

VILNIAUS UNIVERSITETAS
FILOSOFIJOS FAKULTETAS
SOCIALINIO DARBO KATEDRA

Alma Buginytė

Socialinio darbo studijų programa

Magistro darbas

**Sutrikusios psichikos asmenų subjektyviosios ir objektyviosios
gyvenimo kokybės kintamųjų sąsajos**

Darbo vadovas: profesorius A.Bagdonas

Vilnius 2008

TURINYS

SANTRAUKA	4
SANTRAUKA ANGLŲ K. (SUMMARY)	4
PRATARMĖ	6
1. ĮVADAS	7
1.1. Psichikos sutrikimų samprata ir ypatumai	7
1.1.1. Apibūdinimas ir sąvokos	7
1.1.2. Psichikos sutrikimų pasekmės	11
1.2. Objektyvios gyvenimo kokybės samprata	14
1.3. Savijauta ir gyvenimo kokybės subjektyvus vertinimas	20
1.4. Sąsajos tarp objektyvios ir subjektyvios gyvenimo kokybės aspektų	23
1.5. Tikslas ir uždaviniai	25
2. TYRIMO METODIKA IR TIRIAMIEJI	26
2.1. Respondentai ir apklausos sąlygos	26
2.2. Tyrimo anketa	26
2.3. Tyrimo duomenų apdorojimas	26
3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ	27
3.1. Sociodemografinė charakteristika	27
3.1.1. Tiriamųjų lytis ir amžius	27
3.1.2. Tiriamųjų išsilavinimas	28
3.1.3. Tiriamųjų gyvenamoji vieta	28
3.1.4. Tiriamųjų šeiminė padėtis	29
3.2. Duomenys apie respondentų sveikatą	29
3.2.1. Respondentų psichikos ligos trukmė	29
3.2.2. Gydomosi psichiatrijos ligoninėje dažnumas	30
3.2.3. Respondentų nuomonė apie sveikatos būklę	31
3.3. Duomenys apie tiriamųjų veiklą dabartiniu metu	31
3.3.1. Respondentų užimtumas	31
3.3.2. Dirbančių respondentų profesinė veikla	32
3.3.3. Nedarbo priežastys	33
3.4. Tiriamųjų pragyvenimo šaltinis ir gyvenimo sąlygos	34
3.4.1. Tiriamųjų pragyvenimo šaltinis	34
3.4.2. Tiriamųjų gyvenimo sąlygos	34
3.4.3. Pasitenkinimas gyvenimo sąlygomis	35

3.5. Tiriamųjų santykiai su kitais žmonėmis	35
3.5.1. Tiriamųjų palaikomi santykiai	35
3.5.2. Pasitenkinimas santykiais	36
3.6. Tiriamųjų laisvalaikio leidimo ypatumai	38
3.6.1. Laisvalaikio leidimo būdas	38
3.6.2. Dalyvavimas bendruomenės veikloje	39
3.6.3. Pasitenkinimas bendruomenės veikla	40
3.7. Tiriamųjų savęs vertinimas	41
3.7.1. Savo sugebėjimų vertinimas	41
3.7.2. Respondentų nuomonė apie gyvenimo pokyčius dėl psichikos ligos	42
3.7.3. Respondentų nuotaikos vertinimas	43
3.7.4. Tiriamųjų laimės jausmas	45
3.7.5. Tiriamųjų nuomonė apie savo gyvenimą apskritai	46
3.8. Respondentų pageidavimai, lūkesčiai ir jų įgyvendinimo galimybės	48
3.8.1. Respondentų lūkesčiai ir pageidavimai	48
3.8.2. Respondentų nuomonė apie lūkesčių įgyvendinimą	49
4. REZULTATŲ APTARIMAS	52
IŠVADOS	55
REKOMENDACIJOS	56
LITERATŪRA	57
PRIEDAS: ANKETA	59

Sutrikusios psichikos asmenų subjektyviosios ir objektyviosios gyvenimo kokybės kintamųjų sąsajos

SANTRAUKA

Šio darbo tikslas – išanalizuoti, kaip susijusi asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, objektyvi gyvenimo kokybė su subjektyviu pasirinktu gyvenimo kokybės rodiklių vertinimu.

Pirmoje darbo dalyje supažindinama su pagrindiniais psichikos sutrikimais, ligomis ir mokslinėje literatūroje vartojamais terminais, taip pat šių sutrikimų sukeliomomis psichologinėmis ir socialinėmis pasekmėmis. Pateikiamas gyvenimo kokybės apibūdinimas, pagrindiniai objektyvios gyvenimo kokybės rodikliai, analizuojama įvairių aplinkos ir psichologinių veiksnių bei sveikatos įtaka asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, subjektyviam gyvenimo kokybės vertinimui.

Antroje darbo dalyje pateikti atlikto tyrimo duomenys.

Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje buvo atlikta anketinė apklausa, kurioje tirti 95 suaugę žmonės, turintys psichikos sutrikimų ir tyrimo metu gydęsi šioje ligoninėje.

Tyrimo metu buvo nustatyta, kad dauguma respondentų psichikos liga serga seniai ir dažnai gydosisi ligoninėje, tačiau savo sveikatą dažniausiai vertina gerai. Tiriamieji dažniausiai nedirba dėl ligos ir gyvena iš pensijų bei socialinių išmokų. Dirbantys yra samdomi darbininkai ar specialistai. Beveik visi respondentai gyvena savo ar šeimos narių būste. Savo gyvenimo sąlygomis tiriamieji patenkinti iš dalies arba patenkinti.

Respondentų bendravimas apsiriboja artimaisiais, laisvalaikį jie leidžia su šeima, vyksta į gamtą, parduotuves. Tik nedaugelis nuolat įsitraukia į bendruomenės veiklą. Dauguma bendravimu su aplinkiniais patenkinti, o dalyvavimas bendruomenės veikloje dažniausiai neatitinka tiriamųjų lūkesčių.

Daug asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, mano, kad sugeba savarankiškai tvarkytis buityje, sunkiau jiems sekasi užmegzti ir palaikyti santykius su kitais žmonėmis.

Tiriamieji įsitikinę, kad dėl psichikos ligos jų gyvenimas pasikeitė, tapo prastesnės kokybės. Daugelis priskiria save prie nelaimingų žmonių, bet savo gyvenimą apskritai vertina patenkinamai ar gerai.

Respondentai norėtų pakeisti savo gyvenimą, bet nedaugelis mano sugebą tai padaryti savarankiškai. Jie pasiremtų artimųjų ir įvairių institucijų darbuotojų pagalba.

Correlations Between Variables of Subjective and Objective Quality of life of Persons with Mental Impairments

SUMMARY

Aim of the work: to reveal the association between the objective quality of life and its subjective estimation by patients with mental disorders according to some indicators of quality of life specific to mental disorder.

The first part of the work reviews the main disorders and their psychological and social consequences, the definition and indicators of quality of life and its objective estimation, the influence of social, psychological factors and patient's condition on the subjective estimation of quality of life.

The second part contains questionnaire data collected from 95 adult patients during their stay at the hospital.

The respondents estimated their own health mostly as good, although the majority of them were long term patients with frequent readmissions, jobless due to their condition, and living on disablement allowances and social support. Some had irregular jobs or were engaged in some craft. Most of them resided with their relatives and estimated their living conditions as partially or rather satisfactory.

The respondents' social communication was limited to their nearest relatives and everyday needs. A few were regularly involved in community activities. Most patients were satisfied with their social communication, however participation in community activities did not respond to their expectations.

Most people with mental disorders believed they could go on their own in everyday life, however they had difficulties in contacting other people and keeping relations with them.

The respondents also believed that due to mental illness their life changed and its quality became poorer. They attributed themselves to unlucky people, nevertheless they considered their life in the whole satisfactory or good. They would like to modify their life, but just a few were convinced to be able to manage on their own.

They would like to be supported by their relatives and workers of various institutions.

PRATARMĖ

Šio darbo **tema** – *Sutrikusios psichikos asmenų subjektyviosios ir objektyviosios gyvenimo kokybės kintamųjų sąsajos* – pasirinkta todėl, kad **gyvenimo kokybė** – tai pastaruoju metu itin paplitęs terminas, skirtas apibūdinti bet kurio individo dvasinę, socialinę ir fizinę gerovę. Gyvenimo kokybę galima pavadinti esminiu asmens socialinės integracijos vertinimo kriterijumi. Ypač aktualu įvertinti ir siekti pagerinti neįgalių žmonių gyvenimo kokybę, nes sveikatos sutrikimai beveik visada paveikia ne tik fizinį, bet ir ekonominį, socialinį bei dvasinį sergančio žmogaus gyvenimą. Psichikos sutrikimai galbūt stipriausiai pakeičia juos turinčių asmenų bei jų artimųjų ir visos visuomenės gyvenimą. Dažniausios psichikos ligų pasekmės – sergančiųjų charakterio pasikeitimas (žemas savęs vertinimas, gebėjimo valdyti emocijas, įveikti nerimą, spręsti problemas ir konfliktus trūkumas) bei dėl to kylanti socialinė atskirtis, ekonominis smukimas, nedarbas. Taip daromas neigiamas poveikis įvairiems **objektyviems gyvenimo kokybės kriterijams**, kaip gyvenimo sąlygos, šeimos ir socialiniai santykiai, materialinė padėtis, dalyvavimas visuomenės veikloje, laisvalaikis (W.Anthony, M.Cohen., M.Farkas, 1998). Kita vertus, gyvenimo kokybė neretai apibrėžiama kaip **subjektyvi reakcija** į įvairią gyvenimo patirtį ar individualūs psichologiniai pasitenkinimo ir laimės poreikiai. Kalbant apie asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, subjektyvią gyvenimo kokybę, reikia pažymėti, kad neigiamas sutrikimų poveikis yra žymus ir ilgalaikis ne tik dėl asmens sveikatos būklės, bet ir dėl išlikusių socialinių veiksnių, tarp jų – stigmos ir diskriminacijos. Kitas aspektas įvertinant subjektyvią psichikos sutrikimų turinčių asmenų gyvenimo kokybę yra faktas, kad sunkūs psichikos ligoniai dėl blogų aplinkos sąlygų ir smarkaus lūkesčių sumažėjimo gali neadekvačiai vertinti savo gyvenimą (A.Germanavičius, 2003). Mokslinių darbų autoriai sutaria, kad tokių žmonių gyvenimo kokybės vertinimas turėtų remtis tiek subjektyviu ligonio požiūriu, tiek jo funkcinės būklės įvertinimu.

Taigi, nagrinėjant psichikos sutrikimų turinčių asmenų gyvenimo kokybę ir siekiant numatyti realius jos gerinimo būdus, reikia ne tik nustatyti objektyvios gyvenimo kokybės rodiklius – fizinę aplinką, pajamas, santykius, išsilavinimą, darbą ir kita, bet ir įvertinti juos, atsižvelgiant į kultūros, vertybių, požiūrių ir ideologijos poveikį.

Šio darbo **tikslas** – apibūdinti psichikos sutrikimus ir jų pasekmes bei atskleisti subjektyvios ir objektyvios gyvenimo kokybės sampratą ir jų sąsajas, taip pat ištirti, kaip tarpusavyje susijusi asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, objektyvi gyvenimo kokybė su subjektyviu pasirinktų gyvenimo kokybės rodiklių vertinimu.

1. ĮVADAS

1.1. Psichikos sutrikimų samprata ir ypatumai

1.1.1. Apibūdinimas ir sąvokos

Šiuolaikinis mokslas teigia, kad psichikos ir elgesio sutrikimai yra „genetika plus aplinka“ išdava, kitaip sakant, biologijos ir psichologinių bei socialinių veiksnių sąveikos padarinys. Prieš žmogui gimstant ir per visą jo gyvenimą genai ir aplinka sąveikauja. Šios sąveikos atlieka pagrindinį vaidmenį psichikos ir elgesio sutrikimų išsivystymui ir jų eigai (Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001).

Nors sergant psichikos ligomis simptomai būna labai įvairūs, sutrikimai apibūdinami kaip nenormalios mintys, emocijos, nenormalus elgesys ir santykiai su aplinkiniais. Įvairių šalių mokslininkai nevienodai apibūdina psichikos sveikatą. Minima subjektyvi gerovė, įsivaizduojamas asmens veiksmingumas, savarankiškumas, kompetencija, intelekto ir emocinių galimybių realizavimas bei kiti dalykai, tačiau visi sutinka, kad psichikos sveikata yra platesnė sąvoka nei psichikos sutrikimų nebuvimas.

Psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos dalis. Nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos – taip teigiama Pasaulio sveikatos pranešime.

Psichikos sveikata – tai:

- geros savijautos pojūtis, emocinė ir dvasinė būseną, kuri leidžia žmogui džiaugtis gyvenimo pilnatvę, bet taip pat išgyventi skausmą ir liūdesį. Psichikos sveikata – tai nėra vien psichikos ligos ar sutrikimo nebuvimas;
- gebėjimas užmegzti ir palaikyti abi puses tenkinančius asmeninius santykius;
- gebėjimas tvarkytis su sunkumais;
- gebėjimas išreikšti save tokiais būdais, kurie teikia malonumą pačiam individui ir aplinkiniams, gebėjimas pačiam daryti sprendimus ir už juos atsakyti.

Psichikos sutrikimas suprantamas kaip kliniškai pastebimos būklės, kurioms būdingi mąstymo, nuotaikos (emocijų) arba elgesio pakitimai, susiję su asmeniniu distresu ir/ arba sutrikusiu funkcionavimu. Žinoma, kad kai kurie sutrikimai lengvi, o kiti – sunkūs. Kai kurie trunka kelias savaites, o kiti gali tęstis visą gyvenimą.

Sutrikimas nėra vien nukrypimai nuo visuotinai priimtų normos, bet yra aiškiai nenormalus arba patologinis reiškinys. Vienas nenormalaus elgesio epizodas arba trumpas nenormalios nuotaikos laikotarpis nereiškia, kad jau sergama psichikos liga arba ryškėja elgesio sutrikimai.

Įvairių kultūrų atstovų skirtinga mąstysena ir elgesys gali turėti įtakos pasireiškiant psichikos sutrikimams, tačiau kultūriniai skirtumai nėra sutrikimų požymis. Nei socialiniai, nei religiniai ar politiniai įsitikinimai negali būti laikomi psichikos sutrikimų įrodymu.

Didžiausias dėmesys skiriamas keliems pagrindiniams sutrikimams, kurie bendruomenėms yra didelė našta ir paprastai kelia daug rūpesčių. Tai – depresiniai sutrikimai, sutrikimai vartojant psichoaktyvias medžiagas, šizofrenija, epilepsija, Alzheimerio liga, protinis atsilikimas ir vaikystės bei paauglystės laikotarpių sveikatos sutrikimai.

Depresiniai sutrikimai – jų atveju būdinga liūdna nuotaika, pasyvumas, prarandamas domėjimasis įvairia veikla. Kiti simptomai – pasitikėjimo savimi ir savęs vertinimo praradimas, mintys apie mirtį ir savižudybę, nesugebėjimas susikaupti, taip pat miego bei apetito praradimas. Depresija dažniau pasitaiko moterims negu vyrams. Depresiniai sutrikimai yra didžiulė našta visuomenei ir užima ketvirtą vietą tarp ligų, sukeliančių daugiausiai problemų.

Sutrikimai, atsirandantys vartojant psichoaktyvias medžiagas – tai sutrikimai, sukelti alkoholio, opiatų arba heroino, kanabinoidų vartojimo. Šių sutrikimų būklės – intoksikacija, žalingas vartojimas, priklausomybė ir psichoziniai sutrikimai. Žalingas vartojimas diagnozuojamas tada, kai pakenkiama fizinei arba psichinei sveikatai. Priklausomybės sindromas pasireiškia stipriu troškimu vartoti psichoaktyviąją medžiagą, sunkumu valdyti jos vartojimą, fiziologine abstinencijos būseną, nesidomėjimu alternatyviais pomėgiais, interesų neturėjimu ir medžiagos vartojimu, nepaisant daromos žalos sau ir kitiems (Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001). Dažnai kyla klausimų, ar sutrikimai, atsiradę vartojant psichoaktyvias medžiagas, yra tikri sutrikimai, ar juos reikėtų laikyti iškrypusiu elgesiu žmonių, kurie sąmoningai imasi žalingos veiklos. Nors sprendimas pradėti vartoti psichoaktyviąją medžiagą paprastai yra individualus, tačiau tolesnis vartojimas ir išsivysčiusi priklausomybė nėra sąmoningas individo sprendimas arba moralinio silpnumo pasekmė, o sudėtingų genetinių, fiziologinių ir aplinkos veiksnių derinio padarinys. Daugėja duomenų, kad priklausomybei nuo psichoaktyviųjų medžiagų įtakos turi neurocheminiai smegenų pakitimai, kurie sukelia daugelį esminių tos priklausomybės požymių. Priklausomybę nuo psichoaktyviųjų medžiagų reikėtų vertinti kaip lėtinę ligą bei socialinę problemą ir žiūrėti kaip į sudėtingą psichikos sutrikimą, kurio pagrindas gali būti smegenų funkcionavimas.

Šizofrenija – sunkus sutrikimas, paprastai prasidedantis vėlyvoje paauglystėje arba ankstyvame suaugusiame amžiuje. Jam būdingi esminiai mąstymo ir suvokimo sutrikimai bei nederamos emocijos. Gali ryškiai pakisti sergančiojo elgesys, o tai turi nepalankių socialinių pasekmių (Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001). Kitas šio sutikimo požymis – stiprus tikėjimas klaidingomis ir nerealiomis idėjomis (kliesiais). Šizofrenijos eiga būna įvairi, visiškai simptomai išnyksta ir pasveiksta maždaug trečdalis pacientų. Dažniau šizofrenijos eiga būna lėtinė ir remituojanti, su liekamaisiais reiškiniais ir nevisišku socialiniu pasveikimu. Net išnykus

akivaizdiems šio sutrikimo simptomams, gali likti liekamųjų reiškinių. Tai iniciatyvos stoka kasdieninėje veikloje ir darbe, socialinis neveiknumas ir nesugebėjimas domėtis malonia veikla. Šie simptomai gali sukelti užsitęsusių negalią, pabloginti gyvenimo kokybę, nemaža našta tenka ir sergančiųjų šeimoms.

Alzheimerio liga – tai pirminė degeneracinė smegenų liga. Jai būdingi progresuojantys kognityvinių funkcijų, t.y. atminties, mąstymo, suvokimo, skaičiavimo įgūdžių, kalbos, gebėjimo mokytis ir protauti, pablogėjimas. Demencija diagnozuojama tada, kai šis pablogėjimas pakankamai ryškus ir trikdo kasdienę asmens veiklą. Šia liga paprastai susergama po 65 metų.

Protinis atsilikimas – tai lėtesnės arba nevisiškos protinės raidos būseną, kuriai būdingas įgūdžių ir bendrojo intelekto sutrikimas pažinimo, kalbos ir motorinių bei socialinių gebėjimų srityje. Nors būdinga šio sutrikimo ypatybė yra sumažėjęs intelektinis funkcionavimo lygis, diagnozė nustatoma tik tada, jei mažą intelektą lydi sumažėjęs gebėjimas prisiderinti prie kasdienių normalios socialinės aplinkos reikalavimų. Protinis atsilikimas – didelė našta individui ir jo šeimai. Jei atsilikimas yra sunkus, individui reikalinga pagalba kasdienėje veikloje ir priežiūra.

Vaikystės ir paauglystės laikotarpio sveikatos sutrikimai – skiriamos dvi didelės vaikams ir paaugliams būdingų sutrikimų kategorijos: psichologiniai raidos sutrikimai ir elgesio bei emocijų sutrikimai. Kadangi vaikystė ir paauglystė yra raidos stadijos, sunku nustatyti aiškias ribas tarp reiškinių, kurie yra normalios raidos dalis, ir pataloginių reiškinių. Dėl to kyla tam tikrų veiklos sutrikimų, tačiau tik vienas iš penkių sergančių gauna reikalingą pagalbą.

Buvo sukurta keletas sunkios **psichikos negalios apibrėžimų**, vėliau prieita vieningos nuomonės. Autoriai asmenis, turinčius sunkią psichikos negalią, apibūdina remdamiesi diagnozės ir jos trukmės sąvokomis. Remiantis jų duomenimis nuo 1,7 iki 2,4 milijonų žmonių turi sunkią psichikos negalią. Terminas „sergantis lėtine psichikos liga“, vartojamas apibūdinant žmogų, sergantį sunkia psichikos liga, esant ilgalaikiai vidutinio arba sunkaus laipsnio negaliai (A. Dembinkas, 2003).

Psichiatrijos praktikoje yra nustatyta ir apibrėžta asmens, sergančio lėtine psichikos liga, būklė:

1. Sunki negalia dėl psichikos ligos (asmenys turi atitikti bent vieną iš šių kriterijų):

- Daugiau nei vieną kartą gyvenime buvo suteikta aukštesnė nei pirminio lygio pagalba – buvo dalinė arba stacionarinė hospitalizacija.
- Bent vieną kartą, ne trumpiau kaip dvejus metus asmuo buvo nuolat išlaikomas internatinio tipo įstaigoje (ne ligoninėje).

2. Sutrikęs vaidmens atlikimas – asmenims ne trumpiau kaip dvejus metus, nuolat arba protarpiais išlieka būdingi mažiausiai du iš šių kriterijų:

- Jie yra bedarbiai arba dirba specialiose dirbtuvėse, arba jų įgūdžiai labai menki ir prasta darbo anamnezė.
- Jiems reikalinga valstybės finansinė parama išlaikyti ne ligoninėje.
- Jie nepajėgia be kitų pagalbos išsirūpinti tokią paramą.
- Jie visiškai nesugeba sukurti ir išlaikyti asmeninės socialinės paramos sistemos.
- Jiems reikalinga pagalba asmeniniame gyvenime.
- Jie pasižymi netinkamu socialiniu elgesiu, reikalingu psichikos sveikatos ir/ arba teisėsaugos tarnybų įsikišimo.

Medicinos praktikoje naudojami specifiniai terminai įvairioms sergančiųjų būklėms apibūdinti.

Bendras lėtinės ligos apibrėžimas – sutrikimai ir nukrypimai nuo normos, turintys bent vieną iš šių charakteristikų: nepraeina, palieka neįgalumą, yra sąlygoti negrįžtamų patologinių pokyčių, reikalauja specialios reabilitacijos, ilgalaikės priežiūros, stebėjimo arba globos.

Remisija (lot. remissio – sumažėjimas, susilpnėjimas) – laikinas liguistų reiškinių išnykimas: psichinė veikla iki galo nesugrįžta (Trumpas psichiatrijos terminų žodynas, 1996).

Neįgalumas – dėl asmens kūno sandaros ir funkcijų sutrikimo bei nepalankių aplinkos veiksnių sąveikos atsiradęs ilgalaikis sveikatos būklės pablogėjimas, dalyvavimo visuomenės gyvenime ir veiklos galimybių sumažėjimas (Invalidų socialinės integracijos įstatymas, 1991).

Pacientas – psichikos ligonis ar kiekvienas kitas asmuo, kuris naudojami psichikos sveikatos priežiūra (Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas).

Dekompensacija – yra psichikos sutrikimo paūmėjimas, sutrikus psichikos adaptacijai ir gynybos mechanizmams (Trumpas psichiatrijos terminų žodynas, 1996).

Paminėtini ir keli terminai, plačiai vartojami kalbant apie psichosocialinę reabilitaciją. Tai psichikos ligonių **resocializacija**. Daliai ligonių, ilgesnį laiką gydantis ir gyvenant ligoninėje, nutrūksta socialiniai ryšiai, jie neturi būsto. Pacientai patologiškai prisitaiko prie ligoninės aplinkos. Atsiranda išsirašymo baimė, nepasitikėjimas savo jėgomis, pasidavimas nepageidaujamai aplinkinių ligonių įtakai. Galimybę išrašyti sergantįjį šizofrenija po 2 praleistų ligoninėje metų sudaro tik 6-7 % (A.Dembinskas, 2003). Šiuo atveju labai svarbu nustatyti, kada ir kur taikyti reabilitacines priemones, skirtas grįžimui į visuomenę.

Vartojamas ir terminas **readaptacija**. Kalbama apie gebėjimo prisitaikyti atkūrimą, turint galvoje ligos pakeisto asmens prisitaikymą aplinkoje. Kai kurių šalių specialistai dar vartoja **normalizacijos** terminą. Normalizacijos principas taikomas asmenims, nuo ankstyvo amžiaus turintiems defektą, šiuo atveju psichikos.

Neseniai paplito terminas **gyvenimo kokybė**. Gyvenimo kokybės vertinimas leidžia suprasti individo padėties gyvenime suvokimą jo kultūros ir vertybių sistemos kontekste, santykyje su jo lūkesčiais ir interesais.

1.1.2. Psichikos sutrikimų pasekmės

Pasaulinės Sveikatos Organizacijos pranešime *Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis* (2001) pabrėžiama, kad psichikos sveikata yra taip pat svarbi, kaip ir fizinė sveikata, siekiant užtikrinti visų žmonių, visuomenės ir visų šalių gerovę. Šiuolaikiniame pasaulyje – mokslo ir žinių visuomenėje – jau žinoma, kad psichikos sutrikimams įtaką daro biologiniai, psichologiniai ir socialiniai veiksniai, kad sutrikimo pagrindas yra žmogaus smegenyse, kad nuo šių sutrikimų kenčia įvairaus amžiaus visų šalių žmonės ir kad psichikos sutrikimus galima diagnozuoti ir gydyti. Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad psichikos sutrikimų turintys asmenys turi ir privalo turėti galimybę gyventi visavertį gyvenimą.

Deja, psichiškai neįgalūs asmenys dėl sunkių sutrikimų pasekmių dažnai negali kitiems žmonėms įprastais būdais pasiekti dalyvavimo visuomeniniame gyvenime ir negali patys kontroliuoti savo likimo, ateities. Psichikos sutrikimų sukelta sergančiųjų **stigmatizacija** yra išsišaknijusi likusios visuomenės dalies sąmonėje. Stigma ir ligos pasekmės kliudo asmenims su psichikos negalia tapti visaverte visuomenės dalimi – tenkinti savo poreikius, gerinti gyvenimo kokybę. Supančio pasaulio aiškinimas ir vertinimai remiasi žmonių nuostatomis, kurios formuojasi visą gyvenimą. Nuostatomis pradėdama vadovautis, susidūrus su tam tikrais žmonėmis ar įvykiais.

Išankstinės neigiamos nuostatos įtakoja elgesį, pažeidžiantį kokios nors specifinės grupės ar tos grupės atstovo teises – tai įvardijama kaip **diskriminacija**. Diskriminacija pavojinga tuo, kad gali tapti visuomeniniu reiškiniu. Viena iš diskriminacijos atmainų – **neįgaliųjų diskriminacija** – pasireiškia, kai pažeidžiamos žmonių teisės dėl jų fizinės negalios, psichinės negalios arba priklausomybės (D.Gailienė, 2002).

Segantieji psichikos ligomis aplinkiniams asocijuojasi su tam tikrais įsitikinimais. Pasaulinė psichiatrių asociacija kūrė programą prieš stigmatizavimą ir diskriminavimą dėl šizofrenijos – vienos pagrindinių psichikos ligų. Tyrimo metu nustatyta plačiai paplitusi nuomonė dėl šios ligos:

- nuo šizofrenijos nepagyjama,
- sergantys žmonės būna pavojingi ir agresyvūs,
- sergantieji yra tingūs ir nepatikimi,
- viskas, ką kalba sergantysis, yra nesąmonė,
- sergantys žmonės nepajėgia daryti protingų sprendimų, susijusių su gyvenimu,
- sergantys žmonės yra nenuspėjami,

– sergantiems žmonėms negalima dirbti (Warner, 2003).

Žmonėms, turintiems psichikos sutrikimų, daugiau nei kitiems kyla **bendravimo sunkumų** dėl įvairių priežasčių: asmenybės psichinių ir socialinių nuokrypių, atsiradusių dėl ligos, jų susvetimėjimo visuomeniniame gyvenime, atsirandančio dėl priverstinės izoliacijos sergant, gydantis ligoninėse, taip pat šių žmonių stigmatizavimo ir diskriminacijos. Didžiojoje, santykinai sveikojoje, visuomenės dalyje dar vyrauja klaidingos pažiūros apie sutrikusios psichikos asmenis.

Aplinkos požiūris į psichikos ligonius negali skatinti visavertės komunikacijos, kai sergantys žmonės nuolat susiduria su susvetimėjimo elementais – gyvenimo beprasmiškumu, bejėgiškumu, aplinkos nenormalumu, atitolimu nuo kitų žmonių ir nuo darbo. Bendrauti asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, trukdo dėl išankstinio neigiamo požiūrio į juos atsirandantis nuobodulys, tikslo nebuvimas, apatija, jausmų atbukimas. Šie bruožai savo ruožtu skatina psichikos ligonių **elgesio pasikeitimą**.

Gali pasireikšti šių žmonių:

1) **agresyvus elgesys** – tai siekimas patenkinti savo poreikius, žeminant kitus ir ignoruojant jų poreikius bei teisėtus reikalavimus. Nors agresyviai besielgiantis žmogus taip gina savo interesus, tai rodo nepasitikėjimą savimi. Agresorius neretai nuteikia prieš save kitus žmones, kurie gali atsilyginti jam tuo pačiu (Matulienė, 2005);

2) **nepasitikintis savimi elgesys** – tai savo poreikių, jausmų, nuomonės slėpimas, bijant likti nesuprastu, pažemintu, atstumtu. Toks žmogus bendraudamas su viskuo sutinka, ignoruoja savo jausmus, nusižemina. Vengdamas skaudinti kitą, jis skaudina save.

Kad patys psichikos ligoniniai nesitaikstytų su savo ligos stereotipu, išvengtų nepasitenkinimo gyvenimu, ribotų socialinių ryšių, galėtų realizuoti savo poreikius ir taptų visaverčiais visuomenės nariais, būtina mažinti psichikos ligonių stigmą ir didinti tolerantišką visuomenės požiūrį į psichikos ligonius. Pokyčiai šiuolaikinėje visuomenėje jau vyksta – yra žinoma, kad jaunesni ir labiau išsilavinę žmonės paprastai esti pakantesni, taip pat ankstesnis bendravimas su sergančiu asmeniu, to asmens gyvenimo sąlygų pažinimas sumažina stigmą ir pavojingumo baimę (Warner, 2003).

Be psichologinio pobūdžio pasekmių psichikos sutrikimai visada daro ir **ekonominį – socialinį poveikį**. Psichikos negalią turintiems klientams būdingi silpni ir paviršutiniai santykiai su šeimos nariais, nedidelis draugų skaičius, ilgi nedarbo laikotarpiai, ekonominės padėties silpnumas. Daugeliui būdingas skurdas, socialinis smukimas, kuris stiprina nepilnavertiškumą, vienišumą, tolesnę dezadaptaciją. Psichikos negalios problema atsiranda, kai yra pažeisti žmogaus ryšiai su aplinka ir visuomene. Šiai grupei reikalinga ir rehabilitacija, ir socialinė integracija (W. Anthony, M. Cohen., M. Farkas, 1998).

Psichikos sutrikimų ekonominis poveikis yra platus, ilgalaikis ir didžiulis. Dėl šių sutrikimų individai, jų šeimos ir visos bendruomenės turi išlaidų. Ekonominės naštos komponentai

yra tokie: sveikatos ir socialinių tarnybų reikmės, prarastas darbas ir sumažėjęs produktyvumas, poveikis šeimoms ir globėjams, nusikalstamumo ir visuomenės saugumo lygis, neigiamas ankstyvo mirtingumo poveikis.

Svarbus ypatumas – chroniška kai kurių psichikos sutrikimų prigimtis. Šiuo požiūriu medicininiai poreikiai nenuspėjami. Daugelis sveikatos problemų sukelia nepriteklių, o ilgalaikiai psichikos sutrikimai yra ypač glaudžiai susiję su negalėjimu dirbti, taigi su pajamų neturėjimu (Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001).

Asmenų, turinčių sunkių psichikos sutrikimų, nepatenkinti esminiai socialiniai ir funkcionavimo poreikiai lemia **prastą gyvenimo kokybę**. Psichikos ir elgesio sutrikimai smarkiai pakeičia sutrikusios psichikos asmenų ir jų šeimų gyvenimą. Nors visos problemos ir kančios yra neišmatuojamos, svarbu yra vertinti jų poveikį gyvenimo kokybei. Gyvenimo kokybės rodiklis apskaičiuojamas pagal individo subjektyvų įvairių gyvenimo sričių vertinimą ir tokiu būdu yra apibendrinamas simptomų ir sutrikimų poveikis jo/jos gyvenimui. Gyvenimo kokybę veikia ne tik sunkūs psichikos sutrikimai (Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001); nerimas ir panikos priepuoliai taip pat turi didelį poveikį, ypač žmogaus psichologiniam stabilumui (Kabanov, 1985).

Pasitelkiant įstatyminę bazę, specialistų ugdymą, kuriamos prielaidos **psichikos sutrikimų turinčių asmenų reabilitacijai**, kuri apima tiek bendravimo įgūdžių atstatymą, tiek integraciją į aplinką. Laikomasi nuomonės, kad žmogus suserga visuomenėje ir nuo savo ligos gali būti išgydytas tik visuomenėje (Kabanov, 1980). Asmenybė susiformuoja socialiai bendraujant, o šio bendravimo aspektai labai įvairūs – tai santykis su savimi, požiūris į savo poelgius, profesinę veiklą, kultūrinės vertybes. Santykio su išvardytais dalykais keitimas yra labai svarbus asmenų su sutrikusia psichika socializacijai ir resocializacijai. Tai įgyvendinti galima sutelkus bendras ligonio ir specialistų pastangas, kryptingai veikiant visas gyvenimo sferas – profesinę, psichologinę, šeimyninę, lavinimosi, visuomeninę ir laisvalaikio užimtumo.

Greita psychosocialinės reabilitacijos plėtotė pagrįsta duomenimis apie šių paslaugų poreikį (Anthony, 1997). Sutrikusios psichikos asmenų reabilitacija – pagrindinė integracijos į visuomenę prielaida. Valstybės skatinamos kurti programas, apimančias svarbiausių individų sugebėjimų ugdymą, gerinant pažeistos funkcijos veiklą. Nurodoma, kad visi neįgalieji, reikalingi reabilitacijos, turi ją gauti. Pats klientas turi dalyvauti, planuojant ir skiriant reabilitacines priemones. Šios priemonės turi būti prieinamos vietos bendruomenei, kurioje gyvena asmuo su psichikos negalia.

Be abejo, psychosocialinės reabilitacijos efektyvumas priklauso nuo šių metodų teikiančių specialistų gebėjimo perimti naują požiūrį, įgyti reikiamų žinių ir įgūdžių. Labai svarbios programų, kuriose šie metodai taikomi, struktūros ir teikiamų paslaugų reglamentavimo sistemos ypatybės (Anthony, 1997).

Labai svarbus psichikos neįgaliųjų integracijos į visuomenę komponentas yra šių asmenų **priežiūros, gydymo ir psichosocialinių intervencijų tęstinumas**. Tai reiškia, kad reabilitacinės priemonės neįgaliesiems turi būti taikomos nenutrūkstamai, siekiant atkurti ankstesnę jų padėtį arba padidinti išlikusius sugebėjimus. Sutrikusios psichikos negalios klientams tai reikštų ilgalaikę, nenutrūkstančią reabilitaciją bendruomenėje, stacionaraus gydymo institucijoje bei šeimos paramą ir įsitraukimą.

1.2. Objektivos gyvenimo kokybės samprata

Kiekvienas daugiau ar mažiau įsivaizduoja, kas jam ar jai yra geras gyvenimas, tačiau nėra lengva rasti šios sąvokos apibrėžimą. Paskutiniaisiais dešimtmečiais labai paplito terminas **gyvenimo kokybė** (quality of life), pabrėžiantis, kad, nors susirgus gyvenimas ir pasikeičia, jis turi būti kokybiškas. Gyvenimo kokybė – individo padėties gyvenime suvokimas jo kultūros ir vertybių sistemos kontekste, pagal santykį su jo tikslais, lūkesčiais ir interesais (A. Dembinskas, 2003).

Mokslinėje literatūroje gyvenimo kokybė – tai ekonomikos, sociologijos ir politologijos sąvoka, apimanti žmogaus dvasinę (emocinę), socialinę ir fizinę gerovę. Su sveikata susijusi gyvenimo kokybė yra vertinama pagal įvairius kriterijus, tačiau beveik visada įtraukia visus šiuos tris žmogaus gerovės aspektus.

Dažniausiai gyvenimo kokybė vertinama naudojant atitinkamus klausimynus. Gyvenimo kokybės analizė yra vertinga siekiant palyginti ir įvertinti tam tikrų su sveikata susijusių būklių įtaką visuomenės gerovės aspektams tiek vertinant paties žmogaus požiūriu, tiek pagal tai, kokios pagalbos jam reikia. Šie įvertinimai reikalingi ir sveikatos ekonomikos srityje.

Gyvenimo kokybės (GK) terminas su sveikata buvo pradėtas sieti po 1948 m., kai PSO pateikė svarbią konceptualią reikšmę iki šiol turintį sveikatos apibrėžimą: „Sveikata yra visapusiškai fizinė, dvasinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligų ar negalavimų nebuvimas“.

Bergsma ir Engel'as pažymi, kad gyvenimo kokybės sąvoka kaip kriterijus gali būti naudojamas keturiais lygmenimis:

1. Makrolygis – gyvenimo kokybės sąvokos naudojimas priklauso nuo toje visuomenėje vyraujančių moralinių normų.
2. Mezolygis – tai ligoninės su savo vidiniais procesais bei sąryšiu su aplinka, taip pat žmogaus savo socialinėje aplinkoje.
3. Personalinis lygis – tai asmeninis situacijos ir aplinkybių įvertinimas, grynai individualus tiek paciento, tiek gydytojo sveikatos, ligos, pasveikimo, kančios suvokimas. Ką žmogui reiškia kokybiškas gyvenimas ir kokį kokybės lygį jis pasirinko, priklauso nuo Personalinio lygio (Bergsma J., Engel G.L. 1988).

4. Ketvirtas (fizinio aktyvumo) lygis – toks, kuriame stebima ir skaičiuojama ar žmogus gali pats pavalgyti, sėdėti, vaikščioti, dirbti. Šie skaičiavimai turi didelę įtaką priimant sprendimus makro ir mezo lygiuose.

Psichiatrija seniai kreipė dėmesį į nemedicininis ligos aspektus, tokius kaip pacientų prisitaikymas, sugebėjimas užimti tam tikrą padėtį visuomenėje, tačiau tai nebuvo įvardinta gyvenimo kokybe, tai įrodo, kad gyvenimo kokybės tyrimų srityje psichiatrija kiek atsilieka.

Problemiška yra tai, kad skalėse, matuojančiuose socialinį funkcionavimą, pasitenkinimą gyvenimu yra teiginiai ar klausimai, kuriuos galima vertinti kaip psichopatologinius simptomus, būdingus depresijai, nerimui ar net kaip negatyvius šizofrenijos simptomus. Be to, subjektyvūs vertinimai tampa problemiški, nes psichiatrijoje jie gali būti iškreipti – tai afekto būsenos sąlygotos klaidos (Konferencija „Destigmatizacija psichiatrijoje – problemos ir sprendimai“ tezių rinkinys, 1999). Psichinės būklės sąlygotų klaidų tikimybei sumažinti svarbu, kad subjektyvus pasitenkinimas gyvenimu būtų matuojamas daugelyje gyvenimo sričių, tokių kaip darbas, mokymasis, laisvalaikis, socialiniai santykiai, palaikymas, taip pat aktualu, kad paciento gyvenimą ar atskiras jo dalis įvertintų ir artimas žmogus, ir gydytojas (Konferencija „Destigmatizacija psichiatrijoje – problemos ir sprendimai“ tezių rinkinys, 1999).

Pasak G.Daubaro (2004), sutrikus emocinei ir socialinei darnai, blogėja gyvenimo kokybė. Tada blogėja nuotaika, prasideda nemiga, mažėja energija, jaučiamas silpnumas, silpsta socialiniai interesai, nerealizuojami lūkesčiai.

Yra naudojami įvairūs **objektyvūs gyvenimo kokybės indeksai**, jie populiariausi Amerikoje. Butters centro bei Erables instituto gyvenimo kokybės indeksas susideda iš tokių kintamųjų:

1. Komunikacija (bendravimas, informacija).
2. Savarankiškumas.
3. Tapatumas.
4. Laisvė (J. Ruškus, 2002).

J.Ruškus (2002) teigia, kad gyvenimo kokybės principas paremtas idėja, jog negalima atsieti **neįgaliųjų gyvenimo kokybės** nuo kitų visuomenės narių gyvenimo kokybės sampratos.

Neįgaliųjų gyvenimo kokybę rodo tokie kintamieji:

- Sveikata: fizinės ir psichinės sveikatos būklė.
- Psichikos būklė, protinis sutrikimas.
- Individo materialinė padėtis.
- Gyvenimo sąlygos: aplinkos ypatybės, jų tinkamumas individui.
- Šeima: šeimos įtaka individui.
- Socialiniai santykiai: socialinės pagalbos (emocinės ir materialinės) būklė, socialinė –

emocinė tiriamojo patirtis, tarpusavio santykių įstaigoje kokybė.

- Poilsis, kūryba: laisvalaikio veiklos kiekybė ir būdas arba kūrybinė veikla.
- Dalyvavimas bendruomenės veikloje, dalyvavimo kiekybė, būdas arba profesinė /darbinė veikla už institucijos ir joje.
- Religija: formalus (privalomas) ar laisvas religijos praktikavimas arba dvasinė veikla.
- Savęs vertinimas, subjektyvi gerovė: psichinė, subjektyvi individo būseną, apimanti bendrą savęs vertinimą, pasitenkinimą savo būtimi; optimizmas ir požiūris į gyvenimą.
- Individualių poreikių vertinimas.

Matyti, kad gyvenimo kokybė – esminis socialinės integracijos vertinimo kriterijus.

Kalbant apie su sveikata susijusią gyvenimo kokybę, reikia pasakyti, kad **sveikata** – tai ne gyvenimo tikslas, bet kasdieninio gyvenimo pamatas. Sveikata – tai mūsų gyvenimo tikslo pasiekimo prielaida. Sveikata nėra problemiška ar laiminga būseną. Tai gebėjimas prisitaikyti prie gyvenimo sąlygų, galimybė žmogui, galinčiam panaudoti savo fizinę, psichinę, dvasinę, kultūrinę ir socialinę pajėgumą, jas išsaugoti ir plėtoti. Pagrindinės sveikatos prielaidos yra gyvenamoji patalpa, išsilavinimas, maistas, galimybė palaikyti patenkinamą gyvenimo kokybę.

Anot R.Carter (2002), turime pripažinti, kad žmogaus sveikatą visų pirma lemia **psichikos sveikata**. Psichikos sveikata yra kiekvieno asmens sveikatos sudedamoji dalis.

Pagal daugelį tyrinėtojų, žmonių gerovė glaudžiai susijusi su jų sveikata. Vienas iš svarbiausių gyvenimo kokybės komponentų yra fizinė ir psichinė sveikata. Gera sveikata – tai svarbi prielaida socialiniam ir asmeniniam vystymuisi, reikšmingas kokybiško gyvenimo sąvokos matmuo. Politiniai, ekonominiai, socialiniai, kultūriniai, aplinkos, elgesio ir biologiniai veiksniai gali arba pridėti sveikatos, arba jai kenkti. Aktyviai stiprinant sveikatą, siekiama šiuos veiksnius padaryti kuo palankesnius (A.Vesterdal, 1998).

Pasaulinė sveikatos organizacija žmogaus sveikatą apibrėžia taip: sveikata – tai fizinė, psichinė ir socialinė gerovė, o ne tik ligos ar negalios nebuvimas (A.Vesterdal, 1998). Kalbant apie psichikos sveikatą, taip pat neapsiribojama vien tuo, kad yra ar nėra psichikos sutrikimų simptomų. Psichikos sveikatos apibūdinimas apima tris svarbius aspektus:

1. Nėra matomų, ryškių psichikos sutrikimo požymių.
2. Žmogus turi jėgų rezervą, kuris leidžia jam įveikti stresus ir sunkumus.
3. Esama pusiausvyros tarp žmogaus ir jį supančio pasaulio, harmonijos tarp žmogaus ir aplinkos, kurioje jis gyvena.

Psichinę sveikatą nulemia tokie psichologiniai veiksniai:

- Sveikatai palankus elgesys.
- Žinios, įsitikinimai, nuostatos apie sveikatą.

- Gydomo, sveikimo sąlygos bei pačių ligonių ir aplinkinių elgesys, kuris gali padėti ar kliudyti.
- Pastangos net turint negalią gyventi turiningą gyvenimą.

Pagrindiniai dalykai, kurių stokojama gerinant psichinę sveikatą, yra psichikos sutrikimų turinčių asmenų žemas savęs vertinimas, orumo, gebėjimo valdyti emocijas, įveikti įtampą, nerimą, konfliktų ir problemų sprendimo įgūdžių trūkumas. Išgyvendamas savo charakterio sunkumus ar susidurdamas su gyvenimo sunkumais, žmogus nesugeba konstruktyviai jų įveikti, puola į neviltį, nuvertina save, tampa agresyvus (D.Gailienė, L.Bulotaitė, N.Sturlienė, 2002).

Jeigu sudaroma tinkama stimuliuojanti aplinka, kurioje akcentuojama tai, ką žmonės gali, o ne tai, ko jie negali, paprastai galima pasiekti kiekvieno individo jam įmanoma optimalią protinę ir emocinę būseną. Paskatų stokojant, psichikos sutrikimų turinčio žmogaus padėtis gali labai pablogėti ir padaryti pastebimą įtaką gyvybinėms veikloms (N.Roper ir kt., 1999).

Psichikos sutrikimų turinčių žmonių sveikatos būklė, fizinis pajėgumas, darbingumo trukmė didžia dalimi priklauso nuo ligos ypatumų. Labai svarbu, kaip pats žmogus jaučiasi, kaip vertina savo sveikatą, savo pajėgumą, ar sugeba džiaugtis gyvenimu, prisitaikyti prie kintančios aplinkos, išlaikyti fizinę, psichinę, dvasinę, emocinę galią. Pagrindinės psichikos sutrikimų turinčių asmenų sveikatos mokymo kryptys yra kelios:

- Žalingų priklausomybių (rūkymo, alkoholio) prevencija.
- Sveika mityba ir burnos higiena.
- Fizinis aktyvumas ir grūdinimas.
- Streso kontrolė (psichikos sveikatos stiprinimas).
- Sveika ir saugi aplinka, asmens higiena.
- Sveikas lytinis gyvenimas (D.Šniukaitė, 1998).

Psichologinių sutrikimų atsiradimą lemia tai, ar žmogus įstengia realizuoti savo galimybes ir patenkinti savo esminius poreikius. Žmonių gyvenimo kokybė priklauso nuo jų sugebėjimo tenkinti svarbiausius poreikius. Kuo geriau tenkinami žmogaus poreikiai, tuo asmenybė sveikesnė. Negalima pamiršti, kad psichikos sutrikimų turintiems asmenims būdingi visi sveiko žmogaus poreikiai (D.Gailienė, 2002). Poreikis yra tai, ko reikia žmogui pagrįstai funkcionuoti tam tikroje situacijoje.

Svarbus vaidmuo gerinant neįgaliųjų gyvenimo kokybę tenka ir medikamentiniam gydymui, kuriuo siekiama numalšinti ligos simptomus, slopinti patologiją. Gydant sumažėja kai kurių ligos simptomų ryškumas, reikia mažiau fizinių suvaržymų, neįgalieji daugiau laiko turi įvairioms terapinės veiklos formoms. Daugelis psichiškai neįgalių asmenų vis dėlto nėra reabilituojami net ir gydant medikamentais (W.Anthony, M.Cohen, M. Farkas,1998). Vaistai ligos

neišgydo, ir jų šalutinis poveikis iš tikrųjų nemalonus, tačiau vaistus gerdami žmonės gali patys savimi rūpintis, o to negalėtų, jeigu tokių vaistų nebūtų (C.Suton, 1999).

Svarbi gyvenimo kokybės prielaida – **bendravimas** – tai viena universaliausių vertybių. Iš visų žmogaus savybių gebėjimas bendrauti yra pats svarbiausias. Tik bendraudami žmonės gali ugdyti kitus ir tobulinti save, mokytis, padėti kitiems ir ieškoti pagalbos bei paramos sau. Be bendravimo neįmanomas joks profesinis pasirengimas bei tobulėjimas, negalima jokia kuriamoji veikla. Kai bendravimas pasunkėjęs, gyvenimas tampa sudėtingas, iškyla daug sunkumų ir problemų (R.Želvys, 1995).

Sergant psichikos liga tarpusavio kontakto pusiausvyra neretai yra sutrikusi, tačiau bendri bendravimo principai tinka ir šioje situacijoje (V.Keturakis, 2004). Dar 1960 metais savo klasikiniam darbe Berlo pasiūlė bendravimo modelį, kurį sudaro keturi skirtingi komponentai:

1. Siuntėjas.
2. Informacija.
3. Kanalas.
4. Priėmėjas.

Bendravimas atsiranda, kai vienas žmogus (siuntėjas) turi informaciją, kurią jis per tam tikrą informacijos priemonę (kanalą) pasiunčia, o ją gauna priėmėjas ir siunčia grįžtamąją informaciją žinios siuntėjui.

Apskritai naudojami du bendravimo kanalai: “ žodinis (verbalinis) ir nežodinis (neverbalinis). Žodinį bendravimą sudaro ištarti ir parašyti žodžiai, o nežodinį - parakalba ir kinetika” (W.Roper,W.Logan, A. J.Tierney, 1999).

Žmonės su negalia patiria negatyvių dalykų, kurie formuoja jų gyvenimą ir požiūrį bei troškimą būti tarp kitų. Todėl jie gali nepasitikėti kitais ir nenoriai bendrauti, apsiribodami būtiniaisiais gyvenimiškais santykiais. Žmogaus bendravimo būdas labai priklauso nuo jo gyvenimiškos patirties. Jis išmoksta būti piktas ir agresyvus, prieštaraujantis ir nuolankus. Tokia patirtis lemia sutrikusį savivaizdį, menką pasitikėjimą savimi ir bendravimo spragas. “Žmonės, negalėdami efektyviai bendrauti, kartais ima keistai elgtis. Kai kurie žmonės užsidaro tiek, kad rodos net atsisako bendrauti. Jei niekas neįsikiša, tokie žmonės vis labiau užsisklendžia savyje” (C.Cymru, 2000).

Polinkį izoliuotis galima sumažinti šiais būdais:

1. Ugdant gebėjimą bendrauti.
2. Skatinant užmegzti kontaktus ir atsakyti į kitų iniciatyvą.
3. Skatinti reikšti savo jausmus, pratintis prie intensyvesnio socialinio kontakto.
4. Organizuojant veiklą, skatinančią bendravimą (A.Ališauskas, 2002).

Daugelis tyrinėtojų teigia, kad bendravimo su neįgaliu asmeniu problemiškas, kurį jaučia kiekvienas, yra šio asmens skirtingumas, faktas, kad jis yra kitoks (J.Ruškus, 1997).

Bendravimo sutrikimai – tai ne vien neįgalių žmonių ar bendravimo su neįgaliais asmenimis nesklandumai. Tokių sutrikimų būna ir tarp didelių socialinių grupių: nesusipratimai dėl situacijų, viešosios nuomonės, kitur, kur susiduria motyvai, poreikiai, interesai. Taigi, bendravimas ir bendravimo sutrikimai yra įvairialypiai ir sudėtingi žmogaus būties procesai.

Dėl psichikos bei kitų kognityvinių sutrikimų tokių asmenų bendravimas yra specifiškas, keliantis aplinkiniams neigiamas emocijas. Komunikacinis bendravimo aspektas glaudžiai siejasi su informaciniu, pasižyminčiu daugybe problemų, su kuriomis neretai susiduria psichikos sutrikimų turintys asmenys. Jiems ne tik sunku tiksliai perduoti norimą informaciją (dėl mąstymo, atminties, suvokimo, planavimo, valingos veiklos, kartais motorikos sutrikimų), bet ir ją priimti bei adekvačiai suprasti. Bendravimas tampa neefektyvus, traumuojantis visus jo akte dalyvaujančius žmones, nes efektyviam bendravimui būdinga: a) pasitikėjimas pašnekovu; b) geranoriška nuostata į pašnekovą; c) teigiamas požiūris į pašnekovą ir jo perduodamą informaciją; d) savo identiteto išlaikymas; e) empatija. Taigi, dėl bendravimo ypatumų, aplinkinių reakcijų psichikos sutrikimų turintys žmonės gali būti socialiai izoliuoti. Tai nereiškia visiškos izoliacijos (priverstinio atskyrimo nuo žmonių), tačiau net ir dalinė izoliacija sutrikdo neįgalaus asmens dvasinę pusiausvyrą, provokuoja neigiamas atsakomąsias reakcijas ir neigiamai veikia gyvenimo kokybę (L.Radzevičienė, 2003).

Dėl minėtų priežasčių visuomenėje vystosi tam tikros grupės asmenų **diskriminacija ir stigmatizavimas**. Įsitvirtinusi, nuolatinė ir sunkiai keičiama nuostata vadinama *stigma* – žyme, ženklu. Neigiamos nuostatos stigmatizacija ir elgesio stereotipizavimas sutrikusios psichikos asmenų atžvilgiu yra didžiausi. Dėl elgesio adaptavimo stokos, socialinių santykių neadekvatumo, emocijų sutrikimo, savikontrolės susilpnėjimo jiems sunku užmegzti ir palaikyti tolygius santykius šeimoje, bendruomenėje, su bendradarbiais, darbdaviais. Nenormalus kito asmens (šiuo atveju psichikos ligonio) elgesio ar verbalinis veiksmas dažniausiai sukels aplinkinių neigiamą elgesio, taip pat verbalinio elgesio, reakciją.

Neigiamo atspalvio stigma skatina stereotipinius elgsenos veiksnius: nepriėmimą į darbą, baimę, kad sutrikusios psichikos žmogus neapsigyventų kaimynystėje, vengimą dirbti vienoje patalpoje ir t.t.

Pastaraisiais metais terminas *diskriminacija* ypač paplito žmogaus teisių ir visuomeninio gyvenimo praktikoje. Ji dar vadinama *socialine diskriminacija*, tačiau dažnai vartojama be papildomo žodžio socialinė. *Diskriminacija* (socialinės diskriminacijos reikšme) – tai jau ne paprastas kito asmens menkinimas, o aktyvūs lygių galimybių (žmogaus teisių) pažeidimo veiksniai, kliuvinių sudarymas ar šališkumas mokantis, įsidarbinant, dirbant ir dalyvaujant asmenims, kurie vienaip ar kitaip skiriasi nuo dominuojančios grupės.

Taigi, žmonės, turintys psichikos sutrikimų, susiduria su išankstiniu aplinkinių neigimu nusistatymu (stigma) bei didelėmis kliūtimis, trukdančiomis jiems naudotis pagrindinėmis žmogaus teisėmis. Netekę vienos svarbiausių teisių - teisės į darbą, asmenys, turintys psichikos sutrikimų ar proto negalią, visą gyvenimą lieka priklausomi, skursta, patiria socialinę atskirtį, praranda pasitikėjimą savimi. Todėl blogėja šių asmenų psichikos būklė ir dar labiau mažėja jų galimybės įsidarbinti ar išsaugoti darbą. O suteikus asmenims, turintiems psichikos sutrikimų ar proto negalią, tinkamas darbo sąlygas bendruomenėje, jie galėtų gyventi ir dirbti kaip pilnateisiai piliečiai. Visuomenės ištekliai ir požiūriai irgi daro įtaką žmonių veiklai. Jeigu visuomenės požiūris į asmenis, turinčius psichikos sutrikimų, bus neigiamas, šie asmenys ir nesant sveikatos pablogėjimo turės mažiau galimybių integruotis į visuomenę, jų gyvenimo kokybė ženkliai prastės. Ir priešingai, jeigu šie asmenys bus palankiai priimami darbe ar mokymo įstaigoje, skiriant jiems papildomai dėmesio pagal jų specialiuosius poreikius, jų dalyvumas didės, nors sveikatos sutrikimas išliks. Darbingumo atstatymas yra vienas svarbiausių psichiatrinio gydymo ir reabilitacijos tikslų. Profesinė reabilitacija apima prarastų darbinių įgūdžių atstatymą ir pagalbą grįžti į darbą pagal specialybę, taip pat praktinių įgūdžių suteikimą (Germanavičius, 2007), siekiant pagerinti sutrikimų turinčių asmenų gyvenimo kokybę.

1.3. Savijauta ir gyvenimo kokybės subjektyvus vertinimas

Gyvenimo kokybė, kaip teigia I.Leliūgienė (2003), yra socialinė kategorija, išreiškianti materialinių ir kultūrinių poreikių (maisto, aprangos, gyvenamojo ploto, sveikatos apsaugos, švietimo, aptarnavimo sferos, aplinkos, laisvalaikio leidimo, bendravimo, žinių, kūrybos, stresinių būsenų sprendimo ir kt.) patenkinimo kokybę.

Dėl šių kategorijų traktuotės kyla nemažai ginčų. Vieni tyrinėtojai traktuoja jas kaip gyvenimo būdo, sandaros, lygio kategoriją, kiti gyvenimo kokybę supriešina jo lygiui (kuo aukštesnis gyvenimo lygis, įtemptesnis gyvenimo ritmas, tuo žemesnė gyvenimo kokybė, ir atvirkščiai), tretį gyvenimo kokybę lygina su stresinių situacijų aplinkoje lygiu.

Kaip jau minėta, gyvenimo kokybę aptaria daug mokslų: antropologija, psichologija, filosofija, sociologija, ekonomika, medicina ir kiti. Žmonės, turintys didelių sveikatos sutrikimų, gali normaliai vertinti savo gyvenimo kokybę ir, atvirkščiai, sveikas žmogus gali būti sąlyginai nepatenkintas savo gyvenimo kokybe, jausti vienišumą, depresiją. Gyvenimo kokybės samprata yra kompleksiskai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės ir ryšių su aplinka. Jau du tūkstančius metų katalikų bažnyčia moko, kad gyvybė ir sveikata yra brangus mums Dievo patikėtas turtas. Malda ir tikėjimas gerina žmogaus sveikatą ir suteikia daugiau

energijos ir jėgų. Dekalogo taisyklių laikymasis žmogui garantuoja ramų, sveiką ir ilgaamžį gyvenimą (J.Prapiestis, A. Juozulynas, 2003).

Gyvenimo kokybės principas yra socialinės normalizacijos idėja. Įvairių sveikatos sutrikimų turintiems žmonėms šią kokybę gali užtikrinti galimybė gyventi įprastomis sąlygomis, socialinių vaidmenų atlikimas ir poreikių tenkinimas. Taigi, gyvenimo kokybė dažnai apibrėžiama kaip **subjektyvi reakcija** į įvairių gyvenimo patirtį, individualūs psichologiniai pasitenkinimo ir laimės poreikiai. Todėl **subjektyvią gyvenimo kokybę** gali įvertinti tik pats individas (J.Prapiestis, A. Juozulynas, 2003).

Psichiatrijoje ne tik pati liga, jos gydymas psichotropiniais vaistais įtakoja sergančiųjų gyvenimo kokybę, bet ir tas faktas, kad diagnozuota psichikos liga smarkiai veikia savęs ir savo gyvenimo vertinimą. D.Mechanic ir kolegos (1995) tirdami psichikos ligonius pastebėjo, kad pacientai, savo ligos simptomus priskyre psichikos ligai, savo gyvenimo kokybę vertino gerokai prasčiau nei tie, kurie manė, kad juos kamuojantys simptomai yra somatinės ligos pasekmė. Tokius rezultatus būtų galima paaiškinti gėdos jausmu, kuris lydi psichikos ligonius, ypač mūsų visuomenėje. Tokių jausmų įtaka sergančiojo ir jo artimųjų gyvenimo kokybei ypač didelė, jei tai įmanoma išmatuoti iš viso.

Tiriant psichiatrinių pacientų gyvenimo kokybę, atskleidžiama daug jų gyvenimo niuansų, kurie galbūt stipriai įtakoja pačią psichikos ligą, jos eigą ir išvadas.

Psichikos ir elgesio sutrikimai, jų pasekmės smarkiai pakeičia ligonių ir jų šeimų gyvenimą. Nors visos problemos ir kančios neišmatuojamos, vienas iš metodų yra vertinti jų poveikį gyvenimo kokybei. Gyvenimo kokybė apskaičiuojama pagal **subjektyvų įvairių sričių vertinimą** ir taip apibendrinamas simptomų ir sutrikimų poveikis gyvenimui. Nemažai tyrimų autorių bandė vertinti gyvenimo kokybę ir padarė išvadą, kad neigiamas sutrikimų poveikis yra ne tik žymus, bet ir ilgalaikis. Anot jų, netgi pasveikus nuo psichikos sutrikimų, gyvenimo kokybė ir toliau lieka prasta dėl socialinių veiksnių, pvz.: likusios stigmos ir besitęsiančios diskriminacijos. Gyvenimo kokybės tyrimų rezultatai taip pat parodė, kad individų, turinčių sunkių psichikos sutrikimų ir gyvenančių ilgalaikėse gydymo institucijose, gyvenimo kokybė prastesnė už bendruomenėje gyvenančių individų. Pagal naujausius duomenis galima teigti, kad individų, turinčių sunkių psichikos sutrikimų, nepatenkinti esminiai socialiniai ir funkcionavimo poreikiai yra didžiausi prastą gyvenimo kokybę lemiantys rodikliai (Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001).

Hipotezė, kad asmenys, negalintys suprasti kritiškai savo psichikos ligos, negali patikimai vertinti savo gyvenimo kokybės, yra paneigiama daugelio literatūros šaltinių. Todėl asmenų, sergančių schizofrenija, gyvenimo kokybės vertinimai laikomi validžiais (A.Germanavičius, 2003).

Taip pat svarbi gyvenimo kokybės vertinimo ir rezultatų interpretavimo problema yra faktas, kad ypač sunkūs ligoniai savo gyvenimo kokybę vertina geriau nei kiek lengviau sergantieji.

Šis vadinamasis „negalės paradoksas“ pasitaiko ir psichiatrijoje. Individualiai vertinant gyvenimo kokybę galimi „teigiamai klaidingi“ rezultatai, kai šizofrenija sergantys pacientai ilgą laiką gyveno uždaroje sąlygose ir jų socialiniai kontaktai buvo labai apriboti. Tai aiškinama prisitaikymu prie blogų aplinkos sąlygų ir smarkiu lūkesčių sumažėjimu, tiesiogiai veikiančiais gyvenimo kokybės rodiklį. Tuo tarpu šizofrenija sergantys pacientai, kurie tik trumpą laiką buvo gydymo įstaigoje, pasižymėjo aukštesniais lūkesčiais ir blogesne gyvenimo kokybe. (A.Germanavičius, 2003).

Egzistuoja ir nuomonė, kad gyvenimo kokybės vertinimas turėtų remtis vien subjektyviu ligonio požiūriu, bet sutariama, kad reikia vertinti ir funkcinę būklę. Net ir sunkiausiai sergantis ligonis gali rasti jėgų džiaugtis gyvenimu, tačiau, jei vertinsime tik subjektyvų požiūrį į tai, kaip liga paveikė sergančiojo gyvenimo kokybę, nepavyks išvengti klaidinančios tiriamojo charakterio bruožų (polinkio į neigimą, somatizavimą ir hipochodriškumą) įtakos. Tokiu atveju psichologiškai susitaikęs su negalia paralyžiuotas ligonis teoriškai galėtų įvertinti savo gyvenimo kokybę taip pat, ar net geriau negu sportininkas, patyręs traumą, kuri šiam sutrukdė dalyvauti svarbiose sezono varžybose. Vienodi dviejų žmonių, kurių potencialios funkcinės galimybės radikaliai skiriasi, su sveikata susijusios gyvenimo kokybės įvertinimai atrodytų nelogiški. Todėl funkcinės būklės vertinimas, kuris taip pat iš dalies priklauso ir nuo tiriamojo charakterio bruožų bei socialinių ir ekonominių veiksnių, padeda išvengti panašių nelogiškumų (Medicina, 2004, Nr. 40).

Pagerinti, asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, gyvenimo kokybę ir savarankiškumą, kad jie galėtų funkcionuoti įvairioje laisvai pasirinktoje aplinkoje (būsto, darbo, kitoje) ir būtų patenkinti **tiek asmeniškai, tiek socialiai**, galima psichosocialinės reabilitacijos pagalba. Ši samprata remiasi Nyderlanduose taikomu reabilitacijos modeliu, kuris pabrėžia psichosocialinės reabilitacijos procese atliekamą visapusišką kliento įvertinimą, reabilitacijos plano sudarymą ir vykdymą, kuris kartu atitiktų ir kliento asmeninės raidos poreikius. Šiame modelyje gyvenimo kokybės iškėlimas reabilitacijos proceso pagrindiniu tikslu sukuria kiek neapibrėžtą situaciją, kadangi pati gyvenimo kokybės samprata, kaip žinome, yra labai plati. Kita vertus, praktiniame psichosocialinės reabilitacijos darbe gyvenimo kokybės gerinimas dažniausiai lieka kaip idealas, kurio siekiama konkrečiais planingais veiksmais, sutelktais į tarpinius, lengvai pasiekiamus tikslus, pvz.: kasdienių gyvenimo įgūdžių mokymas, paruošimas darbui, savarankiškos būsto priežiūros įgūdžių lavinimas ir pan. Anthony W. (1998) pabrėžia, kad „ psichosocialinės reabilitacijos tikslas yra pagerinti asmenų, turinčių sunkią psichiatrinę negalią, funkcionavimą taip, kad jie galėtų gyventi, mokytis bei dirbti sėkmingai ir su pasitenkinimu savo pačių pasirinktoje aplinkoje, su minimaliu įmanomų profesiniu įsikišimu“. Taigi, vertinant psichosocialinės reabilitacijos poveikį, gyvenimo kokybės, ypač subjektyvios, nustatymas yra svarbus ir pirmiausia remiasi psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu.

1.4. Sąsajos tarp objektyvios ir subjektyvios gyvenimo kokybės aspektų

Subjektyvi ir objektyvi gyvenimo kokybė buvo išskirta apie 1990 metus. Subjektyvi gyvenimo kokybė yra susijusi su tuo, kaip asmuo suvokia tokias sferas: sveikatos, gyvenamosios aplinkos, šeimos, socialinių/ emocinių santykių, išsilavinimo, darbo ir laisvalaikio. Objektyvūs gyvenimo kokybės įvertinimo tyrimai rodo, kad išskirtiniai rodikliai, pvz.: fizinė aplinka ir pajamos, yra tinkami svertai gyvenimo kokybei nustatyti, kad egzistuoja absoliučios šių kintamųjų rodiklių matavimo normos. Tačiau būtent tokio tyrimo duomenys gali būti klaidingi, nes nėra atsižvelgiama į kultūros, vertybių, požiūrių ir ideologijos poveikį. Čia yra vienintelė problema: sudėtinga nustatyti ryšį tarp objektyvių kriterijų ir gyvenimo kokybės, kurią patiria pats žmogus. Ši problema iškelia nuostatą, kad gyvenimo kokybė turi būti nagrinėjama iš individo perspektyvos. Atsiranda tokie gyvenimo kokybės apibrėžimai: gyvenimo kokybė yra tai, kaip jaučiasi atskiras asmuo; gyvenimo kokybė yra atstumas tarp asmens pozicijos ir jo arba jos tikslų ir siekių; gyvenimo kokybė yra tai, kaip patys individai ją vertina; gyvenimo kokybė yra žmonių tarpusavio santykių kiekviename sutvarkytame gyvenime produktas. Kaip tik iš šio teiginio kyla, kad subjektyvi gyvenimo kokybė susideda iš dviejų elementų: socialinio ir psichologinio, tačiau žmogus nėra vien psichologinė ar socialinė būtybė, jis turi ir kūną, kuris daro įtaką žmogaus gyvenimo kokybei, nes yra neatsiejama žmogaus gyvenimo dalis. Gyvenimo kokybę tiksliausiai galima apibūdinti pagal fizinį, psichologinį ir socialinį funkcionavimą.

Pastaruoju metu sveikatos moksle įsigali nuomonė, jog žmogaus gyvenimo kokybę lemia ne tik pačios gyvenimo sąlygos, bet ir žmogaus požiūris į jas. Tai reiškia, kad žmogus gali įvertinti savo gyvenimo sąlygas kaip objektyviai blogas ir, nepaisant to, būti jomis patenkintas, nes šioms sąlygoms jis teikia labai mažai reikšmės savo gyvenime. kaip jau minėta, gyvenimo kokybė apima įvairias gyvenimo sritis: fizinę ir psichinę sveikatą, tarpusavio santykius, aplinkos sąlygas ir prasmingus gyvenimo tikslus.

Pasak M.Kazlauskaitės, R.Riklaitienės (2005) **gyvenimo kokybė** – “tai individo savos pozicijos suvokimas visuomenėje, kurioje jis gyvena. Gyvenimo kokybė daugiau apibrėžiama kaip integrali fizinė, psichologinė, emocinė ir socialinė asmens būklė, grindžiama subjektyviais jo pojūčiais”. Panašiai teigia ir D. Šniukaitė, anot jos, gyvenimo kokybė – individų ar žmonių grupių suvokimas, kaip jie įsivaizduoja būti patenkintiems ir ko reikia, kad pasiektų džiaugsmą ir laimę. Žmonių gyvenimo kokybė priklauso nuo jų sugebėjimo tenkinti svarbiausius poreikius. Gyvenimo kokybės samprata neretai tapatinama ir su sveikatos samprata.

Gyvenimo kokybės sąvoka domina daugelio mokslo sričių specialistus. R.Kalėdienė, J. Petrauskienė, A. Rimpela (1999) teigia, kad tai – “daugeliu dimensijų vertinama, visus individo gyvenimo aspektus apimanti koncepcija, kuri grindžiama plačia sveikatos perspektyva, kaip fiziniu

psichologiniu ir socialiniu funkcionavimu bei gerove". Kartais visi neklinikiniai duomenys apie žmogų prilyginami gyvenimo kokybei. Tai sukelia didelę painiavą. Sveikata ir žmogaus funkcinė būklė – tai tik dvi gyvenimo kokybės dimensijos. Sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę, tačiau jos nelemia, žmogaus su negalia gyvenimo kokybė gali būti gera. Taigi gyvenimo kokybė – platesnė sąvoka negu asmens sveikatos būklė. Ji apima taip pat ir socialinę sveikatą.

Kitais žodžiais galima teigti, kad gyvenimo kokybė – tai individualus savo vietos gyvenime vertinimas kultūros ir vertybių sistemos, kuriame individas gyvena, kontekste, susijęs su jo tikslais, viltimis, standartais bei interesais. Tai plati koncepcija, kompleksiškai veikiama asmens fizinės sveikatos, psichologinės būklės, nepriklausomybės lygio, socialinių ryšių ir ryšių su aplinka.

Apskritai kokybė gali būti apibrėžiama kaip gėrio laipsnis. Gyvenimo kokybė atspindi individo atsaką į fizinius, psichinius ir socialinius kasdienio gyvenimo pokyčius, kurie lemia pasitenkinimo gyvenimo aplinkybėmis laipsnį. Tai ne tik adekvati fizinė gerovė, bet ir gerovės suvokimas bei bendras savo vertės jausmas. Ši koncepcija yra abstrakti ir kompleksiška, nes apima visas tas gyvenimo sritis, kurios veikia asmeninį pasitenkinimą ir savipagalbą. Gyvenimo kokybė tiesiogiai susijusi su pozityviomis vertybėmis ir neturi tiesioginio ryšio su specifinėmis disciplinomis. PSO 1993 metais pasiūlė gyvenimo kokybės apibrėžime **individo požiūrį sieti su aplinkos poveikiu.**

Matome, kad tikslios vienareikšmės gyvenimo kokybės apibrėžties nėra. Gyvenimo kokybė yra tai, kaip jaučiasi atskiras asmuo. Gyvenimo kokybės samprata dažniausiai siejama su ekonomine žmonių gerove ir sveikata. Mokslininkų atlikti tyrimai parodė, kad gyvenimo kokybė ir sveikatos būklė yra atskiros struktūros, kad šių dviejų terminų negalima naudoti vietoj vienas kito. Daugelis svarbių sveikatos būklės vertinimo priemonių, įskaitant ir sveikatos suvokimo rodiklius, gali būti netinkamos matuojant gyvenimo kokybę, kurią sudarantys komponentai yra tie patys sveikiesiems ir negalios ištiktiems žmonėms, bet tuo metu skirtingi kiekvienam asmeniui.

M.F Muldoon ir bendraautorai pasiūlė paprastą ir aiškia **su sveikata susijusios gyvenimo kokybės** koncepcijos schemą, skirtą medicinos tyrimams. Suskirstę sveikatą į psichinę ir fizinę, o jos vertinimą į objektyvų ir subjektyvų, jie išskyrė keturis vienodai svarbius gyvenimo kokybės komponentus: **objektyvų fizinį ir protinį pajėgumą bei subjektyvią psichologinę ir fizinę** (sveikatos suvokimo aspektu) **būklę.** Fizinio pajėgumo įvertinimas apima žmogaus pajėgumą atlikti kasdienės veiklos, įskaitant ir profesinę, uždavinius. Protinį pajėgumą rodo gebėjimas atlikti mąstymo reikalaujančius veiksmus (pradedant nesudėtingais, tarkim, atsiskaitymu už prekes parduotuvėje ir baigiant sudėtingais, pvz.: verslo ataskaitos sudarymas ir pan). Subjektyvi fizinė būklė apima ligos simptomų keliamą diskomfortą, gyvybingumą, apibendrintą sveikatos suvokimą. Psichologinė būklė apima nerimo, depresijos ir pykčio (ne) buvimo, emocinius ir socialinius ryšius su kitais žmonėmis (M.Muldoon, S. Barger, J. Flory , 1998).

Apibendrinant objektyvios ir subjektyvios žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, gyvenimo kokybės analizę galima teigti, kad subjektyvi gyvenimo kokybė – tai suvokimas ir vertinimas to, kaip žmogus gyvena, ką jis turi ir ko jam trūksta, įsigijimai ir praradimai, ribojimai ir laisvės, klimatas, santykiai, turimi vaidmenys ir statusai (A.Bagdonas, 2007). Pagal išvardintus subjektyvius gyvenimo kokybės rodiklius galima suvokti objektyvią asmens gyvenimo kokybę, be abejo atsižvelgiant į tai, kad objektyvios gyvenimo kokybės virsmas integruota subjektyvia gyvenimo kokybe yra individualus kiekvienam individui.

1.5. Tikslas ir uždaviniai

Tyrimo **tikslas** – išsiaiškinti, kaip tarpusavyje susijusi asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, objektyvi gyvenimo kokybė su subjektyviu savo gyvenimo kokybės vertinimu.

Tyrimo uždaviniai:

1. Ištirti objektyvius duomenis apie respondentų psichikos sutrikimus ir palyginti su subjektyviu savo sveikatos vertinimu.
2. Ištirti respondentų užimtumą, pragyvenimo šaltinį bei gyvenimo sąlygas ir palyginti su subjektyviu gyvenimo sąlygų vertinimu.
3. Ištirti respondentų bendravimo ir laisvalaikio leidimo ypatumus bei pasitenkinimą santykiais su kitais žmonėmis ir veikla.
4. Ištirti, kaip respondentai vertina savo sugebėjimus, savijautą, psichikos ligos įtaką gyvenimo kokybei, ar jaučiasi laimingi apskritai.
5. Ištirti respondentų pageidavimus gyvenimo kokybei gerinti ir nuomonę dėl lūkesčių įgyvendinimo galimybių.

2. TYRIMO METODIKA IR TIRIAMIEJI

2.1. Respondentai ir apklausos sąlygos

Buvo išdalinta 100 anketų sutrikusios psichikos asmenims, apklausos metu besigydyusiems Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje. Anketas užpildė 55 vyrai ir 45 moterys. Ligoninėje vienu metu gali gydytis iki 660 pacientų, tačiau ne visi iš jų gali atsakyti į anketos klausimus dėl sveikatos būklės.

Tyrimas atliktas naudojant netikimybinę atsitiktinę tiriamųjų atranką. Tiriamieji apklausti anketavimo būdu. Generalinę aibę sudarė asmenys, turintys sunkių psichikos sutrikimų (šizofrenija, depresija, bipolinis susirgimas).

Tyrimas buvo atliekamas Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje. Tyrimas iš anksto derintas su ligoninės gydymo taryba. Respondentais buvo sutrikusios psichikos asmenys, norintys ir sugebantys atsakyti į anketos klausimus. Prieš pateikiant anketą jie buvo supažindinti su tyrimo tikslu, gautas jų žodinis sutikimas. Atrankos kriterijus – laisvanoriškumo principas, tiriamieji pasirinkti nepriklausomai nuo amžiaus, šeiminės padėties, užimtumo, hospitalizacijų skaičiaus. Asmenys buvo informuoti, kad anketa anoniminė, todėl galima tikėtis apklausos rezultatų objektyvumo.

2.2. Tyrimo anketa

Tiriamųjų apklausai atlikti buvo paruoštas klausimynas, sudarytas iš 90 klausimų, kuriuos galima suskirstyti į 8 blokus:

- 1) 1 - 5 klausimai – apie tiriamųjų sociodemografinius duomenis;
- 2) 6 - 8 klausimai – apie respondentų sveikatą;
- 3) 9 - 12 klausimai – apie respondentų užimtumą;
- 4) 13 - 20 klausimai – apie respondentų gyvenimo sąlygas;
- 5) 21 - 28 klausimai – apie respondentų santykius su kitais žmonėmis;
- 6) 29 - 45 klausimai – apie respondentų laisvalaikį;
- 7) 46 - 68, 89 - 90 klausimai – apie respondentų savęs vertinimą;
- 8) 69 - 88 klausimai – apie respondentų pageidavimus ir lūkesčius, siekiant pakeisti gyvenimą.

2.3. Tyrimo duomenų apdorojimas

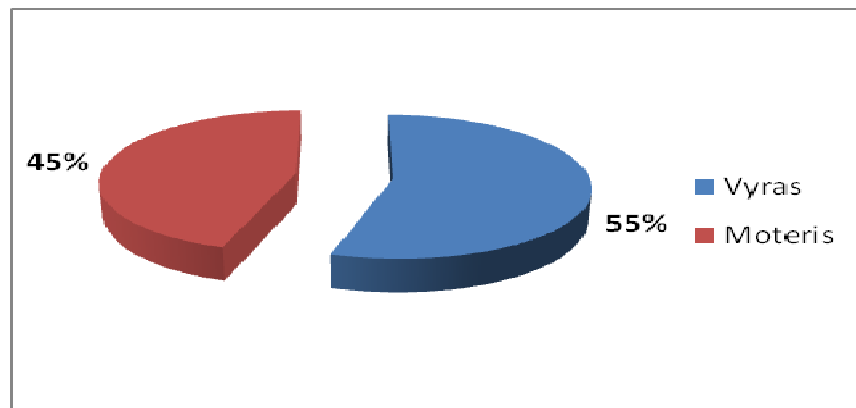
Surinkti statistiniai duomenys apdoroti naudojantis SPSS (Statistical Package for Social Science) programa. Buvo skaičiuojami duomenų vidurkiai ir naudojamas aprašomasis statistikos duomenų metodas, ieškota koreliacijos tarp kai kurių kintamųjų. Tyrimo išvados padarytos analizuojant gautus tyrimo rezultatus.

3. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ ANALIZĖ

3.1. Sociodemografinė charakteristika

3.1.1. Tiriamųjų lytis ir amžius

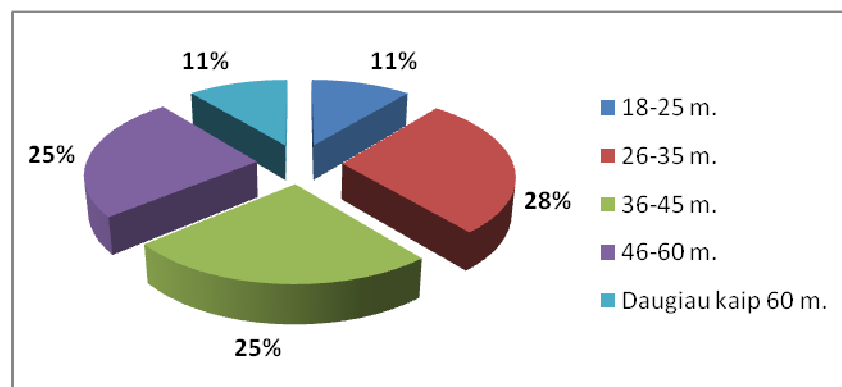
Tyrimas buvo atliekamas 2008 m. vasario – kovo mėnesiais. Apklausta 100 Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės pacientų – 55 vyrai ir 45 moterys (1 pav.).



1 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lytį

Ketvirtadalis respondentų priklauso amžiaus grupei nuo 36 m. iki 45m. 28% tiriamųjų yra nuo 26 m. iki 35 m. Mažiausią dalį dalyvavusių apklausoje – po 11 %, sudaro vyresni kaip 60 metų asmenys ir jaunesnio amžiaus (18-25 m.) asmenys. Dar 25% tiriamųjų priklauso amžiaus grupei nuo 46 iki 60 m. (2 pav.).

Galima teigti, kad apklausoje dalyvavę pacientai dažniausiai yra darbingo, visuomeniškai aktyvaus amžiaus.

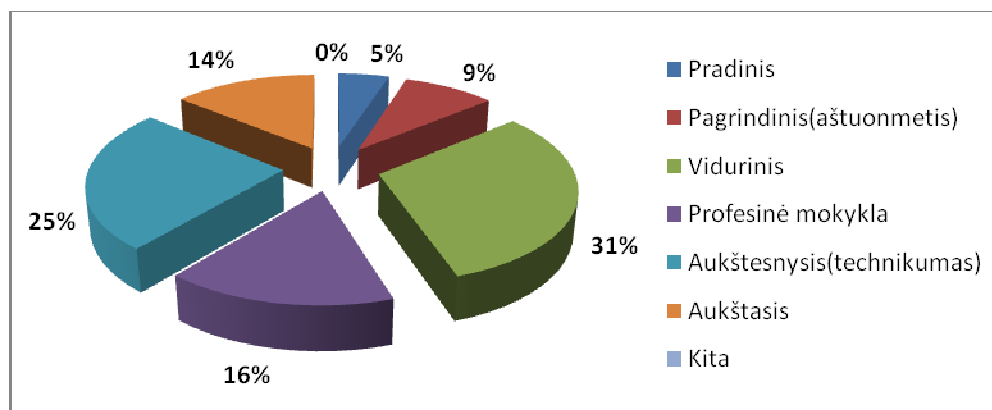


2 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal amžių

3.1.2. Tiriamųjų išsilavinimas

Trečdalis tiriamųjų yra įgiję vidurinį išsilavinimą, 25% respondentų turi aukštesnį išsilavinimą, 16% įgiję profesinį ir pagrindinį išsilavinimą, 14% turi aukštąjį išsilavinimą. Dar 9% tiriamųjų yra įgiję pagrindinį (aštuonmetį) išsilavinimą, tik 5% turi pradinį išsilavinimą (3 pav.).

Galima teigti, kad didžioji dalis atsakiusių į anketos klausimus yra pakankamai išsilavinę ir įgiję specialybes.

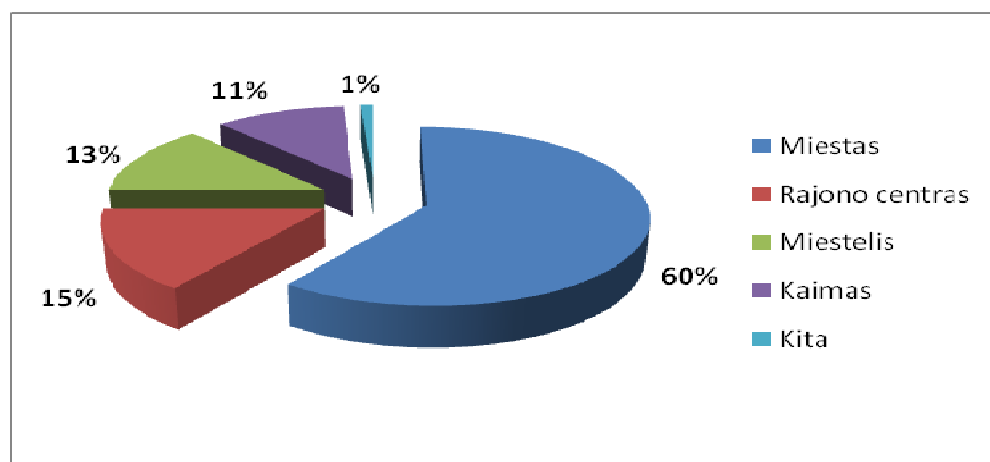


3 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal išsilavinimą

3.1.3. Tiriamųjų gyvenamoji vieta

Nors Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė aptarnauja visos respublikos miestų ir rajonų gyventojus, didžiąją dalį dalyvavusių apklausoje pacientų sudaro miesto gyventojai (60 %). 15 % gyvena rajono centruose, 13 % miesteliuose ir 11 % apklaustųjų kaime (4 pav.).

Taigi, dauguma respondentų yra miestų ir rajonų centrų gyventojai, todėl jiems turėtų būti prieinamos socialinės ir užimtumo paslaugos.

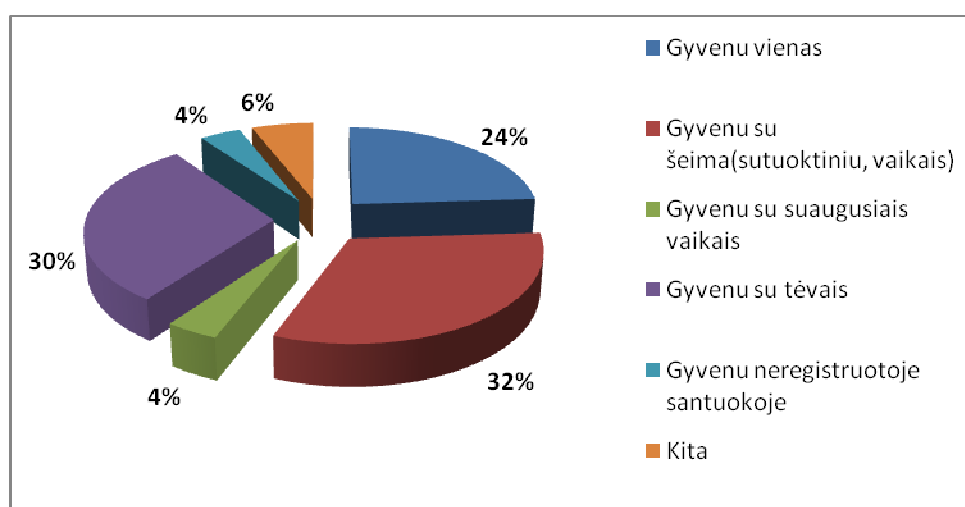


4 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą

3.1.4. Tiriamųjų šeiminė padėtis

Daugiausia tiriamųjų gyvena su savo šeima – 32 %, arba su tėvais, nepriklausomai nuo respondentų amžiaus – 30 %. Beveik ketvirtadalis tiriamųjų nurodė gyvenantys vieni, mažiausia dalis respondentų (4 %) – su suaugusiais vaikais. Dar 4 % gyvena neregistruotoje santuokoje, o grafoje „kita“ 6% tiriamųjų nurodė gyvenantys pensionate, su teta, seserimi (5 pav.).

Matyti, kad dauguma respondentų gyvena ne vieni, todėl tikėtina, kad pacientai gali sulaukti šeimos ir artimųjų palaikymo.

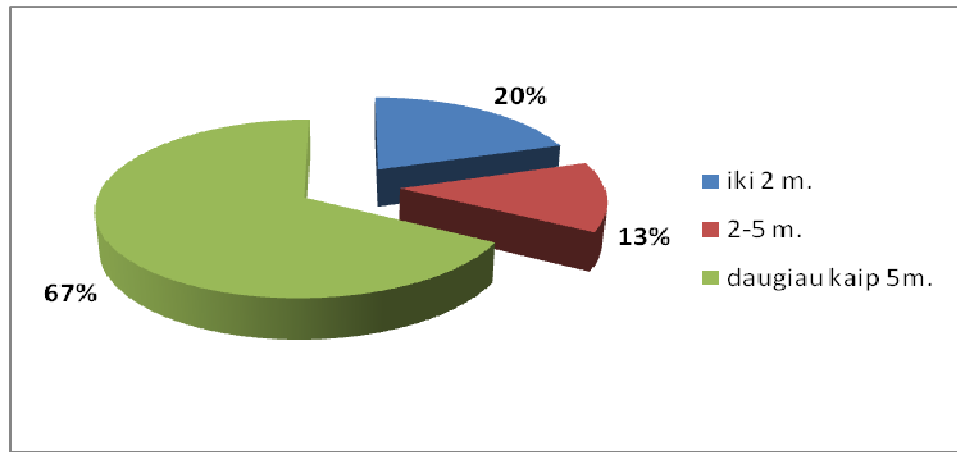


5 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal šeiminę padėtį

3.2. Duomenys apie respondentų sveikatą

3.2.1. Respondentų psichikos ligos trukmė

Du trečdaliai respondentų psichikos liga serga daugiau kaip penkis metus. Penktadalis serga mažiau kaip du metus, 13 % – 2 – 5 metus (6 pav.).

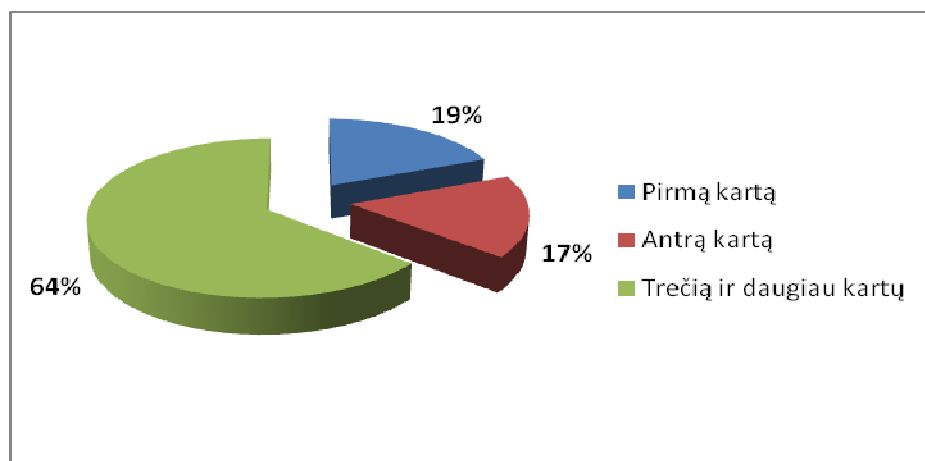


6 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal psichikos ligos trukmę

3.2.2. Gydomosi psichiatrijos ligoninėje dažnumas

Didžioji dalis tiriamųjų psichiatrijos ligoninėje gydomi trečią ir daugiau kartų (64 %), likusieji gydomi pirmą arba antrą kartą (7 pav.).

Pagal tyrimo duomenis galima spręsti, kad didžioji dalis pacientų psichikos liga serga seniai ir dažnai gydomi ligoninėje. Sutrikusios psichikos asmenims būdinga ligos eiga su paūmėjimais ir pagerėjimais arba dalinis pasveikimas, todėl jie per visą gyvenimą ne kartą pabuvoja ligoninėje.

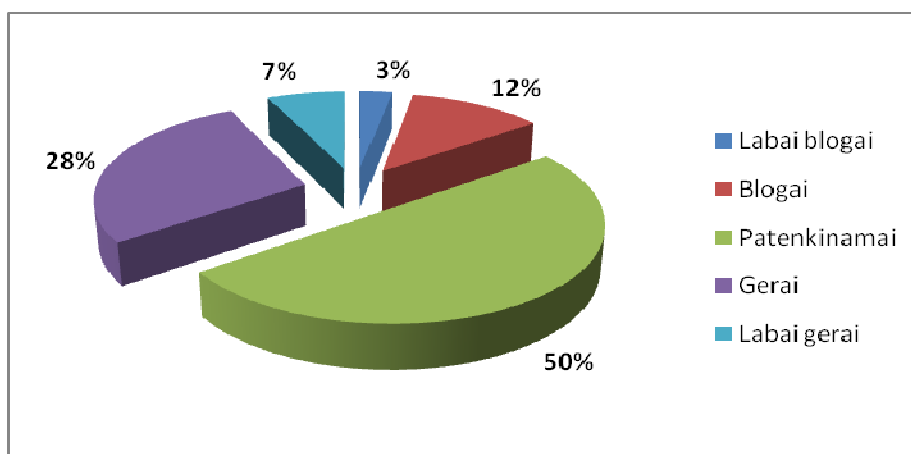


7 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal gydymosi psichiatrijos ligoninėje dažnumą

3.2.3. Respondentų nuomonė apie sveikatos būklę

Pusė respondentų savo sveikatos būklę vertino patenkinamai, o trečdalis – gerai ir labai gerai. Tik 15 % tiriamųjų savo sveikatos būklę vertino blogai ir labai blogai (8 pav.).

Matyti, kad nors respondentai senai serga ir jiems tenka dažnai gydytis ligoninėje, didžioji dauguma savo sveikatą vertina gerai ar bent patenkinamai. Mokslinėje literatūroje tai aiškinama psichikos sutrikimų turinčių asmenų prisitaikymu prie esamų sąlygų ir smarkiu lūkesčių sumažėjimu.

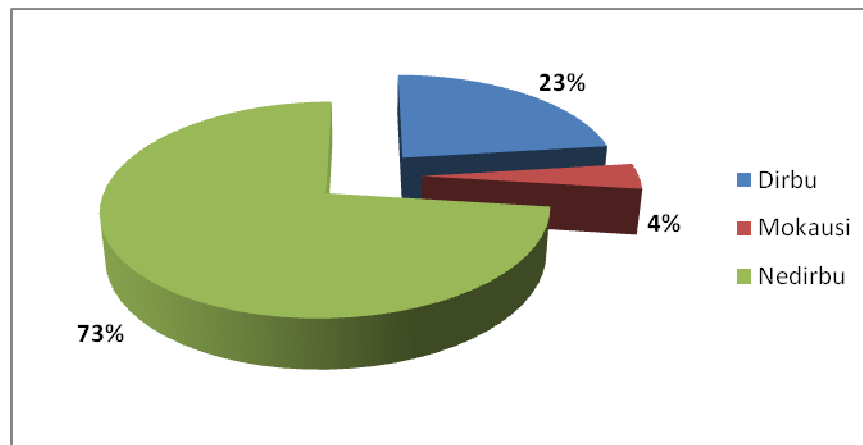


8 pav. Tiriamųjų nuomonė apie savo sveikatos būklę

3.3. Duomenys apie tiriamųjų veiklą dabartiniu metu

3.3.1. Respondentų užimtumas

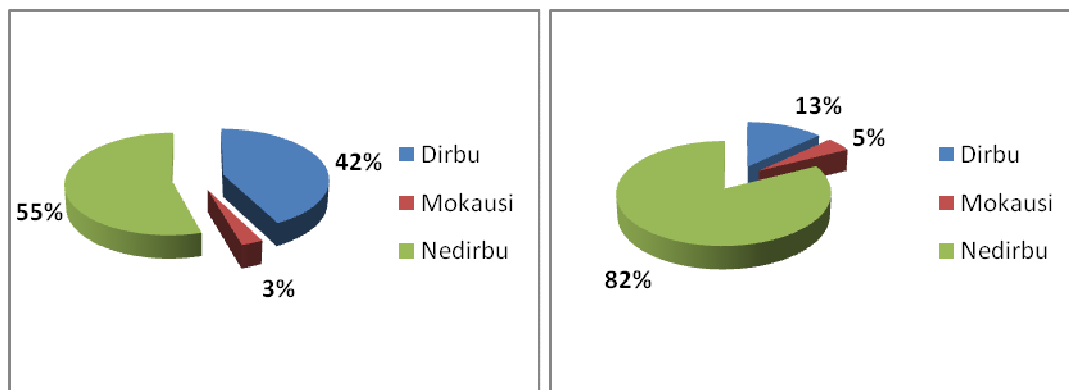
Didžioji dalis dalyvavusių apklausoje respondentų nurodė, kad šiuo metu nedirba, 23 % teigė dirbantys, 4 tiriamieji – besimokantys, trys iš jų universitetuose, vienas – profesinėje mokykloje (9 pav.).



9 pav. Duomenys apie respondentų užimtumą

Tyrimo rezultatų analizės metu paaiškėjo, kad tarp seniai sergančių respondentų yra daug daugiau nedirbančių (82 %), tuo tarpu tik pusė respondentų sergančių iki 5 metų nurodė nedirbantys (10 pav.).

Galima daryti prielaidą, kad progresuojant psichikos sutrikimui, asmenys praranda darbą.

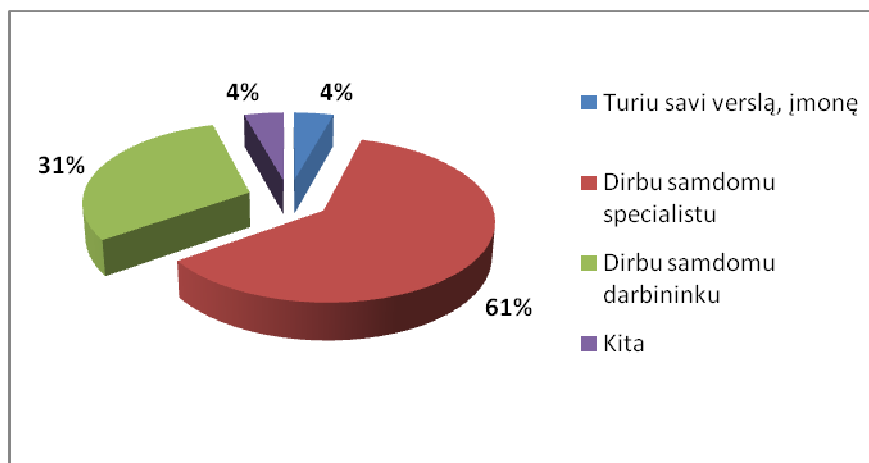


10 pav. Duomenys apie seniai sergančių respondentų (dešinėje, viso 67 respondentų) ir sergančių mažiau kaip 5 metus (kairėje, viso 33 respondentai) užimtumą

3.3.2. Dirbančių respondentų profesinė veikla

Daugiau kaip pusė dirbančių respondentų nurodė, kad yra samdomi specialistai, trečdalis tiriamųjų dirba samdomais darbininkais. Tik vienas respondentas turi savo verslą (11 pav.).

Galima teigti, kad nedaug asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, dirba vadovaujantį darbą.

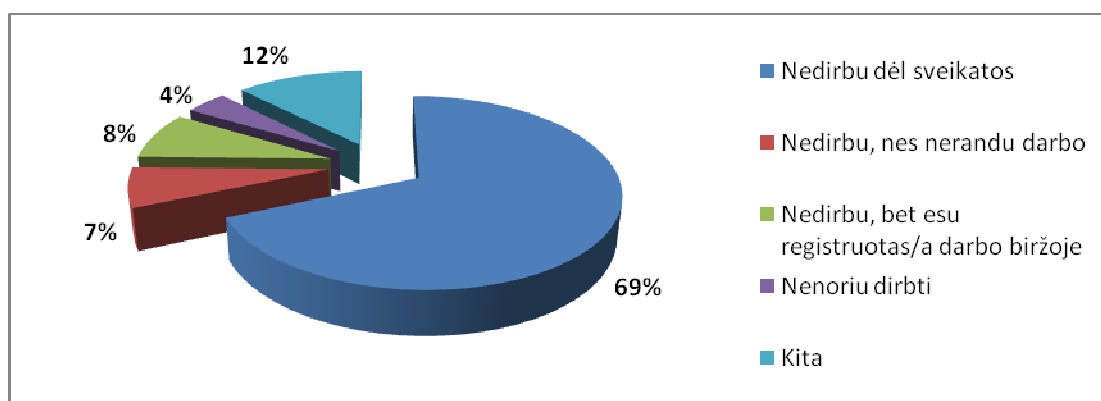


11 pav. Duomenys apie dirbančių respondentų (viso 23 respondentai) profesinę veiklą

3.3.3. Nedarbo priežastys

Maždaug du trečdaliai tiriamųjų teigė nedirbantys dėl sveikatos, 15% nurodė šiuo metu nedirbantys, bet ieškantys darbo – savarankiškai ar darbo biržoje. Tik 3 tiriamieji teigė, kad dirbti nenori. 12 % respondentų grafoje „kita“ nurodė negalintys dirbti, nes jau yra senatvės pensininkai, daug dirba namuose, vartoja narkotikus (12 pav.).

Iš gautų rezultatų galima daryti prielaidą, kad daugumai tiriamųjų buvo nustatytas darbingumo lygis, neleidžiantis dirbti ankstesnio darbo, todėl sutrikusios psichikos asmenims, norintiems įsidarbinti, reikėtų papildomos profesinės rehabilitacijos ir mokymo.



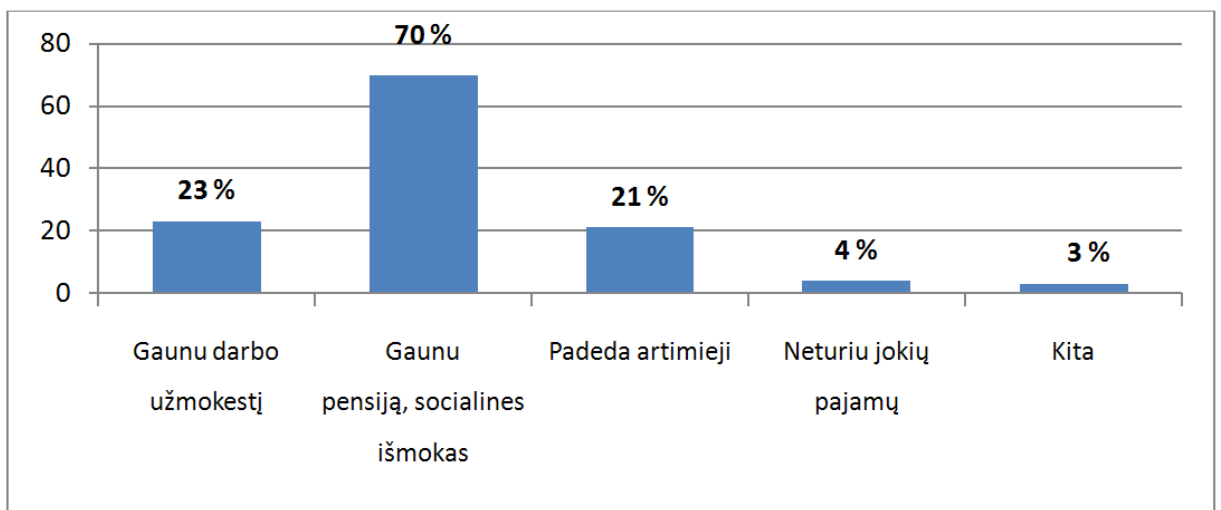
12 pav. Duomenys apie respondentų nedarbo priežastis

3.4. Tiriamųjų pragyvenimo šaltinis ir gyvenimo sąlygos

3.4.1. Tiriamųjų pragyvenimo šaltinis

70% tiriamųjų nurodė gaunantys pensijas ir socialines išmokas, beveik ketvirtadalis gauna darbo užmokestį, penktadalis respondentų sulaukia artimųjų paramos, o 4% tiriamųjų teigė neturintys jokių pajamų. 3% respondentų nurodė kitokias pajamas: nuomoja butą, prekiauja, renka metalo laužą (13 pav.).

Galima teigti, kad dauguma sutrikusios psichikos asmenų gyvena iš valstybės teikiamos paramos (socialinių išmokų, pašalpų, senatvės ir socialinių pensijų).

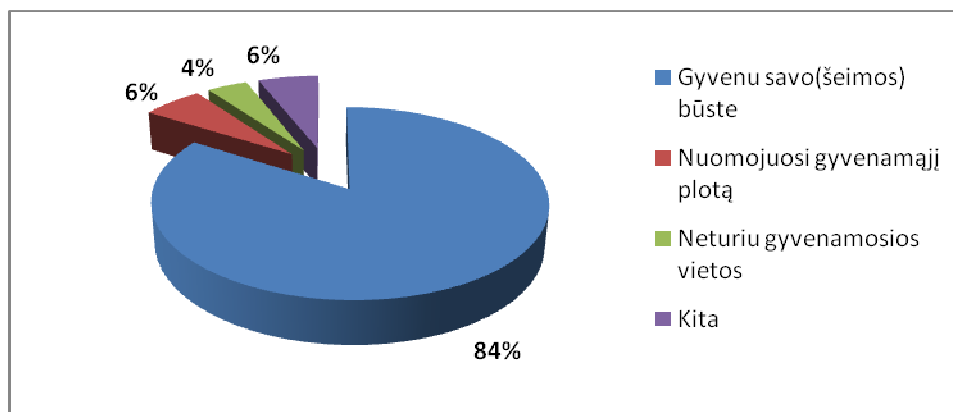


13 pav. Duomenys apie tiriamųjų pragyvenimo šaltinį

3.4.2. Tiriamųjų gyvenimo sąlygos

Didžioji dauguma respondentų gyvena savo ar šeimos būste. Gyvenamosios vietos neturintys teigia tik keturi respondentai. Po keletą tiriamųjų nurodė, kad nuomojasi gyvenamąjį plotą, gyvena pensionate, pas tėvus, draugus ir savarankiško gyvenimo namuose (14 pav.).

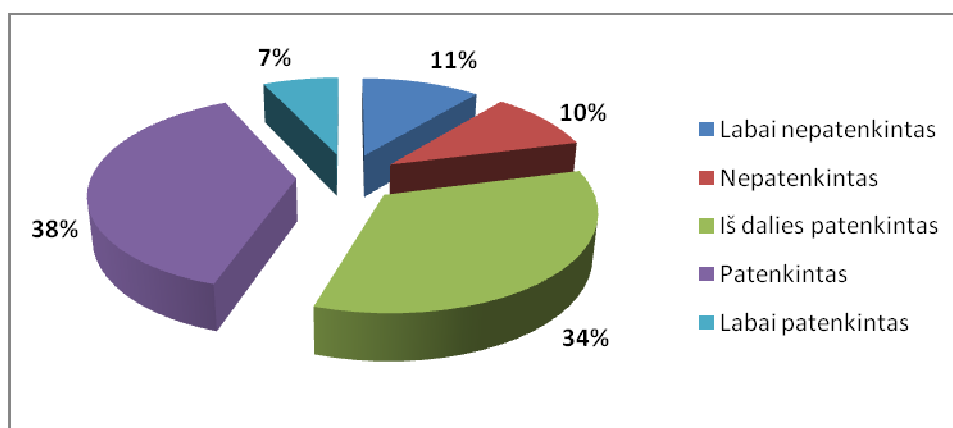
Iš tyrimo rezultatų matyti, kad tik visai mažai daliai respondentų reikalinga pagalba sprendžiant būsto klausimus.



14 pav. Duomenys apie respondentų gyvenimo sąlygas

3.4.3. Pasitenkinimas gyvenimo sąlygomis

Beveik pusė tiriamųjų savo gyvenimo sąlygomis yra patenkinti arba labai patenkinti, dar trečdalis – patenkinti iš dalies. Penktadalis respondentų gyvenimo sąlygomis nepatenkinti (15 pav.). Matyti, kad respondentai savo gyvenimo sąlygomis yra labiau patenkinti nei nepatenkinti.



15 pav. Tiriamųjų pasitenkinimas savo gyvenimo sąlygomis

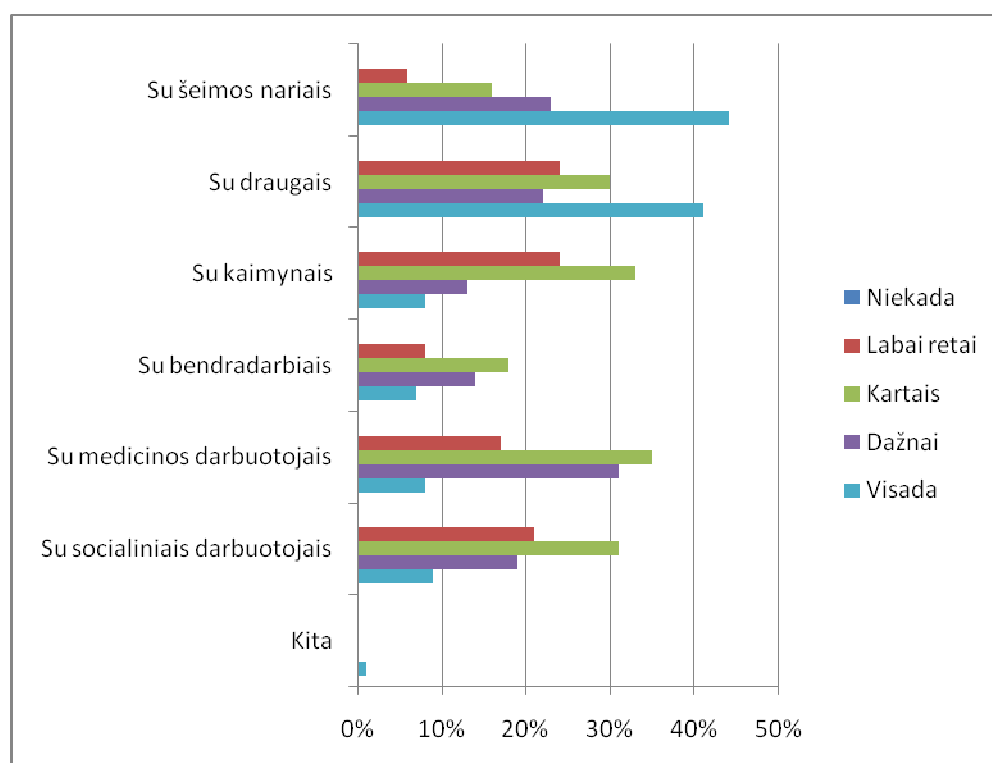
3.5. Tiriamųjų santykiai su kitais žmonėmis

3.5.1. Tiriamųjų palaikomi santykiai

Respondentai teigia dažniausiai santykius palaikantys su šeimos nariais (44 % santykius palaikantys visada, 23 % – dažnai), su draugais (11 % – visada, 22 % – dažnai, 30 % – bent kartais). Taip pat respondentai nemažai bendrauja su medicinos darbuotojais (8 % – visada, 31 % –

dažnai, 35 % – kartais), su socialiniais darbuotojais (9 % – visada, 19 % – dažnai, 31 % – kartais). Mažiau tiriamųjų nurodė palaikantys santykius su kaimynais (8 % – visada, 13 % – dažnai, 33 % – kartais, o 24 % – bent retkarčiais) ir su bendradarbiais (penktadalis bendrauja nuolat arba dažnai, 18 % – kartais, 8 % – retai) (16 pav.).

Pagal tyrimo rezultatus galima spręsti, kad dažniausiai respondentai turi galimybę bendrauti su artimaisiais ir draugais. Pakankamai aktyvus tiriamųjų bendravimas su medicinos ir socialiniais darbuotojais leidžia spręsti apie teikiamų paslaugų svarbą respondentams. Kaip ligos pasekmę galima būtų vertinti susilpnėjusius ar nutrūkusius ryšius su kaimynais ir bendradarbiais.

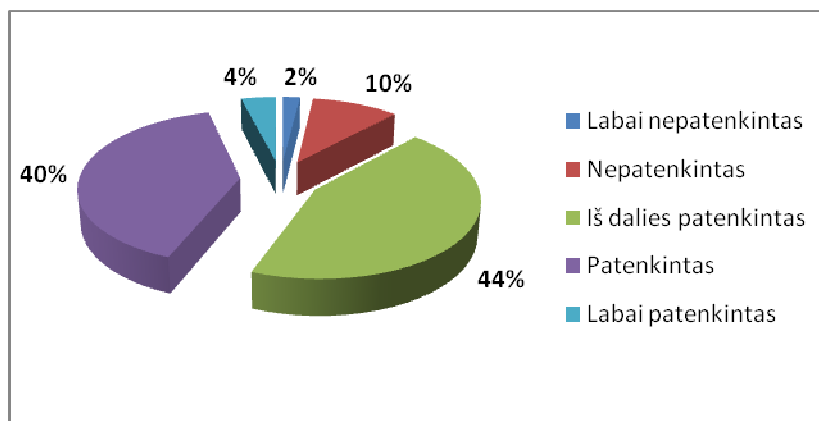


16 pav. Duomenys apie tiriamųjų palaikomus santykius

3.5.2. Pasitenkinimas santykiais

Beveik pusė respondentų santykiais su kitais žmonėmis yra patenkinti iš dalies, nemažai respondentų (40 %) santykiais patenkinti arba labai patenkinti (4 %). Tik 12 % respondentų santykiais su kitais žmonėmis yra nepatenkinti arba labai nepatenkinti (17 pav.).

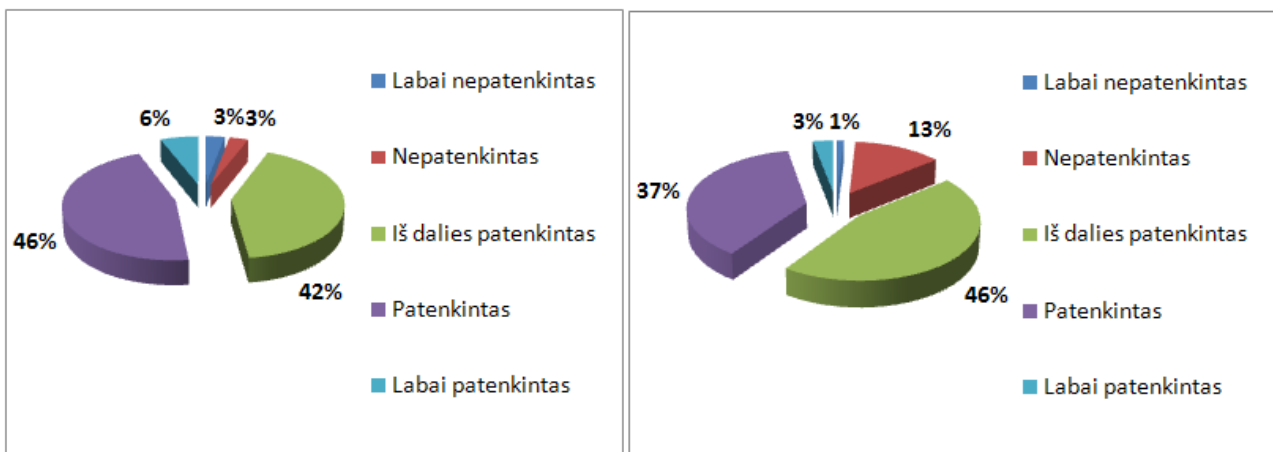
Kadangi nepatenkintų bendravimu respondentų yra nedaug, galima teigti, kad ryšiai su kitais žmonėmis yra svarbūs jų gyvenime.



17 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą santykiais su kitais žmonėmis

Šiuo klausimu išsiskyrė seniai sergančių respondentų ir mažiau kaip 5 metus sergančių nuomonės. Tarp seniai sergančių respondentų yra dvigubai daugiau nepatenkintų ir labai nepatenkintų bendravimu nei tarp sergančių iki 5 metų (atitinkamai 14 % ir 6 %). Patenkintų ir labai patenkintų santykiais su kitais žmonėmis skaičius taip pat skyrėsi (seniai sergančių – 40 %, sergančių iki 5 m. – 52 %) (18 pav.).

Galima spręsti, kad seniai sergančių asmenų artimesni ryšiai su aplinkiniais tampa komplikuoti dėl jų asmenybės pokyčių ir dažnų hospitalizacijų. Liga gali įtakoti ir aplinkinių žmonių neigiamą požiūrį į sutrikusios psichikos asmenis ir jų diskriminavimą.



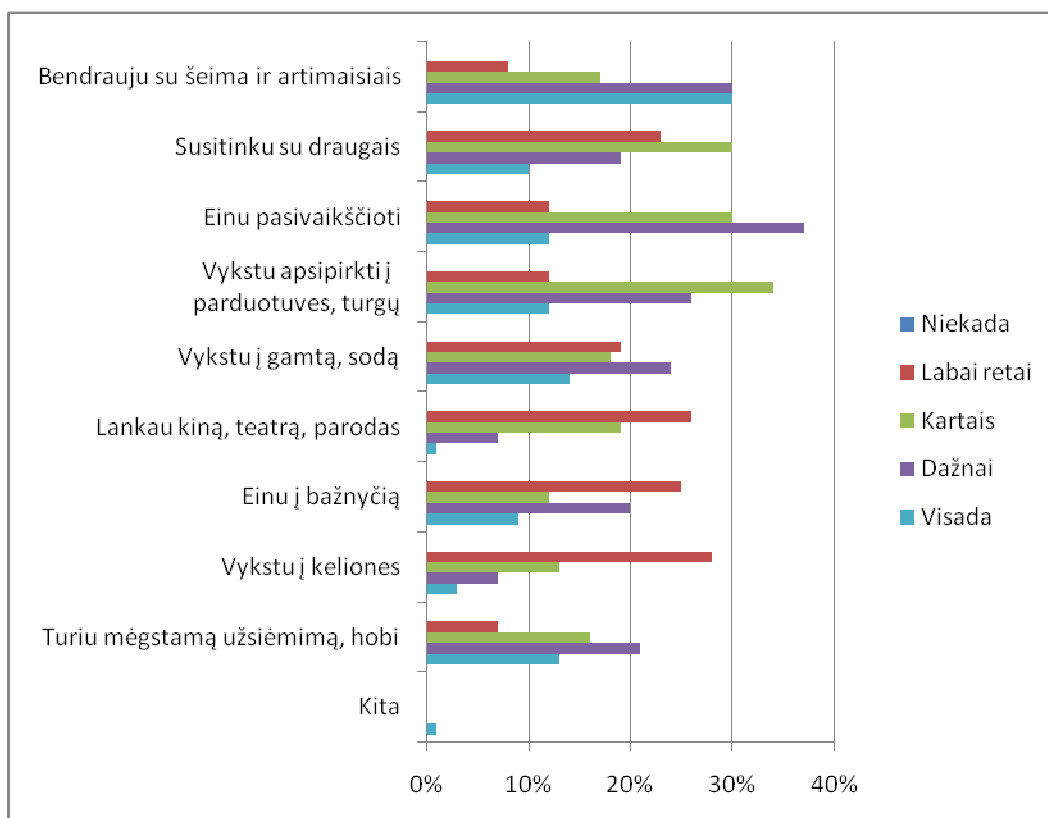
18 pav. Respondentų sergančių daugiau kaip 5 metus (dešinėje, viso 67) ir iki 5 metų (kairėje, viso 33) pasiskirstymas pagal pasitenkinimą santykiais su kitais žmonėmis.

3.6. Tiriamųjų laisvalaikio leidimo ypatumai

3.6.1. Laisvalaikio leidimo būdas

Daugiausia respondentų nurodė laisvalaikį praleidžiantys su šeima ir artimaisiais (60 % dažnai ir visada, 25 % – bent kartais), taip pat nemažai tiriamųjų eina pasivaikščioti (12 % – visada, 37 % – dažnai, 42 % – bent kartais) ir vyksta į gamtą ar sodą (14 % – visada, 24 % – dažnai, 37 % – bent kartais) arba apsipirkti (12 % – visada, 26 % – dažnai, 36 % – kartais ar retai). Šiek tiek mažiau tiriamųjų nurodė laisvalaikiu turintys mėgstamą užsiėmimą, hobį (13 % – visada, 21 % – dažnai, 23 % – bent kartais), susitinkantys su draugais (29 % – visada arba dažnai, 30 % – kartais, 23 % – retkarčiais) ir lankantys bažnyčią (9 % – visada, 20 % – dažnai, 47% – bent kartais). Mažiausia dalis tiriamųjų laisvalaikiu lanko kiną, teatrą, parodas (8 % – visada ir dažnai, 19 % – kartais, 26 % – tik retkarčiais) ir vyksta į keliones (10 % – dažnai ir visada, 13 % – kartais, 28 % – retai) (19 pav.).

Galima daryti prielaidą, kad dėl ligos pasekmių respondentai mažiau domisi ar neturi materialinių sąlygų kultūrinei veiklai, tolimesnėms išvykoms, todėl jų laisvalaikis apsiriboja bendravimu su artimaisiais, išvykomis į gamtą, parduotuves ar bažnyčią.

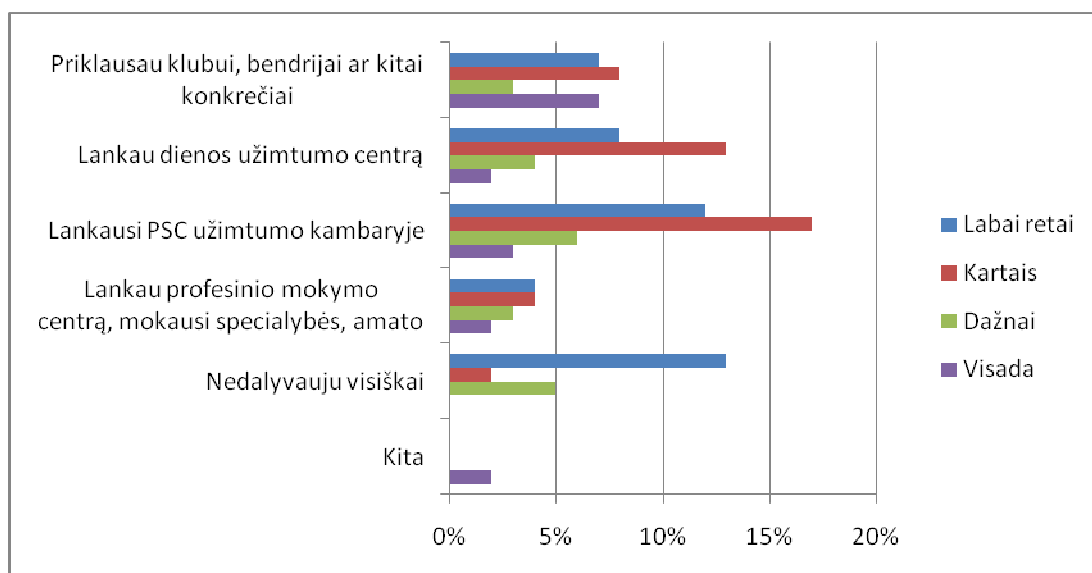


19 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal laisvalaikio leidimo būdą

3.6.2. Dalyvavimas bendruomenės veikloje

Bendruomenės organizuojamoje veikloje dalyvaujantys nurodė 60 respondentų. Iš jų daugiausiai tiriamųjų dalyvauja klubo, bendrijos ar kitos konkrečios organizacijos veikloje (10 % – dažnai ir visada, 15 % – kartais arba retai). Nemažai respondentų lankosi PSC užimtumo kambariuose (dažnai ir visada – 9 %, bent kartais – 29 %) ir dienos užimtumo centruose (visada ir dažnai – 6 %, bent kartais – 21 %). Keletas respondentų nurodė lankantys profesinio mokymo centrus (5 % lankosi nuolat) (20 pav.).

Pagal tyrimo duomenis matyti, kad palyginti nedidelė dalis tiriamųjų nuolat dalyvauja įvairioje bendruomenėje organizuojamoje veikloje. Galima daryti prielaidą, kad siūlomos bendruomeninės laisvalaikio paslaugos neatitinka respondentų poreikių arba tiriamieji neturi sąlygų lankyti bendruomenės institucijose.

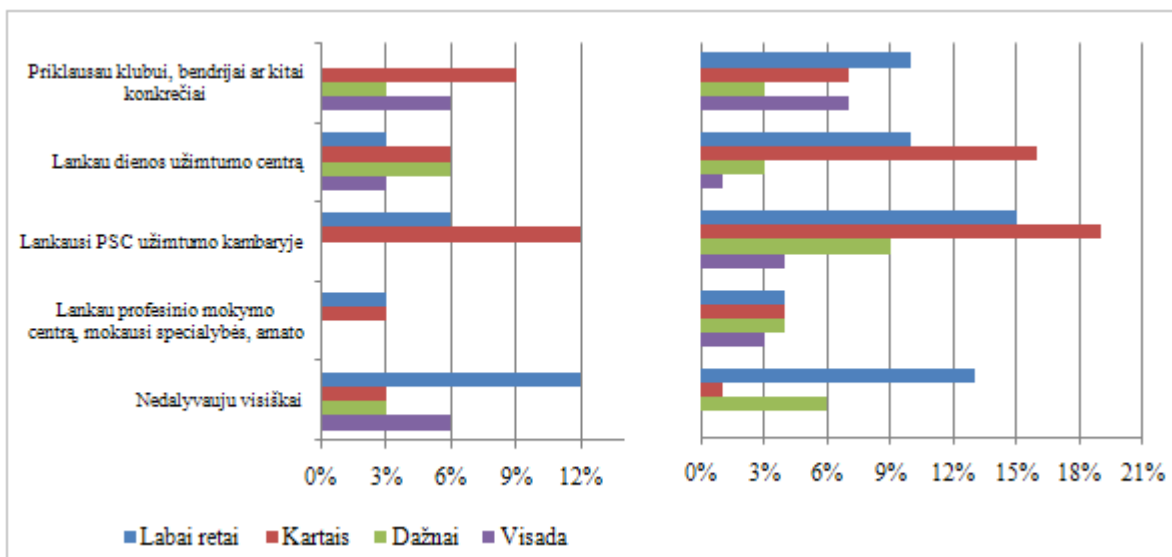


20 pav. Duomenys apie respondentų dalyvavimą bendruomenės organizuojamoje veikloje

Skiriasi seniai sergančių (daugiau kaip 5 metus) ir sergančių iki 5 metų respondentų dalyvavimas bendruomenės veikloje. Seniai sergantys respondentai kiek dažniau lanko dienos užimtumo centrus ir priklauso konkrečiam klubui ar bendrijai. Seniai sergantys respondentai skirtingai nei sergantys iki 5 metų noriai lankosi Psichikos sveikatos centrų užimtumo kambariuose (13 % lanko visada ar dažnai, 35 % bent kartais) (21 pav.).

Tikėtina, kad poliklinikose gerėja specialistų komandos darbas ir asmenys, turintys psichikos sutrikimų, gauna pakankamai informacijos apie galimybę užsiimti veikla, atitinkančia jų

poreikius. Taip pat matyti, kad seniai sergantys tiriamieji gauna informaciją apie profesinės reabilitacijos galimybę. Keletas respondentų nurodė lankantys profesinio mokymo centrus.

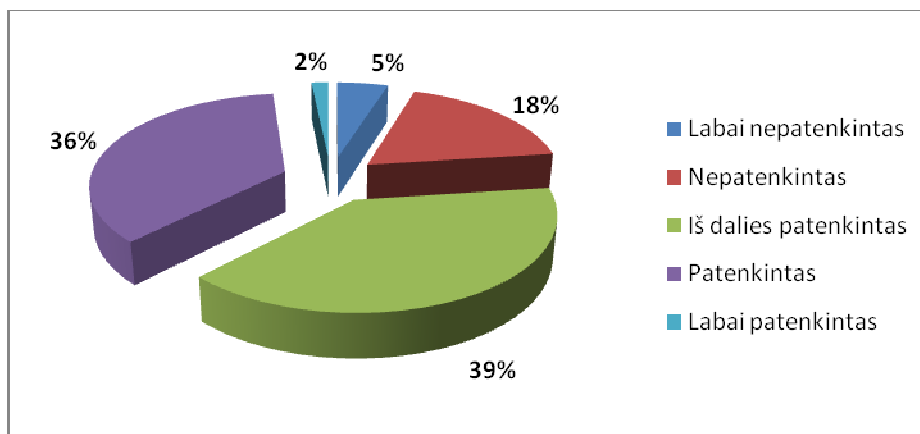


21 pav. Duomenys apie respondentų, sergančių iki 5 metų (kairėje, viso 33) ir daugiau kaip 5 metus (dešinėje, viso 67), dalyvavimą bendruomenės organizuojamoje veikloje

3.6.3. Pasitenkinimas bendruomenės veikla

Didžiausia dalis respondentų, dalyvaujančių bendruomenėje organizuojamoje veikloje, savo dalyvavimu patenkinti iš dalies (39 %). 38 % tiriamųjų dalyvavimu yra patenkinti ir labai patenkinti, o 23 % respondentų lūkesčių veikla bendruomenėje nepateisina (22 pav.).

Galima spręsti, kad organizuoti bendruomenės užimtumo veiklą yra tikslinga, tačiau veiklos galimybes galima būtų praplėsti, kad atitiktų visų dalyvaujančių lūkesčius.



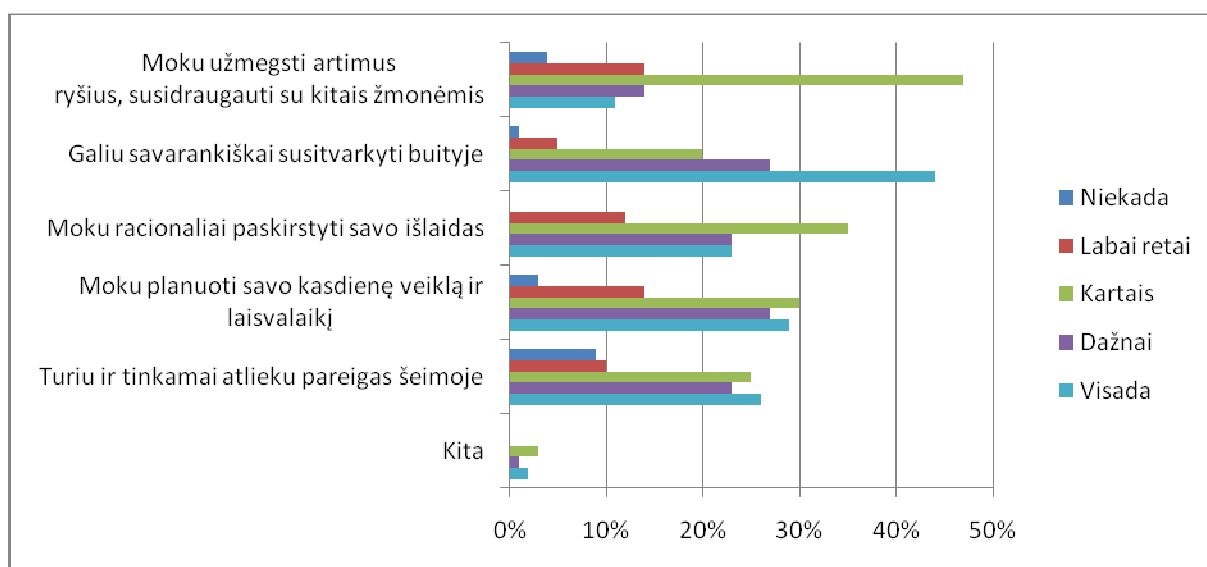
22 pav. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal pasitenkinimą dalyvavimu bendruomenės veikloje

3.7. Tiriamųjų savęs vertinimas

3.7.1. Savo sugebėjimų vertinimas

Vertindami savo sugebėjimus, daugiausia tiriamųjų teigė galintys savarankiškai susitvarkyti buityje (44 % atsakė, kad gali visada, 27 % – dažnai, 20 % – kartais). Nemažai respondentų mano sugebantys planuoti savo kasdienę veiklą ir laisvalaikį (daugiau kaip pusė atsakė sugebantys dažnai ir visada) bei tinkamai atliekantys pareigas šeimoje (beveik pusė – dažnai ir visada, ketvirtadalis – kartais). Gebantys visada racionaliai paskirstyti savo išlaidas teigia apie ketvirtadalis respondentų, tiek pat tai sugeba dažnai. Mažiausia dalis tiriamųjų nurodė, mokantys užmegzti artimus ryšius, susidraugauti su kitais žmonėmis – visada tai sugeba tik 11 %, dažnai – 14 %, o apie pusę respondentų – tik kartais (23 pav.).

Matyti, kad nemažai respondentų nemano praradę turimų buities ir kasdienio gyvenimo įgūdžių. Daug sunkiau jiems sekasi bendrauti su aplinkiniais, užmegzti ir palaikyti artimus santykius. Galima daryti prielaidą, kad tai įtakota psichikos sutrikimo ir aplinkinių požiūrio į sergančiuosius.

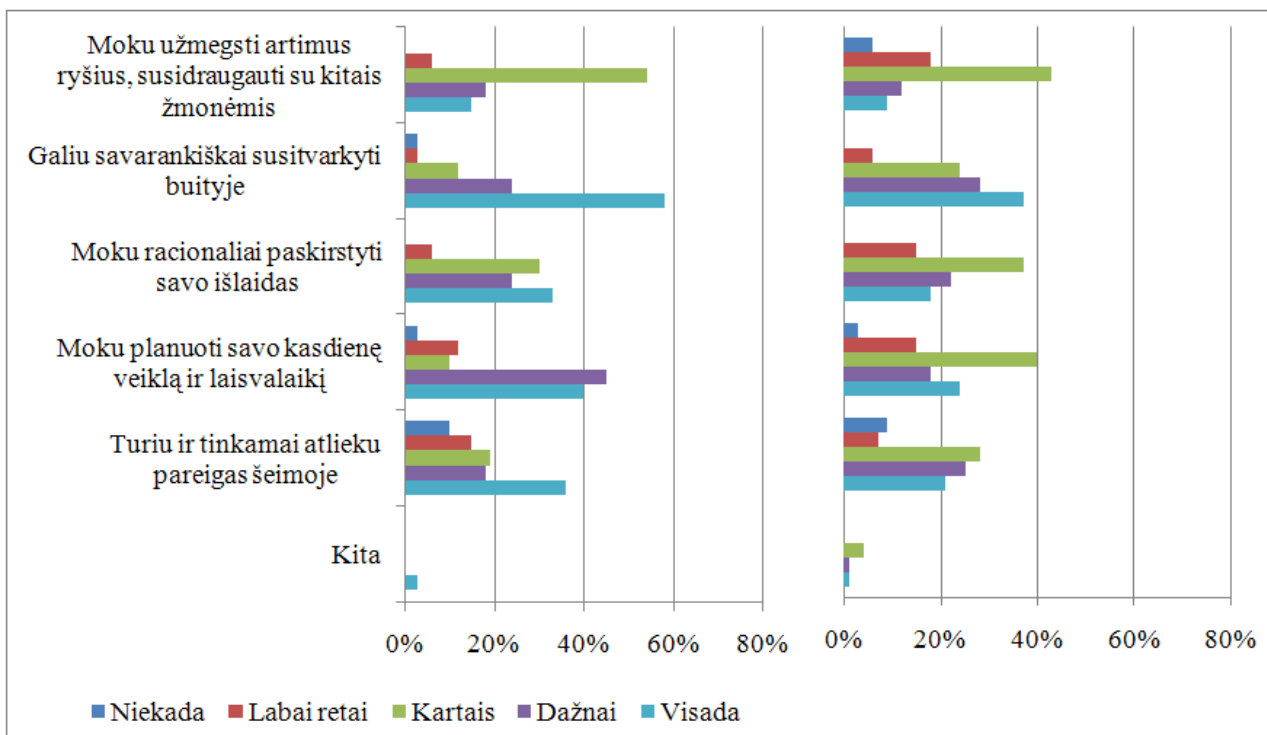


23 pav. Respondentų nuomonė apie savo sugebėjimus kasdieniame gyvenime

Seniai sergantys respondentai mažiau pasitiki savo sugebėjimais tiek kasdienėje veikloje, tiek bendraujant su kitais žmonėmis. Apie 80 % mažiau kaip 5 metus sergančių tiriamųjų nurodė, kad visada ar dažnai gali savarankiškai susitvarkyti buityje, tuo tarpu tik du trečdaliai seniai sergančių respondentų teigė tą patį. Skiriasi ir šių grupių respondentų gebėjimas planuoti savo kasdienę veiklą ir laisvalaikį (visada ir dažnai tai sugeba apie 85 % sergančių mažiau kaip 5 metus

ir apie 40 % seniai sergančių), racionaliai paskirstyti savo išlaidas (visada ir dažnai sugeba apie 60 % sergančių mažiau kaip 5 metus ir apie 40 % seniai sergančių) (24 pav.).

Galima spręsti, kad progresuojant psichikos ligai silpnėja buities ir kasdienio gyvenimo įgūdžiai, pasitikėjimas savimi, o tai be abejo įtakoja respondentų savarankiškumą ir gyvenimo kokybę.



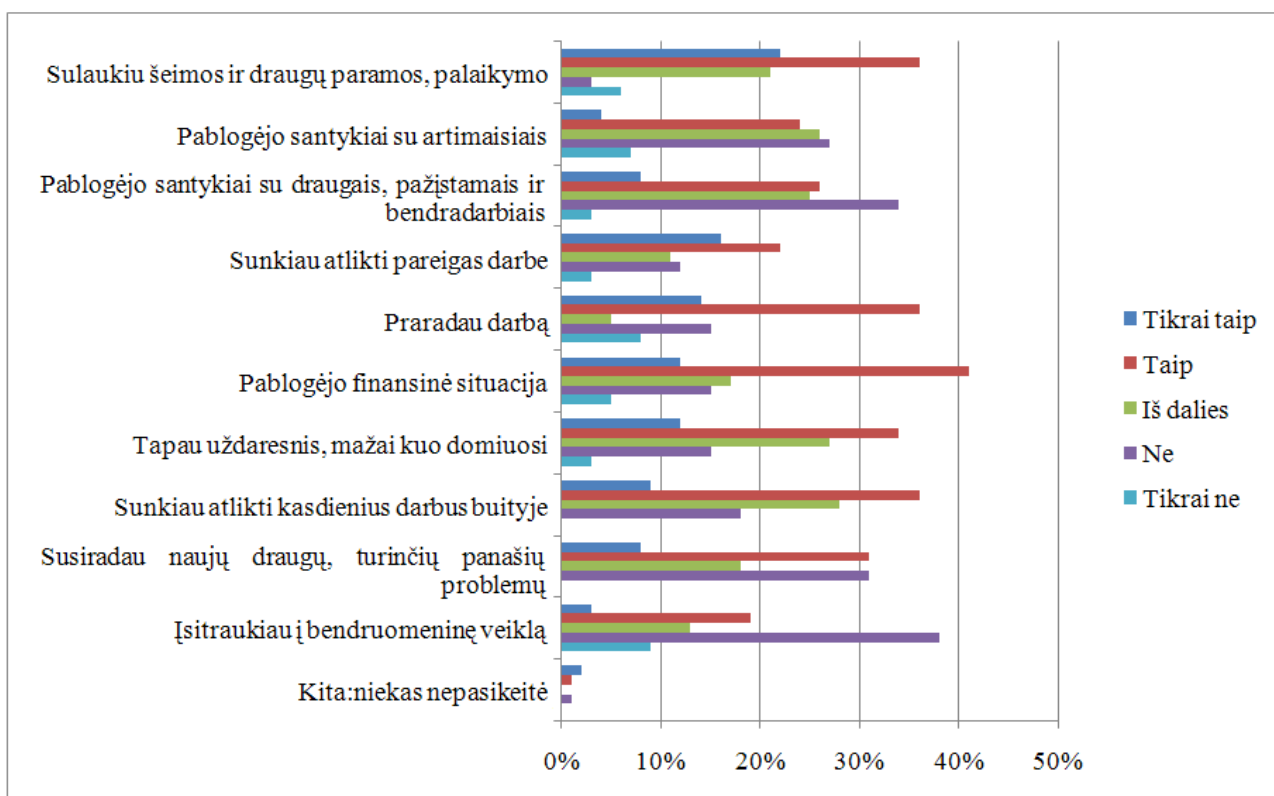
24 pav. Respondentų, sergančių mažiau kaip 5 metus (kairėje, viso 33) ir ilgiau (dešinėje, viso 67), nuomonė apie savo sugebėjimus kasdiniame gyvenime

3.7.2. Respondentų nuomonė apie gyvenimo pokyčius dėl psichikos ligos

Iš apklausos rezultatų matyti, kad didelė dalis respondentų susirgę sulaukė šeimos ir draugų paramos ir palaikymo (58 % teigia sulaukę palaikymo, dar 21 % – sulaukę iš dalies), kita vertus 28 % tiriamųjų teigė, kad pablogėjo jų santykiai su artimaisiais, 26 % – kad pablogėjo iš dalies. Beveik pusė tiriamųjų nurodė dėl ligos praradę darbą, tiek pat respondentų atsakė, kad jiems sunkiau atlikti pareigas darbe, o 59 % teigė, kad pablogėjo ar iš dalies pablogėjo santykiai su draugais ir bendradarbiais. Nemažai tiriamųjų mano, kad susirgus pablogėjo jų finansinė situacija (53 % teigia, kad situacija pablogėjo, dar 17 % – kad pablogėjo iš dalies). Daugiau kaip pusė respondentų pastebėjo, kad tapo uždaresni, mažai domisi aplinka, o apie 60 % tiriamųjų sunkiau atlieka kasdienes darbus. Palyginti nedaug respondentų susirgę susirado naujų draugų, turinčių

panašių problemų (39 %) ir įsitraukė į bendruomenės veiklą PSC, Dienos centruose ar kt. (įsitraukusių – 22 %, įsitraukusių iš dalies – 13 %). Tik 4 respondentai grafoje „Kita“ nurodė, kad susirgus jų gyvenime niekas nepasikeitė (25 pav.).

Galima teigti, kad psichikos sutrikimas dažniausiai neigiamai paveikia respondentų gyvenimą, tik mažesnioji dalis susiranda naujų draugų ir poreikius atitinkančios veiklos bendruomenės institucijose.

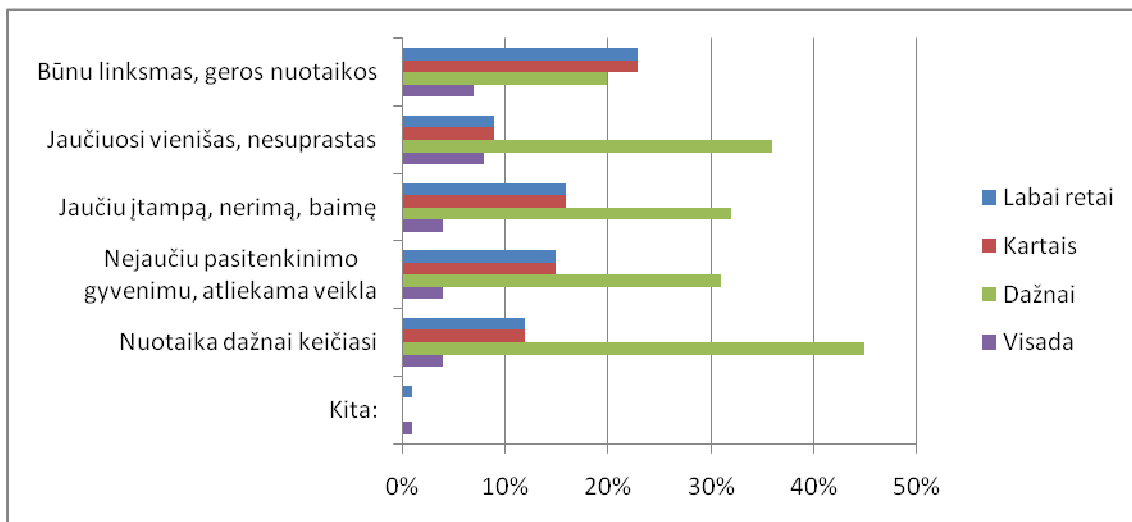


25 pav. Respondentų nuomonė apie gyvenimo pokyčius susirgus psichikos liga

3.7.3. Respondentų nuotaikos vertinimas

Nedaug respondentų (27 %) nurodė, kad visada arba dažnai būna linksmi arba geros nuotaikos. Mažiau kaip pusė respondentų geros nuotaikos būna tik kartais, dar apie ketvirtadalis retkarčiais. Neretai respondentai skundžiasi prasta savijauta: jaučiasi vieniši ir nesuprasti (8 % – visada, 36 % – dažnai, tiek pat – kartais), jaučia įtampą, nerimą ir baimę (4 % respondentų – visada, trečdalis – dažnai, 30 % – kartais), nejaučia pasitenkinimo gyvenimu ir atliekama veikla (35 % – dažnai ir visada, trečdalis – kartais). Didelė dalis tiriamųjų pastebi, kad jų nuotaika nepastovi, dažnai keičiasi – beveik pusė tai jaučia visada ir dažnai, trečdalis tiriamųjų – kartais (26 pav.).

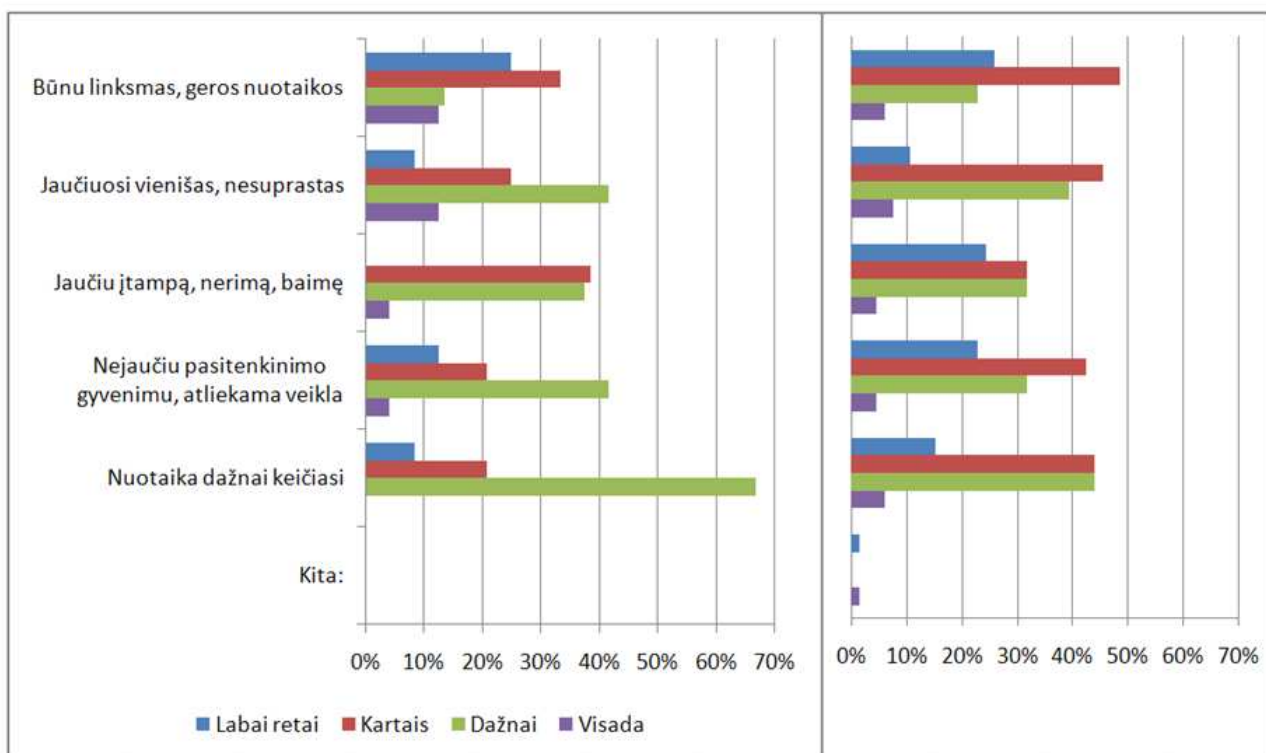
Galima teigti, kad respondentai dažniausiai būna prastos nuotaikos, jaučiasi vieniši ir nejaučia pasitenkinimo gyvenimu ir veikla.



26 pav. Respondentų nuomonė apie savo nuotaiką

Šiek tiek skiriasi vienišų ir su artimaisiais gyvenančių respondentų savo nuotaikos vertinimas. Dažnai ir nuolat būnantys geros nuotaikos nurodė apie trečdalis vienišų respondentų ir 29 % su artimaisiais gyvenančių respondentų. Didesnis skirtumas išryškėjo tarp nurodžiusių, kad linksmi ir geros nuotaikos būna visada: taip teigia dvigubai daugiau vienišų tiriamųjų. Vieniši ir nesuprasti dažnai arba visada jaučiasi maždaug 54 % vienišų ir apie 47 % su artimaisiais gyvenančių tiriamųjų. Įtampą, nerimą ir baimę nuolat arba dažnai jaučia beveik 42 % vienišų ir apie 36 % su artimaisiais gyvenančių respondentų, o dažniausiai nejaučiantys pasitenkinimo gyvenimu ir veikla teigė 46 % vienišų ir 36 % artimuosius turintys tiriamieji. Du trečdaliai vienišų tiriamųjų atsakė, kad jų nuotaika dažnai keičiasi, tą patį nurodė pusė su artimaisiais gyvenančių respondentų (27 pav.).

Pagal tyrimo rezultatus galima spėti, kad nepasitenkinimą gyvenimu ir santykiais su kitais žmonėmis kiek dažniau jaučia vieni gyvenantys respondentai. Kita vertus, ši respondentų grupė nurodė, kad dažniau nuolat būna linksmi ir geros nuotaikos. Galima daryti prielaidą, kad artimųjų palaikymas yra svarbus, bet jie ne visada sugeba tinkamai padėti ir psichologiškai palaikyti savo sergančius šeimos narius.

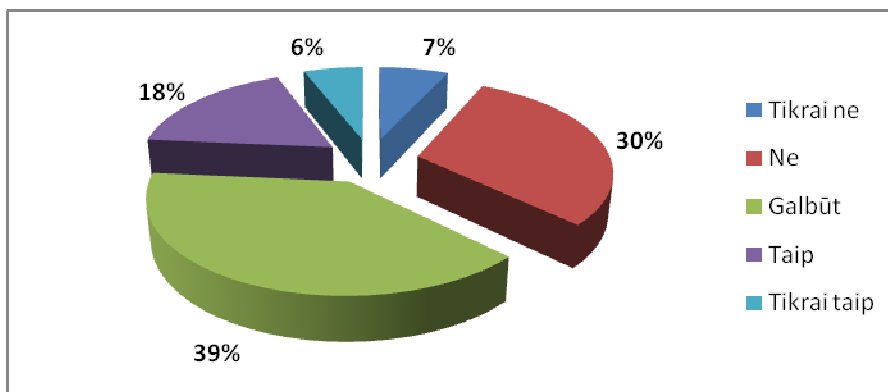


27 pav. Vienų (kairėje, viso 24) ir su artimaisiais gyvenančių (dešinėje, viso 66) respondentų nuomonė apie savo nuotaiką

3.7.4. Tiriamųjų laimės jausmas

Daugiausia respondentų (39 %) šiuo klausimu neturėjo tikslios nuomonės ir rinkosi atsakymą „galbūt“. Beveik ketvirtadalis tiriamųjų jaučiasi laimingi ar tikrai laimingi, o esantys nelaimingi nurodė 37 % (28 pav.).

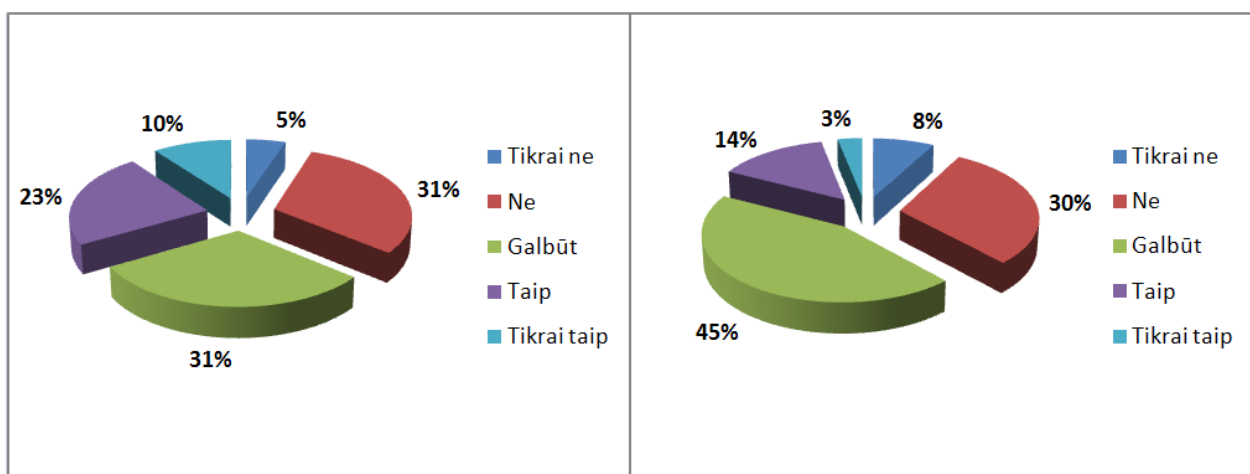
Taigi, nelaimingų respondentų yra daugiau nei laimingų.



28 pav. Respondentų nuomonė, ar jie yra laimingi

Iš tyrimo rezultatų matyti, kad jaunesnio amžiaus (18 – 35 m.) respondentai dažniau jaučiasi laimingi. Esantys laimingi ir tikrai laimingi nurodė 33 % šios grupės tiriamųjų, tuo tarpu tik 17 % vyresnių respondentų rinkosi šiuos atsakymus. Nelaimingais jaučiasi panašus skaičius abiejų grupių tiriamųjų, o neturi nuomonės šiuo klausimu dažniau vyresni respondentai (31 % jaunesnio amžiaus tiriamųjų ir 45 % vyresnio amžiaus) (29 pav.).

Galima teigti, kad vyresniame amžiuje asmenys, turintys psichikos sutrikimų, neretai praranda gyvenimo džiaugsmą. Tai galėtų būti sveikatos sutrikimo pasekmė, įtakojanti gyvenimo kokybę.

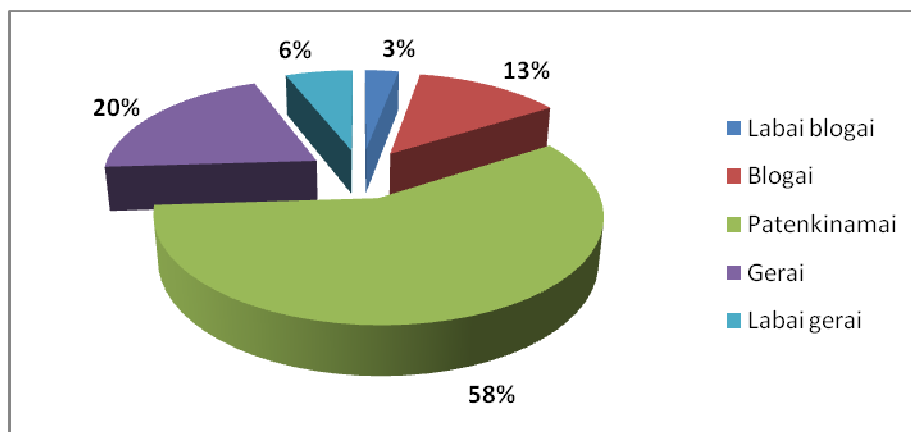


29 pav. Jaunų (kairėje, viso 39) ir vyresnio amžiaus (dešinėje, viso 61) respondentų nuomonė, ar jie yra laimingi

3.7.5. Tiriamųjų nuomonė apie savo gyvenimą apskritai

Daugiau kaip pusė respondentų savo gyvenimą apskritai vertina patenkinamai. Penktadalis tiriamųjų gyvenimą įvertino gerai, o 6 % – labai gerai. Blogai ir labai blogai vertinančių savo gyvenimą yra 16 % tiriamųjų (30 pav.).

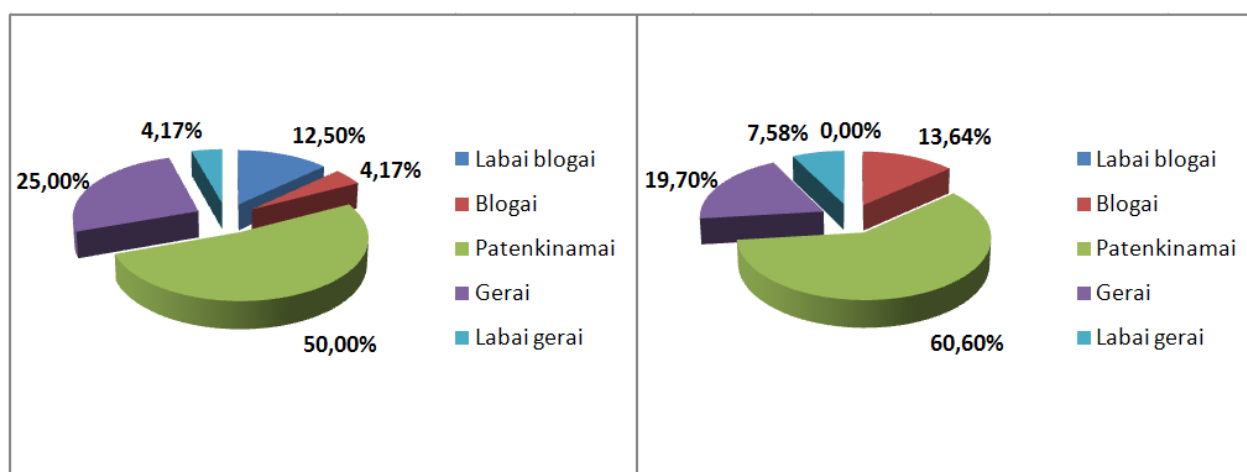
Matyti, kad kiek daugiau tiriamųjų savo gyvenimą vertina gerai negu blogai, bet didelė dalis mano, kad jų gyvenimas tik patenkinamas.



30 pav. Respondentų pasiskirstymas pagal savo gyvenimo vertinimą

Analizuojant vienišų ir su artimaisiais gyvenančių respondentų atsakymus į šį klausimą, paaiškėjo, kad didžiausia dalis abiejų grupių respondentų savo gyvenimą vertina patenkinamai (50 % vienišų ir 60 % su artimaisiais gyvenančių respondentų), panašus skaičius tiriamųjų savo gyvenimą vertina gerai ir labai gerai (29 % vienišų ir 27 % su artimaisiais gyvenančių). Skirtumas tarp šių grupių išryškėjo, analizuojant duomenis apie blogą savo gyvenimo įvertinimą. Su artimaisiais gyvenančių respondentų grupėje nebuvo atsakiusių, kad jų gyvenimas apskritai yra labai blogas, tuo tarpu taip atsakė 12,5 % vienišų tiriamųjų (31 pav.).

Galima teigti, kad artimųjų parama respondentams svarbi ir padeda išvengti visiško nepasitenkinimo savo gyvenimu.



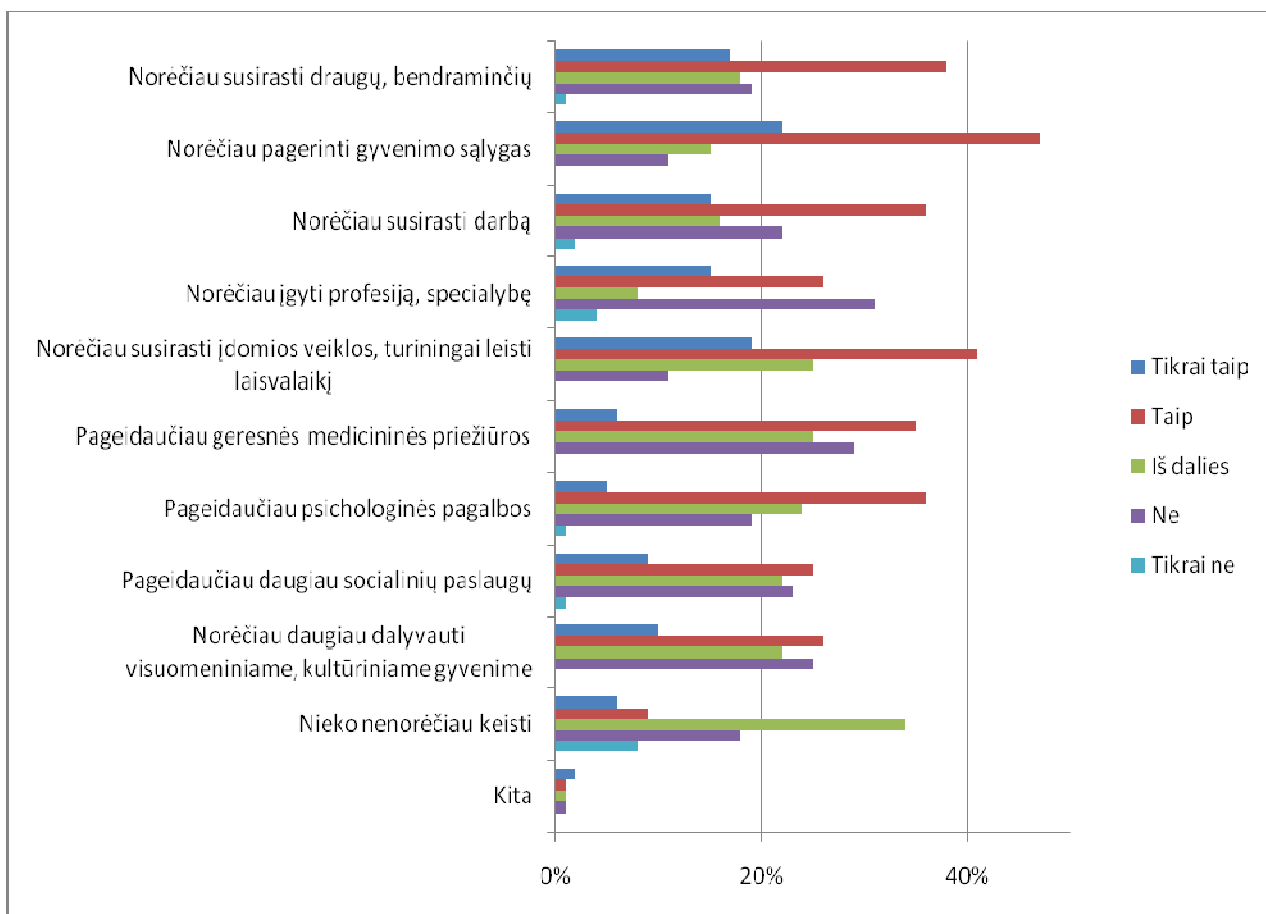
31 pav. Vienišų (kairėje, viso 24) ir su artimaisiais gyvenančių (dešinėje, viso 66) respondentų pasiskirstymas pagal savo gyvenimo vertinimą

3.8. Respondentų pageidavimai, lūkesčiai ir jų įgyvendinimo galimybės

3.8.1. Respondentų lūkesčiai ir pageidavimai

Didžiausia dalis respondentų nurodė, kad norėtų pagerinti savo gyvenimo sąlygas (daugiau kaip du trečdaliai atsakė „taip“ ir „tikrai taip“), nemažai (60 %) pageidautų susirasti įdomios veiklos ir turiningai leisti laisvalaikį, o dar 55 % tiriamųjų teigė norintys susirasti draugų ir bendraminčių. Nemažai tiriamųjų lūkesčių susiję su profesine veikla: apie pusė respondentų norėtų susirasti darbą, apie 40 % – įsigyti profesiją ar specialybę. Kiek daugiau nei trečdalis respondentų mano, kad per mažai dalyvauja visuomeniniame ir kultūriniame gyvenime bei norėtų dalyvauti daugiau. Palyginti didelė dalis tiriamųjų pageidautų daugiau specialistų pagalbos: geresnės medicininės priežiūros norėtų 41 % tiriamųjų, ketvirtadalis – norėtų iš dalies, psichologinės pagalbos trūksta 41 % tiriamųjų, beveik ketvirtadaliui trūksta iš dalies, daugiau socialinių paslaugų nurodė pasigendantys apie trečdalis respondentų, 22 % – pasigenda iš dalies. Atsakydami į klausimą apie trūkstamas socialines paslaugas, tiriamieji nurodė pageidaujantys daugiau informacijos apie pašalpas, pensijas, įvairesnių socialinių paslaugų, organizuojamos klubinės veiklos. Keletas respondentų grafoje „kita“ nurodė, kad norėtų mokytis dainuoti, dirbti kompiuteriu. Nedaug respondentų (15 %) atsakė, kad nieko nenorėtų keisti ir jiems nieko netrūksta (32 pav.).

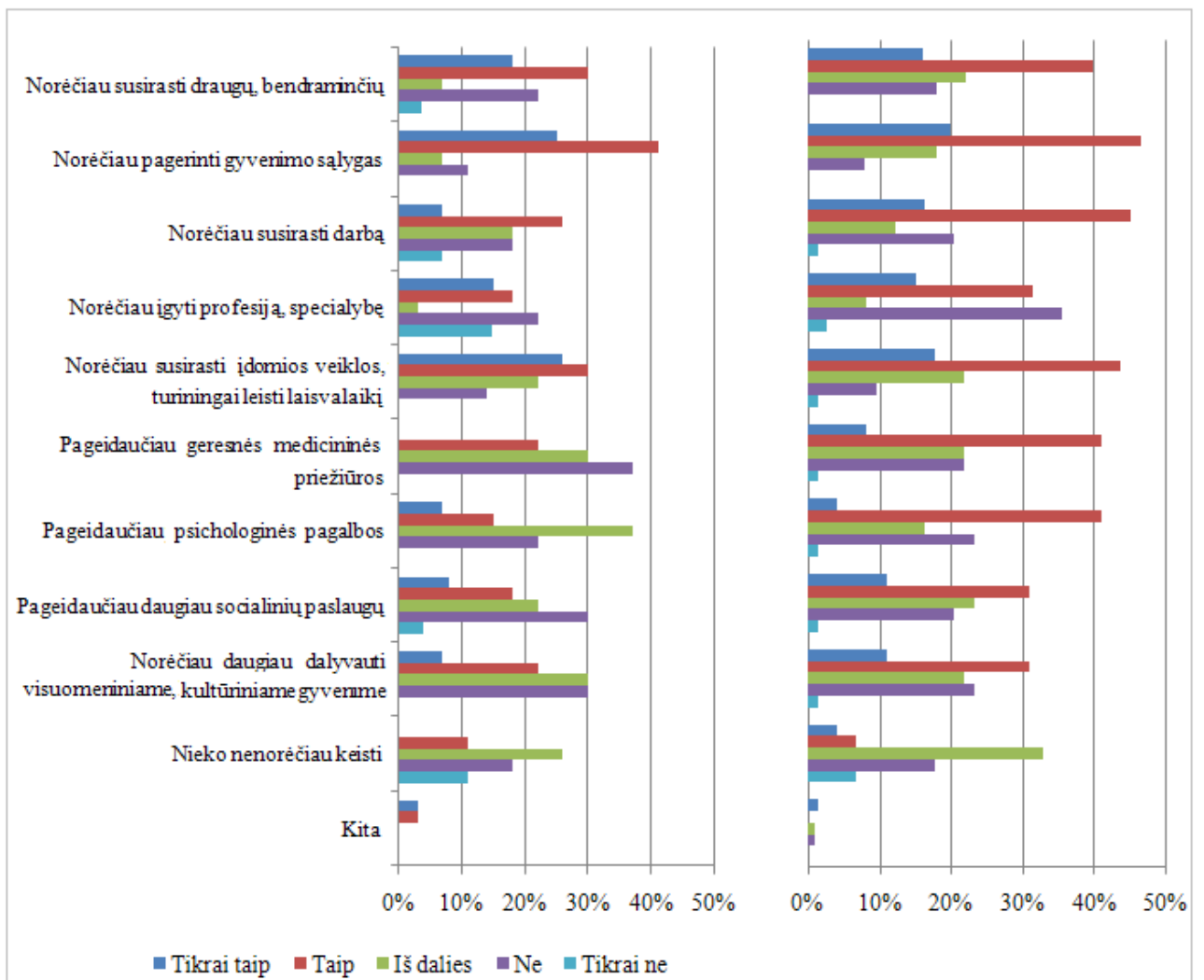
Galima teigti, kad didžioji dauguma respondentų turi įvairių lūkesčių ir jiems beveik vienodai svarbu gyvenimo sąlygos, bendravimas ir laisvalaikio leidimas, profesinė veikla ir specialistų paslaugos.



32 pav. Respondentų nuomonė, ką norėtų pakeisti savo gyvenime, ko jiems trūksta

Gana ryškiai skiriasi dirbančių ir nedirbančių respondentų lūkesčiai ir poreikis keisti savo gyvenimą. Net 57 % nedirbančių respondentų pageidautų susirasti draugų ir bendraminčių, penktadalis to pageidautų iš dalies. Tuo tarpu tarp dirbančių respondentų yra 48 % norinčių susirasti draugų ir 7% norinčių iš dalies. Skirtingi ir šių respondentų grupių lūkesčiai dėl profesinės veiklos: daugiau kaip 60% nedirbančių ir dvigubai mažiau dirbančių respondentų norėtų susirasti ar pakeisti darbą, o 47% nedirbančių ir 33 % dirbančių tiriamųjų norėtų įgyti ar pakeisti profesiją, specialybę. Nedirbantys respondentai dažniau skundžiasi nepakankama specialistų pagalba: geresnės medicininės priežiūros pageidauja pusė nedirbančių ir tik penktadalis dirbančių respondentų, gauti psichologinę pagalbą norėtų 45 % nedirbančių ir penktadalis dirbančių tiriamųjų (dirbantys dažniau atsakė psichologo pagalbos pageidaujantys „iš dalies“), socialinių paslaugų trūkumą nurodė 43 % nedirbančių ir penktadalis dirbančių tiriamųjų (33 pav.).

Galima daryti išvadą, kad profesinė veikla labai svarbi asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, gyvenimui. Nemažai nedirbančiųjų pageidauja ne tik įsidarbinti ir įgyti specialybę, bet ir neįaučia pakankamo aplinkinių dėmesio, labiau skundžiasi sutrikusia sveikata, prasta psichologine savijauta, be to šiai respondentų grupei dažniau pririekia socialinės pagalbos.



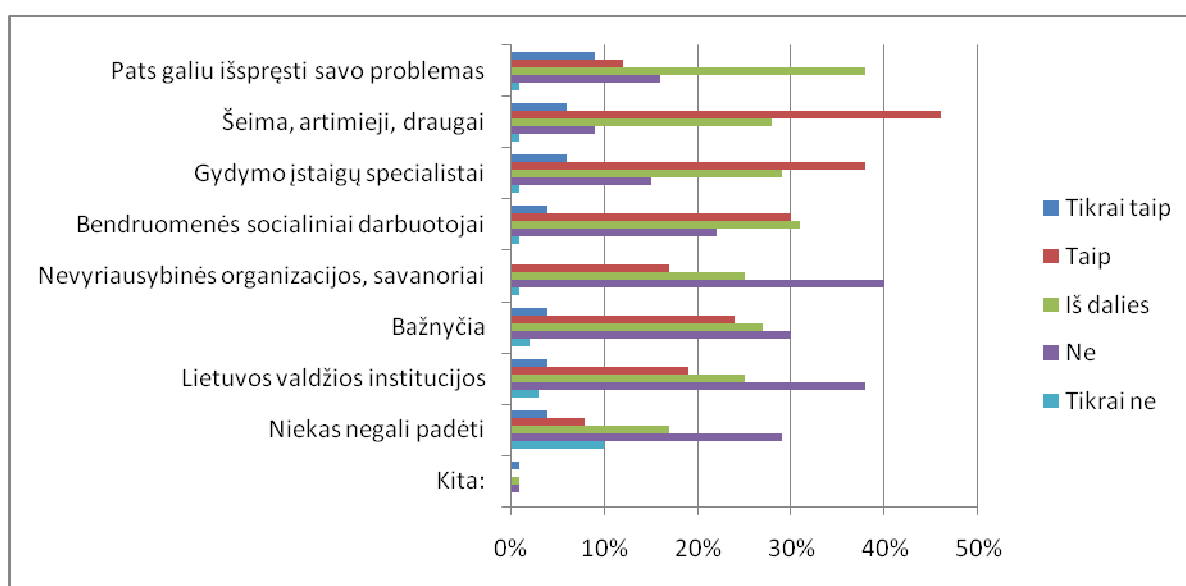
33 pav. Dirbančių (kairėje, viso 23) ir nedirbančių (dešinėje, viso 73) respondentų nuomonė, ką norėtų pakeisti savo gyvenime, ko jiems trūksta

3.8.2. Respondentų nuomonė apie lūkesčių įgyvendinimą

Palyginti nedaug respondentų įsitikinę, kad patys sugebėtų išspręsti savo problemas (penktadalis atsakė „taip“ ir „tikrai taip“, 38 % – iš dalies). Didžiausia dalis tiriamųjų įgyvendindami savo lūkesčius pasitiki šeima, artimaisiais ir draugais (apie pusė respondentų atsakė, kad artimieji jiems padėtų, 28 % – kad padėtų iš dalies). Nemažai tiriamųjų įsitikinę, kad pagalbos sulauktų iš gydymo įstaigų ir bendruomenės institucijų specialistų: 44 % tiriamųjų mano, kad jiems padėtų gydymo įstaigos specialistai, o trečdalis tikėtųsi sulaukti pagalbos iš bendruomenės socialinių darbuotojų. Po 30 % tiriamųjų mano, kad iš specialistų sulauktų pagalbos bent iš dalies. Mažiau tiriamųjų tiki, kad jų lūkesčius padėtų įgyvendinti bažnytinė bendruomenė (beveik 30 % atsakė „taip“, ketvirtadalis – „iš dalies“) ir Lietuvos valdžios institucijos (beveik ketvirtadalis atsakė

„taip“, tiek pat – „iš dalies“). Tik 17 % respondentų mano, kad jiems galėtų pagelbėti įvairios nevyriausybinės organizacijos, savanoriai, o ketvirtadalis mano, kad šie pagelbėtų iš dalies. Nedidelė dalis (12 %) tiriamųjų įsitikinę, kad niekas negalėtų jiems padėti, dar 17 % tuo įsitikinę iš dalies (34 pav.).

Analizuojant rezultatus matyti, kad nedaug respondentų pasitiki savo jėgomis ir galimybėmis, o sprendami problemas palaikymo dažniausiai tikisi sulaukti iš artimųjų ir įvairių sričių specialistų. Palyginti nedaug tiriamųjų pasitikėtų Lietuvos valdžios institucijomis ir įstatymais, dar mažiau respondentų žino arba neturi savo nuomonės apie nevyriausybinių organizacijų teikiamas paslaugas.



34 pav. Respondentų nuomonė, kas padėtų įgyvendinti jų lūkesčius

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad apklausoje dalyvavusių respondentų didžiąją daugumą sudarė darbingo ir visuomeniškai aktyvaus amžiaus žmonės. Daugelis jų yra įgiję vidurinį ar aukštesnįjį išsilavinimą, kiek mažiau - profesinį ir aukštąjį, taigi tikėtina, kad turi arba praeityje turėjo pakankamai socialinių ir darbinių įgūdžių.

Daugiau kaip pusė tiriamųjų yra miestų ir rajonų centrų gyventojai ir gyvena su šeimomis bei artimaisiais. Atsižvelgiant į šiuos rodiklius, galima teigti, kad respondentai gali pasiremti artimųjų pagalba, siekiant kuo geresnio prisitaikymo aplinkoje, savo poreikių patenkinimo. Miestuose ir centruose gyvenantys asmenys, turintys psichikos sutrikimų, gali naudotis išvystytomis bendruomenės paslaugomis.

Daugiau kaip pusė tiriamųjų psichikos liga serga daugiau kaip penkis metus ir psichiatrijos ligoninėse gydosi trečią ir daugiau kartų. Seniai sergantiems ir dažnai hospitalizuojamiems asmenims neretai silpnėja socialiniai, darbiniai, kasdienio gyvenimo įgūdžiai, tampa sunkiau prisitaikyti aplinkoje, sutrinka bendravimo ir užimtumo struktūra gyvenime. Kita vertus, įvertinant subjektyvios tiriamųjų nuomonės duomenis, tik nedaugelis teigė, esantys blogos sveikatos būklės. Tai galima būtų aiškinti sergančiųjų prisitaikymu prie pablogėjusių sąlygų ir lūkesčių sumažėjimu.

Didžioji dalis respondentų nedirba, dar mažiau dirbančiųjų yra ilgiau kaip 5 metus sergančių tiriamųjų grupėje. Beveik visi dirbantys apklausos dalyviai yra samdomi darbininkai ir specialistai, o ne vadovaujantys darbuotojai, tik vienas nurodė, turintis savo verslą. Tik keli respondentai šiuo metu mokosi aukštojoje ar profesinėje mokykloje, siekdami įgyti išsilavinimą ar specialybę.

Dauguma nedirbančių tiriamųjų nurodė nedirbantys dėl sveikatos, o darbo savarankiškai ar darbo biržoje ieško nedaugelis.

Nurodydami savo pragyvenimo šaltinį, palyginti nedidelė dalis tiriamųjų teigė gaunantys darbo užmokestį ar gyvenantys remiami artimųjų. Paašškėjo, kad didžioji dalis asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, gyvena iš valstybės teikiamų socialinių išmokų, pašalpų ir pensijų. Analizuojant objektyvius duomenis apie tiriamųjų gyvenimo sąlygas, sužinota, kad vos keli apklausos dalyviai neturi gyvenamosios vietos, tuo tarpu didžioji dauguma gyvena savo ar savo šeimos būste. Subjektyviai vertindami savo gyvenimo sąlygas, respondentai dažniau teigė esantys patenkinti nei nepatenkinti, bet didžiausia dalis gyvenimo sąlygomis buvo patenkinti tik iš dalies.

Apibūdindami savo ryšius su kitais žmonėmis, apklausos dalyviai teigė dažniausiai palaikantys santykius su šeima ir artimaisiais, kiek rečiau su draugais, medicinos ir socialiniais darbuotojais, o rečiausiai su kaimynais, bendradarbiais. Tokie duomenys objektyviai atspindi

situaciją, nes iš anksčiau analizuotų atsakymų matyti, kad daugelis tiriamųjų nedirba, o tolimesnių ryšių ir kontaktų susilpnėjimą gali lemti psichikos ligos pasekmės.

Patys respondentai savo santykiais su kitais žmonėmis dažniausiai yra patenkinti iš dalies arba patenkinti, nepatenkintų yra nedaug. Dažniau nepasitenkinimą santykiais subjektyviai išreiškė respondentai, sergantys psichikos liga ilgiau kaip 5 metus.

Laisvalaikio praleidimui respondentai paprastai renkasi lengviausiai prieinamus, ypatingų sąlygų nereikalaujančius būdus: bendrauja su artimaisiais, vyksta į gamtą, parduotuves, bažnyčią. Rečiau yra išitraukę į mėgstamą užsiėmimą, turi hobių, o rečiausiai lanko kultūrinius renginius, keliauja.

Daugiau kaip pusė tiriamųjų dalyvauja bendruomenėje organizuojamoje veikloje: priklauso bendrijai ar klubui, lanko PSC užimtumo kambarius, dienos užimtumo centrus. Tiesa, dauguma respondentų veikloje dalyvauja tik kartais, o nuolat dalyvaujančių yra nedaug. Kiek dažniau į įvairias užimtumo priemones išitraukia respondentai sergantys seniai – ilgiau kaip 5 metus. Vertinant subjektyvius duomenis apie tiriamųjų pasitenkinimą dalyvavimu bendruomenės veikloje, matyti, kad patenkintų yra mažesnioji dalis, taigi, užimtumas bendruomenės institucijose atitinka ne visų asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, lūkesčius.

Didelė dalis respondentų gerai vertina savo sugebėjimus savarankiškai tvarkytis buityje, planuoti kasdienę veiklą, atlikti pareigas šeimoje. Tuo tarpu daugelis teigia, kad jiems daug blogiau sekasi užmegzti ryšius ir susidraugauti su kitais žmonėmis. Susiejus šiuos rezultatus su objektyviais duomenimis apie respondentų susirgimo trukmę, matyti, kad dvigubai mažiau tiriamųjų sergančių daugiau kaip 5 metus, gerai įvertino savo kasdienio gyvenimo įgūdžius. Tikėtina, kad šis skirtumas išryškėjo, nes progresuojanti psichikos liga ir jos pasekmės įtakoja sergančiųjų savarankiškumo mažėjimą ir prastėjančią gyvenimo kokybę.

Apklaustos dalyviai nurodė tam tikrus pokyčius susirgus, įtakančius jų gyvenimo kokybę. Kaip teigiamą pokytį galima vertinti tai, kad susirgę daugelis respondentų sulaukė šeimos ir draugų paramos. Mažesnės dalies tiriamųjų santykiai su artimaisiais pablogėjo. Nemažai tiriamųjų pastebėjo, kad dėl ligos sumažėjo jų darbingumas ar net teko nutraukti darbinę veiklą, pablogėjo jų finansinė situacija, dėl psichikos sutrikimo jie tapo uždaresni, sunkiau susitvarkantys buityje. Palyginti nedaugelis susirado naujų draugų, turinčių panašių problemų ir išitraukė į bendruomenėje organizuojamą užimtumo veiklą.

Vertindami savo subjektyvią savijautą ir nuotaiką, tiriamieji nurodė, kad neretai jaučiasi vieniši, yra įsitempę, neramūs, nebejaučia pasitenkinimo gyvenimu ar veikla. Dažnai būnantys geros nuotaikos teigė apie trečdalis respondentų. Nuotaikos subjektyvų vertinimą buvo bandyta susieti su kai kuriais objektyviais kintamaisiais – analizuota vienišų ir su artimaisiais gyvenančių respondentų savijauta. Vieniši, nesuprasti ir nejaučiantys pasitenkinimo gyvenimu dažniausiai būna

vieni gyvenantys tiriamieji. Kita vertus, daugiau vienišų respondentų nuolat būna linksmi ir geros nuotaikos, taigi, artimieji ne visada sugeba padėti ir psichologiškai palaikyti asmenis, turinčius psichikos sutrikimų.

Atsakydami, ar priskiria save prie laimingų žmonių, daugiau respondentų teigė esantys nelaimingi nei laimingi. Skirtingai laimės pojūtį įvertino jaunesni ir vyresnio amžiaus asmenys, turintys psichikos sutrikimų: laimingi jaučiasi dvigubai daugiau jaunesnių respondentų, o vyresnieji dažniau praranda gyvenimo džiaugsmą.

Savo gyvenimą apskritai respondentai dažniausiai linkę vertinti patenkinamai, o vertinančių gerai yra daugiau nei vertinančių blogai. Pastebėtas skirtumas, lyginant vienišų ir su artimaisiais gyvenančių tiriamųjų nuomonę šiuo klausimu. Tarp turinčių šeimas ir artimuosius asmenų nebuvo labai blogai vertinančių gyvenimą apskritai, jie dažniau savo gyvenimą vertino bent patenkinamai.

Beveik visi tiriamieji turi lūkesčių ir pageidavimų savo gyvenimui pagerinti. Daugelis norėtų pagerinti gyvenimo sąlygas, susirasti įdomios veiklos, draugų, keisti ar rasti darbą, įgyti profesiją. Kiek rečiau tiriamieji teigia norintys daugiau dalyvauti kultūriniame gyvenime, gauti geresnes medicininės ir socialinės paslaugas. Ypač daug pageidavimų išsakė nedirbantys asmenys – jiems dažniau trūksta draugų, bendraminčių, dvigubai daugiau nedirbančių norėtų įgyti ar pakeisti specialybę, rasti darbą, be to šiai tiriamųjų grupei labiau trūksta medicininių ir socialinių paslaugų.

Nedaugelis tiriamųjų nusiteikę pesimistiškai ir netiki, kad kas nors galėtų padėti išspręsti problemas ir pagerinti jų gyvenimą. Didžiausia dalis respondentų galvoja, kad jų problemas padėtų išspręsti artimieji ir draugai. Nemažai asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, pasitikėtų gydymo įstaigų ir bendruomenės institucijų specialistais, mažiau dažniau bendruomene ir Lietuvos valdžios parama. Savo jėgomis, keičiant gyvenimą, visiškai pasitiki apie penktadalis tiriamųjų, o dar mažiau anketos dalyvių pasiremtų nevyriausybinių organizacijų ir savanorių pagalba. Gali būti, kad Lietuvoje savanorystė ir nevyriausybinių organizacijų įsitraukimas į pagalbą žmonėms su negalia procesą yra dar nepakankamai populiarus, ir žmonėms trūksta informacijos apie jų veiklą.

IŠVADOS

1. Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje gydęsi tiriamieji daugiausiai yra pakankamai jauni, darbingo amžiaus žmonės. Dauguma gyvena miestuose bei rajonų centruose ir yra įgiję vidurinį ir aukštesnįjį išsilavinimą, kai kurie – aukštąjį arba profesinį. Daugiau kaip pusė gyvena su šeimomis ir artimaisiais.
2. Didesnioji dalis respondentų psichikos liga serga ilgiau kaip penkis metus (67%) ir dažnai gydosi ligoninėje (64%), tačiau daugelis jų savo sveikatą vertina gerai. Neatitikimą tarp objektyvios sveikatos būklės ir subjektyvaus jos vertinimo galima paaiškinti sergančiųjų prisitaikymu prie pasikeitusio gyvenimo ir poreikių sumažėjimu.
3. Didžioji dalis respondentų nedirba (73%), ypač daug nedirbančių seniai sergančių tiriamųjų grupėje. Daugelio pragyvenimo šaltinis – pensijos ir socialinės išmokos dėl darbingumo praradimo (70%), tik keletas tiriamųjų ieško darbo, o dirbantieji dažniausiai yra samdomi darbininkai arba specialistai. Didžioji dauguma gyvena savo ar šeimos būste. Savo gyvenimo sąlygomis respondentai dažniau patenkinti ar patenkinti bent iš dalies nei nepatenkinti. Tai galima paaiškinti psichikos sutrikimo įtakotu prisitaikymu prie pablogėjusių gyvenimo sąlygų.
4. Tiriamieji tarpusavio santykius dažniausiai palaiko su šeima arba artimaisiais, neretai su draugais, medicinos ir socialiniais darbuotojais, daug rečiau – su kaimynais ir bendradarbiais. Laisvalaikį respondentai paprastai leidžia su artimaisiais, vyksta į gamtą, parduotuves, kai kurie turi mėgstamą užsiėmimą. Labai retai lanko kultūrinius renginius, keliauja. Šie duomenys atitinka objektyvius tyrimo rezultatus, iš kurių matyti, kad daugelis respondentų nedirba, be to socialinių kontaktų sumažėjimą ir domėjimąsi aplinka lemia ilgalaikės psichikos ligos pasekmės. Tiriamieji savo bendravimu su kitais žmonėmis dažniausiai patenkinti iš dalies arba patenkinti, labiau nepatenkinti asmenys, psichikos ligomis sergantys seniai.
5. Daugiau kaip pusė tiriamųjų (60%) dalyvauja bendruomenės veikloje: priklauso klubams, lanko PSC užimtumo kambarius ir Dienos užimtumo centrus. Dažniau į užimtumo veiklą bendruomenėje įsitraukia seniai sergantys asmenys. Tai atitinka objektyvius duomenis, kad daugelis tiriamųjų nedirba, todėl jiems aktuali užimtumo veikla bendruomenėje. Dauguma įsitraukusių į bendruomenės veiklą ją nėra patenkinti, todėl retai lankosi nuolat.
6. Didelė dalis respondentų mano sugebantys savarankiškai tvarkytis buityje, planuoti kasdienę veiklą, atlikti pareigas šeimoje, bet daug sunkiau jiems sekasi užmegzti ir palaikyti santykius su kitais žmonėmis. Objektyviai ilgėjant psichikos ligos trukmei, mažėja ir sergančiųjų pasitikėjimas savo sugebėjimais kasdieniame gyvenime.

7. Tiriamųjų nuomone psichikos sutrikimai įtakojo jų gyvenimo kokybę, tik 4% teigė, kad susirgus niekas nepasikeitė. Daugelis susirgę sulaukė artimųjų paramos, bet kai kurių santykiai pablogėjo. Daug respondentų pastebėjo, kad dėl ligos sumažėjo darbingumas ar nutrūko profesinė veikla, pablogėjo finansinė situacija, jie patys tapo uždaresni, sunkiau susitvarkantys buityje. Nedaugelis rado bendraminčių ir įsitraukė į nuolatinę bendruomenės veiklą. Šis subjektyvus gyvenimo pokyčių vertinimas atitinka objektyvius tyrimo duomenis: daug respondentų nedirba, nesiekia pakeisti profesijos, gyvena iš pensijų ir pašalpų, jų bendravimas dažniausiai apsiriboja artimiausiais žmonėmis.

8. Tiriamieji neretai jaučiasi vieniši, neramūs, nejaučia pasitenkinimo gyvenimu. Lyginant šiuos duomenis su objektyviais tyrimo rezultatais, paaiškėjo, kad dažniau nepasitenkinimą jaučia vieni gyvenantys asmenys. Respondentai dažniausiai priskiria save prie nelaimingų žmonių, daugiau laimingų yra jaunesnių asmenų grupėje. Savo gyvenimą apskritai dauguma tiriamųjų vertina patenkinamai arba gerai, blogai dažniau vertina vieni gyvenantys asmenys.

9. Respondentai norėtų pakeisti savo gyvenimą: pagerinti gyvenimo sąlygas, užsiimti įdomia veikla, rasti draugų, pakeisti ar surasti darbą, įgyti profesiją. Dar daugiau pageidavimų turi nedirbantys asmenys, be minėtų lūkesčių jiems dažniau trūksta medicininių ir socialinių paslaugų. Tai patvirtina, kad profesinė rehabilitacija svarbi gerinant tiek objektyvią, tiek subjektyvią sergančiųjų gyvenimo kokybę.

10. Nedaug tiriamųjų pasitiki savo jėgomis ir sugebėjimu pakeisti gyvenimą. Dauguma pasiremtų artimųjų ir draugų pagalba, kiek mažiau – gydymo įstaigų ir bendruomenės institucijų specialistais, o visai nedaugelis – Lietuvos valdžia, nevyriausybinėmis organizacijomis, savanoriais. Tokie tyrimo rezultatai objektyviai atspindi asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, socialinių kontaktų rato sumažėjimą ir iš to kylantį neinformuotumą apie įvairias šiuolaikines priemones, skirtas visavertiškam gyvenimui užtikrinti.

REKOMENDACIJOS

Remiantis tyrimo rezultatais, asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, objektyvios ir subjektyvios gyvenimo kokybės gerinimui būtų tikslinga:

- gerinti asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, profesinę reabilitaciją, tobulinant esamas ir kuriant naujas programas, šviečiant ir informuojant asmenis, kuriems reikalinga ši paslauga, jų artimuosius ir visuomenę;
- gerinti psichosocialinės reabilitacijos ir laisvalaikio užimtumo veiklą bendruomenės institucijose (klubuose, Dienos centruose, užimtumo kambariuose ir kt.), atsižvelgiant į asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, poreikius ir lūkesčius;
- teikti daugiau informacijos apie socialines paslaugas teikiančias nevyriausybinės organizacijas, skatinti bendradarbiavimą tarp įvairių šias paslaugas teikiančių institucijų;
- gerinti psichiatrinį švietimą: teikti reikalingą informaciją šeimoms ir artimiesiems, įtraukti juos į asmenų, turinčių psichikos sutrikimų reabilitacijos procesą, siekiant pagerinti jų gyvenimo kokybę.

LITERATŪRA

1. Anthony W., Cohen M., Farkas M. Psichiatrinė reabilitacija. Šiauliai, 1998 p. 242.
2. Ališauskas A. Vaikų raidos ypatumai ir specialiųjų ugdymo (-si) poreikių įvertinimas. Šiauliai, 2002.
3. Bagdonas A. Lazutka R., Vareikytė A., Žalimienė L. Skirtingi, bet lygūs visuomenėje ir darbuotėje. Vilnius, 2007, p. 21-95.
4. Bergsma J., Engel G.L. Quality of life: does measurement help ? Health Policy, Nr.10, 1988, p. 267-289.
5. Carter R. Pagalba sergančiajam psichikos liga. Vilnius, 2002.
6. Cymru C. Tarp žmonių. Vilnius, 2000, p. 46 – 47.
7. Dembinskas A. Psichiatrija. Vilnius, 2003, p. 635.
8. Daubaras G. Psichiatrija somatinėse gydymo įstaigose. Vilnius, 2004.
9. Gailienė D., Bulotaitė L., Sturlienė N. Asmenybės ir bendravimo psichologija. Vilnius, 2002.
10. Germanavičius A. Šizofrenija sergančių asmenų reabilitacija ir gyvenimo kokybė// Nervų ir psichikos ligos, Nr.4., 2003, p. 6 – 10.
11. Germanavičius A. Psichikos sveikatos paslaugos bendruomenėje: neįgaliųjų įdarbinimas. Vilnius, 2007, p. 5 – 36.
12. Kazlauskaitė M., Rėklaitienė R. Vidutinio amžiaus gyventojų gyvenimo kokybė // Medicina, Nr.41, 2005 p. 155.
13. Kalėdienė R., Petrauskienė J., Rimpela A. Šiuolaikinio visuomenės sveikatos mokslo teorija ir praktika. Kaunas, 1999, p.112 – 123.
14. Keturakis V. Terapinis bendravimas // Slauga, Nr.10, 2004, p. 15.
15. Kovac M., Goštautaitė Midttun N. Požiūriai ir gyvenimo kokybė psichiatrijoje // Psichiatrijos, žinios Nr.3, 2005, p.17.
16. Leliūgienė I. Socialinio pedagogo (darbuotojo) žinynas. Kaunas, 2003.
17. Lietuvos Respublikos Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas, 1991 m. (įstatymo Nr. IX- 2228 redakcija).
18. Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. 1995, Nr.I-924.
19. Matulienė G. Psichologija studentui. Kaunas, 2005, p. 260.
20. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai // Medicina. Kaunas, 40 (6), 2004, p. 509-516.

21. Mechanic D., McAlpine D., Rosenfield S., Davis D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among person with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 1994, p. 155-164.
22. Muldoon M., Barger S., Flory J., Manuck S. What are quality of life measures measuring? // *BMJ*, Nr.5, 1998, p. 316-537.
23. Prapiestis J., Juozulynas A. Gyvenimo kokybės tyrimas ir teisiniai aspektai // *Sveikatos mokslai*, Nr.4, 2003.
24. Pasaulio sveikatos pranešimas 2001. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Vilnius, 2002, p. 43-59.
25. Roper N. Slaugos pagrindai. Vilnius, 1999, p.122.
26. Ruškus J. Neįgalus asmuo ir visuomenė. Šiauliai, 1997.
27. Ruškus J. Negalės fenomenas. Šiauliai, 2002.
28. Radzevičienė L. Vaikų, turinčių specialiųjų poreikių, psichologinė raida. Šiauliai, 2003.
29. Trumpas psichiatrijos terminų žodynas. Vilnius, 1996.
30. Sutton C. Socialinis darbas, bendruomenės veikla, psichologija. Vilnius, 1999.
31. Šniukaitė D. Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje. Vilnius, 1998.
32. Tarptautinė funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija. Vilnius, 2003, p. 269 – 279.
33. Warner R. Shizofrenijos aplinka. Vilnius, 2003, p. 144.
34. Vesterdal A. Sveikatos priežiūra ir ligonių slauga. Vilnius, 1998, p. 194.
35. Želvys R. Bendravimo psichologija. Vilnius, 2007.
36. Кабанов М.М., Вайзе К. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. Москва, 1980, стр. 147.

PRIEDAS

Tyrimo anketa

Gerbiamasis (oji),

Anketos sudarytojus domina, kaip Jūs vertinate savo gyvenimo kokybę, savarankiškumą, prisitaikymą aplinkoje ir paslaugas bei priemones, kurios Jums padėtų gyventi geriau. Mums svarbi Jūsų nuomonė, todėl prašytume atsakyti į pateiktus klausimus, pabraukiant ar apvedant labiausiai Jums tinkančius atsakymus. Ten, kur palikta vietos, įrašykite savo nuomonę ar pastabą. Anketa anoniminė, todėl savo vardo ir pavardės rašyti nereikia.

1. Lytis:

1. Vyras 2. Moteris

2. Jūsų amžius

1. 18 - 25 m. 2. 26 - 35 m. 3. 36 - 45 m. 4. 46 – 60 m. 5. Daugiau kaip 60 m.

3. Išsilavinimas:

1. Pradinis
2. Pagrindinis (aštuonmetis)
3. Vidurinis
4. Profesinė mokykla
5. Aukštesnysis (technikumas)
6. Aukštasis
7. Kita.....

4. Gyvenamoji vieta :

1. Miestas 2. Rajono centras 3. Miestelis
4. Kaimas 5. Vienkiemis 6. Kita

5. Šeiminė padėtis :

1. Gyvenu vienas (a)
2. Gyvenu su šeima (sutuoktiniu, vaikais)
3. Gyvenu su suaugusiais vaikais
4. Gyvenu su tėvais
5. Gyvenu neregistruotoje santuokoje
6. Kita.....

6. Kiek metų sergate?

1. Iki 2 m. 2. 2-5 m. 3. daugiau kaip 5 m.

7. Kelintą kartą gydotės psichiatrijos ligoninėje?

1. Pirmą kartą 2. Antrą kartą 3. Trečią ir daugiau kartų

8. Kaip vertinate savo sveikatos būklę?

1. Labai blogai 2. Blogai 3. Patenkinamai 4. Gerai 5. Labai gerai

9. Ką veikiate šiuo metu ?

1. Dirbu 2. Mokausi 3. Nedirbu

10. Jei dirbate:

1. Turiu savo verslą, įmonę
2. Dirbu vadovaujantį darbą
3. Dirbu samdomu specialistu
4. Dirbu samdomu darbininku
5. Kita

11. Jei mokotės:

1. Mokausi vidurinėje mokykloje
2. Mokausi profesinėje mokykloje
3. Mokausi kolegijoje
4. Mokausi universitete
5. Kita

12. Jei nedirbate:

1. Nedirbu dėl sveikatos
2. Nedirbu, nes nerandu darbo
3. Nedirbu, bet esu registruotas/a darbo biržoje
4. Nenoriu dirbti
5. Kita.....

13 - 18. Koks Jūsų pragyvenimo šaltinis? (galimi keli atsakymų variantai)

13. Gaunu darbo užmokestį
14. Gaunu pensiją, socialines išmokas
15. Gaunu mokymosi stipendiją
16. Padeda artimieji
17. Neturiu jokių pajamų
18. Kita

19. Jūsų gyvenimo namuose sąlygos:

1. Gyvenu savo(šeimos) būste
2. Nuomojuosi gyvenamąjį plotą
3. Neturiu gyvenamosios vietos
4. Kita

20. Ar jūs patenkintas savo gyvenimo sąlygomis?

1. Labai nepatenkintas
2. Nepatenkintas
3. Iš dalies patenkintas
4. Patenkintas
5. Labai patenkintas

21 – 27. Su kuo palaikote santykius?

		Niekada	Labai retai	Kartais	Dažnai	Visada
21.	Su šeimos nariais					
22.	Su draugais					
23.	Su kaimynais					
24.	Su bendradarbiais					
25.	Su medicinos darbuotojais					
26.	Su socialiniais darbuotojais					
27.	Kita:					

28. Ar Jūs patenkintas savo santykiais su kitais žmonėmis, bendravimu?

1. Labai nepatenkintas
2. Nepatenkintas
3. Iš dalies patenkintas
4. Patenkintas
5. Labai patenkintas

29 – 38. Kaip leidžiate laisvalaikį?

		Niekada	Labai retai	Kartais	Dažnai	Visada
29.	Bendrauju su šeima ir artimaisiais					
30.	Susitinku su draugais					
31.	Einu pasivaikščioti					
32.	Vykstu apsipirkti į parduotuves, turgų					
33.	Vykstu į gamtą, sodą					
34.	Lankau kiną, teatrą, parodas					
35.	Einu į bažnyčią					
36.	Vykstu į keliones					
37.	Turiu mėgstamą užsiėmimą, hobį					
38.	Kita:					

39- 44. Ar dalyvaujate bendruomenėje organizuojamoje veikloje?

		Niekada	Labai retai	Kartais	Dažnai	Visada
39.	Priklausau klubui, bendrijai ar kitai konkrečiai organizacijai					
40.	Lankau dienos užimtumo centrą					
41.	Lankausi PSC užimtumo kambaryje					
42.	Lankau profesinio mokymo centrą, mokausi Specialybės, amato					
43.	Nedalyvauju visiškai					
44.	Kita:					

45. Jei dalyvaujate bendruomenės veikloje, ar esate patenkintas savo dalyvavimu?

1. Labai nepatenkintas
2. Nepatenkintas
3. Iš dalies patenkintas
4. Patenkintas
5. Labai patenkintas

46 - 51. Kaip Jūs vertinate savo sugebėjimus kasdieniame gyvenime?

		Niekada	Labai retai	Kartais	Dažnai	Visada
46.	Moku užmegzti artimus ryšius, susidraugauti su kitais žmonėmis					
47.	Galiu savarankiškai susitvarkyti buityje					
48.	Moku racionaliai paskirstyti savo išlaidas					
49.	Moku planuoti savo kasdienę veiklą ir laisvalaikį					
50.	Turiu ir tinkamai atlieku pareigas šeimoje					
51.	Kita:					

52 – 62. Kas Jūsų gyvenime pasikeitė susirgus?

		Tikrai taip	Taip	Iš dalies	Ne	Tikrai ne
52.	Sulaukiu šeimos ir draugų paramos, palaikymo					
53.	Pablogėjo santykiai su artimaisiais					
54.	Pablogėjo santykiai su draugais, pažįstamais ir bendradarbiais					
55.	Sunkiau atlikti pareigas darbe					
56.	Praradau darbą					
57.	Pablogėjo finansinė situacija					
58.	Tapau uždaresnis, mažai kuo domiuosi					
59.	Sunkiau atlikti kasdienes darbus buityje					
60.	Susiradau naujų draugų, turinčių panašių problemų					
61.	Įsitraukiau į bendruomeninę veiklą (lankausi Psichikos sveikatos centre, Dienos centre, priklausau konkrečiai organizacijai)					
62.	Kita:					

63 – 68. Kokios Jūs būnate nuotaikos?

		Niekada	Labai retai	Kartais	Dažnai	Visada
63.	Būnu linksmas, geros nuotaikos					
64.	Jaučiuosi vienišas, nesuprastas					
65.	Jaučiu įtampą, nerimą, baimę					
66.	Nejaučiu pasitenkinimo gyvenimu, atliekama veikla					
67.	Nuotaika dažnai keičiasi					
68.	Kita:					

69 - 79. Ką norėtumėte pakeisti savo gyvenime, ko jums trūksta?

		Tikrai taip	Taip	Iš dalies	Ne	Tikrai ne
69.	Norėčiau susirasti draugu, bendraminčių					
70.	Norėčiau pagerinti gyvenimo sąlygas					
71.	Norėčiau susirasti darbą					
72.	Norėčiau įgyti profesiją, specialybę					
73.	Norėčiau susirasti įdomios veiklos, turiningai leisti laisvalaikį					
74.	Pageidaučiau geresnės medicininės priežiūros					
75.	Pageidaučiau psichologinės pagalbos					
76.	Pageidaučiau daugiau socialinių paslaugų (kokių).					
77.	Norėčiau daugiau dalyvauti visuomeniniame, kultūriniame gyvenime					
78.	Nieko nenorėčiau keisti					
79.	Kita:					

80 - 84. Kaip manote, kas padėtų įgyvendinti Jūsų lūkesčius?

		Tikrai taip	Taip	Iš dalies	Ne	Tikrai ne
80.	Pats galiu išspręsti savo problemas					
81.	Šeima, artimieji ir draugai					
82.	Gydymo įstaigų specialistai					
83.	Bendruomenės (seniūnijos, psichikos sveikatos centro) socialiniai darbuotojai					
84.	Nevyriausybinės organizacijos, savanoriai					
85.	Bažnyčia					
86.	Lietuvos valdžios institucijos					
87.	Niekas negali padėti					
88.	Kita:					

89. Ar priskirate save prie laimingų žmonių?

1. Tikrai ne 2. Ne 3. Galbūt 4. Taip 5. Tikrai taip

90. Kaip vertinate savo gyvenimą apskritai?

1. Labai blogai 2. Blogai 3. Patenkinamai 4. Gerai 5. Labai gerai

Dėkojame už atsakymus