

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Socialinio darbo katedra

Inga Čepėnaitė

Magistro darbas

**Pagyvenusių sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės reabilitacijos
ypatumų Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje lyginamoji analizė**

Darbo vadovas: lekt. V. Gevorgianienė

Vilnius, 2007

Turinys

Santrauka	3
Summary	4
Įvadas	5
1. Senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichikos sveikata ir susirgimų ypatumai.....	7
1. 1 Demencijos.....	8
1. 2 Afektiniai (nuotaikos) sutrikimai.....	10
2. Psichosocialinės rehabilitacijos samprata psichikos sveikatos sistemoje.....	11
3. Teisės aktai, reglamentuojantys senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų rehabilitaciją.....	15
4. Senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinė rehabilitacija Lietuvoje.....	18
5. Didžiosios Britanijos senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės rehabilitacijos patirtis.....	20
6. Tyrimo tikslai, uždaviniai, hipotezės.....	23
Tyrimo metodika	24
Tyrimo rezultatai	26
1. Lietuvos ir Didžiosios Britanijos respondentų socialinės - demografinės charakteristikos.....	26
2. Žinomos psichosocialinės rehabilitacijos tarnybos senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims ir jų šeimos nariams.....	27
3. Kitų šalių bendruomenės psichosocialinių rehabilitacijos paslaugų tinklo sistema bei sėkmingos patirties svarba.....	30
4. Psichosocialinės rehabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės vertinimas.....	34
5. Psichologinės rehabilitacijos paslaugų tarnybų potencialas.....	35
6. Teikiamos psichosocialinės rehabilitacijos paslaugos.....	36
7. Tarnybos veiklos, vykdančios psichosocialinę rehabilitaciją pagyvenusiems sutrikusios psichikos asmenims, vertinimas.....	40
8. Kitų institucijų bei bendradarbiavimo svarba, teikiant psichosocialinės rehabilitacijos paslaugas.....	43
Rezultatų aptarimas	48
Išvados	51
Pasiūlymai	52
Literatūros sąrašas	53
Priedai	55

Santrauka

Šiandieninėje visuomenėje vis daugiau dėmesio skiriama psichikos sveikatai. Ši tendencija būdinga ir mūsų šaliai. Ieškoma naujų psichosocialinės reabilitacijos metodų, pagalbos būdų ir stengiamasi atsižvelgti į sutrikusios psichikos asmenų poreikius. Tačiau iki šiol labai mažai dėmesio skirta senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims. Trūksta specializuotų tarnybų bei tinkamų paslaugų, padedančių senyvam sutrikusios psichikos asmeniui kuo ilgiau išlikti pažįstamoje aplinkoje bei jaustis saugiam.

Tyrimo tikslas - išanalizuoti ir įvertinti paslaugų teikėjų požiūriu psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims ir jas teikiančių nestacionarių bei stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje.

Tyrimo metodika. Siekiant išsiaiškinti senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės reabilitacijos ypatumus buvo atlikta anketinė apklausa Vilniaus miesto bei Didžiosios Britanijos psichikos sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimui buvo parengtos dvi unifikuotos anketos Lietuvos bei Didžiosios Britanijos respondentų grupėms: respondentų skaičius 65 (44 Lietuvoje ir 21 Didžiojoje Britanijoje).

Atlikta analizė parodė, kad Lietuvoje trūksta psichosocialinės reabilitacijos tarnybų bei paslaugų sėkmingai senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinei reabilitacijai. Nepakankama ne tik tarnybų įvairovė, bet ir jų kiekis. Tik nedaugelis klientų gauna profesionalias, specializuotas paslaugas. Didžiosios Britanijos respondentai nurodo, kad jų šalyje egzistuojančios plačios tarnybų įvairovės nepakanka patenkinti visiems senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų poreikiams.

Tad darbo autorė siūlo išsamiau ištirti Didžiosios Britanijos paslaugų tinklo sistemą bei pačių klientų požiūrį į esamas tarnybas bei paslaugas, sėkmingą patirtį pritaikant Lietuvos psichosocialinės reabilitacijos paslaugų sistemoje.

Summary

In nowadays society more and more attention is paid to the mental health. This tendency is also common for Lithuania. New psychosocial rehabilitation methods and treatments are sought out. But the needs of older people with mental disabilities are still left out in Lithuania. Still there is a lack of psychosocial rehabilitation services which can help an older person with mental disability stay at his own environment for much longer period.

The goal of this study was to analyze and evaluate services of psychosocial rehabilitation from the viewpoint of the providers of these services in the mental health institutions in Lithuania and Great Britain.

Methods. In order to analyze psychosocial rehabilitation services of older persons, the survey in Vilnius' mental health institutions and in Great Britains' mental health institutions was conducted. There were two unified questionnaires developed for each group of respondents. The number of respondents was 65 (44 in Lithuania and 21 in Great Britain).

Analysis has shown that there is a great lack of psychosocial rehabilitation services in Lithuania. There is a lack in variety and also in quantity. Not all the clients can get professional and specialized services they need. This research has also shown that although there are many different specialized services in Great Britain their providers still think that it is not enough.

The author of this analysis suggests to analyse more deeply the services of Great Britain and the viewpoint of older people with mental disabilities about these services and institutions and to adopt successful methods and services in Lithuania.

Įvadas

Psichikos sveikata – didžiausia ir labiausiai pažeidžiama šiuolaikinės visuomenės vertybė, asmenybės vidinio gyvenimo bei saviraiškos dalis, padedanti bendrauti su aplinkiniu pasauliu, pažinti save, reikšti jausmus. Gera sveikata ir geros kokybės gyvenimas yra kiekvieno žmogaus siekinys ir esminės žmogaus teisės. Tai svarbu įvairaus amžiaus žmonėms, tarp jų - senyvo amžiaus asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų.

Vyriausybių pareiga yra pagerinti ir palaikyti senyvo amžiaus asmenų bendrąją bei psichikos sveikatą ir remti jų šeimas bei globėjus, garantuojant socialinę bei sveikatos apsaugą, orientuotą į vietinės bendruomenės specifinius poreikius.

Visuomenės psichikos sveikatos klausimai, ilgėjant gyvenimo trukmei ir didėjant sveikatos rizikai, reikalauja reikšmingų socialinių inovacijų visuomenės bei individualiame lygmenyje, pagrįstų medicinos, elgsenos, psichologijos, biologijos ir socialinių mokslų žiniomis bei šių mokslų šakų bendradarbiavimu.

Psichikos sutrikimai yra neatsiejami nuo somatinės paciento būklės ir biologinių sutrikimų priežasčių, tačiau ne mažesnę reikšmę sutrikimo raidai, sunkumui ir eigai turi ir psichologiniai bei socialiniai veiksniai.

Pasaulio praktika įrodė, kad sutrikusios psichikos asmenų gerovė ir gyvenimo kokybė labiau priklauso nuo reabilitacijos ir socialinės pagalbos nei nuo medikamentinio gydymo. Todėl mūsų šalyje įkurti psichikos sveikatos centrai sudaro prielaidas teikti kompleksinę pagalbą ir įgyvendinti psichosocialinės reabilitacijos principus. Tačiau, kaip rodo mūsų šalies gyvenimo tikrovė, minėti centrai skirti daugiau vidutinio ar jaunesnio amžiaus asmenims, senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims tokių paslaugų labai stinga. Lietuvoje šios grupės žmonės yra pasmerkti periodiškai rehospitalizacijai, o galų gale patenka į globos įstaigas. Būdami namuose jie tegauna medikamentinį gydymą, jiems netaikomi alternatyvūs gydymo metodai, kurių efektyvumas patvirtintas tyrimais užsienio šalyse ir suteikia galimybę senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmeniui ilgiau išlikti įprastoje aplinkoje bei jaustis pilnaverčiu visuomenės nariu. Taip pat mūsų šalyje yra apleista kita svarbi grupė – šių asmenų globėjai bei giminaičiai, kurie patiria didelį stresą bei sunkumus slaugydami savo artimuosius. Darbo autorei pradedant šią analizę Lietuvoje neegzistavo jokia specializuota psichosocialinės reabilitacijos įstaiga, išskyrus Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre esantį gerontopsichiatrijos skyrių pagyvenusiems sutrikusios

psichikos asmenims. Gegužės viduryje pradėjo veikti specializuotas dienos centras. Tai pirmo tokio pobūdžio įstaiga Lietuvoje.

Valstybinio psichikos sveikatos centro 2001 - 2006 metų duomenimis sergančiųjų psichikos sutrikimais gyventojų skaičius, tenkantis 100 000 gyventojų kasmet didėja. To paties centro duomenimis sergančiųjų Alzheimerio liga skaičius 2000 metais siekė 381, o 2006 metais – 1077 asmenis. Šie statistiniai duomenys rodo, kad problema kasmet tampa vis opesnė ir būtina atkreipti dėmesį į senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų problemas bei imtis priemonių jas spręsti.

Didžiojoje Britanijoje jau seniai atkreiptas dėmesys į šią problemą ir sukurtas platus spektras psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, leidžiančių sutrikusios psichikos senyvo amžiaus asmeniui išlikti savo artimųjų rate kuo ilgiau.

Šiuo darbu tikimasi atkreipti dėmesį į paslaugų bei tarnybų trūkumą ir jų svarbą senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims remiantis Didžiosios Britanijos patirtimi.

Darbo tikslas – išanalizuoti ir įvertinti paslaugų teikėjų požiūriu psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims bei jas teikiančių nestacionarių bei stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje, analizuojant mokslinę literatūrą bei atliekant tyrimą (taikant – anketinės apklausos instrumentą).

Darbą sudaro teorinė dalis (įvadas) ir tyrimas.

Pirmoje įvado dalyje supažindinama su senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichikos sveikatos ypatumais.

Antroje įvado dalyje analizuojama psichosocialinės reabilitacijos samprata.

Trečiojoje dalyje apžvelgiami teisės aktai, reglamentuojantys senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų reabilitacija Lietuvoje.

Ketvirtojoje dalyje apžvelgiama senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų reabilitacija, esančios tarnybos bei paslaugos. Planuojami šios srities pokyčiai.

Penktojoje dalyje apžvelgiama Didžiosios Britanijos šios srities patirtis.

Darbo pabaigoje pristatomos tyrimo išvados bei pasiūlymai.

Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas, 2006 m. sausio 19 d. Nr. X-493 pakeitė sąvoką „pagyvenę asmenys“ į „senyvo amžiaus“, todėl šiame darbe bus vartojamos abi sąvokos.

1. Senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichikos sveikata ir paplitusių susirgimų ypatumai

Senų ir ypač labai senų žmonių populiacija sparčiai didėja išsivysčiusiame ir besivystančiame pasaulyje. Tai - gerėjančių sveikatos apsaugos bei socialinių sąlygų atspindys. Daugumos senyvo amžiaus žmonių psichikos bei fizinė sveikata išlieka gera, ir jie toliau dalyvauja savo šeimos bei visuomenės gyvenime.

Nepaisant to, kai kurie psichikos sutrikimai (pvz., demencija) ypač dažni senatvėje; kiti skiriasi klinikiniais požymiais ir/arba sukelia tam tikrų problemų. Socialiniai sunkumai, daugybė fizinių problemų ir jutimų sutrikimai taip pat dažni.

Praeities patirtis ir elgesys gali turėti įtakos tiek individo psichikos sutrikimo plėtojimuisi, tiek šios ligos apraiškoms. Senatvėje gali būti ypač svarbios daugelis netekčių (giminaičių, draugų mirtys, prastėjanti sveikata, statuso praradimas ir t.t.). Psichiniai sutrikimai senatvėje dažnai koegzistuoja kartu su somatinėmis ligomis ir gali būti komplikuojami socialinių problemų. Senesniems žmonėms taip pat gali būti diagnozuotas ne vienas psichikos sutrikimas (Lozanos specialieji bendri pareiškimai dėl pagyvenusių žmonių psichiatrijos, 2002).

Senstančiame organizme vykstantys procesai paliečia ir psichiką. Apsilpsta jėgos, mažėja fizinis ir protinis darbingumas, atsiranda įvairių negalavimų, ligų. Prasideda išgyvenimai dėl nenuveiktų darbų. Vis dažniau apninka liūdnos mintys, neviltis, krinta nuotaika, ateitis atrodo niūri. Dažnas pajunta nerimą, vienatvės baimę, netenka pasitikėjimo savo jėgomis. Palyginti anksti pradeda silpnėti vaizduotė, blogėja psichinių procesų paslankumas, gebėjimas greit nukreipti dėmesį. Vėliau blogėja naujų žinių įsiminimas, sunkėja ir jų atgaminimas. Emocijos darosi nepastovios, išryškėja nerimas, pasireiškia polinkis „įstrigti“ į nemalonius išgyvenimus, nerimastingą depresinę nuotaiką. Būdingi amžiui psichikos pakitimai pasireiškia individualiai. Psichikos pakitimų pradžia pasireiškia 50-70 metų amžiuje. Šiuo laikotarpiu būna paribiniai psichikos sutrikimai ir psichozės (Kriščiūnas, 2002).

Senesniems nei 65 metų žmonėms psichikos sutrikimai sudaro nuo 30 iki 35%, iš jų: psichozės ir silpnaprotystės – 3-5%. Su amžiumi sergamumas psichozėmis dažnėja. Prie paribinių psichikos sutrikimų priskiriamos į neurozę panašios būsenos, afektų sutrikimai ir asmenybės pakitimai (Джекоби Р., Оппенгаймер К., 2003).

Senyvų žmonių svarbiausi gydymo principai:

- Gydymo tikslas yra išlaikyti ir pagerinti funkcinį lygį ir gyvenimo kokybę, o ne tik pratęsti gyvenimą;
- Tarpdisciplininis požiūris: senyvi žmonės susiduria su kompleksinėmis problemomis, todėl joms spręsti reikalinga įvairialypė specialistų komanda: gydytojas, slaugytoja, fizioterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, užimtumo terapeutas, psichogeriatras ir t.t. (Bagdonas G., 1998)

Senyviems žmonėms būdingi šie pagrindiniai psichikos sutrikimai:

- Demencijos
- Afektiniai (nuotaikos) sutrikimai

Apie juos pakalbėsime plačiau.

1.1 Demencijos

Demencija (lot. *dementia*, *de* – be, *ment* – protas) – beprotybė, įgyta silpnaprotystė (Mikalkevičius A., 1999). Kai kurie autoriai išskiria daugiau nei 13 demencijos rūšių. Demencijos paplitimas glaudžiai susijęs su amžiumi. Alzheimerio liga bei kraujagyslinės ligos yra pagrindinės demencijos priežastys. Tačiau šių ligų paplitimas skiriasi priklausomai nuo šalies. Europoje, Šiaurės Amerikoje bei Australazijoje labiau paplitusi Alzheimerio liga. Tačiau kraujagyslinė demencija daugiau vyrauja Tolimųjų rytų šalyse. Be Alzheimerio ligos, kraujagyslinės demencijos, psichiatrai dar išskiria Lewi kūnelių demenciją (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005).

Vyresniems kaip 60 metų žmonėms senatvinė demencija pasitaiko iki 3-5%. Moterys ja serga 2-3 kartus dažniau už vyrus (Kriščiūnas, 2002). Sergamumas didėja su amžiumi: jis 5 kartus didesnis tarp žmonių, vyresnių nei 80m., nei tarp 70 – mečių (Tamašauskienė R., 1999).

Užsienio literatūroje sutinkamas toks demencijų skirstymas:

1. kortikalinės (sergant Alzheimerio, Kroitcfeldto – Jakobo ligomis, frontotemporalinė demencija);
2. subkortikalinės (sergant Hantingtono, Parkinsono ligomis, išsėtinė sklerozė);
3. mišrios (sergant multiinfarktine demencija, Lewi kūnelių demencija, neurosifiliu)(Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005).

Alzheimerio tipo pirminė degeneracinė demencija

Alzheimerio liga – dažniausiai sutinkama demencijos forma tarp senyvo amžiaus žmonių. Ja serga nuo 2 iki 7% senyvo amžiaus (virš 65m.) populiacijos. Su amžiumi ši liga dažnėja ir tarp 90 – mečių jau serga 30-40% populiacijos (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005).

Dažnai ligos pradžia aplinkiniams būna nepastebima. Atsiranda užmaršumas, tam tikras dėmesio nekoncentravimas, nesugebėjimas koncentruoti dėmesį. Vėliau nebeprisimenami neseni įvykiai, vis sunkiau įsimenama nauja informacija, nebeprisimenami ir dabarties įvykiai. Vėliau sutrinka visi trys atminties komponentai (įsiminimas, išsaugojimas ir atgaminimas). Sutrinka orientacija aplinkoje, laiko ir savęs suvokimas. Grubi amnestinė dezorientacija artimiausioje aplinkoje ligoniui sukelia paniką, nes jis negali pažinti kambario, neranda savo lovų, daiktų, dėl to išryškėja nerimas, ažitacija (pranc. – *agitation* – sujaudinimas (Lapytė A., Šurkus J., 1996)), kyla konfliktų su aplinkiniais. Sutrinka kalba, negali skaityti, rašyti, skaičiuoti (Mikalkevičius A., 1999). Ilgai išlieka ligos suvokimas, savo bejėgiškumo supratimas. Sutrinka gyvenimiški įgūdžiai, netenkamas gebėjimas atlikti paprastus veiksmus, tikslingus judesius. Demencijos įvairuoja nuo lengvo „užmaršumo“ iki amnezinės afazijos (nesugebėjimo pasakyti daiktų pavadinimų (Lapytė A., Šurkus J., 1996)), nuo nepasitikėjimo savimi naujoje aplinkoje iki erdvės agnozijos (sutrikusio pažinimo (Lapytė A., Šurkus J., 1996)). Kalba kinta iki žymaus ekspresinės kalbos sutrikimo. Būdingi skriaudos, pavyduliavimo ir persekiojimo klaidės (Kriščiūnas, 2002).

Vystantis demencijai, atsiranda psichikos rigidiškumas, t.y. elgesio, sprendimų, pasaulio suvokimo konservatyvumas. Pamažu siaurėja interesų ratas, dėmesys nukreipiamas pagrindinių fiziologinių poreikių tenkinimui. Visiems būdinga emocinis šaltumas (abejingumas tam, kas tiesiogiai neliečia ligonio, ryšių su artimaisiais silpnėjimas, egoizmas, nerimas tik dėl savo sveikatos ir būklės). Keičiasi elgesys: dingsta taktas ir gėdos jausmas. Kritika mažėja arba jos iš viso nėra. Akcentuojami anksčiau buvę charakterio bruožai. Kartais atsiranda potraukių sutrikimų. Dėl visų šių sutrikimų nyksta žmogaus individualybė (Bagdonas G., 1998).

Multiinfarktinė demencija

Ši demencijos forma, dar vadinama vaskuline, vystosi dėl daugybinių pažeidimų židinių smegenyse. Pagal TLK-10, ji yra viena iš kraujagyslinės demencijos rūšių (Dembinskas A., 2003).

Labiau būdinga vyriškajai lyčiai. Ypač daug sergančiųjų kraujagysline demencija yra Kinijoje, Japonijoje bei Rusijoje. Prasideda 60-70 metų asmenims. Pradžioje pastebimi emociniai bei asmenybiniai pakitimai, vėliau atminties, intelekto blogėjimas. Dažnos depresijos, emocinis labilumas, sutrikimas (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005).

Jai būdinga kognityvinių funkcijų netekimas ir dirglumas. Sudaro apie 15% visų senyvo amžiaus demencijų. Šiai demencijai būdinga staigi pradžia, progresuojanti ir fliktuojanti eiga. Be demencijos simptomų būdingi miego ir asmenybės sutrikimai, didelis emocijų labilumas (net silpnadvasiškumas, kai nuotaikos kitimas toks greitas, jog ligonis negeba jos valdyti, beveik nuolatos ašaroja) (Bagdonas G., 1999).

Lewi kūnelių demencija

Tai progresuojanti, nepastovios eigos liga su tikromis regos haliucinacijomis ir motoriniais parkinsonizmo reiškiniiais. Šiai demencijai būdingi pasikartojantys kritimai, apalpigimai, sąmonės netekimai, delyrai, klausos haliucinacijos (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005).

Delyrai

Delyras (lot. *delirium* – beprotystė, pamišimas, kliedesys) – organinis psichosindromas, kurio metu sutrinka kognityvios funkcijos dėl besivystančio smegenų funkcijos sutrikimo. Šiam sindromui būdinga staigi pradžia ir fliktuojanti eiga. Būdinga, kad orientacija sutrinka laike ir vietoje, savyje ji paprastai išlieka (išskyrus sunkius delyro atvejus). Suvokimo sutrikimai (iliuzijos ir haliucinacijos) dažniausiai būna vizualiniai. Sunkiausia pacientų būklė būna naktį ir anksti rytą. Iš emocijų sutrikimų dažniausiai stebima nerimas ir baimė (Bagdonas G., 1999).

1.2 Afektiniai (nuotaikos) sutrikimai

Nuotaikos, arba afektinis, sutrikimas – tai ilgalaikis emocinės pusiausvyros praradimas, pasireiškiantis depresija, manija arba mišria būseną. Jį lydi įvairių aktyvumo lygmenų pakitimai. Daugelis simptomų yra antriniai arba aiškiau suprantami nuotaikos sutrikimo kontekste, šis sutrikimas paveikia asmens veiklą, mąstymą, aplinkos supratimą ir kitką (Dembinskas A., 2003).

Depresija

Pagyvenusių asmenų depresija dažna. Vėlyva depresijos pradžia, lyginant su ankstyva, turi geresnę prognozę emocinės, socialinės bei psichosocialinės adaptacijos požiūriu. Daugiausia depresijos epizodų, ypač sunkių, vystosi antroje gyvenimo pusėje. Dažniausia jų pradžia tarp 55-65m. vyrų, tarp 50-60 m. moterų. 10-20% vyresniems nei 60m. žmonėms pasireiškia kuri nors depresijos forma. Senatvinės depresijos eigoje (ypač per 65m. amžiaus) dažniau pastebimas suicidinis elgesys, be to, suicidiniai bandymai dažniau būna sėkmingi. Lyginant su bendra populiacija, senyvo amžiaus žmonių, sergančių depresija, suicidinis elgesys pastebimas 15k. dažniau (Bagdonas G., 1999).

Manija

Manijos epizodai lyginant su depresija senyvame amžiuje retesni. Senyvame amžiuje maniakiniai sutrikimai turi tokius klinikinius simptomus (charakteringesnius senam nei jaunam amžiui):

1. irzlumas ir pyktis;
2. agresyvumas ir paranoidinis elgesys;
3. smulkmeniškumas, pedantiškumas;
4. depresija;
5. neryškios sumišimo (konfuzinės) būsenos (Bagdonas A., 1999).

Ligonis ir jo artimieji dažnai neatpažįsta maniakinio sutrikimo, jo požymius paprastai priskirdami senatviniam agresyvumui, hiperaktyvumui, kritikos nebuvimui. Po manijos paprastai seka depresinė fazė, kuri gali būti labai trumpa ir taip pat nepastebima (Bagdonas A., 1999).

2. Psichosocialinės reabilitacijos samprata psichikos sveikatos sistemoje

Psichosocialinė reabilitacija – tai procesas, kuris padeda individams pasiekti optimalų nepriklausomo funkcionavimo visuomenėje lygį (Psichikos sveikatos priežiūra naujajame amžiuje, 2000). Ji apima ne tik medikamentinį ir psichosocialinį gydymą, tačiau ir būdus, skatinančius socialinę sąveiką, savarankiško gyvenimo plėtotę bei profesinę veiklą. Ši sąvoka išreiškia požiūrį, vertinantį asmenį kaip biopsichosocialinę būtybę. Plačiai taikoma užsienio šalyse psichosocialinė reabilitacija,

padeda asmeniui sėkmingai integruotis į visuomenę, atkūrus sergančiojo funkcionavimo visuomenėje gebėjimą. Psichosocialinė rehabilitacija – neatskiriama sergančiojo integracijos į visuomenę dalis, užtikrinanti savarankišką jo funkcionavimą.

Jaap van Weeghel (2002) pažymi, kad psichosocialinės rehabilitacijos programa veikia tris sritis:

1. Gyvenamąją aplinką (tai ne tik namai, bet ir kasdienis gyvenimas, gyvenimo būdas)
2. Socialinį produktyvumą (turima omenyje, socialinė vertybė, kuri reiškia ne tik darbingumą, darbo terapiją, bet ir asmens savivertės pojūčio stiprinimą per užimtumą)
3. socialinį tinklą (tai reiškia, kad asmens poreikis bei teisė išlikti kuo ilgiau tarp artimųjų turi būti patenkinti)

Iš to išplaukia psichiatrinės rehabilitacijos tikslas – pagerinti sutrikusios psichikos asmenų funkcionavimą, kad jie galėtų sėkmingai prisitaikyti, rastų pasitenkinimą jų pačių pasirinktoje aplinkoje su minimalia specialistų pagalba (Dembinskas A., 2003).

Šiuolaikinėje literatūroje vartojami 2 sinoniminiai terminai:

1. Psichiatrinė rehabilitacija,
2. Psichosocialinė rehabilitacija.

Psichiatrinės rehabilitacijos koncepcija ne mažiau sudėtinga už bendrosios rehabilitacijos koncepciją. Dažnai vartojamas ir terminas readaptacija – gebėjimo prisitaikyti atkūrimas.

Paskutiniaisiais dešimtmečiais paplito terminas gyvenimo kokybė, kuris pabrėžia, kad nors susirgus gyvenimas ir pasikeičia, jis turi išlikti kokybiškas. Gyvenimo kokybė – individo padėties gyvenime suvokimas jo kultūros ir vertybių sistemos kontekste, santykyje su jo tikslais, lūkesčiais ir interesais (Survilaitė D., 2003).

Gyvenimo kokybės sąvoka pirmiausia buvo pasiūlyta socialiniuose moksluose, vėliau ji tapo plačiai pripažinta medicinos moksluose, nes ligos psichosocialiniai aspektai tapo tokie pat svarbūs, kaip ir patofiziologiniai mechanizmai. Daug įvairių skalių bei anketų sukurta, norint objektyvizuoti subjektyvią gyvenimo kokybės sampratą. Senyvame amžiuje daugelis Vakarų Europos ligonių ilgą laiką praleidžia ilgalaikės priežiūros skyriuose bei senelių namuose. Jų gydymo ir gyvenimo kokybės kriterijams skiriamas didelis dėmesys, pvz., tokie kriterijai, yra suformuluoti Britų geriatrijos draugijoje. Tarp minėtų kriterijų yra savalaikė demencijos ir depresijos diagnostika ir gydymas.

Mūsų šalyje demencijų paplitimas, jų pasekmės ir įtaka paciento biopsichosocialinėms funkcijoms, ekonominis efektas ir kiti aspektai tebėra mažai tyrinėti. Gydytojai nemoka

diagnozuoti demenciją, stiga informacijos apie demencijos prevenciją, diagnostiką, gydymą, reabilitaciją, galimą medicininę ir socialinę pagalbą. Ankstyvas demencijos simptomų nustatymas gali padėti skirti reikiamą gydymą bei reabilitaciją, planuoti pagalbą, gerinti gyvenimo kokybę, išvengti globėjų streso (Mokslinė programa: reabilitacija ir slauga. Kauno medicinos universitetas [žiūrėta 2007m. balandžio 20d.] Prieiga per internetą: <http://www.kmu.lt/index.php?cid=1560>).

Sergant psichikos ligomis sutrinka pagyvenusių pacientų prisitaikymas bendruomenėje, gebėjimas vertinti situaciją, spręsti išskylančias problemas. Psichosocialinė reabilitacija padeda paremti asmenį jo grįžimo į bendruomenę metu, taip pat emocinių bei tarpasmeninių krizių metu. Tam tikros specializuotos paslaugos, judesio, užimtumo bei poilsio terapijos labai efektyvios senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų reabilitacijai (Chubon A. R., 1994).

Pagrindiniai psichosocialinės reabilitacijos principai yra šie:

- **Partnerystės principas** – pacientas bei gydytojas turi būti partneriai. Turi būti gerbiamos paciento teisės bei individualumas. Būtina įgyti paciento pasitikėjimą bei siekti, kad pacientas pats norėtų bendradarbiauti. Resocializuoti asmens be jo aktyvaus bendradarbiavimo neįmanoma. Svarbu paisyti paciento norų, gerbti jo asmenybę.
- **Veiklos daugiaplaniškumo principas** – psichosocialinė reabilitacija tai sudėtingas ir daugialypis procesas, nukreiptas į įvairias asmens psichosocialinio funkcionavimo sferas: psichologinę, šeimos, visuomeninę, asmens auklėjimo bei mokymo, jo laisvalaikio užimtumo.

Asmenybė formuojasi visuomenėje bendraudama, o šis bendravimas yra įvairiapusis – tai nėra vien darbiniai santykiai. Todėl psichosocialinės reabilitacijos procese tampa labai svarbus psichologų, sociologų, įvairių užimtumo specialistų ir kitų suinteresuotų asmenų dalyvavimas.

- **Laipsniškumo principas** – įvairių psichosocialinės reabilitacijos rūšių taikymas turi būti laipsniškas: nuo paprastesnių rūšių ir neilgų užsiėmimų iki sudėtingesnių ilgesnės trukmės užsiėmimų.
- **Kartotinum principas** – jis ypač tinka asmenims, kurių ligai būdingi paūmėjimai. Po kiekvieno tokio paūmėjimo vėl reikia atgaminti seniau įgytus įgūdžius.
- **Psichosocialinio ir biologinio metodų vienovės principas** – tai medikamentinio gydymo ir reabilitacijos vienovė. Reabilitacija - ne tik socialinė, bet ir klinikinė problema. Visos psichikos ligos priklauso nuo trijų veiksnių: klinikinio-biologinio, asmenybinio bei

aplinkos, todėl šiuolaikinis psichiatras turi būti biologinės-socialinės-psichologinės pakraipos.

- **Optimalios stimuliacijos principas** – paciento stimuliacija neturi būti nei per stipri, nei per silpna. Per dideli reikalavimai jį gali demobilizuoti ir sukelti „reabilitacinę depresiją“. Per menka stimuliacija ir monotoniška veikla gresia paciento susidomėjimo praradimu (Dembinskas A., 2003).
- **Psichiatrinė reabilitacija yra eklektiška**, t. y. taiko įvairius metodus.
- **Dvi svarbiausios psichiatrinės reabilitacijos priemonės** – tai kliento įgūdžių ir aplinkos paramos kūrimas (Anthony W., Cohen M., Farkas M., 1998).

Kaip teigiama mūsų šalies Socialinių paslaugų įstatyme, socialinės paslaugos senyvo amžiaus asmeniui teikiamos sudarant sąlygas jiems kuo ilgiau jam gyventi savo namuose, šeimoje, savarankiškai tvarkyti savo buitį ir organizuojant pagalbą, suderintą su užimtumu, asmens sveikatos priežiūra ir specialiosios pagalbos priemonėmis, padedančią palaikyti socialinius ryšius su šeima, artimaisiais ir visuomene (18 straipsnio 5 dalis). Minėto straipsnio 4-joje dalyje nurodoma, kad Socialinės paslaugos suaugusiam asmeniui su negalia teikiamos sudarant sąlygas jam gyventi savo namuose, šeimoje ir organizuojant pagalbą, suderintą su švietimu ir ugdymu, užimtumu, asmens sveikatos priežiūra ir specialiosios pagalbos priemonėmis, padedančią ugdyti ar kompensuoti jo gebėjimus rūpintis asmeniniu (šeimoms) gyvenimu ir dalyvauti darbo rinkoje.

Psichosocialinę reabilitaciją vykdo vadinamoji reabilitacinė grupė (komanda). Ji susideda iš slaugytojų, gydytojų, klinikinių psichologų ir užimtumo terapeutų, darbo specialistų, fiziotherapeutų, ergoterapeutų. Psichosocialinės reabilitacijos sėkmė taip pat priklauso ir nuo asmeninių darbuotojo savybių: energijos, pakantumo, ištvermės. Taip pat labai naudingi gali būti ir neprofesionalai – savanoriai, kuriais gali tapti ir giminės bei artimieji.

Svarbiausios senyvo amžiaus asmenų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų bei institucijų rūšys yra šios:

- dienos stacionarai;
- pacientų klubai;
- įvairios saugaus būsto formos;
- bendruomenės psichikos sveikatos centrai;
- psichosocialinės reabilitacijos centrai;

- šeimos globa;
- užimtumo terapija (Thornicroft G., Szmukler G., 2001).

Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų įstaigose taikomos šios psichosocialinės reabilitacijos paslaugos: socialinių įgūdžių lavinimo, psichoedukacijos, kitos terapijos rūšys, pvz., meno, dramos, šokio, muzikos, videoterapija ir kt.

Senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinė reabilitacija apima taip pat didesnę artimųjų įtraukimą į pagalbos procesą: suteikiant jiems daugiau informacijos, įtraukiant juos į savitarpio pagalbos grupes, organizuojant artimųjų mokymus, padedančius jiems geriau suvokti ligos eigą, galimybes bei artimųjų vaidmenį šiame procese, daromas klaidas (užsisklendimas, hipergloba ir kt.) ir kaip jų išvengti.

3. Teisės aktai, reglamentuojantys senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų reabilitaciją

Sutrikusios psichikos asmenų teisinę padėtį reglamentuoja pagrindinis Lietuvos Respublikos įstatymas – Konstitucija bei kiti teisės aktai, t.y. tam tikras specifines sritis reglamentuojantys bendri įstatymai, kuriuose įtvirtintos specialios teisės normos.

Vienas svarbiausių teisės aktų, reglamentuojantis asmens teises, psichikos sveikatos priežiūros tvarką ir kontrolę – Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas priimtas 1995 birželio 6d. Tai ypač modernus įstatymas, atliepiantis visos visuomenės lūkesčius, keičiant psichikos sveikatos priežiūros sistemą. Jame pažymima, kad psichikos ligoniai turi visas politines, socialines, ekonomines ir kultūrinės teises. Įstatymas nurodo, kad jie negali būti diskriminuojami dėl psichikos sveikatos sutrikimų ir gali būti pripažinti neveiksniais tik teismo sprendimu. Labai svarbu tai, kad įstatymas numatė psichikos sutrikimų turinčių asmenų reabilitacijos ir integracijos sąlygas, institucijas atsakingas už minėtų procesų organizavimą. Įstatymas prisidėjo ne tik prie sutrikusios psichikos asmenų gyvenimo kokybės pagerinimo, tačiau ir prie visuomenės nuostatų į sutrikusios psichikos asmenis keitimo.

Asmenų turinčių psichikos negalią socialinės integracijos procesas Lietuvoje vykdomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo nuostatomis ir Jungtinių Tautų organizacijos Asamblėjos priimtu „Lygių galimybių teikimo žmonėms su negalia bendrųjų taisyklių“ rekomendacijomis bei kituose dokumentuose įtvirtintomis nuostatomis dėl žmonių su negalia teisių, siekiant jiems lygių galimybių dalyvauti visuomenės gyvenime. .

Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo nuostatos integruotos į svarbiausius teisės aktus, reguliuojančius sveikatos priežiūros, pensijų, kompensacinės technikos skyrimo, transporto lengvatų, darbo santykių, ugdymo, socialinių paslaugų ir kitus klausimus.

Žmonių turinčių psichikos sutrikimus socialinės integracijos problemos apibrėžtos ir socialinės integracijos tikslai numatyti Nacionalinės žmonių su negalia socialinės integracijos 2003 – 2012 metams programoje, kuri patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 7 d. nutarimu Nr. 850. Pagrindinis minėtos programos tikslas – siekti lygių galimybių asmenims su negalia planuojant valstybės neįgaliųjų socialinės integracijos veiksmus, atitinkančius valstybės tarptautinius ir vidaus politikos tikslus, išsipareigojimus bei numatant strategiją jiems įgyvendinti. Pasirenkant valstybės socialinės politikos prioritetus šioje srityje bei numatant strategiją jiems įgyvendinti tarptautinės teisės principų taikymas nacionalinėje teisėje leido pagrįsti ir priimti naują „Neįgalumo nustatymo ir socialinės apsaugos priemonių reformos koncepciją“, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. vasario 12 d. nutarimu Nr. 160. Jos tikslas - pakeisti invalidumo nustatymo tvarką, kad būtų sudarytos prielaidos teisingiau ir veiksmingiau taikyti socialinės apsaugos priemones neįgaliesiems, siekiant stiprinti jų darbingumą, savarankiškumą ir integraciją į visuomenę.

Neįgalumo nustatymo ir socialinės apsaugos priemonių neįgaliesiems reforma pradės, įgalins iš esmės pakeisti ir patobulinti esamą padėtį.

Iš kitų įstatymų svarbių psichikos sveikatos priežiūrai svarbus Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas (2006 m. sausio 19 d. Nr. X-493). Įstatymo paskirtis apibrėžti socialinių paslaugų sampratą, tikslus ir rūšis, reglamentuoja socialinių paslaugų valdymą, skyrimą ir teikimą, socialinės globos įstaigų licencijavimą, finansavimą, mokėjimą už socialines paslaugas bei ginčų, susijusių su socialinėmis paslaugomis, nagrinėjimą. (<http://www3.lrs.lt> [žiūrėta kovo 5d.]). Būtent šio įstatymo dėka bendruomenėje paplito įvairios socialinės paslaugos psichikos neįgaliesiems – dienos centrai, paslaugos į namus.

Vertinant mūsų šalies teisės aktus pastebima pažangi tendencija - neįgaliųjų teises reglamentuojantys teisės aktai pamažu juda nuo tradicinio „apsauginio socialinio aprūpinimo“ link „teisėmis pagrįstų“ vienodų galimybių.

Vis dar išlieka nemažai su neįgaliaisiais susijusių problemų tiek įstatymų, tiek praktinio jų įgyvendinimo srityje. Labiausiai išryškėjusios problemos: neefektyvus neįgaliųjų žmonių globą vykdančių asmenų (įstaigų) atskaitomybės ir jų veiklos kontrolės mechanizmas; neadekvatus bendruomeninių (socialinių) paslaugų teikimas, jų trūkumas savivaldybėse; neužtikrintas viešosios

aplinkos prieinamumas, transporto priemonių bei būsto pritaikymas; informacinės atskirties problema; neužtikrintos teisės į švietimą bei užimtumą. Išlieka aktuali asmenų veiksnio nustatymo bei globos skyrimo problema. Nepaisant pakankamai išplėtos teisinės bazės, įgyvendinant įstatymus išskyla spragų bei įstatymų nesilaikymo atvejų. Ypač išsiskiria psichikos sutrikimų turinčių asmenų pažeidžiamumas. (<http://www.hrmi.lt/> [žiūrėta balandžio 21 d.]).

Lietuvai įstojus į ES tapo svarbu užtikrinti šiuolaikinį požiūrį į įvairių visuomenės grupių integraciją ir bendruomenės santalką. Tai liudija 2001 m. sausio 17 d. priimtos ET Ministrų komiteto rekomendacijos 2001(1) šalis narėms dėl socialinių darbuotojų. Jos nurodo, kad socialiniai darbuotojai atliepia žmonių poreikiams, jie įneša pagrindinį indėlį į socialinės santalkos plėtotę, tiek organizuojant prevencinę veiklą, tiek atliepiant socialinių problemų sprendimui: pasak dokumento, socialinis darbas yra investicija į Europos gerovės ateitį (Council of European Committee of Ministers Recommendation Rec (2001)1 of the Committee to number slots on social workers, 2001).

Lietuvos Respublikos Vyriausybė žengė svarbų žingsnį 2006 m. rugsėjo 19 d. Nr. 907 nutarimu „Dėl nacionalinės antidiskriminacinės 2006-2008 metų programos patvirtinimo“ numatydama priemones bei lėšas kompleksiskai iširti įvairias diskriminacijos apraiškas, tarp jų – dėl amžiaus, negalios, kad būtų ugdoma visuomenės tolerancija, tobulėtų teisinė apsauga nuo diskriminacijos. Šios priemonės leidžia tikėtis aktyvesnės visuomenės pozicijos susiformavimo įvairių socialinių grupių lygių galimybių atžvilgiu.

Mūsų šalies institucijų dalyvavimas 2007 m. Europos lygių galimybių metų renginiuose savo ruožtu ugdo ir didina visuomenės toleranciją įvairių socialinių grupių bei asmenų atžvilgiu, prisideda prie tinkamos dirvos parengimo bendruomenėje vykdyti labiau efektyvią psichosocialinę reabilitaciją, išvengiant problemos ignoravimo, sumenkinimo ar atmetimo.

Sutrikusios psichikos asmenų atveju lieka aktualūs reikalaujantys dėmesio klausimai: sutrikusios psichikos asmenų atstovavimas teismo procese, jiems skiriant, pratęsiant, keičiant ar panaikinant priverčiamąją medicinos priemonę, taip pat priverstinai hospitalizuojant, kai asmenims teismo sprendimu paskiriamas arba pratęsiamas priverstinis gydymas psichikos sveikatos priežiūros įstaigose (Neįgaliųjų asmenų teisės// Žmogaus teisių įgyvendinimas Lietuvoje: Apžvalga.-Vilnius, 2004).

Nemažai problemų egzistuoja senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims dalyvaujant įvairiose gyvenimo srityse. Bendruomeninių (socialinių) paslaugų teikimo srityje savivaldybės negarantuoja pakankamo finansavimo socialinio pobūdžio įstaigoms - dienos, užimtumo centrams,

ugdymo įstaigoms, organizuoti užimtumą bei socialinės reabilitacijos užsiėmimus, skirtus lavinti socialiniams įgūdžiams. Jei tik sudaromos galimybės, pagyvenę žmonės aktyviai dalyvauja bendruomenės gyvenime, o tęsiančių kokią nors veiklą senyvo amžiaus asmenų gyvenimo kokybė smarkiai pagerėja (Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos, 2002). Bendruomenėje teikiamos paslaugos, kaip rodo gerosios patirties pavyzdžiai, yra tinkamiausias būdas senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims integruotis į visuomenę - tai turėtų tapti prioritetine psichikos sveikatos plėtros sritimi.

4. Senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinė reabilitacija Lietuvoje

Nacionalinėje gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijoje, patvirtintoje 2004m., konstatuojama:

- Medicinos pagalbos ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos vyresnio amžiaus žmonėms dar nėra deramai organizuotos;
- Sveikatos priežiūros paslaugų vyresnio amžiaus žmonėms reikia kur kas daugiau negu kitiems, o visuomenei senstant jų prireiks dar daugiau;
- Nepakanka sveikatingumo programų, skirtų vyresniems žmonėms;
- Per mažai vyresnio amžiaus žmonėms teikiama specializuotų geriatrijos bei gerontopsichiatrijos paslaugų sveikatos apsaugos įstaigose (nėra specializuotų kabinetų ir skyrių, tarp jų – Alzheimerio ligos skyrių, interdisciplininio bendradarbiavimo stoka) ([http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3\(iii%20dalis\).pdf](http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3(iii%20dalis).pdf), [žiūrėta balandžio 19d.]).

Pagrindinis uždavinys – padidinti senyvo amžiaus asmens savarankiškumą, pagerinant biopsichosocialines funkcijas. Kai biopsichosocialinių funkcijų pagerinimo perspektyvos nebėra, lieka ilgalaikė slauga, kurios tikslas pagerinti pacientų gyvenimo kokybę. Specializuotų geriatrijos skyrių teigiamos savybės yra šios:

- specializuojasi gydyti pagyvenusius žmones;
- juose tinkamas požiūris į pagyvenusį žmogų ir palanki aplinka;
- gerina ligonio fizinę, socialinę, psichologinę būklę;
- teikia kompleksinę medicinos pagalbą;
- suteikia šeimai atokvėpį;

- sprendžia sudėtingas socialines, medicininės problemas, nes jose dirba daugiaprofilinės komandos;
- mažina globos institucijų skaičių;
- daugiau asmenų gali grįžti į bendruomenę ([http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3\(iii%20dalis\).pdf](http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3(iii%20dalis).pdf), [žiūrėta balandžio 19d.]).

Tačiau Lietuvoje ši infrastruktūra nėra išplėtotą. Vis dar neturime specializuotų dienos centrų bei kitų psichosocialinės reabilitacijos padalinių, skirtų pagyvenusiems sutrikusios psichikos asmenims.

Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre Prieš 2,5 metų atsidarė naujai rekonstruotas ir atnaujintas gerontopsichiatrijos skyrius, pradėjęs veikti dar 1994 metais. Šiam skyriui, kaip ir kitiems ligoninėje vykdomiems projektams, paramą teikia tarptautinė organizacija “Ženevos iniciatyva psichiatrijoje” bei Olandijos užsienio reikalų ministerijos (MATRA projektas, 2002). Skyriuje gydomi įvairiais psichikos sutrikimais sergantys (tiek organiniais ar depresiniais, tiek sunkiais lėtiniais psichikos sutrikimais) pacientai, atliekama demencijų diagnostika. Didžiausias dėmesys yra skiriamas pacientų užimtumui ir socialinių įgūdžių atkūrimui, taip pat judesio terapijai. Yra įrengta pacientų virtuvėlė, kur jie patys gali pasigaminti mėgstamą maistą, ruošiamos popietės, aptarinėjama ir kartu skaitoma spauda, dalinamasi patirtimi, išgyvenimais. Taip pat pacientai turi galimybę pasirūpinti asmenine higiena - išsiskalbti savo drabužius ir tuo pačiu neprarasti kasdieninių įgūdžių.

Ateityje planuojama plėsti pagalbą gerontopsiatriiniams pacientams, kuriant bendruomeninio tipo paslaugas, kurių pagalba bus užtikrinama tokių ligonių priežiūra namuose. Specialiai apmokytos slaugės lankys pacientus, stebės jų būklę, padės atlikti kasdieninius darbus, pablogėjus saviįėjautai, rekomenduos gydytojo psichiatro ar kito specialisto konsultaciją.

Gegužės viduryje pradėjo veikti dar viena specializuota įstaiga – pirmasis Lietuvoje Fabijoniškių pensiono dienos centras, sergantiems Alzheimerio ir kitomis senatvės psichikos ligomis. Jis skirtas 30-čiai lankytojų. Pagrindinis šio centro tikslas yra suteikti asmenims, sergantiems senatvės psichikos ligomis, galimybę gyventi bendruomenėje, kiek galima ilgiau išvengiant ilgalaikės stacionarios globos. Dienos centro teikiamos paslaugos:

- sudaromos individualios grupės, atsižvelgiant į paciento ligos stadiją;
- psichiatro konsultacijos, psichosocialinis konsultavimas;

- socialinių bei buitinių įgūdžių palaikymas (tarpasmeninis bendravimas, kasdieninių įgūdžių lavinimas, asmeninė higiena)
- užimtumo organizavimas (judesio terapija, meno terapija, muzikos terapija, planuojama sodininkystės terapija);
- transporto paslaugos.

5. Didžiosios Britanijos senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės rehabilitacijos patirtis

Senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės rehabilitacijos nacionalinės strategijos smarkiai skiriasi įvairiose šalyse. Jungtinėse Amerikos Valstijose didžiausias dėmesys skiriamas ligoninių bei slaugos namų plėtrai. Europoje, Kanadoje bei Australazijoje (Australija, N. Zelandija ir kt. salos) dėmesys varijuoja nuo saugaus būsto suteikimo link paslaugų bendruomenėje plėtros (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005). Šiame skyriuje bus plačiau pristatomos Didžiosios Britanijos teikiamos psichosocialinės rehabilitacijos paslaugos.

Didžiojoje Britanijoje bendrosios praktikos gydytojai bei apygardos slaugytojos sprendžia daugelį senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų problemų. Tačiau bendrosios praktikos gydytojai ne visada pastebi psichikos sutrikimus ankstyvoje stadijoje, o taip pat ne visada gali užtikrinti ilgalaikę psichiatrinę priežiūrą. Kai kuriuose regionuose bendrosios praktikos gydytojai patys samdo bendruomenės psichiatrijos slaugytojas, nors jos dažniau priklauso antrinei sveikatos priežiūros komandai.

Pagrindinis psichikos sveikatos priežiūros tikslas - kuo ilgiau išlaikyti asmenį bendruomenėje, jam įprastoje aplinkoje, aktyviai sprendžiant išskylančias socialines bei medicininės problemas, koordinuojant veiklą su dirbančiais tęstinėje priežiūroje, bei remiant giminaičius ir artimuosius globojančius senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenį namuose (Джекоби Р., Оппенгаймер К., 2001). Turi būti palaikomas glaudus ryšys bei bendradarbiaujama su pirminės priežiūros, kitais ligoninės specialistais, socialinėmis ir savanorių tarnybomis. Senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims skirtos tarnybos gali teikti paslaugas paciento namuose, dienos centre bei ligoninės skyriuje (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005).

Psichosocialinės rehabilitacijos rezultatų tęstinumui užtikrinti tarnauja bendruomenės klinikos, kurių tikslas stebėti ir vertinti mobilius pacientus. Ši priežiūros forma yra patogi

pacientui, nes tokiose klinikose yra pakankamai geriatrijos bei senyvo amžiaus psichiatrijos specialistų. Pažymėtina, kad Didžiojoje Britanijoje skiriamas didelis dėmesys psichikos sutrikimų prevencijai – atskiruose regionuose yra įsikūrusios atminties įvertinimo tarnybos, kuriose asmenys su tik prasidedančiomis atminties problemomis patenka siunčiami bendrosios praktikos gydytojų ir kurios, kaip nurodo Nacionalinis sveikatos ir klinikinio meistriškumo institutas (National institute for health and clinical excellence) turėtų būti pirma įstaiga, kurioje asmenys įtariant demenciją būtų testuojami bei konsultuojami (Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care, <http://www.nice.org.uk/CG042>).

Nemaža paslaugų Didžiojoje Britanijoje yra teikiama namuose (bendruomenės psichikos sveikatos komandų, bendruomenės klinikų), tačiau kai kuriems pacientams naudinga lankytis dienos stacionaruose, kur be kitų profesionaliai teikiamų paslaugų vyksta aktyvus bendravimas, dažnai būtinas senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims (Creek J. 2005).

Kaip rodo senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės reabilitacijos patirtis, daugelyje šalių dauguma senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų vis dar yra gydomi psichiatrijos ligoninėse. Tačiau būtina pažymėti, kad šiuo atveju daug svarbiau yra tai, kaip teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, o ne kur tai atliekama. Pagrindiniai reikalavimai psichosocialinės reabilitacijos procese šiuo atveju - privatumas, galimybė naudotis asmeniniais daiktais, užimtumo ir socialinė terapijos. (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005)

Teikti paslaugas namuose Didžiojoje Britanijoje gali bendrosios praktikos gydytojas bei apygardos slaugytoja, bendruomeninė psichikos sveikatos komanda, socialinės tarnybos bei savanoriai. Labai svarbu, kad ši pagalba būtų koordinuojama, todėl Didžiojoje Britanijoje tam skiriamas vienas asmuo, kuris užtikrina tęstinę priežiūrą ir seka, kad būtų tinkamai atliktas įvertinimas, priežiūros planavimas bei apžvalga.

Didžiojoje Britanijoje yra populiarios ir kitos psichosocialinių paslaugų institucinės formos, pvz., dienos centrai, socialiniai klubai. Jų veikloje dalyvauja ir savanorių organizacijos, tokios kaip: Age Concern bei Alzheimerio draugija. (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005)

Kai kurie pacientai gali tapti labiau savarankiški, ugdant jų savęs priežiūros, buitinius įgūdžius bei skatinant jų socialinius kontaktus (Turner A., 1987). Pacientams, kurių psichikos sveikata yra labiau pakenkta, gali padėti aplinka, kurioje jo asmeniniai poreikiai bei orumas yra gerbiami. Dezorientacija sumažinama atitinkamu skyriaus išplanavimu bei naudojant pagalbines priemones (pvz., spalvotos lentelės ant durų). Asmenims, gyvenantiems savo namuose, padėti

prisitaikyti aplinką gali besilankantis užimtumo terapeutas, kad pagyvenęs sutrikusios psichikos asmuo taptų labiau savarankiškas bei jaustųsi saugus (Gelder M., Mayou R., Cowen P., 2005).

Didžiulis dėmesys skiriamas globėjams bei artimiesiems. Jiems taip pat taikomos intervencijos: individuali arba grupinė psichoedukacija, savipagalbos grupės, parama bei konsultacijos telefonu bei internetu, šviečiamieji kursai apie demenciją, esančias tarnybas, teikiamas paslaugas bei bendravimą su asmeniu sergančiu demencija, taip pat įtraukiami ir kiti šeimos nariai (Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care, <http://www.nice.org.uk/CG042>).

Lyginant mūsų šalies ir Didžiosios Britanijos psichosocialinės reabilitacijos paslaugų institucinę įvairovę, pastebimi šie būdingi Didžiosios Britanijos institucijoms bruožai:

- paslaugų teikėjai įtraukia į paslaugų teikimo procesą įvairias bendruomenės struktūras, formuodami įvairialypę komandą, atstovaujamą sveikatos priežiūros, socialinės apsaugos bei savanorių institucijų;
- psichosocialinės reabilitacijos paslaugų sistema orientuota į tęstinės priežiūros teikimą bei koordinavimą;
- psichosocialinės reabilitacijos paslaugų sistema orientuota į ankstyvąją prevenciją.

6. Tyrimo tikslai, uždaviniai, hipotezės

Tyrimo tikslas - išanalizuoti ir įvertinti paslaugų teikėjų požiūriu psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims bei jas teikiančių nestacionarių bei stacionarių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje

Tyrimo uždaviniai:

1. išanalizuoti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų, teikiamų senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims Lietuvoje bei Didžiojoje Britanijoje, ypatumus paslaugų teikėjų požiūriu;
2. išsiaiškinti, paslaugų teikėjų požiūriu į psichosocialinės reabilitacijos paslaugų poreikio tenkinamą;
3. įvertinti paslaugų teikėjų požiūriu į teikiamų psichosocialinės reabilitacijos procese paslaugų pasiūlą;
4. išanalizuoti paslaugų teikėjų požiūriu į psichosocialinės reabilitacijos tarnybų tinklo įvairovę.

Tyrimo hipotezės:

- Mūsų šalies psichosocialinės reabilitacijos paslaugos pagyvenusiems sutrikusios psichikos asmenims yra orientuotos į užimtumą, Didžiojoje Britanijoje psichosocialinės reabilitacijos paslaugos senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims - į savarankiško gyvenimo galimybių didinimą;
- Mūsų šalies psichosocialinių reabilitacijos paslaugų pasiūla, tarnybų tinklo įvairovė nepakankamai tenkina senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų poreikius, nepakankamai išplėta, paslaugų tarnybų tinklo įvairovė neatspindi senyvo amžiaus asmenų poreikių specifikos.
- Didžiojoje Britanijoje plati psichosocialinių reabilitacijos paslaugų pasiūla, tenkina senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų poreikį, paslaugų tarnybų tinklo įvairovė atspindi senyvo amžiaus asmenų poreikių specifiką.

Tyrimo metodika

Tyrimas buvo atliktas Vilniaus miesto bei Oksfordo grafystės specializuotose psichosocialinės reabilitacijos paslaugų įstaigose.

Empiriniam tyrimui atlikti pasirinktas kiekybinis tyrimo metodas – anketinė apklausa, naudojant instrumentą - standartizuotą, unifikuotą anketą abiem šalims. Siekta iširti, kokios psichosocialinių paslaugų institucijos bei paslaugos egzistuoja senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims abiejose šalyse, taip pat šių paslaugų teikėjų požiūrį į paslaugų bei tarnybų įvairovę.

Remiantis teorinėje dalyje nagrinėtais Lietuvoje bei Didžiojoje Britanijoje esančiais paslaugų bei tarnybų pavyzdžiais buvo suformuota standartizuota anketa.

Tyrimo atranka: atsitiktinė.

Siektas imties dydis: 100 respondentų.

Realiai apklausta: 65 respondantai. Iš jų – 44 lietuviai bei 21 anglas.

Tikslinė grupė: Lietuvoje apklausti: stacionarios paslaugų įstaigos - Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro, dienos centrų bei Psichosocialinės reabilitacijos centro darbuotojai. Didžiojoje Britanijoje apklausti taip pat psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančių tarnybų darbuotojai, stengiantis išlaikyti tolygią proporciją tarp skirtingų įstaigų (dienos centras, bendruomenės psichikos sveikatos komanda senyvo amžiaus asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, ligoninė).

Duomenų analizė:

Tyrimo matematinė statistinė analizė buvo atliekama, naudojantis kompiuterine programa SPSS/PC (Statistical Package for the Social Sciences) 12.0 for Windows. Skaičiuojant skirtumus tarp atskirų kriterijų, buvo naudojamas χ^2 testas. Skirtumas buvo laikomas statistiškai reikšmingu jeigu $\chi^2 (p) \leq 0.05$. Duomenų patikimumo lygmuo - 95%. Gauti duomenys pateikti lentelėse bei paveiksluose.

Taip pat tyrimui, kaip papildoma informacija, buvo panaudoti psichosocialinės reabilitacijos paslaugų įstaigų dokumentacijos duomenys.

Tyrimo eiga Lietuvoje:

1. Susitariama dėl apsilankymo institucijoje.

2. Prisistatoma darbuotojams, trumpai pristatomas tyrimas, paaiškinamas jo tikslas bei atsakoma į klausimus.

3. Surenkamos užpildytos anketos.

Tyrimo eiga Didžiojoje Britanijoje:

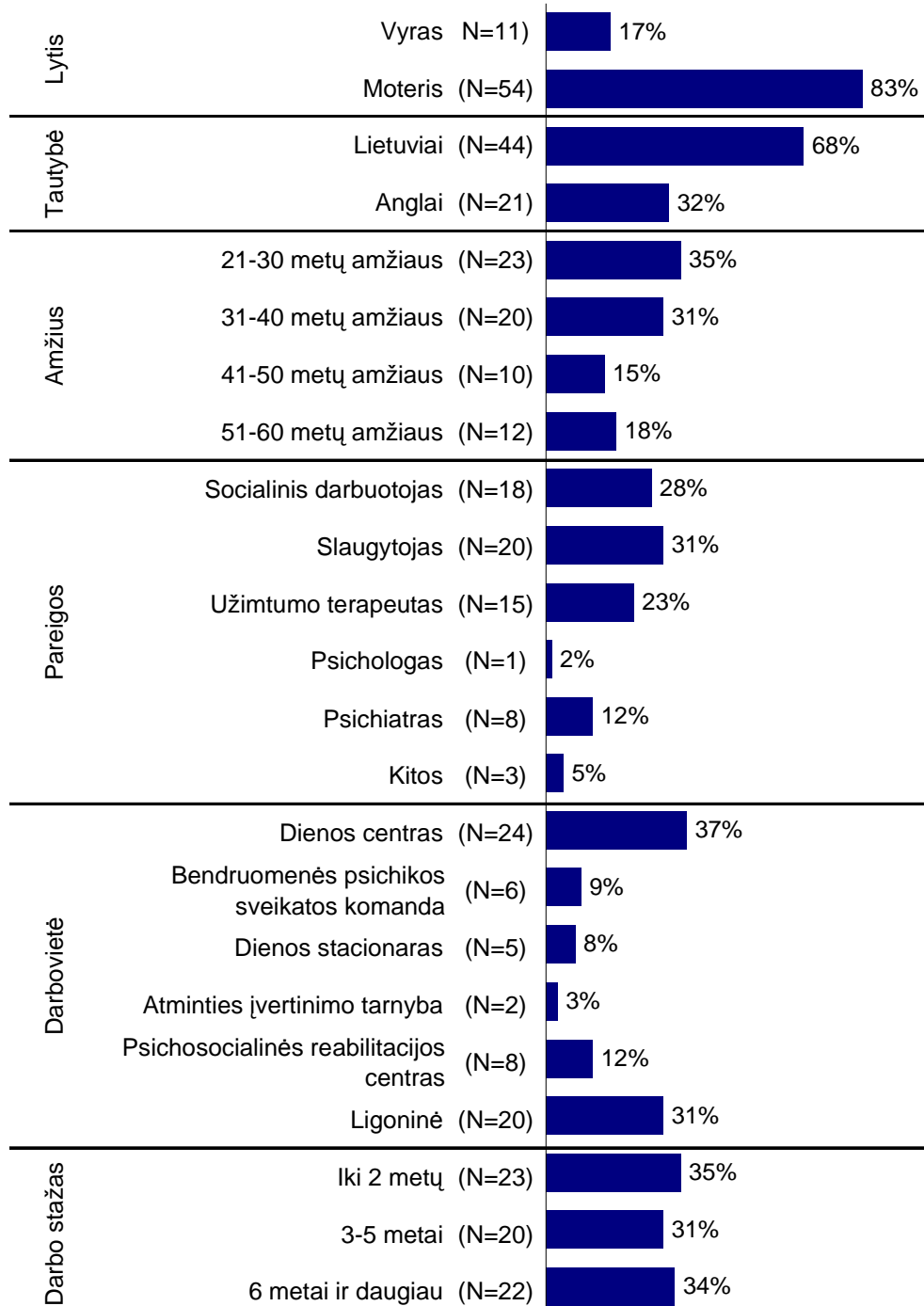
1. Siunčiamas trumpas informacinis laiškas, kuriame glaustai pristatomas tyrimas, paaiškinamas jo tikslas bei svarba. Prie laiško pridedama anketa.

2. Ilgai negaunant atsakymo, buvo siunčiamas mandagus priminimas.

Tyrimo sunkumai: Pagrindinis sunkumas – respondentų nenoras dalyvauti tyrime. Ypač sudėtinga buvo gauti anketas iš Didžiosios Britanijos apklausos dalyvių. Iš planuotų 50 pavyko susigražinti tik 21 anketą.

Tyrimo rezultatai

1. Lietuvos ir Didžiosios Britanijos respondentų socialinės - demografinės charakteristikos



1 pav. Socialinės demografinės respondentų charakteristikos (proc.)

Lytis. Kaip matyti iš tyrimo duomenų, didžiąją dalį respondentų sudarė moterys (83%), vyrai sudarė tik 17% visų apklaustųjų (žr. 1 pav.). Taip yra todėl, kad šioje srityje daugiausia dirba moterys.

Tautybė. Atliekant tyrimą tikėtasi, kad abiejų tautybių respondentai pasiskirstys tolygiai. Tačiau iš Didžiosios Britanijos gauta tik 21 anketa iš 50 išsiųstų. Taigi bendroje imtyje anglai sudaro - 32%, o lietuviai - 68% (žr. 1 pav.).

Amžius. Iš 1 paveikslo taip pat matyti, kad daugiausia respondentų sudarė 21-30 m. amžiaus grupės atstovai (35%). Nedaug mažesnę respondentų dalį sudarė 31 – 40 m. amžiaus atstovai (31%). Respondentų tarpe nebuvo nei vieno asmens amžiaus grupėje „iki 20“.

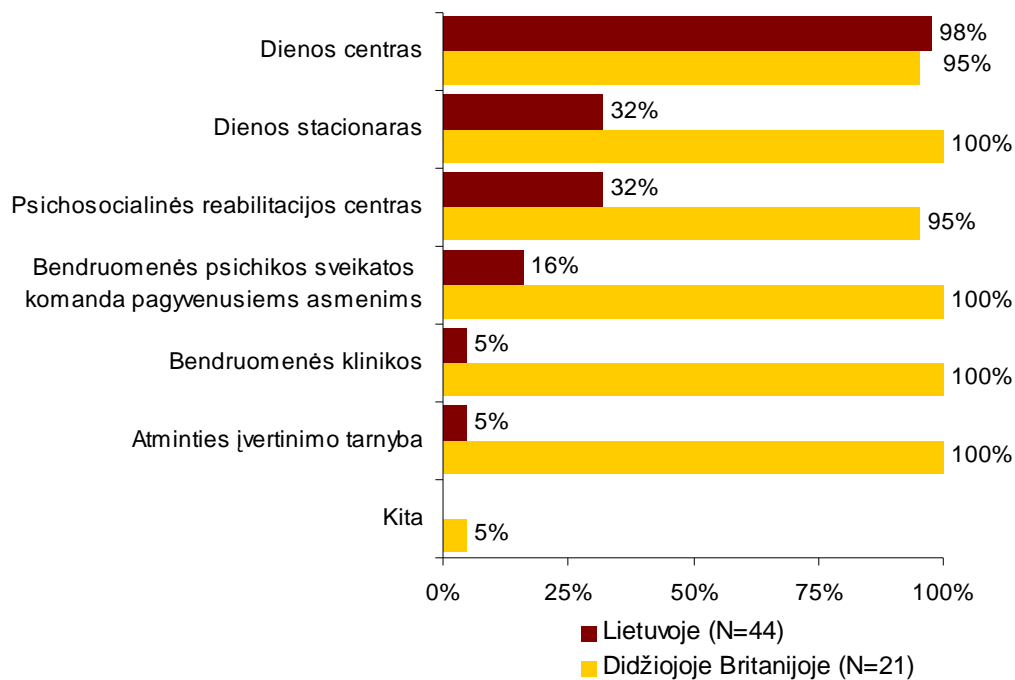
Pareigos. Didžioji dalis respondentų – slaugytojai (31%), mažesnę dalį sudarė socialiniai darbuotojai – 28%, po jų - užimtumo terapeutai (23%). Kitas pareigas užimantys darbuotojai (kineziterapeutas, direktoriaus pavaduotoja, vedėja) sudarė 5%. Pareigų pasiskirstymas pateikiamas 1 paveiksle.

Darbovietė. Pagal darbo vietą daugiausia respondentų sudarė dirbantys dienos centruose – 37% bei stacionariose įstaigose (ligoninėse bei psichikos sveikatos centruose) – 31%. Taip yra todėl, kad tik šios dvi institucijos egzistuoja abiejose lyginamose šalyse. Pasiskirstymas kitose institucijose mažesnis, nes jos veikia tik Didžiojoje Britanijoje (žr. 1 pav.). Mūsų šalies darbuotojai daugiausiai dirbo dienos centruose bei ligoninėse, o Didžiosios Britanijos darbuotojai - kitose įstaigose. Kaip parodė tyrimas, taip yra todėl, kad Lietuvoje senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų reabilitacija vykdoma daugiausia minėtų dviejų tipų įstaigose, o Didžiojoje Britanijoje veikianti bendruomenės paslaugų specializuotų tarnybų sistema yra skaitlingesnė

Darbo stažas. Pagal darbo stažą respondentai pasiskirstę maždaug tolygiai. Dirbantys įstaigoje „iki 2 metų“ sudarė 35%. Šį skaičių, galbūt, įtakojo tai, kad Lietuvoje buvo apklausti neseniai atsidariusio specializuoto dienos centro darbuotojai, kuris pradėjo veikti gegužės mėnesio pradžioje. Pasiskirstymas pagal darbo stažą pateikiamas 1 paveiksle.

2. Psichosocialinės reabilitacijos tarnybų tinklo įvairovė senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims ir jų šeimos nariams

Respondentų buvo klausama, kokios jiems žinomos psichosocialinės reabilitacijos tarnybos senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims ir jų šeimos nariams veikia jų šalyje.

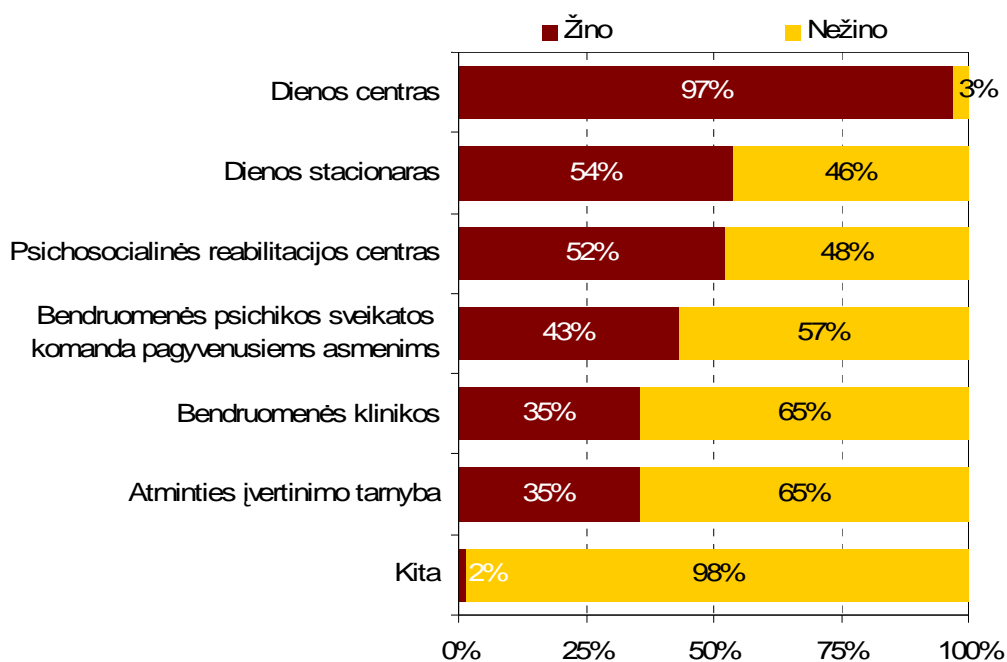


2 pav. Respondentų žinios apie psichosocialinės rehabilitacijos paslaugų tarnybas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

Atskirai palyginus Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje darbuotojų žinomas psichosocialinės rehabilitacijos tarnybas senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims ir jų šeimoms, matyti, jog Lietuvoje tokių tarnybų spektras yra kur kas siauresnis nei Didžiojoje Britanijoje (žr. 2 pav.). Lietuviai nurodė, kad mūsų šalyje veikia dienos centras (98%), dienos stacionaras (32%), Psichosocialinės rehabilitacijos centras (32%) bei 16% respondentų mano, kad senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims psichosocialinės rehabilitacijos paslaugas Lietuvoje teikia bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims.

Britų nuomone Didžiojoje Britanijoje veikia visos išvardintos tarnybos bei papildomai nurodyta krizių intervencijos tarnyba.



3 pav. Respondentų žinios apie Psichosocialines reabilitacijos tarnybas

(skaičiuota nuo visų apklaustųjų, n=65)

Geriausiai žinoma psichosocialinės reabilitacijos tarnyba abiejose šalyse – dienos centras. Jį žinantys nurodė 97% apklaustųjų (čia ir toliau žr. 3 pav.). Daugiau nei pusė apklaustųjų nurodė žinantys tokias psichosocialinės reabilitacijos tarnybas, kaip dienos stacionaras (54%) bei psichosocialinės reabilitacijos centrą (52%). Kitos psichosocialinės reabilitacijos tarnybos žinomos mažiau nei pusei respondentų: bendruomenės psichikos sveikatos komandas pagyvenusiems asmenims teigė veikiant 43% apklaustųjų, bendruomenės klinikas ir atminties įvertinimo tarnybas – po 35% respondentų.

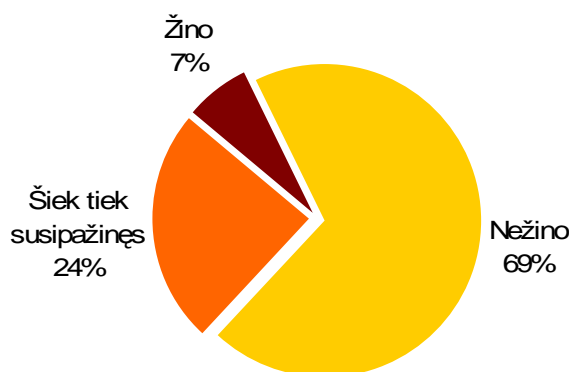
Psichosocialinės reabilitacijos tarnybų žinomumą senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims ir jų šeimos nariams palyginus pagal skirtingas respondentų socialines-demografines charakteristikas, darytinos šios švados:

- bendruomenės psichikos sveikatos komandos senyvo amžiaus statistiškai reikšmingai dažniau yra žinomos 31-40 metų amžiaus anglų, dirbančių, bendruomenės psichikos sveikatos komandose senyvo amžiaus asmenims, dienos stacionaruose, atminties įvertinimo tarnybose ar psichosocialinės reabilitacijos centruose bei turinčių didesnę nei 6 metų darbo stažą (3 priedas);

- anglai, statistiškai reikšmingai dažniau nei lietuviai, žino dienos stacionarus (4 priedas);
- bendruomenės klinikas statistiškai reikšmingai dažniau žino anglai ir bendruomenės psichikos sveikatos komandų senyvo amžiaus asmenims, dienos stacionarų, atminties įvertinimo tarnybų ar psichosocialinės reabilitacijos centrų darbuotojai(5 priedas);
- atminties įvertinimo tarnybas dažniau žino anglai, 31-40 metų amžiaus asmenys, slaugytojai, bendruomenės psichikos sveikatos komandų senyvo amžiaus asmenims, dienos stacionarų, atminties įvertinimo tarnybų ar psichosocialinės reabilitacijos centrų darbuotojai bei turintieji didesnę nei 6 metų darbo stažą(6 priedas);
- psichosocialinės reabilitacijos centrus statistiškai reikšmingai dažniau žino anglai (7 priedas).

3. Kitų šalių bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistema bei sėkmingos patirties svarba

Respondentų buvo klausama, ar jiems žinoma kitų šalių bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų senyvo amžiaus žmonėms tinklo sistema(8 priedas);.



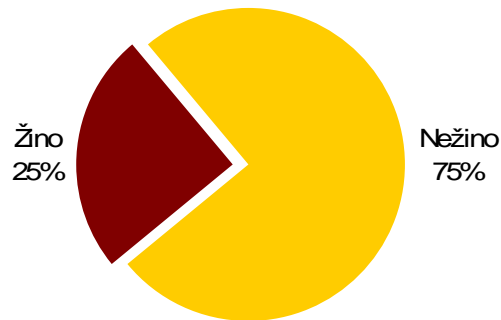
4 pav. Didžiosios Britanijos bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistemos žinomumas

(skaičiuota nuo Lietuvoje apklaustų respondentų, n=45)

31 proc. Lietuvoje apklaustų respondentų atsakė, jog jiems yra žinoma, Didžiosios Britanijos bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistema (7% žino ir 24% yra šiek tiek

susipažinę). Daugiau nei dviems trečdaliams (69%) šios šalies reabilitacijos paslaugų tinklo sistema nebuvo žinoma (žr. 4 pav.).

Statistiškai reikšmingai rečiau Didžiosios Britanijos bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistemą žino dirbantieji dienos centruose(8 priedas).

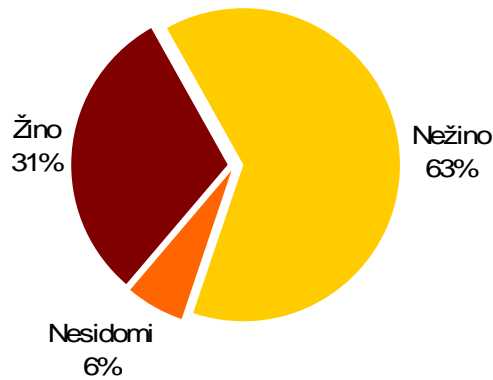


5 pav. Lietuvos bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistemos žinomumas

(skaičiuota nuo Didžiojoje Britanijoje apklaustų respondentų, n=21)

25% Didžiojoje Britanijoje apklaustų respondentų atsakė, jog jiems yra žinoma, Lietuvos bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistema, tačiau 75% apklaustųjų nėra girdėję apie mūsų šalies sistemą (žr. 5 pav.).

Atsakymus palyginus pagal socialines demografines charakteristikas statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta (9 priedas).

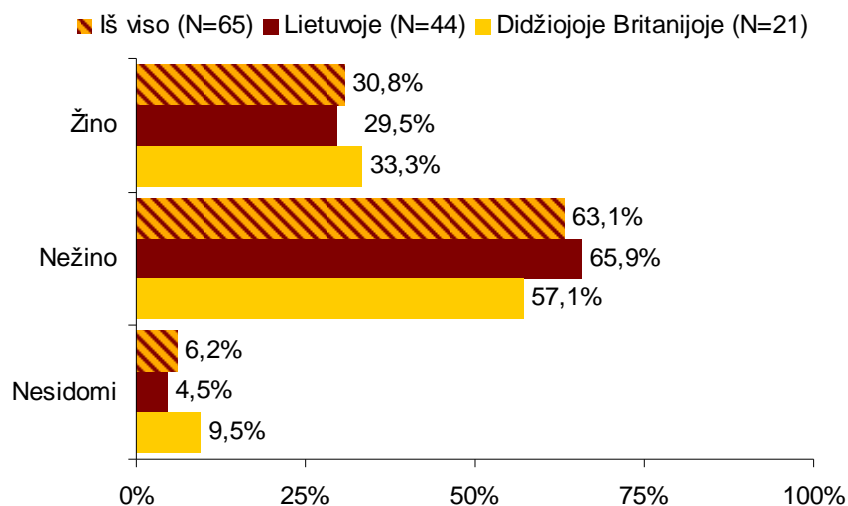


6 pav. Kitų šalių bendruomenės psichosocialinių rehabilitacijos paslaugų tinklo sistemos žinomumas

(skaičiuota nuo visų apklaustųjų, n=65)

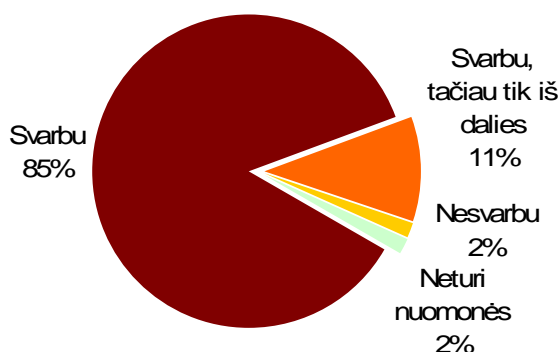
31% visų apklaustųjų buvo žinomos kitų šalių bendruomenės psichosocialinių rehabilitacijos paslaugų tinklo sistemos. 63% apie tokias sistemas nieko nežinojo, o 6% apskritai minėta tema nesidomėjo (žr. 6 pav.).

Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingomis socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis pasižyminčių grupių nepastebėta.



7 pav. Kitų šalių psichosocialinės rehabilitacijos paslaugų tinklo sistemos žinomumas
(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

Pastebėta, kad Didžiosios Britanijos respondentai šiek tiek geriau susipažinę ne su mūsų šalies, o su kitų šalių psichosocialinės reabilitacijos sistemomis (33%) (žr. 10 lentelė). Dažniausiai minimos šalys: Jungtinės Amerikos Valstijos bei Rusija (Kaliningradas). Lietuviai dažniausiai įvardino Olandiją, Švediją bei Daniją. Taip pat žinomos: Norvegija, Belgija, Čekija, Lenkija, JAV.



7 pav. Kitų šalių sėkmingų patirties pavyzdžių svarba teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms

(skaičiuota nuo visų apklaustųjų, n=65)

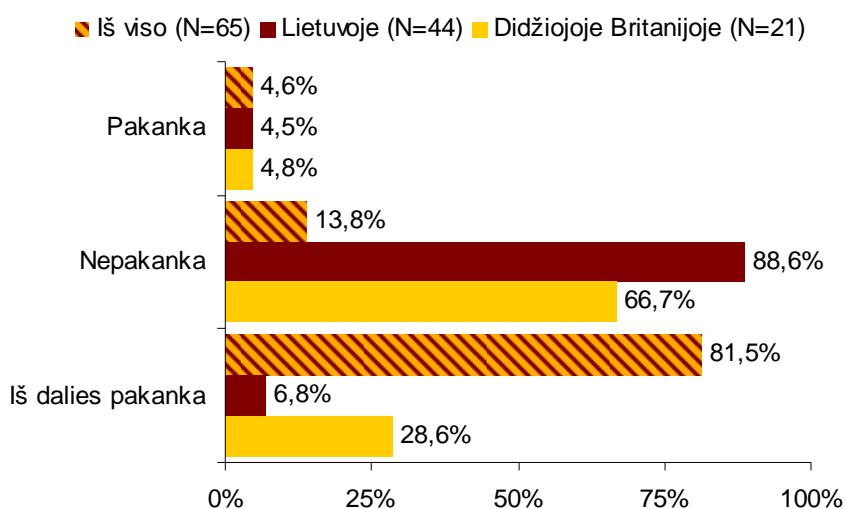
Respondentų buvo klausama, ar svarbu teikiant psichologinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms mokytis iš kitų šalių sėkmingos patirties pavyzdžių. Absoliuti dauguma – 85% respondentų atsakė, jog tokios patirties pavyzdžių mokymasis yra svarbus dalykas. 11% apklaustųjų mano, jog kitų šalių sėkminga patirtis tik iš dalies tarnauja pavyzdžiu, o 4% respondentų nematė tokios patirties perėmimo svarbos arba apskritai neturėjo nuomonės (žr. 7 pav.). Tai vienodai svarbu buvo abiejose tikslinėse grupėse (žr. 10 priedas).

Nepastebėta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingomis socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis pasižyminčių apklaustųjų grupių (žr. 10 priedas).

4. Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės vertinimas

Respondentų buvo klausiami, ar jie mano, jog šiuo metu esančios psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės pakanka, siekiant efektyvios senyvo amžiaus žmonių psichosocialinės reabilitacijos bendruomenėje.

Britai dažniau nei lietuviai mano, kad šių tarnybų iš dalies pakanka – 29% (žr. 8 pav.). Greičiausiai tai susiję su tuo, kad Didžiojoje Britanijoje tokių tarnybų tinklas yra gerokai išplėtotas, todėl ne taip ypatingai jaučiamas jų stygius.



8 pav. Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės pakankamumas

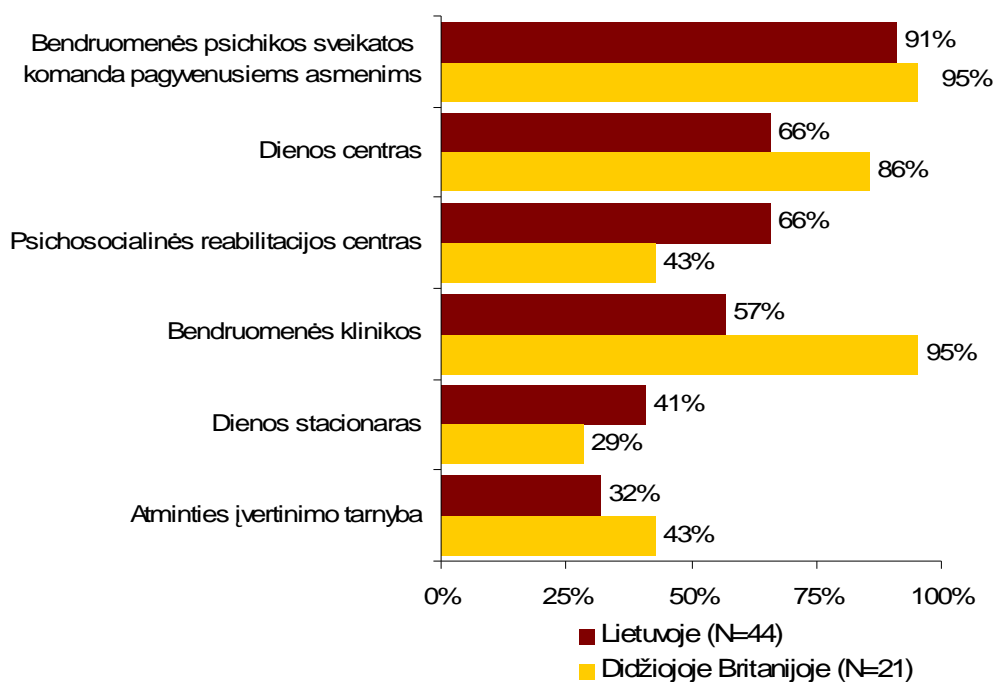
(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

Didžioji dauguma respondentų į šį klausimą atsakė neigiamai (89%). Mūsų šalies įstaigų darbuotojai nurodė, jog Lietuvoje jaučiamas didelis reabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės trūkumas. 14% visų respondentų manė, jog minėtų tarnybų įvairovė iš dalies yra pakankama ir 5% apklaustųjų apskritai nematė reabilitacijos tarnybų stygiaus (11 priedas).

Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp skirtingomis socialinėmis – demografinėmis charakteristikomis pasižyminčių grupių nestebima.

5. Psichologinės reabilitacijos paslaugų tarnybų potencialas

Respondentų buvo klausiama, kokias psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybas verta būtų įsteigti šalyje, siekiant jų atitikimo individualiems senyvo amžiaus klientų poreikiams. Tyrimas parodė, jog mūsų šalyje jaučiamas didžiausias poreikis įsteigti bendruomenės psichikos sveikatos komandą pagyvenusiems asmenims (91%), dienos centrus (66%) bei psichosocialinės reabilitacijos centrą (66%)(žr. 9 pav.). Tuo tarpu Didžiosios Britanijos tarnybų darbuotojai nurodė, jog jaučiamas didžiausias bendruomenės psichikos sveikatos komandų pagyvenusiems asmenims (95%), bendruomenės klinikų (95%) bei dienos centrų (86%) poreikis (žr. 9 pav.). Taigi, šiose srityse psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų tinklo kūrimo rinka turi didžiausią potencialą augti bei tobulinti paslaugų kokybę.



9 pav. Psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tarnybos, kurias reikėtų įkurti

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

Ištirus psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų poreikį Lietuvoje skirtingų socialinių-demografinių charakteristikų respondentų požiūriu, pastebėta jog:

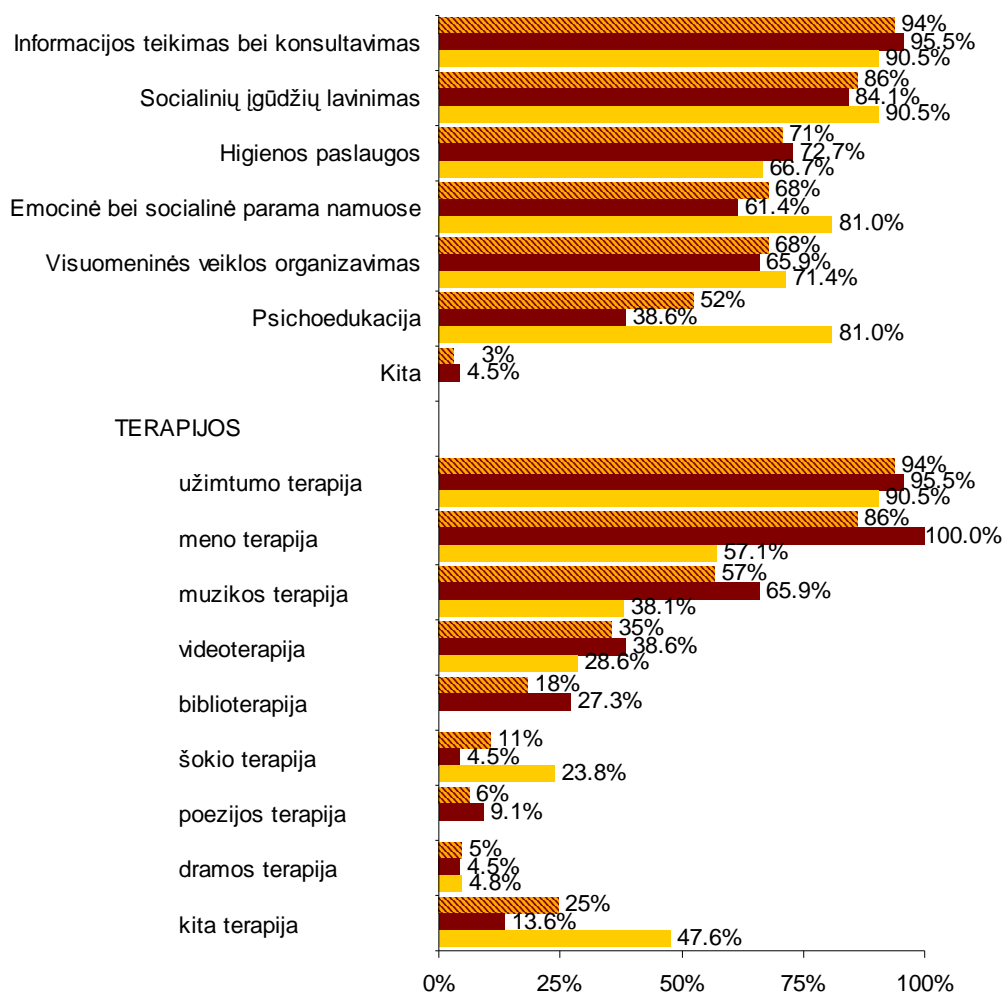
- 31-40 metų amžiaus asmenys statistiškai reikšmingai dažniau teigė, jog verta įsteigti dienos centrus;

- slaugytojai statistiškai reikšmingai rečiau pasisakė už bendruomeninių klinikų įrengimą;
- dienos stacionarų įrengimą statistiškai reikšmingai dažniau palaikė dirbantieji ligoninėse, o turintieji maža stažą (iki 2 metų) tam dažniau nepritarė (12 priedas).

Palyginus atsakymų pasiskirstymą, kalbant apie Didžiosios Britanijos tarnybų poreikį bei potencialą, statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta (13 priedas).

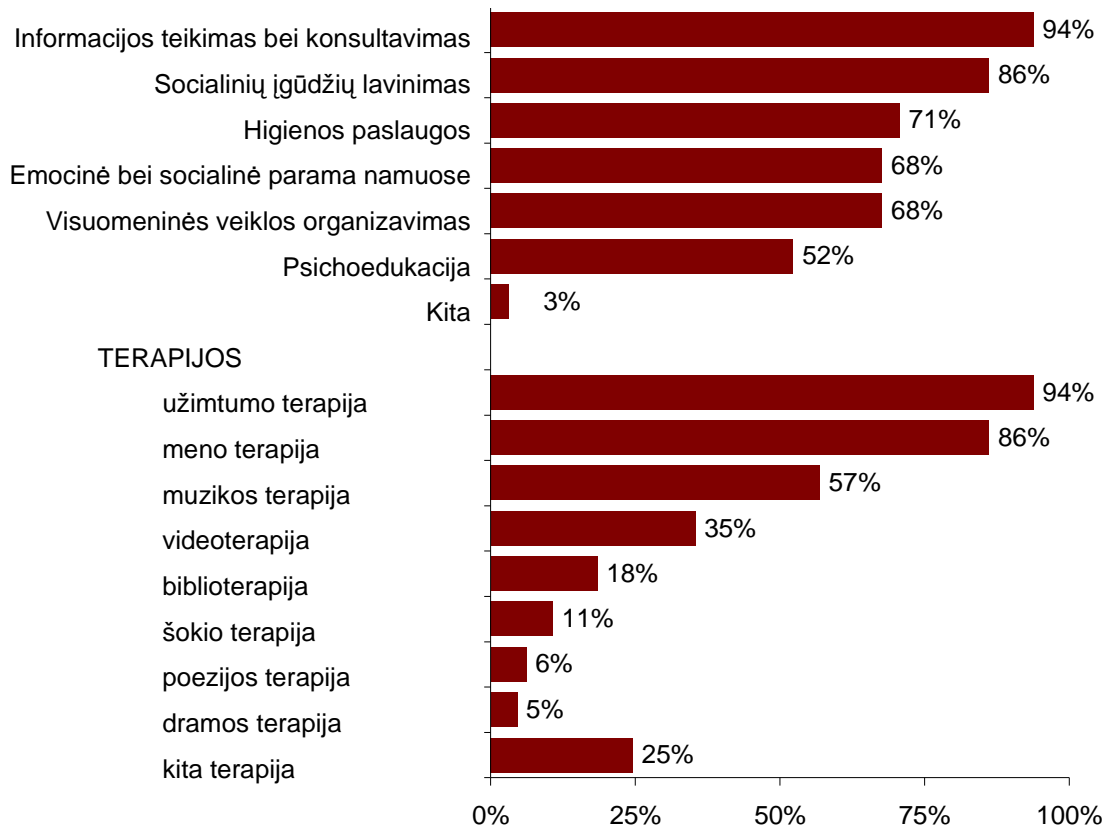
6. Teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos

Abiejų šalių respondentų buvo klausama, kokias psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikia jų įstaiga.



10 pav. Teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų pasiskirstymas

Lietuvoje dažniau nei Didžiojoje Britanijoje taikoma meno bei muzikos terapija, be to gana paplitusi biblioterapija, nors britai apskritai jos nepaminėjo. Didžiojoje Britanijoje statistiškai reikšmingai dažniau paplitusi nei Lietuvoje psichoedukacija bei sodininkystė anketoje nurodyta, kaip “kita”.

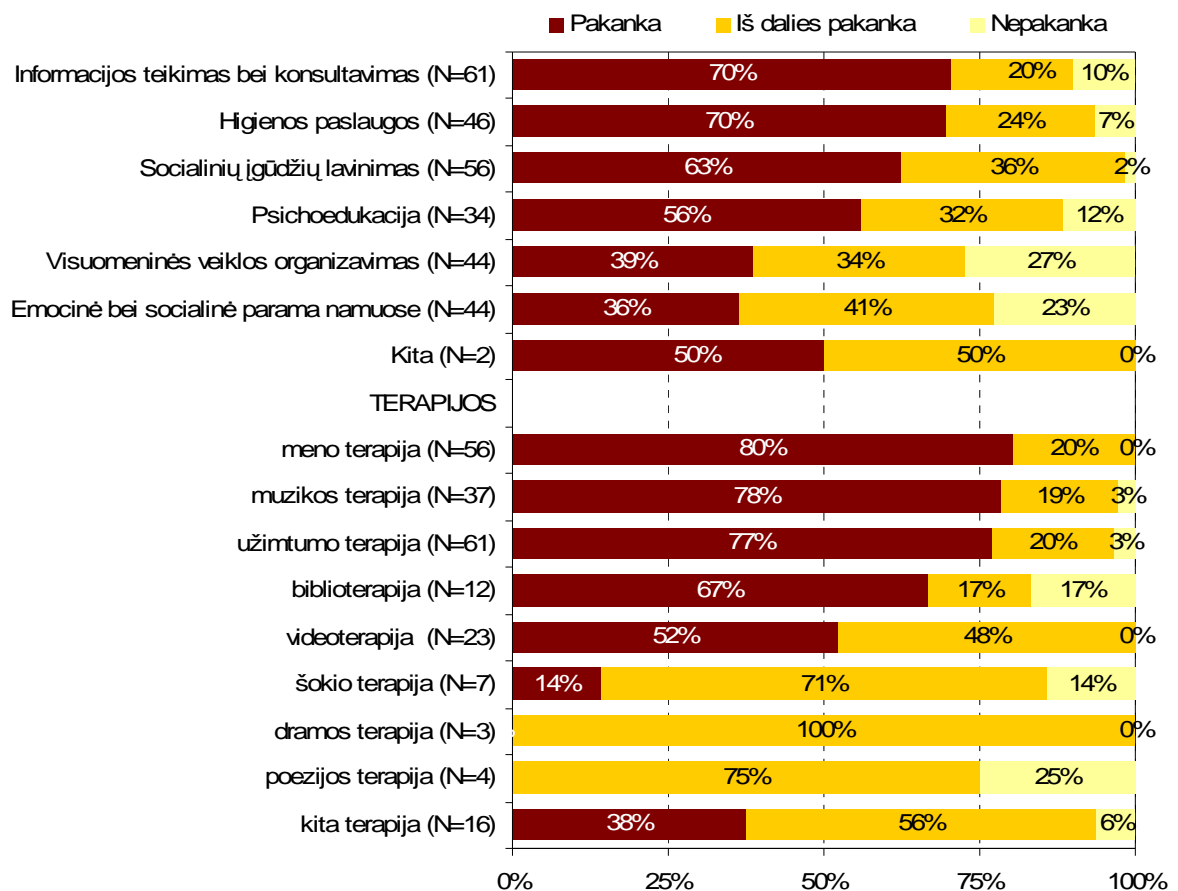


11 pav. Teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos

(skaičiuota nuo visų apklaustųjų, n=65)

Dažniausiai įstaigose, kuriose dirbo respondentai, buvo teikiamos informavimo, konsultavimo (94%) bei socialinių įgūdžių lavinimo (86%) paslaugos. Kalbant apie specifines psichosocialinės reabilitacijos paslaugas (terapijas), paaiškėjo, kad dažniausiai buvo teikiamos užimtumo (94%) bei meno (86%) terapijos paslaugos (žr. 11 pav.). Mažiausiai paplitusios tokios meninės išraiškos veiklos, kaip poezijos (6%) ar dramos (5%) terapija (žr. 11 pav.). Kaip kitą terapijos rūšį respondentai įvardino „sporto“ arba „judesio terapiją“ bei „sodininkystę“. Šios terapijos sudaro 25% teikiamų terapijų.

Apklaustųjų paprašius įvertinti teikiamų psichologinės reabilitacijos paslaugų pakankamumą, dažniausiai kaip pilnai pakankama buvo įvertintos informacijos teikimo bei konsultavimo (70%) ir higienos paslaugos (70%) paslaugos (žr. 12 pav.). Kalbant apie specifines psichosocialinės reabilitacijos paslaugas (terapijas) paslaugas, iš jų dažniausiai pakankamomis įvardintos meno (80%), muzikos (78%) bei užimtumo terapijos (77%) (žr. 12 pav.). Minėtų terapijų rūšys yra taikomos dažniausiai, tad ir jų pakankamumas įvertintas geriausiai.

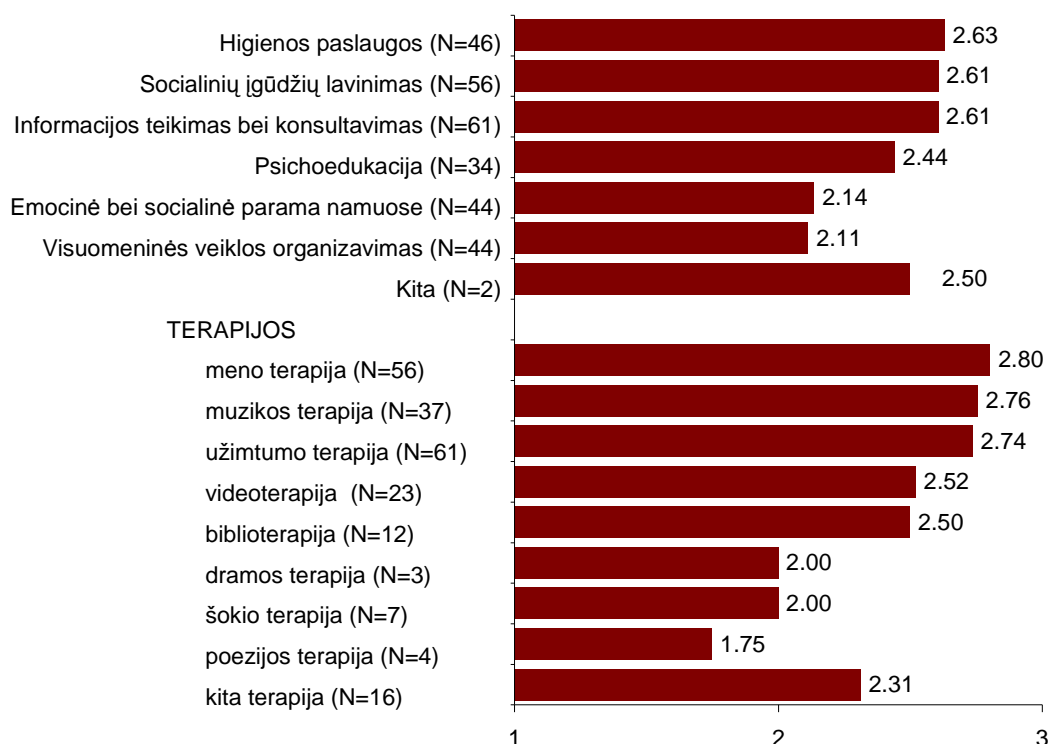


12 pav. Teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų pakankamumas

(skaičiuota nuo teikiamų paslaugų)

Siekiant pažvelgti giliau į duomenis ir iškristalizuoti vertinimo skirtumus nepakanka vien paskaičiuoti vertinimo dažnius, nes dažniausiai priskiriama labiausiai teigiama reikšmė dar nereiškia, jog paslaugų pakankamumas vertinamas geriausiai. Taigi bendram vertinimui turi būti paskaičiuotas vertinimo vidurkis, apimantis visus paslaugų pakankamumo vertinimo variantus.

Analizuojant tyrimo rezultatus, paskaičiavus vertinimo vidurkį, kur 1 reiškia, jog paslaugų nepakanka, 2 – pakanka iš dalies, o 3 – pakanka, matyti, jog aukščiausiais vertinimo vidurkiais pasižymi šios populiariosios terapijos: meno (2,80), muzikos (2,76) bei užimtumo (2,74) (žr. 13 pav.). Analizuojant kitų paslaugų pakankamumą, matyti, jog geriausiai įvertintos higienos (2,63), socialinių įgūdžių lavinimo (2,61) bei informacijos teikimo ir konsultavimo (2,61) paslaugos (žr. 13 pav.).



13 pav. Teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų pakankamumas: vertinimo vidurkis

(skaičiuota nuo teikiamų paslaugų)

Į respondentų vertinimų vidurkius pažvelgus per skirtingų socialinių-demografinių charakteristikų prizmę (14 priedas) matyti, jog:

- psichoedukacijos paslaugų pakankamumą geriau vertina dienos centrų darbuotojai bei kitose įstaigose dirbantys asmenys, o prasčiau – ligoninių darbuotojai;
- socialinių įgūdžių lavinimas dažniau yra pakankamas 41-60 metų amžiaus asmenų nuomone nei jaunesnių (31-40 metų amžiaus) asmenų. Jį geriau įvertino dienos centrų darbuotojai bei mažesnę darbo stažą (iki 5 metų) turintys respondentai, prasčiau –

ligoninių darbuotojai bei dirbantieji daugiau nei 5 metus;

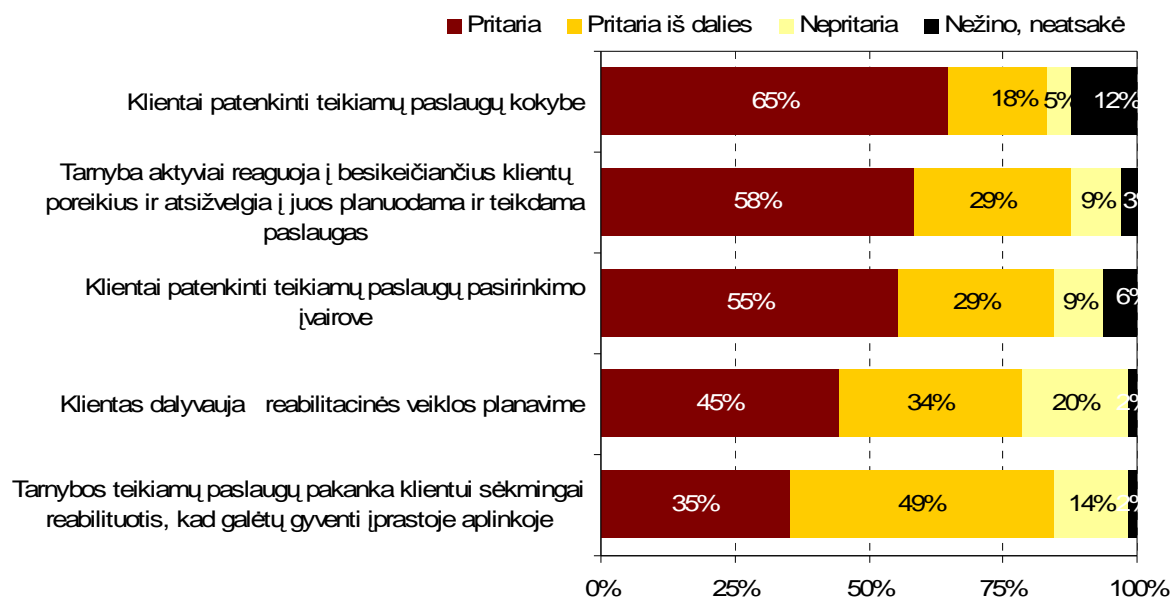
- higienos paslaugų pakankamumą mūsų šalies respondentai vertino geriau nei Didžiosios Britanijos gyventojai;
- emocinės bei socialinės paramos paslaugos pakankamesnės atrodė socialiniams darbuotojams bei slaugytojams, dirbantiesiems dienos centruose bei trumpesnę stažą turintiems (iki 2 metų) asmenims. Mažiau pakankamos jos atrodė užimtumo terapeutams, ligoninių bei kitų įstaigų darbuotojams bei asmenims, turintiems didesnę nei 2 metų stažą;
- Visuomenės veiklos organizavimas dienos centrų bei kitų įstaigų darbuotojų buvo įvertintas geriau, nei dirbančiųjų ligoninėse;
- Informavimo bei konsultavimo paslaugas pakankamesnėmis dažniau įvardijo socialiniai darbuotojai bei slaugytojai ir dienos centrų darbuotojai, mažiau pakankamomis – užimtumo terapeutai bei ligoninių darbuotojai.

Į psichosocialinės reabilitacijos paslaugų (terapijų) vertinimų vidurkius pažvelgus, analizuojant tyrimo rezultatus, per skirtingas socialines-demografines charakteristikas matyti, jog:

- užimtumo terapiją pakankamesne statistiškai reikšmingai dažniau vertina mažą darbo stažą turintys asmenys (iki 2 metų);
- meno terapijos paslaugų pakankamumą geriau įvertino moterys bei 41-60 metų amžiaus asmenys;
- muzikos terapija kaip pakankama dažniau buvo paminėta tarp moterų, dienos centrų ir kitų įstaigų darbuotojų;
- videoterapijos bei kitas paslaugas pakankamomis dažniau įvardijo lietuviai, dienos centrų darbuotojai bei asmenys, turintys ne ilgesnę nei 2 metų stažą (15 priedas).

7. Tarnybos veiklos, vykdančios senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinę reabilitaciją, vertinimas

Respondentų buvo prašoma įvertinti savo tarnybos veiklą, vykdančią senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinę reabilitaciją.



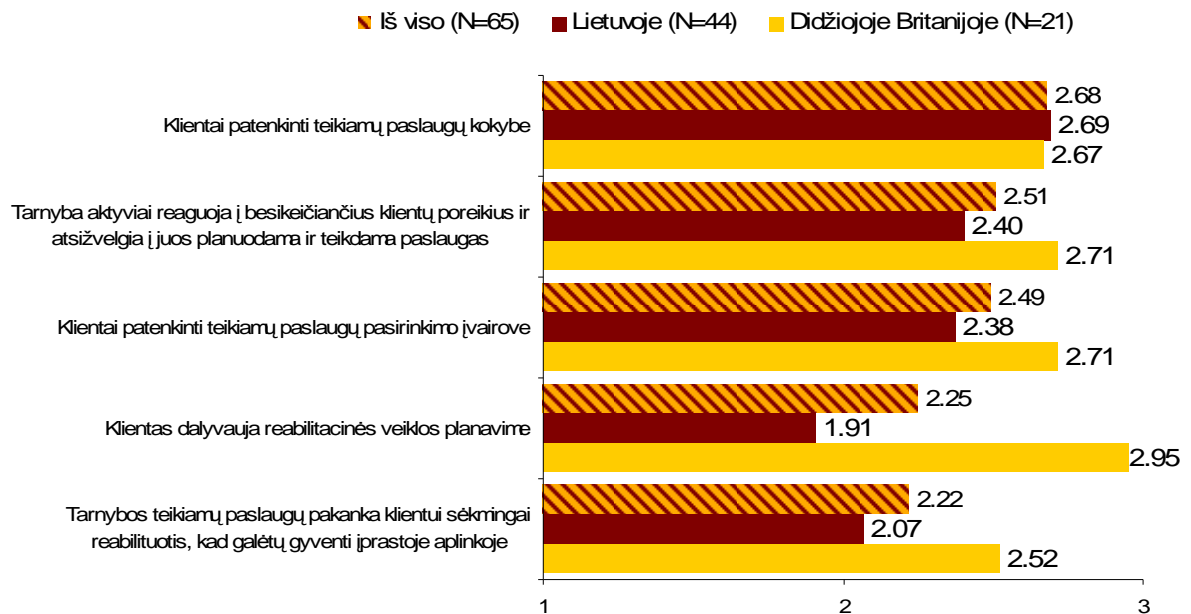
14 pav. Tarnybos veiklos vertinimas

(skaičiuota nuo visų apklaustųjų, n=65)

Duomenys parodė, jog, respondentų nuomone, labiausiai yra išplėtos tokios veiklos sritys, kaip teikiamų paslaugų kokybė bei aktyvi reakcija į besikeičiančius klientų poreikius (žr. 14 pav.). Kita vertus, nors klientai yra patenkinti paslaugų kokybe, o paslaugas teikiančios tarnybos yra refleksyvios kliento poreikiams, tačiau jų siūlomo paslaugų spektro nepakanka, kad užtikrintų asmeniui ilgalaikę reabilitaciją, suteikiančią jam galimybę gyventi savarankiškai jo įprastoje aplinkoje - namuose.

Įdomu tai, jog kalbant apie klientų pasitenkinimą teikiamų paslaugų kokybe, nemaža dalis respondentų, neišsakė savo nuomonės, tai galėtų reikšti nepakankamą jų informuotumą šiuo klausimu bei silpną grįžtamąjį ryšį.

Mėginant išgryninti atsakymų variantų sklaidą ir siekiant vaizdžiai išranguoti tarnybų veiklos aspektų vertinimus, žemiau yra pateikiami vertinimų vidurkiai, kur 1 reiškia, jog teiginiui nepritariama, 2 – pritariama, bet tik iš dalies, o 3 – pritariama.



15 pav. Tarnybos veiklos vertinimas: vertinimų vidurkiai

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

Tarpusavyje palyginus Lietuvos ir Didžiosios Britanijos respondentų atsakymus matyti, jog Lietuvoje tarnybų veikla vertinama apskritai prasčiau nei Didžiojoje Britanijoje. Kaip rodo tyrimo duomenų analizė mūsų šalyje labiausiai probleminė sritis – kliento dalyvavimas reabilitacinės veiklos planavime, tuo tarpu Didžiojoje Britanijoje tai geriausiai įvertintas aspektas (žr. 15 pav.).

Statistiškai reikšmingai skiriasi ir vertinimai reabilitacinio išbaigtumo klausimu. Lietuvoje gerokai labiau paplitęs vertinimas, jog tarnybos teikiamų paslaugų nepakanka klientui (žr. 15 pav.).

Palyginus skirtingų socialinių-demografinių charakteristikų respondentų tarnybų veiklos vertinimus duomenis, matyti, jog (16 priedas):

- Didžiojoje Britanijoje gyvenantys asmenys, slaugytojai bei užimtumo terapeutai dažniau teigė, jog tarnybos teikiamų paslaugų pakanka klientui sėkmingai reabilituotis, kad galėtų gyventi įprastoje aplinkoje;
- 41-60 metų amžiaus respondentai, socialiniai darbuotojai bei slaugytojai ir dirbantieji dienos centruose dažniau pritarė teiginiui, jog tarnyba aktyviai reaguoja į besikeičiančius klientų poreikius ir atsižvelgia į juos planuodama ir teikdama

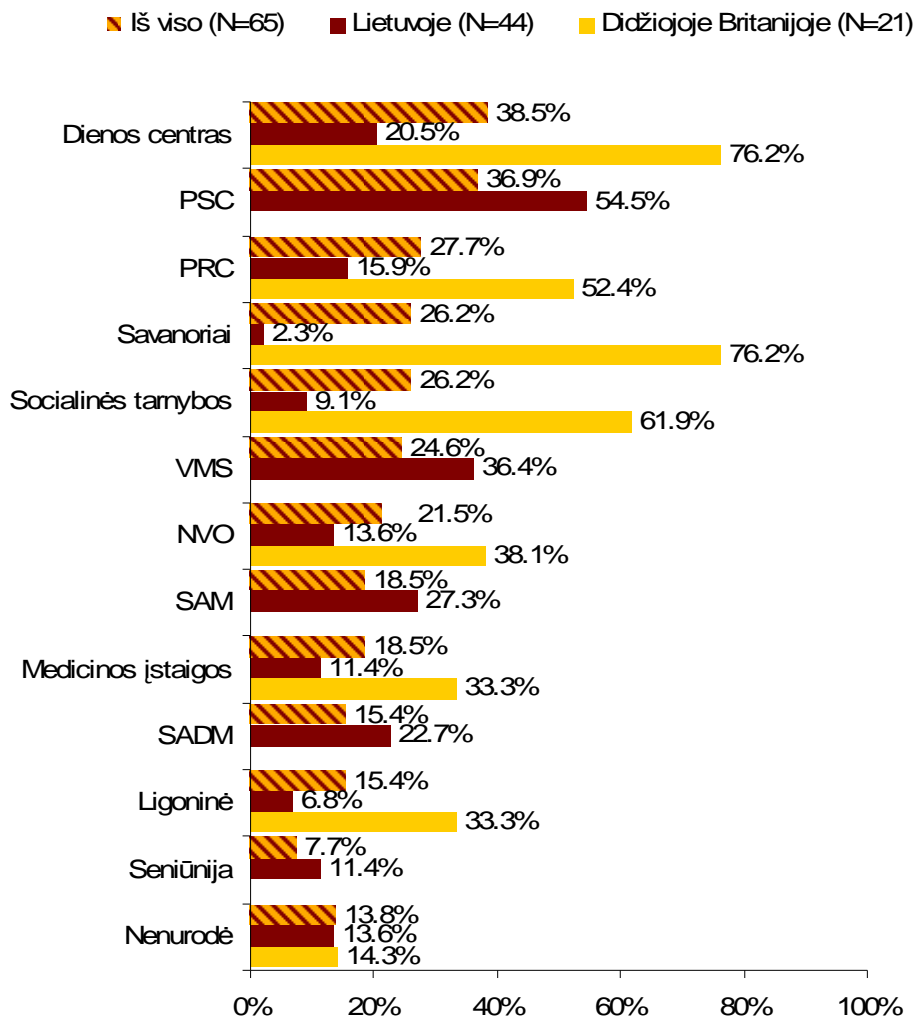
paslaugas;

- Didžiojoje Britanijoje gyvenantieji bei dirbantys kitose įstaigose (ne ligoninėse ir dienos centruose) dažniau nurodė, jog klientas dalyvauja reabilitacinės veiklos planavime;
- jog klientai patenkinti teikiamų paslaugų kokybe dažniau nurodė 21-30 ir 41-60 metų mažiaus asmenys, socialiniai darbuotojai, slaugytojai bei užimtumo terapeutai, dienos centrų darbuotojai ir asmenys, turintys ne ilgesnį nei 2 metų stažą;
- 41-60 metų amžiaus asmenys, socialiniai darbuotojai, dienos centrų bei kitų įstaigų darbuotojai bei asmenys, turintys nedidelį darbo stažą (iki 2 metų) dažniau pritarė teiginiui, jog jų įstaigoje klientai patenkinti teikiamų paslaugų pasirinkimo įvairove.

8. Kitų institucijų bei bendradarbiavimo svarba, teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas

Respondentų buvo klausiama, kokios kitos institucijos yra svarbios teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms. Tyrimo duomenų analizė rodo, jog svarbiausiomis institucijomis galima išskirti dienos centrus (39%), psichikos sveikatos centrus (toliau PSC) (37%) bei psichosocialinės reabilitacijos centrus (toliau PRC) (28%).

Lietuvoje, statistiškai reikšmingai rečiau nei Didžiojoje Britanijoje, dienos centrai, psichosocialinės reabilitacijos centrai, savanoriai bei socialinės tarnybos buvo įvardinti kaip svarbios institucijos, teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas. Tuo tarpu Didžiojoje Britanijoje nebuvo paminėta psichikos sveikatos centrų, Vilniaus miesto savivaldybės (VMS), Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM), Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (SADM) bei seniūnijų svarba, teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, nes minėtos konkrečios institucijos Didžiojoje Britanijoje neegzistuoja (16 pav.).



16 pav. Institucijos, svarbios teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

Palyginus duomenis tarp kitų skirtingomis socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis pasižyminčių grupių (17 priedas) matyti, jog:

- PSC svarbą dažniau paminėjo moterys, vyriausio amžiaus asmenys (41-60 metų), socialiniai darbuotojai, dienos centrų personalas bei asmenys, kurių stažas nesiekia 2 metų;
- dienos centrai, teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms, svarbesni pasirodė Didžiojoje Britanijoje apklaustiems respondentams, bei kitose įstaigose (ne ligoninėse arba dienos centruose) dirbantiems asmenims;
- Psichosocialinės reabilitacijos centras, kaip jau buvo minėta anksčiau, svarbesne

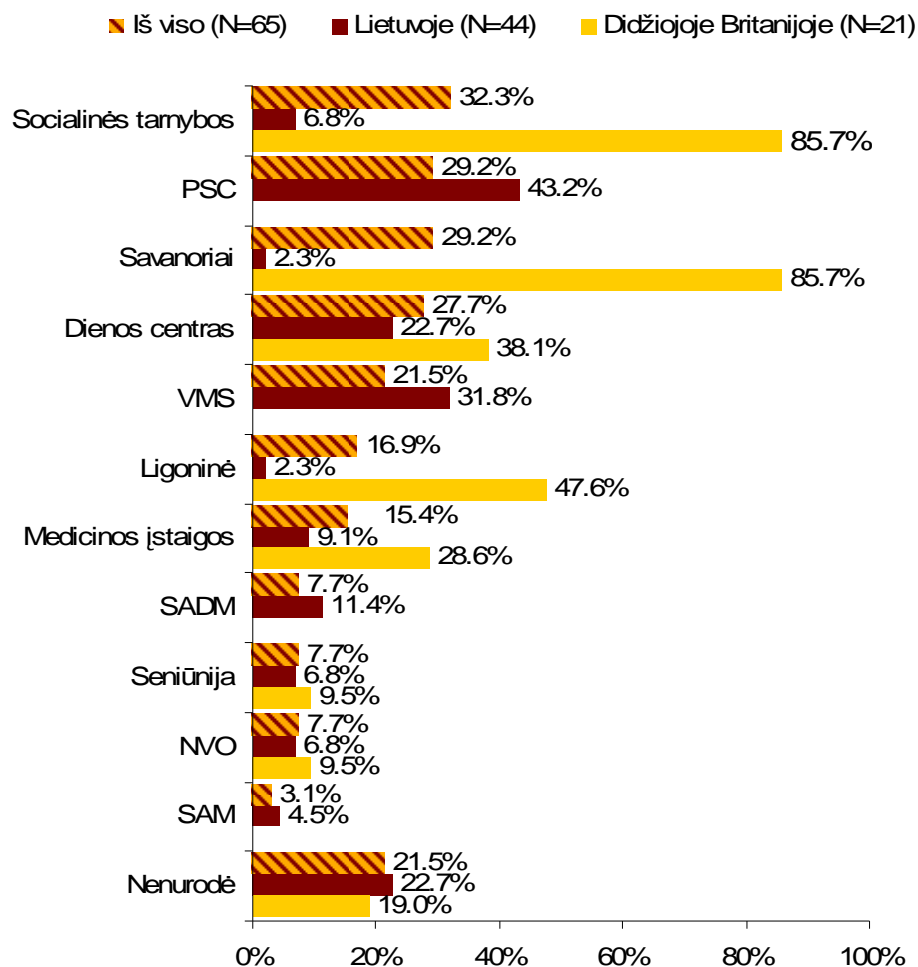
- institucija statistiškai reikšmingai dažniau įvardijo Didžiosios Britanijos gyventojai;
- NVO svarbesnės pasirodė kitų įstaigų darbuotojams (ne ligoninėse arba dienos centruose dirbantiems asmenims);
 - Savanorių svarbą dažniau išreiškė Britanijoje apklausti respondentai, 31-40 metų asmenys, bei kitose įstaigose (ne ligoninėse arba dienos centruose) dirbantys asmenys, greičiausiai todėl, kad šioje srityje egzistuoja nemažai organizacijų, kurios remiasi savanorių veikla;
 - socialines tarnybas, kaip jau buvo minėta anksčiau, svarbesne institucija statistiškai reikšmingai dažniau įvardijo Didžiosios Britanijos gyventojai.

Dėl labai mažo respondentų skaičiaus pateikiamas ne visų atsakymų pasiskirstymas pagal socialines-demografines charakteristikas.

Respondentų taip pat buvo klausama, su kokiomis kitomis institucijomis yra bendradarbiaujama teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms. Dažniausiai tarp respondentų buvo paminėta socialinės tarnybos (32%), PSC (29%), savanoriai (29%), dienos centrai (28%) bei Vilniaus miesto savivaldybė (22%).

Mūsų šalyje dažniausiai yra bendradarbiaujama su PSC (43%) bei Vilniaus miesto savivaldybė (32%).

Didžiojoje Britanijoje dažniausiai bendradarbiaujama su socialinėmis tarnybomis, savanoriais bei ligoninėmis. Kontaktai su šiomis institucijomis/organizacijomis palaikomi statistiškai reikšmingai intensyviau nei Lietuvoje (žr. 17 pav.)

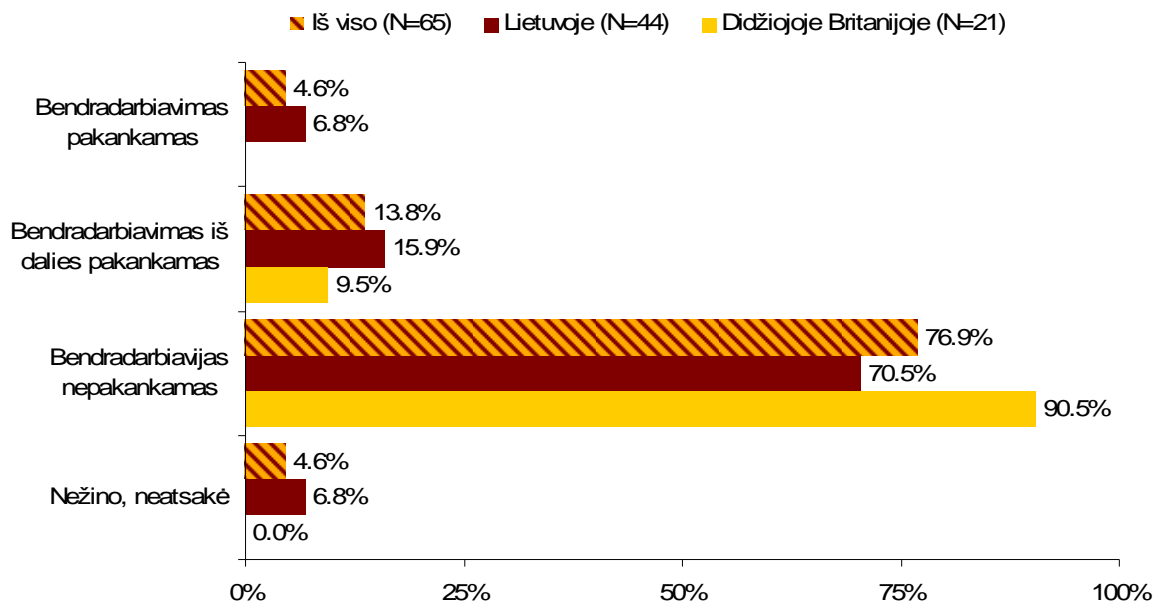


17 pav. Institucijos, bendradarbiaujančios teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

Respondentų paprašius įvertinti bendradarbiavimo pakankumą bei išplėtojamumą tarp psichosocialinės reabilitacijos paslaugų pagyvenusiems asmenims teikiančių tarnybų absoliuti dauguma apklaustųjų išreiškė nepasitenkinimą minėtais bendradarbiavimo aspektais. 18 paveiksle matome, kad 77% apklaustųjų teigė, jog bendradarbiavimas yra nepakankamas. Didžiosios Britanijos gyventojai šiuo požiūriu yra reiklesni nei Lietuvoje apklausti respondentai – jie statistiškai reikšmingai dažniau teigė, jog bendradarbiavimas tarp psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančių tarnybų yra nepakankamas.

Duomenis palyginus tarp skirtingomis socialinėmis-demografinėmis charakteristikomis pasižyminčių grupių statistiškai reikšmingų skirtumų nepastebėta.



18 pav. Bendradarbiavimo tarp psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančių tarnybų bei kitų institucijų pakankamumas
(skaiciuota nuo tikslinės grupės)

Rezultatų aptarimas

Pagrindinis darbo tikslas buvo - išanalizuoti ir įvertinti paslaugų teikėjų požiūriu psichosocialinės reabilitacijos tarnybas bei teikiamas paslaugas senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims bei jas teikiančių psichosocialinės reabilitacijos paslaugų įstaigų tinklą Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje.

Atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad Didžiojoje Britanijoje senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims veikia platesnio spektro tarnybų sistema bei teikiamos paslaugos pasižymi didesne įvairove. Be to klientas yra žymiai dažniau įtraukiamas į intervencijos planavimą.

Statistiškai reikšmingai skiriasi vertinimai reabilitacinio išbaigtumo klausimu. Lietuvoje gerokai labiau paplitusi problema, jog tarnybos teikiamų paslaugų nepakanka klientui sėkmingai reabilituotis, kad galėtų gyventi jam įprastoje namų aplinkoje. Tai įrodo, kad iš tiesų mūsų šalyje būtina plėsti tarnybų bei teikiamų paslaugų tinklą.

Net 32% apklaustųjų nurodė, kad psichosocialinės reabilitacijos centras dirba su senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenimis, tačiau, pasitelkus papildomą informaciją, gautą iš minėto centro Lietuvoje, nustatyta, kad psichosocialinės reabilitacijos centras dirba tik su amžiaus grupe „iki 60 metų“, o vyresni asmenys, besinaudojantys jų paslaugomis tėra išimtis iš taisyklės.

Tas pat pasakytina ir apie dienos stacionaro teikiamas paslaugas - 32% apklaustųjų teigė, kad dienos stacionaras yra psichosocialinės reabilitacijos tarnyba dirbanti su sutrikusios psichikos senyvo amžiaus asmenimis bei jų šeimomis. Tačiau, pasitelkus šios įstaigos mūsų šalyje dokumentacijos analizę, paaiškėjo, kad iš tiesų dienos stacionaro paslaugos teikiamos asmenims iki 60 m., o vyresni klientai čia patenka tik išskirtiniais atvejais. Susiklosčiusią mūsų šalies atveju realią situaciją, susijusią su psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimu minėtose tarnybose, galima apibūdinti, kaip atsiradusią dėl nepakankamos informacijos sklaidos (sąmoningos ar nesąmoningos), nepakankamai išplėtotą tokių paslaugų tarnybų veiklos apskritai. Minėta situacija gali prisidėti prie senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų socialinės atskirties didinimo.

Net 16% Lietuvos respondentų mini bendruomenės psichikos sveikatos komandą pagyvenusiems asmenims. Pasitelkus papildomą informaciją, paaiškėjo, kad realiai tokia paslaugų institucija mūsų šalyje dar nėra įkurta. Galima konstatuoti, kad šiuo atveju kalba eina apie planus įkurti bendruomenės psichikos sveikatos komandą Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre. Taigi, šiuo atveju, sutinkame tinkamą naujos paslaugų įstaigos informacijos sklaidos pavyzdį.

Kitokia situacija yra Didžiojoje Britanijoje, kurioje psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybos yra vienodai gerai žinomos darbuotojams.

Didžiosios Britanijos respondentai nurodė žinantys daug daugiau įvairių tarnybų veikiančių jų šalyje. Be Lietuvos respondentų nurodytų, jie žinojo bendruomenės klinikas bei atminties įvertinimo tarnybas. Didžiojoje Britanijoje visų psichosocialinės reabilitacijos tarnybų žinomumas yra vienodai aukštas. Galima daryti prielaidą, kad šios tarnybos gana sėkmingai bendradarbiauja, vykdo informacijos sklaidą, tai prisideda prie daug geresnių rezultatų klientų psichosocialinės reabilitacijos srityje, tenkinant jų poreikius..

Abiejų šalių respondentai mano, kad yra svarbu mokytis iš kitų šalių sėkmingos patirties (85% visų apklaustųjų). Be to nemaža dalis yra susipažinusi su kitų šalių psichosocialinės reabilitacijos sistema. Lietuvoje – 30%, Didžiojoje Britanijoje – 33% respondentų. Galbūt, gilesnis tyrimas parodytų, kad tai nėra patikimi duomenys, tačiau iš šio tyrimo rezultatų galima daryti prielaidą, kad Lietuvos respondentai geriau žino apie užsienio šalių psichosocialinės reabilitacijos sistemas nei egzistuojančią mūsų šalyje.

Didžioji dauguma respondentų mano, kad Lietuvoje nepakanka psichosocialines paslaugas senyvo amžiaus asmenims teikiančių tarnybų (89%). Taigi, Lietuvoje jaučiamas didelis psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės trūkumas. Su tuo belieka sutikti, nes mūsų šalyje paplitęs dienos centro paslaugų modelis, dažniausiai skirtas aptarnauti 30 asmenų, neužtikrina reikiamo socialinės aprėpties masto. Britai dažniau nei lietuviai mano, kad šių tarnybų pakanka iš dalies. Greičiausiai tai susiję su tuo, kad Didžiojoje Britanijoje tokių tarnybų iš tiesų yra gerokai daugiau.

Lietuvos respondentų nuomone, jaučiamas didžiausias poreikis įsteigti bendruomenės psichikos sveikatos komandą pagyvenusiems asmenims (91%), dienos centrus (66%) bei psichosocialinės reabilitacijos centrą (66%). Tuo tarpu Didžiosios Britanijos respondentai jaučia trūkumą bendruomenės psichikos sveikatos komandų pagyvenusiems asmenims (95%), bendruomenės klinikų (95%) bei dienos centrų (86%). Taigi minėtų sričių psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų rinka turi didžiausią potencialą augti tikintis paslaugų kokybės tobulinimo.

Gauti rezultatai iš dalies patvirtina pirmąją hipotezę: mūsų šalies psichosocialinės reabilitacijos paslaugos pagyvenusiems sutrikusios psichikos asmenims yra orientuotos į užimtumą, Didžiojoje Britanijoje psichosocialinės reabilitacijos paslaugos senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims - į savarankiško gyvenimo galimybių didinimą.

Jie patvirtina ir antrąją hipotezę: mūsų šalies psichosocialinės reabilitacijos paslaugų pasiūla pilnai netenkina poreikių, tai atspindi nepakankama tarnybų tinklo įvairovė.

Trečioji hipotezė patvirtinama iš dalies. Didžiojoje Britanijoje plati tarnybų bei paslaugų pasiūla, respondentų nuomone, netenkina senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų poreikio, tačiau tarnybų tinklo įvairovė atspindi šių asmenų poreikių specifiką bei tarnybos aktyviai reaguoja į besikeičiančius savo klientų poreikius.

Išvados

1. Lietuvoje stinga stacionarių bei nestacionarių psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims .
2. Didžiojoje Britanijoje psichosocialinės reabilitacijos paslaugų sistema žymiai labiau išplėtota, tačiau, britų respondentų nuomone, jų nepakanka.
3. Mūsų šalies psichosocialinės reabilitacijos tarnybų bei jų teikiamų paslaugų nepakanka senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmeniui sėkmingai reabilituotis užtikrinant jo savarankišką gyvenimą įprastinėje namų aplinkoje.
4. Dauguma respondentų Didžiojoje Britanijoje bei Lietuvoje teigia, kad bendradarbiavimas tarp institucijų teikiančių psichosocialinę reabilitaciją senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims nepakankamas, tačiau Didžiosios Britanijos respondentai daug geriau susipažinę su savo šalies psichosocialinės reabilitacijos paslaugų sistema.
5. Kai kurios institucijos dirbančios su psichikos sutrikimų turinčiais asmenimis vengia priimti senyvo amžiaus asmenis ir jų reabilitacija tose įstaigose yra greičiau išimtis nei taisyklė.

Pasiūlymai

Tyrimo duomenys parodė, kad ekspertų nuomone, Lietuvoje labai trūksta specializuotų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų bei tarnybų senyvo amžiaus sutrikusios psichikos asmenims. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis senyvo amžiaus žmonių, kuriems diagnozuojami psichikos sveikatos sutrikimai kasmet vis daugėja. Todėl tai tampa vis opesne mūsų visuomenės problema.

- Todėl siūlytume pirmiausia nuodugniai ištirti klientų poreikį paslaugoms mūsų šalyje bei taikyti kitų šalių gerą patirtį klientų poreikio tenkinimo srityje.
- Taip pat siūlome didinti mūsų šalies psichosocialinės reabilitacijos darbuotojų informuotumą bei bendradarbiavimo ir informacijos sklaidos ryšius tarp paslaugas teikiančių institucijų.
- Perimti Didžiosios Britanijos paslaugų tinklo kūrimą orientuotą į paslaugų gavėjų savarankiško gyvenimo galimybių didinimą.

Literatūros sąrašas

1. Anthony W., Cohen M., Farkas M. Psichiatrinė reabilitacija. Estija: Tallinna Raamatutrukikoda, 1998
2. Dembinskas A. Psichiatrija. Vilnius: UAB Vaistų žinios, 2003
3. Gelder M., Mayou R., Cowen P. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford university press, 2005
4. Bagdonas G., Čygaite – Buožienė I., Indrelienė N., Jakaitytė J., Jankūnienė N., Lesauskaitė V., Poniškaitienė I., Rėklaitienė O. R., Šmigelskienė N., Tamašauskienė R., Vasiliauskas B., Visokinskas A. Geriatrija: vadovėlis medicinos specialybių studentams. Vilnius: Egaldas, 1998
5. Chubon R. A. Social and psychological foundations of rehabilitation. Springfield: Charles C Thomas, 1994
6. Creek J. Occupational therapy and mental health. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2005
7. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care, November 2006. [žiūrėta 2007 balandžio 26d.]. Prieiga per internetą:
<http://www.nice.org.uk/CG042>
8. Джекоби Р., Оппенгаймер К. Психиатрия позднего возраста. Том I, Киев: Сфера, 2001
9. Джекоби Р., Оппенгаймер К. Психиатрия позднего возраста. Том II, Киев: Сфера, 2003
10. International conference funding reformed mental health services, Vilnius November 22-23, 2002, Modern Drugs and Community Psychiatry – Two Sides of the Same coin, Heinz Katschnig
11. Jaap van Weeghel. Community care and psychiatric rehabilitation. Kiev: Sfera, 2002
12. Kriščiūnas A. Psichiatrija. Vilnius: UAB Ciklonas, 2002
13. Lapytė A., Šurkus J. Trumpas psichiatrijos terminų žodynas. Vilnius: Leidybos centras, 1996
14. Lesauskaitė V., Macijauskienė J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai // Sveikatos mokslai, 2005, Nr. 3 [žiūrėta 2007 balandžio 19d.]. Prieiga per internetą:
[http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3\(iii%20dalis\).pdf](http://www.sam.lt/repository/dokumentai/sveikata/sm3(iii%20dalis).pdf)

15. Lozanos specialieji bendri pareiškimai dėl pagyvenusių žmonių psichiatrijos. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, socialinio darbo institutas, 2002
16. Lygių galimybių įstatymas 2003 Nr. IX-1826// Valstybės žinios. 2003, Nr. 114-5115
17. „Matra“ projekto pasiūlymas: Psichikos sveikatos paslaugų nuoseklios grandinės parengimas Vilniuje, Lietuvoje. 2002
18. Survilaitė D. Psychosocialinė reabilitacija – psichiatrijos ir reabilitacijos sritis//Gydytoja Danielė, 2003, Nr. 13
19. Mikalkevičius A. Psichikos ligos: klinika, gydymas, reabilitacija. Vilnius: Pradai, 1999
20. Mokslinė programa: reabilitacija ir slauga. Kauno medicinos universitetas [žiūrėta 2007m. balandžio 20d.] Prieiga per internetą: <http://www.kmu.lt/index.php?cid=1560>
21. Neįgaliųjų asmenų teisės// Žmogaus teisių įgyvendinimas Lietuvoje: Apžvalga.-Vilnius, 2004
22. Psichikos sveikatos priežiūra naujajame amžiuje: tarptautinė konferencija, 2000
23. Socialinė gerontologija: ištakos ir perspektyvos. Kaunas: Vytauto Didžiojo universitetas, 2002
24. Thornicroft G., Szukler G. Textbook of Community Psychiatry. Oxford university press, 2001
25. Turner A. The practice of occupational therapy: an introduction of physical disfunction. Edinburgh: Churcill Livingstone, 1987
26. <http://www.socmin.lt>
27. <http://www.lrs.lt>
28. <http://www3.lrs.lt>

PRIEDAI

Gerb. Respondente,

Esu Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Socialinio darbo specializacijos magistrantė. Rašau tiriamąjį darbą apie pagyvenusių sutrikusios psichikos asmenų psichosocialinės reabilitacijos ypatumus Lietuvoje ir Didžiojoje Britanijoje. Šios anketos tikslas – įvertinti psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, teikiamas pagyvenusiems asmenims Lietuvoje bei Didžiojoje Britanijoje. Tai - anoniminė anketa. Iš anksto dėkoju už Jūsų sugaištą laiką ir nuoširdumą atsakinėjant į klausimus.

Prie kiekvieno klausimo pateikiami atsakymų variantai. Pasirinktą atsakymą pažymėkite.

Pagarbiai Inga Čepėnaitė,
VU Socialinio darbo studijų magistrantė

1. Jūsų amžius:

- a) iki 20
- b) 21-30
- c) 31-40
- d) 41- 50
- e) 51 –60
- f) 61 ir daugiau

2. Lytis:

- a) Vyras
- b) Moteris

3. Jūsų pareigos įstaigoje:

- a) Socialinis darbuotojas(-a)
- b) Slaugytojas(-a)
- c) Užimtumo terapeutas(-ė)
- d) Psichologas(-ė)
- e) Psichiatras(-ė)
- f) Kitos (įrašykite)_____

4. Jūs dirbate:

- a) dienos centre
- b) bendruomenės psichikos sveikatos komandoje pagyvenusiems asmenims
- c) dienos stacionare
- d) bendruomenės klinikose
- e) atminties įvertinimo tarnyboje
- f) psichosocialinės reabilitacijos centre
- g) psichikos sveikatos centras
- h) kita (įrašykite)_____

5. Kiek metų dirbate įstaigoje?

- a) Iki 2m.
- b) 3-5 m.
- c) 6 ir daugiau

6. Ar jums žinoma Didžiosios Britanijos bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistema?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Šiek tiek susipažinęs(-usi)
- d) Kita _____

7. Ar jums žinomos kitų šalių bendruomenės psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tinklo sistemos? (nurodykite šalis) _____

- a) taip
- b) ne
- c) nesidomiu
- d) Kita _____

8. Ar manote, kad teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms svarbu mokytis iš kitų šalių sėkmingos patirties pavyzdžių?

- a) Taip
- b) Ne
- c) Iš dalies
- d) Neturiu nuomonės
- e) Kita _____

9. Jūsų žiniomis, kokio tipo psichosocialinės reabilitacijos tarnybos pagyvenusiems sutrikusios psichikos asmenims ir jų šeimoms veikia Lietuvoje? (pažymėkite visas tinkamas)

1.	dienos centras	
2.	bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims (mobili profesionalų komanda, lankanti klientą namuose ir teikianti medicininę bei socialinę pagalbą, konsultacijas)	
3.	dienos stacionaras	
4.	bendruomenės klinika	
5.	atminties įvertinimo tarnyba (nestacionari tarnyba Did. Britanijoje, diagnozuojanti demenciją bei teikianti konsultacijas su šia liga susijusiais klausimais)	
6.	psichosocialinės reabilitacijos centras	
7.	kita (įrašykite)	

10. Ar manote, kad šiuo metu esančios psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės pakanka, siekiant efektyvios senyvo amžiaus žmonių psichosocialinės reabilitacijos bendruomenėje?

- a) Pakanka
- b) Nepakanka
- c) Iš dalies pakanka
- d) Neturiu nuomonės
- e) Kita _____

11. Kokias psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybas (iš išvardintų), jūsų nuomone, verta būtų įsteigti mūsų šalyje, siekiant didesnio jų atitikimo individualiems senyvo amžiaus klientų poreikiams? (pažymėkite visus tinkamus atsakymų variantus)

1.	dienos centro	
2.	bendruomeninės psichikos sveikatos komandos pagyvenusiems asmenims	
3.	dienos stacionaro	
4.	bendruomeninės klinikos	
5.	atminties įvertinimo tarnybos	
6.	psichosocialinės reabilitacijos centro	
7.	kita (įrašykite)	

Paaiškinkite kodėl _____

12. Kokias psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikia Jūsų įstaiga ir ar teikiamų paslaugų pakanka? (pažymėkite visas tinkamas)(tęsinys kitame puslapyje):

<i>Nr.</i>	<i>Paslauga</i>	TEIKIAMA	<i>Pakanka</i>	<i>Dalinai pakanka</i>	<i>Nepakanka</i>
1.	Psichoedukacija				
2.	Socialinių įgūdžių lavinimas				
	TERAPIJOS				
3.	a) užimtumo terapija				
	b) meno terapija				
	c) dramos terapija (kūrybinis procesas, gyvenimiškų situacijų, kurios yra svarbios asmenybei, improvizavimas ir modeliavimas)				
	d) šokio terapija				

	e) muzikos terapija				
	f) poezijos terapija (procesas, kuriame sąveikauja grožinė literatūra (eilėraščių, prozos kūrinio ištrauka), terapinės grupės dalyviai ir poetinis terapeutas, pasirengęs tarnauti grupės dalyvių dvasinei bei psichinei sveikatai)				
	g) videoterapija				
	h) biblioterapija (psichologinės pagalbos, psichoterapijos metodas, skaitant literatūros kūrinius ir juos analizuojant)				
	i) kita (įrašykite)				
4.	Higienos paslaugos (maudymas ir t.t.)				
5.	Emocinė bei socialinė parama namuose (atvejo konsultavimas, atstovavimas, bendravimas)				
6.	Visuomeninės veiklos organizavimas (įvairūs klubai, išvykos ir pan.)				
7.	Informacijos teikimas bei konsultavimas				
8	Kita (įrašykite)				

13. Įvertinkite savo tarnybos veiklą, vykdant psichosocialinę reabilitaciją pagyvenusiems sutrikusios psichikos asmenims (pažymėkite varnele):

<i>Nr.</i>	<i>Klausimas/Teiginys</i>	<i>Taip</i>	<i>Iš dalies</i>	<i>Ne</i>	<i>Nežinau</i>
1.	Tarnybos teikiamų paslaugų pakanka klientui sėkmingai reabilituotis, kad galėtų gyventi įprastoje aplinkoje				
2.	Tarnyba aktyviai reaguoja į besikeičiančius klientų poreikius ir atsižvelgia į juos planuodama ir teikdama paslaugas				
3.	Klientas dalyvauja reabilitacinės veiklos planavime				
4.	Klientai patenkinti teikiamų paslaugų kokybe				
5.	Klientai patenkinti teikiamų paslaugų pasirinkimo įvairove				

14. Kokios kitos institucijos, jūsų nuomone, yra svarbios teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms?

(nurodykite)

15. Kokios kitos institucijos bendradarbiauja su jūsų tarnyba teikiant psichosocialinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms ?

(nurodykite)

16. Ar, Jūsų manymu, bendradarbiavimas yra pakankamas ir gerai išplėtotas tarp psichosocialinės reabilitacijos paslaugas pagyvenusiems asmenims teikiančių tarnybų bei kitų institucijų, dalyvaujančių teikiant šias paslaugas? (pagrįskite)

Dėkoju už informaciją bei skirtą laiką!

Dear Respondent,

My name is Inga Cepenaite and I am a postgraduate of Social Work at Vilnius University in Lithuania. I am doing a Comparative Analysis of Psychosocial Rehabilitation of Older Persons with Mental Disabilities in Lithuania and Great Britain. The aim of this study is to find out peculiarities and differences in these countries and to help improve our system in Lithuania. This questionnaire is anonymous. Your answers will help to analyse and measure services of psychosocial rehabilitation in Great Britain. Thank you in advance for your time and sincere response.

All the questions have their own versions of answers. Please choose the ones you think are right and mark them.

Sincerely Inga Cepenaite, postgraduate of Social Work studies at Vilnius University

1. Your age:

- a) 20 or less
- b) 21-30
- c) 31-40
- d) 41- 50
- e) 51 –60
- f) 61 or more

2. Gender:

- a) Male
- b) Female

3. Your position in an institution:

- a) social worker
- b) nurse
- c) occupational therapist
- d) psychologist
- e) psychiatrist
- f) other (write in)_____

4. You work at:

- a) day centre
- b) community mental health team for older people
- c) day hospital
- d) community/out-patient clinics
- e) memory assessment service (memory clinic)
- f) psychosocial rehabilitation centre
- g) in patient ward
- h) other (write in)_____

5. How long do you work in your institution?

- a) up to 2years
- b) 3-5 years
- c) 6 years and more

6. Do you know the system of psychosocial rehabilitation in Lithuania?

- a) yes
- b) no
- c) a little
- d) other(write in)_____

7. Do you know the system of psychosocial rehabilitation in other countries? (write down the countries)_____

- a) yes
- b) no
- c) I am not interested
- d) other(write in)_____

8. Do you think it is important to learn from other countries successful experience?

- a) yes
- b) no
- c) partially
- d) I have no opinion
- e) other (write in)_____

9. Which services of Psychosocial Rehabilitation of Older Persons with Mental Disabilities and their families are in Great Britain? (mark all you know)

1.	day centre	
2.	community mental health team for older people	
3.	day hospital	
4.	community/out-patient clinics	
5.	memory assessment service (memory clinic)	
6.	psychosocial rehabilitation centre	
7.	other (write in)	

10. Do you think you have enough services for successful and effective psychosocial rehabilitation of older people with mental disabilities?

- a) enough
- b) not enough
- c) partially
- d) I have no opinion
- e) other (write in) _____

11. Which of the services would be worth to establish in your country for better psychosocial rehabilitation of older people with mental disabilities? (you can mark more than one)

1.	day centre	
2.	community mental health team for older people	
3.	day hospital	
4.	community/out-patient clinics	
5.	memory assessment service (memory clinic)	
6.	psychosocial rehabilitation centre	
7.	other(write in)	

Explain why _____

12. What kind of services are in your institution for older people with mental disabilities and do you think you have enough of them? (mark all you have)(continued on other page):

	<i>Service</i>	<i>You have:</i>	<i>Enough</i>	<i>Partially</i>	<i>Not enough</i>
1.	psychoeducation				
2.	social skills training				
3.	Theraphies				
	a) occupational therapy				
	b) arts therapy				
	c) drama therapy				
	d) dance therapy				
	e) music therapy				

	f) therapy of poetry				
	g) videotherapy				
	h) bibliotherapy				
	i) other(write in)				
4.	personal care (grooming/bathing, foot care etc.)				
5.	emotional and social support at home (befriending, advocacy, counselling)				
6.	activities outside the home (lunch clubs, outings, day care etc.)				
7.	information and advice (on finance, benefits, residential care)				
8.	other (write in)				

other _____

13. What do you think about the services of your institution? (mark the right answer)

<i>Nr.</i>	<i>Question/statement</i>	<i>Yes</i>	<i>Partially</i>	<i>No</i>
1.	We have enough services for a client to rehabilitate successfully and live in his own environment			
2.	Our services respond quickly to the needs and wishes of our clients and take them into account while planning and giving services			
3.	We plan our intervention with the client			
4.	Our clients are satisfied by the quality of our services			
5.	Our clients are satisfied by the quantity of our services			

14. Which services do you think are important in psychosocial rehabilitation of older people with mental disabilities?

(write down)

15. What institutions do cooperate with your service?

(write down)

16. Do you think that collaboration among the psychosocial rehabilitation services for older people with mental disabilities is extended and sufficient (base it)?

Thank you for your information and time!

1 lentelė. Bendruomenės psichikos sveikatos komandų senyvo amžiaus asmenims žinomumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Žino	Nežino
Lytis	Vyras (N=11)	36.4%	63.6%
	Moteris (N=54)	44.4%	55.6%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	15.9%	84.1%
	Anglai (N=21)	100.0%	
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	26.1%	73.9%
	31-40 metų amžiaus (N=20)	80.0%	20.0%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	27.3%	72.7%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	16.7%	83.3%
	Slaugytojas (N=20)	55.0%	45.0%
	Užimtumo terapeutas (N=15)	46.7%	53.3%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	66.7%	33.3%
	Kitos (N=3)	33.3%	66.7%
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	20.8%	79.2%
	Ligoninė (N=20)	50.0%	50.0%
	Kita įstaiga (N=21)*	61.9%	38.1%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	13.0%	87.0%
	3-5 metai (N=20)	50.0%	50.0%
	6 metai ir daugiau (N=22)	68.2%	31.8%
Iš viso		43.1%	56.9%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės rehabilitacijos centras

2 lentelė. Dienos stacionarų žinomumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Žino	Nežino
Lytis	Vyras (N=11)	63.6%	36.4%
	Moteris (N=54)	51.9%	48.1%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	31.8%	68.2%
	Anglai (N=21)	100.0%	
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	56.5%	43.5%
	31-40 metų amžiaus (N=20)	70.0%	30.0%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	36.4%	63.6%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	38.9%	61.1%
	Slaugytojas (N=20)	45.0%	55.0%
	Užimtumo terapeutas (N=15)	73.3%	26.7%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	66.7%	33.3%
	Kitos (N=3)	66.7%	33.3%
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	45.8%	54.2%
	Ligoninė (N=20)	45.0%	55.0%
	Kita įstaiga (N=21)*	71.4%	28.6%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	34.8%	65.2%
	3-5 metai (N=20)	70.0%	30.0%
	6 metai ir daugiau (N=22)	59.1%	40.9%
Iš viso		53.8%	46.2%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

3 lentelė. Bendruomenės klinikų žinomumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Žino	Nežino
Lytis	Vyras (N=11)	45.5%	54.5%
	Moteris (N=54)	33.3%	66.7%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	4.5%	95.5%
	Anglai (N=21)	100.0%	
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	30.4%	69.6%
	31-40 metų amžiaus (N=20)	50.0%	50.0%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	27.3%	72.7%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	22.2%	77.8%
	Slaugytojas (N=20)	45.0%	55.0%
	Užimtumo terapeutas (N=15)	46.7%	53.3%
	Psichiatras, psichologas (N=9)	33.3%	66.7%
	Kitos (N=3)		100.0%
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	20.8%	79.2%
	Ligoninė (N=20)	25.0%	75.0%
	Kita įstaiga (N=21)*	61.9%	38.1%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	17.4%	82.6%
	3-5 metai (N=20)	40.0%	60.0%
	6 metai ir daugiau (N=22)	50.0%	50.0%
Iš viso		35.4%	64.6%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės rehabilitacijos centras

4 lentelė. Atminties įvertinimo tarnybos žinomumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Žino	Nežino
Lytis	Vyras (N=11)	36.4%	63.6%
	Moteris (N=54)	35.2%	64.8%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	4.5%	95.5%
	Anglai (N=21)	100.0%	
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	21.7%	78.3%
	31-40 metų amžiaus (N=20)	60.0%	40.0%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	27.3%	72.7%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	11.1%	88.9%
	Slaugytojas (N=20)	55.0%	45.0%
	Užimtumo terapeutas (N=15)	46.7%	53.3%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	33.3%	66.7%
	Kitos (N=3)		100.0%
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	12.5%	87.5%
	Ligoninė (N=20)	35.0%	65.0%
	Kita įstaiga (N=21)*	61.9%	38.1%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	8.7%	91.3%
	3-5 metai (N=20)	40.0%	60.0%
	6 metai ir daugiau (N=22)	59.1%	40.9%
Iš viso		35.4%	64.6%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

5 lentelė. Psichosocialinės reabilitacijos centro žinomumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Žino	Nežino
Lytis	Vyras (N=11)	72.7%	27.3%
	Moteris (N=54)	48.1%	51.9%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	31.8%	68.2%
	Anglai (N=21)	95.2%	4.8%
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	60.9%	39.1%
	31-40 metų amžiaus (N=20)	60.0%	40.0%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	36.4%	63.6%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	33.3%	66.7%
	Slaugytojas (N=20)	55.0%	45.0%
	Užimtumo terapeutas (N=15)	73.3%	26.7%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	44.4%	55.6%
	Kitos (N=3)	66.7%	33.3%
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	41.7%	58.3%
	Ligoninė (N=20)	45.0%	55.0%
	Kita įstaiga (N=21)*	71.4%	28.6%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	30.4%	69.6%
	3-5 metai (N=20)	65.0%	35.0%
	6 metai ir daugiau (N=22)	63.6%	36.4%
Iš viso		52.3%	47.7%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

6 lentelė. Didžiosios Britanijos bendruomenės psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tinklo sistemos žinomumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Žino	Nežino	Šiek tiek susipažino
Lytis	Vyras (N=7)		42.9%	57.1%
	Moteris (N=37)	7.9%	73.7%	18.4%
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=18)	5.3%	63.2%	31.6%
	31-40 metų amžiaus (N=10)	10.0%	50.0%	40.0%
	41-60 metų amžiaus (N=16)	6.3%	87.5%	6.3%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=16)		93.8%	6.3%
	Slaugytojas (N=11)	8.3%	58.3%	33.3%
	Užimtumo terapeutas (N=8)	12.5%	50.0%	37.5%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=6)	16.7%	33.3%	50.0%
	Kitos (N=3)		100.0%	
Darbovietė	Dienos centras (N=21)		90.5%	9.5%
	Ligoninė (N=15)	13.3%	60.0%	26.7%
	Kita įstaiga (N=8)*	11.1%	33.3%	55.6%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=21)		85.7%	14.3%
	3-5 metai (N=12)	15.4%	53.8%	30.8%
	6 metai ir daugiau (N=11)	9.1%	54.5%	36.4%
Iš viso (N=44)		6.7%	68.9%	24.4%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

7 lentelė. Lietuvos bendruomenės psichosocialinių rehabilitacijos paslaugų tinklo sistemos žinomumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Žino	Nežino
Lytis	Vyras (N=4)		100.0%
	Moteris (N=17)	31.3%	68.8%
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=5)	50.0%	50.0%
	31-40 metų amžiaus (N=10)	20.0%	80.0%
	41-60 metų amžiaus (N=6)	16.7%	83.3%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=2)		100.0%
	Slaugytojas (N=9)	50.0%	50.0%
	Užimtumo terapeutas (N=7)	14.3%	85.7%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=3)		100.0%
Darbovietė	Dienos centras (N=3)		100.0%
	Ligoninė (N=5)		100.0%
	Kita įstaiga (N=13)*	41.7%	58.3%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=2)		100.0%
	3-5 metai (N=8)	28.6%	71.4%
	6 metai ir daugiau (N=11)	27.3%	72.7%
Iš viso (N=21)		25.0%	75.0%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės rehabilitacijos centras

8 lentelė. Kitų šalių sėkmingų patirties pavyzdžių svarba teikiant psichologinės reabilitacijos paslaugas senyvo amžiaus žmonėms pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Svarbu	Nesvarbu	Svarbu, bet tik iš dalies	Neturi nuomonės
Lytis	Vyras (N=11)	100.0%			
	Moteris (N=54)	83.3%	1.9%	13.0%	1.9%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	81.8%		15.9%	2.3%
	Anglai (N=21)	95.2%	4.8%		
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	82.6%	4.3%	13.0%	
	31-40 metų amžiaus (N=20)	90.0%		5.0%	5.0%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	86.4%		13.6%	
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	72.2%		22.2%	5.6%
	Slaugytojas (N=20)	85.0%	5.0%	10.0%	
	Užimtumo terapeutas (N=15)	100.0%			
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	100.0%			
	Kitos (N=3)	66.7%		33.3%	
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	79.2%		16.7%	4.2%
	Ligoninė (N=20)	95.0%		5.0%	
	Kita įstaiga (N=21)*	85.7%	4.8%	9.5%	
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	87.0%		8.7%	4.3%
	3-5 metai (N=20)	95.0%	5.0%		
	6 metai ir daugiau (N=22)	77.3%		22.7%	
Iš viso		86.2%	1.5%	10.8%	1.5%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

9 lentelė. Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų tarnybų įvairovės pakankamumas pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Pakanka	Pakanka iš dalies	Nepakanka
Lytis	Vyras (N=11)		9.1%	90.9%
	Moteris (N=54)	5.6%	14.8%	79.6%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	4.5%	6.8%	88.6%
	Anglai (N=21)	4.8%	28.6%	66.7%
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	4.3%	8.7%	87.0%
	31-40 metų amžiaus (N=20)		20.0%	80.0%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	9.1%	13.6%	77.3%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	11.1%	11.1%	77.8%
	Slaugytojas (N=20)	5.0%	25.0%	70.0%
	Užimtumo terapeutas (N=15)		13.3%	86.7%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)			100.0%
	Kitos (N=3)			100.0%
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	8.3%	25.0%	66.7%
	Ligoninė (N=20)			100.0%
	Kita įstaiga (N=21)*	4.8%	14.3%	81.0%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	4.3%	21.7%	73.9%
	3-5 metai (N=20)	5.0%	5.0%	90.0%
	6 metai ir daugiau (N=22)	4.5%	13.6%	81.8%
Iš viso			9.1%	90.9%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

10 lentelė. Psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tarnybos, kurias reikėtų įkurti Lietuvoje, taikant respondentų pasiskirstymą pagal socialines demografines charakteristikas)

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Dienos centras	Bendruomenės psichikos sveikatos komanda	Dienos stacionaras	Bendruomenės klinikos	Atminties įvertinimo tarnyba	Psichosocialinės reabilitacijos centras
Lytis	Vyras (N=7)	42.9%	100.0%	14.3%	57.1%	28.6%	71.4%
	Moteris (N=37)	70.3%	89.2%	45.9%	56.8%	32.4%	64.9%
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=18)	50.0%	94.4%	27.8%	44.4%	22.2%	66.7%
	31-40 metų amžiaus (N=10)	100.0%	100.0%	70.0%	60.0%	60.0%	60.0%
	41-60 metų amžiaus (N=16)	62.5%	81.3%	37.5%	68.8%	25.0%	68.8%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=16)	62.5%	87.5%	37.5%	68.8%	37.5%	68.8%
	Slaugytojas (N=11)	54.5%	81.8%	36.4%	9.1%	18.2%	45.5%
	Užimtumo terapeutas (N=8)	50.0%	100.0%		75.0%	12.5%	62.5%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=6) Kitos (N=3)	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	66.7%	100.0%
Darbovietė	Dienos centras (N=21)	66.7%	81.0%	33.3%	57.1%	33.3%	61.9%
	Ligoninė (N=15)	80.0%	100.0%	66.7%	66.7%	46.7%	73.3%
	Kita įstaiga (N=8)*	37.5%	100.0%	12.5%	37.5%		62.5%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=21)	57.1%	85.7%	19.0%	61.9%	28.6%	66.7%
	3-5 metai (N=12)	75.0%	91.7%	66.7%	66.7%	33.3%	75.0%
	6 metai ir daugiau (N=11)	72.7%	100.0%	54.5%	36.4%	36.4%	54.5%
Iš viso (N=44)		65.9%	90.9%	40.9%	56.8%	31.8%	65.9%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

11 lentelė. Psichosocialinių reabilitacijos paslaugų tarnybos, kurias reikėtų įkurti Didžiojoje Britanijoje, (taikant respondentų pasiskirstymą pagal socialines demografines charakteristikas)

(skaičiuota nuo tikslinės grupės)

		Dienos centras	Bendruomenės psichikos sveikatos komanda	Dienos stacionaras	Bendruomenės klinikos	Atminties įvertinimo tarnyba	Psichosocialinės reabilitacijos centras
Lytis	Vyras (N=4)	100.0%	100.0%	50.0%	100.0%	50.0%	25.0%
	Moteris (N=17)	82.4%	94.1%	23.5%	94.1%	41.2%	47.1%
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=5)	100.0%	100.0%	20.0%	100.0%	80.0%	20.0%
	31-40 metų amžiaus (N=10)	80.0%	90.0%	20.0%	90.0%	30.0%	30.0%
	41-60 metų amžiaus (N=6)	83.3%	100.0%	50.0%	100.0%	33.3%	83.3%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=2)	50.0%	100.0%		100.0%		50.0%
	Slaugytojas (N=9)	100.0%	100.0%	11.1%	100.0%	55.6%	22.2%
	Užimtumo terapeutas (N=7)	71.4%	85.7%	42.9%	85.7%	28.6%	71.4%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=3)	100.0%	100.0%	66.7%	100.0%	66.7%	33.3%
Darbovietė	Dienos centras (N=3)	100.0%	100.0%		100.0%	66.7%	33.3%
	Ligoninė (N=5)	80.0%	100.0%	40.0%	100.0%	40.0%	40.0%
	Kita įstaiga (N=13)*	84.6%	92.3%	30.8%	92.3%	38.5%	46.2%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=2)	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%	
	3-5 metai (N=8)	100.0%	100.0%	37.5%	100.0%	62.5%	50.0%
	6 metai ir daugiau (N=11)	72.7%	90.9%	27.3%	90.9%	18.2%	45.5%
Iš viso (N=21)		85.7%	95.2%	28.6%	95.2%	42.9%	42.9%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

12 lentelė. Teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų pakankamumas: vertinimo vidurkis pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo teikiamų paslaugų)

		Psichoedukacija	Socialinių igūdžių lavinimas	Higienos paslaugos	Emocinė bei socialinė parama namuose	Visuomeninės veiklos organizavimas	Informacijos teikimas bei konsultavimas	Kita
Lytis	Vyras (N=11)	2.33	2.60	2.20	2.00	2.11	2.33	4.00
	Moteris (N=54)	2.48	2.61	2.68	2.16	2.11	2.65	2.50
Tautybė	Lietuviai (N=44)	2.47	2.62	2.81	2.30	2.21	2.74	2.50
	Anglai (N=21)	2.41	2.58	2.21	1.88	1.93	2.32	4.00
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	2.36	2.65	2.77	2.15	2.11	2.76	2.00
	31-40 metų amžiaus (N=20)	2.67	2.35	2.41	1.92	2.07	2.39	4.00
	41-60 metų amžiaus (N=22)	2.43	2.79	2.75	2.26	2.17	2.64	3.00
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	2.40	2.71	2.92	2.53	2.20	2.88	3.00
	Slaugytojas (N=20)	2.70	2.71	2.62	2.40	2.11	2.74	4.00
	Užimtumo terapeutas (N=15)	2.23	2.57	2.45	1.58	2.00	2.00	2.00
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	2.40	2.25	2.29	1.60	2.00	2.56	4.00
	Kitos (N=3)	3.00	2.67	3.00	2.50	2.67	3.00	4.00
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	2.71	2.78	2.75	2.72	2.58	2.91	3.00
	Ligoninė (N=20)	1.88	2.38	2.65	1.45	1.53	2.30	2.00
	Kita įstaiga (N=21)*	2.58	2.59	2.40	1.93	2.29	2.58	4.00
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	2.67	2.82	2.85	2.67	2.45	2.80	3.00
	3-5 metai (N=20)	2.45	2.67	2.63	1.83	2.00	2.68	2.00
	6 metai ir daugiau (N=22)	2.29	2.25	2.47	1.71	2.00	2.36	4.00
Iš viso		2.44	2.61	2.63	2.14	2.11	2.61	2.50

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

13 lentelė. Teikiamų psichosocialinės reabilitacijos paslaugų pakankamumas: vertinimo vidurkis pagal socialines demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo teikiamų paslaugų)

TERAPIJA		užimtumo terapija	meno terapija	dramos terapija	šokio terapija	muzikos terapija	poezijos terapija	videoterapija	biblioterapija	kita terapija
Lytis	Vyras (N=11)	2.90	2.78	2.00	1.67	2.71	1.00	2.33	3.00	2.67
	Moteris (N=54)	2.71	2.81	2.00	2.25	2.77	2.00	2.55	2.40	2.23
Tautybė	Lietuviai (N=44)	2.81	2.82	2.00	1.50	2.83	1.75	2.65	2.50	2.83
	Anglai (N=21)	2.58	2.75	2.00	2.20	2.50	4.00	2.17	4.00	2.00
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	2.82	2.86	2.00	1.67	2.83	1.50	2.50	2.60	2.25
	31-40 metų amžiaus (N=20)	2.58	2.56	2.00	2.00	2.56	4.00	2.20	1.67	2.00
	41-60 metų amžiaus (N=22)	2.80	2.95	4.00	2.50	2.81	2.00	2.70	3.00	2.44
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	2.88	2.83	4.00	2.00	2.94	2.00	2.55	2.75	2.75
	Slaugytojas (N=20)	2.74	2.87	4.00	2.00	2.86	4.00	3.00	2.00	2.00
	Užimtumo terapeutas (N=15)	2.71	2.85	2.00	2.00	2.63	1.50	2.00	2.50	2.00
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	2.50	2.57	4.00	2.00	2.25	4.00	2.00	4.00	2.50
	Kitos (N=3)	2.67	2.67	4.00	4.00	2.50	4.00	3.00	3.00	3.00
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	2.91	2.79	4.00	2.00	2.90	2.00	2.71	2.88	3.00
	Ligoninė (N=20)	2.65	2.74	2.00	2.25	2.13	2.00	2.00	1.33	2.17
	Kita įstaiga (N=21)*	2.61	2.92	2.00	1.50	3.00	1.00	2.40	3.00	2.00
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	3.00	2.91	4.00	2.00	2.95	2.00	2.77	2.83	3.00
	3-5 metai (N=20)	2.60	2.75	2.00	1.50	2.57	1.50	2.00	2.50	2.14
	6 metai ir daugiau (N=22)	2.58	2.71	2.00	2.25	2.55	4.00	2.33	2.00	2.00
Iš viso		2.74	2.80	2.00	2.00	2.76	1.75	2.52	2.50	2.31

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

14 lentelė. Tarnybos veiklos vertinimas: vertinimo vidurkis pagal socialines-demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo teikiamų paslaugų)

		Tarnybos teikiamų paslaugų pakanka klientui sėkmingai reabilituotis, kad galėtų gyventi įprastoje aplinkoje	Tarnyba aktyviai reaguoja į besikeičiančius klientų poreikius ir atsizvelgia į juos planuodama ir teikdama paslaugas	Klientas dalyvauja reabilitacinės veiklos planavime	Klientai patenkinti teikiamų paslaugų kokybe	Klientai patenkinti teikiamų paslaugų pasirinkimo įvairove
Lytis	Vyras (N=11)	2.20	2.33	2.30	2.75	2.78
	Moteris (N=54)	2.22	2.54	2.24	2.67	2.44
Tautybė	Lietuviai (N=44)	2.07	2.40	1.91	2.69	2.37
	Anglai (N=21)	2.52	2.71	2.95	2.67	2.71
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	2.18	2.38	2.09	2.81	2.35
	31-40 metų amžiaus (N=20)	2.00	2.25	2.20	2.35	2.30
	41-60 metų amžiaus (N=22)	2.45	2.86	2.45	2.90	2.81
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	2.22	2.67	2.28	2.94	2.88
	Slaugytojas (N=20)	2.40	2.65	2.35	2.76	2.37
	Užimtumo terapeutas (N=15)	2.36	2.38	2.36	2.67	2.46
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	1.56	1.89	1.89	2.00	2.00
	Kitos (N=3)	2.33	3.00	2.00	3.00	2.67
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	2.38	2.88	2.29	2.91	2.79
	Ligoninė (N=20)	1.95	2.10	1.80	2.39	2.05
	Kita įstaiga (N=21)*	2.30	2.47	2.65	2.69	2.56
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	2.35	2.68	2.22	2.95	2.86
	3-5 metai (N=20)	2.21	2.53	2.21	2.56	2.21
	6 metai ir daugiau (N=22)	2.09	2.32	2.32	2.50	2.35
Iš viso		2.22	2.51	2.25	2.68	2.49

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras

15 lentelė. Institucijos, svarbios teikiant psichologinės reabilitacijos paslaugas pagal socialines-demografines charakteristikas

(skaičiuota nuo teikiamų paslaugų)

		VMS	PSC	SAM	Dienos centrai	PRC	NVO	Savanoriai	Socialinės tarnybos
Lytis	Vyras (N=11)	9%	9%		55%	18%	27%	18%	36%
	Moteris (N=54)	28%	43%	22%	35%	30%	20%	28%	24%
Tautybė	Lietuviai (N=44)	36%	55%	27%	20%	16%	14%	2%	9%
	Anglai (N=21)				76%	52%	38%	76%	62%
Amžius	21-30 metų amžiaus (N=23)	26%	22%	17%	43%	17%	22%	17%	26%
	31-40 metų amžiaus (N=20)	10%	20%	10%	55%	45%	25%	50%	35%
	41-60 metų amžiaus (N=22)	36%	68%	27%	18%	23%	18%	14%	18%
Pareigos	Socialinis darbuotojas (N=18)	28%	72%	22%	11%	11%	6%	6%	6%
	Slaugytojas (N=20)	20%	25%	15%	50%	35%	35%	35%	35%
	Užimtumo terapeutas (N=15)	27%	13%	13%	53%	27%	13%	40%	27%
	Psichiatras(-ė), psichologas (N=9)	22%	22%	22%	56%	56%	33%	33%	56%
	Kitos (N=3)	33%	67%	33%			33%		
Darbovietė	Dienos centras (N=24)	29%	71%	25%	13%	13%	4%	8%	13%
	Ligoninė (N=20)	35%	30%	25%	45%	40%	15%	15%	30%
	Kita įstaiga (N=21)*	10%	5%	5%	62%	33%	48%	57%	38%
Darbo stažas	Iki 2 metų (N=23)	35%	65%	30%	17%	9%		4%	9%
	3-5 metai (N=20)	25%	20%	10%	50%	35%	15%	40%	40%
	6 metai ir daugiau (N=22)	14%	23%	14%	50%	41%	50%	36%	32%
Iš viso		25%	37%	18%	38%	28%	22%	26%	26%

* Kita įstaiga: bendruomenės psichikos sveikatos komanda pagyvenusiems asmenims, dienos stacionaras, atminties įvertinimo tarnyba, psichosocialinės reabilitacijos centras