbiavimo schema

VšĮ Šiaulių apskrities psichiatrijos ligoninė

Psichosocialinės rehabilitacijos skyriaus sąsajos su kitais ligoninės skyriais

Psichosocialinės rehabilitacijos skyriuje teikiamos paslaugos

Dienos stacionare ir Palangos dienos stacionare (birželio 1 – rugpjūčio 31 dienomis) teikiamos paslaugos:

- Palaikomasis medikamentinis gydymas;
- Psichoterapija (individuali ir grupinė);
- Psichosocialinė rehabilitacija, t. y. namų (buitinių) darbinių įgūdžių atstatymas, mokymas:
 - asmeninių finansinių išteklių planavimas;
 - individualus maisto gaminimas;
 - maisto gaminimas grupėje;
 - maisto pirkimas, meniu sudarymas;
 - skalbimas ir drabužių priežiūra;
 - mezgimas, siuvimas;
 - piešimas, lipdymas;
- Higienos įgūdžių atstatymas;
- Bendravimo įgūdžių lavinimas;
- Integruoto gyvenimo bendruomenėje bei laisvalaikio praleidimo įgūdžių lavinimas:
 - baseino lankymas;
 - socialinių paslaugų centro paslaugos;
 - parodų lankymas;
 - teatro lankymas;
 - mokymas dirbti kompiuteriu;
 - pokalbiai etikos temomis.

Psichosocialinės rehabilitacijos skyriuje dirbančių specialistų teikiamos paslaugos

Psichiatro teikiamos paslaugos:

- Gydytojas psichiatras paskiria palaikomąjį medikamentinį gydymą.

Medicinos psichologų bei psichologo – psichoterapeuto teikiamos paslaugos:

- Psichodiagnostika
- Psichologinė konsultacija
- Individuali psichoterapija:
 - Krizių intervencija
 - Palaikomoji terapija

- Grupinė psichoterapija:
 - Psichogimnastika
 - Meno terapija
 - Grupė orientuota į problemų sprendimą.

Užimtumo terapeutų teikiamos paslaugos:

- Dailės terapija.
- Muzikos terapija – pasyvioji ir aktyvioji terapija.
- Palaikomosios mankštos terapija – mankšta sporto ir treniruoklių salėje.

Socialinių darbuotojų teikiamos paslaugos:

- Paciento socialinės situacijos įvertinimas.
- Informacijos teikimas ir paciento konsultavimas.
- Įvairių dokumentų tvarkymas.
- Paciento artimųjų informavimas ir konsultavimas apie pagalbos poreikį ir priemones.
- Savo veiklos koordinavimas ir bendradarbiavimas su kitais specialistais bei institucijomis.
- Paciento šeimos ir artimųjų įtraukimas į pagalbos procesą.
- Socialinių paslaugų tęstinumo rekomendavimas.
- Paciento savarankiškumo ir autonomiškumo skatinimas.

Psichosocialinės rehabilitacijos skyriaus perspektyvos

- **Siekiant mažinti hospitalizaciją, motyvuoti pacientus tęsti tolimesnį gydymą bendruomenėje, dienos stacionare;**
- **Siekiant geresnio įvairių sričių specialistų tarpusavio supratimo, mėginti suderinti psichiatrinę, psichoterapinę ir reabilitacinę diagnozes;**
- **Plėtoti įvairių psichikos sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą (nuo stacionaro iki ambulatorinės grandies).**

Jūratė PRIELAIIDIENĖ

**Radviliškio raj. PSPC Psichikos sveikatos centro socialinė darbuotoja
(jurate.p@langasiateiti.lt)**

Radviliškio Psichikos sveikatos centro klientų socialinių ryšių tyrimas

Šiuolaikinei visuomenei būdingas greitas gyvenimo tempas ir keliami vis didesni reikalavimai individui. Padidėjusi konkurencija reikalauja gerų bendravimo įgūdžių, lankstumo, todėl nemažai žmonių susiduria su padidėjusia įtampa darbe ir asmeniniuose santykiuose. Sudėtingesni žmonių tarpusavio santykiai didina nervinę ir emocinę įtampą bei skatina sergamumo psichikos ligomis didėjimą.

Šiuo metu sustiprėjo pasaulinės visuomenės rūpinimasis psichikos sveikata, didėjančia psichikos sutrikimų ekonomine ir socialine našta, vis dar dažnu neigiamu požiūriu į psichikos sutrikimų turinčius asmenis. Pasaulio banko specialistų duomenimis psichikos sveikatos problema žmonijai turi tapti prioritetine – daugiau kaip ketvirtį nedarbingų asmenų sudaro psichikos neįgalieji. Depresijai tenka ketvirtoji vieta, o 2020 m. jai prognozuojama jau antroji vieta. Savižudybės įsitvirtinusios dešimtojoje mirties priežasčių pozicijoje.

Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenimis pastaraisiais metais psichikos sveikatos problemų rizikos veiksnių daugėja. Tai – nedarbas, skurdas, migracija, benamių gausėjimas, įvairių formų narkomanijos plitimas, vienvietė ir socialinių ryšių praradimas, politinis, socialinis ar ekonominis nestabilumas ir netikrumas. Dauguma minėtų rizikos veiksnių veikia ir Lietuvos žmones.

Demokratiniai procesai, prasidėję mūsų visuomenėje po nepriklausomybės atkūrimo, neaplenkė ir sutrikusios psichikos žmonių. Per tą laiką išleisti įstatymai, ginantys ir reglamentuojantys neįgalųjų ir jų artimųjų teises, kuriamos psichosocialinės reabilitacijos ir socialinės paslaugos. O dabar, Lietuvai įsiliejant į demokratinį valstybių sandraugą,

svarbu įrodyti, kad mūsų šalyje siekiama pagerinti labiausiai pažeidžiamų visuomenės grupių gyvenimo kokybę ir suteikti jiems lygias galimybes.

Pristatant psichikos sutrikimų turinčius asmenis, kaip socialinės rizikos grupę matyti, kad sergamumas psichikos ligomis tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje didėja. Reali padėtis tiksliai nežinoma, tačiau apie 10–20 proc. gyventojų, o gal ir daugiau, reikia psichoterapinės, psichologinės arba socialinės pagalbos. Akivaizdu, kad psichikos sveikatos problema tampa aktuali dalyku ne tik turintiems psichikos sutrikimų, bet ir plačiai visuomenei. Psichikos sveikata – tai tokia sritis, kurioje riba tarp sveikatos ir nesveikatos vis sunkiau išvelgiama.

Daug kalbama apie neįgalųjų asmenų integraciją į visuomenę, apie jų sėkmingą socializaciją ir kitus veiksmus, nulemiančius žmogaus dalyvavimą visuomeniniame gyvenime, ieškoma būdų sudaryti sąlygas, kad jie jaustųsi saugūs ir pilnaverčiai kasdieninėje visuomeninėje veikloje. Šiandien neįgalieji Lietuvoje yra „svetimi“, t.y. stigmatizuojami, o tai sunkina psichikos sutrikimų turinčių asmenų adaptaciją, blogina jų gyvenimo kokybę.

Domėjimasis bendruomenine praktika tarptautiniu lygmeniu atsiranda pastaraisiais dešimtmečiais besikeičiant ir atsinaujinant jos formoms ir metodams. Vienas iš reikšmingų tokio atsinaujinimo pavyzdžių – socialinio tinklo intervencija, kuri buvo pradėta taikyti pasaulyje daugiau kaip prieš 30 metų. Šis metodas parodo ne tik socialinių tinklų pažinimo svarbą, bet ir praktinį jų reikšmingumą, kai šie gali vykdyti intervenciją asmens, kuriam reikalinga pagalba, labui, sudaro sąlygas solidarumo formų atsiradimui ir

plėtotei. Lietuvoje toks modelis yra aktualus, formuojant naują socialinę politiką ir kultūrą, kuri lygiuotųsi į tarptautinius standartus. Akivaizdu, kad socialiniai darbuotojai negali rūpintis vien tik žmonių materialine gerove, nes poreikiai nėra tik materialinių trūkumų išraiška, bet ir bendravimo, vertybių pripažinimo būtinybė.

Šiandienos visuomenėje ypač populiari kalbėti apie tinklus. Socialinių mokslų srityje prie „tinklo“ paprastai pridodamas būdvardis „socialinis“. Kiekvienas asmuo turi savo socialinį tinklą ir yra žmonių bei aplinkų santykių sistemos dalis. Psichikos sutrikimo specifiškumas keičia santykius su artimaisiais, paliečia visas socialinio gyvenimo veiklas (darbinę, poilsio, socialinių kontaktų). Sergančio žmogaus socialinių ryšių tinklas siaurėja, atliekama vis mažiau vaidmenų.

Socialinis neįgalių žmonių tinklas daugiau tyrinėtas užsienyje. I. Algėnaitė (2006) remdamasi užsienio mokslininkais, pažymi, jog socialinė – edukacinė pagalba neįgaliems žmonėms turi būti orientuota į socialinio tinklo plėtrą. Tai sudaro galimybes sėkmingesnei asmens integracijai, o socialinio tinklo plėtra sudaro prielaidas ir sąlygas žmogaus įgalinimui, naudojant mikrosistemos išteklius. Socialinius tinklus ir socialines sistemas Lietuvoje analizuojantys mokslininkai pažymi, kad socialinis tinklas yra sistema žmonių, su kuriais asmuo palaiko kokius nors ryšius. Kiekvienas asmuo turi savo socialinį tinklą ir yra žmonių bei aplinkų santykių sistemos dalis.

Nors įvairiuose tyrimuose kalbama apie labai skirtingą asmeninių socialinių ryšių apimtį, paprastai bendraujama su 5 – 10 svarbių asmenų. Dažniausiai bent su puse jų sieja giminystės ryšiai, o šeimos nariai užima pačią svarbiausią vietą. Kuo tinkle daugiau žmonių, kuo įvairesnius vaidmenis jie atlieka, tuo didesnė paramos tikimybė. Sveiko vidutinio amžiaus žmogaus tinklą sudaro 55 asmenys. Senų, neįgalių žmonių socialinis tinklas yra mažas. Jei tinklas mažas, krūvį tenka nešti mažam žmonių skaičiui, kartais vienam.

Dirbdamas su tinklu arba tinkle, socialinis darbuotojas siekia užmegzti santykį su žmogumi, suprasti, kokia yra jo aplinka, kuri

galėtų išspręsti problemą. Tinklo tyrimas paprastai vyksta kalbant su klientais ir stebint juos. Darbuotojui rūpi įvairūs tinklų aspektai. Pažintis su tinklo metodika prasideda nuo asmeninių tinklų tyrimo ir pavaizdavimo. Tinklą galima aiškinti žodžiais ir vaizdais. Asmeninių kliento ryšių įvertinimas gali padėti rasti naujas galimybes pagalbai teikti.

Remiantis socialinio tinklo plėtros modeliu, į kliento problemą galima pažvelgti kitu aspektu, kai reikia sutelkti ar išjudinti kliento resursus. Socialinis darbuotojas čia tampa santykių vadovu ir veikia asmenų ir paties tinklo labui. Jis turi padėti ir skatinti susitikti žmonėms, kuriuos sieja jų pripažįstami prasmingi ryšiai, padėti jiems tapti savarankiškesniems bei spręsti iškylančias problemas.

PSO teigia, jog psichikos ligoms gydyti turėtų būti teikiamas prioritetas visose šalyse. PSO rekomendacijose nurodoma, kad daugiau paslaugų reikėtų suteikti pirminės sveikatos priežiūros centruose, kad svarbu plėtoti ligonių užimtumą, jų integraciją į bendruomenę, bendradarbiavimą su kitomis institucijomis ir plėsti socialines paslaugas savivaldybėse.

Nuo 1996 m. prasidėjus psichiatrijos pagalbos reformai, Lietuvoje pradėti steigti Psichikos sveikatos centrai pirminiame asmens sveikatos priežiūros lygmenyje. Jų tikslas - vykdyti psichikos sveikatos priežiūrą ir psichikos ligų prevenciją.

Šiandien niekas neabejoja, kad rehabilitacija papildoma psichiatrinį gydymą. Norint psichikos neįgaliesiems suteikti visapusę pagalbą, reikia įvairių paslaugų. Grįžusiems po ilgalaikio gydymo reikia padėti atgauti prarastus įgūdžius. Sveikesniems reikia užimtumo ir bendravimo, įtraukiant juos į visuomenės gyvenimą. Užimtumas apima visą eilę metodikų, kurios gerina psichiškai ir socialiai pažeistų žmonių gyvenimą, grąžinant juos į bendruomenę. Dėl poreikių įvairovės tenka ieškoti įvairių veiklos formų, kurios vystomos užimtumo kambariuose organizuojant darbą grupėse ir individualiai.

Nuo 2003 m. VšĮ Radviliškio raj. Pirminės sveikatos priežiūros centro Psichikos sveikatos centre veikia užimtumo kambarys, įrengtas vykdančias projektus „Bendri veiksmai psichikos

neįgaliųjų reabilitacijos kelyje“, kuriuos nuo 2003 m. rėmė Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija. Užimtumo kambario tikslas – teikti užimtumo paslaugas psichikos sutrikimų turintiems asmenims, siekiant pagerinti jų funkcionavimą visuomenėje.

Užsiėmimų metu centro klientai įgyja naujų įspūdžių, turi medžiagos apmąstymams, atsiranda bendravimo įgūdžiai, tiesiog išmoksta būti tarp žmonių. Užimtumo terapija padeda adaptuotis aplinkoje, skatina plėsti socialinių ryšių tinklą.

Pastarieji metai parodė, kad analizuojant užimtumo veiklą, reikia kalbėti ne tik apie šios veiklos naudą klientams, bet ir jo įtaką viso Psichikos sveikatos centro veiklai, jo įvaizdžiui visuomenės akyse.

Tyrimo pristatymas

Tyrimas atliktas Radviliškio rajono Pirminės sveikatos priežiūros centro Psichikos sveikatos centre. Šiuo tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti psichikos sutrikimų turinčių asmenų socialinių ryšių tinklo dydį, ryšių ypatumus, plėtros galimybes, įtraukiant juos į užimtumo veiklą savipagalbos grupėse.

Tiriamieji – psichikos sutrikimų turintys asmenys, kurie kreipėsi pagalbos į Psichikos sveikatos centro socialinį darbuotoją, kadangi jiems buvo reikalinga profesionalo pagalba socialinių ryšių srityje. Atlikta šešių klientų socialinių ryšių tinklo analizė, remiantis kokybinio tyrimo metodu – atskiro atvejo studija.

Tyrimas grindžiamas užsienio socialinio darbo praktikoje labiausiai paplitusiu **sisteminiu požiūriu**. Vieną iš šio požiūrio rūšių pagrindė amerikiečiai specialistai: A. Pinkus ir A. Minachan. Jie išskyrė 3 pagrindinius sistemų tipus, labiausiai reikšmingus individo gyvenime: neformalios sistemos, formalios sistemos ir socialinės sistemos, atstovaujančios pagrindiniams socialiniams institutams. Probleminės situacijos asmens gyvenime kyla tuo atveju, kai pažeidžiami ryšiai tarp jo ir jo aplinkos, būtent:

- nėra vienos ar kitos sistemos rūšies;
- žmogus nežino apie sistemos, galinčios jam padėti, egzistavimą (*arba nenori pasinaudoti jos pagalba*);
- asmens įtraukimas į tą ar kitą sistemą sukuria jam naujas problemas (*pvz., priklausomybę*);
- įvairių sistemų konfliktus.

Taikant minėtą požiūrį svarbu išryškinti tokias santykių tarp kliento ir jo sistemų puses, kurios yra problemų šaltinis, ir suteikti jam pagalbą įveikiant problemas. Atvejų studijoje Radviliškio rajono Psichikos sveikatos centro klientų socialinių ryšių tyrimui buvo naudojama keletas metodų:

1. **Interviu** yra viena svarbiausių duomenų rinkimo priemonių kokybiniame tyrime. Tai yra labai geras priartėjimo prie žmonių, suvokimo, reiškinių, situacijų apibrėžimo ar realybės konstravimo būdas. Tai taip pat yra viena įtaigiausių žmonių tarpusavio supratimo priemonių. Norint suprasti tai, kaip kiti asmenys aiškina tikrovę, mes turėtume jų paklausti taip, kad jie galėtų papasakoti mums savo terminais (*žodžiais*), o ne tomis tiksliais kategorijomis, kurias pateikiame mes. Leisti respondentams atsiskleisti iki tokio lygio, kuris padėtų atskleisti jų reiškinių esmę.
- Verbaliniame lygyje surenkama faktinė informacija, išsiaiškinami kliento jausmai ir pažiūros bei sužinomas paties kliento požiūris į savo problemą.
- Neverbaliniame lygmenyje pagal kliento išvaizdą ir elgesį – apie jo nuotaiką, psichinės sveikatos būseną.
2. **Stebėjimas natūralioje aplinkoje** yra dar vienas metodas, pateikiantis kokybinę informaciją apie tyrimo objektą. Šio metodo esmė yra fiksuoti tam tikrą elgesį, jį stebint. Pavyzdžiui, kaip klientas prisistato, elgiasi, kreipiamas dėmesys į jo reakcijas, aplinką.
3. **Dokumentų analizė** – tai pirminės informacijos rinkimo būdas. Duomenys yra tikslūs, nes remiasi asmens socialine

kortele. Juos sudaro: problemos pateikimas, problemos istorija, esama situacija (*šeima, darbinė veikla, ekonominė padėtis*) ir t. t.

4. **Ekožemėlapij** sudarant nurodomos problemiškos gyvenimo sritys, kliento aplinkos žmonės, tarpusavio santykiai, jų reikšmingumas.

Ekožemėlapis – E. Charman sukurtos diagramos, kurias naudoja socialiniai darbuotojai (*pedagogai*), siekiant atspindėti visą kliento tarpusavio ryšių spektrą, o taip pat tu, kas su juo bendrauja, kokį poveikį jam daro įvairios socialinės institucijos, aplinka.

Tyrimė kiekvienam atvejui atliktas tinklo tyrimas, sudaryti 6 ekožemėlapiai.

Tinklo intervencijos modelyje išskiriamos dvi pagrindinės socialinių tinklų kategorijos: **pirminis tinklas** arba neformalus ir **antrinis tinklas** arba formalus, pagal kurias sudaryta tyrimo anketa.

Tinklas nustatomas prašant tiriamųjų įvardinti jiems svarbius žmones ir apibūdinti juos siejančių ryšių kokybę bei funkcijas, kas yra artimiausi ir svarbiausi žmonės, be kurių sunkiai įsivaizduojame savo gyvenimą.

Atlikus socialinių ryšių tinklo tyrimą ir apibendrinus atskirų atvejų rezultatus, galima pateikti šias išvadas:

- Psichikos sutrikimų turinčių asmenų socialinių ryšių tinklas kinta – tiek kokybine, tiek kiekybine prasme.
- Dėl psichikos ligos specifiškumo ir aplinkinių požiūrio „į kitokį asmenį“, socialinių ryšių tinklas siaurėja. Socialinius ryšius ir sveikatą sieja abipusis poveikis. Ne tik dėl socialinės izoliacijos blogėja sveikatos būklė, bet ir prasta sveikata riboja socialinius kontaktus.
- Dažnai pirminis tinklas yra tankus, tačiau jis nėra funkcionalus, kadangi ne visi ryšiai teikia paramą.
- Neturintys šeimos ir vaikų asmenys, ypač vyrai, dažnai turi gana siaurą socialinį tinklą, menkai tepatenkinantį jų poreikius ir nepalaikantį jų emocinės

gerovės, moterų tinklas paprastai yra platesnis ir apima daugiau šeimos narių.

- Tikslinga sutelkti pirminio tinklo asmenis, t. y. natūralią pagalbos sistemą, kurią sudaro kliento šeima, draugai ir bendradarbiai. Kreipdamiesi į socialinį darbuotoją, klientai dažniausiai jau buvo bandę gauti paramą iš pirminio tinklo asmenų.
- Psichikos sutrikimų turintiems asmenims itin svarbiu tampa institucijų (*gydymo įstaigos, socialinės pagalbos įstaigos*) vaidmuo. Vienas iš institucijų atstovų, dažniausiai socialinis darbuotojas, tampa jungiamuoju asmeniu ne tik tarp kliento ir institucijos, bet ir tarp kliento ir jo artimųjų.
- Neįgalieji kaip ir kiti žmonės yra linke burtis į grupes pagal panašumą ir naudą, todėl jie buriasi į savipagalbos grupes, kuriose jie tarp panašių į save jaučiasi emociškai gerai. Pastebėtas teigiamas požiūris dėl dalyvavimo užimtumo grupėse. Kadangi klubai ir organizacijos patenkina socialinio dalyvavimo poreikius, dalyvavimas užimtumo veikloje kartu reiškia ir dalyvavimą visuomenėje, nes išvaduoja žmones iš socialinės atskirties.
- Neįgaliųjų įtraukimas į užimtumo veiklą praplečia jų socialinių ryšių tinklą, skatina artimų emocinių ryšių atsiradimą. Bendravimas su grupės nariais teikia pasitikėjimo savimi ir leidžia jaustis svarbiu ir reikalingu. Pastebėta, kad organizuoto poilsio ir laisvalaikio metu žmonės patenkina daug paprasčiausių poreikių, jie atsipalaiduoja, pailsi kūnu ir dvasia.
- Ypač svarbiomis tampa **sociokultūrinės paslaugos** – laisvalaikio organizavimo paslaugos, teikiamos siekiant išvengti socialinių problemų (*prevenciniais tikslais, mažinant socialinę atskirtį ir aktyvinant bendruomenę, kur asmenys ar šeimos gali bendrauti, dalyvauti grupinio socialinio darbo užsiėmimuose, užsiimti mėgstama veikla ir pan.*).

Taigi dėmesys pirmiausia turi būti skiriamas neįgalių žmonių tinklų stimuliavimui. Būtent tinklų plėtra socialiniams darbuotojams sudaro palankias galimybes dirbti profesionaliai.

Socialinio tinklo plėtros modelis į kliento problemą leidžia pažvelgti kitu aspektu, kai reikia sutelkti ar išjudinti kliento resursus. Socialinis darbuotojas čia tampa santykių vadovu ir veikia asmenų ir paties tinklo labui. Jis padeda ir skatina susitikti žmonėms, kuriuos sieja jų pripažįstami prasmingi ryšiai, padeda jiems tapti savarankiškesniems ir spręsti išskylančias problemas.

Literatūra

1. Algėnaitė I. (2006). *Neįgaliųjų socialinė integracija: poreikiai, įgalinimas, socialinis tinklas*.// Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija. Informacinis leidinys 2006 m.Nr.2
2. Antanaitienė A., et.al. (2003). *Naujovės socialiniame darbe* [straipsnių rinkinys] Socialinių darbuotojų rengimo centras prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Vilnius: UAB „Viltis“. Vilnius: Standartų spaustuvė.
3. Anthony W., Cohen M., Farkas M. (1998). *Psichiatrinė rehabilitacija* (vert. iš angl.) Šiauliai.
4. Bagdonas A. (red.) (2007). Socialinis darbas. *Profesinės veiklos įvadas (tarptautinis projektas)*. VU Specialiosios psichologijos laboratorija.
5. Baršauskienė V., Leliūgienė I. (2001). Sociokultūrinis darbas bendruomenėje (Užsienio šalių patirtis) *Monografija*. Kaunas: Technologija
6. Brijūnaitė R. Psychosocialinė rehabilitacija / metodinė rekomendacija.
7. Dembinskas A. (red.) (2003). *Psichiatrija*. UAB Vilnius: „Vaistų žinios“.
8. Gailienė I. (sud.) (2002). *Psichikos sveikatos prielaidos*. Šiauliai. Šiaulių universitetas
9. Gvaldaitė L., Švedaitė B. (2005). *Socialinio darbo metodai*. SDRC.
10. Jucevičienė P. (2007). *Besimokantis miestas. Monografija*. Kaunas: Technologija.
11. Leliūgienė I. (1997). Žmogus ir socialinė aplinka. Kaunas.
12. Lemme, B. H. (2003). Suaugusiojo raida. Poligrafija ir informatika.
13. Luobikienė I. (1998). *Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimo metodika: mokomoji knyga*. KTU Sociologijos katedra. Kaunas: Technologija.
14. Pivorienė J. (red.) (2003). *Socialiniai neįgalumo aspektai*. Kaunas.
15. Ruškus J. (2002). *Negalės fenomenas // monografija*. – Šiauliai: Šiaulių Universiteto leidykla.
16. Spierts M. (2003). Balansavimas ir aktyvinimas. Metodškai organizuotas sociokultūrinis darbas. Vilnius: Vilniaus universiteto Specialiosios psichologijos laboratorija.
17. Suslavičius A. (1998). *Socialinė psichologija*. – Vilnius: Vilniaus Universiteto leidykla.
18. Šiaulių Psichiatrijos ligoninės Psychosocialinės Reabilitacijos programa. (1998).
19. Vitkauskaitė D. (2001). *Teoriniai socialinio darbo modeliai*. – Šiauliai.
20. Pasaulinės sveikatos organizacija (2001). *Psichikos sveikata – naujas supratimas, nauja viltis*.



(European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness) Europos šeimų, kurių nariai serga psichikos ligomis, asociacijų federacija

2005 m. LIETUVOS SUTRIKUSIOS PSICHIKOS ŽMONIŲ GLOBOS BENDRIJA tapo pilnateise EUFAMI (Europos šeimų, kurių nariai serga psichikos ligomis, asociacijų federacijos) NARE.

EUFAMI būstinė :

Adresas:

Diestsevest 100

B-3000 Leuven

Belgium

Tel : +32 16 74 50 40

Fax : +32 16 74 50 49

El. paštas : info@eufami.org

Interneto svetainė : www.eufami.org

Poezija

Aldona Janina Buragaitė
(Vilkaviškis)

Rudenėli, tu mielas ir geras,
Tu taškaisi gamtos teptuku.
Ašarą nubraukia gandras
Ir išskrenda pamojęs sparnu.

Po sparnais jo ražienos
palieka,
Lyg auksinė varsa paupy,
O rugiagėlių mėlynos ugnys
Primena tavo akis.

Pamiškėje berželiai geltoni –
Rudenio rausva pradžia.
Tu nejauski skausmų
rudenėjant,
Lai paguodžia žavi jo gamta.

Juk rudenio vėlyvos gėlės
Miškuos, pakrantėj, pakely,
Grybų kvapas padvelks iš
eglyno,
Kaip gera suptis rudenio
lopšy...

Irma Žekonytė
(Anykščiai)

DANGAUS LELIJA

O Šv. Mergele Marija – dangaus
balta lelija,
Tu nušviski dar skaisčiau už
aušrą ankstų rytą
Ir atverki maldai mūsų širdis tarsi
langus saulei,
Nuskaidrink mūsų sielas šiam
nuodėmių pasauly...

Tu esi mūsų geroji motina, o tavo
sūnus
Jėzus Kristus - mūsų dosnūs
tėvas,
Mūsų išganytojas,
Mūsų nuodėmių atpirkėjas.

Palaimink mus, Šv. Marija,
O dangaus aušrine, žvaigžde,
meilės deive,
O dangaus karaliene išrinktoji.



Irena Rakauskaitė
(Jonava)

LAIKAS

Tas laiko žydėjimas margas
Ir kelias, nulytas lietaus,
Rūko aibės šešėliais nubrido,
Lyg lašnoja laukimo lašais...

Vėl baltuoja vandens lelija,
Toluma begalinė akyse,
Tiktai žodžiai išblukę dar
svarbūs,
O naktis vėl šalta aitvarais.

Vėl nakties serenados į ausį,
Pilkas kelias nulytas lietaus,
Tyli pasakos mano ir tavo
Mėnesiena už lango lašais.

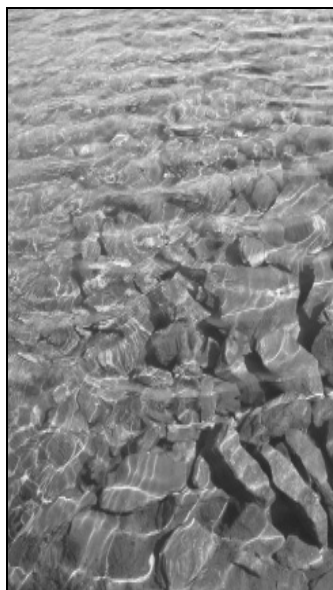
Pražydušios gėlės nuvyto,
Rymo langas atvertas plačiai,
Laikas šąla, gyvenimas
keičias,
Bučinyš ašarotas laike.

Atminties trupiniai nubyrėjo,
Laikas šąla ant skruosto lašais,
Lietaus ašaros perlais pavirto,
Mintys lekia šuoru vakarais.

LIETUVOS SUTRIKUSIOS
PSIČIKOS ŽMONIŲ
GLOBOS BENDRIJA

T. Vrublevskio g. 6,
LT-01100, Vilnius
Tel./faksas
(8-5) 2121656,
el.p. Lspzgb@takas.lt

www.Lspzgb.lt



Numerį rengė:
Jolanta Poškaitė

Tiražas 1 000 egz.

Spausdino ir maketavo:
UAB Ignalinos spaustuvė.
Laisvės g. 71, Ignalina.
Tel. 8-386 52071.

Sertifikuotų seminarų ciklas **„Nėra sveikatos be psichikos sveikatos“**

Sudarytas pagal Europos psichikos sveikatos veiksmų planą (12 sričių)

2005 metai

I Seminaras 2005 09 07 – skirtas
Pasaulinei savižudybių prevencijos
dienai (KMU)

**„PSIČIKOS SVEIKATOS
PROBLEMŲ IR SAVIŽUDYBIŲ
PREVENCIJA“**

II Seminaras 2005 10 13 – skirtas
Pasaulinei psichikos sveikatos
dienai (Vilniaus m. Antakalnio
poliklinika)

**„SUVOKIMO APIE PSIČIKOS
SVEIKATOS SVARBĄ
FORMAVIMAS“**

III Seminaras 2005 11 29 (Kauno
m. savivaldybė)

**„TINKAMAS PIRMINĖS
PSIČIKOS SVEIKATOS
PRIEŽIŪROS UŽTIKRINIMAS“**

2006 metai

IV Seminaras 2006 01 17 – skirtas
Helsinkio Psichikos sveikatos
deklaracijos pirmosioms metinėms
paminėti (Vilniaus m. Antakalnio
poliklinika)

**„VISUOMENĖS PSICHINĖS
GEROVĖS UGDYMAS“**

V Seminaras 2006 02 21 – skirtas
Pasaulinei ligonių dienai (Vilniaus
m. Antakalnio poliklinika)

**„KOVA SU NEIGIAMU
VISUOMENĖS POŽIŪRIU IR
DISKRIMINACIJA“**

VI Seminaras 2006 04 03 – skirtas
Pasaulinei sveikatos dienai (KMU)

**„VEIKLOS, ORIENTUOTOS Į
PAŽEIDŽIAMO AMŽIAUS
ŽMONIŲ POREIKIUS,
SKATINIMAS“**

VII Seminaras 2006 06 14
(Vilniaus m. Antakalnio poliklinika)

**„EFEKTYVI PRIEŽIŪRA,
SIŪLOMA RIMTŲ PSIČIKOS
SVEIKATOS SUTRIKIMŲ**

**TURINTIEMS ASMENIMS,
KARTU SU
BENDRUOMENĖJE
TEIKIAMOMIS
PASLAUGOMIS“**

VIII Seminaras 2006 09 21 (VDU)

**„PARTNERYSTĖS TARP
SEKTORIŲ KŪRIMAS
PSIČIKOS SVEIKATOS
SRITYJE“**

IX Seminaras 2006 10 26 – skirtas
Pasaulinei psichikos sveikatos
dienai

(Vilniaus m. Antakalnio
poliklinika)

**„TINKAMOS INFORMACIJOS
APIE PSIČIKOS SVEIKATĄ
KAUPIMAS“**

Šio seminaro pagrindinis rėmėjas
– LR Sveikatos apsaugos
ministerija

2007 metai

X Seminaras 2007 01 31 – skirtas
Lietuvos sutrikusios psichikos
žmonių globos bendrijos 10 - čiu
paminėti

(Vilniaus m. Antakalnio
poliklinika)

**„PAKANKAMOS IR
KOMPETENTINGOS DARBO
JĖGOS UŽTIKRINIMAS
PSIČIKOS SVEIKATOS
SRITYJE“**

XI Seminaras 2007 05 28 (VDU)

**„TEISINGO IR PAKANKAMO
FINANSAVIMO
UŽTIKRINIMAS“**

XII Seminaras 2007 06 28

(Vilniaus m. Antakalnio
poliklinika)

**„EFEKTYVUMO
ĮVERTINIMAS IR NAUJŲ
ĮRODYMŲ PSIČIKOS
SVEIKATOS SRITYJE
KAUPIMAS“**

