



ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS

ATVIRAS TARPTAUTINIS ŽMOGIŠKOSIOS RAIDOS UNIVERSITETAS „UKRAINA“

Jungtinė socialinio darbo magistrantūros studijų programa

EGLĖ BADAUGAITĖ

SOCIALINĖS PAGALBOS MODELIAVIMAS, TEIKIANT ŽMOGAUS ORUMĄ IŠLAIKANČIAJĄ PALIATYVIAJĄ PAGALBĄ

Magistro baigiamasis darbas

Darbo vadovas: Prof.dr. Liuda Radzevičienė
Konsultantas: Asoc.Prof. Kyrylenko Valentyna

Darbas originalus

Šiauliai, 2018

Patvirtinimas apie atlikto magistro darbo savarankiškumą

Patvirtinu, kad įteikiamas magistro darbas

.....yra:

1. Atliktas savarankiškai ir nėra pateiktas kitam kursui šiame ar ankstesniuose semestruose.
2. Nebuvo naudotas kitame institute / universitete Lietuvoje ir užsienyje.
3. Nėra medžiagos iš kitų autorių darbų, jeigu jie nėra nurodyti darbe.
4. Pateiktas visas panaudotos literatūros sąrašas.

.....

.....

Vardas, pavardė

Parašas

SANTRAUKA

Magistro baigiamajame darbe analizuojamas socialinės pagalbos modeliavimo efektyvumas, žmogaus orumą išlaikančioje paliatyviojoje pagalboje.

Pirmoje magistro baigiamojo darbo dalyje atlikta socialinės paliatyviosios pagalbos koncepcijos analizė, pasitelkiant Lietuvos ir užsienio autorių įžvalgas, atskleista socialinio darbuotojo svarba socialinėje paliatyviojoje pagalboje, jo darbo principai bei samprata. Taip pat šioje dalyje išanalizuota socialinės paliatyviosios pagalbos priežiūros sistemos formavimas ir įgyvendinimas siekiant išsaugoti kliento orumą bei jo pritaikymo ypatumai Ukrainoje.

Empirinėje magistro baigiamojo darbo dalyje atliekama socialinės paliatyvios pagalbos pritaikymo galimybės žmogaus orumo palaikyme analizė. Analizuojama Lietuvos ir Ukrainos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų bei klientų artimųjų nuomonė apie esamą socialinės paliatyvios pagalbos situaciją šalyje, jos pritaikymą, požiūrį ir tobulinimas kryptis.

Remiantis teorinėje dalyje aprašytais socialinės paliatyvios pagalbos principais, sukurti tyrimo instrumentai – anketinė apklausa bei interviu klausimynas. Jų pagalba nustatytas socialinės paliatyvios pagalbos įgyvendinimas Lietuvos bei Ukrainos sveikatos priežiūros įstaigose, jų tobulinimo galimybės ir įgyvendinimo problemos, nustatytos galimos tobulinimo gairės. Atlikta socialinės paliatyvios pagalbos, žmogaus orumo išlaikyme, galimybių palyginimas abejose šalyse.

Raktiniai žodžiai: socialinis darbuotojas, socialinė pagalba, paliatyvioji pagalba, socialinė paliatyvioji pagalba, žmogaus orumas, orumo palaikymas socialinėje paliatyviojoje pagalboje.

Turinys

Įvadas	7
1 skyrius. ŽMOGAUS ORUMO IŠLAIKYMAS, SOCIALINĖS PAGALBOS KONTEKSTE TEORINIS DISKURSAS	10
1.1 Komandinio darbo ypatumai, teikiant socialinę pagalbą medicinos įstaigose	13
1.2 Socialinė paliatyvioji pagalba, socialinės pagalbos priemonė palaikant asmens orumą..	15
1.3 Socialinio darbo principai, išlaikant asmens orumą.....	19
1.4 Žmogaus orumas socialinės paliatyviosios pagalbos kontekste	21
1.5 Socialinės paliatyviosios pagalbos situacija Ukrainoje.....	25
2 skyrius. SOCIALINĖS PAGALBOS MODELIAVIMO, TEIKIANT ŽMOGAUS ORUMĄ IŠLAIKANČIĄ PALIATYVIAJĄ PAGALBĄ, TYRIMAS	28
2.1 Teorinis – metodologinis paliatyvios socialinės pagalbos, išlaikant žmogaus orumą tyrimo pagrindimas	28
2.2. Tyrimo metodologija.....	29
2.3 Orumo išlaikymo galimybių teikiant socialinę paliatyviąją pagalbą senyvo amžiaus asmenims tyrimo duomenų analizė	31
2.3.1 Tiriamųjų charakteristika	31
2.3.2 Socialinės paliatyvios pagalbos teikimo patirties analizė	34
2.3.3 Požiūrio į žmogui reikalingą socialinę paliatyviąją pagalbą analizė.....	37
2.3.4 Bendradarbiavimo komandoje ypatumai teikiant socialinę paliatyviąją pagalbą	41
2.3.5 Socialinės paliatyviosios pagalbos tobulinimo galimybės.....	45
2.4 Orumo išlaikymo galimybės teikiant socialinę ir paliatyviąją pagalbą senyvo amžiaus asmenims: Lietuvos ir Ukrainos situacijų analizė	47
Išvados	59
Literatūros sąrašas	60

SAVOKŲ INTERPRETACIJA

Terminas „**socialinė paliatyvioji pagalba**“ nėra įteisintas Lietuvos socialinio darbo praktikoje. Tačiau analizuojant užsienio autorių (Luptak, 2004; Berger, Pereira, Baker ir kt., 2002) mokslo darbus randame daug tyrimų, kurie pagrindžia socialinę paliatyvią pagalbą kaip realiai vykstantį procesą, turintį savo darbo turinį, specialistus. Vertinant iš šiandieninės Lietuvos praktikos perspektyvos, tai būtų socialinio darbuotojo kompetencija. Paliatyvi pagalba Lietuvoje organizuojama remiantis PSO (PSO, 2004) nuostatomis, kurioje teigiama jog holistinio požiūrio į slaugomą arba mirštantį asmenį esminės determinantės yra skausmo valdymas, bendravimo palaikymas, psichologinė ir dvasinė pagalba, pakaitinė terapija, pagalba šeimai, pagalbos koordinavimas ir integracija, darbas paliatyvios pagalbos komandos darbe, pagalba išgyvenant netektį, dalyvių įtraukimas į pagalbos proceso organizavimą. Taigi, iš dešimties determinančių penkios (*bendravimo palaikymas, pagalba šeimai, pagalbos koordinavimas ir integracija, darbas paliatyvios pagalbos komandos darbe, dalyvių įtraukimas į pagalbos proceso organizavimą*) yra socialinio darbuotojo veiklos kompetencijų lauke. Medicininė, psichologinė, dvasinė pagalba yra tik sudedamosios socialinės paliatyvios pagalbos sritys, todėl galima teigti, kad pagrindinė veikla (WHO, 2008) susijusi su pagalba sunkiems ligoniams, gali būti įvardinta kaip socialinė paliatyvi pagalba.

Paliatyvi pagalba – tai visuma gyvenimo kokybės gerinimo priemonių sunkiai sergančiam asmeniui ir jo šeimos nariams (Europos Tarybos komitetas, 2003).

Socialinis darbuotojas – paliatyviojoje pagalba yra socialinių poreikių vertintojas ir stebėtojas, socialinės pagalbos planuotojas ir teikėjas, tarpininkas bei koordinatorius tarp kitų paliatyvios pagalbos komandos narių, kuris padeda klientui spręsti įvairius sunkumus (B.Compton ir B.Galaway 1999).

Socialinis darbas – į problemą orientuota ne pelno veikla, nukreipta į gerovės užtikrinimą (S. Commision, 1959).

Socialinis tinklas – bendri interesai, kurie įgalina spręsti problemas kartu su kitais (Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos, 2004).

Orumas – subjektyvus kliento gerovės supratimas, sudėtinis reiškinys, kuris susijęs su žmogaus vidine būseną taip pat su jį supančią aplinką (D.Sandman 2000, J.Manno 1998, B.Carter 2011).

Gyvenimo kokybė – kliento gerovės užtikrinimas, apimantis fizinį, psichologinį, socialinį ir dvasinį lygmenis (Šeškevičius A., 2005).

Komanda – tai kartu dirbančių asmenų grupė, kurioje visų asmenų buvimas yra būtinas bendram tikslui įgyvendinti ir kiekvieno grupės nario individualiems poreikiams patenkinti (V.Barvydienė, 2004).

Tarpdisciplininė komanda – tai kartu dirbantys skirtingų sričių specialistai, kurie sukuria prasmingus santykius tarpusavyje, vienas iš kito mokosi, jų tikslas bendras – kliento poreikių patenkinimas (Šeškevičius, 2005).

Šeima – paliatyvios pagalbos aspektu, tai visi neprofesionalai, kurie prižiūri klientą, ir su kuriais klientą sieja emociniai santykiai (Plunkett S., 2011).

IVADAS

Tyrimo aktualumas ir problema

Orumas nepakankamai analizuojamas kaip socialinių santykių rezultatas ir išraiška, kaip grupių ir individų kuriamų prasmų konfiguracija. Šiuo aspektu svarbus senatvės situacijoje esančių žmonių orumas susijęs su jų patirtimi. Kaip pastebi B. Kairienė (2010), orume atsispindi žmogaus vertingumas, kuris būdamas bendras visiems žmonėms, išryškina atskiro žmogaus unikalumą ir išskirtinumą. Anksčiau buvo kreipiamas dėmesys tik į kliento gyvenimo laiko prailginimą. Šiuo metu svarbiausias matas – klientų gyvenimo kokybė, atkreipiant dėmesį į besikeičiančius jų poreikius, pagalbos tęstinumą, informaciją (Jurkuvienė R., Danusevičienė L, 2007).

Nepaisant specialistų statuso jo požiūris bei elgesys su klientu gali turėti reikšmingą poveikį kiekvienam. Kliento orumo palaikymas, nėra privaloma užduotis visiems specialistams, dirbantiems su senyvo amžiaus žmonėmis. Tačiau tai yra būdas, pateikiantis papildomų išvalgų apie atliekamą darbą ir priemonė, institucijose sukurianti daugiau pasitenkinimo atliekamu darbu (Brugnoli, 2016). Sąveikoje su aplinkiniais socialiniai darbuotojai, jausdamiesi oriai savo gyvenime, tuo pačiu ruožtu, gali paskatinti konstruktyvius pokalbius su klientais, kurių metu identifikuojamos problemos leidžia teikti geresnę priežiūrą, užtikrinančią žmogaus orumo išlaikymą negalės situacijoje.

Remiantis A. H. Maslow (2011) žmogaus poreikių teorija, vienas iš aukščiausių poreikių yra laikomas savigarba bei pripažinimais. Nepriklausomybė, valia, gabumai bei valdžia padeda sukurti pagarbos požiūrį, o žmogaus pagarba susideda iš savarankiškumo bei orumo. Būtent orumo palaikymas padeda žmogui jaustis išdidžiai, nepriklausomai ir jaustis pilnaverte asmenybe, kas itin svarbu sunkiems pacientams, sergantiems sunkiomis, dažnai nebepagydomomis, ligomis. Tokiais atvejais svarbiausiai yra suteikti žmogui būtinąją pagalbą, kad jis galėtų nugyventi pilnavertį gyvenimą. Būtent šiam tikslui yra sukurta socialinė paliatyvioji pagalba, kurią sudaro plati šeimos, gydytojų, slaugytojų, dvasininkų, psichoterapeutų, savanorių bei socialinių darbuotojų komanda.

Lietuvoje socialinės paliatyvosios pagalbos apraiškos pasirodė palyginus neseniai – prieš devynerius metus. Todėl galima teigti, kad socialinė paliatyvioji pagalba Lietuvos visuomenei yra dar nauja ir besivystanti. Pirmieji teisės aktai buvo patvirtinti 2007 m. Įtraukus ją į licencijuojamų medicinos paslaugų sąrašą ir nustatčius teikimo indikacijas žmonės galėjo gauti holistinę medicinos priežiūrą, atitinkančią Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO), Europos Sąjungos (ES) rekomendaciją, kurios yra paremtos ilgamete kitų pasaulio šalių gerąja praktika (Šeškevičius A.,

2005). Tuo tarpu užsienyje, ši veikla atsirado ankščiau: Barselonos (1995 m.) bei Poznanės (1998 m.) deklaracijose ir ES Ministrų Tarybos komiteto rekomendacijose (2005 m.) raginama įtraukti paliatyviąją pagalbą į kiekvienos šalies sveikatos priežiūros paslaugas.

Lietuvos mokslinės duomenų bazėje socialinės paliatyviosios pagalbos nagrinėjimas yra itin siauras. A. Šeškevičius (2005) yra pradininkas plačiausiai nagrinėjęs socialinės paliatyviosios slaugos sampratą, sukūręs rekomendacines gaires. Daugiau, šiai temai aktualių aspektų nagrinėjo J. Ruškė (2011,2014) analizuodama sunkių ligonių orumo sampratą. Tuo tarpu analizuojant užsienio mokslines bazes, galima rasti gausą įvairaus pobūdžio straipsnių, knygų, tyrimų, kurie analizuoja šią temą nuo 1946 metų iki pat šių dienų. Daug dėmesio paliatyviajai pagalbai skyrė MacLeod R., Macleod S., Vella-Brincat J. (2014). Šie autoriai sudarė gaires klinikiniam gydymui bei simptomų valdymui paliatyviojoje pagalboje. 2015 m. Matzo M., Sherman D. pristatė idėjas ir metodus, kurie padėjo socialinės paliatyvios pagalbos tobulėjimui. Tuo tarpu Wilson O., Avalos G., Dowling M. (2016) nagrinėjo specialistų darbą bei jų požiūrį į pacientų rūpinimąsi socialine paliatyviaja pagalba skyriuose. Danis M., Carson S., Hanson L. (2016) analizavo artimųjų indėlį į socialinę paliatyviąją pagalbą. Paliatyvios pagalbos prieinamumą tyrinėjo Radbruch L., Connor S., Pettus K. (2016) bei Lohman D. (2011), Amon J. (2015).

Kasmet augantis senėjančių žmonių skaičius, priverčia visuomenę daugiau dėmesio skirti jų priežiūrai, gydymui bei pagalbai. Nemaža dalis žmonių serga sunkiomis lėtinėmis ligomis, todėl jiems yra priskiriama socialinė paliatyvioji pagalba, kuomet yra skiriamas ne tik gydymas, bet suteikiama psichologinė, socialinė bei dvasinė pagalbos. Jų dėka klientas turėtų jaustis ne tik prižiūrimas bei rūpinamas, bet ir jaustis esantis orus. Kadangi paliatyvi pagalba apibrėžiama, kaip visapusiška gyvenimo kokybės gerinimo priemonė, kurioje svarbų vaidmenį atlieka socialinis darbuotojas, kuris tampa multidisciplininės komandos koordinatoriumi, todėl tikslinga išanalizuoti: kaip paliatyviojoje pagalboje gali būti išlaikomas žmogaus orumas ir koks socialinio darbuotojo vaidmuo ir indėlis šiame procese (Šeškevičius, 2005). Panaši situacija vyrauja ir Ukrainoje, tad minėtas tyrimas yra aktualus Ukrainos visuomenės kontekste.

Tyrimo objektas – Socialinės pagalbos modeliavimas, teikiant žmogaus orumą išlaikančią paliatyviąją pagalbą

Hipotezė – Tiek Lietuvoje, tiek Ukrainoje socialinė paliatyvi pagalba žmogaus orumą socialinio darbo kontekste užtikrina tik iš dalies.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti bei palyginti Lietuvos ir Ukrainos socialinės pagalbos modeliavimo, teikiant žmogaus orumą išlaikančią paliatyviąją pagalbą ypatumus, pagrindžiant socialinio darbuotojo vaidmenį ir svarbą.

Uždaviniai:

1. Taikant teorinę analizę, atskleisti socialinės paliatyvios pagalbos, kaip asmens orumą palaikančios priemonės, socialinio darbo kontekstą.
2. Atskleisti Lietuvoje ir Ukrainoje gyvenančių asmenų, kurių artimiesiems yra/buvo suteikiama socialinė paliatyvi pagalba požiūrius į žmogaus orumo išlaikymą socialinio darbo kontekste.
3. Nustatyti ir palyginti abiejų šalių paliatyvios pagalbos teikiančių specialistų požiūrį į žmogaus orumo išlaikymo galimybes socialinės paliatyvios pagalbos teikimo procese.

Tyrimo metodologija ir metodai:

1. Magistro darbas grindžiamas įgalinimo ir salutogenezės teorijomis.
2. Teoriniai metodai: mokslinių šaltinių analizė, dokumentų analizė.
3. Empiriniai: Kiekybinis tyrimas, taikant anketinės apklausos metodą, Lietuvos ir Ukrainos asmenų, kurių artimiesiems buvo suteikiama paliatyvi pagalba apklausa raštu. Kokybinis tyrimas, atliktas taikant struktūruoto interviu metodą su socialinės paliatyvios pagalbos teikėjais ir pacientų artimaisiais Lietuvoje ir Ukrainoje. Statistiniai metodai: aprašomosios statistikos metodai taikant SPSS ir Microsoft Excel programas. Požymio statistiniam reikšmingumui nustatyti taikytas Chi-kvadrato kriterijus χ^2 . požymio reikšmingumo lygmenį vertinant kai $p < 0,005$.

Tyrimo imtis ir organizavimas. Kiekybiniame tyrime dalyvavo 70 respondentų iš Lietuvos bei 70 respondentų iš Ukrainos. Viso – 140 respondentų, kurių artimiesiems buvo suteikta paliatyvioji pagalba. Kokybinio tyrimo metu buvo apklausta po 3 socialinius darbuotojus, paciento artimuosius bei medikus iš Lietuvos bei Ukrainos X įstaigų. Viso – 18 respondentų.

Magistro darbo naujumas / reikšmingumas. Atlikus tyrimą bus galima įvertinti socialinio darbuotojo svarbą teikiant socialinę paliatyviąją pagalbą, išsiaiškinti paliatyviosios pagalbos prieinamumą bei galimybę išlaikyti žmogaus orumą Lietuvoje. Gauti tyrimo duomenys leis sudaryti gaires, kurios leis toliau analizuoti ir tobulinti šią sritį socialiniu aspektu, siekiant, kad ji būtų priimtina bei prieinama visiems pacientams.

Magistro darbo struktūra. Šį magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, 14 poskyrių, išvados, naudotos literatūros sąrašas (58 šaltiniai), santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimo duomenis iliustruoja 13 lentelių, 13 paveikslų. Prieduose pateikiama interviu klausimynas ir anketinė apklausa. Darbo apimtis 63 p.

1 skyrius. ŽMOGAUS ORUMO IŠLAIKYMAS, SOCIALINĖS

PAGALBOS KONTEKSTE: TEORINIS DISKURSAS

Asmens orumo suvokimas ypač svarbus socialinės pagalbos kontekste, dėl to, kad asmuo atsidūręs tokioje situacijoje, kuomet jo galimybės ir gebėjimai yra riboti tikisi visapusiškos socialinės pagalbos. O socialinio darbo pagrindas – tai veikla nukreipta į asmens gerovės užtikrinimą, visokeriopą pagalbą - užtikrinant žmogaus orumą. Kiekvienam žmogui orumas yra suvokiamas skirtingai, todėl ir visuomenė turėtų tai suprasti ir gerbti kiekvieną žmogų nepaisant jo lyties, amžiaus, rasės ar padėties. Šiame darbe taip pat bus laikomasi nuostatos, kad kiekvienas žmogus bei jo orumas turi būti gerbiamas nepriskiriant jam jokių „etikečių“, o socialinės pagalbos pagrindas, tai daugiadisciplininė pagalba nukreipta į klientą.

Mokslinėje literatūroje galima rasti orumo sampratų skirtingus požiūrius, idėjas bei koncepcijas (Jacelon C. S., 2004). J.Ruškė (2014) analizuojant orumo sampratą, išskyrė kelis požiūrius, ir aiškino juos per esencialistinę bei dinaminę orumo sampratą. Esencialinė samprata, aiškina žmogaus orumą, kaip savaime esantį, Dievo, gamtos ar visuotinio „proto“ duotąjį, kaip prigimtinę savybę. Dinaminė samprata - orumą aiškina kaip susiklosčiusių socialinių santykių rezultata. Skirtingų orumo sampratų suvokimas leidžia plėtoti kokybiškų socialinės pagalbos paslaugų teikimą asmenims. Visuomenės, požiūris į orumą turi būti papildytas visuomenės raidos kritine analize galios, gėrio, gerovės perskirstymo kontekste. Skyriuje identifikuojamas orumo modelis mokslinėje literatūroje, bei grindžiama jo svarba socialiniame pagalbos kontekste.

Mokslinėje literatūroje (D. Sandman, D. Seedhouse (2000), D. Badcott (2003) J.Manno (1998), išryškėja ribos tarp orumo tipų ar kategorijų. Sandman (2000) analizavo susijusį žmogaus orumą su visuomene ir neapibrėžtą žmogaus orumą – vidinės būsenos. Badcott (2003) išskyrė emocinį orumą bei esminį ir neesminį orumą: anksčiau jis analizavo orumą, kaip būseną, kurią kiekvienas turi tik todėl, kad jie yra žmonės, vėliau orumą pradėjo sieti su išorine aplinka. L.Meškauskaitė (2005) teigė, kad orumas daugialypis konstruktas susidedantis iš psichologinių, etinių, teisinių komponentų. J. Manno (1998) išskyrė vidinius (kaip aš matau save) ir išorinius (kaip kiti mato mane) orumo komponentus. Spiegelberg aiškino: orumo išraišką kaip įeinantį ir išeinantį elgesį; orumą bendrine prasme (laipsnio klausimas); žmogaus orumą (minimalus orumas, kuris priklauso kiekvienam žmogui kaip žmogui); esminį ir neesminį orumą; realų ir absoliutų orumą; savaiminį orumą (vidinį) ir pagrindinį orumą priklausantį nuo pagarbos (Carter B., et al, 2011). L.Shotton ir D.Seedhouse (2000), apibrėžia orumą kaip galimybių ir aplinkybių sąveiką, nurodydami, kad „mes linkę į orumo trūkumą, kai mes atsiduriame netinkamose aplinkybėse tais atvejais, kai mes manome, jog esame kvaili, nekompetentingi, nepakankami arba neįprastai

pažeidžiami“ (105 psl). Minėti autoriai teigia, kad orumas gali būti išlaikytas ten, kur yra galimybės reaguoti į galimai orumą nepalaikančias aplinkybes arba jeigu aplinkybės pasikeitė taip, kad jos pažeidžia orumą. Taip pat Seedhouse (2006;2009;2011), teigia, kad „jei darbuotojas dirbantis sveikatos sistemoje nori skatinti asmens orumą, jis turi arba išplėsti savo galimybes ar patobulinti savo aplinkybes“. Ši perspektyva atkreipia dėmesį į tai, ar žmogus jaučiasi orus ar ne, o ne į tai, ar kiti suvokia juos kaip turinčius orumą.

Pullman (2004) atskiria orumo etiką ir etikos autonomiją, susijusią su ilgalaike socialine ar medicinine priežiūra. Jis atkreipia dėmesį, kad autonomija „yra labai svarbi siekiant tam tikrų orumo aspektų, tačiau tai neturėtų būti painiojama su jo visuma“ (58 psl.). Taip pat D.Seedhouse (2006;2009;2011), teigia, kad „jei darbuotojas dirbantis sveikatos sistemoje nori skatinti asmens orumą, jis turi arba išplėsti savo galimybes ar patobulinti savo aplinkybes“. Ši perspektyva atkreipia dėmesį į tai, ar žmogus jaučiasi orus ar ne, o ne į tai, ar kiti suvokia juos kaip turinčius orumą.

Ši diskusija remia savarankiškumo praradimą kaip vienintelį etikos dėmesio reikalingumą globoje, ypač atsižvelgiant į tuos klientus, kuriems trūksta savarankiškumo. Pullman (2004) daug dėmesio skiria orumo etikai, tačiau neigia autonomijos svarbą, vertę, teigdamas, kad: kiekvienas savarankiškas pilietis prisiima tam tikrus paternalistinę atsakomybę apsaugoti kitus, kurie negali pasirūpinti savo orumu arba dar nėra pajėgūs rūpintis savimi - pripažįsta ir vertina mūsų tarpusavio priklausomybę. Tai pagarba pagrindiniam žmonijos orumui, kuomet aplinkybės priverčia mus rūpintis silpnesniu pagyvenusiu asmeniui. Reaguojant į jų orumą mes išreiškiame ir stipriname savo orumą. Nors Pulmanas (2004) pripažįsta autonomijos svarbą, tačiau jis taip pat pabrėžia jos trūkumus kaip vertybės („ji yra vertybė, o ne vertė“) ir siūlo orumo svarbą, ypač tuomet kai autonomijos žmogui trūksta. Kaip teigia J. Ruškė (2014) nėra aiškios orumo termino evoliucijos, bet visais laikais žmogaus vertybių padėtis, buvo apibrėžiama per santykį, šiai teorijai pritaria ir D.Statman (2002), kuris teigia, kad orumas – savęs vertinimas, dėl to, kad mūsų prigimtis yra visuomeninė, labai svarbu būti neatskirtam nuo jos.

Tikslinga atskirti du teorinius aspektus, kurie yra ypač naudingi nustatant orumo sąsaja su sveikatos ir socialinės priežiūros funkcijomis. Pirmajame aspekte, telpa esminiai ir neesminiai arba neapibrėžtos funkcijos. Nordenfelt (2004) atskiria vidinę ir atsitiktinę vertes, bet pastarąją dalija į tris grupes ir taip išskiria keturias sąvokas ar orumo tipus:

- Menschenwürde orumas - Menschenwürde reiškia vidinį orumą, kurį žmonės turi vienodai tik todėl, kad yra žmonės.
- Nuopelnų orumas - žmonės turi teises į kontroliuojančius tam tikrus vaidmenis ar buveines tik todėl, kad jie uždirbo nuopelnus savo veiksmis.

- Dorinio ūgio orumas - šio orumo natūra yra grindžiamas žmogaus moralės dydžiu, tai reiškia, ar žmogus atlieka tam tikrus veiksmus priklauso nuo jo paties natūros. Tai galima išreikšti tam tikru laipsniu, kuris priklauso nuo subjekto veiksmų, kurie gali ateiti ir išeiti.
- Asmens tapatybės orumas - šis orumas yra susijęs su savojo identiteto, kaip asmuo, ir yra susijęs su savigarpa bei sąžiningumu, savarankiškumu ir integracija. Šis orumo tipas gali būti atimtas iš žmonių, kai, pavyzdžiui, jie yra žeminami, įžeidinėjami ar jų teisės yra apdorotos.

Menschenwürde orumo sąvoka yra ypač svarbi socialinės pagalbos bei slaugos praktikoje, nes ji pabrėžia, kad visų žmonių orumas yra svarbus, nepriklausomai nuo jų. Orumas už nuopelnus ir orumas pagal moralinį lygį taip pat yra įdomus socialinės pagalbos požiūriu. Anot Nordenfelt L. (2004), žmonės, kurie pasiekia aukštą postą arba kurie rodo didelį moralinį teisingumą nusipelno pagarbos dėl šių aplinkybių, tačiau jei tokių priežasčių nėra, socialiniai darbuotojai vis tiek turėtų suteikti visiems klientams tinkamą pagarbą. Socialiniai darbuotojai veikdami, kaip įgalinantys darbuotojai, paprastai tikisi padėti visiems klientams, kurie kreipiasi į juos, nepriklausomai nuo jų moralinio charakterio ar pilietinio statuso. Atsižvelgiant į tai, Aristotelio nuomone, orumas yra viena iš moralinių dorybių ir neabejotinai svarbus. Lietuvos socialinių darbuotojų etikos kodekse (1999) pabrėžiama, kad socialinis darbuotojas pirmiausia gerbia kliento orumą, jo teisę į laisvę. Socialinės pagalbos teikėjai, pagal šias teorijas ne tik turėtų gerbti klientų orumą, bet ir parodyti orumą kaip savo charakterio bruožą (Nordenfelt L., 2004). Tapatybės orumas, taip pat svarbus socialiniams darbuotojams dirbantiems medicinos įstaigose, nes jis turi potencialą duoti aiškias gaires, kaip turėtume elgtis su kitais žmonėmis praktikoje, siekiant išsaugoti savo orumą. Taigi socialinio darbuotojo veika turi būti grindžiama vertybių sistema, etika bei reikalauja daug teorinių žinių.

S. Commission (1959) pabrėžia, kad socialinis darbas yra į problemą orientuotos paramos veikla. Tai ne pelno veikla, nukreipta į gerovės užtikrinimą, geresnį resursų panaudojimą. W. Gorolow (1969) išskiria praktinį socialinį darbą, kurio svarbiausias tikslas – įvertinti asmens situaciją, visais būdais ir priemonėmis teikti pagalbą žmonėms, atsidūrusiems situacijoje, kurioje jų galimybės ir gebėjimai nepakankami. A. Bagdonas (2001) teigia, kad suformuoti socialinio darbo apibrėžimą yra sudėtinga, nes nėra vieningos socialinio darbo teorijos. Socialiniam darbuotojui reikia veikti daugiafunkcinėje sistemoje, kuri susideda iš kliento, darbo metodų bei aplinkybių ir situacijų. Kiekvienas atvejis skirtingas, tad socialinio darbo pagrindu gali būti kiekvienas teiginys.

Kadangi socialinės pagalbos pagrindas, tai daugiadisciplininė pagalba - klientui, čia labai svarbu socialiniam darbuotojui į socialinės pagalbos tinklą įgalinti kitus asmenis, kurių dėka suformuojama bendradarbiavimu pagrįsta – komanda.

1.1 Komandinio darbo ypatumai, teikiant socialinę pagalbą medicinos įstaigose

Lietuvoje, iki 1993 metų specialiųjų slaugos ir priežiūros ligoninių nebuvo. Vyravo biomedicininis modelis, mirštančiuosius slaugydavo artimieji namuose arba bendro profilio ligoninėse. Labai mažai dėmesio buvo skiriama dvasiniams, psichologiniams, emociniams poreikiams tenkinti (Socialinė gerontologija, 2002). Šiuo metu Lietuvoje atlikta nemažai tyrimų apie socialinį darbą ir socialinį darbuotoją. Pasak N. Večkienės (2009) socialiniam darbuotojui dirbant vienoje komandoje su medikais, kitais specialistais, siekiant vieno tikslo, atsiranda tam tikri socialiniai santykiai. Kaip teigia I. Leliūgienė (1997) socialinis darbas gydymo įstaigose įpareigoja ir kitus medicinos darbuotojus būti atsakingais už klientų socialines ar psichologines problemas.

I. Leliūgienė (1997) teigia, kad socialinis darbas medicinos įstaigose, socialinių darbuotojų praktika ligoninėse ar kitose globos medicinos įstaigose, nukreipta į sveikatos gerinimą, ligų prevenciją, pagalbos teikimą klientams ir jų šeimos nariams, sprendžiant socialines ir psichologines problemas, susijusias su ligomis ar susidariusią fizinę ar emocinę būseną. Autorė siūlo socialinį darbą skirstyti į dvi medicininio darbo grupes: Sanogeninio kryptingumo socialinis darbas – formuoja sveikos gyvensenos pagrindus, aprūpina klientus nauja informacija sveikatos klausimais. Patogeninio kryptingumo socialinis darbas – tai socialinis darbas atskirose medicinos ir sveikatos apsaugos srityse, žinių perdavimas bendradarbiaujant su kitų profesijų atstovais. R.Azarinskienės ir L.Blaževičienės (2011) teigimu, sveikatos priežiūros įstaigose dirbantys socialiniai darbuotojai turi gebėti vartoti atitinkamus medicininis terminus, išmanyti medicininės diagnozes, žinoti skirtingų pacientų grupių socialines problemas. B.Compton ir B.Galaway (1999), socialinį darbuotoją, įvardina, kaip tarpininką tarp asmens ir jo aplinkos kuris padeda klientui spręsti įvairius sunkumus ir problemas. Socialinis darbuotojas atsiskleidžia, kaip tam tikros sąveikos tarp skirtingų grupių, bei socialinio tinklo užmezgėjas. Bendradarbiavimo sistemos kūrimas yra vienas esminių socialinio darbo intervencijos proceso sudėtinių dalių. Taikant tiesioginio ir netiesioginio socialinio darbo intervencines kryptis klientą siekiama įtraukti į pagalbos procesą ir į socialinės paramos, paslaugų infrastruktūros tinklą (S.Šalkauskienė, 2016). Anot V.Vaicekauskienės (2003), bendradarbiavimas yra apibrėžiamas kaip socialinės sąveikos

forma, kuri naudojama siekiant: 1) organizuoti bendrą grupių veiklą ir derinti bendrus veiksmus, vienyti individualias pastangas, t. y. kurti bendradarbiavimo veiksmų sistemą; 2) plėtoti socialinius bendradarbiavimo ir pagalbos santykius, bendrauti partneriams keičiant vienas kitą ir darant įtaką vienas kitam. Socialinė pagalba grįsta bendradarbiavimu padeda pasiekti, kad klientas galėtų rinktis to ko nori. Johnson, (2003) teigimu, bendradarbiaujant yra svarbūs penki pagrindiniai elementai: 1) teigiama tarpusavio priklausomybė – kai dalyviai suvokia, jog tik bendro darbo rezultatas gali būti vertingas, kad jie vienas kitam yra reikalingi norint atlikti skirtą užduotį; 2) individuali atsakomybė – kiekvienas dalyvis jaučiasi atsakingas už savo darbą, nesiekia tik pasinaudoti kitų darbo rezultatais; 3) skatinanti sąveika – dalyviai vienas kitam padeda, drąsina, pastebi ir skatina vienas kito pastangas aiškinantis problemas, jų sprendimo būdus; 4) grupiniai procesai – periodiškai analizuojami bei reflektuojami bendradarbiaujant vykę procesai, numatoma tolesnė galimybė juos tobulinti; 5) socialiniai gebėjimai – negalima efektyviai dirbti, jei nėra taikomi bendravimo, vadovavimo, sprendimų priėmimo, konfliktų aiškinimosi gebėjimai. Kalbant apie bendradarbiavimą ir komandą, nereikėtų šių aspektų atskirti, mokslinėje literatūroje šios sąvokos apibrėžiamos sinonimiškai. V.Barvydienė (2004) teigia, kad komanda - tai kartu dirbančių asmenų grupė, kurioje visų asmenų buvimas yra būtinas bendram tikslui įgyvendinti ir kiekvieno grupės nario individualiems poreikiams patenkinti. Tokią grupę gali sudaryti panašūs ir kartu skirtingi žmonės. Anot B. Everardo, G.Morris (1997) komanda - tai žmonių grupė, galinti veiksmingai imtis bet kokio darbo, kuriam ji buvo suformuota. Veiksminga vadinama tai, kai darbo kokybė kurią galima pasiekti yra geriausia. Kiekvienas narys atlieka savo funkcija geriausia kaip gali, komandos nariai vieni kitus palaiko ir visad sąveikauja – kiekvienas prisitaiko, kad galėtų dirbti kuo optimaliau.

Apibendrinant komandinio bendradarbiavimo definicijų turinį bei jo svarbą socialiniam darbui galima teigti, kad bendradarbiavimas, siekiant socialinės pagalbos, – tai tam tikrų narių bendra veikla, įgalinant klientą ir kitus narius kartu planuoti, spręsti problemas, ieškant bendro socialinių problemų sprendimo ir siekiant bendro galutinio tikslo, kuris tenkintų klientą. Socialinis darbuotojas medicinos įstaigoje, tampa pagrindinis socialinio tinklo tarp suinteresuotų asmenų „užmezgėjas“, komandos narys. Bendradarbiavimas, siekiant visapusiškai patenkinti kliento orumą medicinos įstaigoje, atskleidžia naudojamą holistinį pagalbos modelį, bei komandos svarbą. Akcentuojant medicinines, psichologines, dvasines pagalbos svarbą klientui medicinos įstaigoje, labai svarbi tampa socialinė paliatyvioji pagalba, kuri sunkiai sergančiam pacientui gali padėti pagerinti gyvenimo kokybę, bei išlaikyti jo orumą ligos atveju.

1.2 Socialinė paliatyvioji pagalba, socialinės pagalbos priemonė palaikant asmens orumą

Modernios paliatyviosios pagalbos klientui ir visai paliatyviosios pagalbos plėtrai, didelę įtaką turėjo C.Saunders (1967) ji laikoma modernios paliatyvios ligoninės pradininke. Paliatyviosios pagalbos terminas yra kilęs iš lotyniško žodžio palium – apsiaustas ar antklodė. Tai reiškia apsiausti, apglėbti, apgaubti sergantį žmogų. Etimologiškai paliatyvi pagalba iš esmės yra nepagydomos ligos padarinių slėpimas ar apsiautimas apsiaustu tų, kurie yra palikti šaltyje, nes gydomoji medicina jiems padėti nebegali (Paliatyvioji slauga, 2005). Todėl, paliatyviojoje pagalboje, labai svarbų vaidmenį atlieka, ne medikai, o kiti specialistai – socialinis darbuotojas, dvasininkas, kineziterapeutas ir kt., kurie, kartu su medicinos darbuotojais sudaro daugiadisciplininę komandą. Analizuojant užsienio autorių (Luptak, 2004; Berger, Pereira, Baker ir kt., 2002) mokslo literatūrą, paliatyvi pagalba identifikuojama, kaip procesas, kurio tikslas yra visapusiška pagalba asmeniui, kuri susideda iš simptomų valdymo, dvasinio, psichologinio, socialinio palaikymo, pagalbos šeimai, kurioje svarbų vaidmenį atlieka socialinis darbuotojas, kuris tampa koordinatorius tarp visų komandos ir šeimos narių.

Socialinė paliatyvioji pagalba yra orientuota į gyvenimo gerinimą plačiaja prasme - suteikiant komfortą įvairaus amžiaus žmonėms, kurie serga sunkiomis, lėtinėmis ir gyvybei pavojingomis ligomis (Danis M., et al., 2016). Tokios ligos apima vėžį, širdies nepakankamumą, inkstų nepakankamumą, lėtines obstrukcines plaučių ligas, AIDS, Alzheimerio ligą ir kitas nepagydomas ligas. Ori mirtis yra prioritetinės PSO kryptys (2005), susitaikyti su sunkia bei nepagydoma liga yra sudėtinga ne tik pačiam pacientui, bet ir jo artimiesiems. Norint išvengti neigiamų emocijų socialinė paliatyvioji pagalba gali padėti pacientui bei jų artimiesiems susidoroti su iškilusiomis problemomis. Socialinė paliatyvioji pagalba, tai globos rūšis žmonėms, kurie serga rimtomis, jau nebepagydomomis ligomis, (Carter B., et al, 2011).

Taigi, socialinės paliatyviosios pagalbos tikslas yra pagerinti paciento gyvenimo kokybę, ne tik fiziniu, bet ir protiniu bei dvasiniu aspektais. Teikiant kompleksinę pagalbą asmenims, svarbų vaidmenį atlieka komandinis darbas, socialinėje paliatyviojoje pagalboje komandinis darbas ypatingai svarbus, komandos nariai yra orientuoti į pacientą, jo poreikius bei problemas. Paliatyviosios priežiūros komandos nariai vertina kaip kliento liga paveikia jų emocijas ir dvasią, tam kad galėtų suteikti kaip įmanoma tikslingesnę priežiūrą, kuri atitiks paciento norus fizine, protine bei dvasine prasmėmis. Jie taip pat padeda pacientui susidaryti ateities planus dėl savo sveikatos ir medicininės priežiūros (McLeod R., et al., 2014). 2007 m. Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo).

Paliatyviosios pagalbos paslaugos apima šias sritis: socialinio darbuotojo veiklos kompetencijoje yra socialinių poreikių vertinimas ir stebėjimas, socialinės pagalbos planavimas ir teikimas, tarpininkavimas sprendžiant socialines problemas. Šias funkcijas socialinis darbuotojas organizuoja ir vykdo kartu su kitais paliatyvios pagalbos komandos nariais (LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“). Komandoje taip pat gali būti dvasinis konsultantas, psichologas ar psichiatras, dietologas, ergoterapeutas, vaistininkas, kineziterapeutas, kvėpavimo terapeutas ar savanoris, priklausomai nuo paciento poreikių (Šeškevičius A., 2014).

Reikia pažymėti, kad kai kuriuos socialinės paliatyvios pagalbos komandos narius klientas gali pamatyti tik vieną kartą. Visa tai priklauso nuo to, kokių poreikių turi klientas bei kokių specialistų reikia, kad būtų užtikrinta kaip įmanoma geresnė bei pilnavertė priežiūra. Norint kad socialinė paliatyvioji pagalba būtų kaip įmanoma efektyvesnė, yra būtinas aktyvus kliento bei jo artimųjų dalyvavimas (Plunkett S., 2011).

Pagal S.Plunkett (2011), socialinis darbuotojas paliatyviojoje pagalboje, turi atlikti šias funkcijas:

- Šeimos narių mokymas apie paciento ligą, gydymą ir vaistus;
- Organizuoti artimųjų poilsį nuo asmens priežiūros;
- Teikti pagalbą keliaujant, valgant ir apsiperkant.

Kadangi, paliatyvioji pagalba vadovaujasi holistiniu principu, todėl pagalbos komandoje privalo dirbti skirtingi specialistai, kurie turi teikti atskiras pagalbos rūšis, taip sudaroma tarpdisciplininė komanda. Klientams tai reiškia ėjimą į iššūkius, kuomet liga paveikia kiekvieną jų gyvenimo aspektą. Tai taip pat reiškia, kad socialinė paliatyvioji pagalba apima šeimos narius ir globėjus. Holistinis požiūris į žmogų skatina suvokti ne tik biologinius jo poreikius, todėl tai reikalauja iš slaugytojų, socialinių darbuotojų, gydytojų ir dvasininkų savarankiškos veiklos ir atsakomybės už savo sprendimus bei jų įgyvendinimą (Šeškevičius, 2005).

Klientai bei jų artimieji pirmiausiai su sveikatos priežiūros gydytoju įsitikina, kad kliento priežiūra atitiks jo tikslus bei poreikius, pavyzdžiui, valdyti nerimą keliančius simptomus, arba tinkamai priimti ateities planus (Adib-Hajbaghery M, et al., 2015).

Klientas yra raginamas kalbėti apie viską socialinės paliatyviosios pagalbos vizito metu, įskaitant:

- gydymą;
- skausmą ir gydymo šalutinį poveikį;
- emocinius ir socialinius iššūkius;

- dvasines problemas;
- tikslus ir svajones;
- slaugos priežiūrą;
- esamas direktyvas. Direktyvos tai instrukcijos gydytojams ir artimiesiems kaip atitinkamai elgtis, jei pacientas atsisakys priežiūros arba negalės kalbėti už save bei atsakyti už savo veiksmus.

Periyakoil V. S. ir kt (2010) nustatė, kad sunkiai sergantys klientai, kuriems buvo taikyta ankstyva socialinė paliatyvioji pagalba, buvo mažiau linkę į depresiją ir išgyveno 2,7 mėnesių ilgiau, nei kiti tokio pobūdžio pacientai.

Socialinės paliatyviosios pagalbos esminis požiūris - pagerinti klientų gyvenimo kokybę ir suteikti jų šeimoms pagalbą susiduriant su problemomis, kurios yra susijusios su gyvybei pavojinga liga, per skausmo gydymą, fizines, psichosocialines ir dvasines prevenciją (Šeškevičius A., 2005). Todėl kai kurie paliatyviosios pagalbos kūrėjai teigia, jog socialinė paliatyvioji pagalba:

- teikia pagalbą nuo skausmo ir kitų kankinančių simptomų; (Adib-Hajbaghery M, et al., 2015)
- aiškina gyvenimą ir mirtį kaip normalius procesus; (Matzo M., et al., 2015)
- nei pagreitina, nei atideda mirtį; (Wilson O., et al., 2016)
- integruoja psichologinius ir dvasinius aspektus pacientų priežiūroje; (Matzo M., et al., 2015)
- siūlo paramos sistemą, siekiant padėti pacientams gyventi kuo aktyviau iki pat mirties; (Matzo M., et al., 2015)
- siūlo paramos sistemą, siekiant padėti šeimai susitaikant su paciento liga ir jo netektimi; (Adib-Hajbaghery M, et al., 2015)
- atsižvelgia į visos komandos požiūrį siekiant spręsti paciento poreikius ir jų šeimoms, įskaitant netekties konsultavimą; (Adib-Hajbaghery M, et al., 2015)
- pagerina gyvenimo kokybę, o taip pat gali teigiamai paveikti ligos eigą; (Wilson O., et al., 2016)
- taikoma nuo ligos pradžios, kartu su kitais gydymo būdais, kurie yra skirti prailginti gyvenimą, pavyzdžiui, chemoterapija ar radioterapija, siekiant geriau suprasti ir valdyti kliniškes komplikacijas. (Adib-Hajbaghery M, et al., 2015)

Ankstesnė išanalizuota mokslinė literatūra (D.Sandman 2000, J.Manno 1998, B.Carter 2011) atskleidė, kad asmens orumas sudėtinis reiškinys, kuris susijęs su žmogaus vidine būseną taip pat su jį supančią aplinką. Asmens orumo suvokimas socialinės pagalbos kontekste, yra labai svarbus dėl to, kad asmuo atsidūręs situacijoje, kuomet jo galimybės ir gebėjimai yra riboti tikisi

visapusiškos socialinės pagalbos. Kaip teigia I. Leliūgienė (1997) socialinis darbas – tai profesinė veikla, teikiant pagalbą individui, grupėms ar bendruomenėms, sustiprinant ir atgaivinant jų sugebėjimus socialiniam funkcionavimui ir sudarant palankias visuomenei sąlygas šiems tikslams pasiekti, o visą socialinę veiklą atlieka – socialinis darbuotojas. Kliento gerovės laidavimui labai reikšmingas subalansuotas ir išplėtotas komandinis darbas t.y. socialinis bendradarbiavimas su kitais profesionalais, nes klientai turi įvairaus pobūdžio problemų – nuo fiziologinių sutrikimų iki teisinių ir socialinių poreikių (Socialinė gerontologija, 2004). Socialinio darbuotojo vertybės ir įgūdžiai yra puikiai suderinami su slaugos ligoninės ir socialinės paliatyviosios pagalbos programomis, kurios yra skirtos gydyti žmogų tarpdisciplininio būdu, pagerinant jo gyvenimo kokybę sunkiomis akimirkomis. Socialinis darbuotojas paliatyviojoje pagalba tampa pagrindinis socialinio tinklo tarp suinteresuotų asmenų „užmezgėjas“, komandos narys.

Socialiniai darbuotojai paliatyviojoje pagalba padeda pacientams ir jų šeimoms šiose srityse:

- simptomų valdymas. Fizinis simptomų valdymas, toks kaip atsipalaidavimo pratimai, kurie gali padėti sumažinti pykinimą ar skausmą. (Carter B., et al., 2011)
- psichologinės ir dvasinės įtampos mažinimas. Psichologiniai/ dvasiniai stresoriai, pavyzdžiui, nerimas, kaltė, ar depresija gali būti valdomi konsultavimo (įskaitant emocinę paramą), švietimo ar trumpalaikiais psichologiniais metodais. (Matzo M., et al., 2015)
- etinės dilemos. Etikos dilemos (pavyzdžiui, panaikinti arba nutraukti gydymą) taip pat gali kilti ir socialiniams darbuotojams, todėl jie yra priversti adaptuotis prie kiekvieno paciento individualiai, palengvinant apsisprendimą, randant tinkamas išeitis, kurios bus naudingos šeimoms. (Matzo M., et al., 2015)
- finansinis stresas. Finansinės problemos dažnai tampa svarbiu klausimu kur socialiniai darbuotojai gali labai gerai ir sėkmingai padėti žmonėms surasti išteklių papildomam sveikatos draudimui, medicininėms išlaidoms ir sąskaitoms, ar supažindinti su neįgalumo pašalpomis. (Carter B., et al., 2011)
- išankstinis priežiūros planavimas. Pagalba dėl išankstinio priežiūros planavimo, siekiant užtikrinti, kad visi pacientai ir jų artimieji būtų patenkinti gydymu. Išankstinis priežiūros planavimas reiškia, jog socialinis darbuotojas padeda priimti sprendimus dėl gydymo, priežiūros ir laidotuvių, bendrauja su artimaisiais bei konsultuoja teisiniais aspektais. (Matzo M., et al., 2015)
- sielvartas ir netektis. Pagalba susidoroti su netektimis ir kylančiu sielvarto procesu - tai dar viena sritis, kurią socialiniai darbuotojai gerai išmano. Darbas su stipriomis emocijomis, susijusiomis su skausmu gali būti itin svarbus, todėl tinkama parama ir informacija yra būtina. Socialiniai darbuotojai turi informacijos ir įgūdžių, kurie padėtų

lengviau išgyventi sielvartą ir padėti žmonėms išvengti barjerų, kurios gali iššaukti daugiau sudėtingų reakcijų, tokių kaip depresija. (Lebednykienė D., 2010)

Socialiniai darbuotojai paliatyviosios priežiūros komandose atlieka pirminį psichosocialinį vertinimą, kuris yra labai svarbus, kad medicininė priežiūra būtų veiksminga ir tinkama kiekvienam klientui bei jo šeimai individualiai. Atliekant šį vertinimą, klausiama apie dvasinius ir kultūrinius įsitikinimus, kad socialiniai darbuotojai galėtų konsultuoti kitus komandos narius, taip pat aiškinamasi apie tai, ko kiekviena šeima nori, ir dar svarbiau, kas jiems netinka.

Praeities istorija taip pat labai svarbi, nes socialinis darbuotojas atsižvelgiamas į šeimos išgyvenimus gali identifikuoti išgyvenimo įgūdžius ir stiprybes. Šie įgūdžiai ir privalumai yra parengiami ir dar labiau sustiprinami, siekiant padėti žmonėms esamoje padėtyje (Johnston B., et al., 2015). Jeigu yra ypatingų sunkumų, pavyzdžiui, nuostolių ar finansų streso, socialiniai darbuotojai padeda padaryti planus suteikdami papildomų intervencijų, palaikymo ir / ar lėšų.

Apibendrinant - kaip tarpdisciplininės komandos dalis, socialiniai darbuotojai atstovauja konkrečius kliento ar šeimos norus kiekviename komandos susirinkime ir gina juos per kitas sistemas, siekiant užtikrinti, kad kiekviena šeima gautų tinkamą priežiūrą bei jų poreikius atitinkančią pagalbą. Po paciento mirties, socialiniai darbuotojai teikia informuoja apie susitaikymą su netektimi, švietimą ir paramą šeimos nariams. Socialinis darbuotojas socialinės paliatyvios pagalbos procese yra lygiavertis socialinės paliatyvios pagalbos komandos dalyvis. Dirbdamas turėtų vadovautis socialinių darbuotojų etikos kodeksu, žmogaus teisių konvencija, konkrečios institucijos, kurioje dirba pareigybėmis, vidaus taisyklėmis ir bendraisiais etikos principais. Taip pat jo vaidmuo apima ne tik socialinę pagalbą, kuomet yra suteikiama informacija apie paramos bei pagalbos tiekėjus, tačiau taip pat jis turi išmanyti psichologiją bei ją pritaikyti ne tik pacientui, bet ir jo artimiesiems.

1.3 Socialinio darbo principai, išlaikant asmens orumą

Nors socialinė paliatyvioji pagalba skirtingose šalyse bei doktrinose yra suprantama skirtingai, tačiau visuose šaltiniuose galima rasti bendrų bruožų, vertybių ir principų, kuriuos galima išreikšti kaip socialinės paliatyviosios pagalbos filosofija. Specialistai vertina paciento autonomiškumą ir orumą, kiekvienam pacientui planuoja pagalbą ir sprendimus priima individualiai, vadovaudamiesi holistiniu požiūriu.

Autonomiškumas. Teikiant paliatyviają pagalbą, kiekvienas pacientas yra vertinamas bei pripažįstamas kaip individuali ir unikali asmenybė. Tik jam ar jo nariams sutikus galima pradėti taikyti pagalbą, paramą ar kitokią priežiūrą. Vadovaujantis autonomiškumo principu, kiekvienas pacientas turėtų priimti sprendimus dėl gydymo. Norint tai įgalinti yra būtina suteikti

visą informaciją apie gydymą, jo eigą, galimybes bei komplikacijas (Matzo M., et al., 2015). Tačiau, jei nutinka taip, kad pacientas nebegali arba nebenori priimti svarbių sprendimų apie tolimesnę gydymo eigą, tuomet tokia teisė pereina šeimos nariams, atsižvelgiant į kultūrinę bei etinę situaciją.

Orumas. Socialinė paliatyvioji pagalba turi būti teikiama pagarbiai, sąžiningai ir jautriai, ji turi būti jautri asmeninėms, kultūrinėms ir religinėms vertybėms, įsitikinimams ir praktikai, be to, atitikti šalies įstatymus. Orumą kiekvienas supranta individualiai, priklausant nuo kiekvieno paciento požiūrio ir prioritetų (Pringle J., et al., 2015). Dėl šios priežasties yra būtina atvirai bendrauti su pacientu bei jo artimaisiais, kad būtų išsiaiškintas paciento požiūris bei etinės nuostatos. Artimas bendravimas yra didelė socialinės paliatyviosios pagalbos dalis. Socialinės paliatyviosios pagalbos komandos nariai skatina pacientą klausytis savo jausmų ir kalbėti apie tai, kas jam yra svarbiausia. Jie taip pat bando paaiškinti būdus kaip pacientas ar jo artimieji gali geriau suprasti esamą ligą bei jos būseną (McLeod R., et al., 2014).

Kliento ir sveikatos priežiūros socialinio darbuotojo santykiai. Paliatyviają pagalbą teikiančiam personalui ypač socialiniam darbuotojui svarbu palaikyti kolegiškus santykius su klientais ir jų šeimos nariais. Klientai ir jų šeimos nariai yra svarbūs partneriai, kurie dalyvauja planuojant pagalbą, ligos gydymą. . B.Compton ir B.Galaway (1999), socialinį darbuotoją, įvardina, kaip tarpininką tarp asmens ir jo aplinkos kuris padeda klientui spręsti įvairius sunkumus ir problemas

Gyvenimo kokybė. Pagrindinis socialinės paliatyviosios pagalbos tikslas – pasiekti geresnę gyvenimo kokybę, ją išsaugoti ir pagerinti. Kas yra kokybiškas gyvenimas, kiekvienas pacientas apibrėžia skirtingai (Johnston B., et al., 2015). Tačiau reikia pažymėti, kad kiekvieno žmogaus gyvenimo kokybė priklauso nuo jo psichologinės, socialinės ir dvasinės būsenos. Taigi, gyvenimo kokybė labiau priklauso nuo suvokiamo atotrūkio tarp lūkesčių ir realios būklės, o ne nuo objektyvaus funkcijos sutrikimo.

Požiūris į gyvenimą ir mirtį. Pirmajame PSO, 1990 metais priimtame, apibrėžime teigiama, kad „paliatyvioji medicina gyvenimą ir mirtį laiko normaliu procesu“ (12 psl.), tokią pačią nuomonę atitinka ir kiti apibrėžimai. Mirtis vertinama taip pat kaip gyvenimas ir laikoma neatsiejama jo dalimi. Socialinė paliatyvioji pagalba nesistengia nei pagreitinti, nei atitolinti mirties. Eutanazijos ir asistuojamos savižudybės taikymo nederėtų priskirti paliatyviajai pagalbai (Škevičius A., 2014)..

Bendravimas. Bendravimas apima komunikaciją tarp kliento ir sveikatos priežiūros specialistų, taip pat tarp klientų ir jų artimųjų, tarp skirtingų pagalbą teikiančių sveikatos priežiūros specialistų bei tarnybų. Paliatyviojoje pagalba bendravimas yra kur kas daugiau negu vien apsikeitimas informacija. Dažnai tenka aptarti sudėtingus ir skausmingus klausimus. Bet kurios

sveikatos priežiūros specialistas gali dalyvauti dvasinėje globoje, suprasti paciento perspektyvą ir sudaryti su pacientu holistinį priežiūros planą.

Daugiadalykis ir tarpdisciplininis požiūris. Komandinis darbas yra pagrindinė socialinės paliatyviosios pagalbos sudėtinė dalis. Į komandą įtraukiami nariai iš skirtingų sveikatos priežiūros ir kitų sričių, specialybių, kurios dirba kartu ir/ar pagerina konkrečia liga sergančių pacientų priežiūrą. Esama aiškių įrodymų, kad komandinis darbas teikiant paliatyviąją pagalbą pacientui yra naudingas. Taip pat, įrodyta, kad tarpdisciplininis požiūris sumažina bendras išlaidas pagalbai, nes sutrumpėja laikas, kurį pacientai praleidžia skubios pagalbos skyriuose. Europos Taryba rekomenduoja, kad specializuotose socialinės paliatyviosios pagalbos komandose vadovo vietą turėtų užimti kvalifikuotas socialinės paliatyviosios pagalbos srities specialistas, kuris galėtų tiksliai įvertinti esamą situaciją bei ją gerinti (Johnston B., et al., 2015).

Gedulas ir gedėjimas. Paliatyvioji pagalba užtikrina paramą šeimai ir artimiesiems, slaugantiems pacientą ligos metu, padeda jiems pasirengti netekčiai, jei reikia, pagalba teikiama ir po paciento mirties gedėjimo laikotarpiu. Paslaugos gedintiems yra laikomos vienomis iš pagrindinių socialinės paliatyviosios pagalbos paslaugų (Šekevičius A., 2014).

Remiantis teorine analize (Šekevičius A., McLeod R., 2014, S.Plunkett, Carter B 2011), galima teigti, kad visose išvardintose aspektuose, socialinio darbuotojo veikla ypač svarbi, nes socialinis darbuotojas paliatyviojoje komandoje yra tarpininkas sprendžiant socialines problemas, koordinuoja, planuoja, teikia, stebi ir įvertina socialinius poreikius. Kaip matoma, socialinė paliatyvioji pagalba apima nemažai skirtingų sričių, išgyvenimų, pojūčių bei barjerų. Trumpai apibendrinant - socialinė paliatyvioji pagalba yra skiriama pacientams, kurie serga sunkia, nepagydoma liga ir kuriems reikalinga profesionali specialistų pagalba, kuri padėtų sumažinti skausmą, palaikytų morališkai bei psichologiškai. Norint suteikti klientui kaip įmanoma geresnes socialinės paliatyviosios pagalbos sąlygas, specialistų komandą sudaro ne tik gydytojas bei slaugytojas, bet ir socialinis darbuotojas, psichologas, dvasininkas, savanoriai bei šeimos nariai. Kadangi socialinė paliatyvioji pagalba remiasi holistiniu principu, todėl ne nuostabu, kad ji apima daug skirtingų filosofinių aspektų, tokių kaip anonimiškumas, orumas, gyvenimo kokybės gerinimas, bendravimą taip pat gedulo ir mirties suvokimą.

1.4 Žmogaus orumas socialinės paliatyviosios pagalbos kontekste

Tarptautinės slaugytojų tarybos etikos kodekse (2012) nurodoma, kad orumo palaikymas neturėtų būti ribojamas individo amžiaus, odos spalvos, religijos, kultūros, lyties, orientacijos, tautybės, rasės, socialinės padėties ar sveikatos būklės. Tačiau, nors orumas yra priimtinas kaip

visuotinis poreikis, kuris yra esminis kiekvieno individo gerovės palaikymas visuomenėse, tikroji „praktiškoji“ orumo prasmė išlieka sudėtinga ir neaiški, dėl jos daugiadisciplininiškumo (Fitchett G., et al., 2015). Kad nėra aiškios orumo termino evoliucijos, teigė ir J.Ruškė (2014), bet visais laikais žmogaus vertybių padėtis buvo apibrėžiama per santykį. Pagarbos, savarankiškumo, įgalinimo ir komunikacijos sąvokos mokslininkų buvo traktuojami kaip pagrindiniai sinonimai apibrėžiant orumą. Savo ruožtu, kiekvienas iš šių požymių yra daugialypis, toliau prisidedantis prie kompleksinės, dviprasmiško pobūdžio koncepcijos. Socialinėje paliatyviojoje pagalba, pagarba gali apimti savigarbą, pagarbą kitiems ir pagarbą kliento bei jo artimųjų privatumui; autonomija gali reikšti turintis pasirinkimą, suteikti pasirinkimus, priimant sprendimus, kompetencijas ir nepriklausomumą; įgalinimas gali būti savigarba, savivertė, kuklumas ir pasididžiavimas; komunikacija gali būti paaiškinti ir suprasti informaciją, naudojant verbalinius ir neverbalinius būdus (Chochinov H.M., et al., 2011).

Du pagrindiniai veiksniai, kurie turi įtakos orumo išsaugojimui iki gyvenimo pabaigos yra savigarbos skatinimas bei kliento gydymas. Dauguma žmonių netinkamai interpretuoja sampratą orio mirtis, todėl daugiausiai dėmesio skiria simptomų kontrolei, o ne viską apimančiai globaliai (Chochinov H.M., 2013), kuri, kaip išsiaiškinta ir yra socialinė paliatyvi pagalba. Todėl yra būtina šviesti ir daugiau kalbėti apie orumą palaikymą ir akcentuoti, jog socialinė paliatyvioji pagalba gali būti naudinga atsižvelgiant į fizinius, emocinius ir dvasinius paciento poreikius socialinės paliatyviosios priežiūros įstaigose.

Dėl fizinių poreikių, bandant padidinti ir išsaugoti orumą, mokslinė apžvalga parodė, kad simptomų kontrolė ir tinkama aplinka yra svarbūs veiksniai teikiant orią priešmirtinę žmogaus priežiūrą. Geras fizinių simptomų valdymas, tokių kaip skausmas, dusulys, vidurių užkietėjimas, pykinimas ir kvėpavimo takų išskyros, suteikia specialistui galimybes dirbti per emocinius, psichologinius ir dvasinius barjerus bei mažinti uždarumo jausmą (Sridhar P., et al., 2012). Tačiau reikia pažymėti, jog invaziniai bei kitokie netinkami gydymo būdai, gali apsunkti paciento būklę prieš mirtį.

Dėl emocinių paciento poreikių, svarbiausi veiksmai paliatyvios priežiūros specialistams, apima bendravimą, klausymą, perteikiant empatiją ir įtraukiant klientus į sprendimų priėmimus. Be to, geras bendravimas tarp kliento ir savo komandos narių apie savo jausmus turėtų būti skatinamas visų specialistų.

Europos Tarybos komiteto (2003) nutarimu, paliatyvi pagalba – tai visuma gyvenimo kokybės gerinimo priemonių sunkiai sergančiam asmeniui ir jo šeimos nariams. Paliatyvi pagalba, orientuota į pacientą, pripažįsta, kad orumas ir autonomiškumas yra patys svarbiausi paliatyvios pagalbos klausimai. Dvasiniai poreikiai, taip pat turėtų būti sprendžiami socialinės paliatyviosios pagalbos komandoje. M.A.Tayeb (2010) įvertino dvasinius asmenų, sergančių vėžiu, poreikius.

Buvo išskirti du svarbiausi poreikiai: poreikis būti pripažintam kaip asmeniui iki gyvenimo pabaigos, neprarandant savo tapatybės, ir teisė žinoti tiesą apie savo ligą. Mažiau svarbiu laikomas susirūpinimas dėl savo praeities ir ateities bei religiniai klausimai. Atrodytų, kad dvasinė priežiūra turėtų apimti religijos išmanymą, tačiau paliatyvioje pagalboje ši priežiūra apima kur kas daugiau nei palengvintą priėjimą prie atitinkamų kapelionų (Vilalta A., et al., 2014).

Kitos priemonės skatinančios neprarasti orumo, apima veiklą, kuri nereikalauja didelių finansų išteklių, pavyzdžiui, skaitymas ar televizoriaus žiūrėjimas, laiko praleidimas su savo šeima, prisimenant šeimos orumą po mirties bei siūlant jiems emocinę paramą. Be to, buvo įrodyta, kad pasakojimas apie buvusius gyvenimo etapus gali padėti asmenims sergantiems demencija išlaikyti savo orumą, tapatybę (Dewar R., et al., 2015). Tai yra naudinga paliatyviai priežiūrai, kadangi gali padėti komandos nariams geriau suprasti kliento poreikius.

Religiniai ir kultūriniai veiksniai, taip pat turi įtakos orumui. Kadangi orumas yra sudėtinis reiškinys, o kultūra plati koncepcija, kuri apima platų spektrą fizinių, psichosocialinių, dvasinių, šeiminių ir kultūros klausimų, kurie skirtingose etninėse kultūrose yra suprantamas skirtingai. (Dewar R., et al., 2015).

Norint išsiaiškinti kaip paliatyvi pagalba geba užtikrinti orumą, būtina suprasti kas yra orumo praradimas. Šiai dienai yra sudėtinga atskirti du terminus: orumo nebuvimą bei orumo praradimą prieš mirtį. Orumo praradimas yra susijęs su įžeidinėjimu. Taip pat orumas gali sumažėti, kuomet klientas pats negali išreikšti savo nuomonės apie tai kaip jis atrodo arba negali atsisakyti ligoninės skirtos aprangos, kuri jam netinka bei nepatinka (Sridhar P., et al., 2012). Negalėdamas išreikšti savo nuomonės, klientas yra priverstas paklusti ligoninės nuostatomis, nors tai ir prieštarauja jo įsitikinimams bei poreikiams. Kiti mokslininkai taip pat įrodė, kad orumas gali sumažėti dėl kontrolės praradimo jausmo bei savigarbos praradimo. (Chochinov H.M., 2013)

Kodėl orumas yra svarbus paliatyvioje pagalboje? Kaip teigia Francis Peabody (cit. Sridhar P., et al., 2012) rūpesčio trūkumas gali sukelti susirūpinimą dėl praleistos gydymosi galimybės, medicininių klaidų bei galimų pavojų paciento saugumui ir orumui. Be to, dauguma klientų skundų yra adresuoti patiems sveikatos priežiūros specialistams, jų elgesio bei darbo etikai, o ne jų padarytomis gydymo klaidoms. Taip yra dėl specialistų nesugebėjimo bendrauti nuoširdžiai ar rūpintis pacientu - kitaip tariant, medikai dažnai pažeidžia paciento orumą. Todėl socialinės paliatyvios pagalbos komandoje privalo būti socialinis darbuotojas, kuris turi užmegzti glaudų ryšį tarp visų daugiadisciplininės komandos narių.

Skatinanti gyvenimo peržiūra, taip pat gali sustiprinti paciento orumą. Tai galima padaryti per orumo terapiją, kurią pasiūlė Chochinov H.M (2013), kaip vieną iš psichoterapijos metodų. Orumo terapija orientuota į orumo apsaugą, pavyzdžiui, sprendžiant santykių problemas, dalintis gerais žodžiais apie meilę ar rengiant testamentą artimiesiems. Klientai, dalyvavę orumo

terapijoje, teigė, kad pasiekė aukštesnį pasitenkinimo ir naudingumo lygį sau ir savo šeimoms, įskaitant padidintą gyvenimo prasmės ir tikslo suvokimą (Sridhar P., et al., 2012).

Remiantis teorija, (Chochinov H.M., 2013, Sridhar P., 2012, Tayeb M.A 2010, Dewar R., 2015) sudaryta schema, kuri iliustruoja, kokiomis priemonėmis socialinėje paliatyviojoje pagalboje gali būti palaikomas asmens orumas socialinės pagalbos kontekste.

1 lentelė.

Socialinė Paliatyvi pagalba, kaip priemonė išlaikyti asmens orumą

Socialinė paliatyvi pagalba		
Simptomų kontrolė	Savarankiškumo skatinimas	Privatumo užtikrinimas
Socialinė parama	Finansinių išmokų sutvarkymas	Įsiklausymas į kliento norus
Tinkamos informacijos suteikimas	Rūpestis ir pagarba	Bendradarbiavimas ir tarpininkavimas

Akivaizdu, kad socialinės paliatyviosios priežiūros komandos dalyvavimas skatina orumo jausmą, nes daugiau dėmesio yra skiriama ne ligai, bet asmeniui ir jo visapusiškiems poreikiams. Tokios priemonės buvo įrodytos kaip tikslingos priemonės, skatinančios orumo jausmą (Chochinov H.M., 2013).

Apibendrinant galima teigti kad, nepaisant to, kad orumas yra abstrakti sąvoka, paciento orumo svarba negali būti atimta iš žmogaus dėl netinkamo ar skirtingo požiūrio kampo, dėl jo fizinės būklės. Orumo apibrėžimą galima palyginti su meile – itin svarbiu, plačiai suprantamu, bet sunkiai apibrėžiamu jausmu, kuris negali būti suvokiamas vienpusiškai. Kaip orumas yra subjektyvus pojūtis, taip ir kiekvienas klientas yra unikalus bei turi savo reikalavimus. Todėl yra svarbu, kad paliatyvios pagalbos socialinis darbuotojas sugebėtų užmegzti socialinį tinklą, tarp kitų paliatyvios pagalbos narių, sveikatos priežiūros specialistų, kliento artimųjų, kitų įstaigų, turėtų atvirą požiūrį bei suvokimą, siekiant įvertinti kiekvieno kliento poreikius ir patenkinti, nesiekiant jų pakeisti savo nuožiūra, kadangi priežiūra yra teikiama skirtingo amžiaus, kultūrų ir religijų pacientams. Paprastos priemonės, kaip antai POK ir gyvenimo pasakojimas, rūpestis, glaudus bendradarbiavimas, įsiklausymas, gali padėti paliatyvios pagalbos specialistams geriau suprasti pacientą ir rūpintis juo kaip asmeniu. Tik tinkamai pažįstant pacientą bei suteikiant aukščiausios kvalifikacijos priežiūrą galima užtikrinti paciento ramią būseną, kaip įmanoma kokybiškesnį likusį gyvenimą bei orumą.

1.5. Socialinės paliatyviosios pagalbos situacija Ukrainoje

Dar 2009 metais, Ukrainoje nebuvo galima skirti geriamojo morfino. Nebuvo aktyvių žmogaus teisių organizacijų, galinčių apsaugoti socialinės paliatyviosios pagalbos pacientus, taip pat stiprių teisės asociacijų, kurios galėtų ginti pacientus ar gydytojus bei jų interesus. Ukrainos sveikatos ministerija neįgyvendino jokių programų susijusių su socialinės paliatyviosios pagalbos plėtra (Wolf A., 2008).

Per pastaruosius metus apie slaugos ligoninės priežiūros judėjimą Ukrainoje vis dar yra analizuojama bei bandoma nustatyti pagrindines suinteresuotąsias šalis socialinės paliatyviosios pagalbos atvejais. Analizuojant teisės aktus dėl rūpinimosi žmogaus gyvybe, buvo skirtas ypatingas dėmesys skiriamiems opioidams, o rekomendacijos tobulinti šią sritį vis dar kuriamos.

Paliatyviajai pagalbai Ukrainos Sveikatos apsaugos ministerija įkūrė Koordinavimo tarybą (iniciatyvinis komitetas), kurios tikslai yra:

- plėtoti socialinės paliatyviosios priežiūros sistemą Ukrainoje;
- plėtoti atitinkamą valstybinę programą;
- koordinuoti socialinės paliatyviosios priežiūros paslaugų teikėjus Ukrainoje;
- tobulinti teisės aktus ir mokyti darbuotojus;
- sukurti hospicijos tinklą;
- didinti informuotumą visuomenėje. (Wolf A., 2008)

Taryba vienija pagrindines suinteresuotąsias šalis - Sveikatos apsaugos ministerijos atstovus, darbo ir socialinės politikos ministerijas, pacientų teises ginančias institucijas, savanoriškas organizacijas ir bažnyčias.

Socialinės paliatyviosios pagalbos koordinavimo tarybą remia paliatyviosios pagalbos asociacija ir Tarptautinis Renesanso fondas. Ketverių metų laikotarpyje buvo suformuluota Socialinės paliatyviosios pagalbos plėtros koncepcija (2006-2014) bei numatytas detalus jos įgyvendinimo planas, taip pat skirtas finansavimas. Šie dokumentai buvo Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtinti, tačiau negavę pritarimo iš įvairių medicinos sričių bei kitų ministerijų, programa buvo grąžinti į Sveikatos apsaugos ministeriją tolimesniam tobulinimui. 2008 metų liepos mėnesį, Sveikatos apsaugos ministerija įkūrė paliatyviosios pagalbos institutą, kuris turėtų padėti bei skatinti socialinės paliatyviosios pagalbos plėtrą Ukrainoje. I. Gubsky buvo paskirtas instituto direktoriumi. Institutas išsikėlė šiuos veiklos tikslus:

- koordinuoti Vyriausybės veiklą, skirtą socialinės paliatyviosios priežiūros plėtrai Ukrainoje;
- optimizuoti teisinę reglamentaciją;

- parengti personalą;
- kurti ir valdyti atitinkamus protokolus bei gaires. (Wolf A., 2008)

Kampanija didinanti informuotumą apie socialinės paliatyviosios pagalbos naudą ir poreikį, buvo pradėta bendradarbiaujant su vietos, nacionaline ir tarptautine žiniasklaida. 2007 ir 2008 metais, bendradarbiaujant su Sveikatos apsaugos ministerija, Darbo ir socialinės politikos ministerija subūrė kampaniją, kurioje dalyvavo 10 regioninių socialinės paliatyviosios pagalbos asociacijos filialų. Buvo organizuojami koncertai, apskriti stalai, konferencijos ir kiti masiniai renginiai.

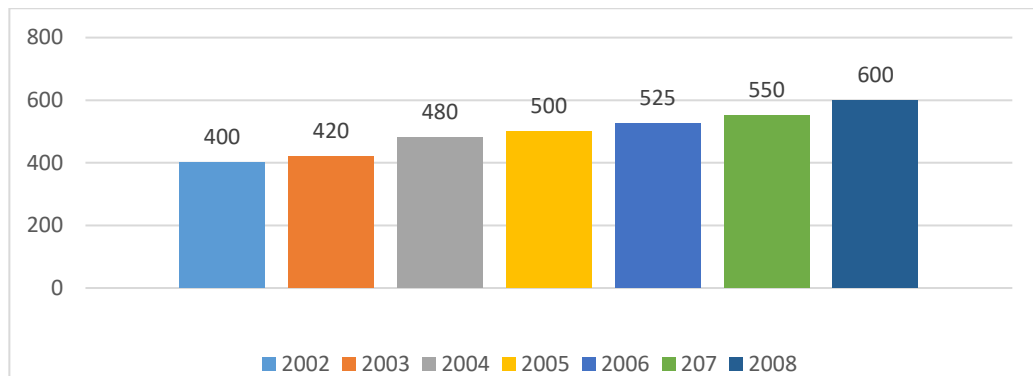
Bendradarbiaujant su Valstybinio mokslo geriatrijos centru ir paliatyviosios medicinos institutu, buvo sukurta ugdymo programa medicinos darbuotojams. Ši programa yra pirmoji švietimo programa Ukrainoje, kuri naudojama mokyti socialinės paliatyviosios pagalbos specialistus. Kartu su Tarptautiniu Renesanso fondu ir Atviros visuomenės instituto pagalba 2008 metais lapkričio mėnesį buvo surengtas seminaras šiai mokymų programai. Jo metu būsiami 32 socialinės paliatyviosios pagalbos specialistai gavo sertifikatus, įteiktus ministro pavaduotojo (Palliative Care To The Cancer Patient, 2014).

Po minėto seminaro pradėta didinti lovų skaičius stacionariose slaugos ligoninėse. Ukrainoje pradėjo kurtis bei atsidarė 8 naujos slaugos ligoninės regionuose. Vienas iš svarbiausių komponentų socialinės paliatyviosios pagalbos programoje buvo išskirta aktyvi komunikacija su žiniasklaida - per pastaruosius metus buvo paskelbta virš 40 publikacijų apie paliatyviają pagalbą.

Tarptautinė socialinės paliatyviosios pagalbos patirtis taip pat buvo analizuojama bei vertinama Ukrainos Sveikatos ministerijos.

Dėka šios veiklos padidėjo socialinės paliatyviosios priežiūros lovų skaičius įstaigose (1 pav.).

- 2002 metais buvo 400 - pacientų lovos 12 socialinės paliatyviosios priežiūros įstaigose;
- 2007 metais - 550 lovos 18 įstaigose;
- 2008 metais - 600 lovų 19 įstaigose. (Wolf A., 2008)



I pav. Socialinės paliatyvios pagalbos lovų skaičius Ukrainoje

Nors vėlesnių metų duomenys nėra pateikti, galima daryti prielaidą, kad lovų skaičius Ukrainoje sparčiai didėjo. Tą įrodo kiti statistiniai duomenys pateikti 2015 metais. Juose buvo analizuojama kiek Ukrainos piliečių pasinaudojo socialinės paliatyvios pagalbos paslaugomis. 2014 metų paliatyviaja pagalba pasinaudojo daugiau nei 23 tūkstančiai pacientų (State Institution „Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine“, 2017).

Kaip matyti, socialinė paliatyvioji pagalba Ukrainoje yra visiškai nauja medicinos apsaugos sritis, kurią reikia tobulinti ir auginti, norint suteikti kaip įmanoma kokybiškesnes paslaugas pacientams. Nors nuo socialinės paliatyviosios pagalbos atsiradimo praėjo dešimtmetis, tačiau esanti situacija nedžiugina nei pacientų, nei pačių specialistų. Jos augimas yra lėtas ir neatitinkantis PSO rekomendacijų. Ukrainoje gyvena daugiau nei 45 milijonai žmonių, ir faktas kad socialinė paliatyvioji pagalba yra skiriama tik daugiau nei 23 tūkstančiams gyventojų, rodo silpną šios srities išvystymą ir mažą dėmesio skirimą.

2 skyrius. SOCIALINĖS PALIATYVIOSIOS PAGALBOS MODELIAVIMO, TEIKIANT ŽMOGAUS ORUMĄ IŠLAIKANČIA PALIATYVIAJĄ PAGALBĄ, TYRIMAS

2.1 Teorinis – metodologinis paliatyvios socialinės pagalbos, išlaikant žmogaus orumą tyrimo pagrindimas

Socialinėje paliatyviojoje pagalboje daug dėmesio yra skiriama ne tik simptominiams skausmams gydyti, bet taip pat didelis dėmesys skiriamas žmogaus savarankiškumui bei orumui. Būtent tai įvardija ir įgalinimo teorija. Remiantis D.Gerulaičiu (2014), įgalinimo teorijos panaudojimo pagrindiniai tikslai yra: „siekimas padidinti individo pasitikėjimą savimi suteikiant jam reikalingą informaciją, išteklius, žinias“, taip pat „tinkamos aplinkos, kuri skatina individą plėtoti savo žinias ir kompetenciją, kūrimas, sudarant sąlygas autonomijai, laisvei, atsakomybei išreikšti“. Pirmasis įgalinimo tikslas puikiai interpretuoja socialinės paliatyviosios pagalbos socialinio darbuotojo aspektą, tuo tarpu antrasis teorijos tikslas įgyvendina medicininius socialinės paliatyviosios pagalbos aspektus. Vertinant įgalinimo teoriją socialinio darbuotojo profesijos ir jo užduočių kontekste, šios teorijos pagrindu, socialinis darbuotojas įsipareigoja mažinti galimą komunikacijos barjerą tarp kliento ir institucijos (sveikatos priežiūros) (Cagle, Kovacas, 2009).

Anot Thorlakson ir Murray (1996) įgalinimą galima apibūdinti kaip vystymosi procesą, sudarytą iš trijų pagrindinių pakopų:

1) *pozityvus savęs identifikavimas*. Savo įvaizdžio tobulinimas, reikalauja laiko ir praktikos. Savigarbos ugdymas apima teigiamo (bet realistiško) požiūrio į save ir aplinką propagavimą ir vertybes. Žmogus, taip pat ir socialinės paliatyviosios pagalbos pacientas, dirbdamas su savimi gali sukurti bei ugdyti savo savigarbą, daug dėmesio skirdamas savo nuostatų koregavimui. Toks teigiamo mąstymo tikslas yra suteikti sau teigiamą savimonės koncepciją, tuo pačiu save pamatyti save ir priimti save toks koks jis yra bei pašalinti vidines kliūtis.

2) *ekstensyvus mokymasis ir supratimas*. Terminas ekstensyvus yra siejamas su kiekybišku didėjimu/augimu. Tai reiškia, kad ekstensyvus mokymasis ir supratimas yra būdingas socialinės paliatyviosios pagalbos srityje. Teorinėje dalyje buvo minėta, kad socialinė paliatyvioji pagalba ir joje akcentuojamas orumas yra suprantamas ir traktuojamas gana plačiai, todėl nenuostabu, kad įgalinimo teorijoje socialinės paliatyviosios pagalbos kontekste yra išskiriamas šis vystymosi procesas.

3) *asmeninė refleksija apie aplinką bei gebėjimą realizuoti abipusį bendravimą*. Savęs vertinamas mus supančioje aplinkoje yra labai svarbus teigiamo savęs supratimo kontekste.

Pacientas, vertindamas save objektyviai, tačiau tuo pačiu išvelgdamas teigiamus aspektus, labiau pasitiki savimi, o tuo pačiu ir jį supančiais aplinkiniais. To pasėkoje, artimesnis bendravimas bei atviresnis komunikavimas su specialistais yra įgyvendinamas lengviau.

Įgalinimo teorija plačiai taikoma socialinio darbuotojo srityse, tuo tarpu salutogenezės teorija yra labiau pritaikyta medicinoje. 1979 ją pristatė medicinos sociologas Aaron Antonovsky. Jo dėka, sveikatos problemos buvo pradėtos nagrinėti ne vien medicininiu požiūriu, bet taip pat ir „psichosocialiniu, aplinkos ir kultūros veiksniais, kurie labai svarbūs norint suprasti, kodėl vieni žmonės įveikia stresą ir lieka sveiki, o kiti suserga“. Salutogenezės teorija nagrinėja sveikatos priežastis, tai reiškia, kad ši teorija neakcentuoja ligų atsiradimo priežasčių. Pagal salutogenezės teoriją, visų žmonių sveikatą reikia stiprinti, nepaisant kurioje stadijoje jie būtų (sveiki ar sergantys), tai atsiskleidžia socialinėje paliatyviojoje pagalboje, kurios tikslas – visapusiškas paciento gyvenimo kokybės gerinimas, nesvarbu kokioje ligos stadijoje žmogus bebūtų.

Remiantis salutogenezės teorija žmogus turi bendruosius atsparumo išteklius, kurie palengvina įveikti gyvenimo sunkumus ir ligas. Juos sudaro fizinės asmens savybės, intelektas, asmeninės nuostatos ir sunkumų įveikimo strategijos, finansinis pajėgumas, socialiniai ir kultūriniai veiksniai, įgalinantys prireikus suvaldyti stresinę situaciją. Šie aspektai taip pat įtakoja ir socialinės paliatyviosios pagalbos pacientus, kurie neretai yra nusilpę ne tik fiziškai, bet ir psichologiškai. Dažnas jų patiria didelį stresą bei depresiją, įskaitant pacientų artimuosius. Todėl, socialinio darbuotojo užduotis yra, taikant salutogenezės teoriją, sumažinti šiuos neigiamus pojūčius ir pasiūlyti visokeriopą pagalbą, kuri padėtų išspręsti tiek psichologinius, tiek finansinius sunkumus, suteikiant informacijos apie finansavimo galimybes ligos ar mirties atveju.

2.2. Tyrimo metodologija

Siekiant nustatyti socialinės paliatyviosios pagalbos ir žmogaus orumo sąsajas bei išlaikymo galimybes taip pat įgyvendinti magistriniame darbe išsikeltus uždavinius, buvo atliktas tyrimas – tirta ekspertų bei asmenų, susidūrusių su paliatyviąją pagalba, požiūris apie esamą socialinės paliatyviosios pagalbos koncepciją žmogaus orumo išlaikyme. Šiame darbo skyriuje pristatomi pagrindiniai pasirinkto tyrimo metodai, argumentuojamas tyrimo rengimo procesas bei pateikiama detali informacija apie tyrimo eigą, duomenų rinkimo ir analizės būdus. Norint nuodugniau ir plačiau suvokti tiriamąjį reiškinį buvo taikytas trianguliacijos principas, pasirinktas kokybinis ir kiekybinis tyrimai.

Tyrimo metodai ir instrumentai. Remiantis įgalinimo ir salutogenezės teorijomis buvo sukurti kiekybinio bei kokybinio instrumentų uždaviniai. Įgalinimo teorija leido atskleisti

tiriamųjų nuomonę apie žmogaus orumą. Tuo tarpu salutogenenezės teorijos dėka, buvo išsiaiškintas socialinio darbuotojo vaidmuo bei nauda socialinėje paliatyviojoje pagalba.

Siekiant įgyvendinti tyrimo tikslą buvo pasirinktas kokybinis tyrimo metodas – struktūruotas interviu su Lietuvos bei Ukrainos gydytojais, socialiniais darbuotojais bei klientų, kuriems paskirta socialinė paliatyvioji pagalba, artimaisiais. Pasak R. Tidikio (2003), interviu yra geras priartėjimo prie žmonių suvokimo, jų suprantamų situacijų apibrėžimo ir realybės aiškinimo būdas, kuris garantuoja didesnę patikimumą nei kiti apklausos būdai. Interviu klausimyną (žr. 1 priedas) sudaro 6 klausimai, kurie pateikiami, siekiant išsiaiškinti:

- ekspertų supratimą apie orumą (1 klausimas);
- nuomonę apie socialinės paliatyviosios pagalbos bei žmogaus orumo sąsają (2-4 klausimai);
- nuomonę apie socialinės paliatyviosios pagalbos tobulinimą bei galimybes orumo išlaikyme (5-6 klausimai).

Nors kokybinis tyrimas leidžia išsiaiškinti konkrečią situaciją apie dominančius aspektus, vis tik norint sužinoti platesnės visuomenės nuomonę apie socialinės paliatyviosios pagalbos naudą žmogaus orumo išlaikymui, buvo būtina apklausti klientų artimuosius, kurie galėtų realistiškai įvertinti esamą situaciją ir jos trūkumus. Šiam tikslui įgyvendinti buvo pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas – anoniminė anketinė apklausa. Anketinė apklausa buvo sudaryta darbo autoriaus, remiantis išanalizuota mokslinė literatūra.

Siekiant įvertinti gautų respondentų atsakymų pasiskirstymą visi anketų duomenys buvo susisteminti ir apdoroti kompiuterine SPSS (Statistical Packet for Social Science 17.0) programa:

- tiesioginio ryšio tarp požymių stiprumas įvertintas koreliacijos koeficientu. Šiuo atveju skaičiuotas Pearson koreliacijos koeficientas;

- pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p \leq 0,05$.

Gauti duomenys atvaizduoti „Microsoft Office Excel“ programa.

Tiriamųjų imtis. Tiksliai respondentų imčiai nustatyti buvo naudojama Paniott'o formulė:

$$n = 1 / (\Delta^2 + 1/N),$$

kur n – reikiamas respondentų skaičius;

Δ – paklaida - 0,05.

N – visumos narių skaičius.

Visumos narių skaičiumi (N) laikomas atsitiktinis dydis 150. Visumos narių skaičiumi N laikant 150, reikiamas respondentų skaičius (n) = 140.

Vykdam apklausą, vadovautasi etiniais tyrimo principais, užtikrintas tyrimo dalyvių anonimiškumas. Pasirinkti respondantai turėjo teisę atsisakyti dalyvauti apklausoje. Jiems buvo

suteikta informacija apie tyrimą ir jo tikslą. Visi respondentai buvo supažindinti su anketos pildymo instrukcija. Tyrime dalyvavo 140 įvairaus amžiaus respondentai, kurių artimiesiems buvo suteikta socialinė paliatyvioji pagalba. Respondentų imtis formuota paprastuoju atsitiktinės atrankos būdu. Viso anketų buvo išdalinta 160 (80 Lietuvoje bei 80 Ukrainoje) iš jų grįžo 150 anketų. Iš grįžusių anketų, tinkamai ir pilnai užpildytos buvo 140, po 70 iš Lietuvos bei Ukrainos.

Tyrimas buvo atliekamas keliais etapais (2 lentelė):

2 lentelė.

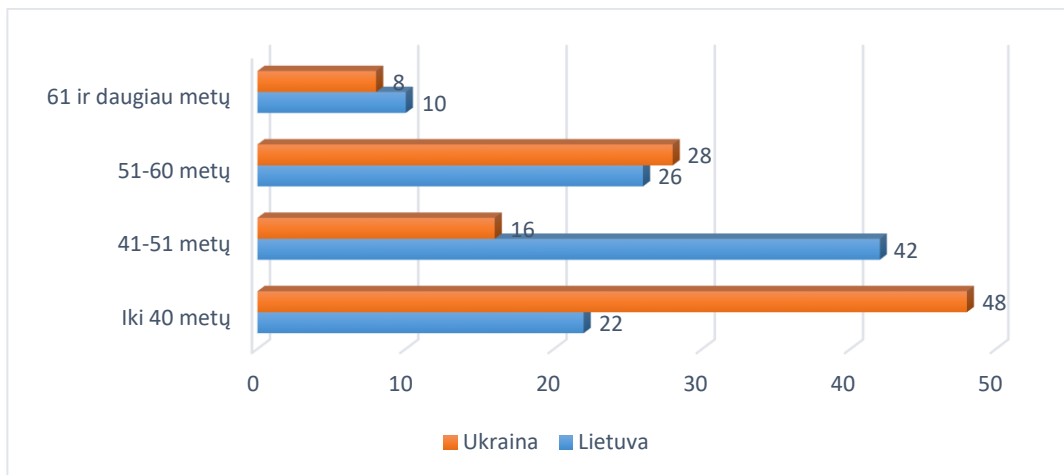
Tyrimo etapai

Etapas	Laikotarpis	Nuveikti darbai
I	2016 m. rugsėjo – lapkričio mėn.	Mokslinės literatūros paieška ir analizė. Atlikta mokslinės literatūros paieška duomenų sistemose bei analizė
II	2016 m. gruodžio mėn.	Anketų sudarymas remiantis literatūra. Atlikus mokslinės literatūros analizę buvo sudaryta kokybinio bei kiekybinio anketų klausimynai. Suderinti su darbo vadovu.
III	2017 m. sausio mėn. (Lietuvoje) 2017 m. rugsėjo mėn. (Ukrainoje)	Anketinė apklausa. Sudarius tiriamąją imti buvo atliktas kiekybinis tyrimas.
IV	2017 m. vasario mėn. (Lietuvoje) 2017 m. rugsėjo mėn. (Ukrainoje)	Ekspertų interviu. Suderintas laikas su ekspertais bei atliktas interviu.
V	2017 m. rugsėjo-spalio mėn.	Duomenų rinkimas ir sisteminimas SPSS programoje. Gauti apklausų duomenys suvesti į SPSS duomenų apdorojimo programą.
VI	2017 m. rugsėjo-spalio mėn.	Interviu ir statistinė duomenų analizė. Aptarti gauti anketiniai duomenys.
VII	2017 m. gruodžio mėn.	Išvados. Parengtos viso darbo išvados.

2.3 Orumo išlaikymo galimybių, teikiant socialinę paliatyviają pagalbą senyvo amžiaus asmenims tyrimo duomenų analizė

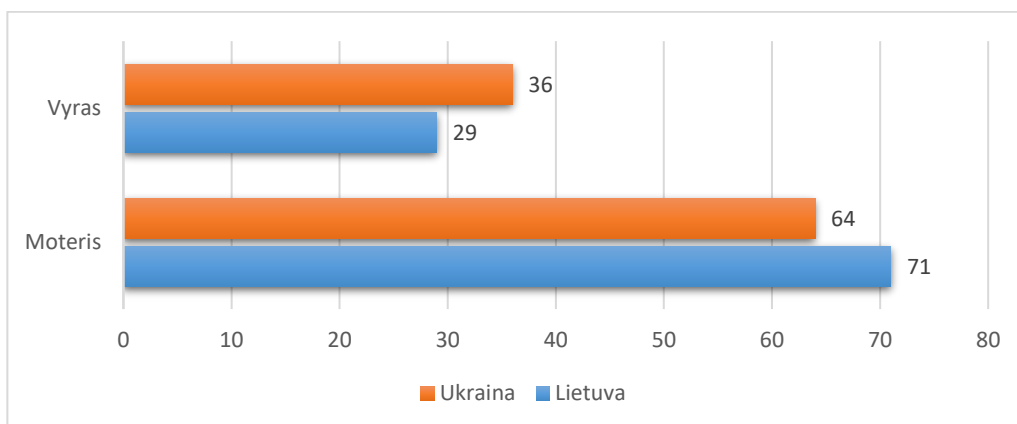
2.3.1 Tiriamųjų charakteristika

Apdorojus gautus duomenis, paaiškėjo, kad kiekybinio tyrimo respondentai pagal amžių pasiskirstė taip: Lietuvoje dauguma apklaustųjų buvo 41-51 metų amžiaus (42%), per pusę mažiau sudarė respondentai, kurių amžius svyravo nuo 51-60 metų (26%), iki 40 metų sudarė 22%, o mažiausiai Lietuvos apklaustųjų buvo vyresni negu 61 metai amžiaus (10%). Analizuojant Ukrainoje gautus duomenis respondentų amžius pasiskirstė taip: iki 40 metų – 48%, 51-60 metų – 28%, 41-51 metų – 16%, mažiausiai respondentų dalį sudarė vyriausieji apklaustieji – 8%. (2 pav.)



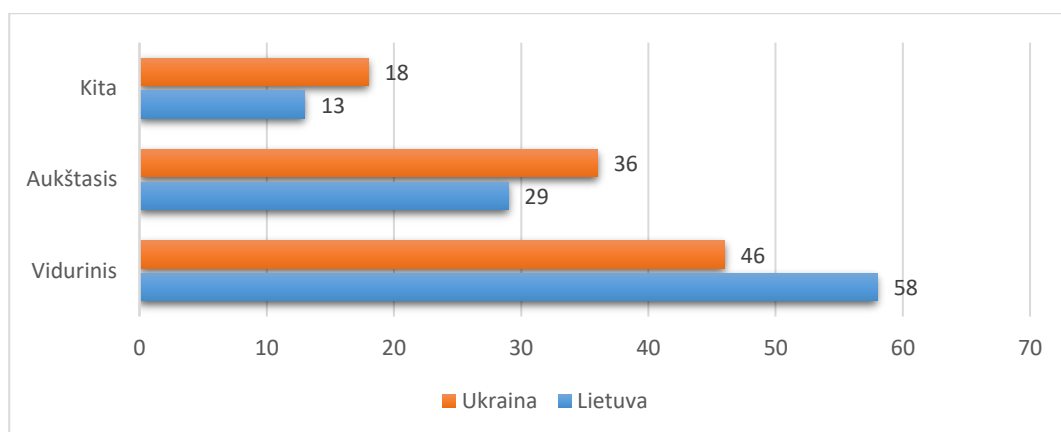
2 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių, N=140 (proc.)

Lyties atžvilgiu, daugiausiai respondentų sudarė moterys tiek Lietuvoje, tiek Ukrainoje. Lietuvoje apklaustųjų moterų skaičius sudarė 71% visų apklaustųjų, tuo tarpu vyrų tik 29%. Ukrainos atžvilgiu moterys sudarė 64% visų respondentų skaičiaus, vyrai – 36%. (3 pav.)



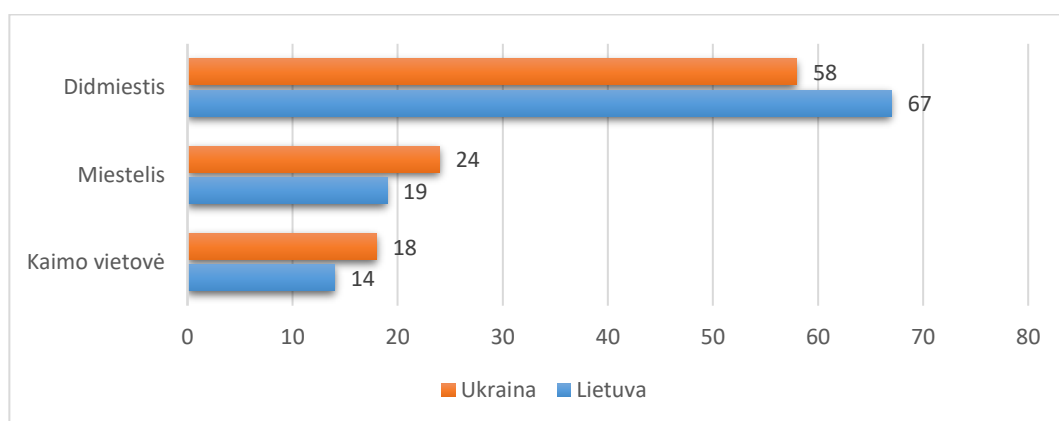
3 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, N=140 (proc.)

Tiriant respondentų gautus atsakymus taip pat yra svarbu išsiaiškinti jų išsilavinimą bei gyvenamą vietą. Tikėtina, kad aukštesnio išsilavinimo bei mieste gyvenantys respondentai turės daugiau žinių apie socialinę paliatyviają pagalbą jos reikšmę ir naudą. Iš gautų atsakymų matyti, kad didžioji dalis apklaustųjų respondentų abejose šalyse turėjo tik vidurinį išsilavinimą (4 pav.).



4 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal išsilavinimą, N=140 (proc.)

Dar vienas svarbus demografinis rodiklis yra gyvenamoji vieta. Tikėtina, kad mieste gyvenantys respondentai bus labiau susipažinę su socialine paliatyviaja pagalba bei jos nauda ir reikšmingumu nei mažesniuose miestuose gyvenantys žmonės. Gauti duomenys, parodė, kad daugiau nei pusė apklaustųjų respondentų gyveno didmiesčiuose (5 pav.).



5 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, N=140 (proc.)

Trumpai apibendrinant gautus interviu demografinius duomenis, paaiškėjo, kad apklausoje daugiausiai dalyvavo moterys, kurių amžius svyravo nuo 40 iki 50 metų. Šios respondentės turėjo vidurinį išsilavinimą bei gyveno didmiestyje.

Atliekant interviu, buvo apklausti 9 ekspertai iš Ukrainos X ligoninės bei 9 ekspertai iš Lietuvos X ligoninės. Į interviu klausimus abejose valstybėse atsakinėjo po 3 socialinius darbuotojus, 3 kliento artimuosius, bei 3 gydytojai dirbantys socialinės paliatyviosios pagalbos skyriuose. Buvo pasirinkta apklausti šiuos specialistus dėl jų glaudumo ryšio bei svarbumo paliatyviojoje pagalboje. Svarbiausi komandos nariai, šioje srityje yra artimieji.

Į socialinės paliatyviosios pagalbos skyrių patenka tie klientai, kurių gydymo baigtis yra aiški, todėl tokie klientai itin nori būti šalia savo artimųjų ir matyti juos kasdien. Taip pat artimieji gali objektyviai įvertinti esamą socialinės paliatyviosios pagalbos situaciją, susidurdami su ją kiekvieną dieną. Gydytojai buvo pasirinkti dėl jų nuolatinio bendravimo su klientais ir nurodymų davimo konkrečiais atvejais. Galiausiai, socialiniai darbuotojai buvo apklausti dėl to, kad jie yra ta grandis kuri jungia specialistų komandą su artimaisiais ir padeda jiems tarpusavyje geriau komunikuoti.

Kiekvienas interviu vyko nuo 20 iki 30 minučių ekspertams patogiu laiku ir iš anksto sutartu laiku.

3 lentelė. Ekspertų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį

<i>Ekspertas Lietuvoje</i>	<i>Amžius</i>	<i>Lytis</i>	<i>Ekspertas Ukrainoje</i>	<i>Amžius</i>	<i>Lytis</i>
<i>SDL1</i>	35	Moteris	<i>SDU1</i>	41	Vyras
<i>SDL2</i>	40	Moteris	<i>SDU2</i>	36	Moteris
<i>SDL3</i>	29	Moteris	<i>SDU3</i>	29	Moteris
<i>AL1</i>	57	Vyras	<i>AU1</i>	57	Moteris
<i>AL2</i>	46	Moteris	<i>AU2</i>	48	Vyras
<i>AL3</i>	44	Vyras	<i>AU3</i>	29	Vyras
<i>GL1</i>	37	Vyras	<i>GU1</i>	43	Moteris
<i>GL2</i>	40	Vyras	<i>GU2</i>	47	Moteris
<i>GL3</i>	36	Moteris	<i>GU3</i>	34	Vyras

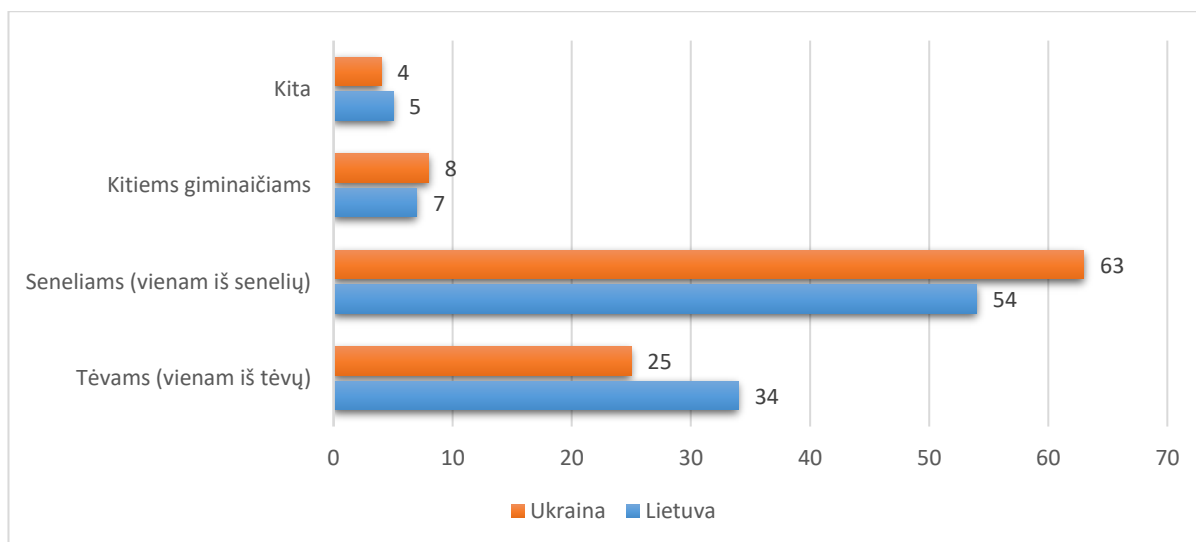
Iš pateiktos lentelės matyti, kad daugiausiai interviu apklausoje sutiko dalyvauti moterys. Vidutinis apklausoje dalyvavusių ekspertų amžius buvo 43 metai (3 lentelė).

2.3.2 Socialinės paliatyviosios pagalbos teikimo patirties analizė

Išsiaiškinus respondentų demografinius duomenis, toliau buvo analizuojama socialinės paliatyviosios pagalbos nauda žmogaus orumo išlaikymui. Kadangi anketos tikslas buvo gauti kaip įmanoma tikslesnius ir realybę atspindinčius atsakymus, pirmiausiai kiekybinio tyrimo respondentai turėjo įvardinti kuriam iš giminaičių buvo skiriama socialinė paliatyvioji pagalba.

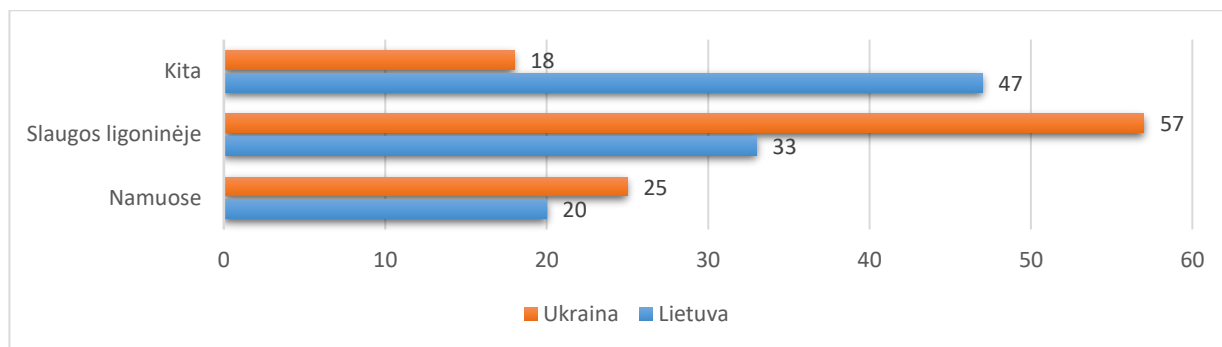
Atlikto tyrimo duomenys parodė, kad didesnės dalies respondentams Lietuvoje (54 %) socialinė paliatyvioji pagalba buvo suteikiama seneliams, 34 % – tėvams ir tik nedidelei daliai apklaustųjų (7 %) – kitiems giminaičiams. Gauti Ukrainos duomenys buvo panašūs. Daugumos respondentų seneliams buvo teikta socialinė paliatyvioji pagalba, trečdaliu mažiau - jų tėvams ir tik 8% - kitiems giminaičiams (8 pav.). Analizuojant šiuos gautus duomenis su respondentų amžiumi buvo gautas statistiškai reikšmingas ($p=0,003$) ir silpnas koreliacinis ryšys ($r=0,269$).

Gautas ryšys įrodo, kad nepaisant respondentų amžiaus, socialinė paliatyvioji pagalba daugiausiai yra skiriama vyresnio amžiaus žmonėms (6 pav.)



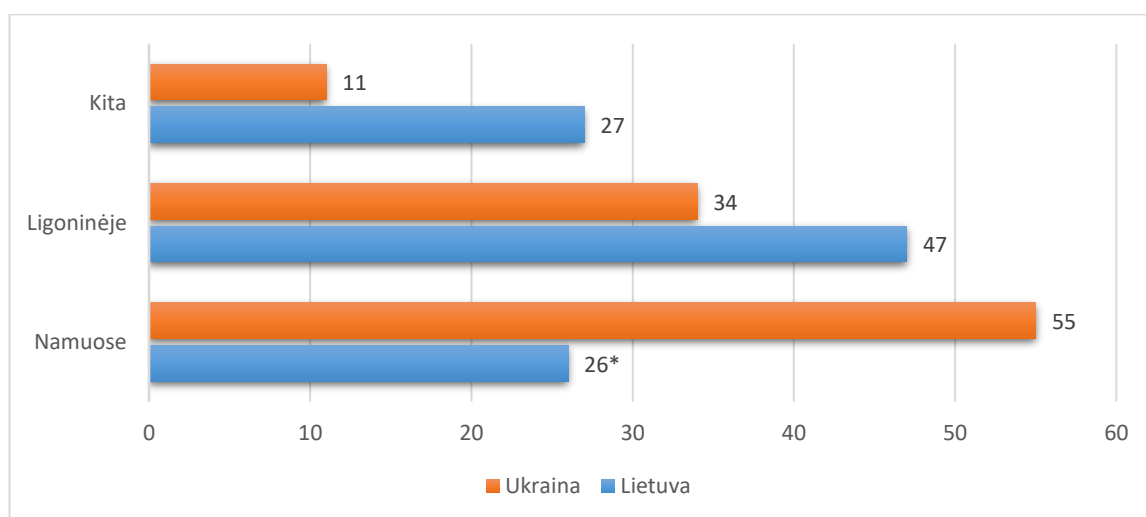
6 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal slaugomus giminaičius, N=140 (proc.)

Išanalizavus kuriems giminaičiams buvo skiriama socialinė paliatyvioji pagalba, tyrimo metu taip pat buvo svarbu sužinoti, kuriose įstaigose šios paslaugos buvo suteiktos. Gauti respondentų atsakymai parodė, jog daugiausiai ši paslauga buvo teikta slaugos ligoninėse. Vertinant skirtingų šalių situaciją, pastebėta, kad Lietuvoje daugiausiai socialinė paliatyvioji pagalba yra suteikiama tokiose įstaigose – kaip ligoninės, dienos stacionarai bei kitos ambulatorinės paskirties įstaigos. Tokiose vietose socialinė paliatyvioji pagalba buvo suteikiama 47% Lietuvoje apklaustų respondentų. Trečdalis visų apklaustųjų (33%) savo giminaičius lanko slaugos ligoninėse ir net penktadalis gali leisti socialinę paliatyviają pagalbą namuose. Tuo tarpu Ukrainoje gauti rezultatai pasiskirstė taip: slaugos ligoninėje – 57%, namuose – 25%, kitose įstaigose – 18% (7 pav.). Tarp gautų atsakymų ir respondentų gyvenamosios vietos buvo pastebėtas statistiškai silpnas koreliacijos ryšys ($p=0,002$, $r=0,340$). Tai reiškia, kad gyvenamoji vieta neturėjo reikšmingos įtakos paliatyviosios pagalbos suteikimo vietai.



7 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal socialinės paliatyvios pagalbos skyrimo vietą, N=140 (proc.)

Respondentams taip pat buvo užduotas klausimas, kur jų nuomone turėtų būti suteikiama ši paslauga, kad klientas galėtų išlikti oriu kaip įmanoma ilgiau. Kaip ir buvo galima tikėtis, daugiausiai apklaustųjų respondentų manė, kad orumą geriausiai galima išlaikyti namuose. Vis tik analizuojant Lietuvos bei Ukrainos piliečių nuomonę respondentų nuomonės išsiskyrė ir buvo rastas statistiškai reikšmingi skirtumai ($p=0,002$). Lietuvių respondentų nuomone, geriausiai klientų orumą būtų galima išlaikyti paliatyviają pagalbą suteikiant ligoninėse (47%), kitose įstaigose – 27%, tuo tarpu namuose – 26%. Ukrainiečių nuomonė buvo kitokia: namuose – 55%, ligoninėje – 34%, kitose įstaigose – 11% (8 pav.).



8 pav. Respondentų nuomonė apie optimaliausią socialinės paliatyvios pagalbos vietą, N=140 (proc.)

Iš gautų atsakymų matyti, kad kiekvienam asmeniui orumo suvokimas ir socialinės paliatyviosios pagalbos sąsaja yra skirtinga. Tose šeimose, kur yra glaudus artimųjų ryšys, kliento orumą namuose galima palaikyti kur kas efektyviau negu slaugos ligoninėse. Tuo tarpu senoliams,

kurių artimieji gyvena atokiau nuo jų, socialinė paliatyvioji pagalba ir orumo palaikymas kur kas efektyvesnis gali būti ligoninėse, kur jiems būtų suteikta visokeriopa pagalba.

Apibendrinant, kad daugiausiai apklaustieji respondentai lanko savo senelius slaugos ligoninėse, socialinės paliatyvios pagalbos skyriuose. Tačiau pasiteiravus respondentų nuomonės apie tai kur būtų galima optimaliai pritaikyti paliatyvią pagalbą klientui, kad jis jaustųsi kaip įmanoma oriau, paaiškėjo, kad daugiau nei pusė Ukrainos respondentų, norėtų kad tokia pagalba būtų suteikta klientų namuose. Tuo tarpu Lietuvos respondentų nuomone, tinkama ir būtina pagalba gali būti suteikiama tik ligoninėse, kur yra speciali įranga ir reikiamas personalas nuolatos budi.

2.3.3 Požiūrio į žmogui reikalingą socialinę paliatyviąją pagalbą analizė

Toliau respondentų buvo teirautasi apie bendrinius socialinės paliatyviosios pagalbos tikslus ir jų svarbą klientui. Respondentai turėjo įvertinti kiekvieną teiginį, išsakydami savo nuomonę apie tai kaip stipriai svarbūs jie yra kliento gerovei (4 ir 5 lentelės). Pirmiausiai apklaustieji vertino simptomų valdymą. Dauguma respondentų pripažino, kad šis tikslas yra svarbus paliatyvioje pagalba. Tiek Lietuvoje, tiek Ukrainoje teigiamus atsakymo variantus pasirinko daugiau nei 80% visų respondentų. Vertinant orumo aspektą respondentų nuomonės taip pat buvo daugumoje teigiamos. Lietuvoje respondentų nuomonė pasiskirstė taip: itin svarbus – 64%, svarbus – 22%, mažai svarbus – 7%, visiškai nesvarbus – 5%, neturėjo nuomonės – 3%. Ukrainoje nuomonė buvo panaši: itin svarbi – 54%, svarbi – 27%, neturėjo nuomonės – 10%, mažai svarbu – 5%, visiškai nesvarbus – 4%. Galima pastebėti, kad simptomų valdymą kaip vieną svarbių socialinės paliatyviosios pagalbos tikslų pripažįsta ir Lietuvos, ir Ukrainos respondentai. Tikslinga teigti, kad gautas statistiškai reikšmingas ryšys ($p=0,026$) pagrindžia, jog šį aspektą būtina vertinti ir įtvirtinti tiek teisiškai, tiek ir sėkmingai plėtoti praktikoje.

Tyrimo metu taip pat buvo svarbu sužinoti respondentų nuomonę ar glaudus klientų bei jų artimųjų bendravimas su socialinės paliatyviosios pagalbos specialistų komanda yra svarbus kliento kasdienai. Susisteminus duomenis paaiškėjo, jog Lietuvoje apklaustieji respondentai bendradarbiavimą su komanda vertino itin teigiamai. Jų svarbą pripažino 86% apklaustieji. Tuo tarpu Ukrainoje nors daugumos respondentų nuomonė taip pat buvo teigiama, vis tik 13% apklaustųjų manė, kad šis socialinės paliatyviosios pagalbos uždavinys yra mažai svarbus klientams. Vertinant gautų atsakymų ir išsilavinimo koreliaciją buvo gautas statistiškai reikšmingas ir stiprus ryšys ($p=0,01$, $r=0,745$). Tai reiškia, kad žmonės turėję aukštesnį išsilavinimo lygį pripažino, jog artimųjų ir komandos bendravimas yra reikalingas siekiant

geresnių rezultatų kliento atžvilgiu. Todėl galima teigti, kad šį tikslą taip pat aktualu laikyti vienu iš socialinės paliatyviosios pagalbos akcentų ir jį būtina plėtoti tobulinant šios srities teisinę bazę.

Be orumo palaikymo socialinės paliatyviosios pagalbos komanda taip pat bando užtikrinti ir klientų gyvenimo kokybę. Todėl respondentų buvo paprašyta įvertinti ir šį aspektą. Kaip ir buvo galima tikėtis, daugumos nuomone šis pagalbos tikslas yra itin svarbus klientams. Teigiamus atsakymus abejose šalyse pasirinko daugiau nei 80% visų apklaustųjų. Vis tik koreliacinis ryšys buvo statistiškai nereikšmingas ir silpnas ($p=0,051$, $r=0,369$). Tai reiškia, kad tarp gautų atsakymų bei respondentų amžiaus nebuvo rasta ryšio. Sekantis aspektas, kurį prašyta įvertinti, buvo susijęs su kliento bei jų artimųjų mokymais apie gyvenimo ir mirties supratimą. Apdorojus duomenis buvo pastebėta, kad dauguma respondentų buvo teigiamos nuomonės, vis tik tiek Lietuvoje, tiek Ukrainoje nemaža dalis šį aspektą vertino neigiamai. Lietuvoje 16% respondentų pasirinko atsakymo variantą „mažai svarbus“, 2% - „visiškai nesvarbus“, o 7% neturėjo nuomonės. Tuo tarpu Ukrainoje 10% apklaustų respondentų manė, jog šis aspektas yra svarbus mažai, 2% - visiškai nesvarbus, o 4% neturėjo nuomonės. Gauti atsakymai rodo, kad respondentams yra svarbiau kai specialistai daugiau dėmesio skiria jų artimųjų priežiūrai. Tuo tarpu visuomenės švietimas, jų nuomone, nėra svarbus.

Kadangi socialinė paliatyvioji pagalba teikia ne tik fizinių skausmų mažinimo prevenciją, komandos nariai taip pat siekia, kad klientai jaustųsi psichologiškai saugūs. Dėl šios priežasties klientams bei jų artimiesiems yra teikiama dvasinė pagalba. Daugiau nei pusė visų apklaustųjų teigė, kad šis tikslas yra svarbus ir reikalingas. Lietuvoje respondentų atsakymai pasiskirstė taip: 41% pažymėjo atsakymą „svarbus“, 39% - „itin svarbus“, 11% - „mažai svarbus“, 5% - „visiškai nesvarbus“, 4% - neturėjo nuomonės. Ukrainos atžvilgiu respondentų nuomonė buvo panaši: 38% - „itin svarbus“, 34% - „svarbus“, 17% - „mažai svarbus“, 5% - „visiškai nesvarbus“, 6% - neturėjo nuomonės. Statistinio reikšmingumo tarp šių atsakymų nebuvo rasta ($p=0,641$). Iš gautų respondentų atsakymų matyti, kad dvasinis pagalbos suteikimas yra itin reikalingas. Dėl to galima teigti, kad specialistai, dirbantys šioje srityje turėtų nemažai dėmesio skirti dvasiniams kliento poreikiams, nepaisant darbuotojų religinės kultūros bei tikėjimo principų.

Paskutinis aspektas aštuntajame klausime buvo susijęs su gedulu ir susitaikymu. Kaip ir buvo galima tikėtis, respondentai jį įvertino kaip nereikalingą. Lietuvoje neigiamą atsakymo variantą pasirinko 49% visų respondentų, Ukrainoje 46%. Analizuojant šiuos duomenis buvo gautas statistiškai stiprus, tačiau nereikšmingas ryšys ($p=0,03$, $r=0,736$).

Respondentų Lietuvoje socialinės paliatyviosios pagalbos tikslų vertinimas procentais,

N=70 (proc.)

Pagrindiniai tikslai	Itin svarbus	Svarbus	Neturiu nuomonės	Mažai svarbus	Visiškai nesvarbus
Simptomų valdymas	53	37	3	3	5
Orumo išlaikymas	64	22	2	7	5
Bendravimas su specialistų komanda	62	26	3	6	3
Gyvenimo kokybės palaikymas	41	42	5	9	3
Požiūris į gyvenimą ir mirtį	42	33	7	16	2
Dvasinių poreikių tenkinimas	39	41	4	11	5
Gedulo ir gedėjimo supratimas	14	24	13	24	25

Respondentų nuomonė Ukrainoje buvo panaši, kaip ir Lietuvoje, vis tik kai kuriais aspektais jų požiūris buvo kategoriškesnis.

Respondentų Ukrainoje socialinės paliatyviosios pagalbos tikslų vertinimas procentais,

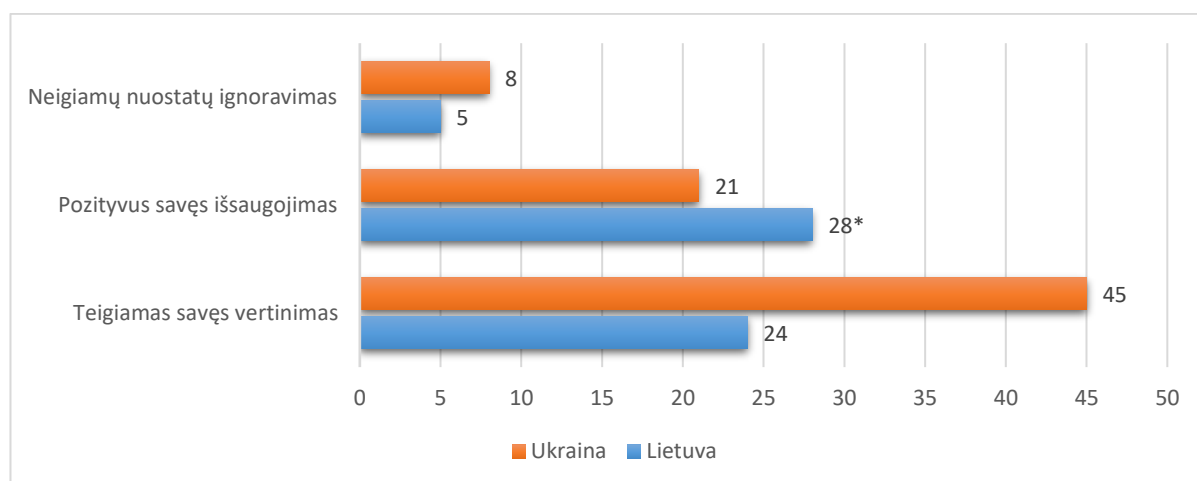
N=70 (proc.)

Pagrindiniai tikslai	Itin svarbus	Svarbus	Neturiu nuomonės	Mažai svarbus	Visiškai nesvarbus
Simptomų valdymas	47	40	5	3	5
Orumo išlaikymas	54	27	10	5	4
Bendravimas su specialistų komanda	53	22	9	13	3
Gyvenimo kokybės palaikymas	51	32	4	11	2
Požiūris į gyvenimą ir mirtį	44	36	8	10	2
Dvasinių poreikių tenkinimas	38	34	6	17	5
Gedulo ir gedėjimo supratimas	13	38	3	21	25

Iš gautų duomenų matyti, kad respondentai Lietuvoje buvo linkę labiau pritarti pateiktiems teiginiams, negu Ukrainos respondentai. Taip pat didesnė dalis respondentų neturėjusi nuomonės buvo Ukrainoje.

Žinant, kad orumas yra plati sąvoka ir kiekvienam žmogui ji yra skirtingai suvokiama, respondentų buvo prašyta įvardinti, kas jų nuomone yra svarbu norint, kad žmogus jaustųsi oriai. Dvyliktajame klausime respondentai galėjo pasirinkti kelis atsakymo variantus. Gauti atsakymai pasiskirstė netolygiai. Lietuvių nuomone, oriam žmogui svarbu yra išlaikyti pozityvų savąjį „aš“, 24% - teigiamą savęs vertinimą. Likę 5% sutiko su nuomone, kad neigiamų nuostatų ignoravimas padeda ilgiau palaikyti orumą (9 pav.). Lyginant gautus rezultatus su respondentų lytimi, nustatytas statistiškai reikšmingas, silpnas koreliacijos ryšys ($p=0,001$, $r=0,396$). Dauguma apklaustųjų vyrų manė, kad nepriklausomybės jausmas yra svarbesnis negu savęs vertinimas. Tuo tarpu moterų nuomonė buvo atvirkštinė.

Ukrainos respondentų nuomonė pasiskirstė priešingai. Pirmoje vietoje atsidūrė teigiamas savęs vertinimas (45%), antroje – pozityvus savęs išsaugojimas (21%), trečioje – neigiamų nuostatų ignoravimas (8%). Analizuojant duomenis pagal amžių rasti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p=0,032$). Gauti duomenys įrodo, kad kiekvieno žmogaus požiūris į orumą yra individualus ir skiriasi priklausomai nuo jo patirties.



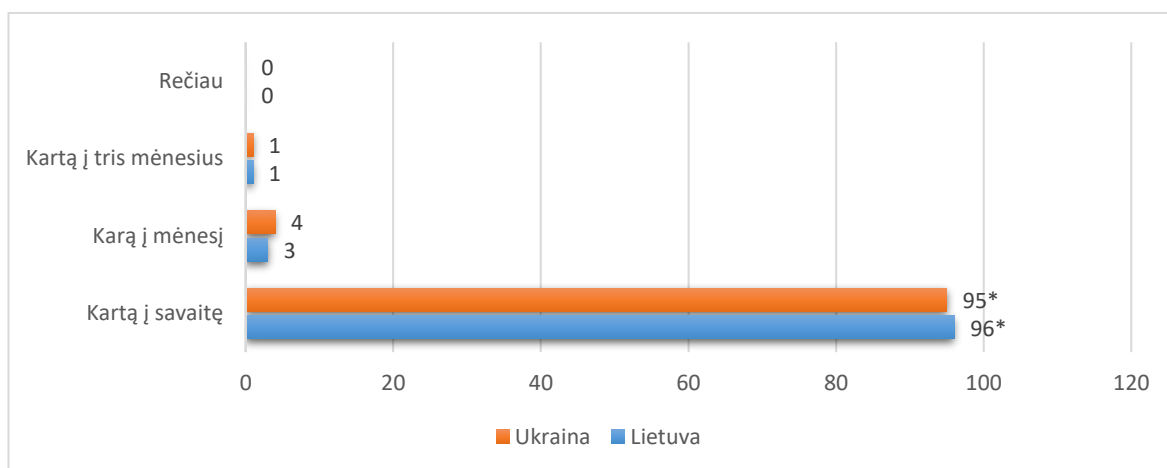
9 pav. Respondentų nuomonė apie orumą, N=140 (proc.)

Analizuojant gautus respondentų anketinius duomenis, buvo pastebėtas orumo suvokimo ir jo išlaikymo nuomonių skirtumas. Lietuvos respondentai, analizuodami orumo sąvoką, labiausiai pabrėžė žmogaus nepriklausomybę, kuri gali būti tiek fizinė tiek vidinė. Jų teigimu, tik laisvas ir nuo kitų nepriklausantis žmogus, gali būti orus ir jaustis, kad jo teisės nėra pažeistos. Tuo tarpu Ukrainos piliečiams orumas labiausiai siejasi su vidine būkle, teigiamu savęs vertinimu ir savo vertės pripažinimu. Šios respondentų nuostatos įtakojo ir kitą išsakytą nuomonę apie specialistų komandos galimybę išlaikyti žmogaus orumą. Kadangi lietuviams orumas daugiau siejosi su fizine nepriklausomybe, todėl jų nuomone, skyriuose dirbantys specialistai, gali tinkamai pasirūpinti klientais ir skatinti juos atlikti kasdienes veiksmus savarankiškai. Tuo tarpu, didžioji

dalis ukrainiečių teigė, kad padėti išlaikyti vidinį orumą, stacionaruose yra sudėtinga, o kai kada ir neįmanoma.

2.3.4 Bendradarbiavimo komandoje ypatumai teikiant socialinę paliatyviają pagalbą

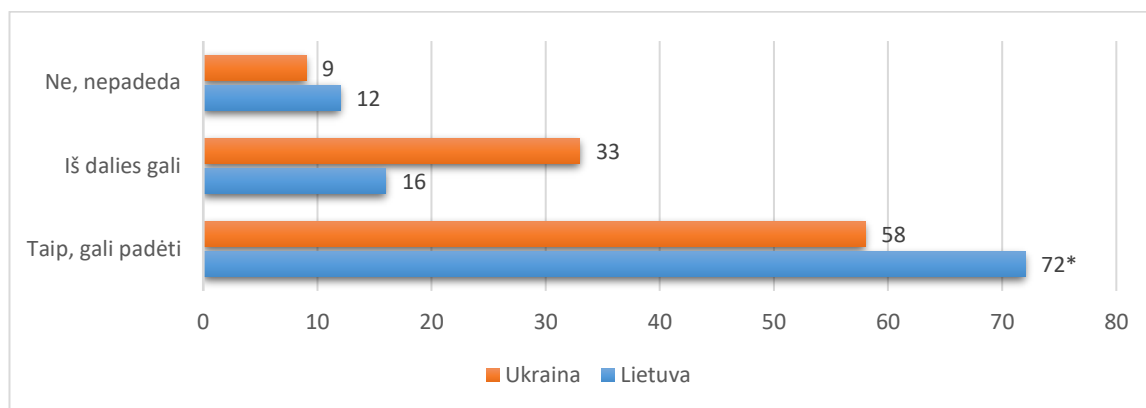
Norint išsiaiškinti, kaip socialinis darbuotojas gali pagerinti kliento orumą, pirmiausiai buvo klausta kaip dažnai jiems teko matyti socialinės paliatyviosios pagalbos narius bendraujančius su klientais. Gauti atsakymai parodė, kad dažniausiai abejose šalyse specialistai savo klientus aplanko kartą per savaitę. Tokius atsakymo variantus pasirinko 96% respondentų Lietuvoje bei 95% Ukrainoje (10 pav.). Likusieji respondentai teigė, kad specialistai ateina kartą į mėnesį arba kartą į tris mėnesius. Tiriant šį aspektą gauti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p=0,04$). Gauti atsakymo variantai taip pat priklausė ir nuo to kaip dažnai giminaičiai lankydavo artimuosius.



10 pav. Socialinių darbuotojų apsilankymai pas klientus, N=140 (proc.)

Kitas anketos klausimas turėjo padėti išsiaiškinti respondentų nuomonę ar socialinis darbuotojas, gali padėti užtikrinti kliento orumą. Apdorojus gautus duomenis matyti, kad respondentų nuomonė nebuvo vieninga. Lietuvoje apklausta didžioji dauguma respondentų (72%) teigė, kad specialistai įneša didelį indėlį į žmogaus orumo išlaikymą. Vis tik 16% respondentų teigė, kad specialistai tik iš dalies gali padėti klientams palaikyti jų orumą. Likę 12% turėjo neigiamą nuomonę ir teigė, kad socialinis darbuotojas nepadedą išlaikyti orumo. Tuo tarpu Ukrainoje respondentų nuomonė pasiskirstė taip: 58% apklaustųjų sutiko, kad specialistai gali padėti išlaikyti orumą, 33% - manė, kad tik iš dalies, 9% -teigė, kad nepadedą (11 pav.). Analizuojant gautus rezultatus pagal išsilavinimą pastebėti statistiškai reikšmingi skirtumai

($p=0,01$). Aukštesnį išsilavinimą turėję žmonės pasirinko teigiamus atsakymo variantus, suvokdami specialistų darbą ir jų būtinumą socialinėje paliatyvioje pagalba. Tuo tarpu mažesnį išsilavinimą turėję respondentai manė, jog žmogaus orumas daugiausiai priklauso nuo pačio asmens, o paskirti specialistai gali tik minimaliai prisidėti prie orumo išlaikymo.



11 pav. Respondentų nuomonė ar socialinio darbuotojo pagalba gali užtikrinti orumą, N=140 (proc.)

Toliau respondentų buvo teirautasi kokia jų nuomonė apie socialinės paliatyviosios pagalbos specialistų indėlį į kliento orumo išlaikymą. Respondentų buvo prašyta įvertinti šešių specialistų svarbą paliatyviojoje pagalba (6 ir 7 lentelės). Pirmasis specialistas buvo gydytojas. Apdorojus duomenis lietuvių nuomonės pasiskirstė taip: 41% manė, kad jis yra svarbus, 32% - mažai svarbus, 24% - neturėjo nuomonės, o 3% manė, kad jis nėra svarbus. Ukrainos respondentai savo nuomonę paskirstė taip: 49% - svarbus, 24% - neturėjo nuomonės, 15% - teigė, kad yra mažai svarbus, net 12% teigė, kad nesvarbus. Vertinant slaugytojų svarbą didžioji respondentų dalis taip pat sutiko, kad jų indėlis yra itin svarbus ir reikšmingas. Tokį atsakymo variantą pasirinko 54% respondentų Lietuvoje bei 44% Ukrainoje. Socialinės paliatyviosios pagalbos komandoje taip pat dirba ir socialiniai darbuotojai. Jų reikalingumą orumo išlaikymui palaikė tik 35% lietuvių, tačiau Ukrainoje jų svarbą pripažino daugiau nei puse visų apklaustųjų respondentų – 61%. Panaši situacija buvo vertinant dvasininko indėlį. Lietuvoje 46% apklaustųjų manė, kad jo bendravimas su klientu yra labai svarbus, tuo tarpu Ukrainoje – 74%. Kitas specialistas, kurį buvo prašyta įvertinti buvo – psichoterapeutas. Lietuvoje jų svarba buvo įvertinta taip: 36% - mažai svarbus, 24% - svarbus, 19% - nesvarbus, 21% - neturėjo nuomonės. Ukrainoje respondentų nuomonė buvo kitokia: 47% - mažai svarbus, 22% neturėjo nuomonės, 17% - nesvarbus, likę 14% sakė, kad jis yra svarbus. Galiausiai buvo vertinamas kineziterapijos specialistas. Žinant, kad jo funkcija yra padėti išlaikyti žmogaus judėjimo galimybę kaip įmanoma ilgiau, buvo galima tikėtis, kad respondentai jo naudą įvertins daugiau teigiamai negu neigiamai. Vis tik apdoroti duomenys

parodė atvirkštinius rezultatus. Respondentai Lietuvoje jo naudą įvertino taip: 34% teigė, kad jis yra nesvarbus, 28% - mažai svarbus, 22% - neturėjo nuomonės, ir tik 16% sutiko su jo naudingumu. Ukrainos respondentai daugumoje neturėjo nuomonės apie šį specialistą (40%), 23% teigė, kad jis nėra svarbus, penktadalis (20%) sakė kad svarbus, o 17% manė, kad jo svarba yra maža. Statistinio reikšmingumo tarp šių atsakymų nerasta ($p=0,07$). Vis tik pastebėjus, kad Ukrainoje dauguma respondentų pripažino dvasininkų svarbą, galima daryti išvadą, kad skirtingose kultūrose specialistų naudingumas bei svarba taip pat skiriasi. Todėl socialinės paliatyvios pagalbos specialistai turi atsižvelgti ir į šį aspektą, norėdami tinkamai suteikti visokeriopą pagalbą.

6 lentelė.

Respondentų Lietuvoje nuomonė apie socialinės paliatyviosios pagalbos specialistų svarbą procentais, N=70 (proc.)

Specialistas	Svarbus	Mažai svarbus	Nesvarbus	Neturiu nuomonės
Gydytojas	41	32	3	24
Slaugytojas	54	27	10	9
Socialinis darbuotojas	35	39	24	2
Dvasininkas	46	34	18	2
Psichoterapeutas	24	36	19	21
Kineziterapijos specialistas	16	28	34	22

Respondentų Ukrainoje nuomone, svarbiausi buvo dvasininkai, socialiniai darbuotojai bei gydytojai (7 lentelė).

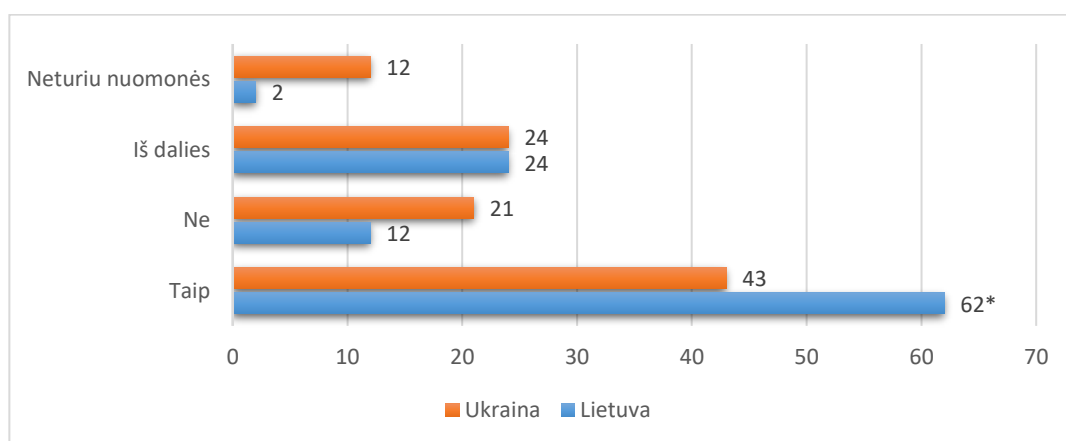
7 lentelė.

Respondentų Ukrainoje nuomonė apie socialinės paliatyviosios pagalbos specialistų svarbą procentais, N=70 (proc.)

Specialistas	Svarbus	Mažai svarbus	Nesvarbus	Neturiu nuomonės
Gydytojas	49	15	12	24
Slaugytojas	44	19	31	6
Socialinis darbuotojas	61	25	12	2
Dvasininkas	74	16	8	2
Psichoterapeutas	14	47	17	22
Kineziterapijos specialistas	20	17	23	40

Kalbant apie socialinės paliatyvios pagalbos narius, bei jų svarbą kliento slaugyme, paaiškėjo, kad abejose tirtose šalyse jie labiausiai išskiria kelis specialistus. Lietuvoje apklausti respondentai manė, kad daugiausiai naudos jų artimiesiems gali suteikti slaugytojas, dvasininkas ir gydytojas. Tuo tarpu Ukrainoje, svarbiausias buvo dvasininkas, socialinis darbuotojas ir gydytojas. Kaip matyti iš gautų atsakymo variantų, respondentams yra svarbi tiek artimųjų fizinė gerovė, tiek dvasinis ramumas ir pasiruošimas būsimam likimui.

Išsiaiškinus respondentų nuomonę kas yra orumas, taip pat buvo svarbu sužinoti ar socialinės paliatyviosios pagalbos komanda gali padėti klientams jį išsaugoti. Didžioji dalis abejose šalyse sutiko su šiuo teiginiu ir pasirinko atsakymo variantą Taip: Lietuvoje 62%, Ukrainoje 43%. Po 24% respondentų abejose šalyse manė, kad orumą profesionali komanda gali palaikyti tik iš dalies. Tuo tarpu neigiamą atsakymą Lietuvoje pasirinko 12% apklaustųjų, Ukrainoje 21% (12 pav.). Analizuojant duomenis pagal išsilavinimą pastebėti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p=0,002$).



12 pav. Respondentų nuomonė ar socialinės paliatyviosios pagalbos specialistai gali užtikrinti orumą, N=140 (proc.)

Iš gautų duomenų, galima teigti, kad aukštesnį išsilavinimo lygį turėję respondentai, išsakė teigiamą nuomonę apie socialinės paliatyvios pagalbos komandos galimybes išlaikant kliento orumą. Tai rodo, kad aukštesnio išsilavinimo žmonės turi daugiau žinių apie tai kaip veikia socialinė paliatyvioji pagalba ir kokia yra jos paskirtis.

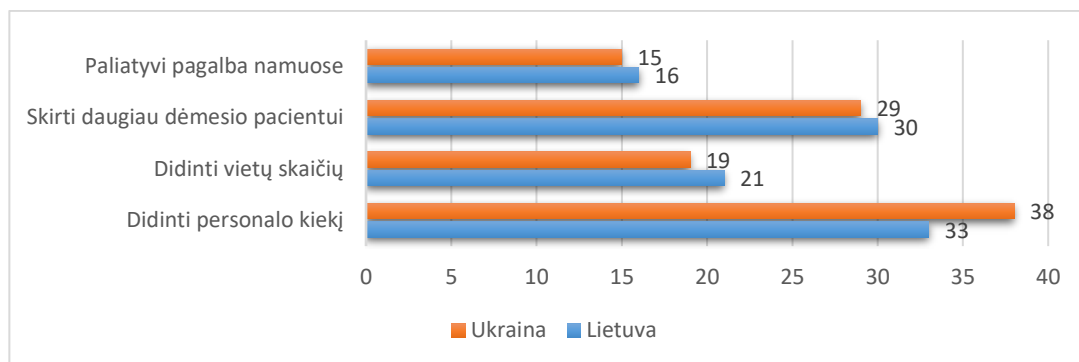
Vertinant socialinės paliatyvios pagalbos esmę, respondentų nuomone, buvo pastebėta, kad tiek Lietuvoje, tiek Ukrainoje svarbiausi yra orumo užtikrinimo bei bendravimo su specialistų komanda aspektai. Būtent įgyvendinant šiuos tikslus, galima išlaikyti klientų orumą kaip įmanoma kokybiškesnį, ilgesnį slaugymo laiką. Tačiau norint įgyvendinti šiuos tikslus yra būtinas nuolatinis bendravimas su klientų. Apklausus respondentus, paaiškėjo, kad abejose šalyse, socialinės

paliatyvios pagalbos komandos nariai, klientus vizituoja labai dažnai, nuo karto per savaitę iki kasdieninių vizitų po kelis kartus per dieną. Tokį dažną klientų vizitavimą respondentai pripažino kaip naudingą ir būtiną, norint padėti klientui išlaikyti jo orumą.

2.3.5 Socialinės paliatyviosios pagalbos tobulinimo galimybės

Norint objektyviai įvertinti ir sudaryti tobulinimo gaires socialinėje paliatyviojoje pagalboje, respondentų buvo prašyta įrašyti pasiūlymus, kurie padėtų pagerinti esamą socialinės paliatyviosios pagalbos situaciją, o taip pat leistų padidinti klientų orumą.

Visi gauti atsakymai buvo susisteminti ir išskirtos keturios tobulinamos sritys, kurias įvardijo apklaustieji (13 pav.). Daugiausiai apklaustųjų tiek Lietuvoje, tiek Ukrainoje įvardijo personalo trūkumą (33% Lietuvoje, bei 38% Ukrainoje). Taip pat, respondentų nuomone esamas personalas galėtų skirti daugiau dėmesio klientams (30% Lietuvoje, bei 29% Ukrainoje). Trečioje probleminėje vietoje nurodytas vietų skaičiaus stacionaruose trūkumas (21% Lietuvoje, 19% Ukrainoje). Galiausiai, respondentų nuomone, valstybės turėtų sudaryti geresnes sąlygas skiriant paliatyvią pagalbą klientams, kuriems jos reikia (16% Lietuvoje, 15% Ukrainoje). Tarp šių atsakymų statistinio reikšmingumo nebuvo rasta ($p=0,06$).



13 pav. Respondentų nuomonė apie socialinės paliatyviosios pagalbos tobulinimo sritis, N=140 (proc.)

Tuo tarpu interviu metu, ekspertams, taip pat buvo užduotas panašus klausimas, kurio metu buvo siekta išsiaiškinti pasiūlymus, kurie padėtų tobulinti socialinės paliatyviosios pagalbos sistemą, taip ją pritaikant pagal klientų poreikius bei siekiant išlaikyti didesnę jų orumo lygį (*Ką Jūsų nuomone reikėtų keisti, tobulinti socialinės paliatyvios pagalbos srityje, norint užtikrinti kliento orumą?*) (8 lentelė).

Tobulinimo gairių interpretacija

Kategorija	Iliustruojantys kategorijų teiginiai	Teiginių dažnis
Finansinis aspektas	<p>„Viskas remiasi į piniginį aspektą. Jei būtų gaunamas didesnis finansavimas, daugiau lovų stacionaruose ar sudarytos palankios sąlygos klientą lankyti namuose, tuomet tokiais klientais <...> būtų galima padėti daug efektyviau, o taip pat išlaikyti jų orumą.“</p> <p>„<...> reikėtų naujinti esamą įrangą palatose, tokias kaip lovas, vežimėlius, prieinamumą tualete, kuris palengvintų ne tik darbuotojų darbą, bet taip pat ir padėtų klientui jaustis labiau nepriklausomam.“</p> <p>„<...> taip pat trūksta finansavimo bei didesnio lovų skaičių stacionaruose.“</p> <p>„<...> Dėl personalo ir lėšų trūkumo negalime padėti visiems žmonėms, kurios tos pagalbos išties reikia.“</p> <p>„<...> be valstybinio palaikymo ir finansavimo mes esame bejėgiai.“</p> <p>„Norint išlaikyti žmogaus orumą reikia daugiau pagalbinių įrankių ir įrangos, kad patys klientai galėtų pasirūpinti savo higiena ir pavalgyti“.</p> <p>„<...> norėtųsi daugiau vietos ligoninėse, kadangi dabar gauti paliatyvią pagalbą yra itin sunku, arba tenka mokėti nemažas sumas, norint, kad tavo artimuoju pasirūpintų specialistai.“</p> <p>„<...> Reikėtų skirti daugiau lėšų ir dėmesio šiai sričiai, kad tiems, kuriems yra būtina gauti visą reikiamą pagalbą laiku.“</p> <p>„<...> trūksta vyriausybės paramos ir finansavimo. Esant didesniam finansavimui būtų galima įsigyti trūkstamos įrangos ir reikalingų vaistų, kurie padėtų klientams ir to pasėkoje personalas galėtų skirti daugiau dėmesio.“</p>	9
Kompetentingų specialistų didinimas	<p>„Mano nuomone trūksta specialistų, kurie galėtų dažniau padėti tokiems klientams. <...> vienam specialistui yra priskiriami dešimtys klientai, natūralu, kad visiems efektyviai padėti yra neįmanoma.“</p> <p>„<...> reikia naujesnio specialistų požiūrio į žmogų ir jo orumą. Galbūt padėtų įvairios metodikos žmogui pažinti.“</p> <p>„Reikėtų daugiau specialistų, kurie galėtų skirti tiek laiko, kiek reikia klientui.“</p> <p>„<...> trūksta specialistų, kurie galėtų skirti daugiau dėmesio klientams, jų poreikiams bei orumo išsaugojimui.“</p> <p>„Mano nuomone reikėtų <...> surinkti specialistų komandą, kuri dirbtų su tokiais klientais. Tokiu būdu būtų ir daugiau lovų ir klientai gautų profesionalią pagalbą.“</p> <p>„<...> reikėtų naujesnių specialistų ir jų naujų metodų, kurie skatintų klientą kaip įmanoma daugiau pačiam atlikti paprasčiausius ir būtinausius darbus. Šiuo metu slaugytojai atlieka didžiąją dalį įprastų darbų priverdami klientą daugiau nebejudėti.“</p> <p>„Pagrindinė bėda <...> yra darbuotojų trūkumas. <...> Šiuo metu personalas, dėl laiko trūkumo, yra priverstas skubėti ir per daug neįsijausti į klientų būklę.“</p>	7
Visuomenės bei valdžios požiūrio gerinimas	<p>„<...> reikėtų keisti sistemą, kuomet specialistai galėtų atvykti ir į namus. Tuomet žmogus gaudamas pagalbą namuose jaustis daug geriau ir patogiau, nei gulėdamas ligoninės lovoje šalia kitų klientų.“</p> <p>„Pirmiausiai reikėtų keisti visuomenės požiūrį į šią sritį. Ne visi žino kas yra paliatyvioji pagalba, todėl nežino ir jos reikalingumo žmonėms.“</p> <p>„Reikėtų keisti valstybės požiūrį į paliatyviąją pagalbą <...>“</p> <p>„<...> pakeisti reiktų žmonių nuomonę apie paliatyviąją pagalbą ir suteikti daugiau mokymų specialistams, kuomet būtų diskutuojama apie aktualias socialines, moralines bei žmogaus poreikius temas.“</p>	5

Gauti ekspertų atsakymai pasiskirstė į tris kategorijas. Pirmoji ekspertų grupė teigė, jog šiai sričiai itin trūksta valdžios finansavimo, kuri leistų padidinti personalą, pagerintų palatų sąlygas bei aptarnavimo kokybę. Antroji grupė buvo už profesionalių specialistų gausinimą. Tuo

tarpu trečiajai kategorijai priklausė nuomonės apie požiūrio keitimą į socialinę paliatyviąją pagalbą. Vis tik, galima teigti, kad viskas prasideda nuo finansavimo. Esant didesniajam finansavimui galima sukurti didesnę profesionalių specialistų grupę, kuri skirtų daugiau dėmesio sunkiems klientams ir leistų jiems jaustis saugiai ir ramiai dėl savo bei artimųjų ateities. Taip pat esant didesniajam finansavimui, stacionaruose būtų galima įsteigti daugiau lovų arba sudaryti galimybes specialistams atvykti į namus. Taip paliatyviąją pagalbą gautų daugiau klientų.

Reikia paminėti, kad Lietuvos atveju, ekspertų nuomonė buvo pasiskirsčiusi į dvi kategorijas: specialistų ir finansinių lėšų didinimą. Tuo tarpu Ukrainos ekspertų požiūriu, paliatyviojoje pagalba taip pat reikėtų skirti daugiau valdžios finansavimo. Be piniginės paramos, ekspertai taip pat atkreipia dėmesį į esamų specialistų darbą bei požiūrį, kurį reikėtų keisti ir naujinti. Žinių atnaujinimas padėtų specialistams labiau suprasti sunkiai sergančius klientus, žinotų kaip kovoti su depresija bei skatintų nugyventi gyvenimą kokybiškai. Šiai dienai, Ukrainos specialistai atlieka įprastas pareigas, neatsižvelgdami į klientų padėtį. Taip pat, dėl srities naujumo, ekspertų nuomone, reikėtų keisti teisinę sistemą bei šviesti žmones apie tokios pagalbos būtinumą visuomenėje.

2.4 Orumo išlaikymo galimybės teikiant socialinę ir paliatyviąją pagalbą senyvo amžiaus asmenims: Lietuvos ir Ukrainos situacijos analizė

Pirmasis užduotas klausimas buvo susijęs su orumo samprata ir jo apibrėžimu kiekvienam ekspertui asmeniškai (*Kas Jums yra orumas? Kaip galėtumėte apibrėžti orumo sąvoką?*) (9 lentelė). Iš esmės, šiuo klausimu buvo siekiama atskleisti ir sužinoti ekspertų nuomonę apie žmogaus orumą bei jo svarbą kiekvienam žmogui individualiai.

9 lentelė.

Orumo koncepcijos interpretacijos

Kategorija	Iliustruojantys kategorijų teiginiai	Teiginių dažnis
Nepriklausomybė	<p>„Mano nuomone, orumas yra susijęs su žmogaus nepriklausomybe, kuomet jis gali laisvai judėti bei savimi pasirūpinti pats be aplinkinių pagalbos“</p> <p>„Orumas tai tokia būseną kai žmogus gali elgtis bei atrodyti padoriai viešose vietose. Tai yra, kad jis gali būti apsirengęs tvarkingai, taip pat pats geba pavalgyti ar pasinaudoti tualetu.“</p> <p>„Orumas tikriausiai pasireiškia tuo, kai tavęs niekas neįžeidinėja ir nežemina. Kai gali daryti ir sakyti tai ką nori nevaržomai ir įgyvendinti savo poreikius be kitų pritarimo.“</p> <p>„Mano nuomone, orumas galėtų būti susijęs su fizine sveikata, kuomet nereikia priklausyti nuo kitų pagalbos.“</p> <p>„Žmogaus orumas pasireiškia per jo fizinę nepriklausomybę, kuomet jis gali viską atlikti pats, išreikšti nuomonę ir ją ginti.“</p>	7

	<p>„Man orumas asocijuojasi su galybe gyventi žmogiškai, t.y. kada nereikia prašyti išmaldos ar elementarios pagalbos iš kitų nepažįstamų žmonių.“</p> <p>„Orumo sąvoką gali sudaryti daug skirtingų aspektų <...> Vienam orumas gali būti siejamas su prisitaikymu prie kitų žmonių, kitam – su galimybe jaustis fiziškai nepriklausomam nuo kitų.“</p>	
Savarankiškumas	<p>„Orumas tai tokia būseną kai žmogus gali elgtis bei atrodyti padoriai viešose vietose. Tai yra, kad jis gali būti apsirengęs tvarkingai, taip pat pats geba pavalgyti ar pasinaudoti tualetu“</p> <p>„Orumas - žmogus galimybė laisvai judėti, atsakyti už savo veiksmus ir daryti tai kas yra būtina jam normaliam kasdieniam gyvenimui, tai ir yra orumas.“</p> <p>„Orumą galėčiau įvardinti kaip fizinę ir psichinę žmogaus būklę, kuri pasireiškia laisvumu. Pavyzdžiui, žmogus gali laisvai judėti, pasirūpinti savimi bei savo higiena. Taip pat gali pats nuspręsti ką rengtis bei išsakyti nuomonę jei jam nepatinka kaip su juo elgiamasi.“</p> <p>„Sunku nusakyti kas yra orumas. Kadangi kiekvienam tai asocijuojasi su skirtingomis aplinkybėmis. Galvočiau, kad orumas yra būseną, kuri leidžia jaustis žmogumi, kuomet tavęs niekas neįžeidžia, gali būti savarankišku.“</p> <p>„Mes ligoninėje orumu laikome kliento savarankiškumą. Tol kol jis geba pats pasirūpinti asmenine higiena, pavalgyti bei išsakyti savo pojūčius ir reikalavimus – tol jo orumas yra nepažeistas.“</p> <p>„Man orumas yra tuomet kai nereikia žemintis prieš kitus ir prašyti pagalbos.“</p>	6
Vidinis savęs vertinimas	<p>„Man orumas yra susijęs su savęs suvokimu, kaip žmogus jaučiasi tarp kitų asmenų, ar geba priimti sprendimus savarankiškai, ar jam nereikia aplinkinių pagalbos norint atlikti kasdienes, elementarius veiksmus“</p> <p>„Žmogus yra orus, kuomet nėra pažeidžiamas jo teisės, nėra šmeižiamas ar įžeidinėjamas įvairiais būdais.“</p> <p>„Galbūt orumas atspindi tai kaip žmogus jaučiasi. Tarkime jei man reikėtų paprašyti kitų žmonių pagalbos, kad padėtų atlikti higieninius darbus, man būtų gėda ir jausčiau, kad praradau orumą.“</p> <p>„Manyčiau, jog žmogaus orumas pasireiškia tuomet kai jo niekas neįžeidžia, nežemina ir priima jį tokį koks jis yra.“</p> <p>„Mano nuomone, orumas yra susijęs su vidine žmogaus būkle, kuomet jis yra laisvas ir nevaržomas aplinkinių žmonių ar situacijų.“</p>	5

Pagal gautus ekspertų Lietuvoje atsakymus, galima pastebėti, kad orumą jie išskaidė į du tipus: vidinį bei išorinį. Vidinis orumas ekspertams siejosi su žmogaus pripažinimu ir jo gerove visuomenėje bei laisve reikšti savo nuomonę, elgtis taip, kaip jiems yra labiau priimtina. Tuo tarpu išorinis orumas daugumai ekspertų asocijavosi su fizine nepriklausomybe, kuomet žmogus, nevaržomas fizinės negalios, gali laisvai judėti, valgyti, praustis bei pasirūpinti savo higiena. Atsakymai, kuriuose buvo minimas vidinis ar išorinis orumas, pasiskirstė skirtingai, todėl išskirti, kuri ekspertų grupė akcentavo vidinį, o kuri išorinį orumą – sudėtinga. Pastebima, kad gydytojų atsakymuose buvo išskirti abu orumo tipai, tuo tarpu, klientų artimųjų - tik vienas iš orumo tipų.

Analizuojant Ukrainoje gautus duomenis, taip pat buvo pastebėtas dviejų orumo tipų išskyrimas. Vis tik ukrainiečių nuomone, orumas yra dažniau siejamas su vidiniais žmogaus išgyvenimais bei pojūčiais. Jiems itin svarbu tai, kaip kiti reaguoja į žmogų bei kaip jį priima

visuomenė. Tuo tarpu išorinis orumas, dar kitaip vadinamas fizine nepriklausomybė, buvo labiau išskiriama gydymo įstaigos darbuotojų, negu klientų artimųjų.

Gauti ekspertų atsakymai tik įrodo teorijoje išsakytą mintį, jog apibrėžti orumą yra sudėtinga. Kiekvienam žmogui tai gali reikšti skirtingus dalykus, o pateiktas apibrėžimas dažnai priklauso nuo atsakinėjančio esamos tuometinės padėties bei savijautos. Vis tik, reikia sutikti, kad žmogaus orumas yra kompleksinis jausmas ir suvokimas, todėl negalima jo analizuoti vienašališkai. Žmogaus orumą būtina priimti platesniu požiūriu ir nepamiršti su kiekvienu klientu elgtis, kaip su asmenybe bei jį gerbti, o esant poreikiui padėti.

Antras klausimas užduotas ekspertams buvo susijęs su bendravimu tarp eksperto ir socialinės paliatyviosios pagalbos kliento (10 lentelė) (*Kaip dažnai Jums tenka bendrauti tiesiogiai su socialinės paliatyviosios pagalbos klientu?*). Šiuo klausimu buvo siekta įvertinti bendravimo dažnumą bei ryšį su klientu. Tikėtina, kad dažnesnis ryšys su klientu gali įtakoti atviresnius atsakymus į interviu klausimus. Iš literatūros analizės yra žinoma, kad orumo palaikymui paliatyviojoje pagalba taip pat yra svarbus glaudus ryšys bei bendravimas su klientais.

10 lentelė.

Specialistų glaudaus ryšio, komunikuojant, kūrimo koncepcijos interpretavimas

Kategorija	Ilustruojantys kategorijų teiginiai	Teiginių dažnis
Stiprus ryšio formavimas	<p>„Priklausomai nuo situacijos. Pradžioje su tokiu klientu tenka matytis kas dieną, vėliau susitikimai retėja.“</p> <p>„Stengiuosi atvykti kiekvieną dieną, tačiau ne visada tai pavyksta.“</p> <p>„Kasdieną“</p> <p>„Su šiais klientais tenka bendrauti kas dieną“.</p> <p>„Bendrauju dažnai. Kiekvieną dieną nueinu patikrinti jų būklės.“</p> <p>„Mums vizitai yra skiriami kiekvieną dieną. Būna, kad tenka aplankyti klientą ir porą kartų per dieną.“</p> <p>„Kiekvieną dieną.“</p> <p>„Kai tik galime, tačiau bandome atvykti kas dieną nors po valandą pabūti.“</p> <p>„Bendraujame kiekvieną dieną, išskyrus nedarbo dienas.“</p> <p>„Kartą per dieną.“</p> <p>„Vizituoti tenka kiekvieną dieną, pagal poreikį būna ir kelis kartus per dieną.“</p>	11
Silpnas ryšio formavimas	<p>„Pas klientą ateinu kartą per savaitę.“</p> <p>„Būna įvairių atvejų, bet dažniausiai vizitai yra paskirti kartą per savaitę, kuomet reikia patikrinti esamą situaciją.“</p> <p>„Gyvename kitame mieste, todėl pavyksta užsukti tik kelis kartus į savaitę. Tačiau esame ramūs, nes žinome kad kai mūsų nėra, prižiūri specialistai.“</p> <p>„Mūsų ligoninėje vizitai yra skiriami kelis kartus į savaitę.“</p> <p>„Įprastai pas tokį klientą tenku užsukti kartą – du per savaitę. Tačiau esant poreikiui aplankau ir kas dieną arba kartą į kelias savaites. Tai labai individualus vizitas priklausomai nuo kliento būklės.“</p> <p>„Vizituoju kartą į savaitę.“</p> <p>„Norėtume atvykti kas dieną, tačiau šiuo metu, dėl darbo, atvykstame tik savaitgaliais.“</p>	7

Analizuojant gautus atsakymo variantus į šį interviu klausimą Lietuvoje pastebėta, kad dauguma apklaustųjų su klientais bendrauja kasdieną. Vis tik pirmoje grupėje, kurioje buvo socialiniai darbuotojai, respondentai pripažino, jog vizitai pas klientus yra skiriami retai, vos kartą per savaitę ar rečiau. Tuo tarpu, gydytojų prievolė lankyti savo klientus yra kasdieninė, todėl jie šiuo atveju negali nevykdyti savo pareigų. Vis tik, nėra žinoma ar šių vizitų metu su klientais yra bendraujama nuoširdžiai, bei kokios temos yra nagrinėjamos pokalbių metu, neskaitant sveikatos klausimų. Vertinant artimųjų gautus atsakymo variantus, buvo pastebėta, kad vizitai pas klientus nebūna kasdieniai dėl per didelio atstumo ar darbų gausos. Toks nereguliarus kliento lankymas galėtų įtakoti jo nuotaiką bei jausmus. Retai savo giminaičių lankomas klientas, gali pasijausti vienišas ir niekam nesvarbus, o tai mažintų ir jo orumą, kadangi jis gali pamanyti, kad yra užmirštas ir niekam nereikalingas.

Vertinant gautus Ukrainos ekspertų atsakymus, pastebėta panaši situacija kaip ir Lietuvoje. Tačiau socialinių darbuotojų vizitai yra skiriami dažniau nei Lietuvoje. Tikėtina, kad per dažnesnius vizitus, socialiniai darbuotojai gali labiau pažinti klientą ir suprasti jo poreikius bei nuogąstavimus. Iš gautų rezultatų galima daryti prielaidą, kad Ukrainoje klientai yra lankomi dažniau, nei Lietuvoje. To pasėkoje, yra sukuriamas glaudesnis bei atviresnis ryšys su klientais, kuris gali padėti labiau išlaikyti jo orumo pojūtį, kadangi klientas gauna galimybę būti išklausytu ir suprastu.

Trečiuoju klausimu siekta išsiaiškinti kliento artimųjų bendravimo su socialinės paliatyviosios pagalbos specialistais įtaką klientų orumui bei teiraujamosi jų nuomonės apie galimus neigiamus aspektus dėl nebendravimo (11 lentelė) (*Jūsų nuomone, kokią naudą duoda artimųjų glaudus bendravimas su socialinės paliatyviosios pagalbos komanda? Ar jis yra reikalingas? Kaip artimųjų atotrūkis nuo komandos gali paveikti klientą bei jo orumą?*) Šio klausimo esmė – išsiaiškinti ekspertų nuomonę apie glaudaus bendravimo svarbą paliatyvioje pagalba siekiant išlaikyti kliento orumą. Taip pat sužinoti kaip dažnai artimieji yra linkę kalbėtis su specialistais apie klientą.

11 lentelė.

Artimųjų glaudaus ryšio palaikymo, su socialinės paliatyvios komandos nariais, svarbos bei naudos interpretavimas

Kategorija	Iliustruojantys kategorijų teiginiai	Teiginių dažnis
Būtinam efektyviam simptomini am gydymui bei orumui palaikyti	„Jis yra būtinas, kadangi ne visi klientai geba atvirai kalbėti su specialistais apie savo poreikius ir nemalonumus, kaip su šeimos nariais. Iš jų gauname daugiausiai informacijos apie klientą.“ „Mano nuomone tai yra labai reikalinga, kadangi tuomet galime tiksliau išsiaiškinti kaip efektyviau bendrauti su tuo klientu. <...> „	12

	<p>„Manau, tai padeda komandai suprasti kliento poreikius. Jei artimieji nebendrauja su komanda, tuomet yra sunku sužinti realią situaciją bei kliento lūkesčius bei baimes“.</p> <p>„Taip, manyčiau, jog tai yra reikalinga. Bendraujant galima sužinoti kaip geriau padėti klientui. Taip pat kalbant apie klientą galbūt galima surasti būdus kaip išlaikyti jo orumą.“</p> <p>„Taip, tai yra itin svarbu mūsų komandoje. Būtent bendraudami su artimaisiais mes gauname daug reikšmingos informacijos iš sunkiausių klientų, kuriems yra sunku išreikšti savo mintis ir poreikius. Artimųjų pagalba, mūsų komandos nariai gali tiksliau atsižvelgti į kliento jausmus ir taip padėti palaikyti jo orumą“.</p> <p>„Bendraujant su artimaisiais mes taip pat bendradarbiaujame klientų labui. Keisdami informacija mes galime labiau padėti klientui prisitaikyti prie esamos situacijos ir palaikyti kaip įmanoma aukščiausio lygio orumą.“</p> <p>„Artimųjų komunikavimas su komanda yra labai svarbus. <...> nuolatinis bendravimas su kliento artimaisiais mums padeda geriau atlikti savo pareigas ir padėti klientui kaip įmanoma efektyviau palaikant jo orumą.“</p> <p>„Mano nuomone, tai yra labai svarbu ir reikalinga. Priešingu atveju mums gali būti sunku suprasti ko klientas nori ir tikisi iš mūsų. Vis tik ne su visais klientais mums pavyksta susikalbėti.“</p> <p>„Taip, jo reikia. Ar tai padeda išsaugoti orumą, nežinau.“</p> <p>„<...> bendravimas yra būtinas. Kitu atveju kaip personalas žinos koks yra kliento charakteris ir kaip su juo bendrauti? Taip pat ir artimiesiems yra svarbus žinoti esamą situaciją ir ko reikia, kad klientas jaustųsi oriau.“</p> <p>„Artimųjų bendravimas ir bendradarbiavimas su komanda duoda daug naudos. Svarbiausia yra dirbti išvien ir judėti ta pačia linkme. Su artimųjų pagalba galima efektyviau paskirstyti darbus ir atsižvelgti į tai kas yra svarbiausia pačiam klientui, o taip pat kaip išlaikyti jo orumą.“</p> <p>„Artimųjų glaudus bendravimas yra reikalingas. Jie taip pat prisideda prie kliento gerovės ir jų orumo išsaugojimo. Tačiau ne visada jie atlieka savo pareigas tinkamai ir kartais apsunkina komandos darbą.“</p>	
<p>Žalingas efektyvaus gydymo įgyvendinimui</p>	<p>„Tas bendravimas ne visada duoda naudos, kadangi giminaičiai yra linę per daug pergyventi ir dažniausiai ateina su skundais, priekaištais ir savo poreikiais. <...>“</p> <p>„Nemanau, kad bendravimas padeda išsaugoti orumą. Su komanda tenka bendrauti tik formaliais klausimais.“</p> <p>„Šeimos buvimas šalia yra svarbus. Jie nebūtinai turi bendrauti su komanda, tačiau jie turi palaikyti ryšį su klientu, kad jis jaustųsi mylimas ir reikalingas kitiems.“</p> <p>„Žymios naudos nėra. Vizitų metu, aptardami kliento būklę su artimaisiais, mes tik suteikiame informaciją, tačiau atgalinio ryšio per daug negauname iš jų <...>“</p> <p>„Didelės įtakos artimesnis bendravimas nedaro. Jei komanda ir artimieji yra linę padėti klientui išsaugoti orumą, jie tą gali daryti ir per daug nebendraudami su personalu. Užtenka kad yra perduodama esminė informacija.“</p> <p>„Mano nuomone, artimieji yra svarbi socialinės paliatyviosios pagalbos dalis, tačiau ar jie padeda išlaikyti kliento orumą – abejočiau. Vis tik artimieji yra linę per daug pergyventi ir neretai klientui suteikia daugiau streso arba neleidžia jam pačiam pasirūpinti savimi.“</p>	<p>6</p>

Susisteminius Lietuvos ekspertų duomenis buvo pastebėta, kad dauguma jų pripažino, jog bendravimas su komanda yra itin svarbus ir reikalingas. Daugelis atsakiusiųjų teigė, kad bendravimas padeda specialistams komunikuoti su itin sunkiais klientais, atskleidžiant ir paaiškinant klientų vidinę būseną. Nors bendravimas yra svarbus paliatyviojoje pagalba, vis tik keli specialistai pripažįsta, kad ne visada su artimaisiais gali sutarti ir efektyviai bendradarbiauti, dėl esamos padėties sudėtingumo „<...> ne su visais pavyksta sklandžiai komunikuoti<...>emocijų yra įvairių“. Taip pat vienas iš apklaustų artimųjų buvo priešingos nuomonės negu kiti apklaustieji. Jo teigimu, su paliatyviosios komandos nariais yra kalbama tik formaliai ir nėra daug dėmesio skiriama kliento jausmas bei potyriams.

Ukrainos ekspertų nuomonė apie artimųjų bendravimą su specialistų komanda buvo dviprasmiška. Didžioji dalis apklaustųjų teigė, kad artimųjų bendravimas yra daug svarbesnis su klientais, negu su komandos nariais. Taip pat daugumos nuomone, artimesnis bendravimas su komanda daugiau naudos neduotų, negu tiesioginis kalbėjimas su klientu. Tačiau, nors dauguma išsakė neigiamą nuomonę šiuo klausimu, tarp apklaustųjų taip pat buvo ir tikinusių, jog toks bendravimas su komanda sukurtų sklandesnę bei efektyvesnę darbą su klientu. Šią nuomonę išsakė daugiau artimieji, negu socialinės paliatyvios pagalbos specialistai.

Ketvirtuoju klausimu ekspertų teirautasi jų nuomonės dėl socialinės paliatyvios pagalbos galimybės išlaikyti žmogaus orumą (12 lentelė) (*Kaip manote ar paliatyvioji pagalba padeda žmogui išlaikyti ir užtikrinti jo orumą? Kokiais būdais?*). Pateikiant šį klausimą siekta sužinoti ekspertų nuomonę kaip paliatyviosios pagalbos komanda palaiko bei gali palaikyti žmogaus orumą esant sudėtingos ligos atveju, kuomet dauguma klientų pasiduoda arba susitaiko su gyvenimo pabaigos mintimi. Taip pat ekspertų buvo prašyta įvardinti būdus, kuriais komanda palaiko klientų orumą. Gauti rezultatai leistų išskirti pagrindinius, orumą palaikančius būdus bei išanalizuoti socialinės paliatyvios pagalbos skyriaus trūkumus.

12 lentelė.

Orumo palaikymo socialinės paliatyvios pagalbos pagalba koncepcijos interpretavimas

Kategorija	Iliustruojantys kategorijų teiginiai	Teiginių dažnis
Galimas orumo palaikymas	<p>„Lengvesniais atvejais (turiu omenyje, kai klientas nėra prijungtas prie aparatų) tikrai taip, kadangi su juo komandos nariai bendrauja, moko ir skatina toliau išlikti pozityviais bei pasirūpinti savo higiena patiems.“</p> <p>„Padeda. Kasdiena jais rūpinasi įvairūs darbuotojai, prižiūri ir pasikalba su jais. Todėl manau, kad išlaikyti orumą jie tikrai padeda.“</p> <p>„Tie klientai, kurie dar gali nors kiek pajudėti patys, yra skatinimai daryti tai, kaip įmanoma dažniau, patiems valgyti, nueiti į tualetą. Taip pat daug su jais bendraujame įvairiomis temomis, kad jie galėtų išreikšti savo jausmus ir pageidavimus.“</p> <p>„Manyčiau, kad gali padėti. Kiek teko matyti, slaugytojos prižiūri klientus ir skatina juos pačius tiek valgyti, tiek apsirengti, tiek susišukuoti. Manau tai ir svarbiausia, kad žmogus išliktų nepriklausomas nuo kitų kaip įmanoma ilgiau.“</p>	4
Negalimas orumo palaikymas	<p>„Ne visiems. Sunkesniems klientams sunku padėti, kadangi jie turi daug specialių poreikių, kuriuos įgyvendinti gali tik su kitų pagalba.“</p> <p>„Nemanau, kad vien paliatyvioji pagalba galima išsaugoti kliento orumą. <...> Specialistai bando išlaikyti kliento orumą suteikdami galimybę būti nepriklausomam ir pačiam priimti sprendimus kaip įmanoma dažniau.“</p> <p>„Daug kas priklauso nuo kliento. Jeigu jis yra visiškai priklausomas nuo mūsų, tuomet visiškai išlaikyti orumą yra neįmanoma. Vis tik siekiame, kad klientai jaustųsi kaip įmanoma oriau.“</p> <p>„Nežinau. Jei klientas yra sunkios būklės ir negali pats savęs apsitvarkyti, vargu ar tai galima laikyti orumo išlaikymu.“</p> <p>„Nemanau. Galbūt pokalbiai su psichologu ar socialiniu darbuotoju ir padeda, tačiau viskas priklauso nuo pačio žmogaus ir jo padėties.“</p> <p>„Nemanau, kad paliatyvioji pagalba geba užtikrinti kliento orumą. Dažniausiai į mūsų skyrių patenka tie klientai, kurie jau nebegali savarankiškai judėti, yra prikaustyti prie lovų. Taip pat tokie klientai jau nebesiorientuoja aplinkoje ir nebemąsto adekvačiai, kad galėtų išsakyti savo poreikius.“</p>	6

Galimas dalinis orumo palaikymas	<p>„Socialinės paliatyviosios komandos nariai daro viską, kad klientas jaustųsi kaip įmanoma patogiau ir oriau. Mes ir patys esame suinteresuoti, kad klientai išliktų kaip įmanoma ilgiau nepriklausomi. Deja, ne visada tai yra įmanoma.“</p> <p>„Iš dalies. Komandoje yra psichologai, kurie padeda klientams. Taip pat slaugytojai, kurie esant būtinybei padeda su asmenine higiena. Tačiau daug kas priklauso ir nuo pačio asmens.“</p> <p>„Galbūt. Tačiau manyčiau, jog jei žmogus pats nesijaučia oriai, jam kiti specialistai negalės padėti.“</p> <p>„Orumą palaikyti padeda, tačiau užtikrinti mes negalime. Norint, kad žmogus jaustųsi orus iki paskutinių dienų, jis turėtų būti nepriklausomas ir jaustis savarankišku. Deja, ne visais atvejais tai pavyksta padaryti.“</p> <p>„<...> pilnai užtikrinti orumo neįmanoma. Nors kai kuriais atvejais tai galima padaryti, kuomet klientas bent dalinai geba atlikti kasdienes asmeninės higienos darbus.“</p> <p>„Kažkiek prisideda prie orumo palaikymo. Tačiau negaliu teigti, kad ji gali padėti visiems.“</p> <p>„<...> iš dalies, mūsų teikiama pagalba padeda klientui jaustis oriai.“</p> <p>„Didelės įtakos klientų orumui mes tikrai negalime daryti, tačiau yra sudaromos visos galimybės padėti klientui pasijusti kaip įmanoma saugiau, užtikrinčiau ir galbūt oriau. Iš tikrųjų, mūsų darbas su klientais yra pastovus stebėjimas ir visokeriopa pagalba, kuri ne visada reiškia orumo išlaikymą.“</p>	8
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Gauti ekspertų atsakymai patvirtino teorijoje išsakytą mintį, jog orumas priklauso ne tik nuo aplinkinių pastangų, bet taip pat ir pačio asmens vidinės savijautos. Dauguma apklaustųjų teigė, kad socialinės paliatyvios pagalbos specialistai gali tik iš dalies palaikyti kliento orumą, atlikdami įprastus kasdienes darbus ir suteikdami visokeriopą pagalbą. Tačiau nemaža dalis orumo, anot ekspertų, atsiranda iš pačio žmogaus ir jo suvokimo apie save bei savo esamą situaciją.

Ukrainos apklausti ekspertai taip pat pritarė Lietuvos ekspertų išsakytomis mintims. Apklaustieji ekspertai pripažino, kad sunkios būklės klientams yra sunku padėti išlaikyti jų orumą. Ypač tiems, kurie patys negali vaikščioti bei pavalgyti. Vis tik, Ukrainos ligoninės aktyviai dirba psichologai, kurie suteikia įvairiapusę emocinę pagalbą, bei padeda susitaikyti su esama padėtimi. Tuo tarpu, specialistai atlieka savo darbą kaip įmanoma efektyviau, kad klientų orumas būtų išlaikomas kuo ilgiau.

Ekspertams užduotas **penktasis klausimas** buvo apie socialinės paliatyvios pagalbos situaciją gydymo įstaigose (13 lentelė) (*Kokius teigiamus ir neigiamus aspektus galėtumėte išskirti socialinės paliatyviosios pagalbos srityje?*). Šiuo klausimu siekta išsiaiškinti neigiamus bei teigiamus socialinės paliatyvios pagalbos aspektus, kuriuos pastebi ne tik darbuotojai, bet taip pat klientų artimieji vizitų metu. Išsiaiškinus ekspertų nuomonę, būtų galima sudaryti gaires, kurios padėtų tobulinti socialinės paliatyvios pagalbos skyrių veiklą bei sistemą visuomenės mastu.

Socialinės paliatyvos pagalbos naudingumo ir trūkumų koncepcijos interpretavimas

Kategorija	Subkategorija	Iliustruojantys kategorijų teiginiai	Teiginių dažnis
Teigiami	Nuolatinė klientų priežiūra	<p>„Teigiama tikriausiai būtų tai, kad tokių klientų atvejais jais kažkas rūpinasi ir deda visas pastangas, kad žmogui būtų kaip įmanoma geriau.“</p> <p>„Tokie klientai nėra paliekami likimo valiai ir jiems duodama viskas kas tik geriausia.“</p> <p>„Teigiamas – džiugu, kad yra tokia vieta, kur gali pasirūpinti sunkiais ligoniais ir jų artimaisiais.“</p> <p>„Teigiamas- esantys specialistai yra atsidavę savo darbui, todėl esu ramus dėl savo artimojo.“</p> <p>„Teigiama būtų tai, kad socialinės paliatyvosios pagalbos specialistai rūpinaisi klientais ir padeda kaip tik išgali.“</p> <p>„Pliusai būtų – rūpestis klientams, kurie jau savimi nebegali pasirūpinti.“</p> <p>„Socialinės paliatyvosios komandos nariai padeda žmonėms jų paskutinėmis gyvenimo akimirkomis.“</p> <p>„Teigiami aspektai būtų – nuolatinė specialistų priežiūra, pagalba ir atsakingumas.“</p> <p>„Teigiamus išskirčiau nuolatinę priežiūrą ir sunkių ligonių priežiūrą. Gerai, kai gali savo artimą palikti patikimose rankose.“</p> <p>„Teigiami: nuolatinė pagalba ir priežiūra stacionare, kurių metų yra kombinuojamas ne tik ligos simptomų mažinimas, bet ir psichologinė pagalba.“</p>	10
	Pagalba artimiesiems	<p>„Paliatyvioji pagalba padeda susitaikyti klientams ir jų artimiesiems su būsima ateitimi.“</p> <p>„Sunkiausiems klientams ir jų artimiesiems padedame paskutinėje gyvenimo atkarpoje.“</p> <p>„Teigiami būtų tai, kad šiandieną galime pasidžiaugti didesniu finansavimu, to pasėkoje ligoninėse atsirado daugiau lovų, todėl pagalbą gali gauti daugiau klientų nei prieš tai.“</p> <p>„Tačiau palaipsniui žmonių supratimas apie šios pagalbos naudą tik didėja.“</p> <p>„Mano nuomone teigiami pagalbos aspektai būtų – pagalba ne tik klientui, bet ir jų artimiesiems dvasiniu ir psichologiniu aspektu.“</p> <p>„Mes jais rūpinamės, padedam jų artimiesiems susitaikyti su likimu.“</p> <p>„Man atrodo, kad teigiami aspektai daugiausiai yra susiję su tuo, kad mes siūlome visapusę paramą ir pagalbą klientams bei jų šeimos nariams.“</p> <p>„Paliatyvioji pagalba padeda žmonėms susitaikyti su ateitimi, taip pat skiria psichologinę pagalbą tiek klientams, tiek jų artimiesiems“</p>	7

Neigiami	<i>Specialistų trūkumas</i>	<p>„Neigiama būtų – klientų daug, specialistų mažai, todėl ne visi norintys gali gauti jiems priklausančią pagalbą.“</p> <p>„Neigiamiausia būtų tai, kad tai yra morališkai sudėtinga pareiga, todėl ne visi gali prisidėti prie tokios pagalbos ir pasirūpinti šiais klientais, kuomet jiems reikia.“</p> <p>„Neigiamas būtų – per mažai specialistų.“</p> <p>„Didžiausias neigiamas aspektas – profesionalų stoka.“</p> <p>„Trūksta ne tik specialistų, bet taip pat ir reikiamos įrangos, kuri padėtų specialistams ir klientams. Taip pat trūksta gilesnio teisinio požiūrio šiai sričiai.“</p> <p>„Didžiausias neigiamas aspektas – specialistų trūkumas. Tik maža dalis gerų specialistų sutinka dirbti šioje medicinos srityje.“</p> <p>„Vis tik tai yra baisi sritis... Matomai dėl to mums trūksta specialistų, kurie norėtų dirbti šį darbą.“</p> <p>„Neigiami: ne visada galime padėti savo klientams optimaliai.“</p>	7
	<i>Finansiniai aspektai įtakojantys vietos ir įrangos trūkumą</i>	<p>„Šiai dienai paslauga vis dar yra „prabangi“ ir ribota. Todėl norint patekti į stacionarus tenka ilgai laukti arba ieškoti privačių įstaigų ir susimokėti. Kitu atveju, daugelis klientų taip ir nesulaukia pagalbos“.</p> <p>„Neigiama tai, kad patekti į šį skyrių yra sudėtinga, todėl ne visi gali gauti tokią paslaugą.“</p> <p>„Norėtusi, kad būtų galimybė, jog specialistai atvyktų į namus ir galėtų padėti tokiems klientams. Dabar tenka ieškoti vietos, kurios dažniausiai būna užimtos ir nėra aišku ar gausi tokią paslaugą ligoninėje ar ne.“</p> <p>„Trūksta ne tik specialistų, bet taip pat ir reikiamos įrangos, kuri padėtų specialistams ir klientams. Taip pat trūksta gilesnio teisinio požiūrio šiai sričiai.“</p> <p>„Neigiami – ne visada pavyksta padėti klientui išlikti oriam. Trūksta lėšų, specialistų, vietos ir valstybės paramos.“</p> <p>„Neigiama tai kad vietos čia yra labai mažai ir daug kainuoja norint pakliūti.“</p> <p>„Nežinau, iš savo patirties matau, kad čia išties trūksta priemonių ir darbuotojų. Galbūt valdžia galėtų skirti daugiau dėmesio sunkiausiems klientams ir jų artimiesiems.“</p> <p>„Vis tik gaila, kad norint gauti tokią pagalbą reikia ieškoti vietos. Norėtume daugiau praleisti laiko su savo artimuoju, deja galimybės gauti pagalbą namuose nėra.“</p> <p>„Vis tik, dirbame daugiau iš idėjos, kadangi finansinės paramos itin trūksta mūsų šalyje.“</p> <p>„Neigiami būtų skurdus valdančios vyriausybės požiūris į šią sritį“. „Finansavimas yra itin mažas, dažnai jaučiamas reikiamų vaistų stygius.“</p>	11

Susisteminus Lietuvos ekspertų nuomonę, pastebėta, kad Lietuvos ligoninėse galima išskirti kelis socialinės paliatyvosios pagalbos trūkumus. Pirmasis, labiausiai pabrėžtiną šioje srityje dirbančių specialistų, yra personalo trūkumas. Specialistai pripažįsta, jog socialinė paliatyvioji pagalba yra specifinė medicinos sritis dėl savo klientų kontingento ir galutinio rezultato. Dėl to, rasti darbuotojų, kurie galėtų papildyti skyrius, yra sudėtinga. Antrasis neigiamas aspektas – pasenusi ir trūkstama įranga. Ne paslaptis, kad socialinė paliatyvioji pagalba yra skiriama itin sunkiems, fizinę jėgą praradusiems klientams, todėl įranga, kuri padėtų lengviau klientą

perkelti iš vienos vietos į kitą, smarkiai palengvintų darbuotojų darbą. Dar vienas, neigiamas socialinės paliatyviosios pagalbos aspektas, kurį taip pat pastebėjo ir klientų artimieji, tai lovų stacionare trūkumas. Dėl nepakankamo finansavimo, natūralu, kad pradeda trūkti vietų skaičiaus. To pasėkoje, ne visi klientai, kuriems yra būtina skirti tokią pagalbą, gauna ją laiku. Šiuo klausimu, artimieji pripažįsta, kad socialinės paliatyviosios pagalbos skyrimas namuose – būtų puikus sprendimo būdas šiai problemai.

Nors ekspertai išsakė nemažai probleminių taškų, vis tik buvo pažymėti ir teigiami socialinės paliatyviosios pagalbos aspektai. Vienas jų – sunkiai sergantis žmogus nelieka vienas su savo bėda. Juo yra rūpinamasi. Taip pat dėmesys yra skiriamas ir kliento artimiesiems. Jiems yra skiriama psichologinė ir socialinė pagalba.

Ukrainos ekspertai, tarp labiausiai neigiamų socialinės paliatyviosios pagalbos aspektų, įvardijo finansavo trūkumą. Iš literatūros analizės yra žinoma, kad socialinė paliatyvioji pagalba Ukrainoje yra pradėta taikyti visai neseniai. Todėl nenuostabu, kad šiai dienai, valstybės požiūris ir skiriamos lėšos nėra pakankamos arba nėra panaudojamos tinkamai.

Atlikus kokybinį bei kiekybinį tyrimus, dvejose skirtingose šalyse, buvo pastebėti panašūs atsakymo variantai, kurie leidžia daryti prielaidą, kad tiek Lietuvoje, tiek Ukrainoje socialinės paliatyviosios pagalbos valdymo sistemos yra panašiam lygyje. Vis tik, nors panašumų tarp respondentų bei ekspertų buvo rasta, tam tikri kultūriniai bei valdymo skirtumai išryškėjo tyrimo metu.

Kadangi tyrimas yra susijęs su orumu bei jo išlaikymo galimybėmis paliatyviojoje pagalboje, todėl analizuojant gautus duomenis pirmiausiai yra svarbu išsiaiškinti apklaustųjų supratimą apie orumą. Kaip buvo minėta mokslinės literatūros analizėje, orumas yra daugiadisciplinis ir itin platus reiškinys. Nusakyti tikslų orumo apibrėžimą yra sudėtinga, kadangi orumas kiekvienam žmogui yra skirtingas ir tik dėl jam vienam žinomų priežasčių, svarbus. Tačiau, palyginus gautus tyrimo rezultatus paaiškėjo, kad apklaustieji, tiek kiekybiniam, tiek kokybiniam tyrime, išskyrė dvi orumo rūšis: vidinę bei išorinę. Lyginant ekspertų bei respondentų atsakymus, pastebėta, kad respondentai kiekybiniam tyrime labiau pritarė vidinio orumo svarbai, kai tuo tarpu interviu metu, ekspertai išskyrė išorinį orumą – fizinę nepriklausomybę bei laisvę. Tokius atsakymo variantus galėjo įtakoti apklaustųjų padėtis tyrime - kiekybiniame tyrime dalyvavę respondentai buvo socialinės paliatyviosios pagalbos klientų artimieji. Taigi, žmonės, kurie rūpinasi klientais visą savo gyvenimą ir jiems yra svarbu kaip jie jaučiasi ne tik fiziškai, bet ir emociškai. Tuo tarpu ekspertų interviu buvo atliekamas daugumoje su medicinos personalu bei socialiniais darbuotojais, kurie dirba su socialinės paliatyviosios pagalbos klientais, tačiau nėra prie jų glaudžiai prisirišę, kaip jų artimieji. Dėl to, jų atsakymuose vyravo išorinio orumo aspektai. Apibendrinant tyrimuose išsakytas apklaustųjų nuomones, orumą būtų galima apibrėžti taip: tai

vidinis bei išorinis nepriklausomumas nuo aplinkos bei susidariusios sudėtingos situacijos, kuomet asmuo gali jaustis patogiai ir laisvai, atlikdamas kasdienes veiksmus, išsakydamas savo nuomonę bei priimdamas savarankiškus sprendimus.

Žmogaus orumas nėra įmanomas be kitų žmonių ir jų veiksmų ar poelgių. Artimųjų bei specialistų glaudus ir stiprus ryšys yra būtinas socialinės paliatyvios pagalbos skyriuose, kuris taip pat gali duoti ir daug naudos. Analizuojant apklaustųjų rezultatus, kuomet jų buvo teirautasi, kaip dažnai jie bendrauja su klientais, buvo pastebėta, kad tiek kliento artimųjų, tiek specialistų lankymas yra dažnas. Vis tik, reikėtų atkreipti dėmesį į artimųjų atsakymo variantus, kuriuose buvo pastebėta, jog ne visi klientai yra lankomi kasdieną. Turint omenyje, kad socialinė paliatyvioji pagalba yra skiriama itin sunkiems ligoniams, tikėtina, kad jiems šeimos artumas yra daug svarbesnis nei fizinių skausmų malšinimas. Taip pat reikia nepamiršti, kad socialinės paliatyviosios pagalbos komandą sudaro ne tik didelis skaičius įvairių specialistų, bet taip pat ir artimieji, be kurių sudaryti tinkamą socialinės paliatyvios pagalbos planą būtų sudėtinga. Be to, retai lankomi klientai dažnai jaučiasi užmiršti, todėl tai gali pakenti jų pasitikėjimui bei orumui. Šiai minčiai taip pat pritarė ir dalis ekspertų. Nors artimųjų bendravimas yra svarbus ir būtinas, norint užtikrinti klientų orumą paliatyviojoje pagalba, iš ekspertų buvo išgirsta ir kita nuomonė. Kai kurie specialistai teigia, kad artimųjų per didelis rūpestis, trukdo taikyti vienokį ar kitokį gydymo, palaikymo metodą. Tai yra grindžiama padidėjusiu artimųjų jautrumu dėl būsimos jų prižiūrimų klientų ateities. Per daug susikoncentravę į artimųjų skausmus, jie negali adekvačiai vertinti esamos situacijos ir taip pagerinti esamą klientų būklę su specialistų pagalba.

Tyrimė taip pat buvo aktualu sužinoti, ar socialinė paliatyvioji pagalba bei jos komandos nariai gali padėti klientui pasijausti oriai bei išlaikyti jo orumą kaip įmanoma ilgiau. Gauti atsakymai pasiskirstė į dvi grupes. Specialistų nuomone, palaikyti žmogaus orumą yra sudėtinga užduotis, o tai atlikti socialinės paliatyvios pagalbos skyriuose yra beveik neįmanoma. Jų teigimu, orumą galima palaikyti tik iš dalies, vis tik didžioji dalis priklauso nuo paties kliento ir jo požiūrio į esamą situaciją. Vertinant gautus anketos duomenis, pastebėta kita tendencija. Nors dalis respondentų taip pat sutiko su specialistais, jog žmogaus orumas yra sudėtingas procesas ir jį palaikyti socialinės paliatyvios pagalbos komanda gali tik iš dalies, vis tik dauguma respondentų sutiko, jog įgyvendinti orumo palaikymo tikslą yra įmanoma. Apibendrinant šį požiūrio aspektą, galima daryti išvadą, jog orumo palaikymas socialinės paliatyvios pagalbos komandos pagalba yra galimas tik iš dalies.

Paskutinis tyrimuose svarbus aspektas buvo tobulinamos socialinės paliatyvios pagalbos sritys. Kiekviena šalis, tiek Lietuva, tiek Ukraina paliatyvią pagalbą pradėjo taikyti skirtingu laikotarpiu. Ir nors atrodytų, jog Lietuvoje seniau įdiegta socialinė paliatyvioji pagalba turėtų būti labiau ištobulinta, vis tik minimos bei pastebimos problemos abejose šalyse yra panašios.

Apklaustieji respondentai bei interviu dalyviai sutiko, kad labiausiai trūksta personalo, kuris galėtų pasirūpinti skyriuje esančiais klientais. Šiuo metu, klientus globoja vos keletas specialistų ligoninėse, todėl natūralu, kad visiems jų dėmesio neužtenka ir pagalbos, artumo bei supratingumo jiems reikia daugiau. Padidinus finansavimą būtų galima plėsti specialistų skaičių bei tobulinti esamus. Platesnis personalo kiekis, reikštų, kad klientais yra rūpinamasi tinkamai ir su kiekvienu užsiimama individualiai be papildomo skubėjimo. Taip pat esant didesniai finansavimui, būtų galima skirti didesnę lovų skaičių, kuris leistų gauti paliatyvią pagalbą visiems, kuriems ši pagalba yra būtina. Taigi, didesnis finansavimas reikštų gausesnį personalo skyrių, kuris savo darbą atliktų profesionaliau ir ieškotų visų įmanomų, orumą didinančių metodų, taip pat laiko bendravimui bei dėmesio skyrimui, kuris yra itin svarbus socialinėje paliatyviojoje pagalba.

IŠVADOS

1. Socialinė paliatyvi pagalba, propaguodama holistinį požiūrį į amenį, yra multidisciplininė mokslo šaka, kuri tausoja kliento fizinę, dvasinę ir psichologinę sveikatą.
2. Tyrimo rezultatai leidžia teigti, kad ekspertai yra linkę manyti, kad teikiant socialinę paliatyviąją pagalbą, žmogaus orumą galima palaikyti tik dalinai, nes jį sąlygoja daug veiksnių: požiūris į save ir į esamą situaciją, patirtį.
3. Nustatyta, kad Ukrainoje ir Lietuvoje dalyvavę tyrimo dalyviai skirtingai traktuoja orumo išlaikymo galimybes paliatyvios pagalbos procese: Lietuvoje tyrimo dalyviai apibrėždami orumo sąvoką, labiausiai akcentavo žmogaus nepriklausomybę, kuri gali būti tiek fizinė, tiek dvasinė. Ukrainos piliečiams orumas labiausiai siejasi su vidine būkle, teigiamu savęs vertinimu ir savo vertės pripažinimu. Lietuviams orumas daugiau siejosi su fizine nepriklausomybe, todėl, kad jų nuomone, specialistai, gali tinkamai pasirūpinti klientais ir skatinti juos atlikti kasdienes veiksmus savarankiškai. Tuo tarpu, didžioji dalis ukrainiečių teigė, kad padėti išlaikyti vidinį orumą, stacionaruose yra sudėtinga, o kai kada ir neįmanoma.
4. Tyrimo rezultatai patvirtina magistro darbe keltą hipotezę, jog socialinė paliatyvi pagalba žmogaus orumą socialinio darbo kontekste, užtikrina tik iš dalies.

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Adib-Hajbaghery, M., Aghajani, M. (2015). Patients dignity in nursing. *Nurs Midwifery Stud.* 4(1), 22809.
2. Antonovsky , A., 1987. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey – Bass.
3. Aristotle(1992). *Eudemian Ethics Books I, II and VII. Second.* Oxford: Clarendon Press.
4. Badcott, D. (2003). *The basis and relevance of emotional dignity.* Medicine, Health Care and Philosophy.
5. Balčiūnienė, A. (2013). Socialinės paliatyvosios pagalbos organizavimas onkologine nepagydoma liga sergančiam vaikui: specialistų patirtis ir požiūris. Magistro diplominis darbas. Kaunas.
6. Beach, M. C. , Forbes, L., Branyon, E., et al. (2015). Patient and family perspectives on respect and dignity in the intensive care unit. *Narrat Inq Bioeth.*5(1A), 15A–25.
7. Butėnienė, D., Kalibatienė, D. (2012). Onkologinių klientų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos sąsajos esant paliatyviai priežiūrai. *Medicinos teorija ir praktika.* 18 (4.1), 452–460
8. Carter, B., Levetown, M., Friebert, S., Project, M. (2011). *Palliative Care For Infants, Children, And Adolescents: A Practical Handbook.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
9. Chochinov, H. M. (2013). Dignity in care: time to take action. *J Pain Symptom Manage.* 46(5), 756–9.
10. Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., et al. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 12(8), 753–62.
11. Compton, B. R., Galaway, B. (1999) *Social Work Process*
12. Danis, M., Carson, S., Hanson, L. (2016). Palliative Care-Led Meetings for Families of ICU Patients-Reply. *Jama.* 316(15), 1598-1599.
13. Davies, N., Maio, L., Paap, J. R., et al. (2014). Quality palliative care for cancer and dementia in five European countries: some common challenges. *Aging & Mental Health.* 18(4), 400–410.
14. Dewar, R., Cahners, N., Mitchell, C., et al. (2015). Hinduism and death with dignity: historic and contemporary case examples. *J Clin Ethics.* 26(1), 40–7.
15. Fitchett, G., Emanuel, L., Handzo, G., et al. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliat Care.* 14, 8.

16. Guo, Q., Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliat Med.* 28, 931–940
17. Ito, Y., Okuyama, T., et al. (2015). Good death for children with cancer: a qualitative study. *Jpn J Clin Oncol.* 45(4), 349–55.
18. Jacelon, C. S. (2004). Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders. *Journal of Advanced Nursing.* 46, 549–57.
19. Jackson, R., Neil, H., Tobias, P. (2013). *The Global Aging Preparedness Index Second edition.* Center for Strategic and International Studies, Lanham: Rowman & Littlefield.
20. Johnson, L.,C., (2003). *Socialinio darbo praktika: bendrasis požiūris.* Vilnius: VU Specialiosios pedagogikos laboratorija.
21. Johnston, B., Gaffney, M., Pringle, J., et al. (2015). The person behind the patient: a feasibility study using the Patient Dignity Question for patients with palliative care needs in hospital. *Int J Palliat Nurs.* 21(2), 71–7.
22. Johnston, B., Larkin, P., Connolly, M., et al. (2015). Dignity-conserving care in palliative care settings: an integrative review. *J Clin Nurs.* 24(13-14), 1743–72.
23. Jurkuvienė, R., Danusevičienė, L. (2008). *Socialinio darbo praktikos vadovas.* Kaunas: Vitae litera
24. Kairienė, D. (2010). Komandos narių bendradarbiavimas teikiant ankstyvąją pagalbą vaikui ir šeimai: atvejo analizė. *Specialusis ugdymas*, 1 (22), 84–96
25. Kant, I. (1948). *Notes & Analysis*. London, Hutchinson's University Library.
26. Kinsella, K., Wan, H. (2009). *An Aging World: 2008.* U.S. Census Bureau, International Population Reports, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
27. Lebednykienė, D. (2010). *Socialinio darbuotojo vaidmuo socialinės paliatyvios pagalbos komandoje.* Magistro baigiamasis darbas, Vilnius.
28. Leliūgienė, I. (1997). *Žmogus ir Socialinė aplinka.* Kaunas.
29. LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl socialinės paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Interaktyvus adresas: http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/asmens_sveikata/paliatyvioji%20pagalba%202007%20sausis%20vizuojama.doc.
30. MacLeod, R., Macleod, S., Vella-Brincat, J. (2014). *The Palliative Care Handbook : Guidelines For Clinical Management And Symptom.* Sydney: Hammond Care Media.
31. Mann, J. (1998). Dignity and Health: The UDHR's Revolutionary First Article. *Health and Human Rights.* 3, 31–38.
32. Maslow, A. H. (2011). *Būties psichologija.* Richardo Lowry pratarmė. Vilnius: Vaga.

33. Matzo, M., Sherman, D. (2015). *Palliative Care Nursing, Fourth Edition : Quality Care To The End Of Life*. New York: Springer Publishing Company.
34. Mockus, A., Žukaitė, A. (2012). Sėkmingas senėjimas: psichologinis aspektas. *Gerontologija*. 13(4), 228–234
35. Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health Care Anal.* 12, 69–81.
36. *Palliative Care To The Cancer Patient: The Middle East As A Model For Emerging Countries*. New York: Nova Science Publishers, Inc, 2014.
37. Periyakoil, V. S., Noda, A. M., Kraemer, H. C. (2010). Assessment of factors influencing preservation of dignity at life's end: creation and the cross-cultural validation of the preservation of dignity card-sort tool. *J Palliat Med.* 13(5), 495–500.
38. Plunkett, S. (2011). *Palliative And Nursing Home Care: Policies, Challenges, And Quality Of Life*. New York: Nova Science Publishers.
39. Pringle, J., Johnston, B., Buchanan, D. (2015). Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: a systematic review. *Palliat Med.* 29(8), 675–94.
40. Pullman, D. (2004). Death, dignity, and moral nonsense. *J Palliat Care.* 20, 171–178
41. Ruškė J.(2014) *Asmenų su negalia orumo konstravimas sąmoningumo ugdymosi strategijomis*, Daktaro disertacija, Socialiniai mokslai, edukologija, Šiauliai.
42. Seedhouse, D. (2000). *Practical Nursing Philosophy: The Universal Ethical Code*. Colchester, Wiley.
43. Sridhar, P., Renuka, P. K., Bonanthaya, R. (2012). End of Life and Life After Death - Issues to be Addressed. *Indian J Palliat Care.* 18(3), 226–9.
44. Šalkauskienė, S. (2016). *Bendradarbiavimo sistemos kūrimas socialinio darbo intervencijos procese*.
45. Šeškevičius, A. (2014). *Paliatyvioji slauga*. Kaunas: Kopa.
46. Šeškevičius, A. (2005). *Socialinės paliatyviosios pagalbos organizavimas. Rekomendacija Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms. Europos sąjungos ministrų taryba*. Kaunas: Lietuvos socialinės paliatyviosios medicinos draugija.
47. Šeškevičius, A., Pupalaigytė, R. (2005). *Socialinės paliatyviosios pagalbos samprata*. Atviros visuomenės institutas JAV, Atviros Lietuvos Fondas.
48. Tayeb, M. A., Al-Zamel, E., Fareed, M. M., et al. (2010). A “good death”: perspectives of Muslim patients and health care providers. *Ann Saudi Med.* 30(3), 215–21.
49. TEORIJS IR PRAKTIKOS SĄSAJOS JUNG TINĖS II PAKOPOS SOCIALINIO DARBO STUDIJŲ PROGRAMOS MOKSLINĖS TIRIAMOSIOS PRAKTIKOS PROCESĖ. Mokomoji knyga. Vilnius:2014.p.12 – 13.

50. Tidikis, R., (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius.
51. United Nations Population Division. World Population Ageing: 1950-2050.
52. United Nations. World Population Ageing 2013.
53. Večkienė N. ir kt. (2002) Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. VDU, Kaunas.
54. Vilalta, A., Valls, J., Porta, J., Viñas, J. (2014). Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *J Palliat Med*. 17(5), 592–600.
55. When patients are stressed, in pain, suggest palliative care. (2016). Hospital Case Management: The Monthly Update On Hospital-Based Care. *Planning And Critical Paths*. 24(6), 83-84.
56. Wilson, O., Avalos, G., Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*. 25(11), 600-605.
57. Wolf, A. (2007). Palliative care Development Program Director, All-Ukrainian Council for patients rights and safety.
58. Wolf, A. (2008). Development of Palliative Care in Ukraine.

Eglė Badaugaitė. Modeling of social assistance providing palliative care in order with human dignity. Social work and rehabilitation master's degree thesis. Research supervisor – prof. dr. Liuda Radzevičienė. Siauliai University, Department of Health and Social Welfare. Siauliai, 2018. 65 p.

SUMMARY

The Master's thesis analyzes effectiveness of social assistance modeling in palliative care that maintains human dignity.

The first part of the Master's thesis deals with the analysis of the social palliative care concept, using the insights of Lithuanian and foreign authors, the social worker's importance in social palliative care, the principles and concept of his work was revealed. Also, this part analyzes the formation and implementation of the social palliative care monitoring system in order to preserve the dignity of the client, and the peculiarities of its palliative care in Ukraine.

The empirical part of the Master's thesis analyzes the possibilities of adapting social palliative care to human dignity. The opinion of the employees in Lithuanian and Ukrainian health care institutions and relatives of clients is analyzed about the current state of social palliative care in the country, its application, approach and improvement direction.

Based on the principles of social palliative care described in the theoretical part, the research tools were developed - a questionnaire survey and an interview questionnaire. The implementation of social palliative care in Lithuanian and Ukrainian health care establishments, their potential for improvement and implementation problems was identified, and the guidelines for possible improvement were identified. A comparison of social palliative care of human dignity in both countries was carried out.

Keywords: social worker, social assistance, palliative care, social palliative care, human dignity, dignity in social palliative care.

PRIEDAI

Anketa kokybinio tyrimo respondentams

1. Kas Jums yra orumas? Kaip galėtumėte apibrėžti orumo sąvoką?
2. Kaip dažnai Jums tenka bendrauti tiesiogiai su socialinės paliatyvios pagalbos klientu?
3. Jūsų nuomone, kokią naudą duoda artimųjų glaudus bendravimas su socialinės paliatyviosios pagalbos komanda? Ar jis yra reikalingas? Kaip artimųjų atotrūkis nuo komandos gali paveikti klientą bei jo orumą?
4. Kaip manote ar paliatyvioji pagalba padeda žmogui išlaikyti ir užtikrinti jo orumą? Kokiais būdais?
5. Kokius teigiamus ir neigiamus aspektus galėtumėte išskirti socialinės paliatyviosios pagalbos srityje?
6. Ką Jūsų nuomone reikėtų keisti, tobulinti socialinės paliatyvios pagalbos srityje, norint užtikrinti kliento orumą?

Anketa kiekybinio tyrimo respondentams

Šia anketa siekiama išsiaiškinti požiūrį. Prašau, nuoširdžiai ir išsamiai atsakyti anketoje pateiktus klausimus. Jums tinkantį atsakymą langelyje pažymėkite kryžiu: X arba varnele: V, arba nurodytoje vietoje įrašykite savo nuomonę.

Jums nereikia nurodyti savo pavardės nei vardo. Anketa yra anoniminė, konfidencialumas garantuojamas.

Apibendrinta tyrimo rezultatų analizė bus panaudota socialinio darbo magistro studijų baigiamajam darbu parengti. Todėl Jūsų nuomonė man yra labai svarbi. Iš anksto dėkoju Jums už pagalbą ir nuoširdžius atsakymus į klausimus.

1. Jūsų amžius:
 - a. Iki 40 metų
 - b. 41-50 metų
 - c. 51-60 metų
 - d. 61 ir daugiau metų
2. Jūsų lytis:
 - a. Moteris
 - b. Vyras
3. Jūsų išsilavinimas:
 - a. Vidurinis
 - b. Aukštasis
 - c. Kita
4. Jūsų gyvenamoji vieta:
 - a. Kaimo vietovė
 - b. Miestelis
 - c. Didmiestis
5. Šiuo metu paliatyvioji pagalba yra suteikiama Jūsų:
 - a. Tėvams (vienam iš tėvų)
 - b. Seneliams (vienam iš senelių)
 - c. Kitiems giminaičiams
 - d. Kita

6. Kur Jūsų giminaičiui ar kitam artimam asmeniui yra suteikiama paliatyvioji pagalba?
- Namuose
 - Slaugos ligoninėje
 - Kita
7. Kur Jūsų nuomone turėtų būti suteikta paliatyvioji pagalba klientui, kad būtų užtikrinta visapusė pagalba bei orumo išlaikymas?
- Namuose
 - Ligoninėje
 - Kita
8. Kurie iš žemiau pateiktų paliatyviosios pagalbos aspektų, Jūsų nuomone, yra svarbiausi klientui.

	Itin svarbus	Svarbus	Neturiu nuomonės	Mažai svarbus	Visiškai nesvarbus
Simptomų valdymas					
Orumo išlaikymas					
Bendravimas su specialistų komanda					
Gyvenimo kokybės palaikymas					
Požiūris į gyvenimą ir mirtį					
Dvasinių poreikių tenkinimas					
Gedulo ir gedėjimo supratimas					

9. Kaip dažnai tenka matyti socialinius darbuotojus bendraujant su klientu?
- Kartą į savaitę
 - Kartą į mėnesį
 - Kartą į tris mėnesius
 - Rečiau
10. Kaip manote, ar socialinio darbuotojo pagalba gali padėti išlaikyti žmogaus orumą?
- Taip, gali padėti
 - Iš dalies gali
 - Ne, nepadeda
11. Kaip vertinate šių socialinės paliatyviosios pagalbos komandos narių indėlį orumo išlaikymui?

Specialistas	Labai svarbus	Svarbus	Neturiu nuomonės	Mažai svarbus	Nesvarbus
Gydytojas					
Slaugytojas					
Socialinis darbuotojas					
Dvasininkas					
Psichoterapiautas					
Kineziterapijos specialistas					

12. Kurį iš šių komponentų, Jūsų nuomone, socialinis darbuotojas gali teikti paliatyvioje pagalboje? Galimi keli atsakymo variantai.

- a. Asmens vidinė stiprybė, teigiamas savęs vertinimas ir savigarbos palaikymas
- b. Asmens pozityvaus savojo „Aš“ išsaugojimas
- c. Neigiamų nuostatų ignoravimas (pagalba, ignoruojant neigiamas nuostatas)

13. Ar socialinės paliatyviosios pagalbos komandos nariai geba užtikrinti 12 klausime išvardintus aspektus, orumui palaikyti?

- a. Taip
- b. Ne
- c. Iš dalies
- d. Neturiu nuomonės

14. Ką būtų galima keisti ar tobulinti socialinės paliatyvios pagalbos aplinkoje, norint padidinti orumo palaikymo efektyvumą? Įrašykite.

Dėkoju už atsakymus!



ŠIAULIAI UNIVERSITY

**UNIVERSITY OF INTERNATIONAL HUMAN DEVELOPMENT
"UKRAINE" OPENED**

Joint Masters in Social Work Study Program

EGLĖ BADAUGAITĖ

**MODELING OF SOCIAL CARE BY PROVIDING PALLIATIVE
CARE MAINTAINING HUMAN DIGNITY**

Master's thesis

Work manager : Prof.dr. Liuda Radzevičienė
Consultant : Asoc.Prof. Kyrylenko Valentyna

Work original.....

Šiauliai, 2018

MODELING OF SOCIAL CARE BY PROVIDING PALLIATIVE CARE MAINTAINING HUMAN DIGNITY

SUMMARY

Key words: social worker, social support, palliative care, social palliative care, human dignity, maintenance of dignity in social palliative care.

Relevance and problem of the study

Dignity is not sufficiently analyzed as the results and expression of social relation, as the configuration of meanings created by groups and individuals. In this aspect dignity of elder people in old age situation is related with their experience. As it is noticed by B. Kairienė (2010), dignity reflects the value of the person which is common to all people, it highlights the uniqueness and exclusivity of a separate person. Previously, attention was paid only to the prolongation of the client's lifetime. In this case, the most important measure is the quality of client's life, paying attention to their constantly changing needs, continuity of support, information (Jurkuvienė R., Danusevičienė L., 2007).

Regardless of the status of the specialists, their point of view as well as behavior can have a significant effect for everyone. The maintenance of the client's dignity is not a mandatory task for all specialists working with elderly people. However, there is a way to provide additional insights into the work and measures creating more satisfaction about the performed work in the institutions (Brugnoli, 2016). In the interaction with surrounding ones the social workers, can, in turn, encourage constrictive conversations with clients while feeling dignified in their lives, problems identified during conversations allow to provide a better care ensuring the maintenance of human dignity in disability situation.

According to the theory on the person's needs by A. H. Maslow (2011), self-respect and recognition is considered as one of the highest needs. Independency, will, talents as well as authority help to create the attitude of respect, and the person's respects consists of independency as well as dignity. Namely, the maintenance of dignity helps a person to feel proud, independent and feel a full-fledged personality which is very important for patients with severe, often incurable, diseases. In such cases the most important thing is to provide person a necessary help so that he could live a full life. For this purpose social palliative care was established, which consists of a large team of family, doctors, nurses, clergy, psychotherapists, volunteers as well as social workers.

In Lithuania, the manifestations of social palliative care appeared relatively recently – nine years ago. Therefore it is possible to say that social palliative care is relatively new and

developing for the community in Lithuania. First legislation was confirmed in 2007. By incorporating it into the list of licenced medical services and establishing the indications of provision, people were able to receive holistic medical service complying with recommendation of World Health Organisation (WHO), European Union (EU), which is based on the many years of good practice by other World countries (Šeškevičius A., 2005). Meanwhile abroad, this activity was established earlier: in Barcelona (1995) and Poznan (1998) declarations and Committee of Ministers of EU Council recommendations (2005) it is encouraged to integrate the palliative care into health care services in every country.

In Lithuanian Scientific database, the discussion about social palliative care is particularly narrow. A. Šeškevičius (2005) is the founder, who has most widely discussed the concept of social palliative nursing, created recommendation reference guidelines. Further, the aspects relevant to this topic were discussed by J. Ruškė (2011, 2014), who analyzed the concept of dignity of severely ill patients. Meanwhile, by analyzing foreign scientific databases, there are a wide variety of various kinds of articles, books, researches, which are analyzing the same topic from 1946 to the present. MacLeod R., Macleod S., Vella-Brincat J. (2014) paid a lot of attention to palliative care. These authors formulated guidelines for clinical treatment as well symptom management in palliative care. In 2015, Matzo M., Sherman D. have presented ideas and methods which helped for the development of social palliative care. Meanwhile, Wilson O., Avalos G., Dowling M. (2016) examined the specialist's work as well as their attitude towards patient care in social palliative care in departments. Danis M., Carson S., Hanson L. (2016) analyzed the contribution of relatives into social palliative care. The accessibility to palliative care was examined by Radbruch L., Connor S., Pettus K. (2016) also Lohman D. (2011), Amon J. (2015).

Each year the increasing number of aging people makes the society pay more attention to their care, treatment and support. Considerably big part of people is being ill with severe chronic diseases, therefore they receive social palliative care when not only the treatment but also the psychological, social as well as spiritual support is provided. Thanks to them, the client should feel not only under supervision but also cared and feel dignified. As the palliative care is defined as a comprehensive measure for improving quality of life, in which the main role goes to social worker who becomes the coordinator of multidisciplinary team, therefore it is useful to analyze: how the person's dignity could be maintained in palliative care and what is the role of the social worker and his input into this process (Šeškevičius, 2005). Similar situation also prevails in Ukraine, and this study is relevant in the context of Ukrainian society.

Object of the study – modelling of social support by providing the palliative care while maintaining the person's dignity.

Hypothesis – both in Lithuania and Ukraine, social palliative care assures the human dignity in the context of social work only partially.

Aim of the study – to analyze and compare the features of modeling of social support in Lithuania and Ukraine by providing the palliative care maintaining human dignity, justifying the role and importance of social worker.

Objectives:

1. To disclose the context of social work in social palliative care by applying theoretical analysis as the measure maintaining the person's dignity.
2. To disclose the attitudes of people living in Lithuania and Ukraine whose relatives are / were provided with social palliative care towards maintenance of human dignity in the context of social work.
3. To determine and compare the attitude of specialists providing palliative care of both countries towards opportunities of the maintenance of human dignity in the process of palliative care provision.

Research methodology and methods:

1. Master thesis is based on the empowerment and salutogenesis theories.
2. Theoretical methods: analysis of scientific resources, document analysis.
3. Empirical: Quantitative study applying method of questionnaire survey, written survey of Lithuanian and Ukrainian people whose relatives were provided with palliative care. Qualitative study, carried out by applying method of structuralized interview with providers of social palliative care and relatives of the patients in Lithuania and Ukraine. Statistical methods: descriptive statistical methods applying SPSS and Microsoft Excel programs. A criterion for determining the statistical significance Chi-square criterion χ^2 was applied, by assessing the level of significance criterion when $p < 0,005$.

Study sample and organization. 70 respondents from Lithuania and 70 respondents from Ukraine participated in the quantitative study. Overall number of respondents was 140 whose relatives were provided with palliative care. During qualitative study 3 social workers, patient's relatives and medical doctors from X institution in Lithuania and Ukraine were interviewed. Overall number of respondents is 18.

Relevance / significance of work. After conducting the study, it shall be possible to evaluate the importance of the social worker in providing social palliative care, to find out the accessibility of the palliative care as well as the possibility to maintain human's dignity in Lithuania. The findings will allow forming the guidelines which will allow further analyzing and improving this field in social aspect, so that it would be acceptable and accessible for all patients.

MAINTENANCE OF HUMAN'S DIGNITY IN THE CONTEXT OF SOCIAL CARE: THEORETICAL DISCOURSE

The concept of person's dignity is very important in the context of social support, due to the fact that a person in this situation, when his capabilities and skills are limited, is expecting for manifold social support. And the base of social work is the activity directed into the assurance of a person's well-being. For each person understands dignity differently, therefore the society should understand that as well, and respect every human despite one's gender, age, race or status. This work will also adhere the provision that every human being as well as his dignity should be respected without the use of any „labels“, and the base for the social support is the multidisciplinary support directed into the client.

In the scientific literature (D. Sandman, D. Seedhouse (2000), D. Badcott (2003) J.Manno (1998) borderlines between types or categories of dignity are highlighted. Sandman (2000) analyzed the related human's dignity with society and the undefined human's dignity – internal state. Badcott (2003) has highlighted emotional dignity and non-emotional dignity: earlier he has analyzed dignity as the state which every human being only has because they are human beings, later he started to relate dignity with external environment. L. Meškauskaitė (2005) claimed that dignity is a multidimensional construct consisting of psychological, ethical, legal components. J. Manno (1998) distinguished internal (as I see you) and external (as other see me) components of dignity. Speilberg H. explained: expression of dignity as incoming and outgoing behaviour; dignity in general (question of degree); human dignity (minimum dignity, which belongs to every person as a human being); essential and non-essential dignity; real and absolute dignity; self-dignity (inner) and basic dignity depending on respect (Carter B., et al, 2011). L. Shotton and D. Seedhouse (2000) define dignity as the interaction of possibilities and circumstances, by specifying that „we tend to have the lack of dignity when we find ourselves in inappropriate circumstances in such cases when we think that we are foolish, incompetent, insufficient (inadequate) or unusually vulnerable“ (p. 105). Above mentioned authors claim that dignity may be maintained where there is an opportunity to react to possible circumstance which is unsupporting dignity or if the circumstances have changed so much that it violates dignity.

Seedhouse (2006; 2009; 2011) also claims that „if worker working in health care system wants to promote person's dignity, he has to either expand one's possibilities or to improve one's circumstances“. This perspective pays attention to the fact if the person feels dignified or no, and not into the fact if everyone else understands them as having dignity.

S. Commission (1959) emphasizes that social work is problem-oriented support activity. It is a non-profit activity, oriented into the assurance of well-being, better usage of resources. W. Gorolow (1969) distinguishes practical social work, which main objectives are to evaluate the person's situations, to provide support in any way and measures for people who are in a situation where their possibilities and abilities are inadequate. A. Bagdonas (2001) claims that it is difficult to formulate the definition of social work because there is no single theory about social work, social worker needs to act in multifunctional system which consists of a client, work methods, circumstances as well as situations. Every case is difficult therefore any statement can be a base for social work.

Since the base of social support is the multidisciplinary support for the client, here it is very important for the social worker to empower other people into social support network through which the team is based on the communication is formed.

Peculiarities of Team Work through Provision of Social Support in Medical Institution

Until 1993 in Lithuania, there were not any specialized nursing and care hospitals. Biomedical pattern prevailed; relatives were nursing dying people at home or in general profile hospitals. Minimum attention was paid to satisfy spiritual, psychological, emotional need (Social Gerontology, 2002). Currently there have been a significant number of researches about social work and social worker carried out in Lithuania. According to N. Večkienė (2009) social worker working with medical doctors, other specialists in one team, reaching for the same goal, then appear certain social relations. As I. Leliūgienė (1997) claims that social work in treatment facilities oblige other medical workers to be responsible for the social or psychological problems of clients. R. Azarinskienė and L. Blaževičienė's (2011) claim, social workers working in health care facilities must be able to use appropriate medical definitions, to understand medical diagnosis, to know social problems of patients from different groups.

Generalizing the content of definitions of team communication and its importance for social work, it can be claimed that cooperation in order to achieve social support is a general activity of certain members by empowering the client and other member to plan, solve problems together by searching for mutual decision of social problems and in order to achieve the mutual

final goal which would satisfy the client. Social worker in a medical facility becomes the main „establisher“ of social network among interested party, team member. Cooperation in order to fully satisfy the client's dignity in the medical facility reveals the used holistic support pattern, as well as the importance of team. By highlighting the importance of medical, psychological, spiritual help for the client at the medical facility, social palliative care becomes very important, which could help the patient with severe disease to improve the quality of life and also to maintain dignity in case of an illness.

Social Palliative Care, Social Support Measure Maintaining Human Being's Dignity

Analyzing scientific literature written by authors (Luptak, 2004; Berger, Pereira, Baker and others, 2002), palliative care is identified as the process which objective is the full support for the person which consists of symptom management, spiritual, psychological, social support, providing help for the family in which the main role is taken by social worker, who becomes the coordinator among all teams and family members. Social palliative care is orientated into the improvement of life in wide sense by providing comfort for people of various ages, who have severe illnesses, chronic and life-threatening diseases (Danis M., et al., 2016). Services of palliative care takes the following areas: in the competence of social worker's activity there is evaluation and observation of social needs, planning and provision of social support, mediation while solving social problems. Social worker is organizing and implementing before mentioned functions together with other members of palliative care team (Order No. V-14 issued by the Ministry of Health Protection of the Republic of Lithuania on 11 January, 2007 „On Confirmation of Description on Requirements of Palliative Care Provision for Adults and Children“). The team may also include spiritual consultant, psychologist or psychiatrist, dietitian, ergotherapist, pharmacist, physiotherapist, breathing therapist or volunteer, depending on the patient's needs (Škevičius A., 2014).

In order for the social palliative care to be much effective as possible, active participation of the client or one's relatives is necessary (Plunkett S., 2011).

According to S. Plunkett (2011), social worker in palliative care, must perform the following functions:

- teaching family members about patient's illness, treatment and medicine;
- To arrange rest time for the relatives from the person's care;
- To provide help while travelling, eating and shopping.

Since the palliative care is guided by holistic principal, support team must include different specialists who have to provide separate types of care. For the clients it means going to

challenges when illness affects every aspect of their lives. It also means that social palliative care includes family members and guardians. Holistic point of view towards human being encourages to understand not only its biological needs, therefore it demands from the nurses, social workers, doctors and clergy of independent activity and responsibility for their decisions and their implementation (Šeškevičius, 2005).

Principals of Social Work in Palliative Care while Maintaining Person's Dignity

Autonomy. By providing palliative care, every patient is assessed as well as recognized as individual and unique personality. Only upon receiving the acceptance from the patient or its patients provision of care, support or other help can be implemented. According to the principal of autonomy, every patient should take decisions for their treatment. In order to empower it, it is necessary to provide all information about treatment, its progress, possibilities and complications (Matzo M., et al., 2015). However, in case it happens that the patient no longer can or does not want to take important decisions about further treatment progress, then such right is being transferred to family members taking into account the cultural and ethical situation.

Dignity. Social palliative care needs to be given with respect, honesty and sensitivity; it should be sensitive for personal, cultural and religious values, beliefs and practice, also to comply with national laws. Everyone understands dignity individually, depending on the point of view and priorities of every patient (Pringle J., et al., 2015). Due to this reason it is necessary to communicate with a patient and his relatives so that the patient's view and ethical provisions would be revealed. Close communication is a big part of social palliative care. Team members of social palliative care encourage the patient to listen to their feelings and talk about things that are very important for him. They also try to explain ways how the patient or his relatives can understand the current illness and its status better (McLeod R., et al., 2014).

Relationship between the client and health care social worker. It is very important for the personnel providing palliative care, especially for social worker, to maintain collegial relationship with clients and their family members. Clients and their family members are very important partners who participate in planning care and treatment of the disease. B. Compton and B. Galaway (1999) name the social worker as the mediatory between the person and his environment that helps the client to solve various difficulties and problems.

Quality of life. Main goal of social palliative care is to achieve better quality of life, to secure and improve it. What is the quality of life, every patient is defining differently (Johnston B., et al., 2015). But it should be noted that the quality of life of every human being depends on

his psychological, social and spiritual status. Thus, quality of life depends more on the perceived gap between expectations and actual state rather than an objective function disorder.

Approach to life and death. In first definition adopted by WHO in 1990 it says that „Palliative medicine makes life and death a normal process“, other definitions are consistent with the same opinion. Death is valued the same as life and is considered as an integral part of life. Social palliative care does not try to speed up or delay death. Euthanasia and assisted suicide application should not be classified as palliative care (Škevičius A., 2014).

Communication. Communication includes communication between the client and health care specialists, also between clients and their relatives, among different health care specialists and services providing care. Communication in palliative care is more than the change of information. Often difficult and painful questions must be discussed. Any health care specialist can take a part in spiritual care, understand perspective of the patient and to conclude with a patient a plan of holistic care.

Multidisciplinary and interdisciplinary approach. Team work is the main consisting part of social palliative care. Members included into the team are from different areas, specialties of health care and other, who are working together and/or improve the caring of ill patients with a particular disease. There is clear evidence that team work is useful providing the palliative care for the patient. Also it is proved that the interdisciplinary approach reduces general expenses for support because the time patient spends in emergency help department is shortened. The Council of Europe recommends that the position of the leader in specialized social palliative care team should be taken by specialist of qualified social palliative care field, who could accurately evaluate the current situation and improve it (Johnston B., et al., 2015).

Mourning and grief. Palliative care ensures the support for the family and relatives nursing the patient during the period of disease, helps them to prepare for the loss, if necessary, support is also provided after the death of the patient during the mourning period. Services for mourners are considered as one of the main social palliative care services (Škevičius A., 2014).

In accordance with theoretical analysis (Škevičius A., McLeod R., 2014, S. Plunkett, Carter B., 2011), it is possible to say that according to all before mentioned aspects, the activity of social worker is very important because social worker is the mediator by solving social problems, coordinating, provides, observes and evaluates social needs in the palliative care.

In accordance with theory (Chochinov H.M., 2013, Sridhar P., 2012, Tayeb M.A 2010, Dewar R., 2015) several measures can be distinguished based on which the person's dignity in the context of social support in social palliative care can be considered: symptom control, encouragement of independency, privacy assurance, social support, management of financial

benefits, listening to customer's wishes, provision of appropriate information, care and respects, cooperation and mediation.

It is obvious that participation of social palliative care team promotes the feeling of dignity because a bigger attention is paid not to the disease but to the person and his overall needs. Such measures were proven as targeted measures promoting the feeling of dignity (Chochinov H. M., 2013).

In conclusions it can be stated that despite the fact that dignity is an abstract concept, importance of patient's dignity can not be deprived of a human being due to the wrong or different angle of approach, due to his physical status. Definition of dignity can be compared to love – it is very important in widely understandable but in hard-to-define feeling which cannot be understood one-sidedly. As dignity is a subjective feeling, so also every client is unique and has his own demands. Therefore it is necessary that social worker of palliative care would be able to establish social network among other members of palliative care, health care specialists, relatives of the clients, other establishments, should have an open mind and understanding, by seeking to evaluate needs of every client and to satisfy them without changing them at their decision, since support is provided for patients of different age, culture and religion.

Human Dignity in the Context of Social Palliative Care

International Council of Nurses Code of Ethics (2012) specifies that maintenance of dignity should be limited by individual's age, skin color, religion, culture, gender, orientation, nationality, race, social status or health condition. However, even though dignity is acceptable as global need which is essential maintenance of the well-being of each individual in the society, the real "practical" meaning of dignity remains difficult and unclear, due to its multidisciplinary (Fitchett G., et al., 2015). That there is no clear evolution of the definition of dignity was also claimed by J. Rušká (2014), but at all times the position of human values was defined through relation.

In social palliative care, respect can include self-esteem, respect for others and respect for the privacy of the client and his relatives; autonomy can mean having a choice, to provide options when making a decision, competences and independency; empowerment can be self-respect, self-esteem, modesty and pride; communication can be explaining and understanding information using verbal and non-verbal ways (Chochinov H. M., et al., 2011). Two main factors which have influence on the preservation of dignity until the end of life is the encouragement of self-respect as well as the client's treatment (Chichinov H. M., 2013).

Based on the theory (Chochinov H.M., 2013, Sridhar P., 2012, Tayeb M.A 2010, Dewar R., 2015), it is possible to distinguish measures which could be used to maintain the person's dignity in the context of social support: symptom control, promotion of independency, privacy assurance, social support, management of financial benefits, listening to the client's wishes, provision of appropriate information, care and respect, cooperation and mediation.

In conclusion, it can be stated that despite the fact that dignity is an abstract concept, the importance of patient's dignity cannot be taken out of a human being due to inappropriate or different angle of approach due to his physical condition. The definition of dignity can be compared with love – an extremely important, comprehensible but hard-to-define feeling which can not be understood one-sidedly. As dignity is a subjective feeling, as also each client is unique as well as has their demands. Therefore it is important that social worker of palliative care would be able to establish social network among other members of palliative care, health care specialists, client's relatives, other establishments, should have an open attitude as well as understanding in order to evaluate every client's needs and to satisfy them without changing them at their discretion, as the maintenance is provided for the patients of different age, culture and religion.

Situation of Social Palliative Care in Ukraine

Reviewing the situation of social palliative care in Ukraine it is revealed that in recent years the movement of care of nursing hospital in Ukraine is still being analyzed, as well as attempts to determine main interested parties in cases of social palliative care. Analyzing the legislation on the care of human being, special attention was paid to the treatment of opioids, and the recommendations to improve this area are still being developed.

Coordination Council (initiative council) was established by the Ministry of Health Protection in Ukraine for palliative care, which objectives are the following:

- To develop the social palliative care system in Ukraine;
- To develop a relevant national program;
- To coordinate social palliative care service providers in Ukraine;
- To improve legislation and teach workers;
- To create hospital network;
- To raise the awareness in society. (Wolf A., 2008)

Cooperating with National Science Geriatric Center and Institute of Palliative Medicine, training program for medical workers was created. This program is the first education program in Ukraine, which is used to train social palliative care specialists. Together with International Renaissance Foundation and with the help of Open Society Institute seminar for this training

program was organized in November 2008. During the seminar 32 social palliative care specialists were awarded with certificates which were given by Deputy Minister (Palliative Care to the Cancer Patient, 2014).

After the before-mentioned seminar, the number of beds in in-patient nursing hospitals was increased.

STUDY OF MODELING OF SOCIAL SUPPORT BY PROVIDING PALLIATIVE CARE MAINTAINING DIGNITY

Base of Theoretical-methodological Study of Palliative Social Care while Maintaining Human Dignity

In social palliative care a lot of attention is being paid to not only to treat the symptomatic pain, but also big attention is paid for the individuality as well as dignity of the person. This is mentioned by the theory of empowerment. According to D. Gerulaitis (2014), the main objectives of the usage of empowerment of theory is the following: “an attempt to increase the individual’s self-confidence by providing him with the necessary information, resources, knowledge“, also “appropriate environment, freedom, expression of responsibility“. First objective of the empowerment is perfectly interpreting the aspect of social worker of social palliative care, while the second objective of the theory is implementing medicinal aspects of social palliative care. By assessing with the empowerment theory in the context of social worker profession and his tasks, based on this theory, the social worker undertakes to reduce the potential barrier of communication between the client and institution (health care) (Cagle J. G., Kovacas P. J., 2009).

Theory of empowerment is widely applied in the fields of social worker, whereas salutogenesis theory is more applicable in medicine. In 1979, it was presented by medical sociologist Aaron Antonovsky. Thanks to him, health problems were started to be analyzed not only by medicinal approach but also by “psychosocial, environmental and cultural factors, which are extremely important in order to understand why some people cope with the stress and stay healthy, while others get sick“. Salutogenesis theory is examining health reasons; it means that this theory is not accentuating cause of the disease. According to theory of salutogenesis, it is necessary to strengthen all people’s health, despite the fact in which stage they would be (healthy or sick), it is revealed in the social palliative case which objective is the full improvement of patient’s quality of life, no matter in which stage of the disease the person would be.

According to the salutogenesis theory, a human being has common resisting resources which make it easier to overcome life’s challenges and diseases. That includes person’s physical factors, intellect, personal provisions and strategies to overcome challenges, financial capacity, social and cultural factors, that enable if necessary to manage stressful situation. These aspects are also influencing patients of social palliative care who are weakened often not only physically but also psychologically. They often suffer from extreme stress as well as depression, including relatives of patients. Therefore task of the social worker is by applying salutogenesis

theory, to reduce the these negative senses and offer full support which would help to solve both psychological and financial difficulties, by providing information about funding possibilities in case of illness or death.

Methodology of the Study

In order to determine social palliative care and relations of human dignity as well as possibilities of maintenance, also to implement the objectives that were raised in master thesis, the study was performed – attitude of experts and people who faced palliative care on the current concept of social palliative care in the maintenance of human dignity was examined. In order to understand the examined phenomenon more thoroughly and more widely, triangulation principals were applied; qualitative and quantitative studies have been chosen.

Methods and instruments of the study. According to entitlement and salutogenesis theories, tasks of quantitative and qualitative instruments were created. Entitlement theory allowed disclosing the opinion of respondents about human dignity. Meanwhile thanks to the salutogenesis theory, role of social worker as well as benefits in social palliative care were clarified.

In order to implement the aim of the study, qualitative study method was chosen – structural interview with medical doctors from Lithuania and Ukraine, social workers as well as clients who are assigned with social palliative care, relatives. According to R. Tidikis (2003), interview is a good way of approaching people's perceptions, their understanding of definition of situations and way of explanation of reality which guarantees greater reliability than other ways of survey.

Eventhough the qualitative study allows us to find out the certain situation regarding aspects of interests, still, in order to get to know the opinion of the wider public on the benefits of social palliative care for maintenance of human dignity, it was necessary to interview relatives of the clients who could evaluate the current situation and its weaknesses realistically. In order to implement this objective, quantitative study method was chosen – anonymous questionnaire survey. Questionnaire survey was conducted by an author of the work according to the analyzed scientific literature.

In order to evaluate the dissemination of the received answers from respondents all data of questionnaires was systemized and processed using SPSS (Statistical Packet for Social Science 17.0) program:

- Intensity of direct relationship between the signs was estimated by the coefficient of correlation. In this case, Pearson correlation coefficient was calculated;
- The chosen significant level is $p \leq 0,05$.

Resulting data is displayed using “Microsoft Office Excel” program.

Scope of subjects. In order to determine the scope of respondents Paniott’s formula was used:

$$n = 1 / (\Delta^2 + 1/N),$$

where n – a number of significant respondents;

Δ – error - 0,05.

N – number of overall members.

Number of overall members (N) is considered as a random size 150. By considering 150 as number of overall members N, number of necessary respondents (n) = 140.

While conducting the survey, ethical research principals were followed, anonymity of study participants was ensured. The chosen respondents had a right to refuse to participate in survey. They were given with the information about the study and its objective. All respondents were introduced with the instructions of questionnaire filling. 140 respondents of various age participated in the study, whose relatives were provided with social palliative care. Scope of respondents was formed using simple random selection method. In total 160 questionnaires were distributed (80 in Lithuania and 80 in Ukraine), 150 of questionnaires were returned. 140 of the returned questionnaires, 70 questionnaires from Lithuania and the same number from Ukraine were filled in appropriately and fully.

Characteristic of Subjects

After processing the resulting data it turned out that respondents of quantitative study has distributed as follows according to age: in Lithuania most of the respondents were 41-51 year of age (42%), less than a half of respondents were 51-60 years of age (26%), up to 40 years of age accounted for 22%, and the least of the respondents were over 61 years of old (10%). While analyzing the resulting data received from respondents from Ukraine has distributed as follows: up to 40 years – 48%, 51-60 years – 28%, 41-51 years – 16%, the least of the respondents were older respondents – 8%. According to the point of view of gender, most of the respondents were women both in Lithuania and in Ukraine. In Lithuania the number of interviewed women accounted for 71% of the total number of respondents, while men accounted for 29%. In case of Ukraine, women accounted to 64% of the total number of respondents, men – 36%. While studying

data received from the respondents, it is also important to figure out their education as well as place of residence. It is believed that respondents with higher education degree as well as living in the city shall have more knowledge about social palliative care and its benefits, as well as the significance than people living in smaller cities. The received data showed that more than a half of the questioned respondents lived in big cities.

Briefly summarizing the demographical data of the received interview, it was revealed that mostly women were involved in the survey whose age ranged from 40 to 50 years. These respondents had secondary education and lived in big city.

While conducting interview 9 experts from X hospital from Ukraine as well as 9 experts from X hospital from Lithuania were interviewed. 3 social workers, 3 relatives of the clients, also 3 doctors working in social palliative care department from both countries answered to interview questions. These specialists were chosen to be interviewed because of their close relationship and importance in palliative care. Most important team members in this area are relatives.

The social palliative care departments include only those clients whose ending their treatment is clear, therefore those clients extremely want to be near their relatives and see them every day. Also relatives are able to objectively evaluate the current situation of social palliative care, facing it every day. Doctors were chosen because of their constant communication with clients and giving them instructions in specific cases. Finally, social workers were interviewed because of the fact that they are the link which connects team of specialists with relatives and helps them communicate better between each other.

Every interview took from 20 to 30 minutes at a convenient time for experts and at a time agreed before.

Analysis of Possibilities of Maintaining Dignity while Providing Social and Palliative Care for Elderly People

After systemizing the opinion of Lithuanian experts, it was observed that several weaknesses of social palliative care were distinguished in Lithuanian hospitals. First, the most stressed shortcoming of specialists working in this field is lack of personnel. Specialists agree that social palliative care is a specific field of medicine due to the contingent of clients and final result. Due to this fact it is difficult to find workers who could supplement the departments. Second negative aspect is outdated and missing equipment. It is not a secret that social palliative care is attributed for extremely severe clients who lost physical power, therefore the equipment which would help to transfer the client from one place to another, would make the worker's job easier. One more negative social palliative care aspect, which was also noted by the client's relatives, is

the lack of beds in an in-patient department. Due to insufficient funding, it is natural that there is a shortage of number of beds. As a result, not all clients who necessarily need to receive such care get it in time. On this issue, relatives agree that provision of social palliative care at home would be a great way to deal with this problem.

Eventhough experts expressed a lot of problematic points, still, positive aspects of social palliative care were highlighted. One of them is that a severely ill human being remains alone with his own problem. He is taken care of. Also attention is being paid to the client's relatives. They receive psychological and social support.

Among the most negative aspects of social palliative care, the Ukrainian experts name the lack of funding. From literature analysis it is known that social palliative care in Ukraine has just been started to apply. Therefore it is not surprising that to this day, state's attitude and allocated funding are insufficient or are not used properly.

After conducting the qualitative and quantitative studies, in two different countries, similar types of answers were noticed which allow making assumptions that both in Lithuania and in Ukraine social palliative care management systems are in the same level. Still, eventhough the similarity between respondents and experts was found, certain real cultural and management differences were revealed during the study.

Since the study is related to dignity as well as possibilities of its maintenance in palliative care, therefore analyzing resulting data, first it is necessary to find out about the understanding of the respondents about dignity. As it was mentioned in the analysis of scientific literature, dignity is a multi-disciplinary and extremely wide phenomenon. It is difficult to describe the exact definition of dignity, since dignity for every human being is different and only because of the reasons known to him, is important. However, compared to the results received during the study it was revealed that respondents have distinguished two types of dignity in both quantitative and qualitative research: internal and external. By comparing the responses from experts and respondents, it was observed that respondents in the quantitative study have agreed more on the importance of internal dignity, while during the interview, experts have distinguished external dignity – physical independency as well as freedom. Such types of answers may have influenced the position of the respondents in the study – respondents who participated in the quantitative study were the relatives of the social palliative care clients. Thus, it is important for people who are caring for clients all their life how they are feeling not only physically but also emotionally. So far, interview of the experts was conducted in most of the medical personnel and social workers who are working with clients of social palliative care, but are not linked to them so close as their relatives. Because of this, external dignity aspects were prevailing in their answers. In summarizing the respondent's opinions told in studies, dignity could be defined as follows: it is an

internal and external independency on the environment and forming of complicated situation when the person is able to feel comfortable and free by carrying out daily actions by expressing his opinion as well as taking independent decisions.

Human dignity is not possible without actions or acts of other people. Close and strong relation from relatives and specialists is necessary in social palliative care department, which could also give a lot of benefit. While analyzing the results of the respondents, when they were asked how often they communicate with the clients it was noted that visitation of both client's relatives and specialists was often. Nevertheless, it is necessary to pay attention to the types of relatives' answers in which it was noticed that not all clients are visited every day. Bearing in mind that social palliative care is provided to extremely serious patients, it is believed that the closeness of their family for them is much more important than the relief of physical pain. Also it is necessary to note that team of social palliative care consists of not only high number of various specialists but also relatives without whom it would be difficult to make a plan of an appropriate social palliative care. In addition, rarely visited clients often feel forgotten, therefore it can impair their confidence and dignity. Part of the experts agreed with this thought. Eventhough the communication of the relatives is important and necessary, in order to ensure the dignity of clients in the palliative care, another opinion was heard from the experts. Some of the specialists claim that big concern of the relatives is interfering to apply one or another method of treatment or support. It is based on the increased sensitivity of relatives due to the future situation of the cared clients. Too much concentration on the sufferings of relatives, they are not able to adequately evaluate the current situation and how to improve current status of the client with the specialist's help.

In the study it was relevant to find out if the social palliative care and its team members can help a client to feel dignified as well as to maintain his dignity as long as possible. The received answers were distinguished into two groups. According to the specialists' opinion, it is a hard task to maintain human dignity, and to do this in social palliative care departments it is almost impossible. According to them, it is possible to maintain dignity only partially, still the most part depends on the client himself and his attitude towards current situation. While evaluating the received questionnaire data, another tendency was noticed. Eventhough part of the respondents also agreed with the specialists that human dignity is a difficult process and social palliative care team can maintain it only partially, still most of the respondents agreed that it is possible to implement the objective of maintenance of dignity. Summarizing the aspect of this attitude, it can be concluded that maintenance of dignity with the help of social palliative care team is possible only partially.

The last aspect important in the study was the fields of developing social palliative care. Every country, both Lithuania and Ukraine started to apply the palliative care in different periods. Eventhough it appears that social palliative care was established earlier in Lithuania it should be developed more, still the problems noticed and mentioned in both countries are similar. The questioned respondents and participants of the interview agreed that mostly there is a lack of personnel which would help to the clients being in the department. Currently clients are taken care of by only several specialists at the hospitals, therefore it is natural that not enough attention for all of them and they need more support, closeness as well as understanding. It would be possible to expand the number of specialists and develop current ones by increasing the funding. Wider quantity of personnel would mean that clients are taken care of appropriately and every one is engaged individually without further rush. Also in case of larger funding, it would be possible to provide larger number of beds which would allow providing palliative care for everyone who necessarily needs this help. Thus, larger funding woud mean larger personnel department, which would do their work more professionally and would search for possible methods increasing dignity, also would pay more time for communication and attention which is extremely important in social palliative care.

CONCLUSIONS

1. Social palliative care is a multidisciplinary branch of science which spares the client's physical, spiritual and psychological health by promoting holistic approach to the person.
2. Results of the study allow to state that experts tend to think that by proving social palliative care, it is possible to maintain human dignity only partially because it conditions more factors: point of view towards oneself and current situation, experience.
3. It was determined that the participants of the study in Ukraine and Lithuania are treating the possibilities of the maintenance of dignity in the process of palliative care differently: in Lithuania participants of the study, by stressing the definition of dignity, mostly stressed the independency of the human being, which can be both physical and spiritual. For Ukrainian citizens, dignity is mostly associated to the internal state, positive self-assessment and recognition of self-value. For Lithuanians, dignity is associated more with physical independency, therefore, according to their opinion, specialists are able to appropriately take care of the clients and encourage them to perform daily actions independently. Whereas, most part of Ukrainians claimed that it is difficult to help to maintain the internal dignity in in-patient departments and sometimes even impossible.
4. Results of the study confirm the hypothesis raised in this master thesis, that social palliative care for a human dignity in the context of social work assures only partially.

BIBLIOGRAPHY

59. Antonovsky , A., 1987. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey – Bass.
60. Carter, B., Levetown, M., Friebert, S., Project, M. (2011). *Palliative Care For Infants, Children, And Adolescents: A Practical Handbook*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
61. Chochinov, H. M. (2013). Dignity in care: time to take action. *J Pain Symptom Manage*. 46(5), 756–9.
62. Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., et al. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 12(8), 753–62.
63. Compton, B. R., Galaway, B. (1999) *Social Work Process*
64. Danis, M., Carson, S., Hanson, L. (2016). Palliative Care-Led Meetings for Families of ICU Patients-Reply. *Jama*. 316(15), 1598-1599.
65. Johnson, L.,C., (2003). *Socialinio darbo praktika: bendrasis požiūris*. Vilnius: VU Specialiosios pedagogikos laboratorija.
66. Johnston, B., Gaffney, M., Pringle, J., et al. (2015). The person behind the patient: a feasibility study using the Patient Dignity Question for patients with palliative care needs in hospital. *Int J Palliat Nurs*. 21(2), 71–7.
67. Johnston, B., Larkin, P., Connolly, M., et al. (2015). Dignity-conserving care in palliative care settings: an integrative review. *J Clin Nurs*. 24(13-14), 1743–72.
68. Jurkuvienė, R., Danusevičienė, L. (2008). *Socialinio darbo praktikos vadovas*. Kaunas: Vitae litera
69. Kairienė, D. (2010). Komandos narių bendradarbiavimas teikiant ankstyvąją pagalbą vaikui ir šeimai: atvejo analizė. *Specialusis ugdymas*,1 (22),84–96
70. LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl socialinės paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Interaktyvus adresas: http://sena.sam.lt/repository/dokumentai/asmens_sveikata/paliatyvioji%20pagalba%202007%20sausis%20vizuojama.doc.
71. MacLeod, R., Macleod, S., Vella-Brincat, J. (2014). *The Palliative Care Handbook : Guidelines For Clinical Management And Symptom*. Sydney: Hammond Care Media.
72. Maslow, A. H. (2011). *Būties psichologija*. Richardo Lowry pratarmė. Vilnius: Vaga.

73. Matzo, M., Sherman, D. (2015). *Palliative Care Nursing, Fourth Edition : Quality Care To The End Of Life*. New York: Springer Publishing Company.
74. *Palliative Care To The Cancer Patient: The Middle East As A Model For Emerging Countries*. New York: Nova Science Publishers, Inc, 2014.
75. Plunkett, S. (2011). *Palliative And Nursing Home Care: Policies, Challenges, And Quality Of Life*. New York: Nova Science Publishers.
76. Pringle, J., Johnston, B., Buchanan, D. (2015). Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: a systematic review. *Palliat Med.* 29(8), 675–94.
77. Ruškė J.(2014) *Asmenų su negalia orumo konstravimas sąmoningumo ugdymosi strategijomis*, Daktaro disertacija, Socialiniai mokslai, edukologija, Šiauliai.
78. Spiegelberg H. (1992) *The Phenomenological Movement: A Historical Introduction*. Hague: Martinus Nijhoff.
79. Šeškevičius, A. (2014). *Paliatyvioji slauga*. Kaunas: Kopa.
80. Šeškevičius, A. (2005). *Socialinės paliatyviosios pagalbos organizavimas. Rekomendacija Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms. Europos sąjungos ministrų taryba*. Kaunas: Lietuvos socialinės paliatyviosios medicinos draugija.
81. Šeškevičius, A., Pupalaigytė, R. (2005). *Socialinės paliatyviosios pagalbos samprata*. Atviros visuomenės institutas JAV, Atviros Lietuvos Fondas.
82. Tayeb, M. A., Al-Zamel, E., Fareed, M. M., et al. (2010). A “good death”: perspectives of Muslim patients and health care providers. *Ann Saudi Med.* 30(3), 215–21.
83. Tidikis, R., (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius.
84. Večkienė N. ir kt. (2002) *Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos*. VDU, Kaunas.
85. Wilson, O., Avalos, G., Dowling, M. (2016). Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing)*. 25(11),600-605.
86. Wolf, A. (2008). *Development of Palliative Care in Ukraine*.