

**UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI  
CLUJ-NAPOCA  
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ  
ȘCOALA DOCTORALĂ DE SOCIOLOGIE**

**STUDIUL ACTIVITĂȚILOR CARE VIZEAZĂ SĂNĂTATEA  
MINTALĂ ÎN SERVICIILE SOCIALE DE LIMBĂ  
MAGHIARĂ**

**TEZĂ DE DOCTORAT**

Fodor (Kolumbán) Rita

**REZUMAT**

Conducător de doctorat: PROF. DR. ENIKŐ ALBERT-LŐRINCZ

**2024**

## Sumarul tezei de doctorat

Introducere. Tema și importanța cercetării.....	3
1. Modele conceptuale care stau la baza cercetării.....	4
2. Organizarea serviciilor sociale în România.....	33
3. Politici, metode și organizarea activităților de terapie ocupațională la nivel național și internațional.....	34
4. Rezultatele cercetărilor anterioare referitoare la tema cercetată.....	48
<b>4.1. Studiul rețelelor de servicii sociale din România .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2. Cercetări internaționale privind activitățile de terapie ocupațională cu caracter de igienă mintală.....</b>	<b>53</b>
5. Studiul serviciilor sociale din Transilvania - PRIMA ETAPĂ DE CERCETARE.....	63
<b>5.1. Prezentarea procesului și metodologiei de cercetare .....</b>	<b>63</b>
6. Analiza serviciilor sociale din Transilvania .....	70
<b>6.1. Localizarea teritorială a serviciilor sociale.....</b>	<b>72</b>
6.2. Prezența activităților cu caracter de igienă mintală în serviciile sociale studiate.....	79
6.3. Analiza tipurilor de clienți cu care se lucrează în aceste servicii sociale .....	99
7. Analiza activităților cu caracter de igienă mintală în serviciile sociale studiate – A DOUA ETAPĂ DE CERCETARE .....	104
<b>7.1. Descrierea procesului și a metodologiei de cercetare.....</b>	<b>107</b>
8. Prezentarea activităților cu caracter de igienă mintală desfășurate de către specialiștii din domeniul studiat .....	110
<b>8.1. Caracteristicile generale ale diferitelor tipuri de activități cu caracter de igienă mintală desfășurate de către specialiștii intervievați .....</b>	<b>110</b>
<b>8.2. Caracteristicile organizării activităților cu caracter de igienă mintală de la planificare la feedback .....</b>	<b>115</b>
<b>8.3. Dificultățile, nevoile și resursele specialiștilor din serviciile sociale studiate.....</b>	<b>129</b>
<b>8.4. Realizarea colaborării dintre specialiștii din domeniul studiat .....</b>	<b>138</b>
9. Încadrarea rezultatelor cercetării noastre în cadrul interpretativ al modelelor conceptuale .....	153
<b>9.1. Analiza activităților cu caracter de igienă mintală desfășurate de către specialiștii din domeniul social studiat pe baza modelului conceptual prezentat în lucrare.....</b>	<b>153</b>
<b>9.2. Interpretarea rezultatelor cercetării noastre pe baza teoriei sociale a lui Bourdieu .....</b>	<b>158</b>
10. Discuții. Interpretarea rezultatelor cercetării noastre în lumina cercetărilor naționale și internaționale .....	167
11. Rezumat. Răspunsuri la întrebările de cercetare. Răspunsuri la ipoteze .....	174
11. Concluziile sumare ale cercetării. Noutatea cercetării, constatări și recomandări .....	187
Bibliografie.....	187
Anexe .....	195

## Scurtă sinteză a tezei de doctorat

Teza de doctorat examinează serviciile oferite de organizațiile non-profit din domeniul social din Transilvania, cu scopul de a evalua activitățile de terapie ocupațională desfășurate în scopuri de igienă mintală. Din rezultatele cercetărilor anterioare (vezi. Trancă, 2020, Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi, 2021, Kiss 2010, Dániel, 2014, 2018), putem observa modul în care se organizează și evoluează rețeaua de organizații sociale din România. Cu toate acestea, avem puține cunoștințe despre metodele utilizate în asistență socială. Noutatea cercetării constă în examinarea organizațiilor sociale la nivel de servicii, punând în centrul atenției experiențele asistenților sociali în desfășurarea terapiei ocupaționale. Astfel, obținem o imagine mai profundă a activității zilnice a asistenților sociali, a obiceiurilor lor de cooperare, punând permanent în prim-plan derularea activităților de terapie ocupațională.

Cercetarea noastră este realizată în două etape: au fost chestionate 284 de servicii sociale, gestionate de 71 de organizații sociale, majoritatea din județele Harghita, Covasna și Mureș, cu un număr mai mic în județele Cluj și Brașov. 84,5% din serviciile contactate au participat la sondaj și au răspuns la întrebările noastre. Rezultatele cercetării relevă inserția serviciilor sociale în municipalități, prezența angajărilor în domeniul social și clientela căreia i se aplică cel mai des. Cea de-a doua fază a cercetării a avut ca scop aprofundarea rezultatelor primei faze. 17 interviuri semi-structurate au fost realizate cu specialiști de sprijin care realizează săptămânal angajări în domeniul sănătății mintale. Rezultatele celei de-a doua cercetări vor evidenția cum evoluează realizarea angajărilor de la procesul de planificare până la feedback. Ce tipuri de angajare sunt utilizate de către specialiști. Vom afla cu ce dificultăți se confruntă aceștia și ce resurse au la dispoziție. De asemenea, putem vedea ce forme de cooperare menționează specialiștii în răspunsurile lor.

**Cuvinte cheie:** activități cu caracter de igienă mintală, servicii sociale, specialiști de suport, sistemul social, cooperare între specialiștii de suport.

**Capitolul 1** al tezei prezintă *modelele conceptuale* care stau la baza cercetării. Pentru fundamentarea teoretică a cercetării noastre, avem nevoie de cadre de interpretare sociologice și socio-pedagogice aplicabile în descrierea serviciilor sociale și în contextul cooperării între specialiști. Baza cercetării noastre este construită în jurul a trei modele teoretice. Am ales drept cadru sociologic teoria câmpului social a lui Bourdieu (1992), care ne permite să înțelegem esența, flexibilitatea și dinamismul sferei sociale, focalizându-ne pe protagoniștii săi, sub-câmpurile sale și diferențele dintre acestea. Prin urmare, interpretarea câmpului social ca sub-câmp al societății corespunde interpretării bourdieuiene.

Baza cercetării noastre este, de asemenea, formată din două modele socio-pedagogice: Modelul Dinamic Interpersonal (Kabdebon, 2020) și Modelul Inter-Whittington (2003). Primul descrie cooperarea în relațiile interumane, al doilea se concentrează în special pe tipurile de cooperare ale specialiștilor (asistenți sociali). Modelul Interpersonal Dinamic se bazează pe modelul socio-cibernetice (Honti, Bőr 2013), care pune în centrul atenției relațiile sociale. Kabdebon (2019) îl transformă și îl completează cu mecanismele de coordonare ale lui Kornai (1983), care dau un nou dinamism modelului lui Honti (2013). Kabdebon (2019) nu a regândit modelul lui Honti (2013) doar la nivel de concepte, ci a prelucrat și semnificația esențială a acestuia, plasând-o într-un nou context. Kabdebon (2019) introduce conceptul important de interacțiune, care sugerează că în orice relație, părțile implicate sunt prezente și interacționează într-un fel sau altul. Astfel, încearcă să prezinte persoana într-un mod activ și interactiv. În cercetarea noastră actuală, folosim conceptul și semnificația interacțiunii lui Kabdebon (2020), examinând modul în care tipurile de interacțiuni cooperante, reglementate, competitive și agresive apar în răspunsurile asistenților sociali pe care îi interviuăm. Calitatea întâlnirii dintre diferitele tipuri de interacțiuni este determinată de prezența încrederii și dinamica relațiilor de

coordonare și subordonare. Întrebările noastre de cercetare se bazează pe presupunerea că punctul de plecare al specialiștilor se află în tipul de interacțiune cooperativă, care se construiește pe o relație de coordonare bazată pe încredere. Acest punct de plecare este consolidat de Modelul Inter-Whittington (2003), care definește în mod specific tipurile de interacțiune dintre asistenții sociali. Scopul și baza Modelului Inter sunt de a permite asistenților sociali să atingă o calitate profesională mai bună în munca lor, menținându-i pe clienți în centrul atenției. Pentru a crește eficiența, cooperarea trebuie să se realizeze pe patru niveluri. Acestea sunt cooperarea interpersonală (a.), cooperarea interprofesională (b.), cooperarea interdisciplinară (c.), și cooperarea între servicii (d.). În cercetarea noastră, vom examina modul în care aceste patru tipuri de cooperare se pot realiza în practica profesională socială, în ce context și cum apar și dacă existența lor este legată de organizarea terapiei ocupaționale, respectiv dacă influențează desfășurarea acestora. Plecând de la modelele socio-pedagogice descrise mai sus, am creat Modelul Conceptual al Desfășurării Activităților de Terapie Ocupațională. Unul dintre pilonii de bază ai modelului este interacțiunea cooperativă definită de Kabdebon (2019). Nu am inclus în modelul nostru tipurile de interacțiune reglementată, competitivă și agresivă, din cauza presupunerii noastre că relația dintre client și asistent social trebuie să fie caracterizată de interacțiune cooperativă în timpul terapiei ocupaționale. Acest lucru contribuie cel mai bine la realizarea obiectivelor asistentului social și al obiectivelor de igienă mintală formulate în timpul terapiei ocupaționale. Prin urmare, în interpretarea noastră, activitățile de terapie ocupațională sunt posibile la acest nivel al interacțiunilor. Pentru a explica interacțiunea cooperativă, preluăm din Modelul Inter de Whittington (2003) cele patru tipuri de interacțiuni dintre persoane. Pentru ca activitățile de terapie ocupațională să fie reușite, în multe cazuri, toate cele patru tipuri de cooperare trebuie să funcționeze optim. În modelul nostru, definim factorii din fundal care favorizează succesul activităților de terapie ocupațională în orice relație a asistentului social. Astfel, în relația dintre asistent social și client următoarele: deschiderea (1), definirea obiectivelor (2), crearea unui spațiu optim pentru igiena mintală (3) și competențele specialiștilor în activitățile de terapie ocupațională (4). În relația dintre asistenți sociali, respectul reciproc (1), gândirea comună (2) și schimbul adecvat de informații (3) sunt definite ca factori din fundal. Factorii din fundal între asistenții sociali și conducerea centrelor reprezintă crearea condițiilor pentru activități de terapie ocupațională (1) și recunoașterea importanței acestora (2). Desfășurarea activităților de terapie ocupațională este adesea susținută de voluntari și persoane din exterior. Cu ocazia acestor activități de terapie ocupațională, respectul reciproc (1), pregătirea clienților pentru sosirea unei persoane din exterior (2) și prezența acestora ca membru al grupului în timpul activităților de terapie ocupațională (3) ar trebui să fie caracteristice ca factori din fundal.

**Capitolul 2** *analizează caracteristicile organizării serviciilor sociale din România*, precum și caracteristicile, metodele și politicile de activități de terapie ocupațională. Tipurile posibile de centre sociale (în total 71 de tipuri) sunt definite de nomenclatorul prevăzut în Hotărârea nr. 867/2015. Organizarea activităților de terapie ocupațională intră în responsabilitatea următoarelor servicii: centre rezidențiale și centre de zi pentru vârstnici, centre rezidențiale și centre de zi pentru persoane cu dizabilități, cămine pentru copii, cămine protejate pentru mame și copii, centre rezidențiale pentru tineri defavorizați, cămine protejate pentru victimele violenței domestice, centre rezidențiale și de zi pentru persoane dependente, centre de zi pentru persoane fără adăpost. Funcțiile celor care desfășoară activități de terapie ocupațională sunt definite de Clasificarea Ocupațiilor din România (COR). Persoanele care desfășoară activități de terapie ocupațională (terapeut ocupațional COR – 263419) evaluează în munca lor individuală sau de grup sănătatea mintală a persoanelor, comportamentul lor și organizează activități de terapie ocupațională în consecință. Scopul acestora este de a îmbunătăți abilitatea de adaptare a persoanelor și de a promova dezvoltarea la nivel social, educațional sau ocupațional. Activitățile de terapie ocupațională dezvoltă diverse abilități, fie că vorbim despre abilități motorii, abilități funcționale

și abilități necesare pentru interacțiuni sociale, respectiv îmbunătățesc performanța și menținerea relației cu mediul.

Desfășurarea activităților de terapie ocupațională implică instrucțiunile și observațiile specialistului, precum și participarea clientului. Procesul trebuie să aibă o abordare holistică, luând în considerare individul, starea sa civilă, resursele umane și alte resurse, deschiderea sa către interacțiuni personale, starea fizică și relația sa cu mediul. Acest proces poate fi individual sau de grup, cu scopul de a menține sănătatea și bunăstarea personală. Procesul de intervenție este împărțit în trei părți: planificarea, implementarea și evaluarea (Bryan, Amy, Theodore, 2017). Profesioniștii pot utiliza numeroase instrumente și metode în cadrul activităților de terapie ocupațională. În clasificarea acestora, folosim abordarea lui Maria D. Pasca și Erzsébet Banga (2016), care disting șapte tipuri de activități de terapie ocupațională. Acestea sunt ergoterapia (1), terapiile prin muzică (2), terapiile prin artă vizuală (3), terapiile prin povești (4), terapiile prin exerciții fizice (5), terapiile prin teatru (6) și terapiile prin joc. În continuare, vom examina caracteristicile și modul de aplicare a diferitelor tipuri de activități de terapie ocupațională în procesele de asistență.

În **capitolul 3**, prezentăm *politicile, metodele și organizarea activităților de terapie ocupațională în practica românească*. Participarea activă sporește activitatea de zi cu zi, sporind astfel sentimentul de bunăstare. În cadrul activităților de terapie ocupațională, este importantă adaptarea, organizarea și flexibilitatea. În general, aceste activități nu pot avea un caracter obligatoriu pentru niciun client, însă trebuie să fie atractive și stimulante. Activitățile de terapie ocupațională care funcționează bine au adesea un efect terapeutic, pot genera o schimbare pozitivă în viața de zi cu zi și în viața persoanei care participă la acestea. În toate activitățile de terapie ocupațională, este importantă regularitatea, consecvența și predictibilitatea. Pentru clienții care trăiesc în instituții, aceste activități de terapie ocupațională pot structura timpul (în cămine pentru vârstnici, centre rezidențiale pentru persoane cu dizabilități, centre de dezintoxicare etc.) Pentru menținerea unei activități de terapie ocupațională, nu este suficientă doar prezența unui specialist, ci este esențială și asigurarea unui mediu adecvat și a unei atmosfere emoționale sigure, care poate oferi un spațiu liniștit, confortabil și familial. Succesul activității de terapie ocupațională este determinat și de persoana specialistului, precum și de rezultatul unei munci efectuate cu răbdare, în care este nevoie de multă încurajare, recunoaștere și evaluare. Obiectivul comun al diferitelor activități de terapie ocupațională constă în implicarea activă a persoanei într-o activitate cu scopul de a-și îmbunătăți abilitățile, de a-și crește performanța și de a-i oferi o experiență. De asemenea, previne apariția stărilor depresive și a izolării, și consolidează sentimentul de apartenență la comunitate (Berszán, 2014).

**Capitolul 4 al tezei** prezintă *cercetări privind rețelele de siguranță socială și impactul angajării în domeniul social din România*. Cercetările din România și cele internaționale examinează în numeroase cazuri sistemul de asistență socială, concentrându-se pe structura, starea și participanții săi. În tabelul de mai jos, prezentăm rezultatele acestor cercetări care oferă un cadru de comparare și interpretare pentru cercetarea noastră actuală.

Tabelul nr. 1.

*Compararea rezultatelor cercetărilor anterioare*

Cercetători	Tema și data cercetării	Populația studiată	Mijloacele cercetării	Rezultate
Ruuskanen, Ruoppila	Impactul activităților prin mișcare asupra persoanelor în vârstă, 1995	1244 de persoane în vârstă	Compararea pre- și a post-testelor	-implicarea bărbaților este mai frecventă. - exercițiul fizic a avut un impact pozitiv asupra

					bunăstării persoanelor în vârstă și a redus prezența simptomelor depresive.
Colegiul Terapeuților Ocupaționali Regatul Unit	Evaluarea experienței profesionale a specialiștilor care desfășoară activități de terapie ocupațională, 1998	137 specialiști asistenți sociali	de cercetare prin chestionar		- cea mai frecventă este utilizarea consilierii individuale. - 91% dintre asistenții sociali necesită oportunități de formare în domeniul ocupațional
Maud și col.	Terapii comunitare pentru persoanele cu demență și îngrijitorii lor, 2001-2005	135 de persoane cu demență, cu vârsta peste 65 de ani și îngrijitorii lor	Activități de terapie ocupațională în grup; grupuri de intervenție și control;		- Activitățile de terapie ocupațională în grup care durează cinci-șapte săptămâni pot îmbunătăți funcționarea zilnică a pacienților cu demență. Diferențe semnificative atât la nivelul cooperării interpersonale, cât și la nivelul eficienței individuale. (P=0.001).
Gene Cohen și col.	Impactul activităților de terapie ocupațională cu caracter artistic asupra persoanelor în vârstă 2001-2006	300 persoane în vârstă, vârsta medie fiind de 80 de ani	Studierea grupurilor de intervenție și de control		-cei care participă regulat la activități artistice au o stare mai bună, atât fizică, cât și mentală. Rezultatele au fost constatate și după doi ani.
Lucy Goldstein	Instrumente artistice utilizate de asistenții sociali în procesele de asistență, 2007	10 asistenți sociali cu experiență în practici artistice	Crearea unui interviu aprofundat, cu metoda snowball		- asistenții sociali care utilizează instrumente artistice se simt bine, iar clienții lor au un feedback pozitiv. Prezența unui nivel de stres mai redus.
Budai și Puli	Studiul cooperării în rândul asistenților sociali, 2007	112 specialiști de suport	15 interviuri structurate-, 10 interviuri aprofundate și 6 interviuri de tip focus grup		- aplicarea conștientă a formelor de cooperare definite în Inter-model, practică profesională și cea care nu este bazată pe dovezi.
PeishanYang	Impactul activităților de terapie ocupațională cu caracter artistic asupra persoanelor în vârstă, 2010-2011	participare a 1833 de persoane în vârstă	studierea grupurilor de intervenție și de control		- 88,3% dintre participanți au afirmat că simt o îmbunătățire a coordonării mișcărilor în viața de zi cu zi.
Freilich și Shectmann	Studierea sprijinului acordat copiilor cu dificultăți de învățare prin intermediul artelor, 2010	94 de copii, în două grupuri	observațiile specialiștilor		- copiii care au participat la activități de terapie ocupațională cu caracter artistic au reacționat mai bine la dificultățile cotidiene.

Diana Coholic	Impactul mindfulness-ului și al terapiei ocupaționale cu caracter artistic asupra respectului de sine al copiilor defavorizați, 2011	31 de copii și 18 adulți	Metode calitative analiza interviului aprofundat	- aplicarea practicilor legate de arte la copiii defavorizați crește încrederea în sine și este potrivită pentru creșterea respectului de sine.
JiHyun Lee	Studierea eficienței instrumentelor artistice utilizate în grupurile de ajutor reciproc pentru mamele care cresc copii cu dizabilități, 2017	44 de mame	utilizare de pre-și post-teste în cadrul studiului cu grup de control	Desenul proiectiv, pictarea sentimentelor și a stărilor emoționale reduc nivelul de stres al mamelor care cresc un copil cu dizabilități.
Luminița Chivu	Servicii antreprenoriale și sociale locale în România, 2019	3559 de servicii sociale	de analiză zonală	-numărul centrelor sociale este mai mic decât ar fi justificat pe baza numărului de persoane aflate în situații de risc.
Riera și Cardona	Colaborarea asistenților sociali care lucrează cu familii, 2020	121 de asistenți sociali	de cercetare prin chestionar	- 47,1% dintre asistenții sociali nu beneficiază de supervizare.
Loredana Marcela Trancă	Studiul obiectivelor asistenților sociali care lucrează cu copii în vestul României, 2020	22 de asistenți sociali	interviuri semi-structurate	-Dificultățile asistenților sociali includ colaborarea interdisciplinară și interprofesională. Sarcini administrative dificile, lipsă de timp.
Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi	Renașterea asistenței sociale în România, 2021	1057 de asistenți sociali	de chestionar online	-Salariul asistenților este scăzut - acest fapt influențează intenția de a părăsi profesia.
Moula, Powell și Krakou	Efectul utilizării instrumentelor artistice asupra copiilor cu probleme ușoare de comportament, 2022	52 de copii cu vârstă cuprinsă între 7-10 ani	realizare de interviuri, analiză calitativă	-instrumentele artistice au facilitat exprimarea sentimentelor mai complexe, astfel încât copiii să nu se bazeze doar pe mijloacele de exprimare verbală.
Constantin Genoveca	Evaluarea grupurilor vulnerabile din România, 2023	3182 de zone administrative	interviuri de tip focus grup	-cele mai vulnerabile sunt persoanele în vârstă, urmași de cei care trăiesc în condiții sărace - există diferențe între mediul rural și cel urban.
Haraz Svetlana, Ghilaș Maria	Interacțiunea factorilor care determină vulnerabilitatea socială	examinarea specialiștilor și a copiilor	interviuri de tip focus grup	- identificarea lipsei de cooperare - importanța aplicării unei

Sursă: editare proprie

Putem observa că diversele cercetări din România indică faptul că sistemul de asistență socială nu este capabil să satisfacă cererea generată de numărul persoanelor aflate în situații de risc (vezi studiile Genoveca 2023, Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi 2021, Tranca 2020, Chivu 2019). Asistenții sociali implicați în furnizarea acestor servicii se confruntă adesea cu lipsă de timp și probleme financiare. În cadrul cercetării noastre actuale, ne concentrăm pe centrele sociale din Transilvania și examinăm desfășurarea activităților de terapie ocupațională în acestea. Rezultatele cercetărilor internaționale indică faptul că utilizarea diferitelor instrumente artistice poate aduce o schimbare reală în igiena mintală a clienților. De asemenea, investigăm modul în care asistenții sociali percep cooperarea și studiile care prezintă aspectele serviciilor sociale din România. Cercetările menționate anterior au oferit o perspectivă asupra eficacității metodelor și tehnicilor utilizate de specialiștii din domeniul asistenței sociale. Înainte de a ne concentra pe prezentarea metodologiei și a rezultatelor cercetării noastre, este important să clarificăm conceptele pe care le considerăm relevante în înțelegerea cercetării.

**Capitolul 5** descrie *metodele, grupul țintă și tema cercetării. Pe urmă, sunt prezentate ipotezele pe baza cercetărilor anterioare. Este analizat și modul în care cercetarea este împărțită în etape, adică structura lucrării.* În cadrul cercetării, combinăm metode cantitative și calitative, pe baza celor două obiective principale ale cercetării. Astfel, cercetarea poate fi împărțită în două etape distincte. În prima etapă, am completat un chestionar telefonic cu reprezentanții serviciilor sociale, urmat de abordarea specialiștilor, pentru a efectua o analiză a interviurilor semi-structurate. Ulterior, am aprofundat cercetarea prin realizarea unor interviuri semi-structurate cu specialiști. Procesul de cercetare este ilustrat în figura recapitulativă nr. 13. Ambele părți ale cercetării sunt prezentate prin aplicarea unei scheme uniforme, concentrându-se în detaliu pe prezentarea metodelor utilizate, a eșantionului și a procesului de cercetare. În cadrul chestionarului telefonic, am contactat un total de 284 de centre sociale, operate de 71 de organizații sociale, majoritatea în județele Harghita, Covasna, Mureș, și într-un număr mai mic în județele Cluj și Brașov. Colectarea datelor a avut loc între octombrie 2019 și iunie 2020. 84,5% dintre centrele contactate au participat la chestionare și au răspuns la întrebările noastre. 6,5% dintre servicii nu au dorit să participe la cercetare, iar pe restul de 9% nu am reușit să le contactăm nici după mai multe încercări.

În timpul chestionării, folosim o metodă cantitativă. Instrumentul nostru de evaluare a fost un chestionar cu 12 întrebări, în care am întrebat despre tipul exact de serviciu, numărul de angajați și specialiști și calificările acestora. Întrebările s-au referit inclusiv la grupul țintă, numărul de clienți și activitățile principale ale serviciilor. Deoarece cercetările noastre se concentrează pe desfășurarea activităților de terapie ocupațională, ne-am concentrat, prin urmare, pe tipurile acestora și pe modurile în care acestea sunt derulate. În cazul acestora din urmă, ne așteptam la un răspuns formulat în scris de cei intervievați, pe care l-am transcris în timpul interviurilor și l-am procesat ulterior. În acest fel, am avut o perspectivă asupra modului în care reprezentanții serviciilor își formulează propriile activități de terapie ocupațională, respectiv asupra activităților pe care le consideră relevante. Am primit un răspuns cu privire la proporția în care sunt prezente activități de terapie ocupațională sau dacă există inițiative în acest sens. În timpul chestionării, intervievaților li s-a asigurat anonimatul și prelucrarea datelor într-un grup. Răspunsurile la întrebările adresate cu ocazia interviurilor telefonice au fost imediat notate într-un tabel pregătit în prealabil. Acest lucru a facilitat înregistrarea corectă a datelor și a informațiilor primite, precum și prelucrarea ulterioară a acestora.



**Capitolul 6** prezintă rezultatele *primei noastre cercetări* și testarea ipotezelor noastre. În prima noastră cercetare, analizăm rețeaua socială maghiară din Transilvania, concentrându-ne pe trei subiecte principale. În primul rând, examinăm distribuția teritorială a centrelor (1), apoi prezența activităților de terapie ocupațională (2), precum și caracteristicile terapiilor ocupaționale specifice diferitelor grupuri de clienți. Am abordat aceste trei teme în funcție de ipotezele de mai jos.

Din rezultatele cercetărilor anterioare, am aflat că serviciile sociale prestate în România nu sunt distribuite uniform în mediile rurale și urbane (Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi- 2021, Constantin Genoveca- 2023, Dániel- 2018). **În prima ipoteză** a cercetării actuale, presupunem că această diferență se regăsește nu numai în frecvența serviciilor, ci și în tipul acestora, numărul de asistenți sociali implicați în servicii, precum și în natura activităților de terapie ocupațională pe care le desfășoară. Precum și prezența activităților de terapie ocupațională în serviciile sociale transilvănene.

Nomenclatura serviciilor sociale (Hotărârea nr. 867/2015) prevede atât îngrijirea fizică, cât și cea mintală, inclusiv organizarea acestor două tipuri de activități profesionale. În conformitate cu hotărârea, fiecare organizație socială - oferind cazare sau activități zilnice - trebuie să asigure îngrijirea fizică și mintală și să angajeze specialiști calificați pentru aceste servicii. Avem două ipoteze în acest sens. **2.a. În a doua noastră ipoteză**, presupunem, în primul rând, că activitățile de terapie ocupațională sunt prezente în serviciile pe care le examinăm - atât cele care oferă cazare, cât și cele care desfășoară activități de zi.

Studiile care examinează eficacitatea și metodele diferitelor activități de terapie ocupațională arată că activitățile de terapie ocupațională eficiente sunt desfășurate de specialiști calificați (psihologi, asistenți sociali, profesioniști în domeniul igienei mintale etc.), folosind o varietate de instrumente și metode (Ruskanen, Ruoppila-1995, Colegiul Terapeuților Ocupaționali- 1998, Maud și coautorii- 2005, Gene Cohen și coautorii.-2006, Freilich și Shectmann- 2010, Lucy Goldstein 2007, Peishan Yang 2001, Diana Coholic 2011, JiHyun Lee 2017). **2b. În a doua ipoteză**, presupunem, de asemenea, că activitățile de terapie ocupațională desfășurate în cadrul serviciilor sociale transilvănene sunt efectuate de specialiști calificați și că prezența lor influențează calitatea acestor activități de terapie ocupațională.

Pe baza studiilor care examinează serviciile sociale din România, suntem conștienți de faptul că majoritatea serviciilor sociale se concentrează pe copii și familiile lor (vezi Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi -2021, Luminița Chivu -2019). Pornind de aici, **în a treia ipoteză**, presupunem că organizațiile pe care le studiem acordă mai multă atenție activităților de terapie ocupațională destinate copiilor. În serviciile de igienă mintală adresate copiilor, prezența specialiștilor calificați este mai frecventă decât în activitățile cu adulți și cu alte grupuri de clienți (persoane cu dizabilități, vârstnici).

Analizând răspunsurile și luând în considerare nomenclatura serviciilor sociale, am identificat un total de 24 de tipuri de servicii. Tabelul nr. 2 prezintă tipurile de servicii sociale respondente, ordonate după frecvența lor. Aceste servicii vor face obiectul analizelor noastre ulterioare. Majoritatea serviciilor sociale (36,7%) sunt oferite de centrele de îngrijire la domiciliu pentru bolnavi, precum și de centrele de zi pentru copiii defavorizați (20,8%). De asemenea, există centre de zi pentru persoanele cu dizabilități (7,5%), programe pentru integrarea romilor (4,6%), servicii care gestionează pachete de ajutor alimentar (4,2%), casele de copii de tip familial (2,9%), servicii de asistență familială (2,9%), căminele pentru persoane vârstnice (2,6%), etc. În total, 622 de angajați lucrează la aceste servicii contactate, dintre care 146 sunt specialiști de profesie (asistenți sociali, psihologi, pedagogi speciali). Acest număr reprezintă aproximativ un sfert din totalul angajaților (23,47%). În continuare, vom prezenta grupul țintă al serviciilor sociale.

**Capitolul 6.1** discută *despre integrarea serviciilor sociale în așezări* și răspunde astfel la prima noastră ipoteză. Așa cum am presupus în *prima noastră ipoteză*, diferențele dintre servicii pot fi regăsite

nu doar în frecvența lor, dar și în tipul lor, în numărul de specialiști angajați în aceste servicii, precum și în natura activităților pe care le desfășoară.

În cadrul cercetărilor noastre, prima ipoteză s-a confirmat, deoarece rezultatele noastre au reflectat rezultatele cercetărilor anterioare (vezi. studiile lui Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi- 2021, Constantin Genoveca- 2023, Dániel- 2018) și au evidențiat din nou că serviciile sociale nu sunt distribuite uniform în mediul rural și urban ( $\chi^2 (1, n=240) = 188,171, p < 0,001$ ). Rezultatele evidențiază, de asemenea, că diferențele pot fi observate nu doar în privința numărului de servicii. Am observat că centrele de zi pentru persoanele vârstnice și persoanele cu dizabilități, precum și pentru copiii defavorizați sunt prezente mai ales în orașele mari, în timp ce programele de dezvoltare timpurie și cele care vizează persoanele dependente și familiile lor sunt concentrate mai mult în orașele mici. Serviciile de îngrijire la domiciliu pentru bolnavi sunt în mod specific integrate în mediul rural. În ceea ce privește prezența activităților, am observat că anumite tipuri de activități sunt specifice serviciilor care funcționează în mediul urban. Acestea includ activități de artizanat, activități care implică desenul, muzica și mișcarea. Luând în considerare prezența specialiștilor, am observat că există o diferență semnificativă între diferitele tipuri de servicii ( $F (2, n = 240) = 3,653, p = 0,029$ ). În medie, cele mai multe servicii care angajează specialiști funcționează în reședințele de județ (media 1,9), urmate de serviciile din orașele mici (media 1,61), apoi cele rurale (media 0,96). În continuare, vom examina modul în care activitățile de terapie ocupațională sunt prezente în serviciile analizate, respectiv tipurile de servicii în care acestea sunt utilizate cel mai frecvent.

**În capitolul 6.2**, analizăm *prezența locurilor de muncă legate de asistența socială*. Nomenclatura serviciilor sociale (hotărârea 867/2015) prevede atât îngrijirea fizică, cât și cea mintală, inclusiv organizarea acestor două tipuri de activități profesionale. Conform hotărârii, fiecare organizație socială - indiferent dacă oferă servicii rezidențiale sau de zi - trebuie să asigure îngrijirea fizică și mintală, iar pentru aceste servicii profesionale trebuie să angajeze specialiști calificați. Avem două ipoteze referitoare la acest aspect (2a, 2b).

*2.a. În prima noastră ipoteză*, presupunem că activitățile de terapie ocupațională sunt prezente în serviciile analizate de noi - atât în cele rezidențiale, cât și în cele de zi.

Cercetările care au ca obiect analiza eficienței și a metodelor diferitelor activități de terapie ocupațională indică faptul că activitățile eficiente sunt realizate de specialiști calificați (psihologi, asistenți sociali, specialiști în igiena mintală etc.), care utilizează numeroase instrumente și metode în realizarea acestora (Ruskanen, Ruoppila-1995, Colegiul Terapeuților Ocupaționali- 1998, Maud și coautori- 2005, Gene Cohen și coautori.-2006, Freilich și Shectmann- 2010, Lucy Goldstein 2007, PeishanYang 2011, Diana Coholic 2011, JiHyun Lee 2017).

*2.b. În a doua noastră ipoteză*, presupunem că activitățile desfășurate în cadrul centrelor sociale din România sunt realizate de specialiști și că prezența lor influențează calitatea activităților de terapie ocupațională.

În cadrul cercetării noastre, am observat că serviciile conțin activități de terapie ocupațională într-o proporție de 32%, realizate de un specialist calificat (specialiști în igiena mintală, asistenți sociali, psihologi). Serviciile includ inițiative în proporție de 12,5%, însă aceste activități nu sunt realizate de specialiști. În aceste servicii, activitățile de terapie ocupațională sunt realizate de un pedagog, preot sau o altă persoană care nu este calificată în profesia de asistență socială. Acest fapt sugerează că nu există sau există puțini specialiști cu pregătire adecvată în aceste servicii. Diferența între servicii este semnificativă ( $\chi^2 (2, n = 240) = 154,228, p < 0,001$ ) în ceea ce privește prezența activităților. Rezultatul nu este surprinzător, deoarece serviciile sunt foarte diverse și au diferite profiluri. Există servicii în care

activitățile de terapie ocupațională sunt realizate în totalitate de asistenți sociali calificați. Acestea includ programe de prevenire a consumului de droguri, centre de zi pentru persoanele cu dizabilități, servicii de dezvoltare timpurie, centre rezidențiale pentru persoane vârstnice. Specialiștii calificați sunt prezenți în cea mai mare măsură în centrele rezidențiale (85,7%), acest procent fiind puțin mai scăzut (74,1%) în cazul centrelor de zi. Diferențele dintre servicii au fost semnificative inclusiv între cele patru grupuri (rezidențial, de zi, ocazional, îngrijire la domiciliu) ( $\chi^2(6, n = 240) = 124,273, p < 0,001$ ).

Rezultatele sugerează faptul că, cu cât este mai mare numărul specialiștilor suport și cu cât este mai mic numărul de clienți, cu atât este mai probabil să găsim activități de terapie ocupațională. Ipoteza a doua, care presupune că activitățile de terapie ocupațională desfășurate în cadrul serviciilor sociale din Transilvania sunt realizate de specialiști de suport și că prezența lor, precum și numărul de clienți, influențează desfășurarea activităților de terapie ocupațională, a fost confirmată. Există activități de terapie ocupațională în 44% dintre serviciile sociale, dintre care 32% sunt realizate de specialiști calificați. De asemenea, putem afirma că activitățile de terapie ocupațională realizate de către specialiști calificați sunt prezente în serviciile cu un număr mai mic de clienți. Cu toate acestea, trebuie să subliniem că există anumite tipuri de servicii unde, deși numărul de clienți este mic, activitățile nu sunt întotdeauna realizate de specialiști de suport. Aceasta se manifestă în mod intens în centrele de zi pentru copii defavorizați.

**În capitolul 6.3, vom analiza activități de terapie ocupațională la nivelul diferitelor grupuri de clienți pentru a răspunde la cea de-a treia ipoteză.**

Pe baza cercetărilor care au ca obiect serviciile sociale din România, știm că majoritatea serviciilor sociale sunt destinate copiilor și familiilor acestora (vezi Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi -2021, Luminița Chivu -2019).

Pornind de aici, *în a treia ipoteză*, presupunem că inclusiv organizațiile pe care le-am examinat acordă atenție sporită activităților de terapie ocupațională destinate copiilor. În serviciile de igienă mintală destinate copiilor, prezența unui specialist calificat este mai frecventă decât în munca cu adulți și alte grupuri de clienți (cu dizabilități, vârstnici).

Putem observa că activitățile de terapie ocupațională nu sunt furnizate exclusiv de către specialiști de suport în raport cu toți clienții. Activitățile de terapie ocupațională sunt prezente mai ales în serviciile destinate copiilor de 0-3 ani (100% din servicii), persoanelor cu dizabilități (70,6% din servicii) și familiilor (70%). Am observat că nu există activități specifice de terapie ocupațională în centrele sociale care se ocupă de copiii din școala primară și clasele 5-8. În serviciile sociale care vizează aceste grupuri de clienți, sunt mai puțini specialiști de suport, în unele cazuri profesori, însă, în cele mai multe cazuri, această activitate este desfășurată de persoane necalificate. Persoanele în vârstă reprezintă cea mai mare clientelă a serviciilor sociale. Doar 32% dintre persoanele vârstnice conectate la servicii aparțin unor servicii în care activitatea este desfășurată de specialiști calificați. Acest lucru poate fi explicat parțial prin tipul de servicii, deoarece o parte semnificativă a serviciilor destinate persoanelor în vârstă sunt acoperite de serviciile de îngrijire a pacienților. Examinând centrele rezidențiale, observăm că activitățile de terapie ocupațională sunt răspândite și în cazul căminelor pentru vârstnici, care sunt realizate de specialiști de suport cu ajutorul voluntarilor. În lumina celor de mai sus, putem afirma că a treia ipoteză a fost confirmată doar parțial, deoarece diferența poate fi într-adevăr constatată în ceea ce privește activitățile de terapie ocupațională la nivelul diferitelor grupuri de clienți, cu toate acestea, susținem că în serviciile sociale destinate copiilor sunt prezente mai intens activitățile de terapie ocupațională prin specialiști de suport. Este caracteristic pentru serviciile destinate copiilor preșcolari și de școală primară ca activitățile de terapie ocupațională să nu fie desfășurate de specialiști de suport, în timp ce activitățile de terapie ocupațională destinate copiilor cu vârsta cuprinsă între 0-3 ani este efectuată de specialiști de suport. De asemenea, în cazul copiilor cu dizabilități, a familiilor, a

persoanelor dependente, respectiv a orfanilor și semi-orfanilor, activitățile de terapie ocupațională sunt asigurate de asistenți sociali calificați.

Referitor la rezultatele primei noastre cercetări, putem spune că am identificat 24 de tipuri de servicii în rețeaua socială din România, dintre care aproape jumătate (44%) includ activități de terapie ocupațională. Doar 32% din aceste servicii sunt realizate de specialiști de suport calificați. Integrarea diferitelor servicii sociale în diferite localități nu este distribuită în mod egal. Serviciile pentru persoanele cu dizabilități sunt realizate în principal în orașele mari, la fel ca și centrele de zi pentru vârstnici. Serviciile care vizează integrarea romilor sunt prezente în orașele mici. Serviciile cu o pondere rurală includ centrele de zi pentru copiii defavorizați, precum și serviciile de îngrijire la domiciliu. De asemenea, am putut observa că specialiștii de suport sunt prezenți într-o proporție mai mare în mediul urban. În serviciile rurale, există în medie mai puțin de un specialist de suport. În ceea ce privește desfășurarea activităților de terapie ocupațională, putem spune că am identificat 16 tipuri de activități de terapie ocupațională în serviciile sociale, majoritatea concentrându-se în centrele rezidențiale sau centrele de zi. Cele mai răspândite forme de activitate sunt activitățile meșteșugărești, muzicale, desen, precum și discuțiile individuale și de grup. În concluzie, putem sublinia că numărul de clienți și numărul de specialiști de suport influențează prezența activităților de terapie ocupațională. În serviciile în care lucrează în medie mai mulți specialiști pentru mai puțini clienți, activitățile de terapie ocupațională sunt mai răspândite. Examinând grupurile de clienți, am observat că activitățile de terapie ocupațională pentru copii (clasele 5-8) sunt adesea realizate de persoane necalificate. În cele ce urmează, vom prezenta rezultatele celei de-a doua cercetări, care dorește să aprofundeze rezultatele cercetării noastre cantitative prin explorarea practicilor zilnice de desfășurare a activităților de terapie ocupațională prin interviuri semi-structurate cu specialiști de suport.

**Capitolul 7 al tezei** prezintă cea de-a doua etapă de cercetare. *Scopul acesteia este de a aprofunda cunoștințele noastre anterioare despre practica zilnică a desfășurării terapierilor de igienă mintală*, examinând modul în care se desfășoară aceste activități, condițiile în care se desfășoară și obiceiurile de cooperare ale specialiștilor de suport, prin prisma acestora. În cursul acestei analize, am folosit o metodă de cercetare bazată pe interviuri semi-structurate, subiecții fiind specialiști de suport care desfășoară activități de terapie ocupațională în cadrul muncii lor.

Am organizat rezultatele cercetării noastre în funcție de următoarele teme:

1. Caracteristicile generale ale tipurilor de activități de terapie ocupațională în rândul specialiștilor de suport intervievați
2. Desfășurarea activităților de terapie ocupațională, de la planificare până la feedback
3. Dificultățile și resursele specialiștilor de suport
4. Realizarea cooperării între specialiștii de suport și impactul acesteia asupra desfășurării activităților de terapie ocupațională.

Prima fază a cercetării a stat la baza selecției subiecților pentru partea a doua. Figura 18 ilustrează procesul de selecție a intervievaților. Din centrele sociale respondente (n=240), am selectat serviciile în care există activități de terapie ocupațională sau există eforturi în această direcție (n=182). Pe urmă, am restrâns numărul de servicii și le-am selectat pe cele în care activitățile de terapie ocupațională sunt desfășurate de specialiști calificați (n=104). În continuare, am selectat serviciile în care activitățile de terapie ocupațională au loc săptămânal și se aplică cel puțin trei tipuri de forme de

activitate identificate (n=70). În final, prin metoda de selecție a specialiștilor, am selectat serviciile la care ne-am întors pentru a efectua interviuri semi-structurate (n=17).

**Capitolul 7.1** descrie *procesul și metodologia celei de-a doua etapă de cercetare*. În total, am realizat 17 interviuri semi-structurate în 20 de centre. Acest număr este diferit, deoarece trei dintre specialiștii de suport abordați lucrează simultan în două centre. Înregistrarea interviurilor a avut loc între decembrie 2022 și mai 2023. Scopul nostru a fost o explorare mai profundă a desfășurării activităților de terapie ocupațională, precum și examinarea atitudinilor și obiceiurilor de cooperare ale specialiștilor de suport. În procesul de selecție a celor intervievați, am folosit metoda de selecție a specialiștilor. Am luat în considerare intensitatea prezenței activității de terapie ocupațională și tipul de serviciu. Experiența profesională a intervievaților variază între 1 și 30 de ani, cu o medie de 11,4 ani de vechime în profesie. Persoanele interievate lucrează în următoarele centre: centre rezidențiale pentru vârstnici (2 asistenți sociali), centre de zi pentru vârstnici (1 p.), centre de zi pentru persoane cu dizabilități (4 p.), centre rezidențiale și de zi pentru copii (4 p.), programe rezidențiale și temporare, consiliere pentru persoanele dependente (2 p.), un centru de educație și dezvoltare timpurie (1 p.), un program pentru integrarea romilor (1 p.), un adăpost pentru oamenii străzii pentru femeile maltratate (1 p.) și servicii de consiliere pentru indivizi și familii (1 p.). În ceea ce privește educația lor de bază, 9 dintre intervievați au o diplomă de bază în asistență socială, dintre care cinci au, de asemenea, o calificare în igiena mintală. Doi lucrează ca psihologi, doi ca pedagogi, iar unul are o diplomă în psihopedagogie și unul în pedagogie socială.

**Capitolul 8** *analizează furnizarea de activități de terapie ocupațională pe trei teme generale*. Încă din prima etapă a cercetării noastre a devenit clar faptul că numeroasele tipuri de activități de terapie ocupațională identificate în literatura de specialitate (Pasca și Banga, 2016) și în cercetările anterioare (vezi. Ruskanen, Ruoppila-1995, Colegiul Terapeuților Ocupaționali- 1998, Maud și alții- 2005, Gene Cohen și alții-2006, Freilich și Shectmann- 2010, Lucy Goldstein 2007, PeishanYang 2011, Diana Coholic 2011, JiHyun Lee 2017) pot fi regăsite și în rețeaua socială din Transilvania. Unul dintre obiectivele primei noastre cercetări a fost identificarea tipurilor de activități de terapie ocupațională, în timp ce al doilea obiectiv al cercetării a fost înțelegerea mai profundă a acestora. Prin urmare, în cercetarea noastră, am căutat răspunsuri la întrebări despre modul în care percep specialiștii de suport intervievați aceste tipuri de activități de terapie ocupațională și modul în care se realizează aceste activități în munca lor zilnică.

**În capitolul 8.1**, vom examina caracteristicile acestor tipuri de activități de terapie ocupațională, conform răspunsurilor date de către specialiștii de suport. Din răspunsuri a reieșit faptul că utilizează o gamă largă de activități de terapie ocupațională în munca lor zilnică. Cele mai populare sunt activitățile de meșteșugărit și cele prin desen. Există și terapii prin muzică, precum și abordarea temelor prin povești și basme. În ceea ce privește desfășurarea activităților, putem afirma că, deși se folosesc multe tipuri, conștientizarea igienei mintale este mai puțin prezentă în răspunsuri. Procesul de desfășurare a activităților de terapie ocupațională constă din mai multe unități distincte. Aceste unități descriu un proces pe care l-am construit din răspunsurile specialiștilor de suport intervievați în cadrul prezentei cercetări, însă se potrivește și cu elementele literaturii de specialitate care descriu pașii organizării activităților de terapie ocupațională (vezi. Bryan, Amy, Theodore, 2017, Szili Darók, 2008, Tamás, 2013, Berszán, 2014). Diagrama de mai jos rezumă modul în care fiecare pas este prezent în răspunsurile specialiștilor intervievați.

**În capitolul 8.2,** analizăm *punerea în aplicare a activităților de terapie ocupațională, de la procesul de planificare până la feedback.* Figura 1 ne arată că există opt piloni ai desfășurării activităților de terapie ocupațională, în funcție de răspunsurile specialiștilor. Acești piloni însoțesc întregul proces de desfășurare a activităților de terapie ocupațională. Cu toate acestea, doar jumătate dintre specialiștii de suport intervievați prezintă toate elementele procesului. Am observat că procesul complet este perceptibil în răspunsurile acelor specialiști care nu se simt singuri în munca lor și lucrează într-o echipă de sprijin profesional. Prin urmare, putem afirma că prezența unui mediu profesional de sprijin are un impact pozitiv asupra desfășurării activităților de terapie ocupațională, prin faptul că specialiștii se simt sprijiniți nu doar în gestionarea cazurilor lor, ci și în organizarea activităților de terapie ocupațională. Specialiștii de suport care raportează prezența unui mediu profesional de sprijin desfășoară mai des activități și le realizează într-un mod planificat și colectiv, folosind mai multe instrumente și metode în procesul de desfășurare a activităților de terapie ocupațională.

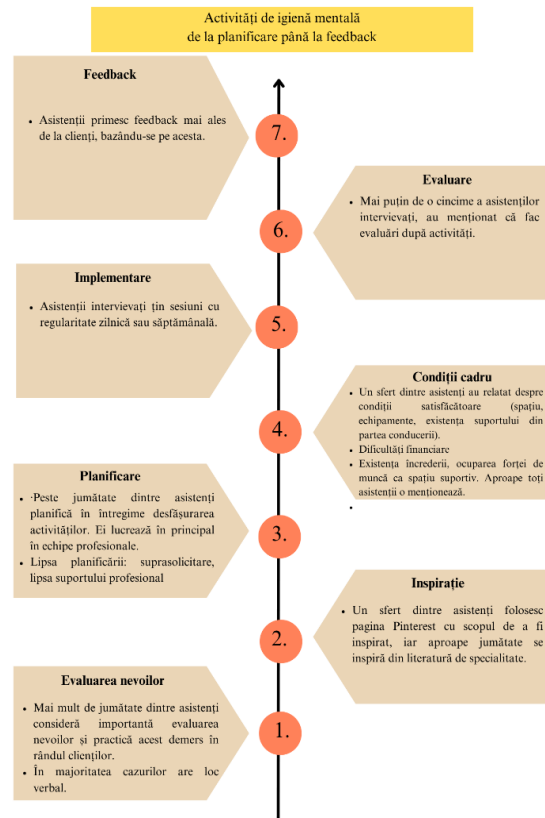


Figura 1. Punerea în aplicare a angajării, de la planificare la feedback. Sursa: editare proprie

**În capitolul 8.3,** vom aborda *dificultățile, resursele și nevoile menționate de către specialiști de suport.* Analizând dificultățile menționate de specialiști, am observat că mai mult de jumătate dintre ei se confruntă cu suprasolicitarea, cu lipsa unei rețele profesionale adecvate și cu relații nepotrivite cu conducerea serviciilor. Acestea afectează procesul de desfășurare a activităților de terapie ocupațională, în special în ceea ce privește planificarea, implementarea și feedback-ul, respectiv evaluarea.

**În secțiunea 8.4,** vom trece la *examinarea formelor de cooperare* menționate de specialiști, concentrându-ne în special pe impactul acestora asupra activităților de terapie ocupațională. Pe baza cercetării noastre, prezența activităților de terapie ocupațională este influențată de tipul de serviciu (a.), prezența unui mediu profesional de sprijin pentru specialiști (b.), realizarea unei relații de colaborare între specialiștii de suport și conducerea serviciului (c.) și capitalul economic disponibil (d.).

În urma cercetării noastre, am observat că activitățile de terapie ocupațională sunt mai frecvente în unele tipuri de servicii (cum ar fi centrele rezidențiale sau de zi) decât în alte tipuri de servicii (a). Analizând interviurile semi-structurate, am constatat că activitățile de terapie ocupațională apar mai des și cu un spectru mai larg de instrumente în centrele unde mai mulți specialiști lucrează împreună și unde există o echipă de sprijin profesional (b). În aceste centre, activitățile de terapie ocupațională sunt planificate și prevăzute cu obiective adecvate de igienă mentală. Acestea sunt în contrast cu serviciile în care specialiștii de suport lucrează singuri. În răspunsurile lor, am observat cel mai adesea sentimentul de suprasolicitare și dificultățile cauzate de izolare (lipsa planificării, lipsa timpului) (c). Specialiștii care au raportat o relație de parteneriat cu conducerea centrelor au relatat, de asemenea, desfășurarea mai frecventă a activităților de terapie ocupațională, planificate în detaliu. Aceștia menționează că

managementul serviciilor are o atitudine de sprijin față de activitățile de terapie ocupațională, cunoscând și recunoscând importanța acestora în munca cu clienții. Cu toate acestea, specialiștii de suport care au descris o relație reglementată, uneori agresivă, beneficiază mai puțin de sprijinul managementului în ceea ce privește activitățile de terapie ocupațională. Acești doi factori influenți (b și c) sunt strâns legați, deoarece specialiștii de suport care au raportat o relație de parteneriat cu conducerea serviciilor menționează și faptul că echipele profesionale din cadrul serviciilor funcționează bine. Specialiștii de suport care au raportat o relație de colaborare cu conducerea serviciilor au subliniat lipsa sau funcționarea ineficientă, formală a echipelor profesionale. Prin urmare, cooperările interprofesionale influențează pozitiv desfășurarea activităților de terapie ocupațională. Examinând capitalul lunar al serviciilor pe client, am constatat că unele tipuri de servicii dispun de un capital economic mai mare (d). În aceste servicii lucrează mai mulți specialiști și activitățile de terapie ocupațională se desfășoară mai frecvent și sunt mai diverse în ceea ce privește tipurile lor. Pe lângă factorii care influențează activitățile de terapie ocupațională, este important să subliniem inclusiv cerințele exprimate de specialiști, deoarece aceste cerințe corespund factorilor menționați mai sus. Trei sferturi dintre specialiștii de suport au indicat faptul că ar dori să stabilească noi relații profesionale, pe care le-ar realiza în principal prin intermediul atelierelor, conferințelor și forumurilor.

Factorii care influențează desfășurarea activităților de igienă mentală

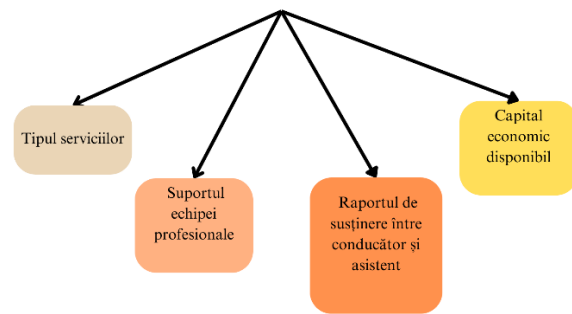


Fig. 2 Sursă: editare proprie

Cu ocazia cercetării noastre, am constatat că activitățile de terapie ocupațională sunt mai frecvente în centrele unde mai mulți specialiști lucrează împreună. După cum am mai menționat, acestea sunt caracteristice pentru centrele rezidențiale, precum și pentru centrele de zi pentru persoane cu dizabilități. Analizând interviurile, am observat că cooperarea dintre indivizi, prezentă în modelul Inter al lui Whittington (2013), apare pe mai multe niveluri în răspunsurile specialiștilor de suport. Cooperarea între specialist și client este în centrul atenției în răspunsurile specialiștilor, care prioritizează stabilirea unei relații de încredere și sprijin cu clienții lor. În contextul activităților de terapie ocupațională, ei vorbesc în majoritatea cazurilor despre organizarea activităților prin intermediul relației cu clienții. Cooperarea interprofesională între specialiști se realizează de obicei în cadrul centrelor, însă mai puțin de un sfert dintre specialiști raportează funcționarea echipei profesionale interdisciplinare pentru discuțiile de caz. Sunt mai frecvente cercurile spontane de discuții de caz, care sunt mai puțin organizate și "al căror scop principal este de a descărca tensiunea, de a ventila" (V.4, 1 an de experiență profesională). Am observat că specialiștii care descriu relații profesionale de sprijin menționează mai puține dificultăți în legătură cu munca lor și cu organizarea activităților de terapie ocupațională, sunt în general mai pozitivi în rapoartele lor și au o atitudine mai pozitivă față de profesia lor. Acest lucru este valabil și pentru relația dintre specialiști și conducerea centrelor. Mai mult de jumătate dintre specialiști raportează relație de colaborare, însă apar și răspunsuri care indică interacțiuni agresive și reglementate. Specialiștii de suport care menționează aceste două tipuri de interacțiuni în răspunsurile lor dispun de mai puțin de 5 ani de experiență profesională. În răspunsurile lor, raportează mai multe dificultăți decât colegii lor și se poate observa o atitudine negativă, de renunțare ("am fost dezamăgit", "nu m-am așteptat la asta", "nu mă afirm ca specialist"). Prin urmare, putem afirma că asistenții sociali care raportează o relație reglementată sau agresivă cu conducerea centrelor sunt, de obicei, persoane care au absolvit recent.

Cooperările interprofesionale influențează pozitiv organizarea terapierilor ocupaționale, deoarece în centrele unde există o cooperare în domeniul organizării activităților între reprezentanții diferitelor domenii profesionale (asistent social, psiholog, pedagog special, etc.), specialiștii de suport sunt mai bine pregătiți și planifică activitățile în funcție de nevoile individuale. Din răspunsurile specialiștilor, a devenit clar pentru noi că există o cerere foarte mare pentru cooperarea inter-disciplinară și intraprofesională în rândul specialiștilor. Specialiștii care au raportat că nu sunt singuri în munca lor și că mediul profesional este unul de sprijin, au vorbit despre activități mai extinse și mai frecvente decât cei care nu au o rețea de sprijin profesional sau în cazul cărora aceasta este insuficientă.

Tabelul nr. 27

*Efectul prezenței unei echipe profesionale de sprijin asupra desfășurării activităților.*

	Organizarea activităților planificate săptămânal.	Mai puține activități, neplanificate.
Prezența echipei profesionale de sprijin	8 cazuri	0 cazuri
Lipsa echipei profesionale de sprijin	1 caz	8 cazuri

În tabelul numărul 27, putem vedea că prezența unui mediu profesional de sprijin are o importanță majoră în desfășurarea activităților de terapie ocupațională. Specialiștii de suport care au o relație de parteneriat și cooperare cu conducerea centrelor și care raportează relații colegiale de sprijin menționează mai puține dificultăți în desfășurarea activităților de terapie ocupațională și vorbesc mai des despre munca lor și despre profesia lor de asistent social cu o atitudine pozitivă decât asistenții sociali care au o relație agresivă sau excesiv reglementată cu managementul serviciului.

Deși trei sferturi dintre specialiștii de suport chestionați colaborează cu specialiști din alte servicii în cadrul activității lor, cererea pentru cooperare este ridicată. Cu toate acestea, variază în funcție de tipurile de cooperare pe care și le doresc cel mai mult specialiștii. Rezumăm acest aspect în tabelul de mai jos.

Tabelul nr. 28.

*Relațiile profesionale și cerințele de cooperare ale specialiștilor de suport.*

Relațiile profesionale actuale ale asistenților sociali	Cerințe pentru cooperare
Este înconjurat în prezent de un mediu profesional de sprijin. (9 asistenți sociali)	Cursuri, conferințe ca oportunități de cooperare, ateliere.
Este în prezent membru al unui grup profesional formal, oferind mai puțin sprijin. (6 asistenți sociali)	Mediu profesional de sprijin, oportunități de discuție a cazurilor, relații interprofesionale de încredere, cursuri.



În prezent, nu este membru al Discuții de caz, relații niciunui grup profesional. (2 profesionale, întâlniri.. asistenți sociali)

---

Sursă: editare proprie

Așa cum se poate observa în tabelul nr. 28, specialiștii care lucrează în prezent în grupuri profesionale de sprijin își exprimă în primul rând nevoile legate de conferințe și ateliere, precum și interesul pentru metodele și tehnicile utilizate de specialiștii din alte servicii. Specialiștii care lucrează în relații formale își doresc în principal relații profesionale de încredere, dar nu neapărat în cadrul serviciilor respective. Specialiștii care nu fac parte dintr-un grup profesional și care lucrează singuri solicită un mediu de sprijin și cooperare în privința consultării despre cazurile lor.

În concluzie, putem afirma că în urma cercetării noastre prin interviuri semi-structurate, am obținut o imagine mai nuanțată și mai profundă asupra desfășurării activităților de terapie ocupațională. Am putut observa că, în timpul activităților de terapie ocupațională, grupurile profesionale de sprijin ale specialiștilor de suport au un rol cheie, atât în cadrul serviciilor, cât și în afara acestora. Activitățile de terapie ocupațională conștient îndrumate pot fi realizate mai intens acolo unde specialiștii nu se simt singuri, fiind parte a unui mediu profesional de sprijin. Din răspunsurile specialiștilor, se poate observa că formularea obiectivelor de igienă mintală nu are caracter predominant în cadrul activităților de terapie ocupațională. Predomină răspunsurile și rapoartele în care obiectivul principal nu depășește gândul de a "*ne simți bine împreună*". Astfel, în legătură cu activitățile de terapie ocupațională, specialiștii formulează rar ca obiective îmbunătățirea calității vieții, oportunitatea de a reflecta asupra gândurilor și emoțiilor și obiectivele de evitare a dispozițiilor depresive. Abordarea și definirea obiectivelor de igienă mintală mai profunde apar în serviciile în care specialiștii lucrează în echipe profesionale de-a lungul organizării activităților. În răspunsurile specialiștilor, sunt recunoscute majoritatea principiilor definite de APTOR, cele mai puternice fiind încrederea, sinceritatea și autenticitatea. Respectul, autonomia și confidențialitatea sunt, de asemenea, calități recunoscute.

În urma interviurilor, a devenit clar pentru noi că fiecare specialist interviuat efectuează consilieri individuale, precum și activități de grup. Consilierile individuale și de grup, precum și discuțiile tematice fac parte din activitățile de terapie ocupațională în cadrul acestei cercetări. Acest lucru este justificat, pe de o parte, deoarece relațiile de suport-client menționate în rapoarte îndeplinesc așteptările procesului de sprijin în igiena mintală (vezi. Berszán, 2014, principiile activității de terapie ocupațională APTOR, Szili 2008, Tamás 2013). Pe de altă parte, este justificată considerarea acestora ca parte a activității de terapie ocupațională, deoarece fiecare specialist interviuat le menționează și se referă la ele ca parte a activităților de terapie ocupațională. Pe lângă consilierile individuale și de grup, specialiștii desfășoară cel mai frecvent activități meșteșugărești, precum și activități prin desen și prin muzică. Am observat că peste jumătate dintre specialiștii interviuați utilizează jocuri și activități fizice. Trebuie să menționăm aici că sub denumirea de activități fizice nu ne referim la activitățile terapeutice care îmbunătățesc în mod explicit competențele de mișcare, ci la activități de energizare și mișcare. În cazul centrelor rezidențiale, programele prin mișcare cu caracter de dezvoltare profesională sunt realizate de kinetoterapeuți și fizioterapeuți. Obiectivul specialiștilor de suport cu sarcini fizice este revigorarea, mișcarea și energizarea. Am analizat intensitatea cu care tipurile de activități de terapie ocupațională formulate de Pasca și Banga (2016) apar în realizarea activităților menționate de subiecții interviului. Cele mai frecvent utilizate tipuri de activități sunt activitățile meșteșugărești, cântecul, muzica, desenul, pictura și activitățile fizice. În număr mai mic, însă prezente în practica specialiștilor, se regăsesc activitățile bazate pe jocuri de rol, activitățile legate de jocuri, precum și activitățile legate de filme și

videoclipuri. Activitățile care ajută la relaxare și terapia asistată de animale apar în număr infim în practica zilnică a specialiștilor.

În concluzie, am identificat o gamă largă de tipuri de activități de terapie ocupațională utilizate de specialiști în rețeaua examinată. Am observat că aceste activități sunt mai ușor de realizat pentru specialiști, însă în multe cazuri reprezintă o provocare să formuleze un obiectiv adecvat de igienă mintală și să inițieze consultări care ajută la feedback. Am observat, de asemenea, că deși specialiștii vorbesc despre utilizarea multor instrumente, reflectă rar asupra rezultatelor activităților și feedback-ului primit de la clienți. În continuare, vom examina procesele pe care le putem concluziona din răspunsurile specialiștilor cu privire la organizarea și implementarea completă a activităților de terapie ocupațională.

Rezultatele cercetării noastre cantitative furnizează noi informații privind câmpul social. În cadrul teoriei sociale a lui Bourdieu, am împărțit câmpul social în patru sub-câmpuri în ceea ce privește organizarea activităților de terapie ocupațională. Am observat că în unele sub-câmpuri există activități de terapie ocupațională organizate de specialiști, în timp ce în altele acestea sunt mai puțin prezente. În interpretarea rezultatelor de cercetare, am căutat să răspundem la întrebarea dacă există diferențe între serviciile din anumite sub-câmpuri. Pot fi recunoscute serviciile privilegiate în ceea ce privește activitățile de terapie ocupațională? În examinarea acestora, am luat în considerare următoarele aspecte: tipul serviciilor, bugetul lunar pe client, prezența specialiștilor de suport, frecvența activităților de terapie ocupațională, tipurile de activități de terapie ocupațională și declarațiile primite în interviurile cu specialiștii, acordând o atenție specială prezenței echipelor de specialiști.

Am constatat că în fiecare sub-câmp există servicii pentru grupuri de clienți care au la dispoziție un buget mai mare. Am examinat modul în care se realizează proporția dintre clienți și specialiști în aceste servicii, precum și modul în care se desfășoară activitățile de terapie ocupațională. Am constatat că în acele servicii unde poate fi alocat un buget mai mare pentru clienți, lucrează mai mulți specialiști și se desfășoară zilnic activități de terapie ocupațională pe o scară largă. Dintre centrele rezidențiale, se disting centrele de îngrijire pentru vârstnici, având la dispoziție un capital economic mult mai mare decât alte centre rezidențiale (cămine pentru copii, centre de adăpost pentru oamenii străzii). Este important să subliniem că centrele rezidențiale pentru vârstnici fac parte din puținele servicii sociale în care majoritatea clienților (cu excepția locurilor menținute în case pentru persoane defavorizate social) beneficiază de servicii în schimbul unei contribuții financiare. Prin urmare, aceste servicii ocupă un loc special atât în câmpul social, cât și în sub-câmpul care include centrele rezidențiale. Poziția lor privilegiată este confirmată de numărul mare de specialiști care lucrează în servicii (în medie 3), organizarea pe scară largă a activităților de terapie ocupațională și valoarea capitalului economic pe client. În interviurile semi-structurate, specialiștii care lucrează în centre pentru vârstnici au raportat intens prezența echipelor profesionale interdisciplinare, iar răspunsurile acestora clarifică sprijinul oferit specialiștilor, fie că vorbim despre relațiile colegiale sau despre relația dintre management și specialiști.

Am tratat drept un sub-câmp separat serviciile care desfășoară activități de zi și am examinat dacă există servicii în acest câmp care ocupă o poziție privilegiată, luând în considerare criteriile menționate anterior. Am constatat că dintre centrele de zi, cele care se adresează persoanelor cu dizabilități au un loc proeminent în comparație cu celelalte centre (de zi). Acestea au un buget mai mare alocat pe client pe lună (2500 de lei în comparație cu 600-800 de lei), iar în privința activităților, am constatat că aceste servicii utilizează mai multe tipuri de activități de terapie ocupațională în mai multe ocazii pe săptămână. În acest sub-câmp, doar specialiștii care lucrează cu persoanele cu dizabilități au raportat că lucrează în echipe profesionale. Alți lucrători din alte centre (de exemplu, centre de zi pentru copii romi, centre de zi pentru vârstnici, centre de zi pentru copii dezavantajați) desfășoară singuri gestionarea cazurilor și inclusiv organizarea activităților de terapie ocupațională în procesul de muncă.

Din interviurile noastre, am observat că specialiștii intervievați se confruntă cu multe dificultăți în desfășurarea muncii lor. Cei care au raportat probleme financiare și o relație regulată sau agresivă cu managementul sunt, fără excepție, angajați ai centrelor de zi pentru romi sau pentru copii dezavantajați. De asemenea, este caracteristic pentru centrele terapeutice de zi pentru copiii dezavantajați ca numărul de specialiști de suport să fie redus, iar activitățile de terapie ocupațională să fie realizate în mod obișnuit de alte persoane. Prin urmare, putem afirma că dintre toate centrele de zi, cele care se adresează persoanelor cu dizabilități ocupă un loc privilegiat, luând în considerare prezența specialiștilor, suportul oferit, capitalul economic și desfășurarea activităților de terapie ocupațională.

În concluzie, putem afirma că capitalul economic nu este distribuit în mod egal în sub-câmpurile sociale. Deși, așa cum am văzut în analizele cercetătorilor anterioare (Tvedt 1997; Ágh 1999 id. Kiss 2006; Kiss 2010, Dániel 2014), competiția și lupta bazate pe distribuția capitalurilor în sensul clasic al lui Bourdieu nu sunt caracteristice câmpului social. Cu toate acestea, putem vedea că există diferențe între participanții la sub-câmpuri. Centrele rezidențiale pentru vârstnici și centrele de zi care se adresează persoanelor cu dizabilități ocupă un loc privilegiat. Aproape jumătate din capitalul economic al sub-câmpului respectiv este concentrat în aceste servicii. În cazul centrelor rezidențiale, 49,5% din capitalul economic se află în centrele pentru vârstnici, restul de aproape 50% fiind împărțit între celelalte centre rezidențiale, cum ar fi căminele pentru copii și centrele de adăpost pentru oamenii străzii. În cazul centrelor de zi, 57,4% din capitalul economic este concentrat în centrele pentru persoane cu dizabilități, restul de 42,6% fiind împărțit între celelalte centre de zi care lucrează cu alte grupuri țintă (vârstnici, romi, copii dezavantajați). Prin urmare, putem afirma că centrele care lucrează cu anumite grupuri de clienți în sub-câmpurile sociale se află într-o poziție marginalizată. Acestea sunt centrele pentru oamenii străzii, pentru romi și pentru copiii dezavantajați.

**Capitolul 9** urmărește să exploreze similitudinile dintre rezultatele cercetării noastre și modelele conceptuale prezentate în secțiunea teoretică.

Modelul conceptual al activităților de terapie ocupațională se bazează pe dualitatea încredere-neîncredere și cooperare. Cooperarea formează axa orizontală a modelului nostru, încrederea și neîncrederea fiind axa verticală. Realizarea cât mai completă a activităților de terapie ocupațională poate fi atinsă prin construirea relațiilor între aceste axe. În model, am inclus factori din fundal care pot crește succesul acestor terapii ocupaționale. În continuare, vom examina modul în care acești factori din fundal apar în răspunsurile specialiștilor pe care i-am interviuat. În model, sunt 12 factori din fundal. Am căutat prezența acestora în răspunsurile specialiștilor, analizând acele părți ale textului în care specialiștii s-au manifestat explicit în contextul desfășurării activităților de terapie ocupațională. Am constatat că specialiștii intervievați menționează toți factorii din fundal prezenți în modelul conceptual ce descrie activitățile de terapie ocupațională. Crearea unui spațiu terapeutic și sigur, precum și realizarea obiectivelor și a sentimentului de utilitate sunt cele mai frecvent menționate. Acești factori din fundal apar în contextul relației dintre specialiști și clienți. Acest lucru este în concordanță cu analizele noastre anterioare, deoarece dintre tipurile de cooperare descrise de modelul Whittington (2003), relația specialist-client este cea mai puternic prezentă în răspunsurile specialiștilor. Prin urmare, este logic ca factorii din fundal ai relațiilor specialist-client să apară mai intens în contextul desfășurării activităților de terapie ocupațională. Acestea sunt urmate, luând în considerare numărul de menționări, de factorii care influențează relația dintre specialiști, gândirea comună (nr. 9), împărtășirea de informații (nr. 4) și respectul reciproc între specialiști (nr. 3). Modelul conceptual al desfășurării activităților de terapie ocupațională subliniază inclusiv faptul că, pentru realizarea cu succes a activităților de terapie ocupațională, este necesară cooperarea reciprocă dintre conducerea centrului și specialiști, respectiv între specialiști și voluntari. În analiza relației dintre specialiști și management, am văzut că mai mult de jumătate dintre specialiști raportează o relație de cooperare cu conducerea serviciului. În ceea ce

privește organizarea activităților de terapie ocupațională, specialiștii afirmă doar de trei ori că conducerea serviciului recunoaște importanța activităților de terapie ocupațională și încearcă să creeze condițiile și circumstanțele necesare pentru desfășurarea acestora. Prezența voluntarilor poate fi observată într-un sfert dintre serviciile reprezentate de specialiștii intervievați. Specialiștii care lucrează cu voluntari subliniază importanța prezenței acestora și în răspunsurile lor menționează factorii din fundal care sunt importanți în cooperarea cu voluntarii în contextul realizării cu succes a activităților. Aceștia sunt: voluntarul ca membru al echipei (nr. 3), pregătirea clienților pentru sosirea voluntarilor (nr. 2) și respectul reciproc între voluntar și specialistul de suport (nr. 1). În concluzie, putem afirma că toate formele de factori din fundal care facilitează desfășurarea activităților de terapie ocupațională, formulate în modelul conceptual al desfășurării activităților, sunt menționate în răspunsurile intervievaților noștri. Se acordă o importanță deosebită creării unui spațiu propice igienei mintală și stabilirea de obiective adecvate, urmate de gândirea comună a specialiștilor cu privire la activități. Factorii cel mai puțin menționați sunt competențele profesionale ale specialiștilor în desfășurarea activităților și respectul reciproc între specialiști.

În continuare, vom interpreta rezultatele cercetării noastre în cadrul teoriei câmpului. Caracteristicile sunt specifice sub-câmpurilor sociale, dar se aplică reguli diferite acestora în comparație cu alte sub-câmpuri în cadrul cărora se mișcă participanții (Bourdieu 1992). Acestea pot fi influențate de profilul serviciilor care aparțin diferitelor sub-câmpuri, clientela și locația lor. Împărțirea aplicată se bazează pe rezultatele cercetării noastre, astfel încât segmentarea este dată de prezența asistenților sociali și apariția activităților de terapie ocupațională. Pe baza rezultatelor, putem distinge patru sub-câmpuri. Grupurile obținute în acest fel sunt serviciile de îngrijire la domiciliu (1), serviciile rezidențiale (2), serviciile de zi pentru ocuparea forței de muncă (2) și serviciile periodice (4). În continuare, examinăm caracteristicile sub-câmpurilor. Sub-câmpul format din serviciile de îngrijire la domiciliu (1) poate fi considerat cel mai mare dacă ne bazăm pe numărul de servicii și numărul de clienți care aparțin acestui câmp. Majoritatea covârșitoare a acestor servicii este prezentă în mediul rural (85,2%). O caracteristică a sub-câmpului este că nu există activități de terapie ocupațională realizată de specialiști de suport (ceea ce poate fi de înțeles, având în vedere profilul serviciilor), totuși, reprezentanții centrelor raportează că angajații se bazează pe cunoștințele și experiența lor pentru a monitoriza starea mintală, emoțională și fizică a clienților lor.

Centrele rezidențiale (2) reprezintă cea mai mică parte a câmpului social (8%). Caracteristica sub-câmpului este că aceste servicii au cel mai mare număr de angajați și specialiști asistenți sociali. În medie, lucrează 19,1 persoane cu 29,5 de clienți, dintre care 3,1 sunt specialiști calificați. În acest sub-câmp este cea mai intens prezentă organizarea muncii, cu o ofertă variată de muncă. Două treimi (66,6%) dintre căminele rezidențiale sunt situate în orașe sau centre județene. În timpul procesării interviurilor semi-structurate realizate cu specialiștii, am observat că în acest sub-câmp specialiștii de suport lucrează și organizează munca în echipe interdisciplinare. De asemenea, cooperarea interdisciplinară și interprofesională este cea mai intensă în acest câmp.

Centrele de zi (3) constituie al treilea sub-câmp, caracterizat prin faptul că activitățile de terapie ocupațională sunt la fel de diverse și multifuncționale ca în cazul centrelor rezidențiale, însă sunt realizate de mai puțini specialiști. În cadrul centrelor de zi, lucrează în medie 5,8 persoane cu 26,1 de clienți, dintre care 1,3 sunt asistenți sociali. Activitățile de terapie ocupațională sunt foarte prezente în aceste centre, însă în multe cazuri nu sunt realizate de un specialist calificat. Activitățile de terapie ocupațională sunt, în general, realizate în centrele de zi pentru copii, de către persoane care nu sunt specialiști calificați. În centrele de zi, prezența voluntarilor este intensă, existând în medie 2,5 voluntari prezenți în aceste centre.

Serviciile periodice și active constituie un nou sub-câmp al câmpului social (4). Acesta include centre care intră în contact periodic cu clienții lor, cei mai mulți dintre aceștia fiind tineri. Aici sunt incluse programele de prevenție și instruire. În același timp, acesta include și serviciile care oferă ajutor social și colectează periodic alimente și îmbrăcăminte, pe care le livrează clienților lor. Acest sub-câmp este cel mai flexibil și realizează activități mai diverse. Importanța prezenței lor este indiscutabilă, deoarece în momentul cercetării noastre mențineau un contact zilnic de ajutor cu aproape 850 de persoane. Aceste servicii au cel mai mic număr de angajați (în medie 1,5), majoritatea muncii este realizată de voluntari, cu o medie de 3,4 voluntari prezenți în aceste servicii. În fig. 32, putem vedea sub-câmpurile recunoscute de noi din câmpului social și principalele lor caracteristici.

Caracteristicile subcâmpurilor aferente câmpului social

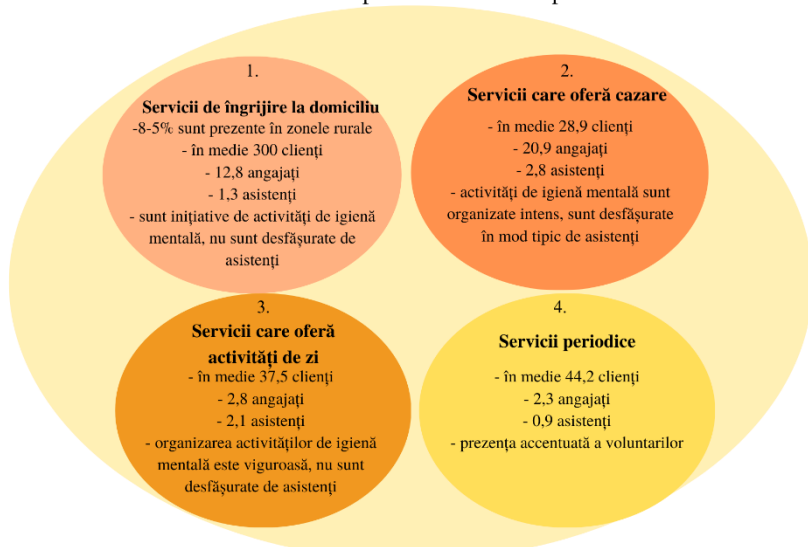


Fig. 3 Caracteristicile subcâmpurilor aferente câmpului social

Dacă luăm în considerare numărul de clienți care aparțin fiecărui sub-câmp, cel mai mare câmp poate fi considerat îngrijirea la domiciliu. Cu toate acestea, dacă ne uităm la numărul de specialiști de suport, o parte semnificativă a acestora este concentrată în centrele rezidențiale și de zi.

Am observat că diferitele sub-câmpuri diferă în ceea ce privește activitățile de terapie ocupațională. În acest sens, putem identifica două sub-câmpuri favorite, respectiv centrele rezidențiale și cele de zi, deoarece în aceste două câmpuri sunt prezente activități de terapie

ocupațională vaste realizate de specialiști calificați. În continuare, vom căuta să aflăm de ce activitățile de terapie ocupațională desfășurate de specialiști calificați se concentrează doar în aceste câmpuri? De asemenea, există grupuri de clienți favorizați în cadrul acestor sub-câmpuri?

Dacă urmărim teoria lui Bourdieu (1992), lupta este o caracteristică și un atribut al câmpurilor, cu scopul de a obține capitaluri și capitaluri speciale. Funcționarea câmpurilor se bazează pe conflicte, pe lupte. În câmpul social, lupta și rivalitatea se manifestă prin faptul că actorii încearcă să convingă societatea despre „importanța majoră” a unei anumite situații problematice, obținând astfel resurse și legitimând serviciul sau situația problematică. Aici lipsește lupta în sensul teoriei lui Bourdieu (1992). Câmpul social diferă de alte câmpuri sociale în sensul că nu există o luptă pentru posesia capitalului economic. Mai degrabă, cooperarea caracterizează totalitatea câmpului. Natura fundamentală a câmpului social nu este caracterizată de luptă, însă presupunem că sub-câmpurile pe care le-am definit nu împart în mod egal capitalul economic și simbolic. Acest lucru este de înțeles, observând caracteristicile sub-câmpurilor, dar presupunem și că pot fi identificate în cadrul unor sub-câmpuri anumite tipuri de servicii privilegiate și, prin urmare, grupuri de clienți privilegiați. Aceste servicii pot mobiliza cel mai mare capital economic, în acestea sunt prezenți specialiști calificați și, astfel, și activități de terapie ocupațională.

Pentru a afla cum este distribuit capitalul economic disponibil în sub-câmpurile sociale pe care le-am structurat, am abordat două căi. Pe de o parte, am examinat suma pe care o pot aloca lunar centrele sociale pentru clienții lor. Pe de altă parte, am analizat tipurile de activități sociale care au fost sprijinite

în ciclul de finanțare din 2023 în cadrul sistemelor de granturi municipale și județene. Bugetul serviciilor sociale provine din mai multe surse (subvenții guvernamentale, granturi, sponsorizări, donații, contribuții ale clienților etc.). Granturile locale acoperă doar o fracțiune a bugetului serviciilor, însă pot oferi o imagine a tipurilor de servicii către care sunt direcționate resursele disponibile aici.

Am selectat mai multe centre în cadrul celor patru sub-câmpuri și am analizat suma pe care serviciile o pot aloca lunar pe client. Am contactat telefonic aceste centre și am obținut informații despre buget de la conducerea acestora. Suma prezentată în tabelul nr. 23 include întregul buget al centrului, inclusiv salariile angajaților, costurile pentru alimentație și costurile materiale ale activităților organizate, precum și alte costuri infrastructurale și energetice. După analiză, am observat că, dintre centrele rezidențiale, centrele rezidențiale pentru vârstnici pot aloca cel mai mare capital pentru clienții lor. Acestea sunt urmate de centrele rezidențiale pentru copii, respectiv de centrele de adăpost pentru oamenii străzii. În cazul centrelor de zi, vedem că centrele pentru persoane cu dizabilități au un capital economic mult mai mare decât centrele de zi pentru copiii defavorizați, vârstnici sau romi.

În urma analizei centrelor sociale, am observat că cei mai mulți specialiști lucrează, în medie, în centrele rezidențiale pentru vârstnici și că în aceste centre se desfășoară cele mai intense activități de terapie ocupațională. În aceste servicii, toate tipurile de activități recunoscute în cadrul cercetării sunt prezente. În sub-câmpul centrelor rezidențiale, am realizat interviuri cu specialiști care lucrează cu persoane în vârstă, persoane fără adăpost și copii. Rezultatele anterioare au arătat că suma lunară alocată per client este cea mai mare în centrele rezidențiale pentru vârstnici. Cu ocazia analizei interviurilor, am văzut că specialiștii care lucrează în căminele de bătrâni desfășoară adesea activități de terapie ocupațională și raportează prezența unei echipe profesionale de sprijin. Ei utilizează o gamă mai largă de tipuri și metode ale activităților de terapie ocupațională, de la activități artisanale la cele prin arte vizuale. Auto-reflecția, gândirea vizavi de locul lor de muncă este, de asemenea, mai pozitivă în cazul acelor specialiști care lucrează în căminele pentru vârstnici.

Specialiștii care lucrează în centrele de adăpost pentru oamenii străzii raportează puțin sprijin profesional. Se simt singuri în munca lor, iar în rapoartele lor se pot identifica caracteristicile dezamăgirii și ale singurătății.

„Adesea regret foarte mult faptul că nu există un loc unde să discutăm problemele (...) adesea sunt cazuri foarte dificile (...) Și am ajuns să organizez înmormântarea astăzi. Deja organizez înmormântările cu ușurință. Înțelegi? Deja a trebuit să depun mărturie la poliție, a fost un caz dificil. Nu am primit niciun ajutor.” (*anul V. 11. 5 luc. soc.*)

În concluzie, capitalurile acumulate în câmpul social nu sunt distribuite egal între participanții acestui câmp. Există diferențe între sub-câmpuri în ceea ce privește distribuția capitalurilor, însă acest lucru este de înțeles dacă luăm în considerare tipul și modul de lucru al serviciilor din fiecare sub-câmp. Dacă comparăm serviciile în cadrul sub-câmpurilor, găsim că există grupuri de clienți marginalizați în termeni de distribuție a capitalului economic, precum și în ceea ce privește numărul de specialiști, chiar și în centrele rezidențiale sau cele de zi. În cazul centrelor rezidențiale, cele pentru vârstnici concentrează o mai mare parte a capitalului economic disponibil în rețeaua socială (49,5% din totalul capitalului sub-câmpului), și tot aici este mai puternică și prezența specialiștilor și a activităților de terapie ocupațională. Dintre centrele rezidențiale, centrele pentru persoane fără adăpost au cel mai mic capital pe client și în aceste centre se realizează cele mai puține activități de terapie ocupațională, chiar dacă numărul mediu de asistenți sociali în aceste servicii este 2. Diferența dintre capitalurile economice poate rezulta și din faptul că, în timp ce clienții și familiile lor din căminele de bătrâni beneficiază de servicii în schimbul unei taxe lunare, centrele pentru persoane fără adăpost pot solicita o contribuție financiară redusă de la

clienții lor. Funcționarea și întreținerea acestora depinde mult mai mult de existența și nivelul ajutorului de stat și a altor tipuri de sprijin. Acest lucru este valabil inclusiv în cazul căminelor pentru copii.

În cazul centrelor de zi, putem vedea că cele care oferă activități de zi pentru persoanele cu dizabilități dispun de cel mai mare capital economic pe persoană. În cazul centrelor de zi, 57,4% din capitalul economic este concentrat în centrele pentru persoanele cu dizabilități, restul de 42,6% fiind împărțit între centrele de zi care lucrează cu alte grupuri țintă (persoane în vârstă, romi, copii defavorizați). Centrele de zi pentru copiii defavorizați au cel mai mic număr de specialiști și dispun de cea mai mică sumă lunară per client. Am observat, de asemenea, că centrele de zi care promovează integrarea romilor și serviciile care oferă activități de zi pentru persoanele în vârstă dispun de resurse financiare similare, însă există mai mulți specialiști prezenți la activitățile cu persoanele vârstnice. În urma cercetării noastre prin interviuri, am constatat că specialiștii care lucrează cu romi și copii defavorizați nu fac parte dintr-o echipă profesională de sprijin și că nu mențin o relație adecvată cu conducerea centrelor. Printre dificultăți se numără administrarea excesivă, problemele financiare și lipsa de timp pentru organizarea activităților.

Putem afirma, prin urmare, că deși serviciile din sub-câmpurile sociale au obiective și moduri de funcționare similare, totuși pot fi identificate tipuri de servicii marginalizate în cadrul sub-câmpurilor. Acestea sunt, în general, serviciile care vizează persoanele fără adăpost și copiii defavorizați.

*În capitolul 10, vom analiza modul în care se leagă rezultatele noastre de cercetare de rezultatele cercetărilor naționale și internaționale .*

În cadrul cercetării sale din 2023, Genoveca a analizat cele mai defavorizate grupuri sociale din România și modul în care se adaptează serviciile sociale la aceste grupuri sociale. Au constatat că grupul social cel mai vulnerabil este format din persoanele în vârstă (34,9%), urmat de persoanele care trăiesc în sărăcie (34,8). Acestea sunt urmate de copiii separați de părinții lor (16%), și adulții cu dizabilități (2,4%). În cercetarea noastră, am examinat tipurile de servicii care sunt prezente în rețeaua socială din Transilvania, tipul de serviciu prezicând și grupul social cu care lucrează, în majoritatea cazurilor. Deoarece cercetarea lui Genoveca (2023) oferă răspunsuri la nivel național, este potrivit să o comparăm cu rezultatele cercetării noastre. În cercetarea noastră, am constatat că majoritatea serviciilor sociale transilvănene (36,7%) sunt oferite de servicii de îngrijire la domiciliu, precum și de centrele de zi pentru copiii dezavantajați (20,8%). Putem vedea că serviciile care se adresează persoanelor vârstnice se adaptează într-o oarecare măsură la rezultatele cercetării privind grupurile vulnerabile, deoarece proporția lor este semnificativ mare și în rețeaua socială din Transilvania. Conform cercetării lui Genoveca (2023), al doilea grup cel mai vulnerabil este format din persoanele care trăiesc în condiții de sărăcie. În total, 33,8% dintre serviciile pe care le-am examinat se adresează persoanelor care trăiesc în condiții de sărăcie. Acest grup include centrele de zi pentru copiii defavorizați (20,8%), programele de integrare a romilor (7,5%), centrele care oferă ajutor și pachete de alimente (4,6%), centrele de asistență familială (2,9%) și serviciile care se adresează persoanelor fără adăpost (1,3%).

Cea mai semnificativă concluzie a cercetării lui Genoveca (2023) este că serviciile sociale existente nu pot satisface nevoile care apar din partea diferitelor grupuri sociale vulnerabile. 70% din serviciile sociale direcționate către grupurile vulnerabile identificate sunt desfășurate în mediul rural, în timp ce 30% funcționează în orașe. Distribuția teritorială este legată și de cercetările lui Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi (2021), care au analizat în mod special plasarea asistenților sociali, arătând astfel tipurile de localități în care lucrează asistenții sociali pe care i-au interviuat. Rezultatele lor confirmă, de asemenea, distribuția inegală a serviciilor sociale între mediul rural și cel urban. Au constatat că doar 11,4% dintre ajutoare lucrează în mediul rural, iar 88,6% în orașe. Distribuția teritorială a serviciilor

sociale din Transilvania pe care le-am examinat este diferită, deoarece 54,6% dintre servicii funcționează în sate și 45,4% în mediul urban. Având în vedere că cele trei seturi de rezultate ale cercetării sunt diferite, am analizat care sunt serviciile care sunt predominant rurale în rețeaua socială din Transilvania. Acestea sunt centrele de zi pentru copiii defavorizați (66% funcționează în mediul rural) și serviciile de îngrijire la domiciliu (85,2% funcționează în mediul rural). De asemenea, am analizat care sunt organizațiile sociale care operează în cea mai mare măsură aceste două tipuri de servicii în Transilvania. Am constatat că 85% dintre serviciile de îngrijire la domiciliu sunt furnizate de Caritas Alba Iulia în întreaga Transilvania. 52% dintre centrele de zi pentru copiii defavorizați sunt operate de Fundația Sfântul Francisc din Deva și alte 14% de Caritas Alba Iulia. Presupunem că prezența acestor două organizații cu un număr mare de membri, care operează în principal în Transilvania, schimbă raportul serviciilor rurale și urbane în cercetarea noastră în comparație cu media națională. Pe baza acestui fapt, putem afirma, de asemenea, că, în comparație cu rezultatele cercetării naționale, centrele de zi pentru copiii defavorizați și serviciile de îngrijire la domiciliu sunt prezente într-un procent mai mare în rândul serviciilor sociale din Transilvania.

Distribuția serviciilor sociale în funcție de tip a fost obiectul principal al mai multor studii în ultimii ani. În studiul său, Chivu (2019) a identificat 3559 de servicii, dintre care 51,4% lucrează cu copii și familiile lor, iar 22,6% cu persoane în vârstă. În tabelul comparativ de mai jos, putem vedea rezultatele cercetărilor lui Genoveca (2023), Chivu (2019) și Dániel (2018), comparate cu rezultatele propriilor noastre cercetări. În timpul cercetării sale, Dániel (2018) a examinat în mod special serviciile sociale din Transilvania. Putem vedea că grupul de persoane care trăiesc în sărăcie se distinge dintre grupurile sociale vulnerabile. În același timp, putem observa că serviciile sociale lucrează într-un procent mic cu persoanele care trăiesc în sărăcie. Am dori să subliniem că, în timpul cercetării noastre, am putut constata că majoritatea clienților serviciilor pentru copii și familiile lor sunt persoane care trăiesc în condiții de sărăcie. Cu toate acestea, nu avem date sau cunoștințe adecvate despre proporția serviciilor care lucrează cu copii și familiile lor care se ocupă în mod specific de persoanele care trăiesc în sărăcie. Numărul de servicii care se ocupă de persoane vârstnice este considerabil de mare în toate cele trei studii.

Tabelul nr. 24.

*Comparația lui Genoveca (2023) cu rezultatele de cercetare actuale*

	Genoveca (2023)	Dániel (2018)	Chivu (date din 2006. pub.2019)	Kolumbán (2023)
Clienteală	Proporția grupurilor sociale vulnerabile în România	Caracteristicile sociologice ale sferei sociale non-profit maghiare din Transilvania	Distribuția serviciilor sociale în România	Distribuția tipurilor de servicii sociale din Transilvania
Persoane vârstnice	34,90%	45,20%	22,60%	41,40%



Persoane care trăiesc în condiții de sărăcie	34,80%	14,40%	3,10%	8,80%
Copii și familii	n.a	28,80%	51,40%	27,10%
Copii separați de părinți	16%	25%	n.a	2,90%
Adulți cu dizabilități	2,40%	20,10%	14,70%	7,90%
Persoane dependente și familiile acestora	n.a	5,30%	1,30%	1,30%
Oamenii străzii	n.a	n.a	1,8	1,30%
Alte persoane defavorizate	11,90%	n.a	5,10%	9,30%

Sursă: editare proprie

Cercetarea lui Lazar, Lightfoot, Iovu și Dégi (2021), deși a examinat în primul rând plasarea și epuizarea asistenților sociali, a oferit și informații privind veniturilor acestora. Principala concluzie a cercetării lor este că nivelul scăzut al salariilor asistenților sociali influențează părăsirea profesiei și epuizarea. Salariile mici ale asistenților sociali sunt, de asemenea, unul dintre subiectele principale ale cercetării lui Trancă (2020). În timpul cercetării sale, a realizat interviuri semi-structurate cu asistenți sociali, care, vorbind despre dificultățile lor generale, au menționat salariile mici ca o problemă majoră. Salariile mici au fost menționate și în răspunsurile persoanelor pe care le-am intervievat. Am analizat în ce domenii de specialitate au evidențiat lucrătorii de sprijin problemele legate de salarizare. Am constatat că toți acești specialiști de suport lucrează ca asistenți sociali. Acest fapt se alătură rezultatelor cercetărilor menționate mai sus și subliniază faptul că remunerația scăzută a asistenților sociali din România este o problemă generală. În cercetarea sa, Trancă (2020) a menționat mai multe dificultăți întâmpinate de specialiști. În tabelul de mai jos, am rezumat rezultatele celor două cercetări, ordonând dificultățile menționate de asistenții sociali în funcție de frecvența lor.

Tabelul nr. 24. *Dificultățile specialiștilor* în cercetarea lui Trancă (2020) și Kolumbán (2023)

<b>Trancă (2020). Scopurile și dificultățile asistenților sociali (22 de interviuri semi-structurate)</b>	<b>Kolumbán (2022) Activități de terapie ocupațională în centrele sociale din Transilvania (17 interviuri semistructurate)</b>
1. colaborare cu clienții (implicarea clienților)	1. lipsa colaborărilor interdisciplinare, lipsa mediului profesional
2. colaborări interprofesionale (între instituția de învățământ-asistent social)	2. suprasolicitare, lipsă de timp, sarcini administrative
3. lipsa colaborărilor interdisciplinare	3. lipsa supervizării
4. suprasolicitare, număr mare de clienți, sarcini administrative	4. salarii scăzute

5. salarii scăzute

5. relație negativă între asistent social și management

6. lipsa supervizării

---

Sursă: editare proprie

Primul obstacol menționat în studiul lui Trancă (2020) este dificultatea colaborării cu clienții, un aspect care nu apare în răspunsurile specialiștilor pe care i-am interviuat. Acest lucru poate fi explicat prin faptul că Trancă (2020) a interviuat în special asistenți sociali care lucrează în comunități rurale, cu comunități de romi. Alte dificultăți enumerate apar în ambele cercetări: suprasolicitarea asistenților sociali, sarcinile administrative, colaborarea și lipsa supervizării. De asemenea, salariile mici sunt menționate ca o dificultate în ambele studii. Problemele prezentate nu sunt specifice doar asistenților sociali din România. Riera și Cardona (2020) și-au realizat studiul la Palma și principala lor concluzie este că viața de zi cu zi a asistenților sociali pe care i-au interviuat (n. 121) este caracterizată de o suprasolicitare administrativă și de gestionare a cazurilor. 47,1% dintre specialiștii intervieuați au declarat că nu beneficiază de supervizare la locul de muncă, iar 28,1% primesc supervizare o dată pe lună. În majoritatea cazurilor, rețeaua de contact cu alți specialiști este formată din relații profesionale din cadrul serviciului respectiv. 52,9% dintre asistenții sociali intervieuați organizează întâlniri săptămânale în cadrul serviciului. Numărul de ocazii în care se întâlnesc specialiștii din diferite servicii este mult mai mic. În tabelul nr. 25, am rezumat răspunsurile la aceleași întrebări din studiul lui Riera și Cordona (2020) și din cercetarea noastră actuală.

Tabelul nr. 25

*Compararea rezultatelor de cercetare ale lui Riera și Cordona (2020) și Kolumbán (2023)*

<b>Riera și Cordona (2020) - Palma</b>	<b>Kolumbán (2023)</b>
47,1% dintre asistenții sociali nu beneficiază de supervizare în cadrul serviciului	Mai mult de trei sferturi dintre asistenții sociali pe care i-am interviuat nu beneficiază de supervizare în cadrul serviciului
52,9% dintre asistenții sociali intervieuați organizează o întâlnire săptămânală de discuții de caz în cadrul serviciului.	Mai puțin de jumătate dintre asistenții sociali pe care i-am interviuat au o întâlnire organizată pentru discuții de caz.
Aproape toți asistenții sociali intervieuați raportează o suprasolicitare administrativă și de cazuri.	Mai mult de trei sferturi dintre asistenții sociali intervieuați raportează o suprasolicitare administrativă și de cazuri.
Cerere mare pentru instruire și supraveghere lunară (85% dintre respondenți)	Mai mult de jumătate dintre asistenții sociali intervieuați necesită instruirii și întâlniri care să prezinte idei și aspecte noi, iartrei sferturi necesită oportunități de supervizare.

Sursă: editare proprie

În tabelul nr. 25, se poate observa că, în timp ce aproape jumătate (47,1%) dintre specialiștii intervievați de Riera și Cordona (2020) nu beneficiază de supervizare, acest lucru este valabil pentru trei sferturi dintre specialiștii pe care i-am interviuat. Specialiștii pe care i-am interviuat raportează un procent mai mic de întâlniri organizate cu scop de consultare în legătură cu cazurile lor, comparativ cu cercetătorii de la Universitatea din Palma. Există o similitudine și în ceea ce privește sentimentul de suprasolicitare, atât în ceea ce privește sarcinile administrative, cât și numărul de cazuri. Rezultatele cercetării lui Riera și Cordona (2020) arată că aproape toți specialiștii intervievați (95%) se confruntă cu o suprasolicitare administrativă și că sunt suprasolicitați și în ceea ce privește numărul de cazuri. Peste trei sferturi dintre specialiștii pe care i-am interviuat raportează o suprasolicitare similară. Există o mare cerere de formare și de prezența unui mediu de sprijin din partea specialiștilor asistenți sociali examinați în ambele studii.

Tipurile de implementare a activităților de terapie ocupațională au fost, de asemenea, investigate în studiul lui Craik, Chacksfield, Richards (1998). Deși cele două studii au fost realizate în medii și timpuri sociale complet diferite, vom sublinia rezultatele și constatările esențiale, deoarece am găsit similarități în mai multe puncte. Rezultatele celor două studii sunt rezumate în tabelul nr. 26.

Tabelul nr. 26

*Compararea rezultatelor de cercetare Craik, Chacksfield, Richards (1998) și Kolumbán (2022)*

<b>Craik, Chacksfield, Richards (1998)</b>	<b>Kolumbán (2022)</b>
<b>Colegiul Terapeuților Ocupaționali</b>	<b>Activități cu caracter de igienă mintală în centrele sociale din Transilvania.</b>
137 de centre chestionate	286 de centre chestionate
Consilierile individuale ca metodă de igienă mintală sunt folosite de 98% dintre asistenții sociali intervievați	Consilierile individuale ca metodă de igienă mintală sunt folosite de 75% dintre asistenții sociali intervievați
Desfășurarea activităților meșteșugărești este de 59,8%, fiind a doua metodă cea mai frecvent utilizată	Desfășurarea activităților meșteșugărești este de 37,1%, fiind a doua metodă cea mai frecvent utilizată
Punerea în practică a cooperării multidisciplinare apare ca o provocare și deficiență	Colaborările interdisciplinare sunt implementate în mai puțin de jumătate din servicii. Toți asistenții sociali intervievați consideră că ar fi importante și necesare
Cereri pentru cursuri de formare care prezintă aspecte inedite în domeniul activității cu caracter de igienă mintală. Se solicită de 91% dintre asistenții sociali intervievați.	Mai mult de jumătate dintre asistenții sociali intervievați necesită cursuri de formare care prezintă idei și aspecte noi.

Sursă: editare proprie

În tabelul nr. 26, putem observa că specialiștii care au participat la cercetări utilizează cel mai frecvent consilierile individuale cu scop de igienă mintală. Acestea sunt urmate de activitățile

meșteșugărești. Deși au existat eforturi, Craik, Chacksfield, Richards (1998) au constatat că cooperarea multidisciplinară este un factor rar realizat, însă dorit în ceea ce privește desfășurarea activităților cu caracter de igienă mintală. Acest lucru a fost relatat și de subiecții noștri de interviu și a fost observat și în studiul lui Trancă (2020). Jumătate dintre specialiștii pe care i-am interviuat spun că nu există cooperare interdisciplinară sau multidisciplinară în ceea ce privește desfășurarea activităților cu caracter de igienă mintală. Cu toate acestea, unde această cooperare nu este realizată, specialiștii își exprimă dorința pentru aceasta. Numărul specialiștilor care solicită cursuri de formare care să le arate noi direcții și aspecte în ceea ce privește implementarea ocupațiilor este mare în ambele studii. În timp ce 91% dintre specialiștii interviuați de Craik, Chacksfield, Richards (1998) și-au exprimat această dorință, mai mult de jumătate dintre specialiștii interviuați de noi au procedat în mod identic.

În ceea ce privește cooperarea dintre specialiști, am observat că jumătate dintre specialiști raportează cooperarea între asistenții sociali. Budai și Puli (2015) au investigat cooperarea asistenților sociali, interviuând 112 specialiști în cadrul cercetării lor. Similar cu rezultatele noastre, ei au interpretat și rezultatele lor în cadrul modelului de cooperare al lui Whittington (2013). Pe baza rezultatelor cercetării, au constatat că la momentul realizării cercetării, utilizarea conștientă a formelor de cooperare nu era încă o practică profesională generală. Se poate constata că există exemple și practici pozitive care au un impact benefic asupra serviciilor sociale în domeniul respectiv, dar nu putem vorbi despre o cooperare bazată pe evidență. Acest lucru este valabil pentru mai mult de jumătate dintre specialiștii pe care i-am interviuat. Deși toate tipurile de cooperare se regăsesc în răspunsurile specialiștilor, totuși cooperarea interprofesională este prezentă mai degrabă ca un exemplu bun în servicii decât ca practică consolidată și bazată pe evidență.

În concluzie, putem spune că rezultatele cercetării noastre coincid în multe puncte cu rezultatele unor cercetări naționale și internaționale. Am observat că distribuția geografică a serviciilor sociale din România este inegală, cu o predominanță a centrelor care își desfășoară activitatea în mediul urban. De asemenea, am observat că specialiștii de suport se confruntă cu dificultăți similare în munca lor. Cele mai mari dificultăți apar în legătură cu cooperarea, în special în ceea ce privește cooperarea interprofesională. Specialiștii menționează ca și dificultăți suprasolicitarea, lipsa de timp și multitudinea de sarcini administrative. În ceea ce privește apariția activităților cu caracter de igienă mintală, am văzut că practicile și formele utilizate de specialiștii pe care i-am interviuat sunt similare cu cele identificate de Colegiul Terapeuților Ocupaționali. Instrumentul cel mai popular, în general, este consilierea individuală și de grup, urmată de activități artizanale. Utilizarea altor instrumente artistice în procesul de sprijin, cum ar fi arta vizuală, muzica, dansul etc., nu poate fi considerată o practică generală. Sunt mai degrabă specifice anumitor domenii. Cooperarea interprofesională între specialiști este, de asemenea, caracteristică unui număr redus de servicii. În continuare, vom trece la răspunsurile recapitulative ale ipotezelor și întrebărilor noastre de cercetare.

În **capitolul 11**, răspundem la ipotezele și întrebările noastre de cercetare și prezentăm un rezumat.

În **capitolul 12**, sunt prezentate concluziile sumare ale cercetării, împreună cu noutatea, lecțiile învățate și sugestiile pentru cercetări ulterioare.

Cercetarea noastră, pe lângă faptul că a actualizat o parte din cunoștințele noastre despre rețeaua socială din Transilvania, a evidențiat obiectivele, temele și atitudinile cu care specialiștii lucrează cu clienții lor în rețea, precum și modul în care se desfășoară activitățile de terapie ocupațională de la planificare la feedback. Acesta este un aspect nou în cercetarea rețelei sociale, deoarece nu ne este cunoscută nicio cercetare care să examineze în profunzime funcționarea serviciilor din Transilvania prin

prisma specialiștilor. În cadrul cercetării noastre, am cunoscut metodele și tehnicile cel mai frecvent folosite de specialiști. De asemenea, am observat că specialiștii mai tineri se confruntă cu mai multe dificultăți în desfășurarea activităților cu caracter de igienă mintală și au o nevoie expresă de forumuri de confirmare. Această cunoaștere poate fi integrată în practica de formare a profesiei de asistent social prin echiparea studenților cu cunoștințe cât mai largi despre practică și tehnică. În timpul formării, pregătirea pentru activitățile cu caracter de igienă mintală ar putea fi mai accentuată. Presupunem că acest lucru ar putea reduce sentimentul de "confuzie" experimentată de tinerii specialiști.

În cadrul cercetării noastre, am obținut o perspectivă asupra obiceiurilor și atitudinilor de cooperare ale specialiștilor de suport. Am aflat că jumătate dintre specialiști lucrează într-un mediu profesional de suport, mai puțin de un sfert se află într-o relație reglementată sau agresivă de conducere-asistent social. Cererea pentru cooperare este ridicată, aproape toți specialiștii au nevoie de relații interprofesionale.

Ca urmare a cercetării, putem formula recomandări la patru niveluri, care ar ajuta la răspândirea mai largă a activităților cu caracter de igienă mintală și ar permite o încorporare mai profundă a perspectivei de igienă mintală în serviciile rețelei sociale. În primul rând, este necesară o schimbare în ceea ce privește resursele umane ale serviciilor sociale. În cursul cercetării, a devenit clar pentru noi faptul că prezența activităților este mai intensă și mai profesională în serviciile în care mai mulți specialiști lucrează împreună. Considerăm că este important ca specialiștii care lucrează în centrele sociale să lucreze în echipe profesionale, unde au posibilitatea de a se pregăti împreună, de a dezvolta strategii de rezolvare a problemelor și de a împărți sarcini administrative și ocupaționale. Centrele care angajează un singur asistent social ar trebui să asigure prezența unei echipe profesionale pentru specialistul lor, eventual în colaborare cu alte servicii. În al doilea rând, considerăm importantă formarea continuă a acelor angajați care nu au o calificare profesională specializată, dar care sunt în contact zilnic cu clienții centrelor sociale și care desfășoară majoritatea activităților cu caracter de igienă mintală. Ei lucrează mai ales în serviciile de îngrijire la domiciliu și în centrele de zi pentru copiii defavorizați. În cazul lor, ar fi util să se organizeze cursuri de formare care să îi ajute să își încorporeze munca în perspectiva igienei mintale. Aceasta nu înlocuiește prezența specialiștilor calificați, însă îmbogățește această perspectivă, ajutând lucrătorii din aceste servicii în relațiile lor cu clienții. În al treilea rând, considerăm importantă crearea de cursuri de formare continuă, forumuri profesionale și elaborarea de materiale profesionale care pot oferi instrumente specialiștilor și le pot facilita planificarea, implementarea și evaluarea activităților cu caracter de igienă mintală. Forumurile profesionale ar oferi o oportunitate pentru schimbul de experiențe, feedback și sperăm că ar avea un impact pozitiv asupra vieții de zi cu zi a centrelor, în special în ceea ce privește desfășurarea activităților cu caracter de igienă mintală. În plus, aceste cursuri pot aprofunda conștientizarea igienei mintale. În al patrulea rând, considerăm importantă încorporarea mai profundă a instruirii practice a activităților cu caracter de igienă mintală în formarea specialiștilor. Ne propunem acest lucru prin instruirea practicilor care au un obiectiv clar de igienă mintală și care pot fi adaptate în multe domenii. Presupunem că, dacă studenții dobândesc experiență adecvată în domeniul desfășurării activităților cu caracter de igienă mintală în timpul formării lor, vor aplica în viitor mult mai ușor practicile cunoscute în munca lor de zi cu zi.

Limitele cercetării: Cercetarea noastră nu se extinde asupra modului în care activitățile cu caracter de igienă mintală desfășurate de specialiști se integrează în viața de zi cu zi a clienților. Studiul nostru nu oferă o perspectivă asupra tipurilor de activități cu caracter de igienă mintală care sunt cu adevărat apreciate de către clienți. Deși răspunsurile specialiștilor au arătat că în majoritatea cazurilor se adaptează la nevoile clienților, pentru o imagine mai completă, ar fi util să consultăm clienții. În cadrul cercetării noastre, am intervievat specialiștii care desfășoară în mod regulat activități cu caracter de igienă mintală. Prin urmare, avem cunoștințe mai profunde doar despre un segment mai restrâns al

câmpului social în ceea ce privește modurile de desfășurare a activităților cu caracter de igienă mintală (31,1%). Extinderea și îmbogățirea cercetării ar contribui la formarea unei imagini mai complete cu privire la activitățile cu caracter de igienă mintală realizate de specialiști. O posibilitate de extindere ar putea fi includerea în cercetare a specialiștilor care desfășoară în mod ocazional activități cu caracter de igienă mintală. Sau dacă acele persoane care desfășoară activități sau consilieri cu caracter de igienă mintală, însă care nu dispun de o calificare de specialitate, ar face parte din eșantion. Acestea ar nuanța imaginea formată despre desfășurarea activităților cu caracter de igienă mintală.

## Bibliografie

1. Berszán, L. (2014). *Alkonyidő, Szociális munka idős személyekkel*, Presă Universitară Clujeană. Kolozsvár.
2. Bourdieu, P. (1992). *A mezők logikája*. In: Felkai, G., Némedi D. & Somlai, P., (szerk.) (2000). *Szociológiai Irányzatok a XX. Században*. Budapest (pp 418–430). Új Mandátum Könyvkiadó.
3. Bryan, M. G., Amy, N. & Theodore, W. P. (2018). Occupational Therapy's Role in the Treatment of Children with Autism Spectrum Disorders, *Occupational Therapy Therapeutic and Creative Use of Activity*.
4. Budai, I. & Puli E (2015). Együtműködés a szociális szolgáltatásokban. *Esély*. (1). 32-64.
5. Budai, I. (2009). Az interprofesszionális együtműködés és a szociális munka. *Esély*, (5). 83-114.
6. Dániel, B. (2014). Az Erdélyi magyar nonprofit háttérű szociális szféra szociológiai jellemzői, *Kisebbségek és civil társadalom* (1). 81- 107.
7. Diana, A. C. (2011). Exploring the Feasibility and Benefits of Arts-Based Mindfulness-Based Practices with Young People in Need: Aiming to Improve Aspects of Self-Awareness and Resilience. *Child & Youth Care Forum*.  
[https://www.researchgate.net/publication/225335916 Exploring the Feasibility and Benefits of Arts-Based Mindfulness-Based Practices with Young People in Need Aiming to Improve Aspects of Self-Awareness and Resilience](https://www.researchgate.net/publication/225335916_Exploring_the_Feasibility_and_Benefits_of_Arts-Based_Mindfulness-Based_Practices_with_Young_People_in_Need_Aiming_to_Improve_Aspects_of_Self-Awareness_and_Resilience) (2023.02.22.)
8. Gene, C. (2006). *The Creativity and Aging Study*, The Impact of Professionally Conducted Cultural Programs on Older Adults.
9. Genoveca, C. (2023). *The vulnerable groups from romania grupurile vulnerabile din România*, Institutul de Dezvoltare a Societății Informaționale.  
[https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/232-240\\_4.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/232-240_4.pdf). (2023.09.24.)
10. Honti, L., & Bör, R. (2013). *A társas kapcsolatok evolúciós szintjei*. Integrálakadémia. weboldala,[http://integralakademia.hu/data/file/2013/06/03/5\\_szint\\_modell\\_borrobi\\_gantibence.pdf](http://integralakademia.hu/data/file/2013/06/03/5_szint_modell_borrobi_gantibence.pdf). (2023.01.21.)
11. Ji, H. L. (2017). *Group Art Therapy and Self-care and Self-care for Mothers of Children with Disabilities*.  
[https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1049&context=expressive\\_dissertations](https://digitalcommons.lesley.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1049&context=expressive_dissertations) (2023. 02. 22.)

12. Kiss, D. (2010). *Romániai magyar nonprofit szervezetek 2009–2010. A szervezetek adatbázisának bemutatása és a nonprofit szektor szociológiai elemzése.* Műhelytanulmányok a Romániai Kisebbségekről. Nemzeti Kisebbségkutató Intézet.
13. Lazar, F., Lightfoot, E., Iovu, M.B. & Dégi, L.Cs. (2021). Back from the Ashes of Communism: The Rebirth of the Social Work Profession in Romania. *British Journal of Social Work.* (51) 340–356.
14. Luminița, C. (2019). Local entrepreneurship and social services in Romania. Territorial analysis. *European Research on Management and Business Economics.* (25) 79-86.
15. Maria, D.P. & Banga, E. (2016). *Terapii ocupaționale și arte combinate,* University Press.
16. Maud, J. L., Graff, J.M., Veronooij-D., Marjolein, T., Joost, D., Willibrorod, H. L. H, Marcel, G. M. & Olde, R. (2006). *Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial.* BMJ, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17114212>. (2020.03.24.)
17. Riera, J. A. & Josefa, C. (2020). *Social Work with Families in Special Distress: Collaborative Practices.* Social Sciences.
18. Ruskanen, J. M. & Ruoppila, I. (1995). Well-being among People Aged 65 to 84 Years. *Age and Ageing* (24) 292-298.
19. Terapeut ocupational. Rubinian [https://www.rubinian.com/cor\\_6\\_ocupatia\\_detalii.php?id=263419#leg](https://www.rubinian.com/cor_6_ocupatia_detalii.php?id=263419#leg). (2023.02.18.)
20. Trancă, L. M. (2020). The Role of Social Workers and Current Difficulties Faced by Social Workers in the Prevention of School Dropout in Western Romania. *Revista de Asistenți Social.* (9)1. 155-167.