

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

MAGISTRO DARBAS

Žmonėms, sergantiems psichikos ligomis, teikiamų psichosocialinių paslaugų kokybės vertinimas
Vilniaus mieste.

Quality evaluation of psychosocial rehabilitation services provided for people with mental disorders
in Vilnius city.

Magistrantė VITA ŠERELYTĖ _____
(parašas)

Darbo vadovė: _____
Dr. M. VENIŪTĖ (parašas)

Visuomenės sveikatos instituto direktorius
Prof. dr. R. STUKAS
Leidžiama ginti _____
(parašas)

Darbo įteikimo data _____
Registracijos NR. _____

TURINYS

SANTRUMPOS.....	3
1. SANTRAUKA.....	4
2. ĮVADAS	7
3. LITERATŪROS APŽVALGA.....	9
3.1 Psichikos sveikata – svarbi visuomenės sveikatos sritis.....	9
3.2 Psichikos sveikatos samprata.....	9
3.3 Psichikos sutrikimų našta visuomenei	10
3.4 Psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas	10
3.5 Visuomenės sveikatos sektoriaus vaidmuo gerinant psichikos sveikatą	10
3.6 Socialinė integracija.....	11
3.7 Psichikos sveikatos rodiklių gerinimas.....	11
3.8 Biopsichosocialio modelio esmė	12
3.9 Psichikos sveikatos paslaugų teikimas bendruomenėje.....	12
3.10 Psichikos ligomis sergančių asmenų įtraukimas į gydymą.....	14
3.11 Psichosocialinės reabilitacijos tikslai.....	14
3.12 Psichikos sveikatos gerinimo gairės Europoje.....	16
3.13 Paslaugų kokybė	16
3.14 Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų kokybės vertinimo dimensijos (aspektai)	17
3.14.1 Pasitenkinimas paslaugomis.....	17
3.14.2 Gyvenimo kokybė	17
3.14.3 Savarankiškumas	18
3.14.4 Įgalinimas	18
4. TYRIMO METODAI IR APIMTIS	20
4.1. Tyrimo apimtis.....	20
4.2. Tyrimo apribojimas.....	21
4.3. Tyrimo tipas	21
4.4. Tyrimo metodika.....	21
4.5. Duomenų rinkimas ir tvarkymas.....	24
4.6. Darbo organizavimas	24
4.7. Duomenų analizė	24
5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	25
5.1. Tyrimo rezultatai PSC apklausoje dalyvavusių asmenų.....	25
5.2. Tyrimo rezultatai PSC ir VPSRC apklausųjų grupėse.....	30
5.3 Tyrimo rezultatai VPSRC trijų apklausimų grupėse	37
5.4. Tyrimo rezultatų aptarimas	43
6. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	45
6.1. Išvados	45
6.2 Pasiūlymai.....	45
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS	47
8. PRIEDAI.....	50

SANTRUMPOS

BVP – bendrasis vidaus produktas

DALY – negalios paveikti gyvenimo metai

ES– Europos Sąjunga

GK – gyvenimo kokybė

M – vidurkis

MTVC – mokymų, tyrimų ir vystymo centras

N – absoliutūs skaičiai

PI – pasikliautinis intervalas

PSC – psichikos sveikatos centras

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

PSR – psichosocialinė rehabilitacija

SN – standartinis nuokrypis

SP – standartinė paklaida

VPSRC – Vilniaus psichosocialinės rehabilitacijos centras

VšĮ – viešoji įstaiga

YLD – gyvenimo metai, prarasti iki negalės

YLL – gyvenimo metai, prarasti iki mirties

1. SANTRAUKA

Darbo tikslas: Įvertinti psichikos ligomis sergantiems asmenims teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų kokybę Vilniaus mieste. Išanalizuoti ir aprašyti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybės vertinimo dimensijas (aspektus). Taip pat įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų gyvenimo kokybės aspektą; Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų įgalinimo aspektą; Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų savarankiškumo aspektą; Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų pasitenkinimo paslaugomis aspektą.

Metodika: Vilniaus miesto septyniuose psichikos sveikatos centruose apklausti 38 asmenys, gaunantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, sutikę dalyvauti tyrime. Apklausa atlikta vieną kartą. Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre tris kartus per 12 mėnesių apklausti tie patys asmenys, gaunantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas. Pirmoje apklausoje dalyvavo 44, antroje 37, trečioje 27 asmenys, gaunantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas ir sutikę dalyvauti tyrime. Tyrimas buvo atliekamas anoniminės anketinės apklausos būdu. Tyrime buvo naudojamos Tarptautinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugų asociacijos sukurta psichosocialinės reabilitacijos paslaugų vertinimo metodika: anketa klientams. Duomenys buvo suvesti ir statistinė duomenų analizė atlikta naudojantis statistiniu paketu SPSS 15.0, panaudojant ANOVA ir kitus metodus. Buvo skaičiuojami gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo, pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai (M), vidurkio tikslumui įvertinti apskaičiuotas pasikliautinis intervalas (PI) 95%, standartinis nuokrypis (SN) ir standartinė paklaida (SP). Naudotas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$, $p<0,05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas.

Rezultatai: Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę vertinama keturiais aspektais: subjektyvia gyvenimo kokybe, įgalinimu, savarankiškumu, pasitenkinimu paslaugomis. Gyvenimo kokybės (M=2,59), įgalinimo (M=2,80), savarankiškumo (M=2,71), pasitenkinimo paslaugomis (M=3,12), vidurkiai panašūs lyginant psichikos sveikatos centrų ir Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centro respondentų grupes. Geriausiai abi grupės vertina pasitenkinimą paslaugomis (gerai), o blogiausiai gyvenimo kokybę (vidutiniškai). Įgalinimas ir savarankiškumas abiejų grupių taip pat vertinamas vidutiniškai. Gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo, pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai buvo panašūs tarp vyrų ir moterų bei amžiaus grupių abiejose apklausos grupėse.

Lyginant trijų apklausimų rezultatus Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre geriausiai respondentų vertinamas pasitenkinimas paslaugomis (M=3,36). Blogiausiai subjektyvi gyvenimo kokybė (M=2,50). Vienintelis savarankiškumas kiekvienos apklausos metu vertinamas vis geriau (M=2,66; M=2,70; M=2,80). Pasitenkinimas paslaugomis pirmus du apklausos kartus išlieka labai panašus (M=3,18; M=3,16), o trečią apklausos kartą ženkliai padidėja (M=3,36). Pasitenkinimas paslaugomis (M=3,36), įgalinimas (M=2,97), savarankiškumas (M=2,71) respondentų geriausiai vertinamas trečiosios apklausos metu (M=2,80), tačiau subjektyvi gyvenimo kokybė geriausiai vertinama antrosios apklausos metu (M=2,56), o trečios apklausos metu vertinama blogiau nei antrąjį (M=2,50), bet geriau nei pirmąjį (M=2,45). Respondentų subjektyvi gyvenimo kokybė, įgalinimas, savarankiškumas vertinamas vidutiniškai, o pasitenkinimas paslaugomis vertinamas gerai. Gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo, pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai (M) buvo panašūs tarp vyrų ir moterų bei amžiaus grupių.

Išvados: Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybė vertinama keturiais aspektais: subjektyvia gyvenimo kokybe, įgalinimu, savarankiškumu, pasitenkinimu paslaugomis. Pacientų subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=2,59), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=2,45), antro apklausimo metu (M=2,56), trečio apklausimo metu (M=2,50). Pacientų įgalinimo vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=2,80), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=2,92), antro apklausimo metu (M=2,81), trečio apklausimo metu (M=2,97). Pacientų savarankiškumo vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=2,71), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=2,66), antro apklausimo metu (M=2,70), trečio apklausimo metu (M=2,80). Pacientų pasitenkinimo paslaugomis vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=3,12), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=3,18), antro apklausimo metu (M=3,16), trečio apklausimo metu (M=3,36).

SUMMARY

Research objective: The aim of the master thesis work was to evaluate the quality of psychosocial rehabilitation services (PRS) provided to people with mental disorders in Vilnius city. Objectives are the following: to evaluate PRS quality provided for people with mental disorders by analyzing patient's aspects of quality of life; to evaluate PRS quality provided for people with mental disorders by analyzing patient's aspects of empowerment; to evaluate PRS quality provided for people with mental disorders by analyzing patient's aspects of mastery; to evaluate PRS quality provided for people with mental disorders by analyzing patient's aspects of patient's satisfaction.

Methods: 38 people with mental disorders who were provided with PRS and who agreed to take part in the investigation, were questioned in seven mental care centers in Vilnius city. They were surveyed just one time. In Vilnius psychosocial rehabilitation centre the same people with mental disorders who were provided with PRS and who agreed to take part in the investigation were inquired three times (in the year 2007, 2008, 2009). First time were inquired 44 people with mental disorders, second time 37 and the third time 27. The research was performed using International Association of Psychosocial Rehabilitation Services anonymous Member Consumer Survey. The database was composed and data analyzed using statistical package SPSS 15.0 (applying one-way ANOVA and descriptive statistical methods). The calculations of the average (M) of quality of life, empowerment, mastery and patient's satisfaction were made. In order to determine how accurate the mediums are, the values of confidence interval (CI) 95%, standard deviation (SD) and standard error were calculated (SE). Statistical significance level $\alpha=0,05$ was used, $p<0,05$ – the difference is statistically significant.

Results: The average of quality of life, empowerment, mastery and patient's satisfaction (M) are very similar comparing to the groups of patients from mental care centers and Vilnius psychosocial rehabilitation centre. The satisfaction in services is mostly appreciated by both groups (good), as the quality of life is evaluated the worst (average). The average of quality of life (M=2,59), empowerment (M=2,80), mastery (M=2,71) and patient's satisfaction (M=3,12) were similar between males and females independently from age in both groups of respondents.

Comparing the results of three inquiries, the satisfaction in services is evaluated as the best in Vilniaus Psychosocial rehabilitation centre. The worst was evaluated the subjective quality of life. The mastery alone is evaluated better in each survey (M=2,66; M=2,70; M=2,80). The satisfaction in services remains very similar during the first two surveys (M=3,18; M=3,16) and significantly increases during the third survey (M=3,36). The satisfaction in services (M=3,36), empowerment (M=2,97), and mastery (M=2,71), is best valued during the third survey, however the subjective quality of life is best evaluated during the second survey (M=2,56), but is worse evaluated during the third one (M=2,50), nevertheless not better that during the first survey (M=2,45). The subjective quality of life, empowerment, mastery and satisfaction in services of the respondents, is evaluated good. The average (M) of quality of life, empowerment, mastery and satisfaction in services were similar between males and females and between different age groups of the respondents.

Conclusions: Quality of life, empowerment, mastery and patient's satisfaction are used in evaluation the quality of PRS provided to people with mental disorders. Quality of life by patients from mental care is evaluated (M=2,59), Vilniaus Psychosocial rehabilitation centre the first survey was (M=2,45), second survey was (M=2,56), third survey was (M=2,50). Empowerment by patients from mental care is evaluated (M=2,80), Vilniaus Psychosocial rehabilitation centre the first survey was (M=2,92), second survey was (M=2,81), third survey was (M=2,97). Mastery by patients from mental care is evaluated (M=2,71), Vilniaus Psychosocial rehabilitation centre the first survey was (M=2,66), second survey was (M=2,70), third survey was (M=2,80). Patient's satisfaction by patients from mental care is evaluated (M=3,12), Vilniaus Psychosocial rehabilitation centre the first survey was (M=3,18), second survey was (M=3,16), third survey was (M=3,36).

2. ĮVADAS

XXI amžiaus pradžioje visuomenės psichikos sveikata tapo svarbiausia visuomenės sveikatos sudedamąja dalimi ir atsidūrė sveikatos ir socialinės politikos centre [1]. Psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, pradeda vyrauti, palyginti su kitais sveikatos sutrikimais, ir, jei į tai reaguojama pasyviai, stipriai trikdoma valstybių socialinė ir ekonominė plėtra bei piliečių gyvenimo kokybė [2]. Valstybės vykdoma psichikos sveikatos politika, aktyviai dalyvaujant visuomenei, lemia, kaip padedama sutrikusios psichikos asmenims pasveikti arba, jei psichikos negalia yra nuolatinė, gyventi visavertį gyvenimą [1].

Remiantis naujomis mokslo žiniomis visuomenės psichikos sveikatos rodiklius galima pagerinti, o psichikos sutrikimų sukeltą naštą galima palengvinti, jei valstybės vis labiau investuos turimus resursus į reabilitacijos paslaugas, kurios mažina socialinę atskirtį, didina socialinę integraciją. Gausėja mokslinių duomenų, kad šiuo metu esama gydymo, reabilitacijos ir prevencijos metodų, kuriuos taikant galima efektyviai investuoti į visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą [1]. Vienas iš jų yra psichosocialinė reabilitacija. [2] Pastaruoju metu atsirado pakankamai įrodymų, kad biologiniais gydymo metodais ligos simptomai tik slopinami, tuo tarpu reabilitacija padeda sumažinti negalią ir pagerinti kasdieninio gyvenimo kokybę žmonėms, sergantiems psichikos ligomis [3].

Psichosocialinės reabilitacijos tikslas – pagerinti gyvenimo kokybę ir grąžinti sutrikusios psichikos asmenims socialinius vaidmenis [4]. Psichosocialinė reabilitacija yra psichikos sveikatos priežiūros dalis, kurios praktinis realizavimas orientuotas į psichikos sutrikimus turinčius asmenis, siekiant užtikrinti jų gydymo, priežiūros ir psichosocialinių intervencijų tęstinumą. Reabilitacija apima priemones, taikomas neįgaliesiems, siekiant atkurti ankstesnę jų padėtį arba maksimaliai padidinti galimybę naudotis išlikusiais gebėjimais. Pagrindinė PSR tikslinė grupė yra asmenys, turintys sunkių psichikos sutrikimų. Jiems labiausiai reikia psichologinės ir socialinės pagalbos ir ji būna veiksminga. [5].

Vienas iš PSR veiksmingumo vertinimo metodų yra kartotiniai gyvenimo kokybės vertinimai. GK vertinimus galima taikyti ir tiriant psichikos sveikatos paslaugų veiksmingumą [5].

Tyrimai parodė, kad žmonėms, sergantiems psichikos ligomis, psichosocialinės reabilitacijos paslaugos yra veiksmingos, gerinant gyvenimo kokybę, savarankiškumą ir įgalinimą.

Paslaugų kokybė – kitas svarbus indikatorius, kuris siejasi su gyvenimo kokybe. Vienas iš svarbiausių indikatorių pasitenkinimui vertinti yra pacientų pasitenkinimas teikiamomis

paslaugomis, apimančiomis ir personalo priežiūra. Pacientų, kurie serga psichikos ligomis, požiūris į teikiamų paslaugų kokybę yra patikimas paslaugų kokybės vertinimo indikatorius [6].

Darbo tikslas

Įvertinti psichikos ligomis sergantiems asmenims teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų kokybę Vilniaus mieste.

Darbo uždaviniai

1. Išanalizuoti ir aprašyti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybės vertinimo dimensijas (aspektus).
2. Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų gyvenimo kokybės aspektą.
3. Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų įgalinimo aspektą.
4. Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų savarankiškumo aspektą.
5. Įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybę, analizuojant pacientų pasitenkinimo paslaugomis aspektą.

Savarankiškai atlikti darbai:

- Išversta iš anglų kalbos ir adaptuota tyrimo anketa (Tarptautinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugų asociacijos anketa klientams),
- atliktas tyrimas septyniuose psichikos sveikatos centruose,
- atliktas tyrimas VPSRC 2007 m., 2008 m. ir 2009 m.,
- duomenys suvesti į kompiuterį,
- atlikta duomenų analizė.

3. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1 Psichikos sveikata – svarbi visuomenės sveikatos sritis

Pasikeitus visuomenės sveikatos prioritetams, XX amžiaus pabaigoje – XXI amžiaus pradžioje visuomenės psichikos sveikata tapo svarbiausia visuomenės sveikatos sudedamąja dalimi ir atsidūrė sveikatos ir socialinės politikos centre [1]. Visuomenei gera piliečių psichikos sveikata padeda siekti gerovės, solidarumo ir socialinio teisingumo [11]. Nuo to, kokia bus kiekvieno piliečio ir visos visuomenės psichikos sveikata, labai priklauso kiekvienos valstybės ekonominė ir socialinė gerovė bei plėtra, bendra visuomenės sveikata, gyvenimo kokybė. Visuomenės psichikos sveikata priklauso nuo bendrų valstybės ir visuomenės pastangų. Geros psichikos sveikatos individai sukuria gerą psichikos sveikatą turinčią bendruomenę ir visuomenę. Sveikos bendruomenės ir visuomenės pasižymi dideliu socialiniu kapitalu ir žemu socialinės patologijos lygiu, mažesniais savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar į kitus, rodikliais. Gerą psichikos sveikatą turinti bendruomenė ar visuomenė tolerantiškesnė pažeidžiamoms gyventojų grupėms, jose didesnė socialinė integracija [1]. Vieni iš svarbiausių PSO Europos visuomenės psichikos sveikatos politikos principų - psichikos sveikatos sričiai reikia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, pradeda vyrauti, palyginti su kitais sveikatos sutrikimais, ir, jei į tai reaguojama pasyviai, stipriai trikdoma valstybių socialinė ir ekonominė plėtra bei piliečių gyvenimo kokybė [2].

3.2 Psichikos sveikatos samprata

Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme psichikos sveikata apibrėžiama kaip natūrali žmogaus asmenybės būseną, kuri turi būti saugoma arba grąžinama sutrikimų bei ligų atvejais [7]. Lietuvos psichikos sveikatos strategijoje teigiama, kad psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos dalis ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos [1]. Psichikos sveikatos priežiūra yra viena iš žmogaus teisių. Ji duoda galimybę siekti gerovės, kokybiško gyvenimo ir geros fizinės sveikatos. Gera psichikos sveikata leidžia žmonėms mokytis, dirbti ir dalyvauti socialiniame gyvenime [9]. Piliečiams psichikos sveikata – tai šaltinis, leidžiantis suvokti savo intelektualinį ir emocinį potencialą, surasti ir atlikti savo vaidmenį socialiniame, mokymosi ir profesiniame gyvenime.

3.3 Psichikos sutrikimų našta visuomenei

1996 m. paskelbti bendri Harvardo universiteto, PSO ir Pasaulio banko tyrimo rezultatai parodė, kad bendroje visų ligų struktūroje pradeda vyrėti psichikos ir elgesio sutrikimai, dėl kurių patiriama daugiausia ekonominių nuostolių [1]. Dėl blogos gyventojų psichikos sveikatos ekonominės, socialinės, švietimo, teisingumo sistemos patiria didelių ekonominių nuostolių ir sukuriama našta piliečiams ir visuomeninėms sistemoms [11]. Psichikos sveikata ir gerovė yra pagrindiniai asmenų ir visuomenės gyvenimo kokybės elementai ir užtikrinus psichikos ligų prevenciją, ankstyvą diagnostiką, intervenciją ir gydymą būtų gerokai mažesnis jų poveikis asmeniniam gyvenimui, finansinei ir socialinei padėčiai [12].

3.4 Psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas

Įvertinta, kad apie 50 milijonų gyventojų (apie 11 proc. visos populiacijos) turi psichikos sutrikimų [9]. Psichikos sutrikimai yra greičiausiai didėjanti sveikatos problemų našta. Pasaulyje 450 milijonų žmonių turi neurologinių arba psichikos sutrikimų [13]. Psichikos sveikatos problemos plačiai paplitusios Europoje, kur vienas iš keturių asmenų bent kartą gyvenime susiduria su psichikos sveikatos problemomis, o netiesiogiai su jomis susiduria žymiai daugiau asmenų [3]. Dėl blogos psichikos sveikatos ES netenkama 3–4 % BVP – daugiausia dėl prarasto našumo. Psichikos sutrikimai yra dažniausia ankstyvo išėjimo į pensiją ir neįgalumo priežastis [11]. Ilgą laiką psichikos sutrikimų našta tradiciškai buvo matuojama remiantis dažnumo, paplitimo ir mirtingumo rodikliais, kurių nepakanka objektyviai įvertinti lėtines, negalią sukeliančias būkles. Šiuos sutrikimus imta vertinti pagal negalios paveiktus gyvenimo metus (DALY), atsižvelgiant į mirtingumą (gyvenimo metus, prarastus iki mirties (YLL)), bei pagal negalios rimtumą ir trukmę (gyvenimo metai, prarasti iki negalios (YLD)). Šiais vertinimais grindžiamas globalinis ligos naštos rodiklis. 2000 m. DALY dėl psichikos sutrikimų sudarė 11,6 proc. visų negalios būklių pasaulyje (daugiau negu dvigubai viršijo negalias, sukeltas visų vėžio formų (5,3 proc.), ir buvo didesnis už negalią dėl širdies bei kraujagyslių ligų (10,3 proc.)). Vertinant tik negalios komponentą (be poveikio mirtingumui), neurologiniai-psichikos sutrikimai pasaulyje sudaro 30,8 proc. visų „metų, išgyventų su negalia“. Akivaizdu, kad psichikos sutrikimai stipriai veikia visuomenės sveikatą [3].

3.5 Visuomenės sveikatos sektoriaus vaidmuo gerinant psichikos sveikatą

Kaip rašoma psichikos sveikatos strategijose būtina išvaduoti psichikos sveikatos sritį iš profesinės, politinės ir geografinės izoliacijos ir kuo labiau integruoti šią sritį į visuomenės sveikatos sistemą, pirminę sveikatos priežiūrą, bendrąją sveikatos priežiūrą, švietimo, socialinės apsaugos bei kitus sektorius [2]. Norint pagerinti psichikos sveikatą ir sumažinti psichikos sveikatos priežiūros

kaštus į šią sritį turi įsitraukti visuomenės sveikatos sektorius. Be visuomenės sveikatos sektoriaus bet kokia veikla, kuria siekiama gerinti psichikos sveikatą (psichikos susirgimų ir negalės prevencija, gydymas ir rehabilitacija) nėra efektyvi. Yra neginčijamų įrodymų, kad psichikos sveikata stipriai susijusi su fizine sveikata, todėl norint pagerinti bendruomenės sveikatą pirmiausia reikia investuoti į psichikos sveikatą. Intervencijos, kurios vykdomos tik individualiame lygyje (socialinių įgūdžių mokymai, savikontrolės mokymai) nėra efektyvios ir neduota ilgalaikių rezultatų be šeimos narių palaikymo ir socialinės integracijos [14].

3.6 Socialinė integracija

Tyrimai parodė, kad žmonių, sergančių psichikos ligomis, gyvenimas bendruomenėje ir sukurti abipusiai socialiniai ryšiai ir socialinė parama pagerina šių žmonių sugebėjimą spręsti iškilusias kasdieninio gyvenimo problemas, sumažina psichikos ligų progresavimo ir paūmėjimo bei hospitalizacijos tikimybę, palengvina prisitaikymą ir integraciją bendruomenėje, pagerina jų gyvenimo kokybę, gerovę, pasitenkinimą socialiniais santykiais ir santykiais šeimoje bei pasitenkinimą planuojant ir leidžiant laisvalaikį. Yra dviejų rūšių programos, kurios pagerina žmonių, sergančių psichikos ligomis, socialinę integraciją : programos, skirtos tiktai žmonėms sergantiems psichikos ligomis ir programos prieinamos visiems bendruomenės nariams. Programos remiasi požiūriu, kad kuo stipresni žmonių, sergančių psichikos ligomis, ryšiai bendruomenėje, tuo geresnė jų gyvenimo kokybė. Psychosocialinė rehabilitacija įgalina šiuos žmones prašyti pagalbos ir gauti reikiamą paramą bendruomenėje. Tyrimai parodė, kad žmonės, dalyvaujantys jiems skirtose programose yra labiau patenkinti gyvenimu, nesijaučia vieniši, labiau patenkinti socialiniu gyvenimu, labiau pasitiki savimi [25, 26].

Nepaisant pagerėjusių gydymo galimybių ir teigiamų poslinkių psichiatrinėje priežiūroje vis dar egzistuoja psichikos ligonių ir psichikos negalią turinčių žmonių smerkimas, diskriminacija ir nepagarba jų teisėms ir orumui, keliantys grėsmę pagrindinėms Europos vertybėms. Gerinant visuomenės supratimą apie blogą psichikos sveikatą ir gydymo galimybes bei skatinant žmonių, sergančių psichikos ligomis integraciją į darbinį gyvenimą, galima pasiekti, kad visuomenė geriau priimtų ir suprastų tokius žmones.

3.7 Psichikos sveikatos rodiklių gerinimas

Remiantis tiek naujomis mokslo žiniomis, tiek pagarba žmogaus teisėms ir kitomis Europos vertybėmis, kad visuomenės psichikos sveikatos rodiklius galima pagerinti, o psichikos sutrikimų sukeltą naštą galima palengvinti, jei valstybės apsispręs iš esmės peržiūrėti tiek investuojamų į psichikos sveikatos sritį resursų kiekybę, tiek kokybę, ir vis labiau investuos turimus resursus visų

pirma į tokias prevencijos, gydymo ir reabilitacijos paslaugas, kurios mažina socialinę atskirtį, stiprina individų, grupių ir bendruomenių psichologinį atsparumą ir išvaduoja tiek psichikos negalios paliestus žmones, tiek ir visą psichikos sveikatos priežiūros sritį iš ilgametės izoliacijos, stigmatos ir prietarų nelaisvės. Egzistuoja efektyvūs būdai mažinti tiek lengvų psichikos ir elgesio sutrikimų, tiek sunkios psichikos ir proto negalios atvejų sukeltą naštą. Vis gausėja mokslinių duomenų, kad šiuo metu esama gydymo, reabilitacijos ir prevencijos metodų, kuriuos taikant galima efektyviai investuoti į visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą [1]. Ypač svarbu investuoti į šiuolaikinėmis žiniomis pagrįstus psichikos sveikatos stiprinimo, sutrikimų prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodus [2]. Valstybės vykdoma psichikos sveikatos politika, aktyviai dalyvaujant visuomenei, lemia, kaip padedama sutrikusios psichikos asmenims pasveikti arba, jei psichikos negalia yra nuolatinė, gyventi visavertį gyvenimą [1].

3.8 Biopsichosocialio modelio esmė

Šiuolaikiškas psichikos sveikatos supratimas yra grindžiamas biopsichosocialiniu modeliu. Tai reiškia, kad psichikos sutrikimai yra neatsiejami nuo somatinės paciento būklės ir biologinių sutrikimų priežasčių, tačiau ne mažesnę reikšmę sutrikimo išsivystymui, sunkumui ir eigai turi ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai. Šiuo modeliu grindžiamas ir šiuolaikiškų paslaugų psichikos sutrikimais sergantiems žmonėms planavimas, nuosekliai teikiant jiems kompleksines paslaugas bendruomenėje [3].

3.9 Psichikos sveikatos paslaugų teikimas bendruomenėje

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos kuo mažiau apribotoje aplinkoje. Žmonės, sergantys psichikos ligomis, turi būti gydomi namuose arba kiek galima namams artimesnėje aplinkoje. Specializuotose ilgalaikės socialinės globos įstaigose paslaugos gali būti teikiamos ypač sunkiais atvejais, kai kompleksinės pastangos teikti pagalbą bendruomenėje yra nesėkmingos [1]. Tyrimų rezultatai rodo, kad psichikos paslaugos bendruomenėje žmonėms, sergantiems psichikos ligomis arba turintiems psichinę negalę gali būti labai efektyvios gerinant jų gyvenimo kokybę. Tačiau bendruomenėje dirbantys specialistai (paslaugų teikėjai) turi būti pasiruošę tokiam darbui. Jie turi norėti dirbti su psichiškai nesveikais žmonėmis, turėti žinių apie psichinės sveikatos koncepciją bei problemas, nusiteikti dirbti ilgą periodą, bendrai planuoti ir taikyti strategiją, būdingą visai organizacijai. Paslaugų bendruomenėje teikėjai dirbantys su psichikos ligomis sergančiais žmonėmis privalo periodiškai tobulintis ir keistis žiniomis tarp panašių įstaigų [22].

Žmonėms, sergantiems psichikos ligomis paslaugų teikimas ambulatorijose, visuomenės centruose ir bendrosios praktikos ligoninėse, atsižvelgiant į paciento ir šeimos poreikius, gali padėti asmeniui socialiai integruotis. Reformuojant psichiatrines paslaugas, daugelyje šalių yra atsisakoma psichikos sveikatos paslaugų teikimo didelėse psichiatrijos institucijose ir pereinama prie bendruomenėje teikiamų paslaugų [11]. Kadangi psichikos sveikatos sutrikimai yra dažna žmonių sergamumo priežastis, todėl būtina skatinti ir remti psichologinės ir socialinės reabilitacijos veiklą, kurią vykdo nedideli vieši, privatūs arba vieši ir privatūs gyvenamieji centrai, teikiantys dieninės arba nuolatinės priežiūros paslaugas. Šie centrai savo dydžiu ir pobūdžiu panašūs į šeimas ir veikia miesto aplinkoje, kad kiekvienu terapijos ir reabilitacijos etapu būtų skatinami dalyvauti gyventojai [12]. Psichikos ligomis sergantiems žmonėms reikalinga tiesioginė prieiga vienoje organizacijoje, kuri užtikrintų ryšio palaikymą, galimybę gauti medicininę priežiūrą, būstą bei kitus socialinius poreikius, pajamas, teisingas paslaugas ir reabilitaciją. [13]. Tyrimai parodė, kad vykdant tęstines programas, užtikrinant žmonių, sergančių psichikos ligomis, tęstinį ir ilgalaikį gydymą galima pasiekti efektyvių rezultatų (t. y. padidinti tokių pacientų savarankiškumą ir pagerinti jų gyvenimo kokybę). Kuo didesnis psichiatrinio sektoriaus bendradarbiavimas su kitais sektoriais, užtikrinančiais tęstinę pagalbą žmonėms, sergantiems psichikos ligomis, tuo geresni rezultatai pasiekiami vykdant įvairias programas [20].

Kai pacientas serga arba sveiksta po ligos, jam reikalingas namų saugumas – ne izoliacija daugiabučio namo bute arba apgriuvusiame name, o bendruomenėse, kurių gyvenamoji aplinka prisidėtų prie jo poreikių rėmimo ir stabilumo. Tokiam žmogui reikalinga veikla, kuri padėtų sveikti, ir šeimos bei kaimynų parama. Visa tai yra ne mažiau svarbu nei vaistai arba terapijos seansai [13]. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos taip, kad prisitaikytų prie paslaugų vartotojų individualių poreikių. Sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms reikalingas individualus jų poreikius atitinkantis psichikos sveikatos priežiūros planas, apimantis 5 priežiūros komponentus: farmakoterapiją, psichoterapiją, psichosocialinę reabilitaciją, profesinę reabilitaciją, būsto pagalbą. Tokią paslaugų įvairovę turi užtikrinti kelių sektorių finansiškai remiamas bendruomeninių paslaugų tinklas [1]. Yra penki pagrindiniai mūsų psichikos sveikatos sistemos trūkumai: bendruomenės paslaugų nepakankamumas; nesugebėjimas išklaudyti paslaugų naudotojų ir jų globėjų; įvairių įstaigų nesugebėjimas arba nenoras bendradarbiauti; rimta finansavimo stoka; psichikos sveikatos rėmimo politika, jos dauguma šalių visiškai neturi [13].

Kad paslaugos bendruomenėje būtų sėkmingai teikiamos, reikia pakankamai lėšų ir daugiadisciplinio kolektyvo darbo. Be to, reikia įtikinti visuomenę, kad tokie būdai tinka tiek ligoniams, tiek bendruomenėms. Nuolat ir tinkamai turėtų būti daugiau dėmesio kreipiama į

paslaugų naudotojus, tam, kad jie būtų geriau informuoti, labiau prisidėtų prie sprendimų priėmimo ir naudotųsi savo teisėmis išvengti nelanksčių paslaugų ir įgyvendinti permainas [13].

3.10 Psichikos ligomis sergančių asmenų įtraukimas į gydymą

Gerų gydymo rezultatų pasiekama tada, kai į žmones, sergančius psichikos ligomis, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis žiūrima kaip į partnerius ne tik kalbant apie jų pačių gydymo planus, bet ir planuojant paslaugas. Sveikatos specialistai turi daryti tai, kas geriausiai daroma daugelyje sveikatos priežiūros sričių, – aiškinti ir tartis prieš priimdami sprendimus. Tada ligonis ne tik gerbs jų profesinę nuomonę, bet ir šiek tiek daugiau supras, kas yra negerai, ir mažiau baiminsis dėl to, ką su juo ketinama daryti. Tai teisinga žmogaus teisių atžvilgiu, be to, tai leidžia geriau laikytis gydymo ir slaugos programos bei pasiekti geresnių jos įgyvendinimo rezultatų [13]. Veiksminga rehabilitacija įmanoma tik tada, kai darniai veikia visos grandys, taikomos pagal individualius poreikius medicininės, profesinės, socialinės ir kitos priemonės ir drauge tenkinami specialieji poreikiai. Žmonių, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis įtraukimas į jiems teikiamų paslaugų planavimą ir vertinimą yra labai svarbus ir naudingas sveikatos priežiūros specialistams. Šių žmonių įtraukimas į paslaugų planavimo ir vertinimo procesą įtakoja labiau priimtina ir prieinama psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir geresnę jų kokybę, gerbia šių žmonių jų teises. Žmonių, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis įtraukimas į paslaugų planavimo ir vertinimo procesą sveikatos priežiūros specialistus įpareigoja būti atsakingesniais ir labiau prisidėti priimant viešuosius politikos sprendimus psichikos sveikatos srityje [18, 19].

3.11 Psichosocialinės rehabilitacijos tikslai

Psichosocialinės rehabilitacijos tikslas (pagerinti gyvenimo kokybę ir grąžinti sutrikusios psichikos asmenims socialinius vaidmenis) [4]. Psichosocialinė rehabilitacija yra psichikos sveikatos priežiūros dalis, kurios praktinis realizavimas orientuotas į psichikos sutrikimus turinčius asmenis, siekiant užtikrinti jų gydymo, priežiūros ir psichosocialinių intervencijų tęstinumą. Rehabilitacija (tretinė prevencija) apima priemones, taikomas neįgaliesiems, siekiant atkurti ankstesnę jų padėtį arba maksimaliai padidinti galimybę naudotis išlikusiais gebėjimais. Tai priemonės, atitinkančios individo lygį, bei aplinkos pritaikymas jo reikmėms [3].

Pasaulinė sveikatos organizacija (PSO) 1995 m. pateikė tokį psichosocialinės rehabilitacijos apibrėžimą: “Psichosocialinė rehabilitacija – tai procesas, kuris suteikia individams, kenčiantiems nuo psichikos ir elgesio sutrikimų negalios, galimybę pasiekti optimalų savarankiško funkcionavimo bendruomenėje lygį”. Kad šis procesas vyktų sėkmingai, reikia pagerinti individo gebėjimus ir

pritaikyti aplinką jo poreikiams. Psychosocialinė rehabilitacija – visapusiškas procesas. Bendrasis jos tikslas – padėti žmonėms, kenčiantiems nuo ilgalaikės psichikos negalios, gerinti jų funkcines galimybes, kad jie galėtų sėkmingai prisitaikyti prie pasirinktos aplinkos, pajusti pasitenkinimą gyvenimu ir kad jiems užtektų minimalios specialistų priežiūros. Šio tikslo siekiama taikant keletą svarbių metodų: mokant konkrečių įgūdžių, kad klientas galėtų adekvačiai jaustis bei veikti, ir/arba sukuriant reikiamas prielaidas, kurios paremtų ir sustiprintų kliento pasiektą funkcionavimo lygį. Pastaruoju metu atsirado pakankamai įrodymų, kad biologiniais gydymo metodais ligos simptomai tik slopinami, tuo tarpu rehabilitacija padeda sumažinti negalią ir pagerinti kasdieninio gyvenimo kokybę [3]. Daugėja mokslinių įrodymų, kad psychosocialinė rehabilitacija žmonėms, sergantiems sunkiomis psichikos ligomis, teikia daug vilčių. Šioje rehabilitacijoje dalyvauja pacientai, psichikos sveikatos priežiūros darbuotojai, šeimos nariai – nuo tų, kurie siekia pilno integravimosi į socialinį gyvenimą ir darbinę rinką iki tų, kurie siekia tarpinių, mažesnių tikslų. Psychosocialinei rehabilitacijai būdingas lankstus ir individualus požiūris į kiekvieną pacientą [16]. Korėjoje buvo atliktas tyrimas, kurio tikslas buvo įvertinti, ar psychosocialinės rehabilitacijos programos paslaugos pagerina pasitikėjimo savimi lygį žmonėms, sergantiems psichikos ligomis. Rezultatai parodė, kad žmonių, kurie dalyvavo psychosocialinės rehabilitacijos programoje, pagerėjo savimi pasitikėjimo lygis. Tyrimas įrodo, kad psychosocialinės rehabilitacijos programos paslaugos yra efektyvios, gerinant žmonių, sergančių psichikos ligomis, pasitikėjimo savimi lygį [15].

Siaurąja prasme PSR taikoma proto ar psichikos negalės asmenims. Jiems labiausiai reikia psichologinės ir socialinės pagalbos ir ji būna veiksminga. Proto negalės asmenys – tai raidos sutrikimų turintys vaikai ir suaugusieji, kuriems susiformuoja intelekto deficitas, lydimas adaptacijos ir elgesio sutrikimų. Asmenys su psichikos negalia – tai suaugusieji, sergantys šizofrenija ar turintys kitų psichozinių sutrikimų, sunkių ir ilgalaikių depresinių ar dvipolių nuotaikos sutrikimų, sergantys organinėmis galvos smegenų ligomis, sergantys epilepsija, asmenys, kuriems sutrikusi organizmo medžiagų apykaita ir t. t. Pagrindinė PSR tikslinė grupė yra asmenys, turintys sunkių psichikos sutrikimų [5]. Psychosocialinė rehabilitacija reikalinga tiems asmenims, kuriems psichikos ir elgesio sutrikimai sukelia sunkią negalią [3]. Yra trys grupės žmonių su negalia, kuriems reikia skirtingų psychosocialinės rehabilitacijos priemonių: įvairias negalias turintys asmenys, patiriantys dvasines krizes, psichikos sutrikimus; psichikos ligomis sergantys asmenys; asmenys su raidos (intelektu) sutrikimais [4].

3.12 Psichikos sveikatos gerinimo gairės Europoje

Svarbiausiu prioritetu Europos Sąjungoje turi būti efektyvus ir aukštos kokybės psichikos sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugų teikimas žmonėms, sergantiems psichikos ligomis [11]. Įgyvendinant Europos sveikatos politiką “Sveikata visiems XXI amžiuje” bei Nacionalinėje sveikatos koncepcijoje išdėstyta ir Sveikatos sistemos įstatyme įteisintą aktyvios sveikatos politikos strategiją, vienas iš pagrindinių Lietuvos sveikatos programos tikslų yra gyvenimo kokybės pagerinimas. Pagal PSO “Sveikata visiems XXI amžiuje” politiką Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę galima pagerinti, jeigu pirminė, antrinė ir tretinė sveikatos priežiūra daugiau dėmesio skirs gyvenimo kokybei pagerinti. Vienas iš Lietuvos sveikatos programos tolimųjų uždavinių (iki 2010 m.) yra gerinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklą ir jose teikiamų paslaugų kokybę bei efektyvumą [8].

3.13 Paslaugų kokybė

Kokybė sveikatos priežiūroje – sunkiai apčiuopiamas ir multidimensinis objektas. Dažnai dėl netikslaus apibūdinimo ji suprantama klaidingai. Kokybė – yra kriterijus, kuris apibūdinamas taip – jeigu paslauga patenkina kliento poreikius ar viršija jo lūkesčius, ji yra kokybiška. Taigi, kokybę gali geriausiai įvertinti vartotojai. Kokybė – tai pastoviai patenkinami pacientų lūkesčiai [30]. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimas apjungia du skirtingus vienas kitą papildančius procesus – kokybės vertinimą ir kokybės gerinimą. Be kokybės vertinimo neįmanomas kokybės gerinimas, o kokybės vertinimas turi tikslą kokybę gerinti. Pagrindinis kokybės vertinimo tikslas – nustatyti, kiek vykdoma veikla faktiškai atitinka laukiamą idealią įsivaizduojamą veiklą. Tam turi būti nustatyti ir apibrėžti veiklos kriterijai [30].

Viena iš pagrindinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybės dimensijų yra paslaugų orientaciją į pacientą – aktyvų paslaugų vartotoją. Todėl sveikatos priežiūroje pacientų pasitenkinimas tapo svarbiu kokybiškų paslaugų indikatoriumi [31]. Pacientų pasitenkinimas ir nepasitenkinimas yra sudėtingas reiškinys, susijęs su pacientų lūkesčiais, sveikatos būseną, asmeninėmis savybėmis, o taip pat ir sveikatos sistemos charakteristikomis [32, 33].

Į pacientą orientuotos paslaugos, suvokta paslaugų teikimo kokybės reikšmė didina pacientų pasitenkinimą paslaugomis. Į pacientą orientuota paslaugų rinka tai kada paslaugų teikėjai gali patenkinti pacientų lūkesčius ir viltis, galėdami pasiūlyti pacientų lūkesčius ir viltis atitinkančias paslaugas. Tyrimai rodo, kad į klientą orientuota paslaugų teikimo rinka sveikatos priežiūros sistemoje lemia aukštą teikiamų paslaugų kokybės lygį ir pacientų pasitenkinimą paslaugomis lygį.

Teikimų paslaugų kokybei labai svarbios pačių paslaugų tiekėjų darbinės aplinkos sąlygos. Organizacijos, kurios įgalina darbuotojams suteikti geras darbo sąlygas, turi darbuotojus, kurie stengiasi numatyti pacientų lūkesčius, dėl ko gerėja paslaugų teikimo kokybė. Paslaugų kokybė ir pacientų pasitenkinimas sveikatos sektoriaus teikiamomis paslaugomis gali būti išmatuoti [17].

3.14 Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų kokybės vertinimo dimensijos (aspektai)

3.14.1 Pasitenkinimas paslaugomis

Paslaugų kokybė – kitas svarbus indikatorius, kuris siejasi su gyvenimo kokybe. Vienas iš svarbiausių indikatorių pasitenkinimui vertinti yra pacientų pasitenkinimas teikiamomis paslaugomis, apimančiomis ir personalo priežiūrą. Tarp svarbių subjektyvių indikatorių psichikos sveikatos priežiūroje dažniausiai minima gyvenimo kokybė. Tyrimų rezultatai rodo, kad pagerinus pacientų pasitenkinimo paslaugomis lygį psichikos sveikatos priežiūros srityje, gerėja teikiamų paslaugų kokybė. Pacientų, kurie serga psichikos ligomis, požiūris į teikiamų paslaugų kokybę yra patikimas paslaugų kokybės vertinimo indikatorius [6].

Vienas iš PSR veiksmingumo vertinimo metodų yra kartotiniai gyvenimo kokybės vertinimai, tačiau sunkūs psichikos sutrikimai mažina asmenų gebėjimą kritiškai suvokti savo padėtį, psichikos funkcijų sutrikimus bei funkcionavimo apribojimus. Dauguma GK vertinimo metodikų remiasi subjektyviu respondento vertinimu. Hipotezė, kad asmenys, negalintys kritiškai suprasti savo psichikos sutrikimo, negali patikimai vertinti savo GK, yra paneigiama daugelio literatūros šaltinių. Pacientai gali nesilaikyti specialistų nurodymų ar gydymo rekomendacijų, bet turėti pakankamą išvalgą dėl įvairių savo būklės aspektų. Daugelis GK nustatymo metodikų remiasi būtent respondentų išvalga. Svarbi GK vertinimo ir rezultatų interpretavimo problema yra ta, kad sunkiais psichikos sutrikimais sergantys pacientai savo GK vertina geriau nei sergantys lengvesniais sutrikimais. Tai vadinamasis „negalės paradoksas“. GK vertinimus galima taikyti ir tiriant psichikos sveikatos paslaugų veiksmingumą bei analizuojant šių paslaugų ekonominius rodiklius [5].

3.14.2 Gyvenimo kokybė

Žmonės, gaunantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas daug laiko praleidžia reabilitacijos aplinkoje, kol galutinai integruojasi į visuomenę, todėl labai svarbu išsiaiškinti šių žmonių nuomonę apie gaunamų paslaugų kokybę ir pobūdį ir kaip jie sieja šias paslaugas su savo sveikimu (kuris yra ilgas procesas) ir gerove. Sveikatos priežiūros specialistai teigia, kad labai reikšminga yra žmonių, sergančių psichikos ligomis, gyvenimo kokybė, nes ji yra svarbus sveikatos būklės ir reabilitacijos rezultatų indikatorius. Nustačius, kaip teikiamos paslaugos įtakoja pacientų

gyvenimo kokybę galima plėtoti ir tobulinti paslaugų bendruomenėje teikimą. Atlikti tyrimai parodė, kad žmonėms, sergantiems psichikos ligomis, sveikimo procesui didelę įtaką turi ne tik teikiamų paslaugų pobūdis, bet ir tai, kaip tos paslaugos yra pateikiamos. Labai svarbu, kad šių paslaugų gavėjai būtų įgalinti dalyvauti savo sveikimo procese ir būtų aktyviai įtraukiami į psichosocialinės reabilitacijos procesą, priimant įvairius sprendimus [23, 24].

Normaliomis ir maksimaliai kokybiškomis, orientuotomis į asmenį, sąlygomis neįgalus žmogus atsiskleis kaip asmenybė, o aplinkiniai pakeis savo požiūrį ir priims jį į savo grupę. Gyvenimo kokybės principas nuo kitų skiriasi tuo, jog čia akcentuojami ne objektyvūs, o subjektyvūs asmens ir individo sąveikos vertinimo kriterijai. Gyvenimo kokybė dažnai apibrėžiama kaip subjektyvi gerovė, tai yra subjektyvios reakcijos į įvairią gyvenimo patirtį. Subjektyvią gyvenimo kokybę gali įvertinti tik pats individas. Kiekvieno vertinimo kriterijai yra saviti, būdingi tik jam pačiam. Gyvenimo kokybę apibrėžia tokia esminiai kriterijai kaip galimybė asmenybei bręsti ir atsiskleisti bei socialinė integracija [21]. Pagrindinės priežastys, kodėl žmonių, sergančių psichikos ligomis, gyvenimo kokybė yra bloga, yra tai, kad šie žmonės negali būti pilnaverčiais dalyviais socialiniame gyvenime ir jiems trūksta socialinių paslaugų. Žmonių, sergančių psichikos ligomis, yra pasyvus dalyvavimas socialiniame gyvenime ir jie jaučiasi labai vieniši [25, 26].

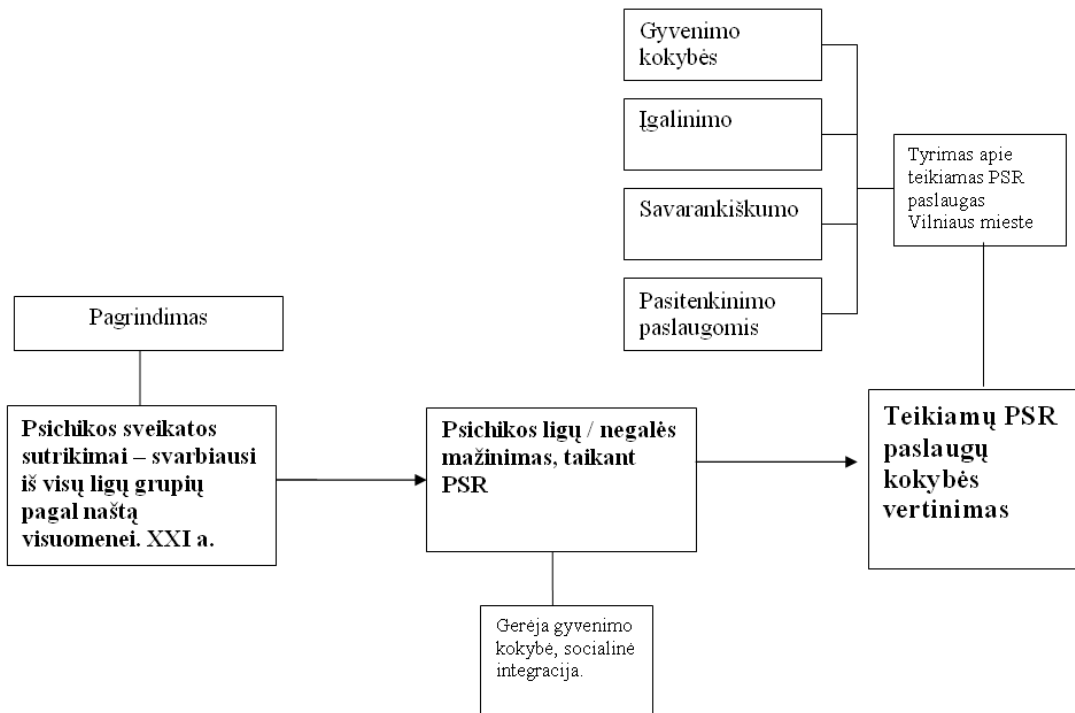
3.14.3 Savarankiškumas

Galutinis reabilitacijos tikslas psichikos sveikatos priežiūroje yra paciento įgalinimas savarankiškai priimti sprendimus savo gyvenime ir socialiai integruotis į visuomenę. Atliktame tyrime Švedijoje buvo naudotas sveikatos klausimynas psichometriniais indikatoriams išmatuoti. Analizuojant tyrimo rezultatus buvo nagrinėjamas savarankiškumas ir išitraukimas į socialinį gyvenimą. Savarankiškumas tai gebėjimas funkcionuoti kasdieniniame gyvenime, išitraukimas į socialinį gyvenimą duoda galimybę žmogui užmegzti įvairius abipusius socialinius ryšius. Savarankiškumas ir socialinė integracija yra svarbūs psichosocialinės reabilitacijos galutinio tikslo rodikliai [27, 28].

3.14.4 Įgalinimas

Studijos parodė, kad įgalinimas yra svarbus faktorius, pagerinantis paciento vidinę pusiausvyrą, taigi galima tikėtis, kad įgalinus žmones, sergančius psichikos ligomis priimti sprendimus susijusius su jų asmeniniu gyvenimu ir sveikimo procesu, pagerės jų vidinės pusiausvyros pojūtis ir tai paskatins greitesnį jų sveikimą. Atlikus tyrimus prieita prie išvadų, kad vidinė pusiausvyra yra labai svarbi žmonėms, sergantiems psichikos ligomis, kovojant su stresinėmis situacijomis reabilitacijos procese, kuris padeda atgauti ar išugdyti pilnavertį psichosocialinį funkcionavimą [29].

Žmonių, sergančių psichikos ligomis, įgalinimas sveikatos priežiūros įstaigose apima jų dalyvavimą priimant sprendimus dėl jų gydymo ir jų dalyvavimą programų vertinimo procese. Šių žmonių dalyvavimas organizacinėje veikloje bei galimybė jiems patiems tobulinti teikiamas paslaugas, padeda jiems integruotis į visuomenę. Dėl to gerėja psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas, diegiamos naujovės, paslaugų teikėjai jaučia didesnę atsakomybę, o tai padeda nepažeisti žmonių, sergančių psichikos ligomis, teisių [34].



1 paveikslas. Loginė darbo schema

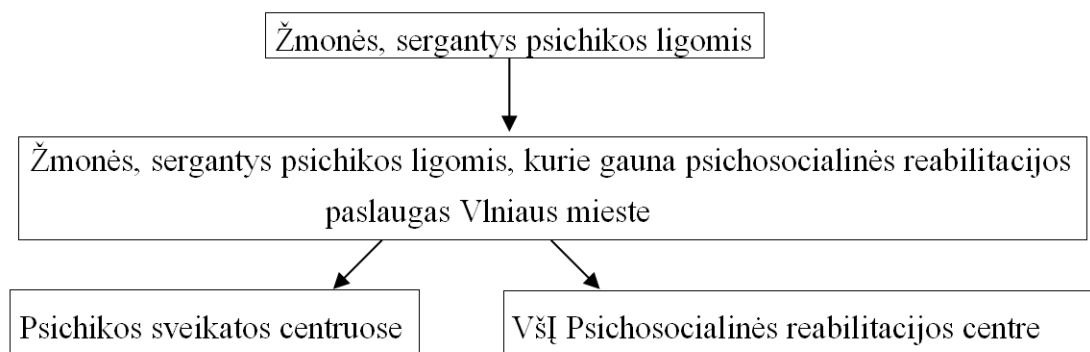
4. TYRIMO METODAI IR APIMTIS

4.1. Tyrimo apimtis

Tyrimo imtį sudarė psichosocialinės rehabilitacijos paslaugas gaunantys klientai, sutikę dalyvauti tyrime Vilniaus mieste: VšĮ Vilniaus Psichosocialinės rehabilitacijos centre ir septyniuose Psichikos sveikatos centruose.

Tikslus žmonių su psichikos negalia skaičius, kurie lankosi PSC užimtumo kambariuose, tiksliai nėra žinomas, kadangi tokio pobūdžio apskaita nėra vedama.

Tyrimo imties schema (2 paveikslas):



2 paveikslas. Tyrimo imties schema.

Psichikos sveikatos centrai, kuriuose buvo atliekamas tyrimas:

1 lentelė. Tyrime dalyvavusių psichikos sveikatos centrų sąrašas.

Nr.	Pavadinimas	Anketų skaičius
1	VšĮ Antakalnio poliklinikos PSC	n=6
2	VšĮ Lazdynų poliklinikos PSC	n=9
3	VšĮ Naujosios Vilnios poliklinikos PSC	n=4
4	VšĮ Centro poliklinikos PSC	n=7
5	VšĮ Šeškinės poliklinikos PSC	n=2
6	VšĮ Naujininkų poliklinikos PSC	n=4
7	VšĮ Karoliniškių poliklinikos PSC	n=6

Psichikos sveikatos centruose ši apklausa buvo atliekama tik vieną kartą (2008 vasario mėn.). Tyrimas buvo atliekamas anoniminės anketinės apklausos būdu. Iš viso užpildytos 38 anketos.

VPSRC pacientai, gaunantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas pildė šią anketą 3 kartus. Visus tris kartus apklausoje dalyvavo tie patys pacientai. Pirmoji apklausa buvo atlikta 2007 lapkričio mėn., antroji apklausa praėjus trims mėnesiams – 2008 vasario mėn., ir trečioji apklausa įvyko 2009 vasario mėn. (praėjus metams). Nuo pirmosios apklausos iki trečiosios apklausos praėjo vieneri metai.

Per pirmą apklausą buvo užpildytos 44 anketos, per antrąją – 37, o per trečiąją 27. Kiekvieną kartą, atliekant apklausą asmenų skaičius mažėjo dėl šių objektyvių priežasčių: 2 asmenys mirė, 2 pacientai šiuo metu gydomi ligoninėje, 1 asmuo pakeitė gyvenamąją vietą ir VPSRC nebeturi kontaktų, 1 moteris augina vaiką, todėl nebesilanko centre, keliems asmenims psichikos būklė stabilizavosi ir jie nebesilanko VPSRC. Iš viso per tris apklausas užpildytos 108 anketos.

Pacientų, gaunančių paslaugas VPSRC, identifikaciniai duomenys buvo užkoduoti, tačiau pagal tiriamojo kodą galima nustatyti pacientą (kiekvienam paslaugas gaunančiam pacientui bus suteiktas kodas). Toks kodavimo principas buvo būtinas, norint įvertinti, ar pasikeitė paciento vertinimai apie paslaugų veiksmingumą. Tyrimui buvo naudojamos tik koduotos anketos, o kodai buvo griežtai saugomi VPSRC. Tiriamųjų konfidencialumo apsauga buvo garantuota.

4.2. Tyrimo apribojimas

Tyrimo kontingentas labai sudėtingas dėl įvairių priežasčių. Daugelis žmonių, sergančių psichikos ligomis, nesutinka dalyvauti anketinėse apklausoje, net ir tuo atveju, jei anketos yra anonimiškos. Taip yra todėl, kad mūsų šalyje yra labai stiprus stigmatizuojantis visuomenės požiūris į psichikos ligomis sergančius žmones ir jie nenori patekti į viešumą. Be to, dalis žmonių, gaunančių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas nereguliariai lankosi šias paslaugas teikiančiose įstaigose, su kiekvienu pacientu yra derinamas individualus susitikimų laikas, todėl sunku surinkti šiuos žmones vienoje vietoje panašiu laiku.

4.3. Tyrimo tipas

Tyrimo tipas - aprašomasis, anketinė apklausa, kurioje dalyvavo psichosocialinės reabilitacijos paslaugas gaunantys klientai Vilniaus mieste: VšĮ Psichosocialinės reabilitacijos centre ir septyniuose Psichikos sveikatos centruose.

4.4. Tyrimo metodika

Tyrimo metu buvo naudojamos Tarptautinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugų asociacijos (angl. International Association of Psychosocial Rehabilitation Services) sukurta psichosocialinės reabilitacijos paslaugų vertinimo metodika: anketa klientams (angl. – Member Consumer Survey).

Tyrimė naudojamos anketos buvo atrinktos, adaptuotos ir validizuotos atsižvelgiant į psichosocialinės reabilitacijos paslaugų vertinimo tikslą. Šias anketas Valstybinis psichikos sveikatos centras kartu su VšĮ MTVC (Mokymų, tyrimų ir vystymo centras) naudojo moksliniame tyrime „Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimo galimybių įvertinimas“. Lietuvos bioetikos komitetas 2007 m. išdavė leidimą tyrimo vykdymui.

Anketa „Anoniminė klientų apklausa“ skirta pildyti psichikos ligomis sergantiems asmenims, gaunantiems psichosocialinės reabilitacijos paslaugas VPSRC ir psichikos sveikatos centruose, kurie sutiko dalyvauti tyrime.

Psichosocialinės reabilitacijos vertinimo tyrimo anketa validizuota kokybiniu ir kiekybiniu būdu: kokybiškai tyrimo anketas vertino psichikos sveikatos priežiūros, psichosocialinės reabilitacijos srities ekspertai, o vidinio struktūrizuotumo rodiklis - Cronbacho α yra pakankamas ir buvo nustatytas metodikos adaptavimo procese. Tai atitinka duomenis apie metodikos patikimumą. Tyrimas buvo atliekamas anoniminės anketinės apklausos būdu.

Anketą sudaro 2 dalys:

- bendrieji duomenys (lytis, amžius),
- 20 teiginių blokas, kuriame pateikti teiginiai pagal skirtingas PSR paslaugų kokybės vertinimo dimensijas.

Klientų apklausos anketą sudaro 20 teiginių blokas, kuris susideda iš kokybės vertinimo aspektų ir juos atspindinčių skalių: 1. Subjektyvią gyvenimo kokybę; 2. Įgalinimą; 3. Savarankiškumą; 4. Pasitenkinimą paslaugomis. Kiekviena iš šių sričių sudaryta iš penkių teiginių (klausimyne išdėstytų ne paeiliui), kurių atsakymų variantai (sutikimo skalė: visiškai nesutinku / nesutinku / sutinku / visiškai sutinku) sumuojami kiekvienam pacientui atskirai.

2 lentelėje pateikti teiginiai pagal skirtingas **PSR paslaugų kokybės vertinimo dimensijas**.

2 lentelė. Teiginiai pagal PSR paslaugų kokybės vertinimo dimensijos (aspektai) ir juos atspindinčios skalės.

1.	Subjektyvi gyvenimo kokybė
	2. Apskritai aš esu patenkinta (-s) savo gyvenimu.
	6. Mano santykiai su šeimos nariais yra geri
	11. Esu patenkinta (-s) savo dabartine gyvenimo situacija.
	13. Aš gyvenu aktyvų socialinį gyvenimą.
	19. Mano fizinė sveikata yra gera.
2.	Įgalinimas
	4. Aš manau, kad galiu teigiamai vertinti gaunamas psichosocialinės reabilitacijos paslaugas.
	7. Žinau, kur kreiptis, kai negaunu gerų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų.
	12. Aš turiu daug galimybių pasirinkti, kaip praleisti savo laisvalaikį.
	15. Vykdamas mano reabilitacijos planą, atsižvelgiama į mano nuomonę ir pasiūlymus.

	17. Aš tikiu, kad kartu su kitais paslaugų gavėjais, galiu daryti įtaką psichikos sveikatos ir socialinių paslaugų sistemai.
3.	Savarankiškumas
	1. Jeigu būtų galimybė, aš tikrai galėčiau dirbti.
	8. Jei pasiryžtu, galiu padaryti beveik viską.
	9. Aš galiu pakeisti daug svarbių dalykų savo gyvenime.
	16. Mano ateitis daugiausia priklauso tik nuo manęs.
	18. Aš linkęs manyti, kad man sekasi.
4.	Pasitenkinimas paslaugomis
	3. Aš patenkinta (-s) gaunamomis psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis.
	5. Teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos atitinka mano poreikius.
	10. Darbuotojai yra suinteresuoti, kad mano gyvenimas gerėtų.
	14. Aš rekomenduočiau psichosocialinės reabilitacijos paslaugas kitiems asmenims, kuriems jos reikalingos.
	20. Dar kurį laiką aš noriu naudotis psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis.

Subjektyvi gyvenimo kokybė = kl.2 + kl.6 + kl.11 + kl.13 + kl.19. Matuoja asmens bendrą gerovės suvokimą.

Įgalinimas = kl.4 + kl.7 + kl.12 + kl.15 + kl.17. Matuoja kaip asmuo suvokia savo teises ir galimybes kontroliuoti savo gyvenimą ir gaunamas paslaugas.

Savarankiškumas = kl.1 + kl.8 + kl.9 + kl.16 + kl.18. Matuoja asmens įsitikinimus pagal tai, kaip asmuo gali įtakoti ir kontroliuoti savo gyvenimą.

Pasitenkinimas paslaugomis = kl.3 + kl.5 + kl.10 + kl.14 + kl.20. Matuoja asmens pasitenkinimą gaunamomis paslaugomis.

3 lentelė. Klientų anketų vertinimo skalės

Teiginių skaičius	Paciento nuostatos	Cronbach α
5	Subjektyvi gyvenimo kokybė	0,763
5	Įgalinimas	0,653
5	Savarankiškumas	0,773
5	Pasitenkinimas paslaugomis	0,768

Kadangi Cronbach alpha patikimumo koeficientas visoms skalėms yra didesnis nei 0,6 ir trim iš keturių skalių didesnis nei 0,7, galima teigti, jog skalės yra adekvačios ir patikimos.

Atsakymų variantai (sutikimo skalė: visiškai nesutinku / nesutinku / sutinku / visiškai sutinku) sumuojami kiekvienam pacientui atskirai.

Sutikimo skalė ir balai:

1 – visiškai nesutinku

2 – nesutinku

3 – sutinku

4 – visiškai sutinku

Kuo aukštesnis kiekvienos skalės suminio balo vidurkis, tuo pacientas geriau vertina savo gyvenimo kokybę, įgalinimą, savarankiškumą ar gaunamas paslaugas.

4.5. Duomenų rinkimas ir tvarkymas

Anketų platinimo principai: susitarus su Psichikos centrų vadovais ir Psichosocialinės reabilitacijos centro direktore tam tikras anketų skaičius susitartam laikotarpiui buvo paliekamas psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančiam personalui, kuris anketas duodavo užpildyti tyrime sutikusiems dalyvauti asmenims. Po tam tikro dienų laikotarpio anketos buvo surenkamos. Surinktų anketų duomenys buvo koduojami ir suvedami naudojant kompiuterinę laikmeną – sukurtos duomenų bazės SPSS-15.0 bylos formatu. Anketos susegamos į segtuvus ir saugomos. Prieš įvedant ir koduojant anketos duomenis į kompiuterį kiekviena anketa buvo patikrinama.

4.6. Darbo organizavimas

Tyrimas buvo atliekamas gavus Psichikos centrų vadovų ir Psichosocialinės reabilitacijos centro direktorės leidimus atlikti tyrimą ir atskirai tariantis su psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančiu personalu (psichiatrais, psichologais, socialiniais darbuotojais) dėl pagalbos išplatinant anketas.

Anketos anonimiškos, tai užtikrina duomenų konfidencialumą. Tyrimo dalyviai nepatyrė jokios rizikos susijusios su tyrimu.

4.7. Duomenų analizė

Tyrimo rezultatų statistinei analizei naudota SPSS 15.0 programa. Buvo suskaičiuoti pagrindiniai aprašomosios statistikos rodikliai (vidurkis, moda, mediana, minimali ir maksimali reikšmės, standartinis nuokrypis ir pan.) bei procentinis atsakymų (kintamųjų) pasiskirstymas pagal skirtingus duomenų pjūvius. Sudarytos kintamųjų procentinio pasiskirstymo ar vidurkių stulpelinės diagramos. Vėliau, tikrintos hipotezės apie rastų skirtumų statistinį reikšmingumą, taikant atitinkamus statistinius kriterijus (pvz., ANOVA, neparametriniai kriterijai ir pan.).

Psichikos ligomis sergančių žmonių apklausos duomenys apdoroti statistiniais metodais taikant patikimumo analizę, vertintas vidinės darnos koeficientas Cronbach alfa.

Tyrimų rezultatų pristatymas padalintas į tris dalis. Pirmojoje aprašomi klientų anoniminės apklausos duomenys septyniuose psichikos sveikatos centruose, antrojoje – PSC ir VPSRC klientų apklausų duomenų palyginimas, trečiojoje VPSRC klientų apklausų, vykusių tris kartus, rezultatai. Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose. Duomenų analizei taikyti aprašomosios statistikos metodai.

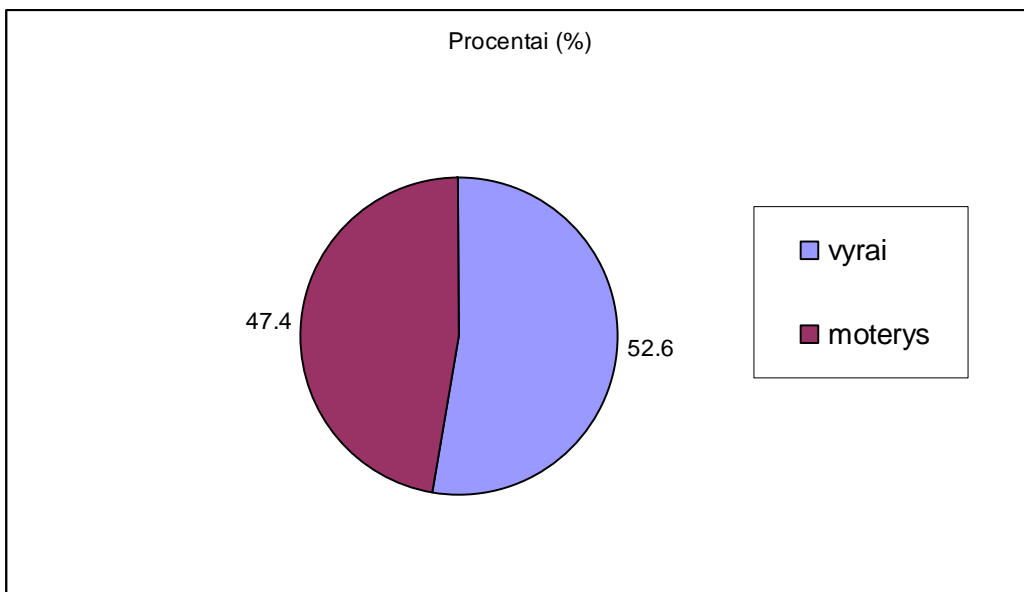
5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

5.1. Tyrimo rezultatai PSC apklausoje dalyvavusių asmenų

Iš 38 apklaustųjų asmenų, gaunančių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas 7 psichikos sveikatos centruose buvo 18 moterų ir 20 vyrų. Atitinkamai 47,4% ir 52,6% (pateikiama 4 lentelėje).

4 lentelė. Apklausoje dalyvavusių vyrų ir moterų skaičius.

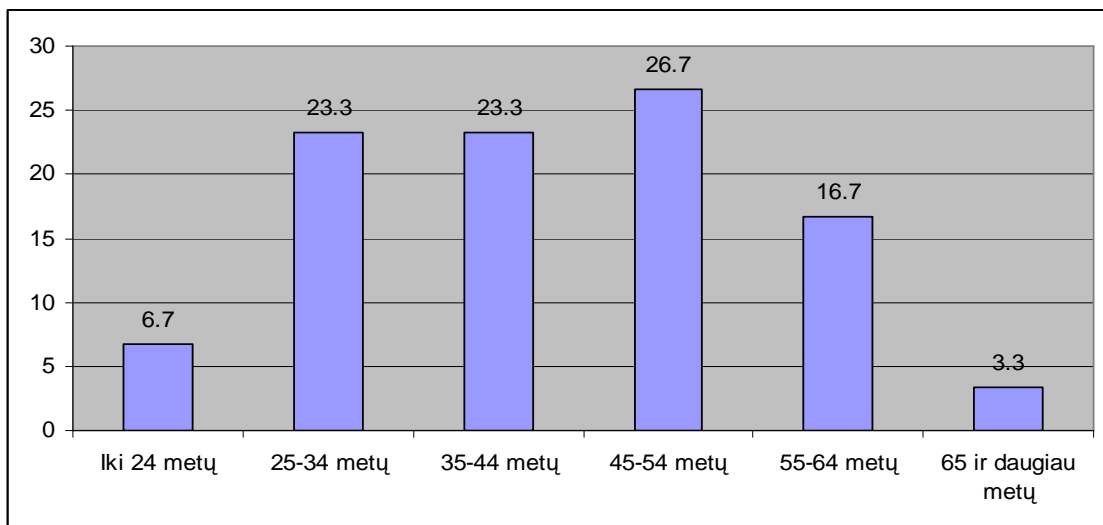
Lytis	Absoliutūs skaičiai (N)	Procentai (%)
Vyrai	20	52,6
Moterys	18	47,4



3 paveikslas. Apklausoje dalyvavusių asmenų pasiskirstymas pagal lytį (procentais).

Jauniausiajam tyrime dalyvavusiam asmeniui - 20 metų, vyriausiajam - 69 metai. Amžiaus vidurkis 42,5 metai. Moda -26. Mediana - 42,5.

Amžiaus grupių pasiskirstymas pateikiamas 4 paveiksle. Amžiaus grupės suskirstytos vadovaujantis PSO rekomendacijomis.



4 paveikslas. Apklaustųjų PSC pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

Daugiausia tyrime dalyvavo 45-54 metų asmenų, gaunančių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas. Tai darbingo amžiaus žmonės.

5 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų skaičius pagal amžiaus grupes.

Amžius	Absoliutūs skaičiai (N)	Procentai (%)
Iki 24 metų	2	6,7
25-34 metų	7	23,3
35-44 metų	7	23,3
45-54 metų	8	26,7
55-64 metų	5	16,7
65 ir daugiau metų	1	3,3
Viso	30	100,0

Bendras Gyvenimo kokybės vidurkis pateiktas 6 lentelėje.

6 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų bendras GK vidurkis.

M	SN	PI 95%
2,59	0,51	2,43-2,76

7 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų GK vidurkiai pagal lytį.

Lytis	M	SN	PI 95%	p
Vyrai	2,65	0,43	2,44-2,85	0,26
Moterys	2,53	0,58	2,24-2,82	

Vidurkių skirtumai tarp vyrų ir moterų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

8 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų GK vidurkiai pagal amžiaus grupes.

Amžius	M	SN	PI 95%	p
Iki 24 metų	2,50	0,14	1,22-3,77	0,65
25-34 metų	2,42	0,61	1,85-2,99	
35-44 metų	2,80	0,51	2,32-3,27	
45-54 metų	2,70	0,41	2,35-3,04	
55-64 metų	2,56	0,62	1,78-3,33	
65 ir daugiau metų	3,20			

Vidurkių skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Bendras Įgalinimo vidurkis pateiktas 9 lentelėje.

9 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų bendras Įgalinimo vidurkis.

M	SN	PI 95%
2,80	0,36	2,67-2,91

10 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų Įgalinimo vidurkiai pagal lytį.

Lytis	M	SN	PI 95%	p
Vyrai	2,86	0,45	2,64-3,07	0,25
Moterys	2,72	0,21	2,61-2,83	

Vidurkių skirtumai tarp vyrų ir moterų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

11 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų Įgalinimo vidurkiai pagal amžiaus grupes.

Amžius	M	SN	PI 95%	p
Iki 24 metų	2,80	0,28	0,25-5,34	0,33
25-34 metų	2,74	0,19	2,56-3,91	
35-44 metų	2,82	0,59	2,27-3,37	
45-54 metų	2,70	0,26	2,48-2,91	
55-64 metų	3,00	0,44	2,44-3,55	
65 ir daugiau metų	3,60			

Vidurkių skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Bendras Savarankiškumo vidurkis pateiktas 12 lentelėje.

12 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų bendras Savarankiškumo vidurkis.

M	SN	PI 95%
2,71	0,39	2,58-2,84

13 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų Savarankiškumo vidurkiai pagal lytį.

Lytis	M	SN	PI 95%	p
Vyrai	2,78	0,40	2,58-2,97	0,25
Moterys	2,63	0,37	2,44-2,81	

Vidurkių skirtumai tarp vyrų ir moterų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

14 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų Savarankiškumo vidurkiai pagal amžiaus grupes.

Amžius	M	SN	PI 95%	p
Iki 24 metų	2,50	0,14	1,22-3,77	0,15
25-34 metų	2,62	0,39	2,26-2,98	
35-44 metų	2,80	0,28	2,53-3,06	
45-54 metų	2,42	0,47	2,03-2,81	
55-64 metų	2,84	0,38	2,36-3,31	
65 ir daugiau metų	3,40			

Vidurkių skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Bendras Pasitenkinimo paslaugomis vidurkis pateiktas 15 lentelėje.

15 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų bendras Pasitenkinimo paslaugomis vidurkis.

M	SN	PI 95%
3,12	0,37	2,99-3,24

16 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai pagal lytį.

Lytis	M	SN	PI 95%	p
Vyrai	3,04	0,31	2,89-3,19	0,24
Moterys	3,20	0,41	2,99-3,40	

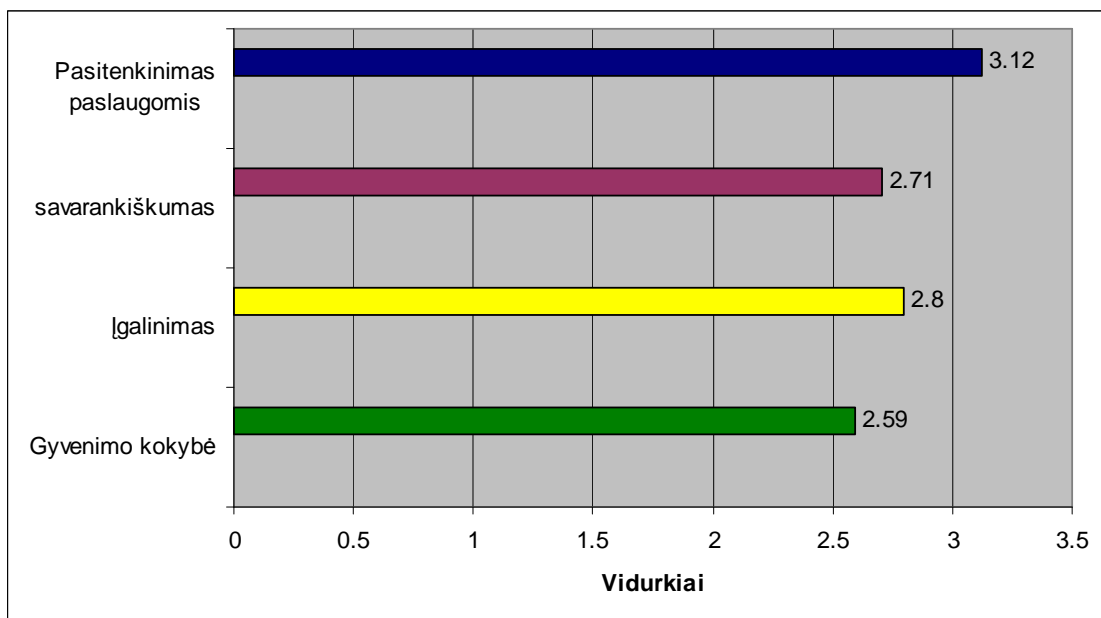
Vidurkių skirtumai tarp vyrų ir moterų statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

17 lentelė. Apklausoje dalyvavusių asmenų Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai pagal amžiaus grupes.

Amžius	M	SN	PI 95%	p
Iki 24 metų	3,40	0,28	0,85-5,94	0,63
25-34 metų	3,05	0,47	2,62-3,49	
35-44 metų	3,28	0,42	2,88-3,68	
45-54 metų	3,12	0,30	2,87-3,37	
55-64 metų	3,17	0,17	2,95-3,38	
65 ir daugiau metų	3,60			

Vidurkių skirtumai tarp amžiaus grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

PSC apklaustųjų asmenų Gyvenimo kokybės, Įgalinimo, Savarankiškumo, Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai pateikti 5 paveiksle.



5 paveikslas. Gyvenimo kokybės, Įgalinimo, Savarankiškumo, Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai.

Geriausiai vertinamas pasitenkinimas paslaugomis. Prasčiausiai – gyvenimo kokybė.

Laikoma, kad 1-2 balų vidurkis atspindi prastą gyvenimo kokybę, 2-3 vidutinę, 3-4 – gerą. Apskaičiavus šių keturių PSR paslaugų kokybės vertinimo aspektų vidurkius, galima vertinti, kad pačių respondentų įvertinta subjektyvi gyvenimo kokybė, įgalinimas, savarankiškumas yra vertinami vidutiniškai (2-3 balai), o pasitenkinimas paslaugomis yra geras (3-4 balai).

5.2. Tyrimo rezultatai PSC ir VPSRC apklausųjų grupėse

Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre ir septyniuose psichikos sveikatos centruose buvo apklausti 75 asmenys, gaunantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas. Apklausa atlika tuo pačiu metu VPSRC ir PSC (2008 vasario mėn.). VPSRC buvo apklausti 37, o PSC 38 asmenys, gaunantys minėtas paslaugas.

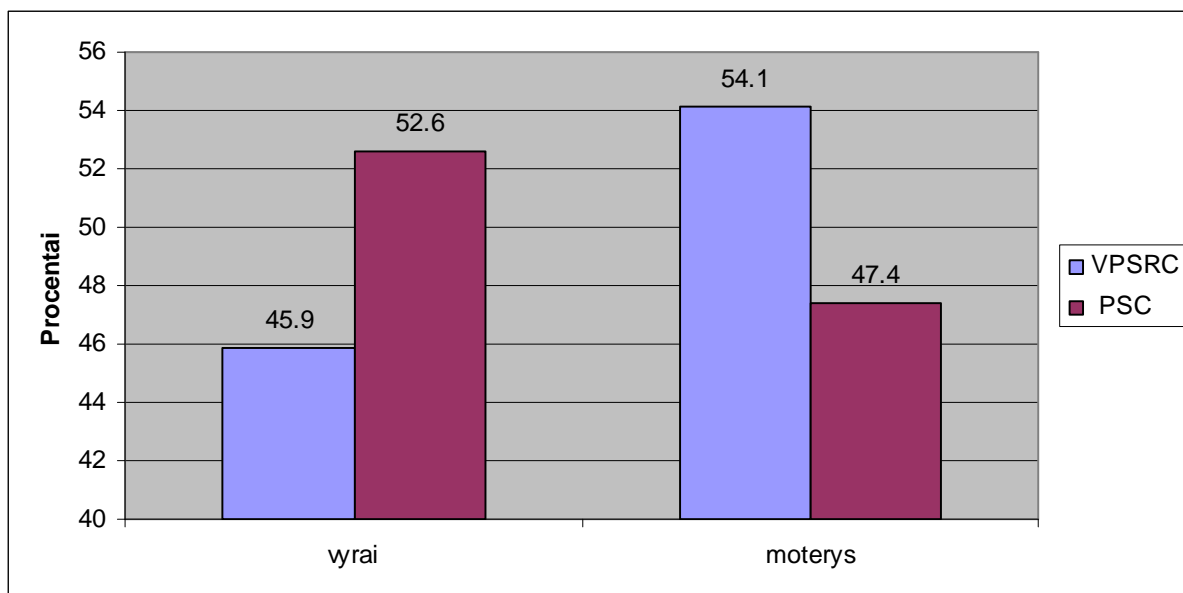
18 lentelė. VPSRC ir PSC apklaustųjų asmenų VPSRC ir PSC grupėse.

Pildymo vieta	Absoliutūs skaičiai (N)
VPSRC	37
PSC	38
Iš viso:	75

VPSRC apklausoje dalyvavo 17 vyrų ir 20 moterų. Atitinkamai 45,9 % ir 54,1 %. PSC apklausoje dalyvavo 20 vyrų ir 18 moterų. Atitinkamai 52,6 % ir 47,4 %.

19 lentelė. Apklausoje dalyvavusių vyrų ir moterų skaičius VPSRC ir PSC grupėse.

Pildymo vieta	lytis		Iš viso:	Procentai (%)	
	vyras	moteris		vyras	moteris
VPSRC	17	20	37	45,9	54,1
PSC	20	18	38	52,6	47,4
Iš viso:	37	38	75	100	100

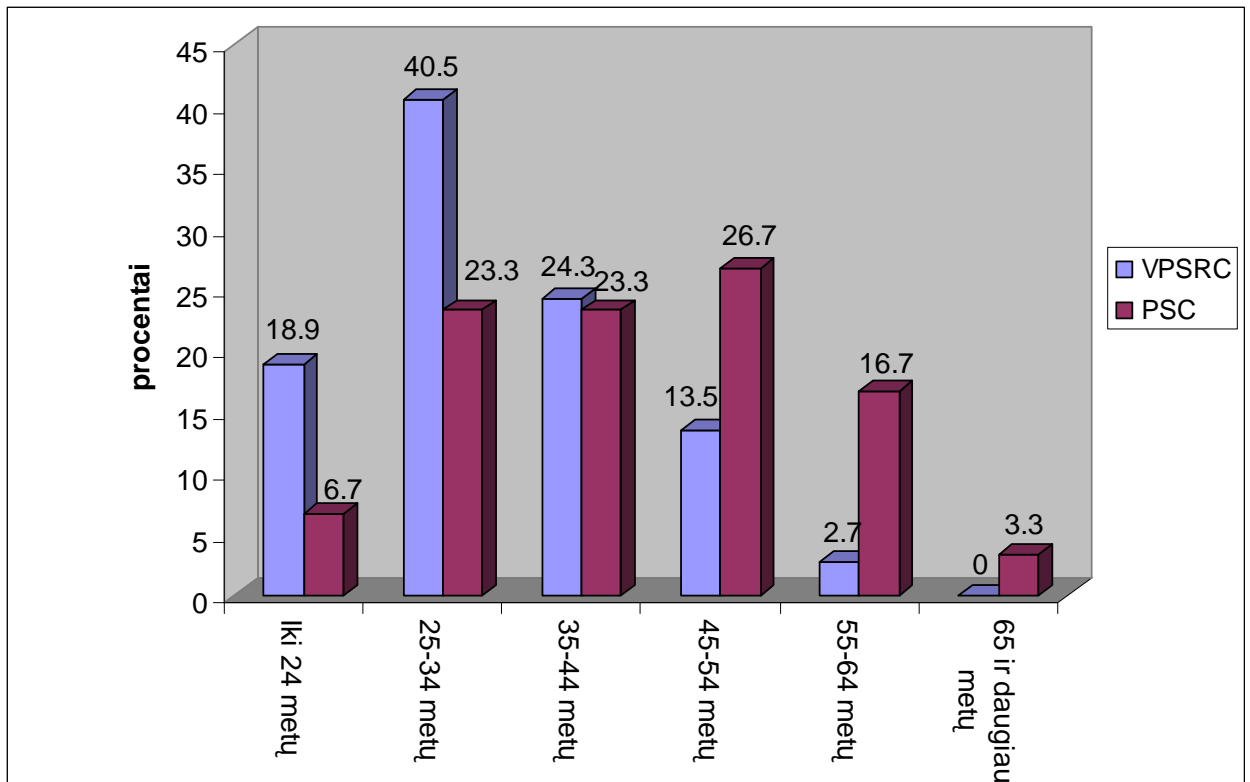


6 paveikslas. VPSRC ir PSC apklaustųjų grupių pasiskirstymas pagal lytį.

VPSRC daugiausia buvo apklausta 25-34 metų asmenų, gaunančių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas. PSC daugiausia buvo apklausta 45-54 metų asmenų, gaunančių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas. Tai darbingo amžiaus žmonės. Abiejuose grupėse didžiąją dalį sudaro darbingo amžiaus asmenys.

20 lentelė. VPSRC ir PSC tyrime dalyvavusių amžiaus grupės.

Tyrimo vieta	Amžiaus grupės													
	Iki 24 metų		25-34 metų		35-44 metų		45-54 metų		55-64 metų		65 ir daugiau metų		Iš viso:	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PSC	2	6,7	7	23,3	7	23,3	8	26,7	5	16,7	1	3,3	30	100
VPSRC	7	18,9	15	40,5	9	24,3	5	13,5	1	2,7	0	0	37	100



7 paveikslas. VPSRC ir PSC apklaustųjų grupių pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.

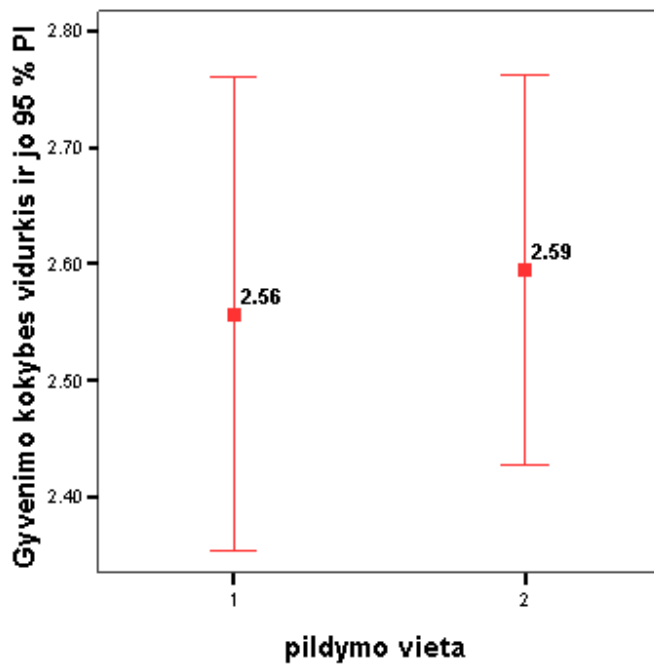
PSC jauniausiajam apklausoje dalyvavusiam asmeniui buvo 20 metų, vyriausiajam 69 metai. Amžiaus vidurkis 42,5 metai. Moda -26. Mediana - 42,5.

VPSRC jauniausiajam apklausoje dalyvavusiam asmeniui buvo 22 metai, vyriausiajam 56 metai. Amžiaus vidurkis 33,9 metai. Moda - 30 . Mediana - 31,0.

GK vidurkiai VPSRC ir PSC grupėse pateikiami 21 lentelėje.

21 lentelė. GK vidurkiai apklausos VPSRC ir PSC grupėse grupėse.

Vieta	M	SN	SP	PI 95%	p
VPSRC	2,56	0,61	0,10	2,35-2,76	0,77
PSC	2,59	0,50	0,08	2,42-2,76	



1- VPSRC

2 – PSC

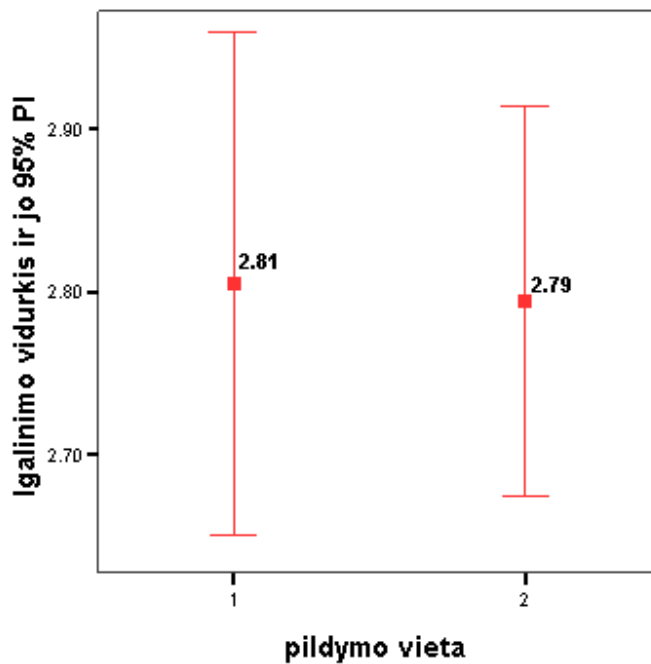
8 paveikslas. VPSRC ir PSC pacientų gyvenimo kokybės vidurkiai.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Įgalinimo vidurkiai VPSRC ir PSC grupėse pateikiami 22 lentelėje.

22 lentelė. Įgalinimo vidurkiai VPSRC ir PSC grupėse.

Vieta	M	SN	SP	PI 95%	p
VPSRC	2,81	0,46	0,07	2,65-2,95	0,91
PSC	2,79	0,36	0,05	2,67-2,91	



1- VPSRC

2 - PSC

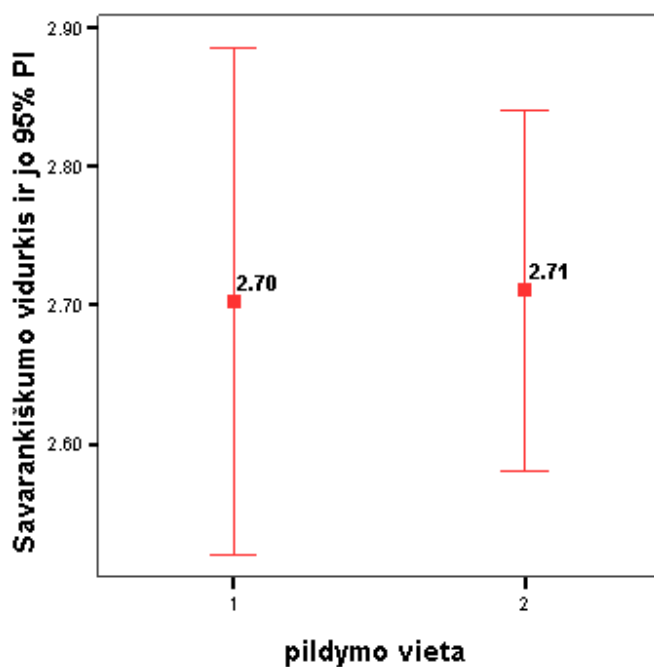
9 paveikslas. VPSRC ir PSC pacientų įgalinimo vidurkiai.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Savarankiškumo vidurkiai VPSRC ir PSC grupėse pateikiami 23 lentelėje.

23 lentelė. Savarankiškumo vidurkiai VPSRC ir PSC grupėse grupėse.

Vieta	M	SN	SP	PI 95%	p
VPSRC	2,70	0,54	0,09	2,51-2,88	0,94
PSC	2,71	0,39	0,06	2,58-2,83	



1- VPSRC

2 - PSC

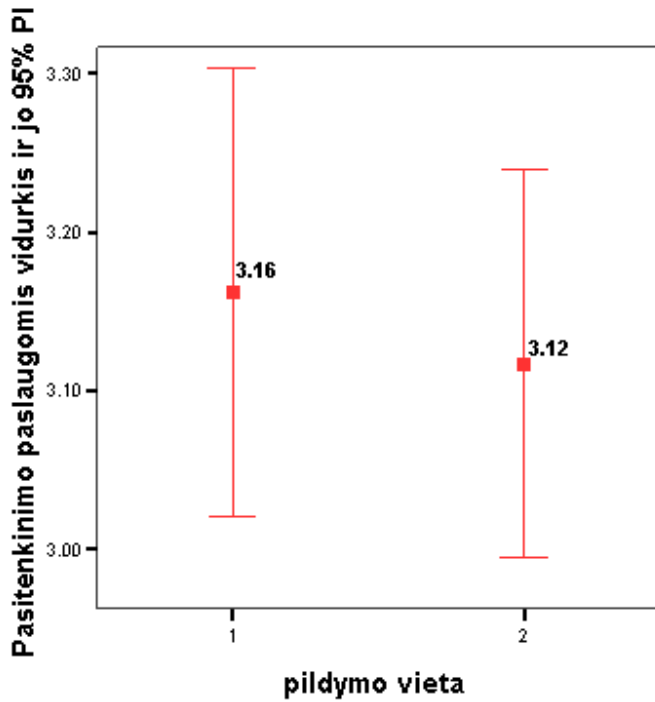
10 paveikslas. VPSRC ir PSC pacientų savarankiškumo vidurkiai.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai VPSRC ir PSC grupėse pateikiami 24 lentelėje.

24 lentelė. Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai VPSRC ir PSC grupėse.

Vieta	M	SN	SP	PI 95%	p
VPSRC	3,16	0,42	0,07	3,02-3,30	0,63
PSC	3,12	0,37	0,06	2,99-3,23	

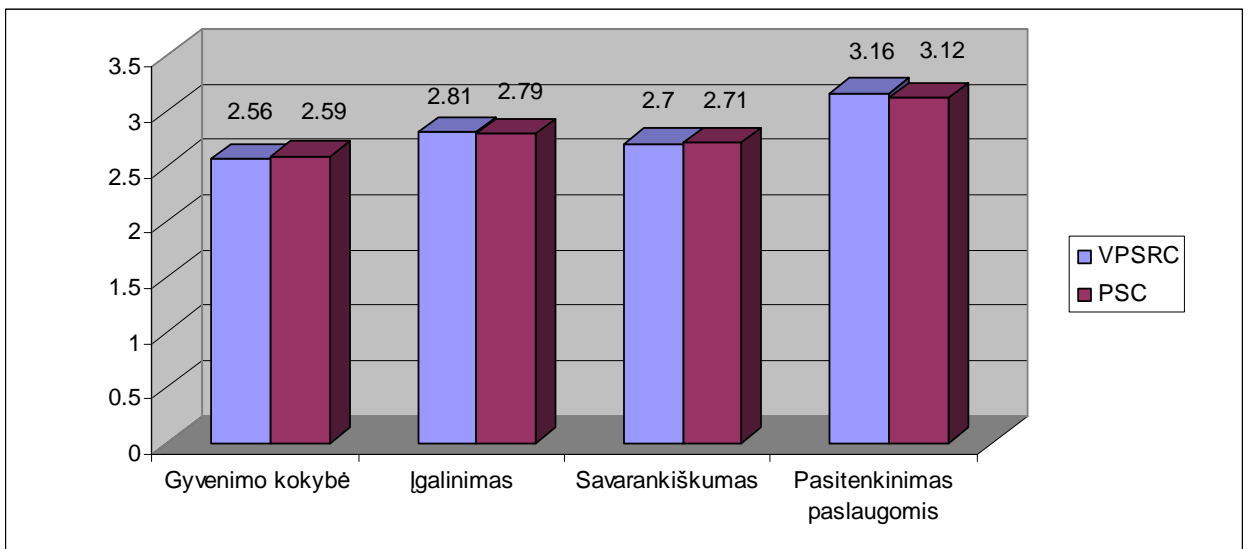


- 1- VPSRC
- 2 - PSC

11 paveikslas. VPSRC ir PSC pacientų pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo, pasitenkinimo paslaugomis vidurkių palyginimas VPSRC ir PSC grupėse pateikiamas 6 paveiksle.



12 paveikslas. Gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo, pasitenkinimo paslaugomis vidurkių palyginimas tiriamųjų grupėse.

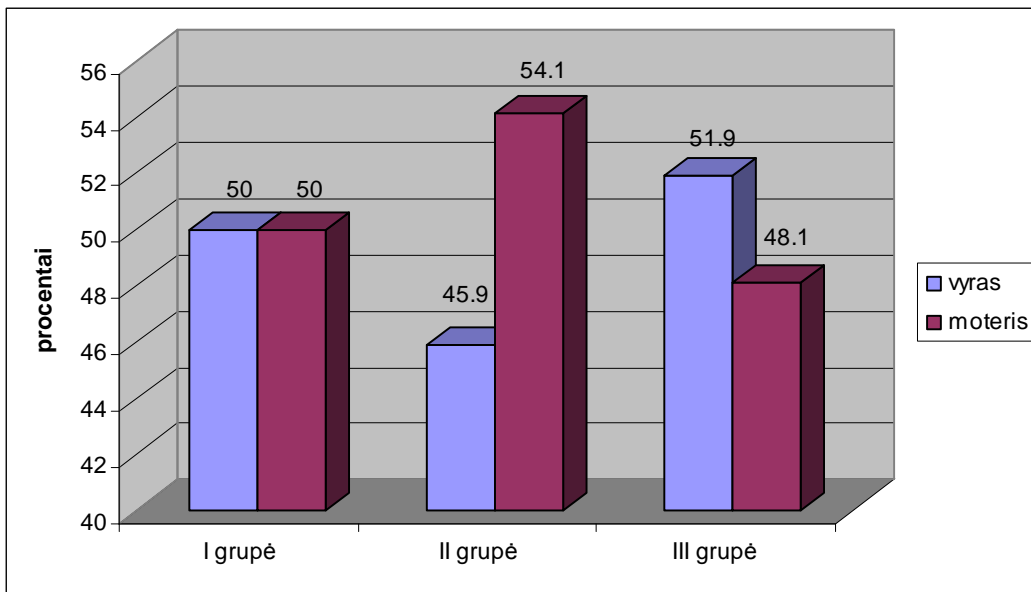
Laikoma, kad 1-2 balų vidurkis atspindi prastą gyvenimo kokybę, 2-3 vidutinę, 3-4 – gerą. Apskaičiavus šių keturių PSR paslaugų kokybės vertinimo aspektų vidurkius, galima vertinti, kad pačių respondentų įvertinta subjektyvi gyvenimo kokybė, įgalinimas, savarankiškumas yra vertinami vidutiniškai (2-3 balai), o pasitenkinimas paslaugomis yra geras (3-4 balai).

5.3 Tyrimo rezultatai VPSRC trijų apklausimų grupėse

Tie patys asmenys, gaunantys psichosocialinės reabilitacijos paslaugas VPSRC buvo apklausti 3 kartus (2007, 2008 ir 2009 metais). Pirmą kartą apklausoje dalyvavo 44 asmenys, antroje apklausoje 37, o trečioje 27. Antroje apklausos grupėje dalyvavo 84 proc. paslaugų gavėjų palyginti su I apklausos grupe, o III apklausos grupėje dalyvavo 61 proc. palyginti su I apklausos grupe. Šis tiriamųjų skaičiaus sumažėjimas yra sąlygotas objektyvių priežasčių (žiūr. Tyrimo metodologijos skyrelį).

25 lentelė. Trijų VPSRC apklausos grupių asmenų skaičius.

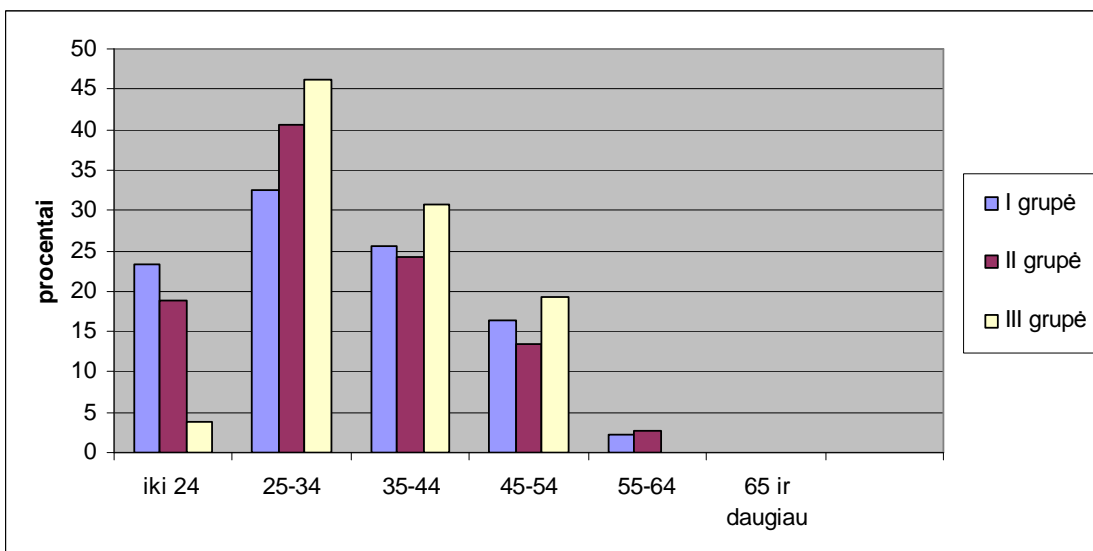
Apklausos grupės	Absoliutūs skaičiai (N)
I apklausos grupė	44
II apklausos grupė	37
III apklausos grupė	27
Iš viso:	108



13 paveikslas. Trijų VPSRC apklausos grupių pasiskirstymas pagal lytį.

Dauguma tyrime dalyvavusių psichikos ligomis sergančių asmenų yra 25-34 metų amžiaus. Tai - darbingo amžiaus asmenys. Jauniausias tyrime dalyvavęs paslaugų gavėjas buvo 21 metų, o vyriausias- 56 metų. PSR paslaugas gaunančių asmenų amžiaus vidurkis yra 34,11. Moda – 30. Mediana- 31,5.

Amžiaus grupės suskirstytos pagal PSO rekomendacijas. Asmenų, dalyvavusių tyrime pasiskirstymas pagal amžiaus grupes pateiktas 14 paveiksle.

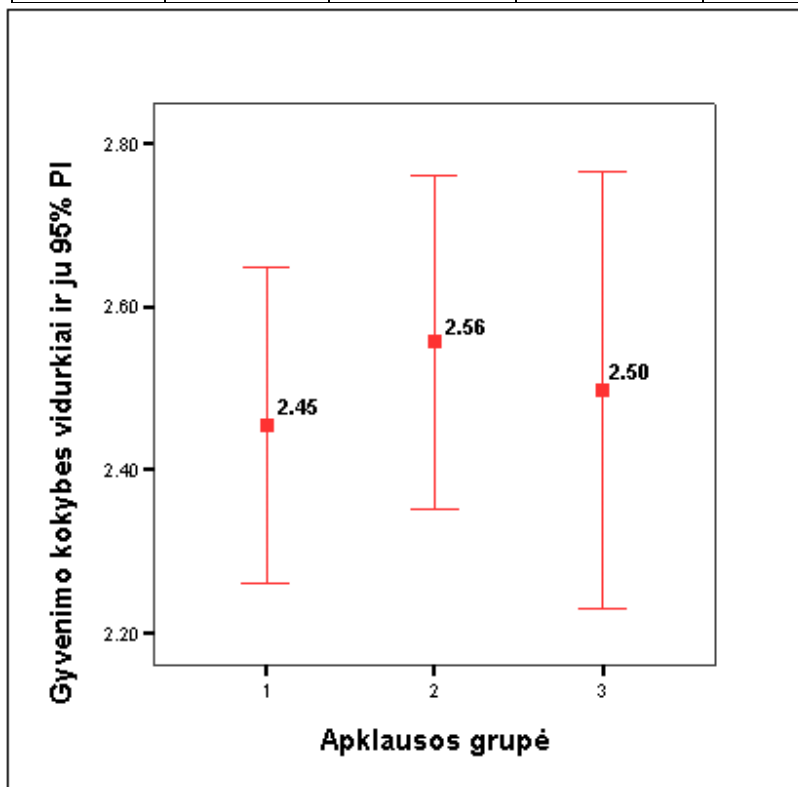


14 paveikslas. Apklausoje dalyvavusių asmenų skaičius pagal amžiaus grupes trijose VPSRC apklausos grupėse.

GK vidurkiai trijose VPSRC grupėse pateikiami 26 lentelėje.

26 lentelė. GK vidurkiai trijose VPSRC apklausos grupėse.

Grupės	M	SN	SP	PI 95%	p
I	2,45	0,63	0,09	2,26-2,65	0,77
II	2,56	0,61	0,10	2,35-2,76	
III	2,50	0,67	0,13	2,23-2,76	



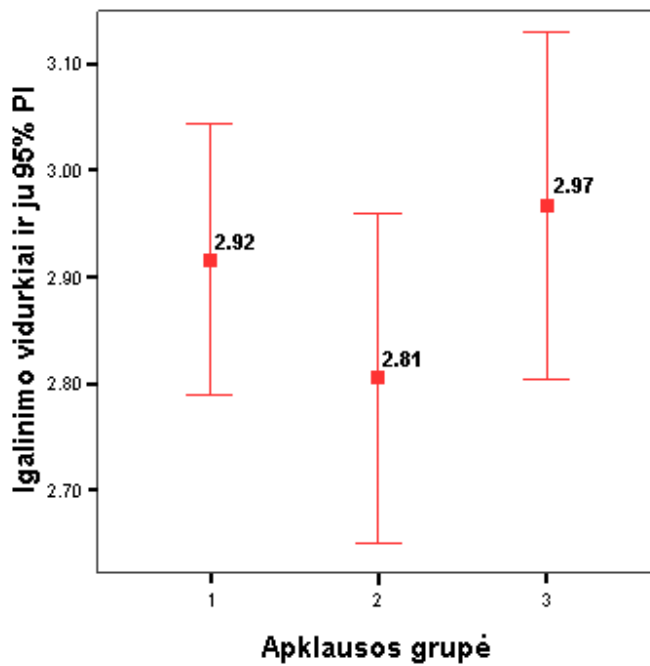
15 paveikslas. Grafikas vaizduoja, kaip trijų apklausimų metu VPSRC kito pacientų gyvenimo kokybės vertinimas.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Įgalinimo vidurkiai trijose VPSRC grupėse pateikiami 27 lentelėje.

27 lentelė. Įgalinimo vidurkiai trijose VPSRC apklausos grupėse.

Grupės	M	SN	SP	PI 95%	p
I	2,92	0,42	0,06	2,79-3,04	0,30
II	2,81	0,47	0,08	2,65-2,96	
III	2,97	0,41	0,08	2,80-3,13	



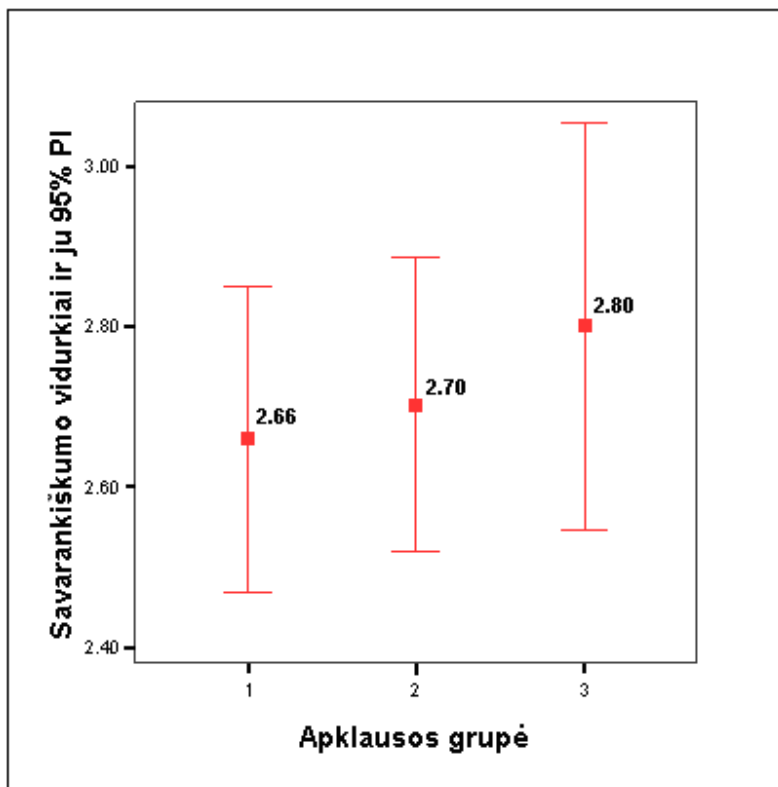
16 paveikslas. Grafikas vaizduoja, kaip trijų apklausimų metu VPSRC kito pacientų įgalinimo vertinimas.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Savarankiškumo vidurkiai trijose VPSRC grupėse pateikti 28 lentelėje.

28 lentelė. Savarankiškumo vidurkiai trijose VPSRC apklauso grupėse.

Grupės	M	SN	SP	PI 95%	p
I	2,66	0,63	0,09	2,47-2,85	0,64
II	2,70	0,55	0,09	2,52-2,88	
III	2,80	0,64	0,13	2,55-3,05	



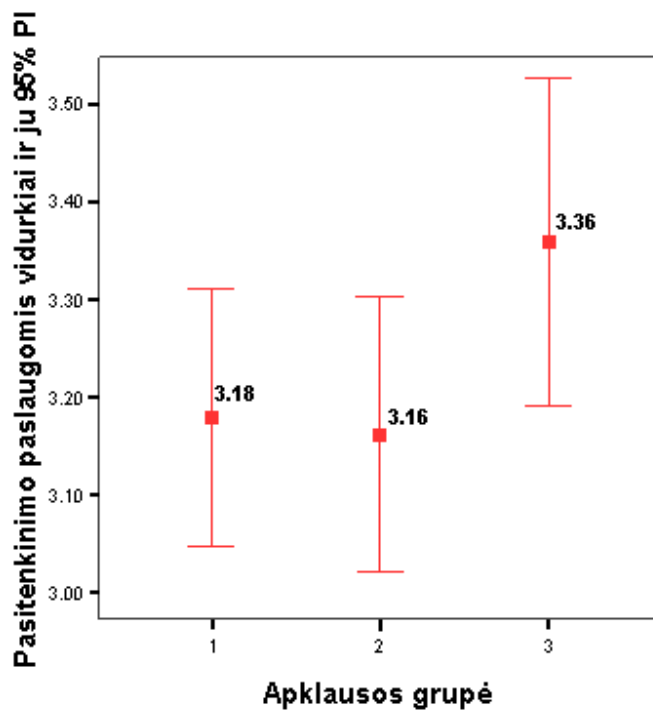
17 paveikslas. Grafikas vaizduoja, kaip trijų apklausimų metu VPSRC kito pacientų savarankiškumo vertinimas.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai trijose VPSRC grupėse pateikti 29 lentelėje.

29 lentelė. Pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai trijose VPSRC apklauso grupėse.

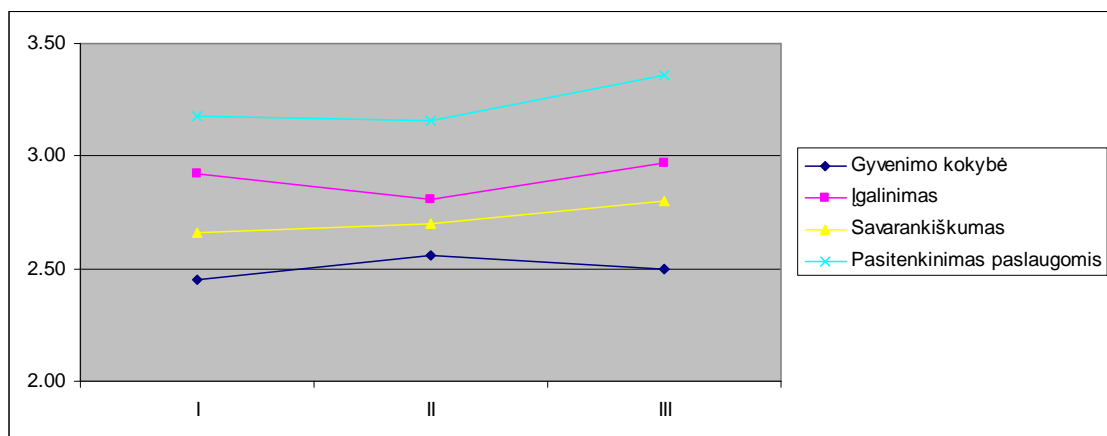
Grupės	M	SN	SP	PI 95%	p
I	3,18	0,43	0,07	3,05-3,31	0,15
II	3,16	0,42	0,07	3,02-3,30	
III	3,36	0,42	0,08	3,19-3,53	



18 paveikslas. Grafikas vaizduoja, kaip trijų apklausimų metu VPSRC kito pacientų pasitenkinimo paslaugomis vertinimas.

Vidurkių skirtumai tarp grupių statistiškai nereikšmingi ($p > 0,05$).

Gyvenimo kokybės, Įgalinimo, Savarankiškumo, Pasitenkinimo paslaugomis vidurkių kitimas laiko perspektyvoje trijų apklausimų metu VPSRC.



19 paveikslas. Gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo, pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai ir jų dinamika.

Laikoma, kad 1-2 balai bloga gyvenimo kokybė, 2-3 vidutinė, 3-4 – gera. Apskaičiavus šių keturių nuostatų vidurkius, galima vertinti, kad respondentų Subjektyvi gyvenimo kokybė, Įgalinimas, Savarankiškumas yra vidutinis (2-3 balai), o Pasitenkinimas paslaugomis yra geras (3-4 balai).

5.4. Tyrimo rezultatų aptarimas

PSR paslaugų įvertinimui buvo naudojama subjektyvaus vertinimo instrumentas. Subjektyvūs PSR paslaugų vertinimo aspektai buvo gyvenimo kokybės matavimas, įgalinimas, savarankiškumas ir pasitenkinimas paslaugomis.

Vidutinis PSR paslaugas gaunančių tyrimo dalyvavusių klientų amžius Vilniaus mieste – 36 metai. PSC daugiausia klientų yra 45-54 metų amžiaus. VPSRC daugiausia klientų yra 25-34 metų amžiaus, todėl PSR paslaugų gavimas jiems yra iš esmės svarbus socialinei integracijai. Tiek VPSRC, tiek PSC didžiąją dalį klientų sudaro darbingo amžiaus žmonės, kurie yra pagrindinė tikslinė PSR paslaugų grupė.

Gyvenimo kokybės vidurkis VPSRC paslaugas gaunančių klientų grupėje yra žemesnis nei PSR paslaugas gaunančių PSC pacientų grupėje. Nors gyvenimo kokybės vidurkių skirtumai nėra statistiškai reikšmingi, tačiau tikėtina, kad jaunesnio amžiaus klientai kelia aukštesnius reikalavimus savo gyvenimo kokybės standartams, jie reiklesni savo socialiniam aktyvumui, todėl, apribodami savo veiklas socialiniame ir asmeniniame gyvenime, savo gyvenimo kokybę vertina prasčiau.

Klientų gyvenimo kokybę atspindi jų pasitenkinimas savo dabartine gyvenimo situacija ir apskritai gyvenimu, santykiais šeimoje, aktyviai gyvenamu socialiniu gyvenimu bei fizine sveikata.

Klientų įgalinimas VPSRC yra šiek tiek aukštesnis (nors statistiškai nereikšmingas) nei PSC. Klientai savo galimybes pasirinkti, savo galimybes vertinti vykstančius jų gyvenime procesus, atstovauti, apginti savo interesus, galimybes įtakoti sprendimus, susijusius su jų gyvenimu, vertina geriau nei gyvenimo kokybę, tačiau visgi pakankamai prastai.

Klientų savarankiškumas VPSRC yra šiek tiek žemesnis (nors statistiškai nereikšmingas) nei PSC. PSR paslaugas gaunantys klientai savo savarankiškumą vertina dar blogiau nei įgalinimą. Klientai prastai vertina savo galimybes dirbti, savo galimybes įgyvendinti užsibrėžtus tikslus ir planuojamus gyvenimo pasikeitimus.

Pasitenkinimas gaunamomis paslaugomis yra didesnis VPSRC nei PSC, nors gautas skirtumas yra nėra statistiškai reikšmingas. Klientai nurodo, jog yra pakankamai patenkinti gaunamomis PSR paslaugomis, kurios atitinka jų poreikius, o paslaugas teikiantys darbuotojai, klientų vertinimu, yra suinteresuoti, kad jų gyvenimas pagerėtų, be to, jie rekomenduotų gaunamas paslaugas psichikos ligos diagnozę turintiems asmenims ir patys dar norėtų kurį laiką jas gauti. Pasitenkinimo paslaugomis vidurkis yra pats aukščiausias palyginti su kitais subjektyvaus vertinimo

rodikliais. Prastesnis PSR paslaugų vertinimas PSC nei VPSRC gali būti susijęs su didesniais klientų keliamais reikalavimais ne tiek paslaugos kokybei, bet apskritai, savarankiškumui ir įgalinimui bei savo gyvenimo kokybei. Galima teigti, kad visose apklausos grupėse bendras paslaugų vertinimas yra ženkliai geresnis nei kitų 3 kriterijų, tai rodo dalykai – klientai ir toliau norėtų gauti šias paslaugas bei tai, kad jie rekomenduotų jas kitiems.

Esminių skirtumų tarp subjektyvaus gaunamų PSR paslaugų vertinimo tarp VPSRC ir PSC klientų nėra. Abi grupės geriausiai vertina Pasitenkinimą paslaugomis, blogiausiai – gyvenimo kokybę. Gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo, pasitenkinimo paslaugomis vidurkiai buvo panašūs tarp vyrų ir moterų bei amžiaus grupių abiejose apklausos grupėse ir statistiškai nereikšmingi.

VPSRC trijų apklausimų grupės

Gyvenimo kokybės, įgalinimo, savarankiškumo ir pasitenkinimo paslaugomis rodikliai VPSRC buvo vertinti pakartotinai 3 kartus (2007 11, 2008 02, 2009 02).

Tyrimo duomenimis, geriausiai klientų vertinamas pasitenkinimas paslaugomis. Blogiausiai subjektyvi gyvenimo kokybė. Vienintelis Savarankiškumas kiekvienos apklausos metu tolygiai gerėjo. Galima daryti išvadą, kad gaunamos paslaugos suteikė klientams daugiau savarankiškumo. Pasitenkinimas paslaugomis pirmus du apklausos kartus išlieka labai panašus, o trečią apklausos kartą ženkliai padidėja. Pasitenkinimas paslaugomis, Įgalinimas, Savarankiškumas respondentų geriausiai vertinamas trečiosios apklausos metu, tačiau subjektyvi gyvenimo kokybė geriausiai vertinama antrosios apklausos metu, o trečios apklausos metu vertinama blogiau nei antrąjį, bet geriau nei pirmąjį. Nors gyvenimo kokybės vidurkių skirtumai nėra statistiškai reikšmingi, tačiau tikėtina, klientai kuo ilgesnį laikotarpį gauna psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, tuo aukštesnius kelia reikalavimus savo gyvenimo kokybės standartams, jie reiklesni savo socialiniam aktyvumui, todėl, apribodami savo veiklas socialiniame ir asmeniniame gyvenime, savo gyvenimo kokybę vertina prasčiau.

Pasitenkinimas paslaugomis yra vienas svarbiausių kokybiškų paslaugų indikatorių, todėl iš gautų tyrimo rezultatų galima teigti, kad psichosocialinės reabilitacijos paslaugos Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre yra kokybiškos. Psichosocialinė reabilitacija yra ilgalaikis kompleksinis procesas, kuris duoda rezultatus po ilgesnio laiko, todėl vertinami aspektai gali atrodyti prastai, nors šios paslaugos ir yra kokybiškos.

Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų poveikis (laiko perspektyvoje) gerina psichikos ligomis sergančių žmonių, įgalinimą, savarankiškumą, pasitenkinimą paslaugomis. Gerėjant šioms nuostatomis subjektyvi gyvenimo kokybė negerėja, nes jai keliami aukštesni reikalavimai.

6. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

6.1. Išvados

1. Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų psichikos ligomis sergantiems asmenims, kokybė vertinama keturiais aspektais: subjektyvia gyvenimo kokybe, įgalinimu, savarankiškumu, pasitenkinimu paslaugomis.
2. Pacientų subjektyvios gyvenimo kokybės vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=2,59), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=2,45), antro apklausimo metu (M=2,56), trečio apklausimo metu (M=2,50).
3. Pacientų įgalinimo vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=2,80), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=2,92), antro apklausimo metu (M=2,81), trečio apklausimo metu (M=2,97).
4. Pacientų savarankiškumo vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=2,71), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=2,66), antro apklausimo metu (M=2,70), trečio apklausimo metu (M=2,80).
5. Pacientų pasitenkinimo paslaugomis vertinimas Psichikos sveikatos centruose yra (M=3,12), VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centre pirmo apklausimo metu (M=3,18), antro apklausimo metu (M=3,16), trečio apklausimo metu (M=3,36).

6.2 Pasiūlymai

1. Rekomenduojama nuolat vykdyti psichikos ligomis sergantiems žmonėms teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų kokybės vertinimus, kad būtų sukaupta įrodymais pagrįsta duomenų bazė ir ja remiantis daromi paslaugų planavimo sprendimai. Taip pat rekomenduojama nuolat vykdyti mokslinius tyrimus, vertinant psichosocialinės reabilitacijos ilgalaikį poveikį ir pasekmes psichikos ligomis sergantiems žmonėms.

2. Kadangi PSR yra ilgalaikis kompleksinis procesas, rekomenduojama į psichosocialinės reabilitacijos vertinimą įtraukti žmonių, sergančių psichikos ligomis, šeimos narius ir paslaugas teikiančius specialistus.
3. Rekomenduojama įdiegti vieningą metodiką vertinant žmonių, sergančių psichikos ligomis, gyvenimo kokybę, įgalinimą, pasitenkinimą paslaugomis bei savarankiškumą, kad būtų galima palyginti šiuos rodiklius visoje Lietuvoje.
4. Didinti visuomenės informuotumą apie psichikos ligomis sergančių žmonių integracijos į visuomenę galimybes ir naudingumą taip mažinant vyraujančią psichikos ligos stigmą.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“ 2007 m. balandžio 3 d. Nr. X-1070, Vilnius (Žin., 2007, Nr. 42-1572).
2. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008-2010 metų programos patvirtinimo“ 2008 m. birželio 18 Nr. 645, Vilnius (Žin., 2006, Nr. 112-4273).
3. Psichosocialinės reabilitacijos asociacijos ir Ženevos iniciatyvos psichiatrijoje leidinys Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje. Vilnius, 2003.
4. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl nacionalinės žmonių su negalia socialinės integracijos 2003-2012 metų programos patvirtinimo“, 2002 m. birželio 7 d. Nr. 850, Vilnius (Žin, 2002, Nr. 57 – 2335).
5. Arūnas Germanavičius. Bendruomenės (socialinės) psichiatrijos pagrindai. Psichikos ligonių reabilitacija bendruomenėje. Vilnius, 2008. 124- 126 p.
6. Shipley K, Hilborn B, Hansell A, Tyrer J, Tyrer P. (2000). Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand*, 101, 330–333.
7. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924, Vilnius (Žin, 1995, Nr. 53–1290).
8. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, 1998 m. liepos 2 d. Nr. VIII-833, Vilnius (Žin., 1998, Nr. 64-1842).
9. European Pact for Mental Health and Well-being. EU High-Level Conference „Together for mental health and wellbeing“ Brussels, 12-13 June 2008.
10. Resolution of the Council and the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council of 20 November 2008 on the health and well-being of young people (2008/C 319/01).
11. Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Europos bendrijų komisija, Briuselis, 14.10.2005 (KOM(2005)0484).
12. Europos Parlamento rezoliucija dėl psichikos sveikatos 2009 m. vasario 19 d. (2008/2209(INI)).

13. Europos Parlamento Teisėkūros Rezoliucijos projektas „Dėl gyventojų psichikos sveikatos gerinimo. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“. (2006/2058(INI)).
14. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne / [editors: Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie]. 2005
15. Park, H. S., Bae, S.W., Kim, Y.Y. (2008). The effects of psychosocial rehabilitation programs on the levels of self-efficacy for mentally disabled persons. 38(5), 704–11.
16. Tepper, M. C. (2007). Psychosocial rehabilitation: a newcomer's eye. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), Vol. 58 (8), 1116–8.
17. Dennis, J. S., Alfred, E., Driscoll, J. H., Scott, J. B. (2007). Links Among High-Performance Work Environment, Service Quality, and Customer Satisfaction: An Extension to the Healthcare Sector. *Journal of Healthcare Management*, 5–22.
18. Gayle, R., Carolyn, S. (2008). Participation in Planning and Evaluating Mental Health Services: Building Capacity. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31, No. 3, 23/1–238.
19. P. Forest, G. Marchildon, & T. McIntosh. (2004). Practical strategies for facilitating meaningful citizen involvement in health planning. *Changing health care in Canada: The Romanow papers*, 2, 312–348.
20. Belinda, M., Jane, P., Kristy, S., Philip, B., Fay, K., Lucio, N., Grant, B. (2007). Better outcomes in mental health care: impact of different models of psychological service provision on patient outcomes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 142–149.
21. Jonas Ruškus. Negalės fenomenas. Monografija. Šiauliai, 2002. 51 p.
22. Raja, S., Boyce, W. F., Ramani, S., Underhill, C. (2008). Success indicators for integrating mental health interventions with community-based rehabilitation projects. *International Journal Of Rehabilitation Research*, 31 (4), 284–92.
23. Crystal, F. M. Wu, Winnie, W. S. Mak & Deborah L. Y. Wan. (2007). Quality of life of mental health consumers in Hong Kong: Analysis of service perceptions. *Quality of Life Research*, 16, 31–40.
24. Ruggeri, M., Leese, M., Slade, M., Bonizzato, P., Fontecedro, L., Tansella, M. (2004). Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 60–68.

25. Inbar, A., B., D., Rivka, S. (2007). Community Rehabilitation for Persons with Psychiatric Disabilities: Comparison of the Effectiveness of Segregated and Integrated Programs in Israel. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 31, No. 2, 139–148.
26. Yanos, P. T., Rosenfield, S. & Horwitz. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 405–419.
27. Henrika, J., Bengt, S., Barbro, A., Lars, H. (2008). Dimensions and reliability of a questionnaire for the evaluation of subjective experiences of health among patients in mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 51–62.
28. Svedberg, P., J., H., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2004). Perceptions of the concept of health among patients in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 723–736.
29. Christopher, A. G. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23, 72–78.
30. Chow Chu., C., Goh M. (2002). Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals. *Managing Service Quality*. Vol. 12, No. 1, 54–66.
31. Johansson, P., Oleni, M., Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*, 16, 337 – 344.
32. Zandbelt, C. L., Smets, E., Oort, J. F., Godfried, H. M. (2004). Satisfaction with the Outpatient Encounter: A Comparison of Patient and Physicians Views. *J Gen Intern Med*, 19, 1088–1095.
33. Grembowski, D., Paschane, D., Diehr P., Katon, W., Martin, D., Patrick, L. D. (2005). Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. *J Gen Intern Med*, 20, 271–277.
34. Salzer, M. S. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations: concept, benefits, and impediments. *Administration And Policy In Mental Health*, Vol. 24 (5), 425–34.

8. PRIEDAI

1 priedas. Anketa klientams

ANONIMINĖ KLIENTŲ APKLAUSA

Metai	Mėnuo	Diena		
Pildymo data			Pildymo vieta	Kodas

Gerbiamas tyrimo dalyvi,

*Jūs esate kviečiamas atsakyti į keletą klausimų apie psichosocialinės
reabilitacijos paslaugas.*

Ši anketa yra anoniminė,

*o apklausos metu gauti duomenys bus konfidencialūs ir naudojami tik
tyrimo tikslais.*

*Prašome Jūsų nuoširdžiai pažymėti labiausiai Jūsų nuomonę
atspindintį atsakymą –*

Jūsų nuomonė yra labai svarbi.

Dėkojame Jums už bendradarbiavimą.

Jūsų lytis

Vyras

Moteris

Kiek Jums metų (įrašykite) _____

Jums labiausiai tinkantį atsakymą anketoje pažymėkite taip: ☒

1. Jeigu būtų galimybė, aš tikrai galėčiau dirbti			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
2. Apskritai aš esu patenkinta (-s) savo gyvenimu			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku

3. Aš patenkinta (-s) gaunamomis psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
4. Aš manau, kad galiu teigiamai vertinti gaunamas psichosocialinės reabilitacijos paslaugas			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
5. Teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos atitinka mano poreikius			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
6. Mano santykiai su šeimos nariais yra geri			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
7. Žinau, kur kreiptis, kai negaunu gerų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
8. Jei pasiryžtu, galiu padaryti beveik viską			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
9. Aš galiu pakeisti daug svarbių dalykų savo gyvenime			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku

10. Darbuotojai yra suinteresuoti, kad mano gyvenimas gerėtų			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
11. Esu patankinta (-s) savo dabartine gyvenimo situacija			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
12. Aš turiu daug galimybių pasirinkti, kaip praleisti savo laisvalaikį			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
13. Aš gyvenu aktyvų socialinį gyvenimą			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
14. Aš rekomenduočiau psichosocialinės reabilitacijos paslaugas kitiems asmenims, kuriems jos reikalingos			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
15. Vykdamas mano reabilitacijos planą, atsižvelgiama į mano nuomonę ir pasiūlymus			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
16. Mano ateitis daugiausia priklauso tik nuo manęs			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
17. Aš tikiu, kad kartu su kitais paslaugų gavėjais, galiu daryti			

įtaką psichikos sveikatos ir socialinių paslaugų sistemai			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
18. Aš linkęs manyti, kad man sekasi			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
19. Mano fizinė sveikata yra gera			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku
20. Dar kurį laiką aš noriu naudotis psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis			
<input type="checkbox"/> Visiškai nesutinku	<input type="checkbox"/> Nesutinku	<input type="checkbox"/> Sutinku	<input type="checkbox"/> Visiškai sutinku

Nuoširdžiai dėkojame Jums už atsakymus!