

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO VISUOMENĖS
SVEIKATOS INSTITUTAS

MAGISTRO DARBAS

NEĮGALUMO DĖL PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMŲ PAPLITIMAS IR JO
YPATUMAI LIETUVOJE

Leidžiama ginti _____

_____ (parašas)

Visuomenės sveikatos instituto direktorius

Prof. Rimantas Stukas

Darbo vadovas Doc. dr. M. JAKUBAUSKIENĖ _____

(parašas)

Magistrantė GRETA GUSTAITĖ _____

(parašas)

Darbo įteikimo data _____

Registracijos numeris _____

Vilnius

2017

Turinys

DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SAŖAŠAS	2
DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SAŖAŠAS	4
SAŖOKOS IR SANTRUMPOS.....	5
1. SANTRAUKA.....	6
2. ĮVADAS	10
2.1 Darbo tikslas	11
2.2 Darbo uždaviniai	11
2.3 Savarankiškai atlikti darbai	11
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	12
3.1 Neįgalumo sampratos raida	12
3.2 Negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų poveikis visuomenės sveikatai	13
3.3 Neįgaliuosius ginanti teisinė apsauga	15
3.3.1 Tarptautinė politika.....	15
3.3.2 Nacionalinė politika	16
3.3.3 Apibendrinimas.....	17
3.4 Psichikos sutrikimų turinčių asmenų socialinė integracija	18
3.5 Neįgalumo nustatymo tvarka Lietuvoje.....	20
3.5.1 1918 – 1940 metai.....	20
3.5.2 1940 – 1990 metai.....	21
3.5.3 1991 – 2016 metai.....	22
3.5.4 Apibendrinimas	24
4. TYRIMO METODAI IR APIMTIS	25
4.1 Tyrimo apimtis.....	25
4.2 Tyrimo tipas	25
4.3 Tyrimo metodika.....	26
4.4 Pagrindinės kintamosios	28
4.5 Duomenų rinkimas ir tvarkymas.....	28
4.6 Tyrimo organizavimas	29
4.7 Duomenų analizė	29
5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	30

5.1 Neįgalumo, dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų, dinamika Lietuvoje 2007 – 2015 metais	30
5.1.1 Darbingumo lygis (DL)	31
5.1.2 Neįgalumo lygis (NL)	34
5.1.3 Specialieji poreikiai (SP)	37
5.1.4 Profesinė rehabilitacija	40
5.1.5 2007m. – 2015m. NDNT duomenų analizės aptarimas	41
5.2 Neįgalumo, dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, paplitimo ypatumai	42
5.2.1 Apklaustųjų paplitimas pagal lytį, amžiaus grupes, išsilavinimą, gyvenamą vietą, darbingumo lygį, gretutines ligas.....	42
5.2.2 Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal darbo statusą	50
5.2.3 Profesinės, darbinės veiklos, aplinkos prieinamumo, bei gebėjimų įtaka darbinei veiklai.....	55
5.2.4 Veiksnių įtaka dirbti, sergant psichikos ir elgesio ligomis	67
5.2.5 NDNT apklaustųjų rezultatų aptarimas	69
5.3 Ekspertų požiūris į asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų integracijos galimybes darbo rinkoje	70
5.3.1 Tyrimo dalyvių charakteristika.....	70
5.3.2 Tyrimo medžiaga ir charakteristika	71
5.3.3 Pirma kategorija – stigmatizacija.....	71
5.3.4. Antra kategorija – potencialas	73
5.3.5 Trečia kategorija – sistemos ypatumai.....	76
5.3.5 Ketvirta kategorija – sunkumai.....	80
5.3.6 Penkta kategorija – įsidarbinimo galimybės	84
6. APIBENDRINIMAS	89
7. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI.....	90
8. LITERATŪROS SĄRAŠAS	92
PRIEDAI.....	97

DARBE PATEIKTŲ PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 pav. Karių pensijų fondo pensininkų kitimas 1931 – 1936m.....	22
2 pav. Neįgalumo ir darbingumo lygių, specialiųjų poreikių, profesinės reabilitacijos poreikio nustatymo NDNT tvarka.....	25
3 pav. Kiekybinio tyrimo dalies imties schema	27
4 pav. Neįgalųjų skaičius Lietuvoje 2009 – 2015 metais.....	32
5 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.	33
6 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.....	34
7 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.	34
8 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.	35
9 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių berniukų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.....	36
10 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių mergaičių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.	36
11 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių berniukų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.	37
12 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių mergaičių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.	38
13 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais.....	39
14 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais.....	39
15 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais.....	40
16 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais	40

17 pav. Profesinės reabilitacijos dinamika Lietuvoje 2007 – 2015 metais.	41
18 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal lytį.	43
19 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal amžiaus grupes.	44
20 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal gyvenamąją vietą.	45
21 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal išsilavinimą.	47
22 pav. Moterų ir vyrų darbingumo lygio nustatymas (procentais).	48
23 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal gretutines ligas.	48
24 pav. Gretutinių ligų dažnumas (abs. skaičius).	49
25 pav. Gretutinių ligų paplitimas pagal TLK sistemos grupes (procentais).	50
26 pav. Dirbančiųjų apklaustųjų pasiskirstymas (procentais).	51
27 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal darbo pobūdį (procentais).	52
28 pav. Dirbančiųjų darbo krūvis (procentais).	53
29 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų išsilavinimas lyginant su nedirbančiais (procentais).	54
30 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų paplitimas pagal amžiaus grupes.	55
31 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų paplitimas pagal gyvenamąją vietą.	55
32 pav. Tyrimo medžiagos kategorijų ir subkategorijų schema.	72

DARBE PATEIKTŲ LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Apklausoje dalyvavusių vyrų ir moterų skaičius.....	43
2 lentelė. Apklaustųjų moterų ir vyrų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes.....	44
3 lentelė. Apklaustųjų moterų ir vyrų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą.	45
4 lentelė. Apklaustųjų moterų ir vyrų pasiskirstymas pagal išsilavinimą.	46
5 lentelė. Apklaustųjų moterų ir vyrų pasiskirstymas pagal darbo statusą.	51
6 lentelė. Apklaustųjų moterų ir vyrų pasiskirstymas pagal darbo krūvį.....	53
7 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal profesinę kvalifikaciją.....	56
8 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal darbo patirtį.....	57
9 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal aplinkos pritaikymą.....	57
10 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal sėdėjimo ir stovėjimo galimybes.	58
11 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal atsistojimo ir atsisėdimo galimybes.	59
12 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal vaikščiojimo galimybes.	59
13 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal susikaupimo galimybes ką nors daryti 10min.....	60
14 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal prisiminimo galimybes.....	60
15 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal supratimo pasireiškimo sutrikimus.	61
16 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal bendravimo sunkumus su aplinkiniais.....	62
17 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal bendravimo sunkumus su artimais asmenimis.....	62
18 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal patiriamus prausimosi sunkumus.....	63
19 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal patiriamus apsirengimo sunkumus.....	64
20 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal patiriamus valgyimo sunkumus.	64
21 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal naudojimosi tualetu sunkumus.....	65
22 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal sunkumų dažnumą liekant vienam namuose keletą dienų.....	66
23 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal sunkumų dažnumą vykdant kasdienę veiklą.....	66
24 lentelė. Apklaustųjų pasiskirstymas pagal sunkumų dažnumą disponuojant finansiniais ištekliais.	67
25 lentelė. Demografinių, socialinių ir elgsenos veiksnių įtaka darbo statusui (N = 2079).....	68
26 lentelė. Informantų charakteristika.....	71

SĄVOKOS IR SANTRUMPOS

DALY – prarasti sveiko gyvenimo metai dėl negalios ar mirties

DL – darbingumo lygis

EDF – Europos forumas neįgalumo klausimais

YLD – išgyventi metai su negalia (angl. – years lived with disability)

YLL – prarasti gyvenimo metai dėl negalios (angl. – years life lost)

JT – Jungtinės Tautos

Kt. – kiti

NDNT – Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba

NL – neįgalumo lygis

SADM – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija

SP – specialieji poreikiai

TFK – Tarptautinėje funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacija

T. y. – tai yra

TLK-10-AM - Pasaulio sveikatos organizacijos Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas leidimas, Australijos modifikacija.

TS – teritorinis skyrius

VMSEK – Valstybinės medicininės socialinės ekspertizės komisija

1. SANTRAUKA

NEĮGALUMO DĖL PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMŲ PAPLITIMAS IR JO YPATUMAI LIETUVOJE

Pagrindinės sąvokos: negalia dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, stigmatizacija, neįgalumo nustatymas, integracija.

Darbo tikslas: Įvertinti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimą ir integracijos galimybes Lietuvoje.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų bendrąsias tendencijas Lietuvoje 2007 – 2015 metų periodu.
2. Nustatyti neįgaliųjų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų integracijos paplitimą Vilniaus apskrityje.
3. Įvertinti integracijos galimybes ir ją gerinančius veiksnius visuomenės sveikatos požiūriu.

Tyrimo metodika ir apimtis: Norint aprašyti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų tendencijas Lietuvoje buvo išanalizuoti 2007 – 2015 metų neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos duomenys. Atlikta aprašomoji analizė. Norint išaiškinti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių žmonių integracijos paplitimą ir integracijos galimybes darbo rinkoje buvo savarankiškai išanalizuota prieinama literatūra lietuvių bei anglų kalbomis, atliktas kiekybinis tyrimas analizei naudojant neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos administracinius duomenis, taip pat atliktas kokybinis tyrimas bei pritaikytas trianguliacijos metodas vertinant negalią dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų integraciją.

Statistinė duomenų analizė atlikta panaudojant RStudio 1.0.136 programą, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programinę įrangą (22.0 versija) ir Microsoft Office Excel 2016 kompiuterinę programą. Duomenų analizei taikytas Kolmogorovo - Smirnov testas, Spearman koreliacinis testas, naudota dvinarė logistinė regresija. Kokybinis tyrimas atliktas naudojant griežtai struktūruotą individualios ekspertų apklausos metodą. Klausimai informantams buvo nusiųsti kaip anketa elektroniniu paštu.

Tyrimo rezultatai ir išvados: Nagrinėjant negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų dinamiką Lietuvoje susiduriama su duomenų trūkumu - duomenys randami tik nuo 2007 metų. Analizuojant 2007 – 2015 metų duomenis stebima darbingumo lygio mažėjimo tendencija, o 2007 – 2015 m. periodu neįgalumo lygis didėja. Specialiųjų poreikių ir profesinės reabilitacijos duomenys nėra išsamūs – nėra išdiferencijuota pagal psichikos ir elgesio sutrikimus. Šiaulių

apskirtyje visą 2007 – 2015 m. laikotarpį stebimi negalios rodiklių netolygumai, lyginant su kitomis Lietuvos apskritimis.

Neįgaliųjų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų integracija vertinta pagal darbingumo rodiklį, t. y. kokia dalis asmenų, kuriems nustatyta negalia dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, dirbo. Darbingumo rodiklis sudarė penktadalį – iš 2079 apklaustųjų, dirbo tik 452 (21,7%) asmenys. Daugiausia dirbami kvalifikuoti darbai 168 (37,4%), didžioji dalis dirbančiųjų gyveno Vilniuje 293 (64,8%). Rastas silpnas koreliacinis ryšys ($r = 0,267$; $p < 0,001$), tarp įgyto išsilavinimo ir dirbančių asmenų skaičiaus, tarp dirbančiųjų ir amžiaus grupių statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ($p = 0,118$). Analizuojant dvinare logistine regresija socialinius, demografinius ir elgsenos veiksnius, įtakojančius integraciją darbo rinkoje žmonėms, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais rasta, kad daugiausiai įtakos turi turima darbo patirtis.

Kokybinės analizės metu gauti rezultatai patvirtina kiekybinio tyrimo rezultatus. Visi ekspertai sutinka, kad Lietuvoje iki šiol vyraujanti psichikos sutrikimų stigma daro įtaką psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių žmonių integracijai į darbo rinką. Gerinant integracijos galimybes, informantai siūlo daugiau dėmesio ir skirti psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų įtraukčiai, mažinti netolygus tarp miestų ir kaimų, didinti žmogiškuosius išteklius, įgalinančius neįgaliųjų integraciją.

SUMMARY

PREVALENCE AND DIVERSITY OF MENTAL DISABILITIES IN LITHUANIA

The keywords: mental disability, stigma, disability determination, integration.

The aim: To determine the prevalence of mental disability and the opportunities of integration in Lithuania.

Objectives:

1. To evaluate the prevalence of mental disability in Lithuania in the period through the period from 2007 to 2015.
2. To identify the prevalence integration and assess the possibilities of integration of people with mental disabilities in Lithuania.
3. To identify actions facilitating integration of people with mental disabilities into society.

The methods and volume of the investigation: In order to determine the prevalence of mental disability, data of NDNT of the period of 2007 – 2015 has been analyzed (a quantitative study) and descriptive analysis has been done. In order to clarify the possibilities of integration of people with mental disabilities into society, a quantitative analysis was followed by a conducted qualitative study and individual literature review in Lithuanian and English languages. Triangulation method was applied to verify the findings.

The analysis of the statistical data was carried out using the version 22.0 of the software package SPSS for Windows, Microsoft Office Excel 2016 and RStudio 1.0.136 program. Data analysis applied Kolmogorov - Smirnov test, Spearman correlation test and used binary logistic regression. A qualitative study was carried out using a strictly structured individual interview method. Questions to the informants were sent as a questionnaire via e-mail.

The results and conclusions: While analyzing the prevalence of mental disability in Lithuania we faced a lack of data since the latest available data are found only from the year 2007. Analyzing prevalence of disability in the period of 2007 – 2015 there is a noticeable decline observed in working capacity, and the level of disability due to mental disability increases in all regions of Lithuania. It is significant that there are enormous differences in prevalence of mental disability in different counties in Lithuania.

Analysis of administrative data of 2079 respondents with mental disability at the Section of Vilnius, NDNT shows that: prevalence of social integration measured by working level in the labour market is 21.7% - i.e. 452 individuals with mental disability were working. (37.4%) of them are working in skilled jobs. Mainly working people lived in Vilnius (64.8%). A weak correlation was found ($r = 0.267$; $p < 0.001$), between education and work, but there is no

statistically significant differences between the working and the age ($p = 0.118$). Analyzing of binary logistic regression the social, demographic and behavioral factors influencing the labor market integration of mental disability found that earlier working experience has the greatest influence.

Results from the qualitative analysis confirmed the findings of the quantitative analysis. All experts agreed that in Lithuania there is a very high level of stigma of mental disabilities. In order to improve integration possibilities, a significantly higher attention for inclusion of people with mental disabilities should be allocated in the country. Integration would be facilitated by reducing inequalities between urban and rural areas as well as enhancing human resources.

2. ĮVADAS

Apie 450 mln. planetos žmonių kenčia nuo psichikos sveikatos sutrikimų ir su jais glaudžiai susijusių fizinių negalavimų. Pasaulio banko ir PSO ekspertų duomenimis, psichikos sutrikimai sudaro apie 12 proc. visų pasaulio ligų, o iki 2020 metų šis skaičius gali išaugti iki 15 proc. Psichikos neįgalieji sudaro daugiau kaip ketvirtį nedarbingų asmenų (1). Psichikos sutrikimų ir psichikos sveikatos problemų sukelta našta yra tokia didelė, kad visuomenės psichikos sveikata ir su ja susijusios problemos bei sutrikimai XXI amžiaus pradžioje atsiduria sveikatos politikos centre (2). Psichikos ir priklausomybės ligų sukelti sutrikimai tiesiogiai sudaro apie 7,4 % ligų naštos visame pasaulyje. Šių sutrikimų sukelta našta buvo didesnė, nei tokių ligų kaip ŽIV/ AIDS, tuberkuliozė, cukrinis diabetas ar traumos eismo įvykiuose (3).

Psichikos ir elgesio sutrikimai yra susiję su didelėmis išlaidomis visuomenei dėl patiriamų asmens, darbdavių ir socialinės apsaugos sistemų naštos. Europoje, bendra kaina, skiriama psichikos sutrikimų sukeltoms problemoms spręsti, yra maždaug 3 – 4 % bendrojo vidaus produkto. Šių išlaidų dalis priskirtina ne sveikatos priežiūros sektoriui, bet yra susijusi su nuostoliais, pvz. asmenys su sunkiais psichikos sutrikimais yra nuo 6 iki 7 kartų mažiau tikėtina, kad bus įdarbinti, palyginti su asmenimis, be tokių sutrikimų. Nedarbo rizika yra mažesnė, kai sutrikimai yra švelnesni. Nepaisant to, asmenys, kuriems yra diagnozuoti lengvi ar vidutinio sunkumo psichikos sutrikimai turi nuo 2 iki 3 kartų mažesnę tikimybę dirbti (4). Psichikos sveikatos stiprinimas ir prevencija yra ypač svarbūs psichikos ligomis sergantiems asmenims, nes vien optimalus gydymas gali sumažinti psichikos ligos našta 28 % (5).

Psichikos ir elgesio sutrikimai yra svarbi visuomenės sveikatos problema, tačiau Lietuvoje susiduriama su mokslinių įrodymų ir duomenų trūkumu pagrindžiant šią problemą. Lietuvoje nėra duomenų bazės, kurioje būtų kaupiami duomenys apie neįgaliuosius, sergančius psichikos ir elgesio sutrikimais. Negalime pasakyti, kiek Lietuvoje šiuo metu gyvena psichikos ir elgesio sutrikimus turinčių ir pripažintų neįgaliaisiais asmenų. Susiduriame su duomenų praraja iki 2005 metų. Valstybės institucijose duomenys apie negalią dėl psichikos ir elgesio sutrikimų randami tik nuo 2007 metų.

Darbas yra svarbus, aktualus ir naudingas dėl to, kad nebuvo atlikta analogiškų tyrimų, nebuvo išsamiai nagrinėtos neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos (NDNT) ataskaitos. Įvertinus negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimą, integracijos galimybes, galima kurti metodines rekomendacijas, informacinius leidinius, tobulinti visuomenės sveikatos specialistų darbo kokybę. Tyrimas taip pat gali būti svarbus ir atliekant kitus tyrimus panašia tema ateityje.

Tyrimas svarbus ne tik dabartinės situacijos išsiaiškinimui, bet ir priemonių planavimui ateityje, sveikatos politikos organizavimui.

2.1 Darbo tikslas

Įvertinti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimą ir integracijos galimybes Lietuvoje.

2.2 Darbo uždaviniai

1. Nustatyti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų bendrąsias tendencijas Lietuvoje 2007 – 2015 metų periodu.
2. Nustatyti neįgaliųjų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų integracijos paplitimą Vilniaus apskrityje.
3. Įvertinti integracijos galimybes ir ją gerinančius veiksnius visuomenės sveikatos požiūriu.

2.3 Savarankiškai atlikti darbai

1. Siekiant išaiškinti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų socialinės integracijos galimybes buvo perskaityta ir išanalizuota prieinama mokslinė literatūra lietuvių ir anglų kalbomis.
2. Buvo susipažinta bei išanalizuoti teisės aktai, direktyvos, programos, reglamentuojantys neįgaliųjų integracijos galimybes.
3. Išanalizuoti 2007 – 2015 metų Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos duomenys. Atlikta aprašomoji analizė.
4. Tyrimo duomenų bazės sudarymas, duomenų suvedimas, analizė ir apibendrinimas.
5. Patikrinti kiekybinės analizės metu gauti duomenys atliekant kokybinį tyrimą - – atlikta ekspertų, dirbančių su psichikos ir elgesio sutrikimais skirtinguose sektoriuose, apklausa apie negalią dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų integracijos galimybes darbo rinkoje.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1 Neįgalumo sampratos raida

Ilgą laiką teisininkai stengėsi suformuluoti aiškų neįgalumo apibrėžimą, kuris būtų pakankamai platus, apimtų įvairias proto ir kūno negales, ir galėtų būti pritaikytas globaliai (6). „Negalios“ terminas suponuoja sutrikimus, vykstančius individo, kaip visumos, lygmeniu, t. y. jog sutrikę visos žmogaus gyvenimo ir funkcionavimo sritys – jo fizinis kūnas neveikia taip, kaip turėtų, jis negali dirbti, pasirūpinti savimi, savo artimaisiais ir t. t. (7). Tarptautinėje funkcionavimo, neįgalumo ir sveikatos klasifikacijoje (TFK) negalia apibrėžiama bendraja sąvoka, apibendrinančia įvairius sveikatos sutrikimus, aktyvumo ir dalyvavimo apribojimus. Ji apima įvairius neigiamus tam tikrų sveikatos sutrikimų (tokių kaip cerebrinis paralyžius, Dauno sindromas, depresija) turinčių asmenų ir asmeninių ar aplinkos veiksnių (tokių kaip neigiamas požiūris, neprieinamos transporto priemonės ar pastatai, ribota socialinė pagalba) sąveikos aspektus (8).

Remiantis Jungtinių Tautų organizacijos duomenimis, pasaulyje žmonės su negalia sudaro apie 10 proc. visų gyventojų. ES valstybėse gyvena nuo 48 iki 72 mln. neįgalių asmenų. Neįgaliųjų skaičius Lietuvoje atitinka pasaulines tendencijas. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (SADM) duomenimis, 2010 m. šalyje gyveno 267 511 neįgalūs asmenys, gaunantys netekto darbingumo pensijas ar išmokas (1). Pagal SADM duomenis 2010 m. Lietuvoje gyveno apie 22 tūkst. asmenų, sergančių psichikos ligomis ar turinčių sutrikusio intelekto negalią, tai sudaro 8 proc. visų asmenų, turinčių negalią, skaičiaus Lietuvoje (9).

Mirtingumas nuo psichikos ir elgesio sutrikimų nėra itin didelis – pasaulyje kasmet maždaug 8 mln. mirčių, yra priskirtini psichikos sutrikimams (10), tačiau psichikos negalios našta yra didžiausia – žmonės labai ilgą savo gyvenimo dalį pragyvena su negalia ir patiria įvairių sunkumų. Pasak, Whitefordo psichikos sutrikimai sudaro 183,9 mln. Prarastų sveiko gyvenimo metų dėl negalios (DALY) kas sudaro 7,4 % nuo visų metų, prarastų dėl negalios visame pasaulyje. Psichikos sutrikimai sudaro 8,6 mln. prarastų gyvenimo metų (YLL) ir 175, 3 mln. išgyventų metų su negalia (YLD) – t. y. psichikos ir priklausomybės ligų sukelti sutrikimai buvo pagrindinė priežastis, dėl didžiausios pasaulyje negalios naštos, lyginant su kitomis ligomis – dauguma žmonių su psichikos ir elgesio sutrikimais nugyvena didžiąją savo gyvenimo dalį. Iš visų pragyventų metų, kuriuos apsunkino negalia, depresiniai sutrikimai sudaro 40,5 %, nerimo sutrikimai sudaro 14,6 %, psichotropinių medžiagų sukelti sutrikimai – 10,9 %, alkoholio vartojimo sutrikimai – 9,6 %, šizofrenijos – 7,4 %, bipolininiai sutrikimai – 7,0 %, vystymosi sutrikimai – 4,2 %, vaikų elgesio sutrikimai – 3,4 %, ir valgymo sutrikimai – 1,2 % (3).

3.2 Negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų poveikis visuomenės sveikatai

Žmonių, turinčių negalę, gerovė ir gyvenimo kokybė priklauso nuo visuomenėje vyraujančio požiūrio į negalę, nes tokie žmonės dažniausiai negali pasirūpinti savimi ir priklauso nuo aplinkinių pagalbos (11). Sveikata, apskritai ir psichikos sveikata, yra tampriai susijusios tarpusavyje <...> dėl blogos psichikos sveikatos patiriama įvairių išlaidų, nuostolių, ir sukuriama našta piliečiams ir visuomeninėms sistemoms (12).

Psichikos ir priklausomybės ligų sąlygota našta padidėjo 37,6 % nuo 1990 metų iki 2010 metų. Daugiausia tai lėmė gyventojų skaičiaus augimas ir gyventojų senėjimas (3). Nepaisant augančios naštos psichikos ligoms, psichikos sveikatos paslaugos lieka žemu prioritetu tarp šalių, kurių gyventojai gauna mažas ir vidutines pajamas (13).

Nuo daugelio kitų lėtinių ligų psichikos liga skiriasi tuo, kad ji gali sutrikdyti asmens gebėjimą kontroliuoti savo elgseną, emocijas, adekvačiai reaguoti į situacijas. Taigi sergant psichikos liga santykis su aplinkiniais ir su savimi tampa kur kas sudėtingesnis. Stigmatizacija yra vienas svarbiausių aspektų, skiriančių psichikos ligą nuo kitų ligų (14). Stigma – žodis kilęs iš graikų kalbos ir reiškiantis „žymę“, kuria būdavo pažymimi vergai parodyti kam jie priklauso (15). Neįgaliųjų stigmatizavimas (neigiamų savybių priskyrimas), diskriminavimas dar neretas reiškinys mūsų visuomenėje (16). Pasak P. Corrigan, stigma gali būti ir vieša ir vidinė. Viešoji stigma – tai bendra visuomenės reakcija į sutrikusios psichikos asmenis. Vidinė stigma – tai asmens perimtos ir sau pritaikytos visuomenės reakcijos į savo sutrikimą (7). Išankstinės neigiamos nuostatos veikia požiūrį ir elgesį, pažeidžiantį specifinės grupės teises – tai įvardijama kaip diskriminacija. Diskriminacija pavojinga tuo, kad gali tapti visuomeniniu reiškiniu. Sergantieji psichikos ligomis aplinkiniams asocijuojasi su tam tikrais įsitikinimais (17).

F. J. Charlsas su kitais bendraautorais vieną iš gyventojų sveikatos netolygumų nurodo, jog net tose šalyse, kurios pasižymi solidžia sveikatos priežiūros sistema, žmonės, sergantys psichikos ir elgesio sutrikimais, gauna mažiau vaistų receptų, nei vidutinių sutrikimų turintys širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis besigydantys asmenys (18). Taip patvirtinta ir S. Clement atliktas tyrimas: Europoje ir JAV 52 – 74 % žmonių, turinčių psichikos sutrikimus negauna gydymo (19).

Socialinė izoliacija ir diskriminacija, taip pat skurdas prisideda prie psichikos sutrikimų naštos (20). Be psichologinio pobūdžio pasekmių psichikos sutrikimai visada egzistuoja ir ekonominis – socialinis poveikis. Sutrikusios psichikos asmenims būdingi silpni ir paviršutiniai santykiai su šeimos nariais, nedidelis draugų skaičius, ilgi nedarbo laikotarpiai, ekonominės padėties silpnumas (17).

Socialinė našta – tai sutrikimų poveikis asmens darbingumui, mirtingumui, gyvenimo kokybei, šeimai ar artimiesiems. Dėl psichikos sutrikimų gali būti prarastas ar sumažėjęs darbingumas ne tik pačių ligonių, bet ir jų artimųjų, kurie dažnai yra priversti daug laiko skirti sutrikusios psichikos artimųjų priežiūrai ir globai (15). Daugelis šeimos narių yra sutrikę ir priblokšti dėl ligos pobūdžio ir priežasčių pasikeitus žmogaus elgesiui, jau nekalbant apie reikiamas intervencijas. Net tada, kai reikiama psichikos sveikatos priežiūra yra suteikta laiku (diagnozavimas ir skirtas gydymo procesas) dažnai tai yra didelis nelaimės šaltinis visiems šeimos nariams (21).

Ekonominiai kaštai dėl prastos psichikos sveikatos Europos Sąjungoje, Norvegijoje, Islandijoje ir Šveicarijoje kartu paėmus sudaro 386 milijardus eurų (skaičiuojant 2004 m. kainomis), finansiniai nuostoliai, kurių visuomenė patiria dėl psichikos sutrikimų, sudaro 3 – 4 proc. valstybių narių BVP. Didžioji dalis šių kaštų susidaro už sveikatos priežiūros sistemos ribų – sistemingo nebuvimo darbe, nedarbingumo ir ankstyvo išėjimo į pensiją išlaidoms padengti. 2006 m. psichikos ligų gydymas ES atsiėjo 436 mlrd. Eurų (7). Vien depresijos susirgimų kaštai Europos Sąjungoje sudarė 118 mlrd. eurų per metus, iš kurių 64 % buvo susiję su produktyvumo nuostoliais (22). Tai patvirtina ir pasaulio ekonomikos forumo skaičiavimai: jei požiūris į psichikos sutrikimus nepasikeis per ateinančius 20 metų, ekonominė našta sieks apie 16 trilijonų Amerikos dolerių, t. y. iki 25% pasaulinio BVP, skaičiuojant 2010 metų duomenimis (3).

Paskutiniame XX amžiaus dešimtmetyje susikauptė kritinė masė informacijos apie tai, kad būtina keisti požiūrį į psichikos sveikatos vaidmenį visuomenės gyvenime. Buvo suvokta:

- kad psichikos sveikatos sritis, kaip labai svarbi ekonominei ir socialinei visuomenės gerovei, negali toliau likti profesinėje, vadybinėje ir politinėje izoliacijoje, taigi ji turi tapti neatsiejama visuomenės sveikatos dalimi.
- būtina iš esmės pakeisti svarbiausius požiūrius į psichikos sveikatą. Akcentas turi būti perkeltas nuo atskirų individų psichikos sveikatos ar tos sveikatos sutrikimų prie visuomenės psichikos sveikatos.
- esminių pokyčių reikalauja pats psichikos sveikatos koncepcijos suvokimas – t. y. kaip pasiekti, kad visuomenė ir ją sudarantys individai būtų dvasiškai sveiki ir kuo pilniau realizuotų savo galimybes (15).

Psichikos sutrikimų ir psichikos sveikatos problemų sukelta našta yra tokia didelė, kad visuomenės psichikos sveikata ir su ja susijusios problemos bei sutrikimai XXI amžiaus pradžioje atsiduria sveikatos politikos centre (2). Šia prasme psichikos sutrikimai laikomi XXI amžiaus pradžios „infekcinėmis ligomis“, nes psichikos sutrikimų vaidmuo visuomenėje prilygsta tam vaidmeniui, kokį turėjo prieš 100 metų infekcinės ligos (15).

3.3 Neįgaliuosius ginanti teisinė apsauga

3.3.1 Tarptautinė politika

Neįgaliųjų lygių galimybių, visapusiško dalyvavimo bei nediskriminavimo užtikrinimo teisėmis pagrįstas požiūris įtvirtinamas įvairiuose svarbiuose ES dokumentuose: Socialinių veiksmų programoje 1998 – 2000 m., Lisabonos užimtumo visiems ir lygių galimybių strategijoje 2000 – 2010 m., ES veiksmų plane 2004 – 2010 m., ES strategijoje “Europa 2020”, programoje PROGRES 2007 – 2013 mažinti skurdą ir atskirtį, Europos strategijoje dėl negalios 2010 – 2020, Jungtinių Tautų (JT) Neįgaliųjų teisių konvencijoje ir kt. (17).

JT neįgaliųjų teisių konvenciją ES pasirašė 2007 m. kovo 30 d. (23). Tai – pirmoji išsami žmogaus teisių sutartis, kurią ES ratifikavo kaip vienas subjektas. Ją taip pat pasirašė visos 27 ES valstybės narės, o 16 iš jų – ratifikavo, tarp jų ir Lietuva. Konvencijoje nustatomi minimalūs standartai, kuriais saugomos ir garantuojamos įvairios pilietinės, politinės, socialinės ir ekonominės neįgaliųjų teisės. Ji atspindi platesnio masto ES įsipareigojimą iki 2020 m. apytikriai 80 milijonų ES gyvenančių neįgaliųjų sukurti Europą be kliūčių, kaip numatyta Europos Komisijos strategijoje dėl negalios (24). Šios Konvencijos tikslas – skatinti, apsaugoti ir užtikrinti visų neįgaliųjų visapusišką ir lygiateisį naudojimąsi visomis žmogaus teisėmis ir pagrindinėmis laisvėmis, taip pat skatinti pagarbą šių asmenų prigimtiniam orumui (25). JT konvencijos prioritetinės integracijos sritys:

- *19 str. Gyvenimas savarankiškai ir įtrauktis į bendruomenę* – valstybės turi padėti gyventi ir integruotis į bendruomenę ir užkirsti kelią izoliavimui ar atskyrimui nuo bendruomenės;
- *21 str. Saviraiškos laisvė ir laisvė reikšti nuomonę, galimybė gauti informaciją* - visuomenės informavimo priemonių, įskaitant informacijos internetu teikėjus, raginimą padaryti savo paslaugas prieinamas neįgaliesiems;
- *26 str. Gebėjimų ir funkcijų lavinimas ir rehabilitacija* – valstybės turi skatinti pagalbinių priemonių ir technologijų, skirtų neįgaliesiems ir susijusių su jų funkcijų ir gebėjimų lavinimu ir rehabilitacija, prieinamumą, naudojimą ir žinias apie juos;
- *27 str. Darbas ir užimtumas* – valstybėse turi būti skatinamos neįgaliųjų užimtumo galimybės; skatinamos savarankiško darbo, verslumo galimybės; skatinama neįgaliųjų profesinė ir kvalifikacinė rehabilitacija;
- *29 str. Dalyvavimas politiniame ir visuomenės gyvenime* – valstybės turi aktyviai skatinti sudaryti sąlygas, kuriomis neįgalieji galėtų veiksmingai ir visapusiškai dalyvauti valstybės valdyme nediskriminuojami ir lygiai su kitais asmenimis, ir skatinti juos dalyvauti valstybės gyvenime;

- *30 str. Dalyvavimas kultūriniame gyvenime, aktyvus poilsis, laisvalaikis ir sportas* – valstybės turi skatinti ir raginti neįgaliuosius kuo plačiau dalyvauti bendro profilio sporto veikloje visais lygmenimis; užtikrinti neįgaliųjų galimybę organizuoti, plėtoti ir dalyvauti jiems skirtoje sporto ir rekreacinėje veikloje; užtikrinti, kad neįgalieji turėtų galimybę patekti į sporto, rekreacinius ir turizmo objektus; užtikrinti, kad neįgalūs vaikai turėtų vienodas galimybes su kitais vaikais dalyvauti žaidimuose, rekreacinėje, laisvalaikio ir sporto veikloje (25).

Tam, kad palengvintų neįgaliųjų integravimąsi į darbo rinką, buvo įsteigta Europos nevyriausybinė visuomeninė organizacija (NVO) - Europos forumas neįgalumo klausimais (EDF). Europos forumas neįgalumo klausimais yra Europos NVO, apimanti 70 Europos nevalstybinių organizacijų ir 17 Valstybės Tarybų iš visų ES narių. EDF atstovauja 37 milijonų neįgalių ES piliečių interesus. Jų misija yra išplėsti neįgaliųjų žmonių teises ir propaguoti lygias galimybes ES institucijose ir valstybėse narėse pagal nediskriminavimo principus (6).

Šie žingsniai rodo ES politinę valią garantuoti žmogaus teisių apsaugos įsipareigojimus (17).

3.3.2 Nacionalinė politika

Lietuvoje 1991 m. priimtas Lietuvos Respublikos invalidų socialinės integracijos įstatymas, įpareigojantis vyriausybę rengti ir vykdyti valstybinę, o vietos savivaldybes – teritorines medicinos, profesines ir socialines invalidų reabilitacijos programas. 2004 metais priimta nauja šio įstatymo redakcija, pakeistas pavadinimas į „Lietuvos respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas“ (16). Paskutinis šio įstatymo pakeitimas priimtas 2016 m. rugsėjo 27 d. Nr. XII – 2658 (26). Šio įstatymo prioritetinės integracijos sritys:

- *11 str. Aplinkos prieinamumas* – reikalavimai vykdomi atliekant teritorijų planavimą ir statinių projektavimą;
- *12 str. Neįgaliųjų ugdymas* - Neįgalieji ugdomi mokyklose ir kitose įstaigose, kuriose teikiamos ugdymo paslaugos, atsižvelgiant į jų specialiuosius ugdymosi poreikius, sugebėjimus ir fizinę bei psichinę būklę;
- *13 str. Neįgaliųjų užimtumas* – tik teisės aktais numatomas paramos teikimas įsidarbinti siekiantiems neįgaliesiems.
- *15 str. Kultūrinė veikla, kūno kultūra ir sportas* – numatoma, jog valstybės masto ir tarptautinius neįgaliųjų kūno kultūros ir sporto renginius organizuoja ir rengia neįgaliųjų sporto organizacijos kartu su kitomis neįgaliųjų asociacijomis (27).

Taip pat Lietuvoje šiuo metu vykdoma „Nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos 2013 – 2019 metų programa“, kuri priimta 2012 m. lapkričio 21 d. Nr. 1408. Šios programos

tikslas – sukurti palankią aplinką ir sąlygas oriam ir visaverčiam neįgaliųjų gyvenimui Lietuvoje, užtikrinti lygias galimybes ir neįgaliųjų gyvenimo kokybę (28). 2013 – 2019 metų programoje numatomos pagrindinės priemonės integracijos srityse:

- vykdyti medicininės ambulatorinės reabilitacijos paslaugų bendruomenėje plėtrą;
- plėtoti profesinės reabilitacijos neįgaliesiems metodinę bazę pasitelkiant atrinktus profesinės reabilitacijos metodinius centrus ir teikti metodinę pagalbą įstaigoms, kurios teikia profesinės reabilitacijos paslaugas neįgaliesiems;
- įgyvendinti ir dalyvauti įgyvendinant projektus ir programas, skirtus vaikų ir jaunimo fiziniam aktyvumui skatinti, sporto visiems populiarinimui, skatinti neįgaliųjų sportą (29).

Nuo 2005 m. liepos 1 d., įsigaliojus Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymui, Lietuvoje veikia nauja neįgalumo ir darbingumo lygio nustatymo tvarka. Svarbiausias naujosios sistemos akcentas – pasikeitęs požiūris į žmones su negalia ir naujos galimybės jiems. Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymu įteisintos ne tik naujas sąvokos bei terminai, pakeisti invalidumo nustatymo vaikams ir suaugusiems metodai, bet ir, priartinant neįgaliųjų socialinės integracijos modelį prie ES šalių modelio, teisiškai įtvirtintos neįgaliųjų lygios teisės ir galimybės visuomenėje (30).

3.3.3 Apibendrinimas

Sąvoka „invalidas“ vis dar išlikusi LR Konstitucijoje. Verta atkreipti dėmesį į tai, jog šiame dokumente neįgalumas nepaminėtas kaip lygių galimybių ir nediskriminavimo užtikrinimo kriterijus (17). Tai prieštarauja JT neįgaliųjų teisių konvencijoje numatytam 5 *str. Lygybė ir nediskriminavimas*, kai turi būti draudžiamas bet koks diskriminavimas dėl neįgalumo ir garantuojama neįgaliesiems vienoda ir veiksminga teisinė apsauga (23).

Dirba tik kas ketvirtas dirbti galintis neįgalus asmuo (31). Pagal Valstybinio audito ataskaitą po profesinės reabilitacijos įsidarbino ir išsilaikė darbo rinkoje 30 proc. neįgaliųjų. Neįgalieji, po profesinės reabilitacijos įsigiję verslo liudijimus ar pradėję individualią veiklą, ilgesnį laiką darbo rinkoje neišsilaiko (32). O JT konvencijoje 27 *str. Darbas ir užimtumas* pabrėžiama, kad turi būti skatinama neįgaliųjų profesinė ir kvalifikacinė reabilitacija, kas Lietuvoje pilnai neišnaudojama (23).

Lietuvoje visuomenei teikiama nepakankamai informacijos apie neįgaliuosius sergančius psichikos ir elgesio sutrikimais. Visuomenės apklausos duomenimis, visuomenės požiūris į neįgalųjį kaip pilnavertį asmenį yra nepakankamas kaip ir viešosios erdvės pritaikymas (31).

Nors JT konvencijoje skiriamas 8 str. Visuomenės švietimas, kuriame numatoma didintų informuotumą apie neįgaliųjų gebėjimus ir pasiekimus (23).

Nacionalinės sveikatos tarybos metiniame pranešime pastebima, kad iki šiol nepavyko integruoti visuomenės ir asmens psichikos sveikatos į bendrą paslaugų sistemą. Iki šiol yra nepakankama visuomenės psichikos sveikatos iniciatyvų integracija į visuomenės sveikatos sistemos infrastruktūrą. Ilgus dešimtmečius vyravusi tradicija, kad psichikos sveikata priklauso išimtinai asmens sveikatos priežiūros (psichiatrijos) sričiai, trukdė pereiti prie naujos paradigmos, perkeliančios visuomenės psichikos sveikatos problemų sprendimą iš psichiatrijos paslaugas teikiančių įstaigų į tarpsektorinio bendradarbiavimo ir visuomenės sveikatos sistemos lygį (33).

3.4 Psichikos sutrikimų turinčių asmenų socialinė integracija

Integracija – neįgalaus asmens įtraukimas, įjungimas į visuomenę. Tai tikėjimas kiekvieno asmens prigimtinė teise visapusiškai dalyvauti visuomenės gyvenime. Integracija reiškia skirtumų pripažinimą, suteikiant vietą žmogui, kuris kitaip būtų atstumtas ar izoliuotas. Integracijos tikslas – skatinti visuomenę priimti individų kitoniškumą kaip normalų reiškinį (34). Istorijos eigoje požiūris į neįgaliuosius keitėsi. Viduramžiais neįgalūs asmenys buvo ignoruojami, jie buvo priversti maskuoti savo defektus, slėptis nuo aplinkinių. Iš psichinių ligonių buvo tyčiojama, juos rišdavo prie grandinės, marindavo badu, rodydavo turguose (16). Renesanso laikotarpiu, kuomet pradėta domėtis įvairiais antgamtiškais ir netradiciniais reiškiniais, Bažnyčia pradėjo bausti už „neaiškias“ praktikas, kurių nemaža dalis galėjo būti su psichikos sutrikimais, pvz. Europoje buvo plačiai paplitęs „raganų“ deginimo reiškinys (15). Atgimimo epochos humanizmo idėjos keitė požiūrį ir į labiausiai likimo nuskriaustus žmones, pradėta steigti globos įstaigos, kuriose neįgalieji buvo prižiūrimi, gydomi, įdarbinami. Nauja era neįgaliųjų priežiūros reabilitacijos srityje prasidėjo nuo Jungtinių Tautų Organizacijos, įsikūrusios 1945 metais, veiklos, kuri paskelbė daug deklaracijų, ginančių neįgaliųjų teises (16).

Socialinė įtrauktis vis labiau pabrėžiama kaip pagrindinis rezultatas asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, pasaulinės psichikos sveikatos srityje. Socialinė įtrauktis nėra nauja koncepcija psichikos sveikatos srityje, bet šiuo metu itin atnaujinamas dėmesys (35). Ypatingai tai aktualu integruojant į darbo rinką psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis. Kaip teigia PSO, žmonėms, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų, rasti darbą atviroje darbo rinkoje ar grįžti į darbą ir jį išlaikyti po gydymo dažnai yra iššūkis (36). Daugelis žmonių, turintys psichikos ir elgesio sutrikimų negali dalyvauti svarbiausiose visuomenės veiklose – jie yra socialiai atskirti. Darbas sumažintų atotrūkį. Turimas darbas, parama iš darbdavių, bendradarbių,

globėjų ir sveikatos bei priežiūros specialistų gali padėti greičiau sveikti ir atsigausti žmonėms, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais (37).

Akademinėje literatūroje bei taikomuosiuose tyrimuose galime rasti įvairių socialinės atskirties matavimo rodiklių. Studijos, nagrinėjančios socialinę integraciją, dažniausiai naudoja socialinės atskirties nebuvimą ar sumažėjimą kaip socialinės integracijos buvimo ar didėjimo požymį (38). Socialinės įtraukties skalė (SIS) Secker'io ir kolegų buvo sukurta siekiant įvertinti menų poveikį dalyvaujant socialinėje integracijoje, tarp suaugusių, gyvenančių Jungtinėje Karalystėje ir turinčių psichikos sveikatos sutrikimų. Skalė apima: socialinio kapitalo, socialinio priėmimo, bendradarbiavimo, saugumo, laisvalaikio ir kultūrinės veiklos, bei pilietiškumo sritis (35). Literatūroje randama ir kitokių būdų, kaip pamatuoti socialinę atskirtį ir socialinę integraciją, kadangi išmatuoti visus socialinės atskirties aspektus empiriškai yra pakankamai sudėtinga. 2011m. liepos 1d. Viešosios politikos ir vadybos bei darbo ir socialinių tyrimų institute atliktoje vertinimo ataskaitoje siūloma išskirti objektyvią ir subjektyvią socialinės atskirties dimensijas.

- *Objektyvią socialinės atskirties dimensiją* galime matuoti, pasinaudodami socialiniais ir ekonominiais rodikliais, pagal kuriuos duomenis renka valstybės institucijų. Galime vertinti užimtumą (ar dirba, ar darbas pastovus), pajamų šaltinį ir lygį (kiek uždirba, ar pajamos stabilios, ar gauna socialines pašalpas) ir t. t. Tačiau tokiu atveju esame priversti matuoti kiekvieną atskirties dimensiją atskirai – atskirtis nuo darbo rinkos, atskirtis nuo naudojimosi kokybiškomis paslaugomis, sveikatos apsauga, būstu, atskirtis nuo politinio gyvenimo ir pan.
- *Subjektyvi socialinės atskirties dimensija* yra subjektyvus atskirties suvokimas. Tokio vertinimo metu siekiama nustatyti, ar pats individas arba individų grupė supranta save kaip esantį atskirtyje ir turintį ribotas galimybes dalyvauti socialiniame gyvenime. Surinkti reikiamus duomenis galima tik bendraujant su pačiu individu, t. y. interviu ar apklausų būdu. Subjektyvi socialinės atskirties dimensija yra labai svarbi, bandant suprasti atskirties kompleksiskumą (38).

Pasak D. Vigo įveikus vyriausybės ir finansuotojų nusistovėjusį požiūrį, apatiją, galima sušvelninti žmonių, socialines ir ekonomines išlaidas psichikos ligoms (39). Integruojant psichikos sveikatos priežiūrą į pirminės sveikatos priežiūrą galima sumažinti pasaulinę naštą dėl psichikos sutrikimų (40). Nuo 25 ir 50 % suaugusių psichikos ligų galima išvengti ankstyvos intervencijos vaikystėje ir paauglystėje dėka. Ekonominė nauda ankstyvąja intervencija buvo įvertinta santykiu 1 : 6 – vidutiniškai viršytų išlaidas (5). Tam antrina ir Gimma su kolegomis, jų

atliktas tyrimas atskleidė, jog ankstyvosios intervencijos programos gali sumažinti išlaidas asmenims, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais (41).

Nors esama pozityvių pokyčių neįgaliųjų socialinės integracijos srityje, jų situacija tebėra sudėtinga (6). Mes ir toliau turime vis garsiau kalbėti apie psichikos sveikatą ir psichikos ligos, tai patvirtinta ir S. Thomas su kolegomis (5).

3.5 Neįgalumo nustatymo tvarka Lietuvoje

3.5.1 1918 – 1940 metai

Pirmąsias savarankiškos Lietuvos socialinės pagalbos invalidams pensijas galima sieti su 1918 m. (42). 1918 m. vasario 16 d. Lietuvos Taryba, pirmininkaujama Jono Basanavičiaus, vienbalsiai priėmė ir paskelbė Lietuvos nepriklausomybės aktą, skelbiantį atstatanti nepriklausomą demokratinę Lietuvos valstybę su sostine Vilniumi ir nutraukia buvusius jos valstybinius ryšius su kitomis tautomis (43). Kiek vėliau, 1922 m. rugpjūčio 21 d. priimtas „Netekusiems sveikatos kariams, jų šeimoms, taip pat žuvusiųjų karių šeimoms pensijų įstatymas“ (42). Jis buvo skirtas aprūpinti valstybės pensijomis ir pašalpomis sveikatos netekusius Lietuvos kariuomenės karius, jų šeimas ir žuvusiųjų karių šeimas. <...> Šiuo įstatymu privalomai buvo draudžiami Lietuvos kariuomenės kariai ir karuose nukentėję invalidai (44).

Pensininkai	1931	1932	1933	1934	1935	1936
1. Kariai	136	151	179	199	243	302
2. Lietuvos karo invalidai	438	477	525	585	530	672
3. Rusų armijos invalidai	558	721	774	794	807	807
4. Pasižymėję „	93	143	134	153	197	224
5. Ordino kavalieriai	–	–	–	–	8	16
6. Buvę Vokietijos tarn.	219	135	126	122	179	159

1 pav. Karių pensijų fondo pensininkų kitimas 1931 – 1936m. (45).

Karių pensijų fondo pensininkų ir iš valstybės išdo gaunančiųjų pensiją skaičius iš metų į metus didėja. Daugiausiai skiriama rusų armijos invalidams ir buvusiems Vokietijos tarnautojams, kurie dirbo Klaipėdos krašto teritorijoje prieš prijungimą prie Lietuvos (45). „Karo invalidų pensijų įstatymas“ dar buvo patobulintas ir keistas 1930 m. kovo 12 d. (46).

1926 m. taip pat priimtas dar vienas įstatymas: 1926 m. balandžio 10 d. (Nr. 221) paskelbtas „Valstybės tarnautojų pensijų ir pašalpų įstatymas“ (47). Po priėmimo dar keletą kartų pakeistas 1933 m. rugpjūčio 12 d. ir 1939 m. balandžio 29 d. (46). Šiuo įstatymu buvo draudžiami visi valstybės civiliai tarnautojai. Įstatymo tikslas – ne tik drausti senatvės pensija,

bet ir teikti papildomas pašalpas ir kitą pagalbą visiems esamiems ir išėjusiems į pensiją valstybės tarnautojams bei jų šeimos nariams ligos, nelaimės atveju arba sulaukus senatvės <...> Kita draudimo rūšis, priimta tarpukariu išskirtinai tik pramonės darbininkų padėčiai gerinti, buvo nelaimingų atsitikimų darbe draudimas (44). „Draudimo nuo nelaimingų atsitikimų įstatymas“ priimtas 1936 m. balandžio 30 d. (V. Ž. Nr. 531) ir įsigaliojo nuo 1937 m. sausio 1 d. (11). Šis įstatymas aprėpė tik pramoninėje gamyboje arba su ja susijusių nelaimingų atsitikimų draudimą <...>. Nukentėję darbe asmenys turėjo teisę nemokamai gauti medicininę pagalbą, jiems buvo skiriamos laikino nedarbingumo, laidotuvių pašalpos, taip pat invalidumo bei netekus maitintojo pensijos <...>. Kadangi apie 86% visų gyventojų gyvena kaimuose arba mažuose miesteliuose ir verčiasi žemdirbyste, netrukus, 1938 m. gruodžio 5d., buvo priimtas žemės ūkio darbininkų nelaimingų atsitikimų darbe draudimą reguliuojantis įstatymas – pirmasis tarpukariu išleistas įstatymas, numatantis bent vienos rūšies žemės ūkyje užimtų gyventojų draudimą (44).

3.5.2 1940 – 1990 metai

Iki 1940m. senatvės ir invalidumo pensijomis buvo aprūpinti kariai, savivaldybių tarnautojai, valstybės vietos, verslo ir nusipelnę veikėjai. 1918 – 1940 m. tarpukario Lietuvos socialinio draudimo sistemos kūrėjai buvo pasiryžę reformuoti senąją socialinio draudimo sistemą remdamiesi Vakarų Europos šalių analogų pavyzdžiais ir standartais. Šios reformos tikslas – sukurti modernią ir progresyvią socialinio draudimo sistemą, užtikrinančią minimalią socialinę apsaugą tam tikrais pripažintų rizikų atvejais: ligos, senatvės, nelaimingų atsitikimų darbe (44). 1940 m. birželio 15 d. sovietinė okupacija sustabdė ir nutraukė pradėtų reformų kūrimą (48).

Sovietų Sąjungos okupacija lėmė tolesnę socialinės pagalbos invalidams pensijų sistemos raidą penkeriems dešimtmečiams. Ji veikė iki pat atkuriant Lietuvos Nepriklausomybę 1990 m. kovo 11 d. (42). 1985 m. sausio 17 d. nutarimu Nr. 18 Lietuvos TSR Ministrų Tarybos ir Lietuvos Respublikinės Profesinių Sąjungų Tarybos sprendimu priklausomai nuo darbingumo netekimo laipsnio invalidumas skirstomas į tris grupes <...>. Invalidumą nustatydavo bendrojo profilio ir specializuotos medicininės – socialinės ekspertizės komisijos (VMSEK) – 5 respublikinės ir 25 teritorinės. <...> Nustatant invalidumą realiai dominavo tik medicininė, patologijos įvardijimo lygmens informacija (49).

3.5.3 1991 – 2016 metai

Atkūrus Nepriklausomybę, 1991 m. lapkričio 28 d. Lietuvos Respublikos Aukščiausioji Taryba priėmė Invalidų socialinės integracijos įstatymą Nr. I-2044. Jame numatyta, kad vaikams iki 16 metų amžiaus invalidumą nustato valstybinių gydymo ir profilaktikos bei specializuotų įstaigų, teikiančių medicininę pagalbą vaikams ir paaugliams, o asmenims nuo 16 metų amžiaus – VMSEK (27). Pagal pasireiškimo laipsnį invalidumas skirstomas į tris grupes – I, II, III. Bendrojo ir profesinio darbingumo netekimas reiškiamas procentais (50).

2005 m. vasario 22 d. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu Nr. A1-50 VMSEK prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos reorganizuojama skaidymo būdu, padalijant į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą (NDNT) prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Ginčų komisiją prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Reorganizacijos tikslas – įgyvendinti Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymą, kuris įsigalioja nuo 2005 m. liepos 1 d. Šio įstatymo nuostatos numato, kad vaikų neįgalumo lygį, darbingo amžiaus žmonių darbingumo lygį nustato viena institucija – NDNT. Siekiant užtikrinti efektyvų ir nešališką ginčų dėl neįgalumo ir darbingumo lygio nagrinėjimą, Ginčų nagrinėjimo funkcija priskiriama Ginčų komisijai (50). Specialiųjų poreikių nustatymo pensinio amžiaus asmenims funkcija NDNT perduota tik 2010 m. liepos mėnesį, iki tol tai atlikdavo asmens sveikatos priežiūros įstaigų gydytojų konsultacinės komisijos (49).

Objektyviau ir individualiau darbingumo lygis pradėtas vertinti nuo 2014 m. liepos 1 d., įvedus asmens veiklos ir gebėjimo dalyvauti klausimyną. Vaikams tokia tvarka taikoma nuo 2012 m. birželio 1 d., t. y. nustatant vaikų neįgalumą vertinama ne tik jų sveikata (medicininiai kriterijai), bet ir gebėjimas dalyvauti kasdiniame fiziniame, socialiniame ir gydomajame gyvenime, atsižvelgiant į amžiaus grupę (51).

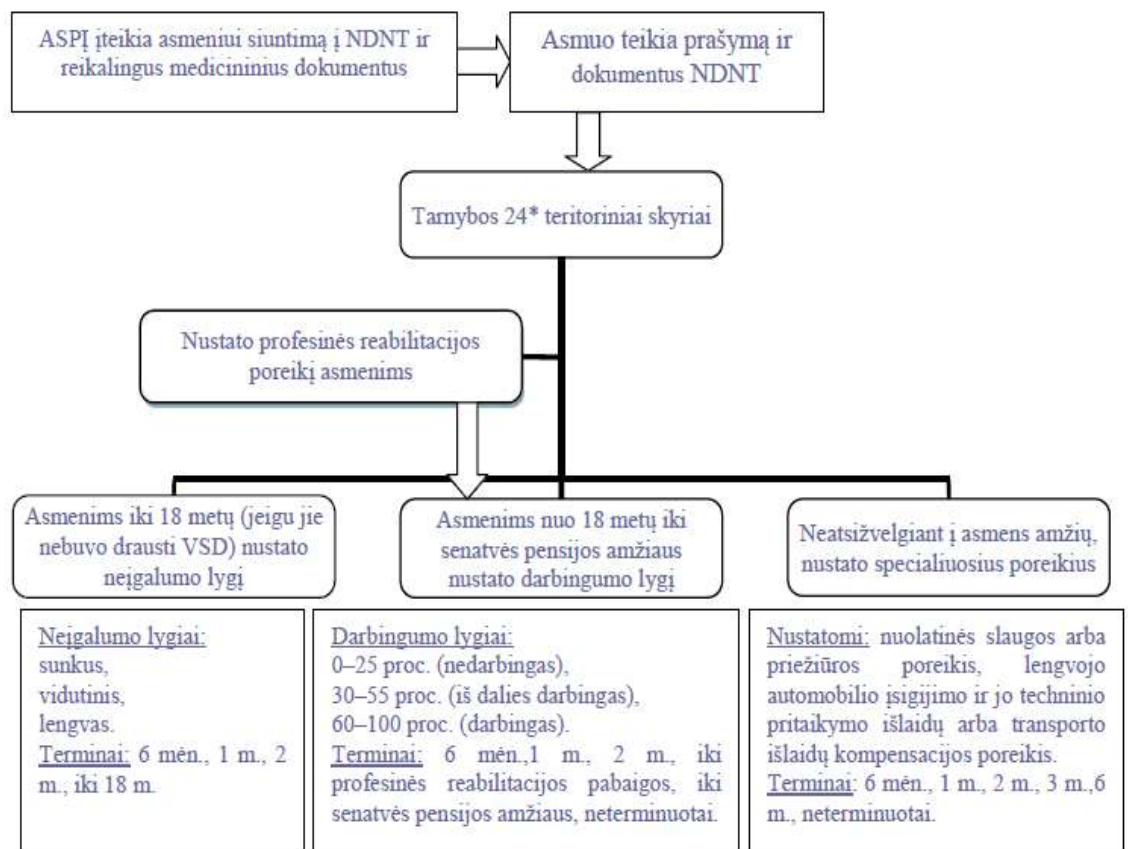
Taigi, NDNT teikia ir šiuo metu nustato:

- *Neįgalumo lygį (NL)* – tai kompleksiskai įvertinus nustatytas asmens sveikatos būklės, savarankiškumo kasdieninėje veikloje ir galimybių ugdytis netekimo mastas. Jis nustatomas asmenims iki 18 metų, išskyrus tiems, kurie yra arba buvo draudžiami valstybiniu socialiniu draudimu <...> Vaikui gali būti nustatytas sunkus, vidutinis arba lengvas neįgalumo lygis (51).
- *Darbingumo lygį (DL)* – nustatomas asmenims nuo 18 metų iki senatvės pensijos amžiaus, kompleksiskai, vertinant ne tik medicininius, bet ir funkcinis, profesinius bei kitus kriterijus ribojančius asmenis darbingumą. Darbingumo lygis nustatomas vadovaujantis darbingumo lygio nustatymo kriterijų aprašu ir darbingumo lygio nustatymo tvarkos aprašu (49). Darbingumo lygis nustatomas 5 proc. intervalais nuo 0 iki

25 proc., nuo 30 iki 55 proc. ir nuo 60 iki 100. Nustačius pastarąjį darbingumo lygį, asmuo laikomas darbingu (51).

- *Bendruosius pirminius specialiuosius poreikius (SP)* – tai yra neįgalaus asmens specialiosios pagalbos reikmė, atsirandanti dėl asmens įgimtų ar įgytų ilgalaikių sveikatos sutrikimų ir nepalankių aplinkos veiksnių. Asmeniui, neatsižvelgiant į jo amžių, neįgalumo arba darbingumo lygį, siekiant užtikrinti jų lygias teises ir galimybes visose gyvenimo srityse. Gali būti nustatyti Specialieji poreikiai: specialusis nuolatinės slaugos poreikis; specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis; specialusis transporto išlaidų kompensacijos poreikis; specialusis lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos poreikis (49).
- *Profesinės reabilitacijos poreikį* – profesinės reabilitacijos paslaugų poreikis nustatomas asmenims, kurie be šių paslaugų negali dirbti ankstesnio darbo pagal įgytą profesinę kvalifikaciją (arba kito ją atitinkančio darbo) arba įgyti naujos profesinės kvalifikacijos (arba atlikti kitos profesinės kvalifikacijos reikalaujančius darbus) dėl ligos, sveikatos būklės ar organizmo funkcijų sutrikimų (51).

NDNT nustatymo tvarka pavaizduota 2 pav.:



*Tarnyboje iki 2012 03 15 buvo 25 teritoriniai skyriai

2 pav. Neįgalumo ir darbingumo lygių, specialiųjų poreikių, profesinės reabilitacijos poreikio nustatymo NDNT tvarka.

3.5.4 Apibendrinimas

Profesorius A. Germanavičius, nagrinėjęs neįgalumo ir darbingumo nustatymo tvarką bei NDNT veiklos principus padarė tokią išvadą, kad 2005 m. pakeitus NDNT darbo principus, asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, reabilitacijos praktika ne tik nepagerėjo, bet net pablogėjo. Kadangi NDNT darbinės rekomendacijos pagrindą sudaro ne gebėjimų įvertinimas, o vien tik taikytinų apribojimų išvardijimas, darbdaviai netiesiogiai skatinami nepriimti neįgaliųjų į tinkamą jiems darbą. O tai mažina neįgaliųjų integracijos veiksmingumą. Jis taip pat siūlo draudimus pakeisti įgalinimu, nes NDNT neįgaliesiems išduodamos darbinės rekomendacijos nesuteikia darbdaviui platesnės informacijos apie tai, ką proto arba psichinę negalią turintis asmuo galėtų dirbti konkrečioje darbo vietoje (17).

NDNT ne visada gali priimti teisingus sprendimus dėl DL ar SP. Kilus abejonėms, NDNT neturi įgaliojimų kreiptis į nepriklausomus ekspertus dėl nustatytos diagnozės patikslinimo ir atliktų tyrimų pakankamumo. Be to, nustatant DL, didžiausią įtaką turi medicininiai kriterijai, o ne realios asmens galimybės dirbti (32). Užsienio šalių praktika rodo, kad tikslinga didinti funkcinį ir profesinį kriterijų įtaką (52).

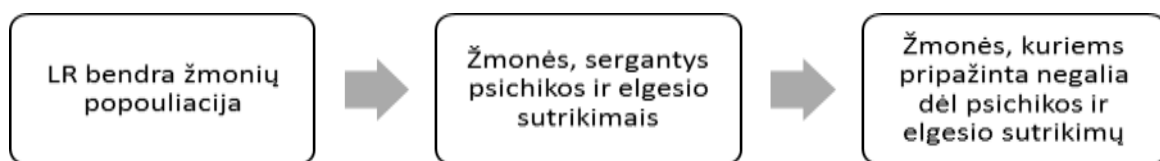
Taip pat pastebima, jog keičiama ketvirtadalis pakartotinai patikrintų Tarnybos teritorinių skyrių sprendimų (32). NDNT nepasirūpinusi prieiga prie duomenų bazių, kuriose yra informacija apie asmens gydymą bei darbinius santykius, todėl priimdama sprendimus dėl DL nustatymo, daugiausiai vadovaujasi tik asmenų pateikta informacija žodžiu ir jų pateiktais popieriniais dokumentais. Sistemos savo priimamų sprendimų rizikai vertinti NDNT taip pat nėra sukūrusi – nėra nustačiusi sprendimų atrankos planinei kontrolei kriterijų, o pačios kontrolės mastas nedidelis, todėl ji nėra efektyvi (52).

Valstybės kontrolė atliko auditą, valstybės kontrolierė G. Švedienė apibendrinė, jog DL nustatymo procesas turi rimtų trūkumų, todėl nukenčia tie, kuriems valstybės pagalba iš tikrųjų būtina. Profesinė reabilitacija taip pat nėra efektyvi, nes tikrasis profesinės reabilitacijos poreikis nežinomas, o ji nustatant, neatžvelgiama į patvirtintus prioritetus (32).

4. TYRIMO METODAI IR APIMTIS

4.1 Tyrimo apimtis

Tyrimo tikslinę populiaciją sudarė Lietuvos Respublikos bendra gyventojų populiacija. Tyrimo populiaciją sudarė asmenys, sergantys psichikos ir elgesio sutrikimais. Tyrimo imtį sudarė asmenys, kuriems pripažinta negalia dėl psichikos ir elgesio sutrikimų ir kurie kreipėsi į NDNT Vilniaus V TS dėl negalios nustatymo 2015m. 12mėn. – 2017m. 02mėn. Kiekybinio tyrimo dalies imties sudarymo schema apėta 3 paveiksle.



3 pav. Kiekybinio tyrimo dalies imties schema

4.2 Tyrimo tipas

Tyrimo tipas yra aprašomasis – analitinis: aprašomoji analizė iš NDNT 2007 – 2015 metinių statistinių rodiklių, analizuojami administraciniai NDNT duomenys – naudojamas „Asmens veiklos ir gebėjimų dalyvavimo klausimynas“, papildytas turimais apie asmenis socialiniais duomenimis, kurie buvo pateikti nustatyti negalią prašymo formoje, taikytas trianguliacijos metodas ir atliktas kokybinis vertinimas, kurio metu patikrinti kiekybinės analizės metu gauti duomenys, atliekant kokybinį tyrimą.

4.3 Tyrimo metodika

Aprašant negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų tendencijas Lietuvoje buvo išanalizuoti DL, NL, SP ir profesinės reabilitacijos duomenys gauti iš NDNT 2007 – 2015 metinių ataskaitų iš 10 apskričių (Alytaus, Kauno, Klaipėdos, Marijampolės, Panevėžio, Šiaulių, Tauragės, Telšių, Utenos, Vilniaus). Gyventojų skaičiaus duomenys 2007 – 2015 m. periodu, pagal apskritis ir lytį, gauti iš Lietuvos statistikos departamento ataskaitų. Lietuvoje gyvenančių neįgalųjų skaičius gautas iš SADM (Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos) parengtų metinių ataskaitų. Microsoft Office Excel 2016 kompiuterine programa apskaičiuoti pirmą kartą ir pakartotinai besikreipiančių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų (F00 – F99 - ligų kodai pagal

TLK-10-AM) negalių skaičiai, tenkantys 100 000 gyventojų – standartizuoti rodikliai. Sudaryti ir išanalizuoti trijų dimensijų grafikai (ang. - *levelplot*) RStudio 1.0.136 programa.

Trianguliacijos metodu buvo įvertinti tyrimo radiniai dėl psichikos negalių turinčių asmenų integracijos (atlikti kiekybinis ir kokybinis tyrimai) ir galimybių integruotis darbo rinkoje. Išaiškinant neįgaliųjų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų integracijos paplitimui analizuojamas NDNT Vilniaus V TS 2015m. 12mėn. – 2017m. 02 mėn. užpildytas „Asmens veiklos ir gebėjimų dalyvavimo klausimynas“ (priedas Nr. 1), kuris papildytas turimais apie asmenis duomenimis, kurie buvo pateikti prašymo formoje nustatyti negalią. Klausimynas sudarytas iš 19 klausimų, suskirstytų į 2 dideles grupes:

- I. Profesinė, darbinė veikla bei aplinkos prieinamumas – klausimai apie profesinę kvalifikaciją, turimą darbo patirtį, bei fizinės, darbinės ir informacinės veiklos pritaikymą. Atsakymui nurodomas 1 iš tinkamiausių siūlomų atsakymų.
- II. Veikla ir gebėjimas dalyvauti. Šioje dalyje įvertinamas mobilumas, pažinimas, bendravimas, savarankiškumas, kasdienės veiklos įgūdžiai. Galima pasirinkti vieną iš 5 variantų: niekada, beveik niekada, kartais, dažnai, beveik visada/ visada.

Anketa papildyta demografiniais ir socialiniais duomenimis, bei gretutiniais susirgimais iš asmens prašymo formos:

- Amžiaus grupė: iki 34m., 35 – 44m., 45 – 54m., 55m. ir daugiau;
- Išsilavinimas: neturi jokio išsilavinimo – mokyklos nelankė, pradinis, pagrindinis, vidurinis, profesinis, aukštesnysis, aukštasis;
- Gyvenamoji vieta: Vilnius, Vilniaus rajonas, miestai ir miesteliai;
- Gretutinėmis ligos: nervų sistemos ligos, lyties ir šlapimo sistemos ligos, jungiamojo audinio ir raumenų, bei skeletų ligos, kraujotakos sistemos ligos, endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos, virškinimo sistemos ligos, simptomai, požymiai ir nenormalūs klinikiniai bei laboratoriniai radiniai, ausų ir akių ligos, traumas ar išoriniai sužalojimai, kvėpavimo sistemos ligos, infekcinės ligos, piktybiniai navikai, kraujo ir kraujodaros organų ligos, bei sutrikimai susiję su imuniniais mechanizmais (D, G, N, M, I, E, K, R, H, T, J, B, C gr. ligos, pagal TLK-10-AM sistemą).
- Darbo trukmė: patentas, 1et., 0,75et., 05et., 0,25et.;
- Darbo pobūdis: nekvalifikuotas darbas, pagalbiniai darbai, profesinis darbas, vadovaujamas darbas;
- Darbo stažas: nurodomi darbinės veiklos metai;

Duomenys nuasmeninti – naudojami tik pagal NDNT bylos numerį – taip išvengiama konfidencialumo pažeidimo.

Kiekybinės analizės metu rezultatai buvo validuoti vykdant kokybinį tyrimą, kurio metu patikrinti gauti rezultatai kokybiškai. Buvo pasirinktas griežtai struktūruotas individualus interviu metodas. Tai – kokybinio tyrimo individualaus interviu tipas, kuomet remiamasi iš anksto tyrėjo paruoštu interviu planu, kuriame numatytos konkrečios klausimų formuluotės bei nustatyta griežta klausimų pateikimo seka. Atliekant griežtai struktūruotą interviu visi respondentai gauna vienodus klausimus, vienodomis formuluotėmis ir vienoda seka (53). Klausimynas buvo nusiųstas kaip anketa elektroniniu paštu. Tyrimo interviu klausimai:

- Kiek laiko dirbate su psichikos ir elgesio sutrikimų turinčiais asmenimis?
- Ar žmogų sergantį psichikos ligomis laikote visaverčiu darbo rinkoje? Pakomentuokite.
- Kaip manote, ar žmonės sergantys psichikos ligomis turi galimybę integruotis į darbo rinką Lietuvoje? Kodėl?
- Kas, Jūsų nuomone, apsunkina psichikos ligomis sergančių žmonių integraciją į darbo rinką? Pateikite konkrečius pavyzdžius.
- Kaip manote, su kokiais pagrindiniais sunkumais susiduria žmonės sergantys psichikos ligomis ieškant darbo?
- Kaip reikėtų spręsti žmonių sergančių psichikos ligomis įdarbinimo ir integracijos galimybes?

Šioje tyrimo dalyje pastebėta, kad plačiau ir išsamiau atsakinėjo tyrėjui labiau asmeniškai pažįstami respondentai. Taigi tokio tyrimo efektyvumas labai priklauso nuo respondentų pasitikėjimo tyrėju.

4.4 Pagrindinės kintamosios

Analizuojamos negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų asmenų darbo galimybės, pagal įvairias kintamąsias:

- pagal respondentų lytį (vyrai, moterys);
- pagal amžių (iki 34m., 35 – 44m., 45 – 54m., 55m. ir daugiau); pagal išsilavinimą (neturi jokie išsilavinimo – mokyklos nelankė, pradinis, pagrindinis, vidurinis, profesinis, aukštesnysis, aukštasis)
- pagal gyvenamąją vietą (Vilnius, Vilniaus rajonas, miestai ir miesteliai)
- pagal gretutines ligas: nervų sistemos ligos, lyties ir šlapimo sistemos ligos, jungiamojo audinio ir raumenų, bei skeletų ligos, kraujotakos sistemos ligos, endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos, virškinimo sistemos ligos, simptomai, požymiai ir nenormalūs

klinikiniai bei laboratoriniai radiniai, ausų ir akių ligos, traumos ar išoriniai sužalojimai, kvėpavimo sistemos ligos, infekcinės ligos, piktybiniai navikai, kraujo ir kraujodaros organų ligos, bei sutrikimai susiję su imuniniais mechanizmais (D, G, N, M, I, E, K, R, H, T, J, B, C gr. ligos, pagal TLK-10-AM sistemą)

- pagal darbingumo lygį (procentais)
- pagal darbingos veiklos trukmę (kokį darbo stažą metais turi respondentai)

4.5 Duomenų rinkimas ir tvarkymas

Kiekybiniai duomenys buvo renkami iš NDNT duomenų bazių, gavus leidimą (priedas Nr. 2). Naudoti tik anoniminiai duomenys, atpažįstami pagal NDNT bylos numerį. Sudarytas kodų aprašas pagal NDNT klausimyną, papildytą siuntimo duomenimis. Pagal sudarytą kodų aprašą tiriamųjų duomenys pirmiausia suvesti į duomenų bazę, sudarytą Microsoft Office Excel 2016 kompiuterine programa. Suvedus duomenims, buvo patikrinta ar nėra įvedimo klaidų, radus klaidas – jos buvo taisomos. Paruošus duomenis jie buvo eksportuojami į SPSS (22.0 versija).

Duomenų kokybės kontrolė buvo vykdoma ir po duomenų suvedimo. Prieš statistinę duomenų analizę, klaidų nustatymui, buvo atlikta duomenų bazės apžvalga, įvertinta kiekviena kintamoji, jos reikšmė ir dažnis.

Kiekybinės analizės tikrinimui naudojant kokybinį tikrinimą, buvo patikrinta ekspertų, dirbančių su psichikos ir elgesio sutrikimų turinčiais asmenimis, kiekybinės analizės metu gauti rezultatai. Su ekspertais susisiekti elektroniniu paštu. Naudotas griežtai struktūruotas interviu metodas – interviu tyrimo klausimai išsiųsti elektroniniu paštu. Gautiems duomenims apdoroti buvo atlikta turinio analizė.

4.6 Tyrimo organizavimas

Tyrimas buvo atliekamas gavus NDNT sutikimą naudoti anoniminius duomenis iš Vilniaus V teritorinio skyriaus (priedas Nr. 2). Kokybinio tyrimo dalies sutikimas laikomas – ekspertų bei paslaugų teikėjų sutikimas atsakyti į pateiktus klausimus raštu.

4.7 Duomenų analizė

Statistinė duomenų analizė atlikta panaudojant RStudio 1.0.136 programą, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programinę įrangą (22.0 versija) ir Microsoft Office Excel 2016 kompiuterinę programą. Kiekybiniai dydžiai lyginti pritaikant χ^2 kriterijų. Tolydžių

duomenų skirstinio normalumo vertinimui buvo naudojamas Kolmogorovo - Smirnovo testas. Statistinio ryšio stiprumas tarp kintamųjų, nesant normaliam tolydžių duomenų pasiskirstymui, buvo vertinamas taikant Spearman koreliacinį testą. Taip pat Spearman koreliacijos koeficientas naudojamas nustatyti ryšiui tarp dydžių. Naudotas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$, $p < 0,05$ – skirtumas statistiškai reikšmingas.

Dvinarės logistinės regresijos metodu analizuojama socialinių, demografinių ir elgsenos veiksnių įtaka dirbti – būti integruotiems darbo rinkoje Lietuvoje asmenims, sergantiems psichikos ir elgsenos sutrikimais. Dvinarės logistinės regresijos modelis padeda įvertinti veiksnių įtaką dirbti. Į galutinį modelį buvo įtraukti tie kintamieji, kurie atitiko statistinius kriterijus. Buvo patikrinta, ar visi regresoriai statistiškai reikšmingi (visos didžiausio tikėtinumo chi kvadrato kriterijaus p reikšmės $< 0,05$). Kintamųjų atrankai į modelį taikytas tikėtinumo santykio testas. Buvo vertinta ar pašalinus tam tikrą kintamąjį, modelis statistiškai reikšmingai pasikeičia ir nusprendžiama ar atitinkamą kintamąjį reikėtų palikti modelyje, ar jį galima pašalinti iš modelio. Tam naudotas Voldo testas, jei $p < 0,05$, tai kintamasis laikomas statistiškai reikšmingu ir modelyje paliekamas. Sudarius galutinius modelius, buvo apskaičiuotas šansų santykis ir jo 95% pasikliautiniai intervalai. Dvinarės logistinės regresijos modelio vertinimui buvo taikomi determinacijos pseudokoficientai: Cox ir Snell, Nagelkerke. Laikoma, jog modelio tikimas, kai determinacijos koeficientas $\geq 0,20$. Kuko matu patikrinta ar duomenų imtyje yra išskirčių, modeliui tinkama, kai Kuko matas ≤ 1 (54).

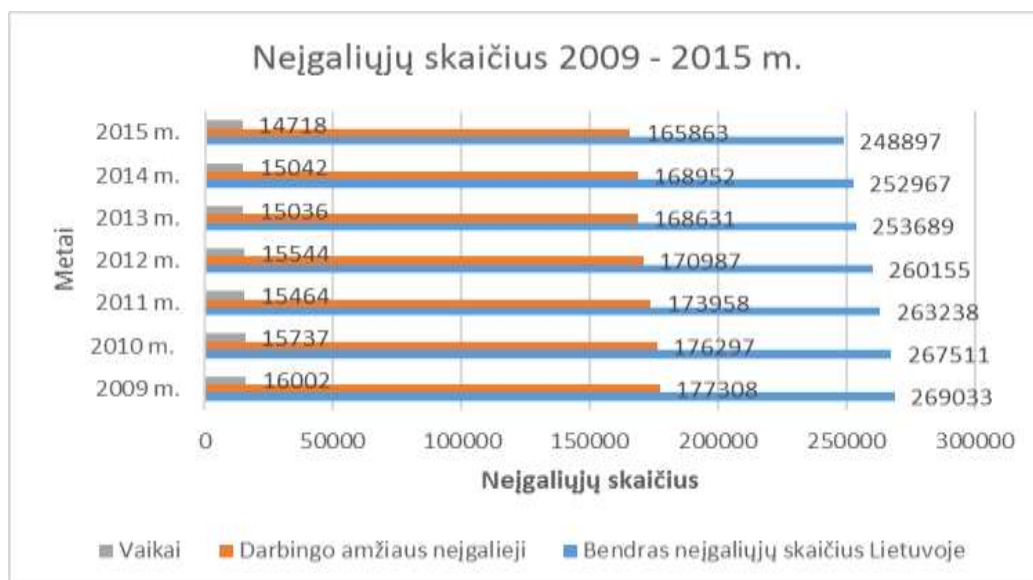
Kokybinio tyrimo duomenys buvo analizuojami taikant indukcinės kokybinės turinio analizės metodą. Buvo skaitomi gauti atsakymai ir vykdomas tematinio karkaso nustatymas. Tekste žymimos svarbiausios sąvokos, mintys, idėjos, kurie sugrupuoti į kategorijas. Kategorijų turinys perskirstomas, skaidomas į subkategorijas, formuojami kategorijų ir subkategorijų pavadinimai. Kategorijos ir subkategorijos tyrimo analizės metu interpretuojamos ir pagrindžiamos (55).

5. TYRIMO REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

5.1 Neįgalumo, dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų, dinamika Lietuvoje 2007 – 2015 metais

Lietuvoje renkant statistinius duomenis apie negalios paplitimą dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, susiduriama su sunkumais. Nėra bendros duomenų bazės, kuri registruotų darbingo amžiaus, vaikų ir pensijos sulaukusių žmonių negalios lygį pagal ligas ir amžiaus grupes visoje Lietuvoje ir jos apskrityse. NDNT vykdo tik naujai ir pakartotinai besikreipiančių klientų metines ataskaitas, tačiau tie asmenys, kuriems negalia nustatyta neterminuotai, jau nepatenka į kasmetinių ataskaitų sąrašus. Taip pat susiduriama su „duomenų praraja“ - duomenų iki 2007 m. NDNT tarnyba nėra išsaugojusi, nėra metinių ataskaitų, kurios padėtų išvelgti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų tendencijas.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis Lietuvoje 2015 m. gyveno 248 897 negalią turintys asmenys. Iš jų 165 863 buvo darbingo amžiaus, 14 718 – vaikai (56). Pagal 2010 m. SADM pateiktus duomenimis Lietuvoje gyveno apie 22 tūkst. asmenys, sergančių psichikos ligomis ar turinčių sutrikusio intelekto negalią, tai sudaro 8 proc. visų asmenų, turinčių negalią, skaičiaus Lietuvoje (9). Pagal SADM duomenis sudarytas grafikas, atspindintis Lietuvoje gyvenančių neįgaliųjų skaičius 2009 – 2015 m.:

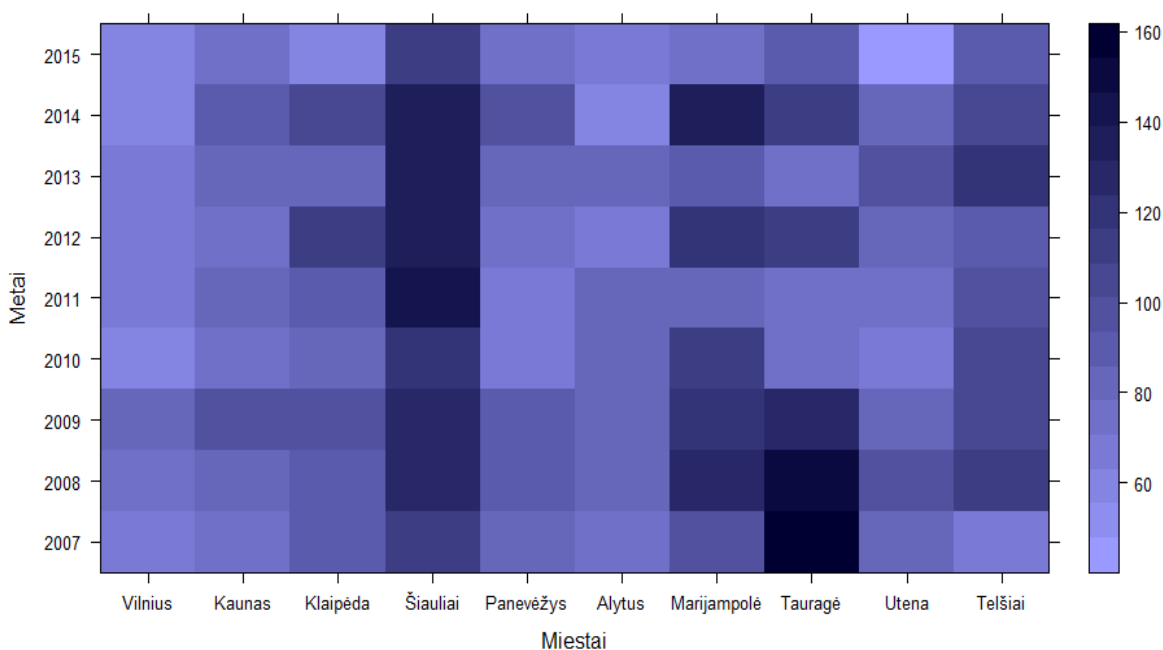


4 pav. Neįgaliųjų skaičius Lietuvoje 2009 – 2015 metais (grafikas sudarytas pagal SADM duomenis (56)).

5.1.1 Darbingumo lygis (DL)

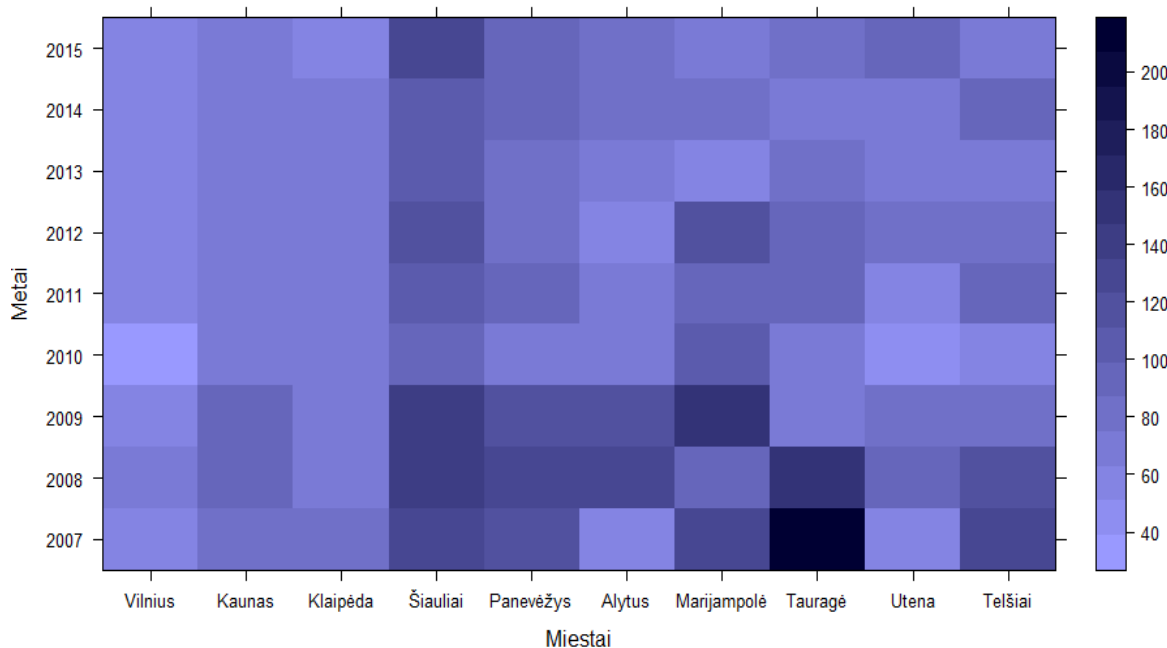
Pirmą kartą besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius Lietuvoje nėra pakankamai stabilus 2007 – 2015 m.: stebimi pakilimai 2008 – 2009 metais ir 2010 – 2014 metų periodais. 2015 metais pastebima mažėjimo tendencija visose Lietuvos miestuose, lyginant su 2014 metais.

Lyginant netolygumus tarp apskričių, matomi ypatingai dideli netolygumai tarp Šiaulių, taip pat Marijampolės ir Tauragės apskričių, lyginant su kitomis Lietuvos apskritimis. Atveju skaičius Šiaulių apskrityje 2014 m. net 129,48% didesnis, nei Alytaus apskrityje: Šiauliuose 2014 metais pirmą kartą buvo 135,21 neįgalieji dėl psichikos ir elgesio sutrikimų/ 100 000 gyventojų, lyginant tais pačiais metais su mažiausiai nustatyta apskritimi – Alytumi 58,92 neįgalieji/ 100 000 gyventojų.



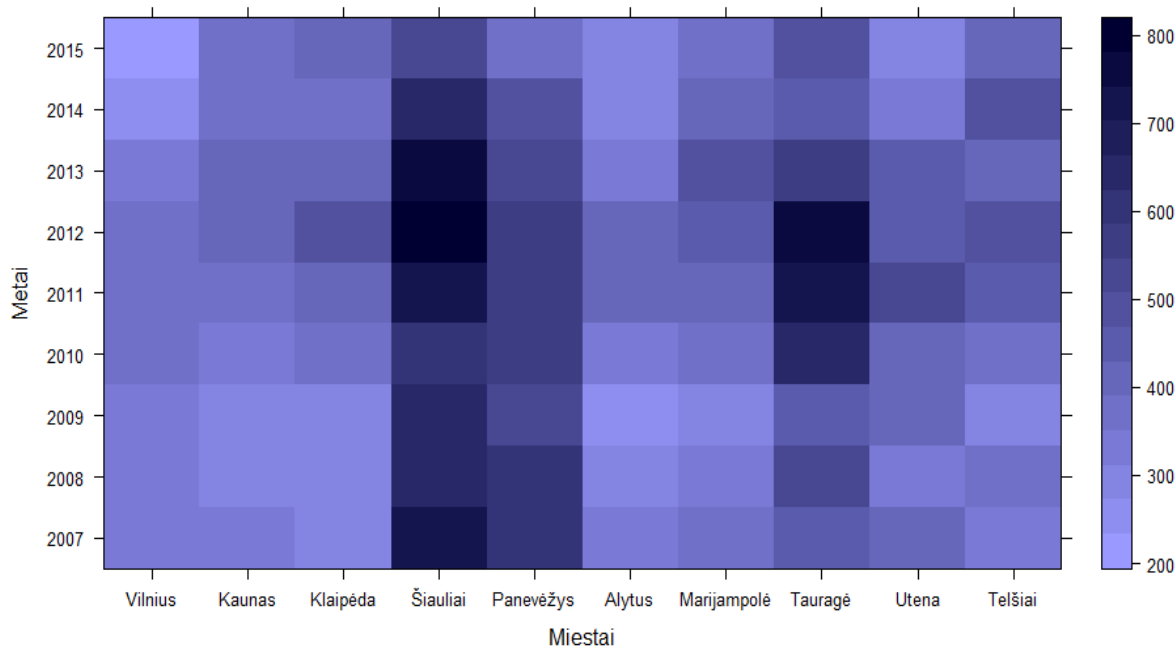
5 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

Moterų pirmą kartą besikreipiančių į NDNT dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius stabilesnis nei vyrų. Ypatingai tolygūs duomenys per 9 metus didžiuosiuose Lietuvos miestuose: Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje. 2010 metai – lūžio metai, kai, lyginant su 2009 metais, neįgaliųjų skaičius sumažėjo visoje Lietuvoje: 2009 metais visose Lietuvos apskrityse buvo nustatyta vidutiniškai 86,66 negalios atveju dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų, o 2010 metais – 62,38 neįgalieji/ 100 000 gyventojų. Taigi 2010 metais nustatyta vidutiniškai 38,92% mažiau psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių vyrų nei 2009 metais visoje Lietuvoje.



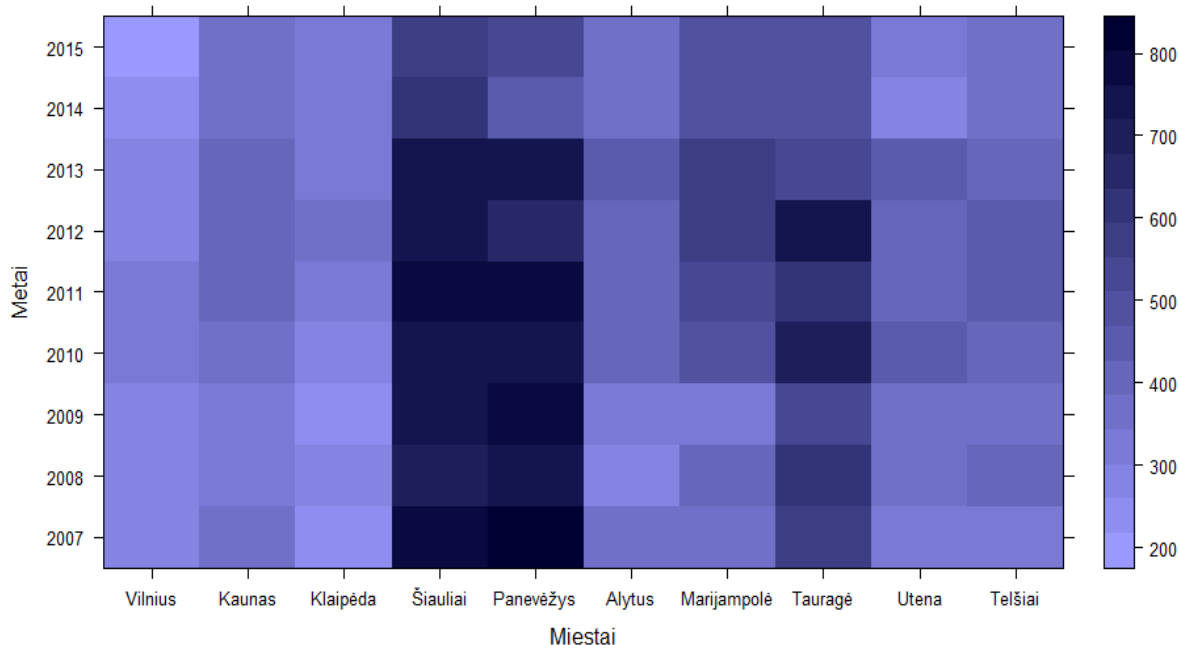
6 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

Pakartotinai besikreipiančių vyrų skaičius daugelyje apskričių mažėja paskutinius dvejus metus. Itin dideli skirtumai pastebimi Šiaulių, Panevėžio, Tauragės apskrityse, lyginant su kitomis apskritimis. Didžiausias rodiklis pakartotinai besikreipiančių vyrų į NDNT, dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, stebimas 2010 – 2013 metais visoje Lietuvoje.



7 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

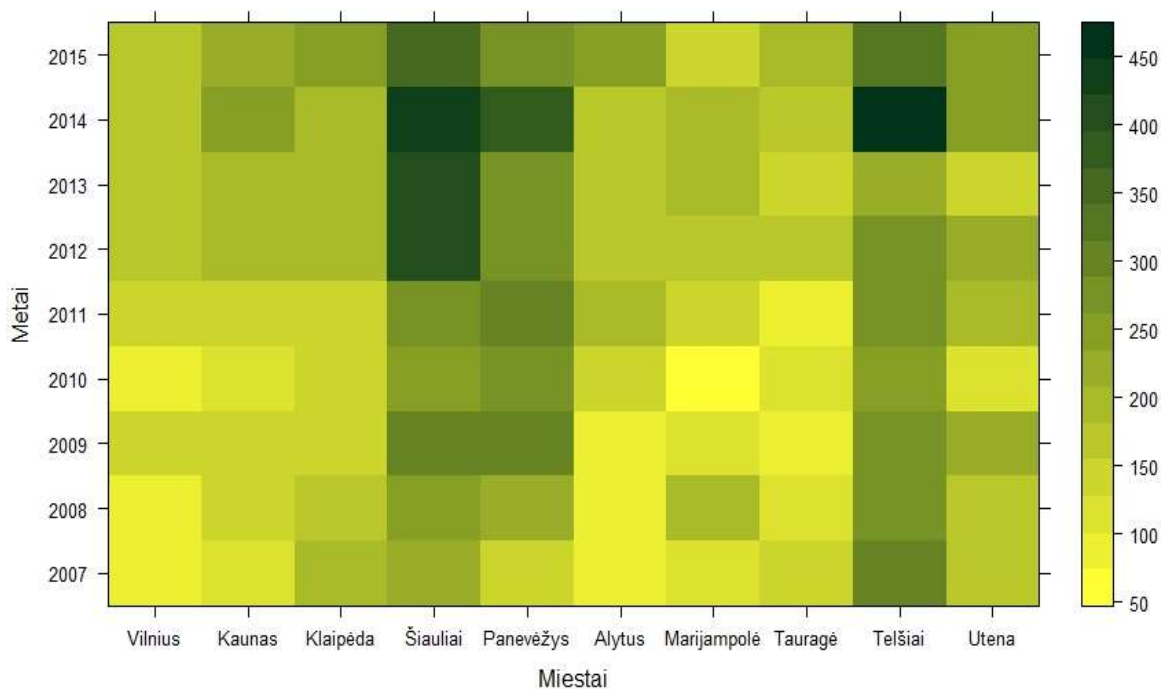
Tarp pakartotinai besikreipiančių moterų vėl stebima ryškiai išsiskiriančios trys apskritys – Šiaulių, Panevėžio ir Tauragės. Kaip ir vyrų, taip ir moterų, pakartotinai besikreipiančių į NDNT dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, daugiausia buvo besikreipiančių 2010 – 2013 metų periodu visose Lietuvos apskrityse.



8 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

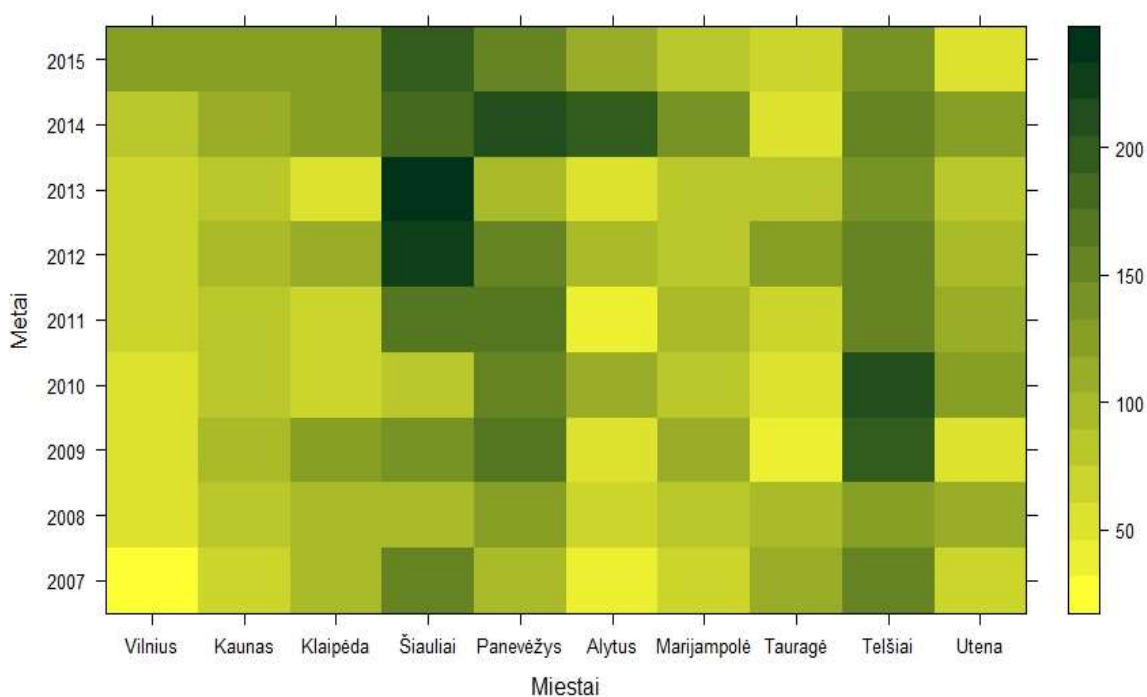
5.1.2 Neįgalumo lygis (NL)

Pirmą kartą besikreipiančių į NDNT berniukų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičiaus dinamika didėja. Ypatingai ryški didėjimo tendencija pastebima nuo 2012 metų. Ryškiausi skirtumai tarp apskričių pastebimi Šiaulių, Panevėžio ir Telšių apskrityse. Didžiausias atvejų skaičius buvo užregistruotas Telšiuose 2015 metais – 448,83 neįgalieji dėl psichikos ir elgesio sutrikimų/100 000 gyventojų. Mažiausias atvejų skaičius buvo fiksuojamas 2010 metais – Marijampolėje 73,64 neįgalieji/100 000 gyventojų.



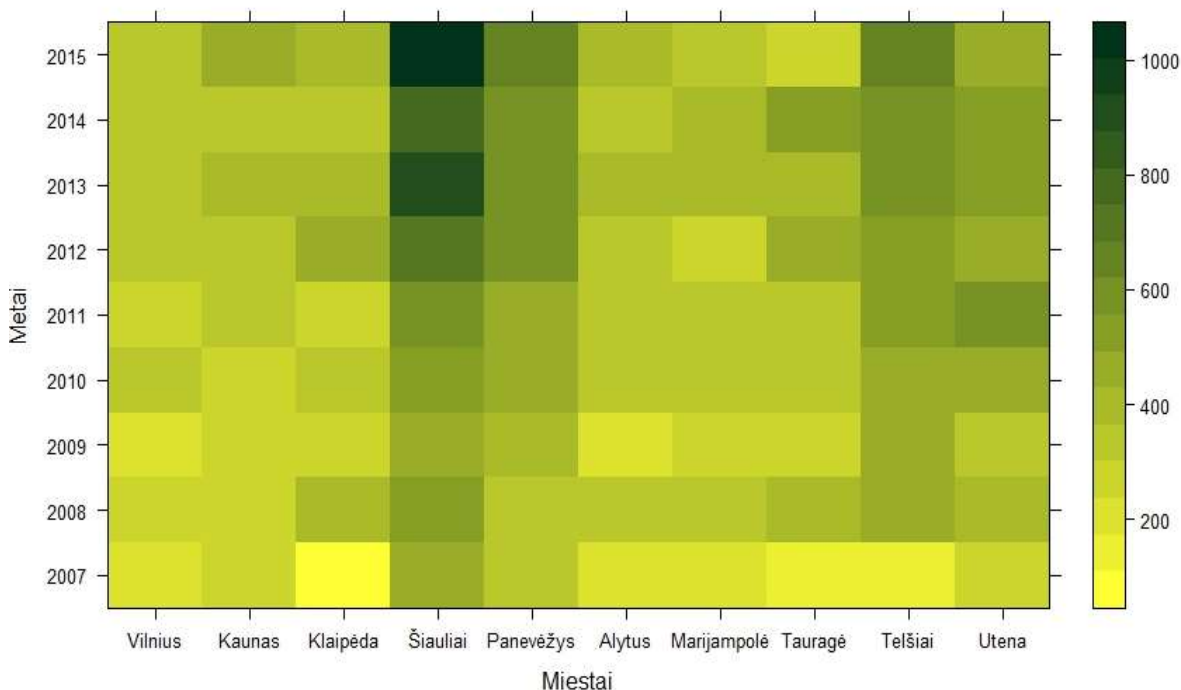
9 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių berniukų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

Didesni negalios skirtumai, nei pirmą kartą besikreipiančių berniukų, stebimi tarp pirmą kartą besikreipiančių mergaičių. Vėl išlieka 3 apskritys – Šiaulių, Panevėžio ir Utenos, kuriose pastebimi netolygumai, lyginant su kitomis apskritimis – besikreipiančių yra daugiausiai. Stabiliausiai NL fiksuojamas Vilniaus, Kauno ir Marijampolės apskrityse.



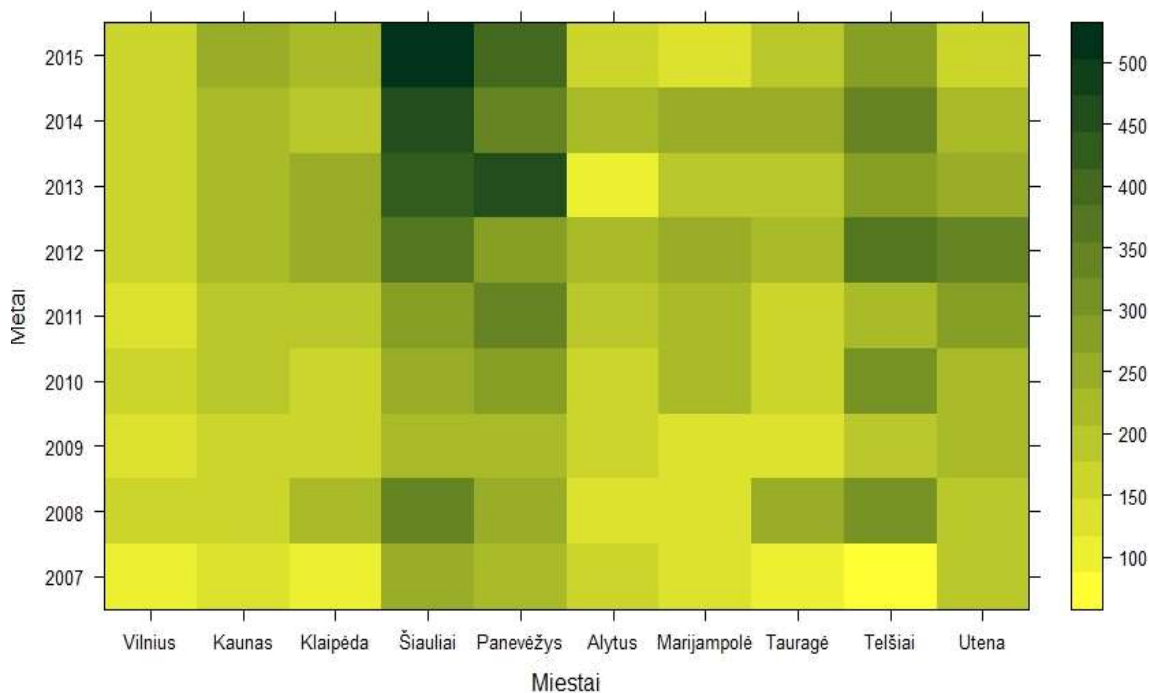
10 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių mergaičių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

Pakartotinai besikreipiančių į NDNT berniukų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų dinamika per 9 metus pakankamai tolygi. Šiaulių apskrityje rodikliai didžiausi, bet pastebimas nuoseklus didėjimas: 2007 metais pakartotinai besikreipiančių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų buvo 437,77 tenkančių 100 000 berniukų, o jau 2015 metais – 1003,31 neįgaliųjų/100 000 berniukų. Mažiausiai duomenys kito Vilniaus, Kauno, Marijampolės ir Alytaus apskrityse. Bendra nustatymų didėjimo tendencija visose apskrityse matoma nuo 2012 metų.



11 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių berniukų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

Pakartotinai besikreipiančių mergaičių, kaip ir berniukų, nustatymų didėjimo tendencija pastebima nuo 2012 metų. Didžiausi netolygumai tarp savivaldybių pastebimi Šiaulių ir Panevėžio apskrityse. Itin tolygūs duomenys nuo 2012 metų pastebimi Vilniaus apskrityje: 2012 metais buvo: 173,54 neįgalieji/ 100 000 gyventojų, 2013 metais – 172,45 neįgalieji/ 100 000 gyventojų, 2014 metais – 171,38 neįgalieji/ 100 000 gyventojų, 2015 metais – 179,21 neįgalieji/ 100 000 gyventojų. Daugiausia nustatymų stebima Šiaulių apskrityje 2015 metais: 502,59 neįgalieji/ 100000 gyventojų, o mažiausias – 2007 metais Telšiuose – 86,83 neįgalieji/ 100 000 gyventojų.

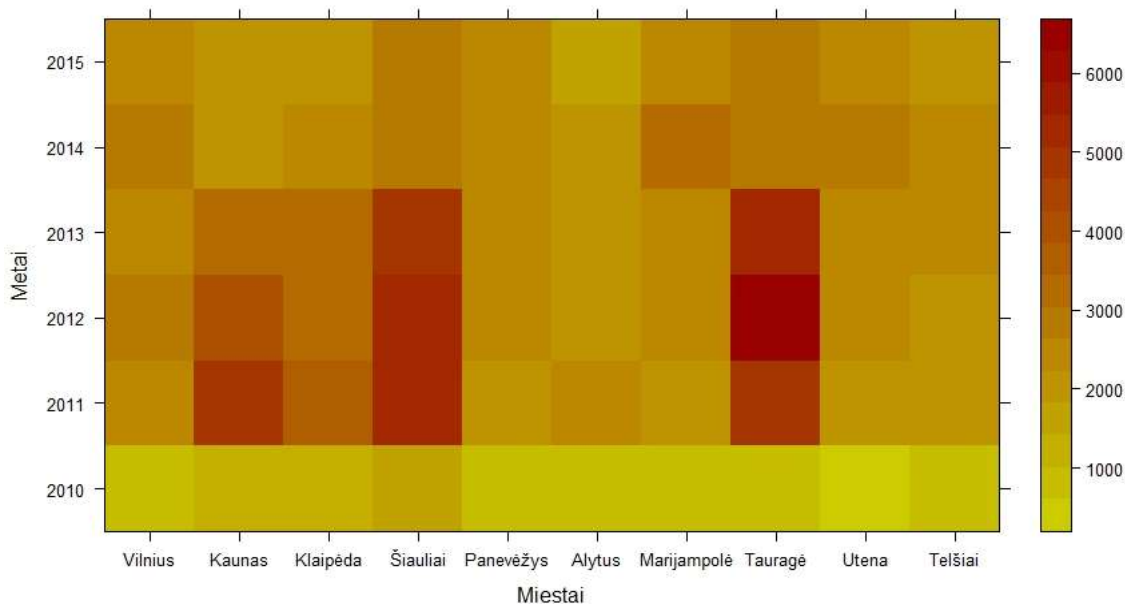


12 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių mergaičių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2007 – 2015 metais.

5.1.3 Specialieji poreikiai (SP)

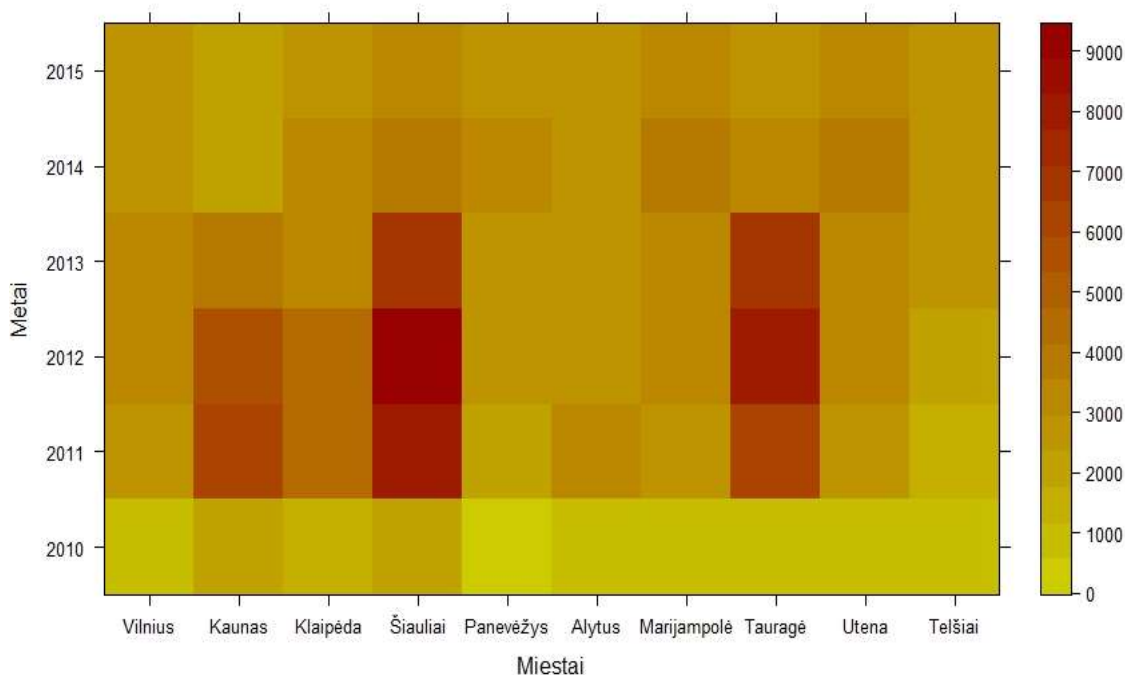
Duomenys apie specialiuosius poreikius NDNT duomenų bazėje yra išsaugoti nuo 2010 metų. NDNT tik nuo 2010 metų liepos mėnesio perduota nustatyti pensinio amžiaus žmonėms specialiuosius poreikius, iki tol tai atliko asmens sveikatos priežiūros įstaigos (49). Dėl šių priežasčių, visuose specialiųjų poreikių nustatymo grafikuose matomas skirtumas tarp 2010 m. ir 2011 m. Pabrėžtina, kad NDNT metinėse ataskaitose SP nėra išdiferencijuoti duomenys pagal ligas. Pateikiami tik atvejų skaičiai pagal lytį, amžių ir apskritis.

Pensinio amžiaus vyrams, kurie pirmą kartą kreipėsi dėl SP nustatymo, stebimas skaičiaus nuo 2014 metų mažėjimas. Daugiausia nustatymų fiksuojama 2011 metais Šiaulių apskrityje – 5196,21 negalieji/ 100 000 gyventojų. Mažiausia – Alytaus apskrityje 2015 metais – 1654,68 negalieji/100 000 gyventojų.



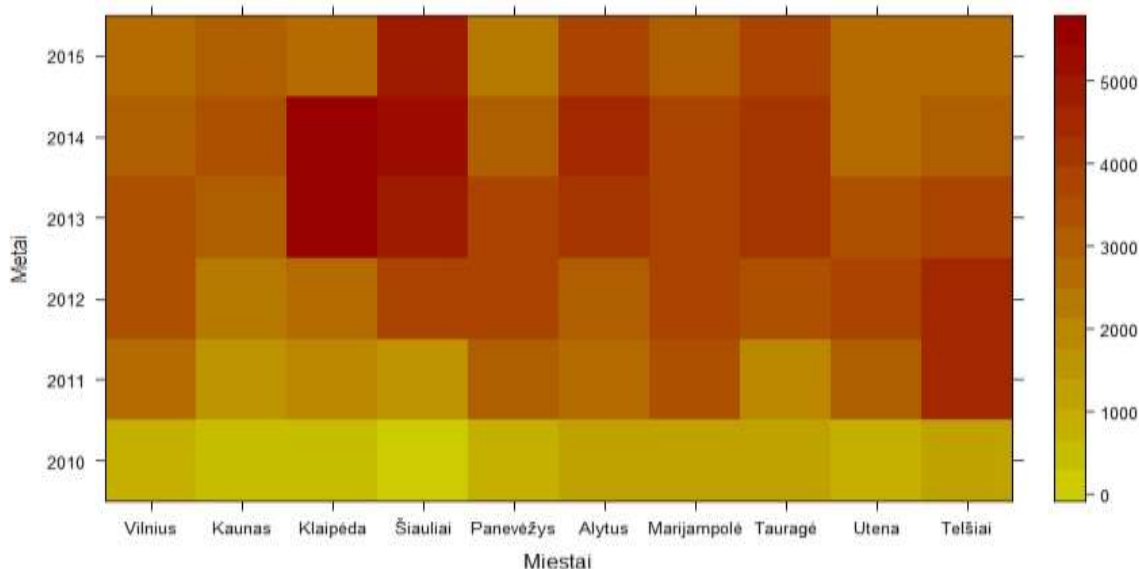
13 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais.

Tarp pirmą kartą besikreipiančių pensinio amžiaus moterų dėl SP nustatymo, fiksuojama stabili dinamika 2011 – 2012 metais. Labiausiai išsiskiria 3 apskritys: Kauno, Šiaulių ir Tauragės. Daugiausia nustatyta 2012 metais Šiaulių apskrityje – 8871,48 negalieji/ 100 000 gyventojų. Kauno apskrityje 2014 – 2015 m. fiksuojami mažiausi nustatymai lyginant su visomis Lietuvos apskritimis: 2014 m. buvo 2321,09 negalieji/ 100 000 gyventojų, o 2015 m. buvo 2218,02 negalieji/ 100 000 gyventojų.



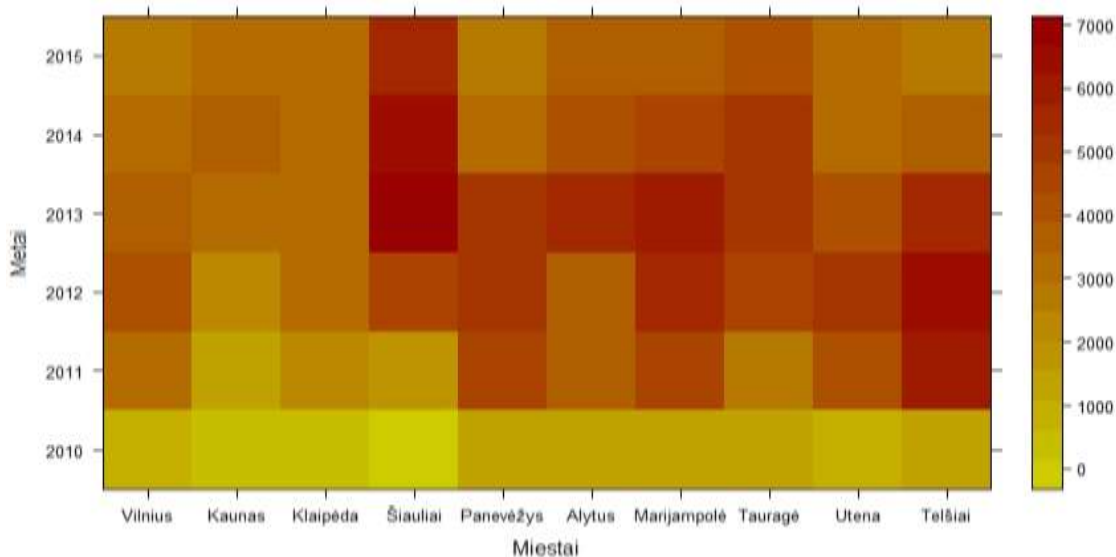
14 pav. Pirmą kartą į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais.

Pakartotinai besikreipiančių vyrų dėl SP nustatymo 2015m. stebima mažėjimo tendencija. Pakilimas pastebimas 2012 – 2014 m. laikotarpiu. Didžiausi rodikliai pastebimi Klaipėdos ir Šiaulių apskrityse. Didžiausias skaičius fiksuojamas Klaipėdoje 2013 m. 5435,16 negalieji/ 100 000 gyventojų. Mažiausias skaičius nuo 2011 metų nustatytas Šiaulių apskrityje – 1605,39 negalieji/ 100 000 gyventojų.



15 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių vyrų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100 000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais.

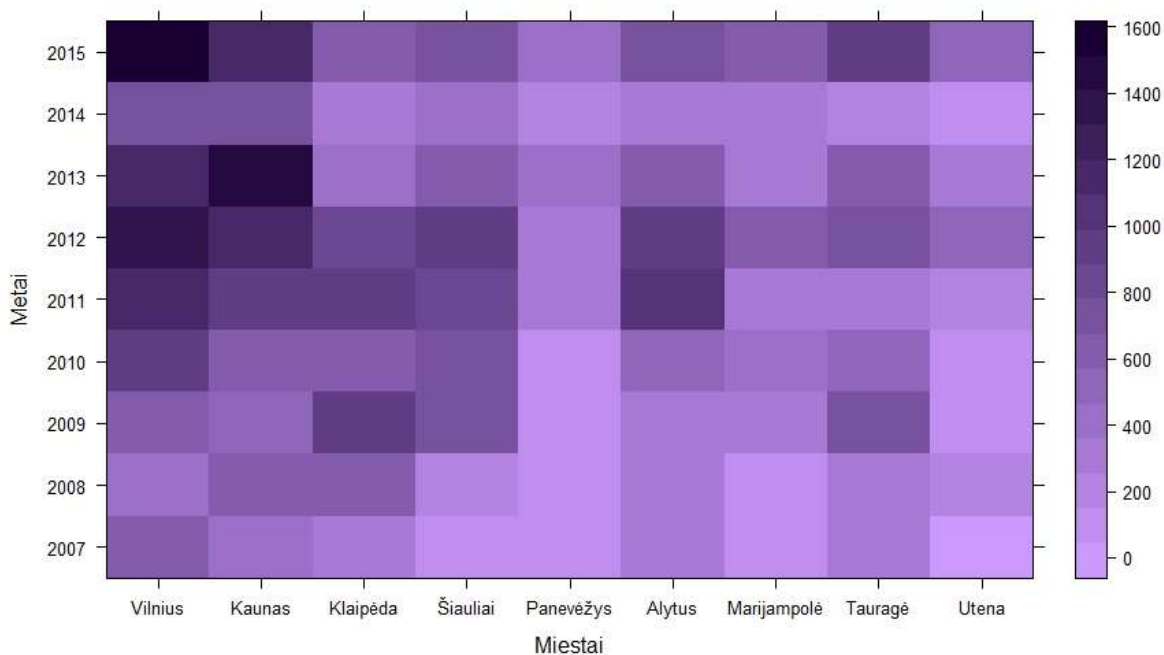
Tarp pakartotinai besikreipiančių pensinio amžiaus moterų dėl SP pastebimas pakilimas 2012 – 2013 m. laikotarpiu. Daugiausia nustatymų pastebima Šiaulių apskrityje. Daugiausia fiksuojama Šiaulių apskrityje – 2013 metais buvo 6673,74 negalieji/ 100 000 gyventojų. Mažiausia – 2011 metais Kaune 1272,59 negalieji / 100 000 gyventojų.



16 pav. Pakartotinai į NDNT besikreipiančių moterų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius/ 100000 gyventojų Lietuvos miestuose 2010 – 2015 metais.

5.1.4 Profesinė rehabilitacija

NDNT metinėse ataskaitose nėra išskirta kiek profesinės rehabilitacijos yra nustatoma asmenims, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais. Grafike pateikiama į NDNT besikreipiančių dėl profesinės rehabilitacijos nustatymai 9 apskrityse, pagal visus sutrikimus.



17 pav. Profesinės rehabilitacijos dinamika Lietuvoje 2007 – 2015 metais.

Nuo 2007 metų iki 2015 metų pastebima didėjimo dinamika visose apskrityse. Daugiausia profesinės rehabilitacijos nustatoma didžiausiose Lietuvos apskrityse: Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos. Daugiausia buvo nustatyta Vilniuje 2015 metais – 1513,28 profesinės rehabilitacijos/ besikreipiančių į NDNT skaičius. Mažiausios profesinės rehabilitacijos nustatymo tendencijos pastebimos Panevėžyje, 2015 metais – 398,12 profesinės rehabilitacijos/ besikreipiančių į NDNT skaičius.

5.1.5 2007m. – 2015m. NDNT duomenų analizės aptarimas

Nagrinėjant negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimą Lietuvoje susiduriama su duomenų trūkumu. Nėra duomenų bazės, kurioje būtų kaupiami duomenys apie DL, NL, SP, profesinės reabilitacijos nustatymus iki 2005 metų NDNT reorganizacijos. Duomenys apie negalią dėl psichikos ir elgesio sutrikimų randami tik nuo 2007 metų.

Įvairių negalią turinčių asmenų Lietuvoje nuo 2009 metų iki 2015 metų sumažėjo 8,97%. Proporcingai mažėja ir DL dėl psichikos ir elgesio sutrikimų nustatymas Lietuvos apskrityse. Pagal 2012 metais atliktą Neįgaliųjų įdarbinimo galimybių plėtrą, manoma, kad tai lėmė sugriežtėjusios neįgalumo lygio nustatymo tvarkos (31). Stebimas NL didėjimas visose Lietuvos apskrityse 2007 – 2015 m. Pasak Valstybinio psichikos sveikatos centro, tai gali lemti, jog vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos sutrikimų prevencija tebėra viena iš silpniausių psichikos sveikatos priežiūros sistemos grandžių. Stokojama visapusiškai mokliškai pagrįstų ir šalies mastu įgyvendinamų prevencinių priemonių, o kitos šalyje įvairiai įgyvendinamos priemonės neduoda apčiuopiamo rezultato, nes nepakankamai koordinuojamos, stokoja mokslinio pagrįstumo ir vertinimo, yra fragmentiškai ir per mažai finansuojamos, neturi tęstinumo garantijų (57). Iš NDNT metinių ataskaitų gauti SP ir profesinės reabilitacijos duomenys nėra išsamūs – nėra išdiferencijuota pagal visas ligas – psichikos ir elgesio sutrikimus.

Pastebimi itin dideli netolygumai tarp Lietuvos apskričių: daugiausia buvo nustatoma Šiaulių ir Panevėžio apskrityse, o stabiliausia – Vilniaus, Kauno ir Alytaus apskrityse.

5.2 Neįgalumo, dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, paplitimo ypatumai

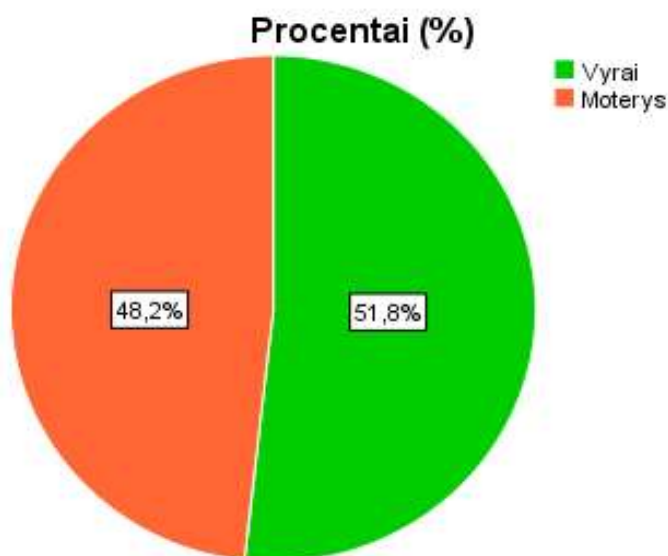
5.2.1 Apklaustųjų paplitimas pagal lytį, amžiaus grupes, išsilavinimą, gyvenamą vietą, darbingumo lygį, gretutines ligas

Iš NDNT (Vilniaus V TS , 2015m. 12mėn. – 2017m. 02mėn. laikotarpiu) gautų 2115 duomenų apie besikreipusius dėl psichikos ir elgesio sutrikimų DL nustatymo, pripažinti tinkami analizei – 2079.

1 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal lytį.

Lytis	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)
Vyrai	1076	51,8
Moterys	1003	48,2
Viso:	2079	100

Iš 2079 apklaustų asmenų, besikreipusių į NDNT V TS buvo 1003 moterys ir 1076 vyrai. Atitinkamai 48,24% ir 51,8%, pateikiama 1 lentelėje.



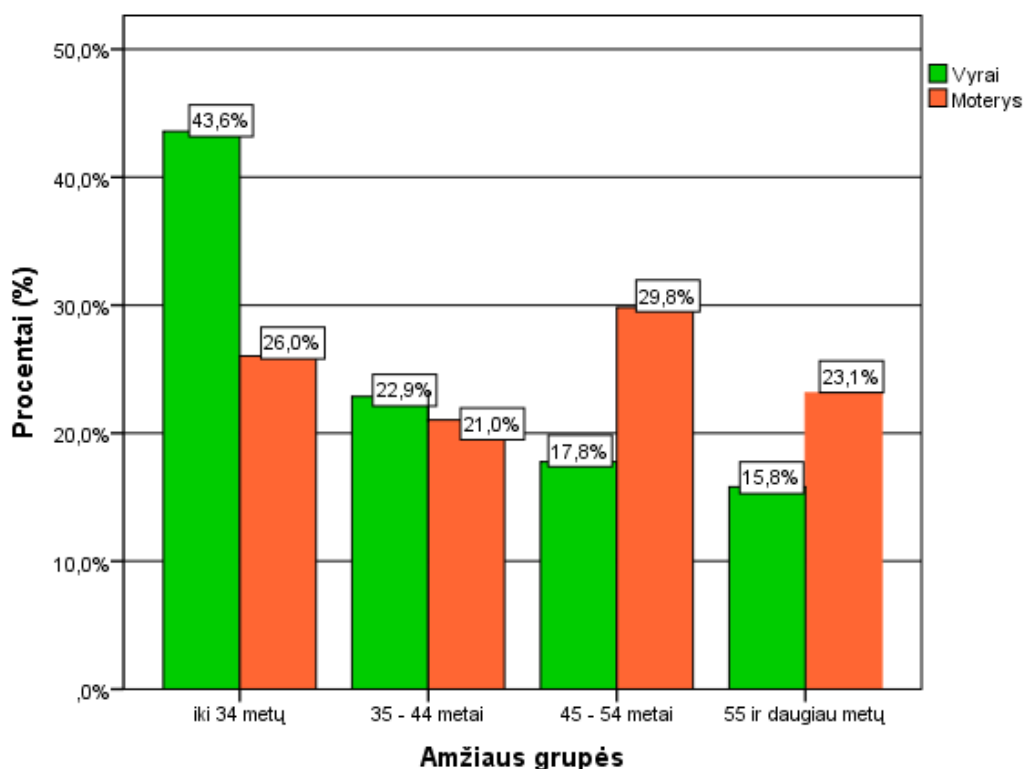
18 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal lytį.

Tyrimo dalyvavusių psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal amžiaus grupes ir lytį pateikiamas 2 lentelėje:

2 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal amžiaus grupes.

Amžiaus Grupė	Lytis					
	Moterys		Vyrai		Viso:	
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
iki 34 m.	261	26,0	469	43,6	730	35,1
35 – 44 m.	211	21,0	246	22,9	457	22,0
45 - 54 m.	299	29,8	191	17,8	490	23,6
55 m. ir >	232	23,1	170	15,8	402	19,3

Didžiausią tirtų moterų dalį sudarė 45-54 metų amžiaus moterys, tai sudarė 29,8% visų tirtų moterų. 23,1% moterų buvo 55 ir daugiau metų, 26% sudarė moterys iki 34 metų ir mažiausią dalį sudarė 35 – 44 metų moterys – 21%. Vyrų pasiskirstymas pagal amžiaus grupes tolygiai mažėjo: net 43,6% apklaustų vyrų buvo iki 34 metų, 22,9 % sudarė 35 – 44 metų vyrai. Mažiausiai – 15,8% vyrų buvo 55 ir daugiau metų.



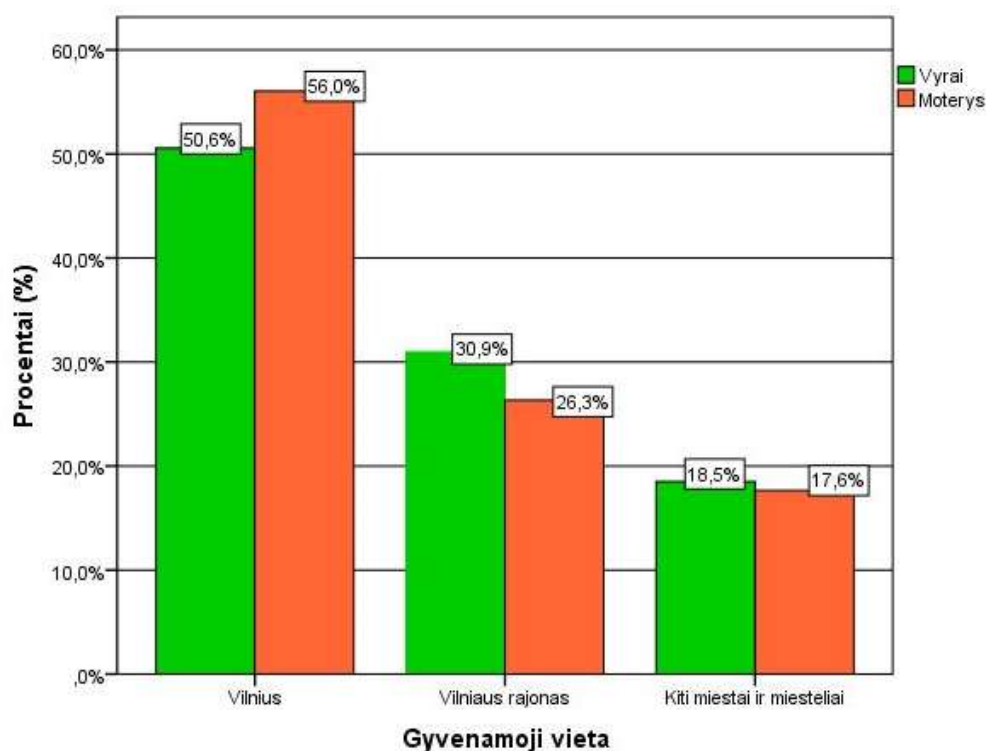
19 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal amžiaus grupes.

Apklaustųjų pasiskirstymas pagal gyvenamąją vietą, lyginant tiek moterų tiek vyrų grupėse, yra labai panašus. Daugiausia gyveno Vilniaus mieste. Duomenys pateikti 3 lentelėje:

3 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal gyvenamąją vietą.

Gyvenamoji Vieta	Lytis				Viso:	
	Moterys		Vyrai			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Vilnius	562	56,0	544	50,6	1106	53,2
Vilniaus raj.	264	26,3	333	30,9	597	28,7
Kiti miestai ir miesteliai	177	17,6	199	18,5	376	18,1

56% moterų ir 50,6% vyrų gyveno Vilniaus mieste. Mažesnę dalis: 30,9% moterų ir 26,3% gyveno Vilniaus rajone. Mažiausiai iš apklaustųjų buvo iš kitų miestų ir miestelių. 17,6% moterų ir 18,5% vyrų gyveno ne Vilniuje ar Vilniaus rajone.



20 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal gyvenamąją vietą.

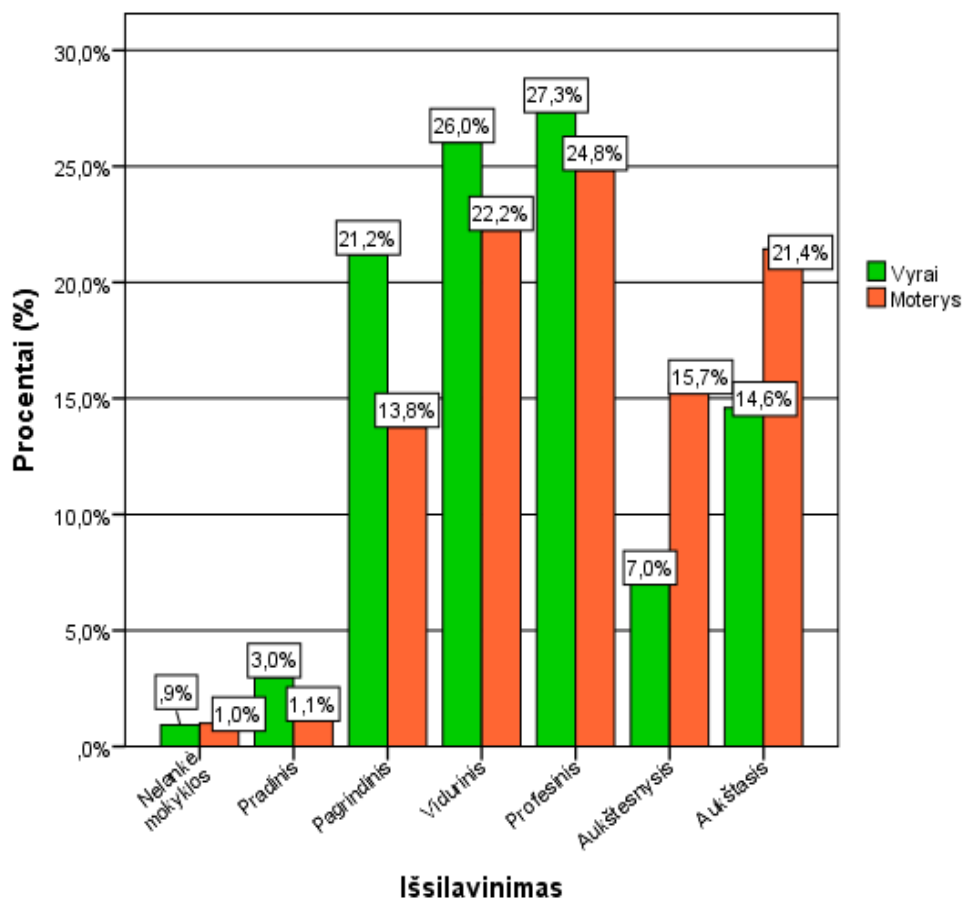
Analizuojant apklaustuosius pagal išsilavinimą daugiausia moterų ir vyrų turi profesinį išsilavinimą. Mažiausia dalis apklaustųjų – nelankė mokyklos. Nustatytas skirtumas, pagal apklaustųjų įgytą išsilavinimą, yra statistikai reikšmingas ($\chi^2 = 78,13$; $df = 6$; $p < 0,001$) – daugiausia buvo įgiję profesinį išsilavinimą, lyginant su visomis išsilavinimo grupėmis, pateikta 4 lentelėje:

4 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal išsilavinimą.

Išsilavinimas	Lytis				Viso:	
	Moterys		Vyrai			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Nelankė mokyklos	10	1,0	10	0,9	20	1,0
Pradinis	11	1,1	32	3,0	43	2,1
Pagrindinis	138	13,8	228	21,2	366	17,6
Vidurinis	223	22,2	280	26,0	503	24,2
Profesinis	249	24,8	294	27,3	543	26,1
Aukštesnysis	157	15,7	75	7,0	232	11,2
Aukštasis	215	21,4	157	14,6	372	17,9

($\chi^2 = 78,13$; $df = 6$; $p < 0,001$)

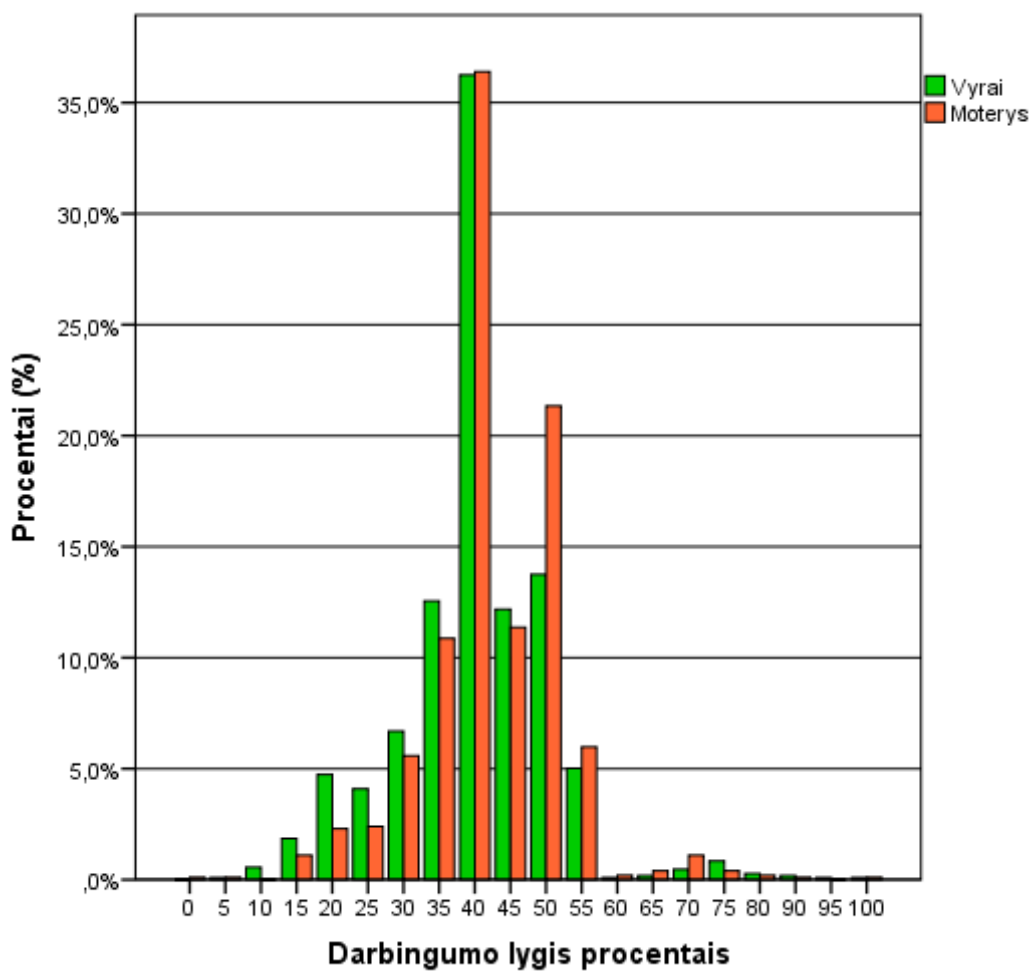
1,0% moterų ir 0,9% vyrų mokyklos nelankė – neturi jokio išsilavinimo. Pradinį išsilavinimą turi 1,1% moterų ir 3,0% vyrų. Pagrindinį išsilavinimą turi 13,8% moterų ir net 21,2% vyrų. Didžioji dalis apklaustųjų turi įgiję profesinį išsilavinimą: 27,3% vyrų ir 24,8% moterų turi profesiją. Aukštesnįjį ir aukštąjį išsilavinimą turi daugiau moterų, nei vyrų. Daugiau nei dvigubai apklaustųjų moterų turi aukštesnįjį išsilavinimą: 15,7 % moterų ir tik 7,0% atitinkamai vyrų. 21,4% moterų ir tik 14,6% vyrų turi aukštąjį išsilavinimą. Matome, kad apklaustos moterys yra labiau išsilavinusios, nei apklausoje dalyvavę vyrai (21 pav.).



21 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal išsilavinimą.

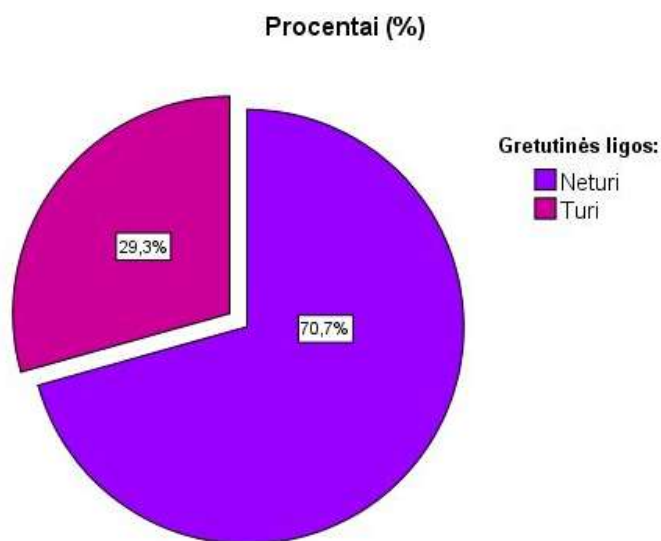
Darbingumo lygis parodo kiek procentų žmogus yra darbingas. Jei nustatoma 0 – 25 procentų darbingumo, tai asmuo laikomas nedarbingu, kurį NDNT pripažįsta netekusiu 75 – 100 procentų darbingumo. Iš dalies darbingu laikomas asmuo, kurį NDNT pripažįsta netekusiu 45 – 70 procentų darbingumo, t. y. jam nustatoma 30 – 55 procentų darbingumo. Jei NDNT asmenį pripažįsta netekusiu 0 – 40 procentų darbingumo, t. y. jam nustatoma 60 – 100 procentų darbingumo, asmuo laikomas darbingu ir teisės gauti netekto darbingumo pensiją jis neturi (58).

Pagal 22 pav. matome, kad moterų ir vyrų darbingumo lygio nustatymai panašūs. Daugiausia pripažinta, vyrų ir moterų grupėse, pripažinti iš dalies darbingi, netekę 60% darbingumo – jiems nustatyta 40% darbingumo lygis. Iš 2079 tirtųjų 46 pripažinti darbingais – jiems buvo nustatytas 60 – 100% darbingumas. 100% darbingais ir neturintys jokių sutrikimų pripažinti po vieną vyrą ir moterį. Rastas silpnas koreliacinis ryšys ($r = 0,102$; $p < 0,001$) tarp darbingumo lygio ir lyties, galime daryti išvadą, jog tiek moterims tiek vyrams labai panašiai nustatomas darbingumo lygis, tačiau daugiau moterų, nustatomas mažesnis netekto darbingumo procentas, lyginant su vyrais.



22 pav. Moterų ir vyrų darbingumo lygio nustatymas (procentais).

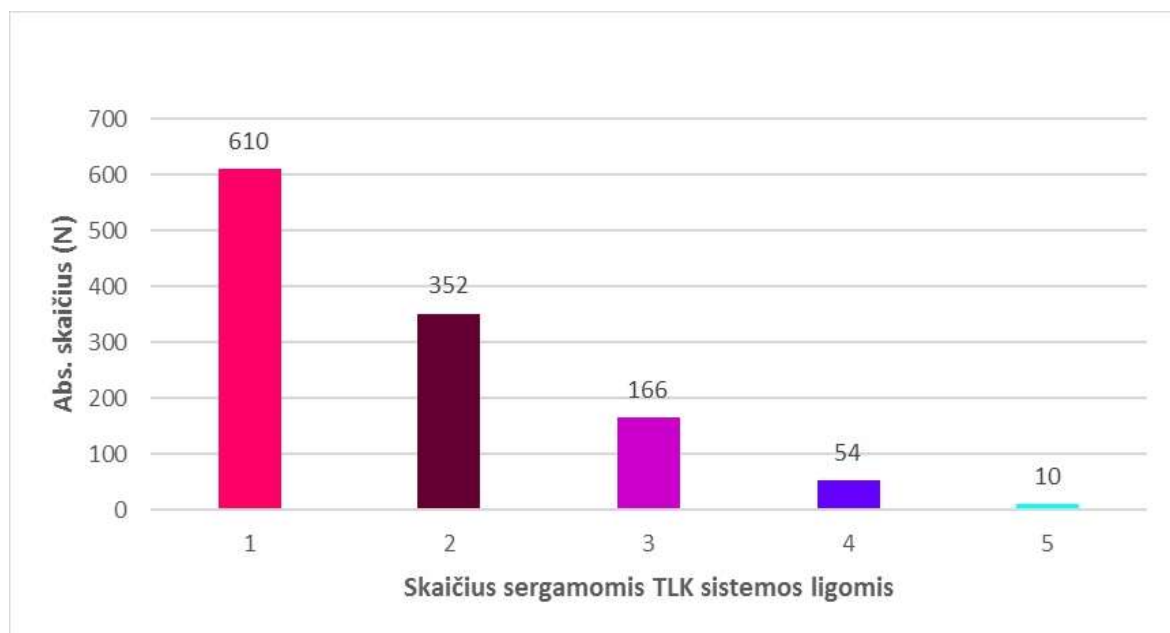
Nagrinėjant kiek tirtų asmenų turi gretutinių ligų, be psichikos ir elgesio sutrikimų, gauti rezultatai:



23 pav. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal gretutines ligas.

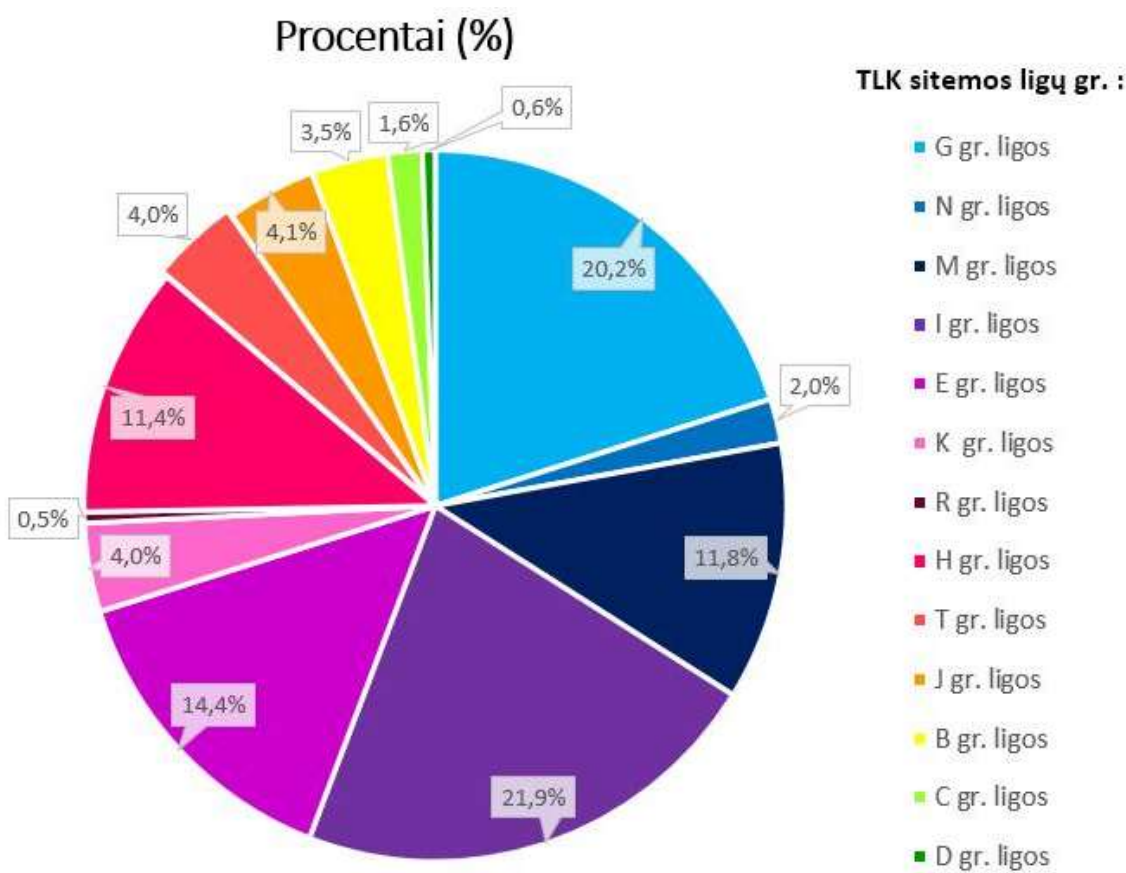
Beveik trečdalis apklaustųjų 610 (29,3%) turi ne tik psichikos ir elgesio sutrikimų, bet ir lydinčių ligų. 1469 (70,7%) respondentų neturi gretutinių ligų.

Analizuojant, po kiek lydinčių ligų turi respondentai, gauti rezultatai 24 pav. 610 asmenų serga viena gretutine liga, 352 apklaustieji turi po dvi lydinčias ligas, 166 apklaustieji serga trimis, 54 tirtieji turi keturias ir 10 nagrinėtųjų asmenų turi penkias gretutines ligas, be psichikos ir elgesio sutrikimų.



24 pav. Gretutinių ligų dažnumas (abs. skaičius).

Daugiau nei penktadalis (21,9%) visų gretutinių ligų sudaro I gr. Ligoms (pagal TLK-10-AM). Tai kraujotakos sistemos ligos, kaip ir žinoma, Lietuvoje tai dažniausi susirgimai. 20,2% tirtųjų turi G gr. ligų (pagal TLK-10-AM) – tai nervų sistemos ligos. 14,4 % turinčių gretutinių ligų respondentų serga E gr. ligomis (pagal TLK-10-AM). Tai yra endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos. Jungiamojo audinio ir raumenų, bei skeletų ligomis – M gr. ,pagal TLK-10-AM, serga 11,8% turinčių gretutinių ligų. 11,4% sergančiųjų gretutinėmis ligomis skundžiasi ausų ir akių ligomis – H gr., (pagal TLK-10-AM). Kvėpavimo sistemos ligomis serga 4,1 % apklaustųjų (J gr. sistemos ligos, pagal TLK-10-AM). 4,0% tirtųjų turi traumų ar buvo patyrę išorinių sužalojimų, jiems buvo diagnozuota T gr. ligos, pagal TLK-10-AM. Taip pat 4,0% respondentų turi virškinimo sistemos ligų – K gr., pagal TLK-10-AM. Mažiausiai (0,5%) iš visų turimų gretutinių ligų serga R gr. ligomis (pagal TLK-10-AM), tai simptomai, požymiai ir nenormalūs klinikiniai bei laboratoriniai radiniai. Pasiskirstymas, pagal TLK-10-AM sistemos ligas pavaizduotas 25 pav.:

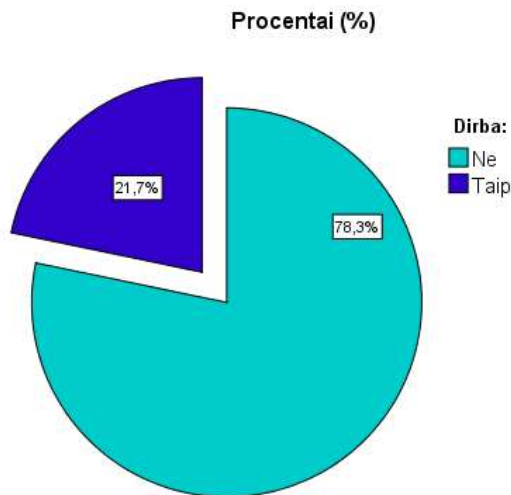


G gr. ligos - nervų sistemos ligos, N gr. ligos - lyties ir šlapimo sistemos ligos, M gr. ligos - jungiamojo audinio ir raumenų, bei skeletų ligos, I gr. ligos - kraujodaros sistemos ligos, E gr. ligos - endokrininės, mitybos ir medžiagų apykaitos ligos, K gr. ligos - virškinimo sistemos ligos, R gr. ligos - simptomai, požymiai ir nenormalūs reiškiniai bei laboratoriniai radiniai, H gr. ligos - ausų ir akių ligos, B gr. ligos - infekcinės ligos, T gr. ligos - traumos ir išoriniai sužalojimai, J gr. ligos - kvėpavimo sistemos ligos, C gr. ligos - piktybiniai navikai, D gr. ligos - kraujo ir kraujodaros organų ligos, bei sutrikimai su imuniniais mechanizmais

25 pav. Gretutinių ligų paplitimas pagal TLK sistemos grupes (procentais).

5.2.2 Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal darbo statusą

Analizuojant kiek apklaustų asmenų, besikreipiančių dėl DL nustatymo, dirbo buvo gauti rezultatai: iš 2079 apklaustųjų dirbo 452, o nedirbo 1627 asmenys, pateikta 26 pav.:



26 pav. Dirbančiųjų apklaustųjų pasiskirstymas (procentais).

Nagrinėjant, ar skiriasi darbo statusas, ar dirba ar ne asmenys, priklausomai nuo lyties nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 19,91$; $df = 1$; $p < 0,001$). Dirbo 260 moterų ir 192 vyrai. Dirbančios moterys sudarė apie trečdalį visų tirtų moterų: 25,9% atitinkamai dirbo 17,8% vyrų iš visų tirtųjų vyrų (5 lentelė).

5 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal darbo statusą.

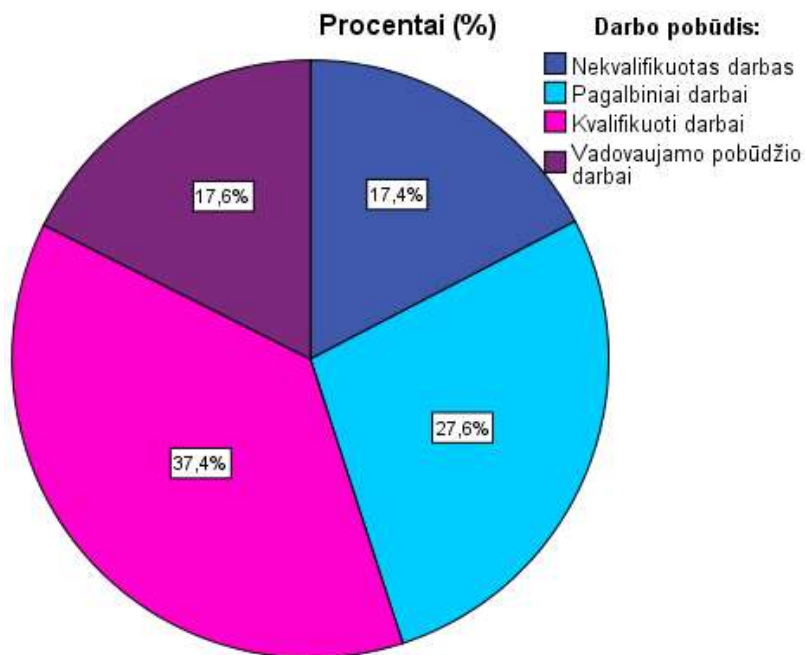
Darbo statusas	Lytis				Viso:	
	Moterys		Vyrai			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Dirba	260	25,9	192	17,8	452	21,7
Nedirba	743	74,1	884	82,2	1627	78,3

($\chi^2 = 19,91$; $df = 1$; $p < 0,001$)

Rastas silpnas koreliacinis ryšys ($r = 0,234$; $p < 0,001$), tarp darbingumo lygio ir dirbančių ir nedirbančių respondentų. Galime daryti išvadą, jog esant didesniai darbingumo lygiui didėja galimybė dirbti.

Nagrinėjant kokius darbus, pagal pobūdį dirbo dirbantieji respondentai, pastebėta, jog beveik ketvirtadalis darbų (37,4%) buvo kvalifikuoti darbai, juos dirbo 168 respondentai.

Antroje vietoje pagal dažnumą buvo pagalbiniai darbai, juos dirbo 124 dirbančiųjų (27,6%). Nekvalifikuotus ir vadovaujamus darbus dirbo labai panaši dalis atsakiusių respondentų: nekvalifikuotus darbus dirbo 78 (17,4%), vadovaujamo pobūdžio 79 (17,6%), 27 pav.:

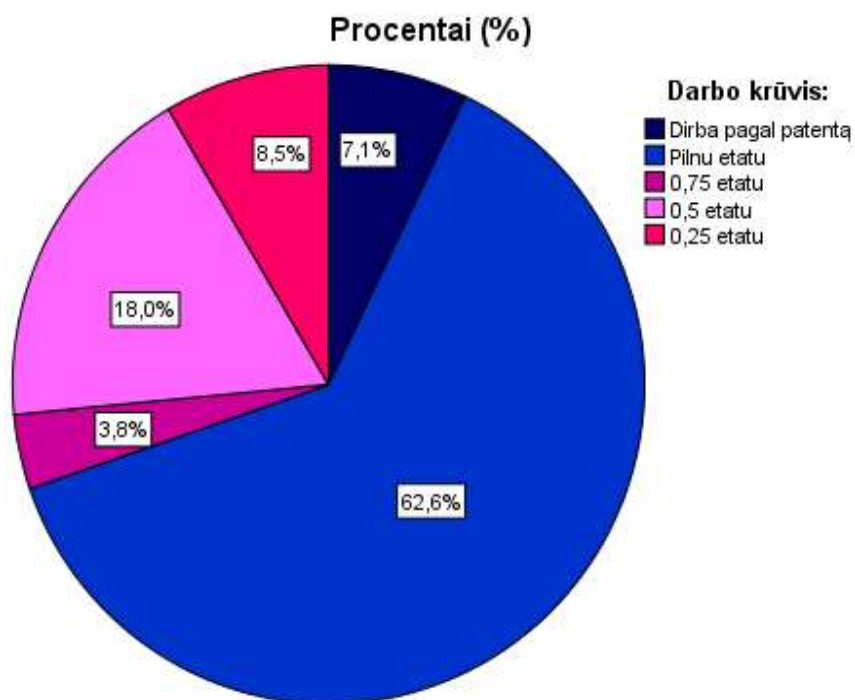


27 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų pasiskirstymas pagal darbo pobūdį (procentais).

Analizuojant duomenis, buvo rastas labai silpnas neigiamas koreliacinis ryšys ($r = -0,046$; $p = 0,037$) tarp kreipimusi į NDNT skaičiaus (pirmą ar pakartotinai) ir darbo statuso (dirbo ar ne). Šis koreliacinis ryšys rodo, jog nepaisant ar kreipiasi pirmą ar pakartotinai darbo statusui tai didelės įtakos neturi.

Taip pat ieškota ar yra koreliacinis ryšys tarp dirbančių asmenų ir jų amžiaus, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ($p = 0,118$).

Iš dirbančių asmenų, daugiau nei pusė respondentų dirbo pilnu darbo krūviu, net 62,6%. Apie ketvirtadalis dirbo 0,5 etatu, tai sudarė 18,0%. Ketvirtadaliu etato arba 2 valandas per dieną dirbo 8,5% apklaustųjų. 7,1% sudarė dirbantys pagal patentą, kuomet dirba savo tempu ir sau palankiu darbo krūviu. Mažiausiai iš apklaustųjų 3,8% dirbo 0,75 etatu, 28 paveikslas:



28 pav. Dirbančiųjų darbo krūvis (procentais).

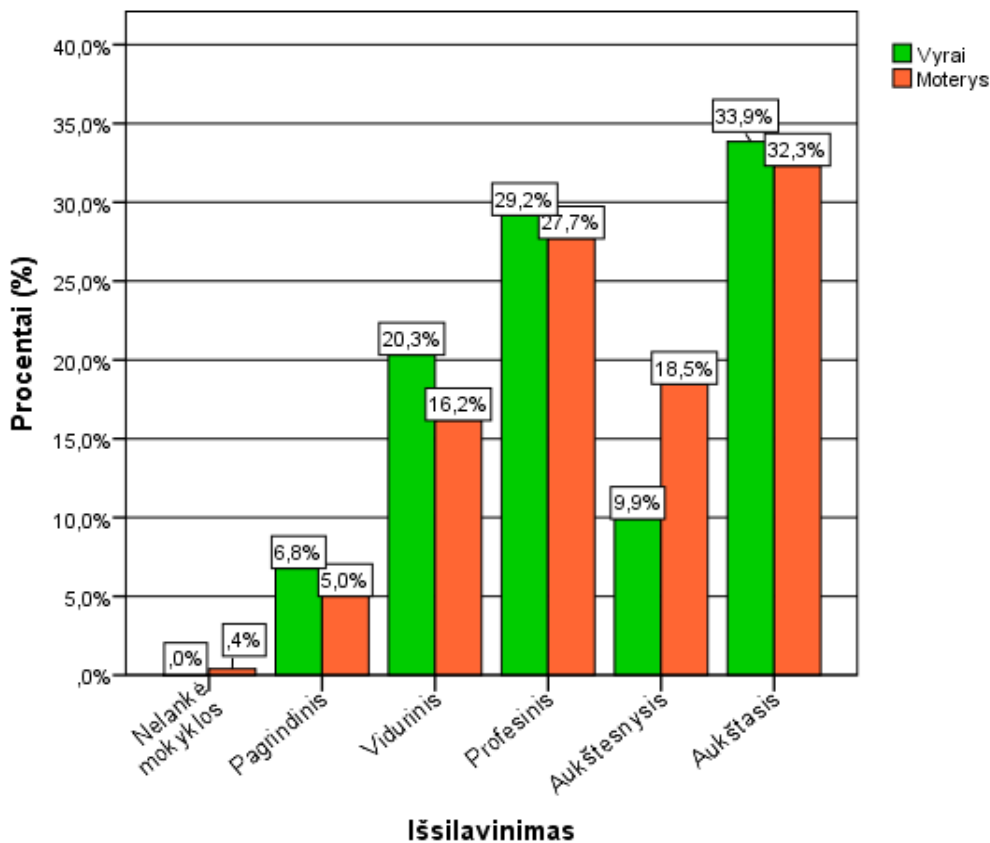
Nagrinėjant darbo krūvį pagal lytį nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 14,49$; $df = 4$; $p = 0,006$) – daugiausia dirbančiųjų dirbo pilnu etatu, lyginant su kitais darbo krūviais. Tiek vyrai tiek moterys daugiausia dirbo pilnu etatu. 10,9% dirbančiųjų moterų dirbo pusę darbo dienos – 0,5 etatu, atitinkamai vyrų dirbo 7,1%. Daugiau moterų turėjo patentą 4,0%, nei 3,1% vyrų, 6 lentelė:

6 lentelė. Dirbančiųjų pasiskirstymas pagal darbo krūvį.

Darbo krūvis	Lytis				Viso:	
	Moterys		Vyrų			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Pilnu etatu	150	33,4	131	29,2	281	62,6
0,75 etatu	16	3,6	1	0,2	17	3,8
0,5 etatu	49	10,9	32	7,1	81	18,0
0,25 etatu	27	6,0	11	2,4	38	8,5
Pagal patentą	18	4,0	14	3,1	32	7,1

($\chi^2 = 14,49$; $df = 4$; $p = 0,006$)

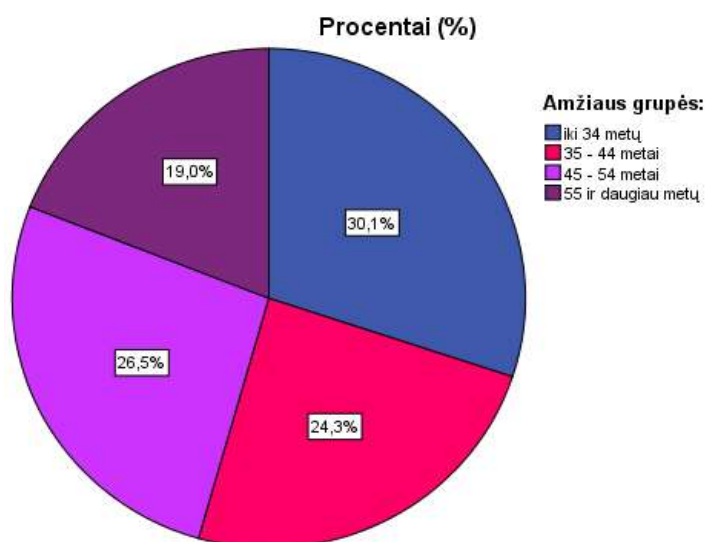
Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 152,06$; $df = 6$; $p < 0,001$) tarp dirbančių ir nedirbančių vyrų ir moterų pagal išsilavinimo pasiskirstymą. Iš visų dirbančiųjų (452 asmenų) apklaustųjų 149 turėjo aukštąjį išsilavinimą, 67 – aukštesnįjį išsilavinimą, 128 asmenys turėjo profesinį išsilavinimą, 29 pav.



($\chi^2 = 152,06$; $df = 6$; $p < 0,001$)

29 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų išsilavinimas lyginant su nedirbančiais (procentais).

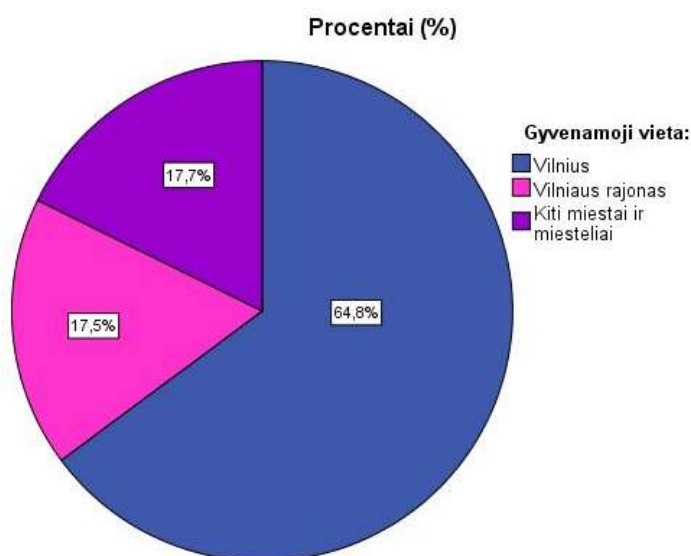
Analizuojant tyrimo duomenis, nustatytas silpnas koreliacinis ryšys ($r = 0,267$; $p < 0,001$), tarp įgyto išsilavinimo ir dirbančių asmenų. Galima daryti prielaidą, kad turintys aukštąjį išsilavinimą turi didesnes galimybes dirbti.



($\chi^2 = 7,814$; $df = 3$; $p = 0,05$)

30 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų paplitimas pagal amžiaus grupes.

Nagrinėjant ar amžius turi įtakos susirandant darbą, nėra statistiškai reikšmingas skirtumo ($\chi^2 = 7,814$; $df = 3$; $p = \alpha = 0,05$) – vyresnis amžius neturi lemiamos įtakos susirasti darbą. Daugiausia dirbo jauni asmenys iki 34 metų, tai sudarė trečdalį dirbančiųjų 136 (30,1%). 26,5% arba 120 dirbančiųjų buvo 45 – 54 metų amžiaus, 24,3% arba 110 asmenų 34 – 44 metų amžiaus. Mažiausiai dirbo vyriausi asmenys: 19,0% ar 86 dirbantieji (30 pav.).



31 pav. Dirbančiųjų vyrų ir moterų paplitimas pagal gyvenamą vietą.

31 pav. pavaizduota kaip pasiskirsto dirbantys pagal gyvenamą vietą. Daugiausia dirbančių, daugiau nei pusė – 293 (64,8%) gyvena Vilniuje. Labai panaši dalis gyvena Vilniaus

rajone ir kituose miestuose ar miesteliuose: 79 (17,5%) ir 80 (17,7%). Rastas statistiškai reikšminga silpnas neigiamas koreliacinis ryšys ($r = -0,098$; $p < 0,001$), tarp dirbančių ir nedirbančių, bei gyvenamosios vietos, vadinasi gyvenant Vilniuje didėja tikimybė dirbti, nei gyvenant rajonuose ar mažesniuose miesteliuose.

Taip pat buvo surastas silpnas koreliacinis ryšys ($r = 0,266$; $p < 0,001$), tarp dirbančių ir nedirbančių ir turimo darbo stažo metais. Galime daryti išvadą, jog turint didesnę darbo stažą padidėja tikimybė dirbti ir susirasti darbą.

5.2.3 Profesinės, darbinės veiklos, aplinkos prieinamumo, bei gebėjimų įtaka darbinei veiklai

Nagrinėjant kaip apklaustieji pasiskirstė dirbančių ir ne grupėje pagal profesinę kvalifikaciją, pastebėtas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 266,788$; $df = 4$; $p < 0,001$) – dirbant daugiausia asmenų negali panaudoti savo turimos profesijos, bet dirba kitus darbus, tuo tarpu nedirbantys daugiausia neturi profesinės kvalifikacijos, 7 lentelė:

7 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal profesinę kvalifikaciją.

Profesinė kvalifikacija	Darbo statusas					
	Taip		Ne		Viso:	
	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)
Neturi kvalif.	107	23,7	838	51,5	945	45,5
Būtina prof. reabilitacija	2	0,4	1	0,1	3	0,1
Gali dirbti nekvalif. darbus	211	46,7	694	42,7	905	43,5
Gali panaudoti	131	29,0	81	5,0	212	10,2
Atkurta prof. kvalifikacija	1	0,2	13	0,8	14	7,1

($\chi^2 = 266,788$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Dirbančiųjų grupėje 46,7% negali panaudoti turimos kvalifikacijos, bet gali dirbti kitus darbus, pvz. pagalbinius. Beveik trečdalis dirbančiųjų turi ir gali panaudoti savo turimą kvalifikaciją – 29,0%. Tik dviem asmenims iš dirbančiųjų yra būtina profesinė reabilitacija, kas atitinka 0,4% ir tik vienas asmuo turi įgijęs naują profesiją – 0,2%. Iš nedirbančiųjų daugiau nei pusę – 51,5% neturi profesinės kvalifikacijos ar turimos negali panaudoti. 42,7% nedirbančiųjų negali panaudoti turimos kvalifikacijos, bet gali dirbti kitus darbus, bet šios galimybės neišnaudoja.

8 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal darbo patirtį.

Darbo patirtis	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)	Abs.sk. (N)	Proc. (%)
Neturi darbo patirties	3	0,7	273	16,8	276	13,3
Prarado darbo patirtį	13	2,9	560	34,4	573	27,6
Neturi darbo patirties, bet gali įgyti	17	3,8	492	30,2	509	24,5
Turi darbo patirtį ir gali ją panaudoti	419	92,7	302	18,6	721	34,7

($\chi^2 = 858,810$; $df = 3$; $p < 0,001$)

Dirbantys respondentai turintys darbo patirtį ir galintys ją panaudoti sudarė net 92,7% iš visų dirbančiųjų grupės. Tuo tarpu nedirbančiųjų grupėje pasiskirstymai mažesni. 34,4% prarado darbo patirtį, nes turi ilgesnę nei 3 metų darbo pertrauką, 30,2% neturi darbo patirties, bet gali ją įgyti. Nustatyti skirtumai tarp darbo patirties dirbančiųjų ir nedirbančiųjų yra statistiškai reikšmingi ($\chi^2=858,810$; $df=3$; $p < 0,001$).

9 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal aplinkos pritaikymą.

Aplinkos pritaikymas	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Abs.sk. (N)	Proc. (%)	Abs.sk.(N)	Proc. (%)	Abs.sk. (N)	Proc. (%)
Būtinai sudėtingas fizinės, darbinės ir informacinės aplinkos pritaikymas	2	0,4	99	6,1	101	4,9
Būtinai sudėtingas darbinės aplinkos pritaikymas	39	8,6	382	23,5	421	20,3
Būtinai nesudėtingas fizinės ar darbinės, ar informacinės aplinkos pritaikymas	370	81,9	1067	65,6	1437	69,1
Fizinės darbinės ir informacinės aplinkos pritaikymas nebūtinai	41	9,1	79	4,9	120	5,8

($\chi^2 = 86,153$; $df = 3$; $p < 0,001$)

Pastebėtas statistiškai reikšmingas ryšys ($\chi^2 = 86,153$; $df = 3$; $p < 0,001$) tarp aplinkos pritaikymo dirbančiųjų ir nedirbančiųjų grupėse. Būtinai nesudėtingas fizinės ir darbinės, ar informacinės aplinkos pritaikymas tiek dirbančiųjų, tiek nedirbančiųjų tarpe buvo dažniausiai atsakomas: 81,9% dirbančių ir 65,6% nedirbančių buvo pažymėtas šis atsakymas. Pastebima, kad net ir dirbančiųjų grupėje reikalingas aplinkos pritaikymas, nes tik 9,1% nebūtinai aplinkos pritaikymas. Daugiau nei penktadaliui nedirbančiųjų būtinai sudėtingas darbinės aplinkos pritaikymas.

10 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal sėdėjimo ir stovėjimo galimybes.

Sėdėjimo ir stovėjimo sunkumai	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Abs.sk. (N)	Proc. (%)
Niekada	282	62,4	977	60,0	1259	60,6
Beveik niekada	26	5,8	86	5,3	112	5,4
Kartais	133	29,4	460	28,3	593	28,5
Dažnai	10	2,2	86	5,3	96	4,6
Beveik vis./ visada	1	0,2	18	1,1	19	0,9

($\chi^2 = 10,895$; $df = 4$; $p = 0,028$)

Statistiškai reikšmingi skirtumai pastebimi ($\chi^2 = 10,895$; $df = 4$; $p = 0,028$) dirbančių ir nedirbančių respondentų atsakymuose dėl patiriamų sunkumų sėdėti ar stovėti ilgesnį laiką, pvz. 30 min. Abiejuose grupėse pastebima, jog daugiau nei pusę apklaustųjų sunkumų neturi niekada: 62,4% dirbančiųjų ir 60,0% nedirbančiųjų nusiskundimų niekada neturi. Kartais sunkumai pasireiškia 29,4% dirbančiųjų ir 28,3% nedirbančiųjų grupėse. Labai sunkių sutrikimų turi 1 (0,2%) dirbantysis ir 18 (1,1%) nedirbančiųjų.

11 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal atsistojimo ir atsisėdimo galimybes.

Atsistojimo sutrikimai	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	432	95,6	1465	90,0	1897	91,2
Beveik niekada	10	2,2	41	2,5	51	2,5
Kartais	9	2,0	74	4,5	83	4,0
Dažnai	1	0,2	32	2,0	33	1,6
Beveik visada/ visada	0	0,0	15	0,9	15	0,7

($\chi^2 = 18,074$; $df = 4$; $p = 0,001$)

Dirbančiųjų ir nedirbančiųjų grupėse atsistojimo sunkumai pastebimi retai. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 18,074$; $df = 4$; $p = 0,001$). Labai sunkių atsistojimo ir atsisėdimo sunkumų turi 15 respondentų, visi jie yra nedirbantys ir sudaro 0,7% iš visų tirtųjų.

12 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal vaikščiojimo galimybes.

Vaikščiojimo sutrikimai	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	409	90,5	1390	85,4	1799	86,5
Beveik niekada	14	3,1	52	3,2	66	3,2
Kartais	26	5,8	114	7,0	140	6,7
Dažnai	3	0,7	44	2,7	47	2,3
Beveik visada/ visada	0	0,0	27	1,7	27	1,3

($\chi^2 = 15,898$; $df = 4$; $p = 0,003$)

Itin didelių vaikščiojimo sutrikimų turi 1,3% visų respondentų, iš kurių visi yra nedirbantys ir sudaro 1,7% iš nedirbančiųjų. Pastebima, kad 3 dirbantys asmenys turi dažnus vaikščiojimo sutrikimus, nedirbančiųjų grupėje tokių asmenų yra 44, kurie sudaro 2,7% iš nedirbančiųjų. Pastebimi statistiškai reikšmingi skirtumai ($\chi^2 = 15,898$; $df = 4$; $p = 0,003$).

13 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal susikaupimo galimybes ką nors daryti 10min.

Susikaupimas	Darbo statusas					
	Taip		Ne		Viso:	
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	121	26,8	318	19,5	439	21,1
Beveik niekada	55	12,2	150	9,2	205	9,9
Kartais	220	48,7	848	52,1	1068	51,4
Dažnai	56	12,4	255	15,7	311	15,0
Beveik visada/ visada	0	0,0	56	3,4	56	2,7

($\chi^2 = 30,789$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Net 12,4% procentai dirbančiųjų turi dažnus susikaupimo sutrikimus ir net beveik pusę dirbančiųjų kartais susiduria su susikaupimo sutrikimais ir 48,7% dirbančiųjų kartais turi susikaupimo sutrikimų, tačiau šiems asmenims tai netrukdo dirbti. Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dirbančiųjų ir nedirbančiųjų grupių ($\chi^2 = 30,789$; $df = 4$; $p < 0,001$). 52,1% nedirbančiųjų turi kartais pasireiškiančių susikaupimo sutrikimų.

14 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal prisiminimo galimybes.

Prisiminimas	Darbo statusas					
	Taip		Ne		Viso:	
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	59	13,1	134	8,2	193	9,3
Beveik niekada	53	11,7	175	10,8	228	11,0
Kartais	304	67,3	985	60,5	1289	62,0
Dažnai	35	7,7	264	16,2	299	14,4
Beveik visada/ visada	1	0,2	69	4,2	70	3,4

($\chi^2 = 46,392$; $df = 4$; $p < 0,001$)

304 respondentai ar 67,3% dirbančiųjų turi atminties sutrikimų prisiminti ką nors svarbaus. Tik 1 dirbantis respondentas turi nuolatinius prisiminimo sutrikimus. Pastebimas ($\chi^2 = 46,392$; $df = 4$; $p < 0,001$) statistiškai reikšmingas ryšys. Daugiau nei pusę 60,5 % nedirbančių asmenų kartais turi pasireiškiančių atminties sutrikimų.

15 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal supratimo pasireiškimo sutrikimus.

Supratimas	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	279	61,7	773	47,5	1052	50,6
Beveik niekada	91	20,1	338	20,8	429	20,6
Kartais	81	17,9	400	24,6	481	23,1
Dažnai	1	0,2	82	5,0	83	4,0
Beveik visada/ visada	0	0,0	34	2,1	34	1,6

($\chi^2 = 51,006$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Ar turi sutrikimų suprasti bendrais bruožais kitų žmonių kalbą (apie ką kiti kalba) kartais nurodė 17,9% dirbančiųjų. Tik 1 dirbantis nurodė, kad turi dažnus sutrikimus suprasti kitų žmonių kalbą. Rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp dirbančių ir nedirbančių grupių ($\chi^2 = 51,006$; $df = 4$; $p < 0,001$). 2,1% nedirbančių asmenų turi nuolatinius supratimo sutrikimus, kuomet sunku suprasti kitų žmonių kalbą.

16 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal bendravimo sunkumus su aplinkiniais.

Bendravimas su aplinkiniais	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	179	39,6	462	28,4	641	30,8
Beveik niekada	78	17,3	234	14,4	312	15,0
Kartais	161	35,6	678	41,7	839	40,4
Dažnai	32	7,1	202	12,4	234	11,3
Beveik visada/ visada	2	0,4	51	3,1	53	2,5

($\chi^2 = 38,569$; $df = 4$; $p < 0,00$)

Bendrauti su aplinkiniais, pvz. pasisveikinti, padėkoti, atsiprašyti ir pan. turi 40,4% dirbančių ir nedirbančių asmenų, šie sutrikimai kartais pasireiškia visiems respondentams. Pastebimas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 38,569$; $df = 4$; $p = < 0,001$) tarp grupių. Dažnus sutrikimus turi 7,1% dirbantys asmenys, o nedirbančių grupėje – 12,4%. Dirbančių grupėje daugiausia nepasireiškia bendravimo sutrikimai su aplinkiniais, o nedirbančių grupėje daugiausia nustatyta kartais pasireiškiančius sutrikimus bendraujant su aplinkiniais.

17 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal bendravimo sunkumus su artimais asmenimis.

Bendravimas su artimais	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	218	48,2	630	38,7	848	40,8
Beveik niekada	74	16,4	284	17,5	358	17,2
Kartais	147	32,5	564	34,7	711	34,2
Dažnai	13	2,9	118	7,3	131	6,3
Beveik visada/ visada	0	0,0	31	1,9	31	1,5

($\chi^2 = 27,922$; $df = 4$; $p < 0,001$)

17 lentelėje pateikti dirbančių ir nedirbančių respondentų atsakymų pasiskirstymai pagal tai ar turi sunkumų bendrauti su artimais asmenimis – statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 27,922$; $df = 4$; $p < 0,001$). Dirbantys nuolatinių sunkumų bendraujant nenurodo, o iš nedirbančių 31 (1,9%) įvardina nuolatinius sutrikimus bendraujant artimoje aplinkoje. 13 dirbančių asmenų nurodo dažnai nesutariantys artimoje aplinkoje ir patiriantys sunkumų, tai sudaro 2,9%. Tiek dirbančių tiek nedirbančių grupėse daugiausia respondentai nurodė, kad jokių sunkumų nepatiria artimoje aplinkoje.

18 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal patiriamus prausimosi sunkumus.

Prausimosi sunkumai	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne		Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)
	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)	Absolūtus skaičius (N)	Procentai (%)		
Niekada	426	94,2	1305	80,2	1731	83,3
Beveik niekada	6	1,3	54	1,3	60	2,9
Kartais	17	3,8	158	3,8	175	8,4
Dažnai	2	0,4	58	3,6	60	2,9
Beveik visada/ visada	1	0,2	52	3,2	53	2,5

($\chi^2 = 52,341$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Iš 2079 apklaustųjų visai nepatiria jokių sunkumų prausiantis visą kūną savarankiškai 1731 (83,3%). Rastas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 52,341$; $df = 4$; $p < 0,001$) lyginant dirbančius ir nedirbančius respondentus. Nuolatinius sunkumus prausiantis patiria 1 (0,2%) dirbantis asmuo ir net 52 (3,2%) nedirbantys. Daugiau dirbančių nei nedirbančių neturi jokių sunkumų prausiantis 94,2% ir atitinkamai 80,2%.

19 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal patiriamus apsirengimo sunkumus.

Apsirengimo sunkumai	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	439	97,1	1433	88,1	1872	90,0
Beveik niekada	4	0,9	49	3,0	53	2,5
Kartais	9	2,0	78	4,8	87	4,2
Dažnai	0	0,0	36	2,2	36	1,7
Beveik visada/ visada	0	0,0	31	1,9	31	1,5

($\chi^2 = 34,746$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Iš dirbančių asmenų 13 respondentų turi sunkumų rengiantis savarankiškai: 9 asmenys kartais turi sunkumų, o 4 nurodo, jog beveik niekada neturi sunkumų rengiantis. Nedirbančiųjų grupėje mažiau asmenų, kurie neturi jokių sunkumų rengiantis, nei dirbančiųjų: 88,1% ir atitinkamai 97,1%. Rastas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 34,746$; $df = 4$; $p < 0,001$) tarp grupių.

20 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal patiriamus valgymo sunkumus.

Valgymo sunkumai	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	448	99,1	1536	94,4	1984	95,4
Beveik niekada	3	0,7	23	1,4	26	1,3
Kartais	1	0,2	31	1,9	32	1,5
Dažnai	0	0,0	16	1,0	16	0,8
Beveik visada/ visada	0	0,0	21	1,3	21	1,0

($\chi^2 = 19,209$; $df = 4$; $p = 0,001$)

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 19,209$; $df = 4$; $p = 0,001$) tarp dirbančių ir nedirbančių asmenų sunkumo valgant. Dirbantys nurodė tik 4 asmenys, jog turi kažkokių sutrikimų valgant: 1 (0,2%) jų turi kartais, o 3(0,7%) beveik niekada. 99,1% dirbančiųjų neturi jokių sunkumų savarankiškai valgant. Nedirbančių grupėje 21 (1,3%) asmenys turi nuolatinius sutrikimus valgant savarankiškai ir 23 (1,4%) turi dažnus sutrikimus valgant.

21 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal naudojimosi tualetu sunkumus.

Tualetu pasinaudojimo sutrikimai	Darbo statusas				Viso:	
	Taip		Ne			
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	448	99,1	1482	91,1	1930	92,8
Beveik niekada	4	0,9	31	1,9	35	1,7
Kartais	0	0,0	47	2,9	47	2,3
Dažnai	0	0,0	28	1,7	28	1,3
Beveik visada/ visada	0	0,0	39	2,4	39	1,9

($\chi^2 = 36,314$; $df = 4$; $p < 0,001$)

99,1% dirbančių respondentų neturi jokių sunkumų pasinaudojant tualetu savarankiškai ir tik 0,9% ar 4 asmenys nurodė, jog beveik niekada neturi sunkumų pasinaudojant tualetu savarankiškai. Tuo tarpu iš nedirbančių asmenų 2,4% reikalinga nuolatinė pagalba ir jie savarankiškai negali pasinaudoti tualetu, 1,7% reikalinga dažna pagalba ir 2,9% kartais susiduria su sunkumais naudojantis tualetu. Rastas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių ($\chi^2 = 36,314$; $df = 4$; $p < 0,001$).

22 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal sunkumų dažnumą liekant vienam namuose keletą dienų.

Baimė likti vienam	Darbo statusas					
	Taip		Ne		Viso:	
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	174	38,5	491	30,2	665	32,0
Beveik niekada	57	12,6	194	11,9	251	12,1
Kartais	185	40,9	595	36,6	780	37,5
Dažnai	36	8,0	216	13,3	252	12,1
Beveik visada/ visada	0	0,0	131	8,1	131	6,3

($\chi^2 = 54,206$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 54,206$; $df = 4$; $p < 0,001$) tarp dirbančių ir nedirbančių asmenų ir baimės likti vienam namuose keletą dienų. Dažnus sutrikimus patiria ir dirbantys asmenys – 8,0% ar 36 asmenys. Nuolatinių sutrikimų liekant vienam namuose dirbančiųjų grupėje neužfiksuota, o nedirbančiųjų tarpe net 131 (8,1%) turi nuolatinių sunkumų ir vieni negali likti namuose. Dažnai su tokiais sunkumais susiduria 216 (13,3%) nedirbančiųjų.

23 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal sunkumų dažnumą vykdant kasdienę veiklą.

Kasdienės veiklos sunkumai	Darbo statusas					
	Taip		Ne		Viso:	
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	127	28,1	337	20,7	464	22,3
Beveik niekada	77	17,0	219	13,5	296	14,2
Kartais	232	51,3	812	49,9	1044	50,2
Dažnai	16	3,5	158	9,7	174	8,4
Beveik visada/ visada	0	0,0	101	6,2	101	4,9

($\chi^2 = 56,115$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Savarankiškai vykdant kasdienę veiklą dažnų sunkumų turi 16 (3,5%) dirbančiųjų. Jiems reikalinga kitų asmenų pagalba. Pastebėtas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp dirbančių ir nedirbančių ir kasdienės veiklos ($\chi^2 = 56,115$; $df = 4$; $p < 0,001$). 101 (6,2%) nedirbančių turi nuolatinius sunkumus vykdant kasdienę veiklą ir patys negalėtų susitvarkyti. Tokių dirbančių asmenų neišaiškinta. Tiek dirbantys tiek ne, daugiausia nurodė jog kartais susiduria su sunkumais vykdant kasdienę veiklą ir jiems reikalinga dalinė pagalba.

24 lentelė. Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų paplitimas pagal sunkumų dažnumą disponuojant finansiniais ištekliais.

Disponavimas	Darbo statusas					
	Taip		Ne		Viso:	
	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)	Absoliutus skaičius (N)	Procentai (%)
Niekada	256	56,6	571	35,1	827	39,8
Beveik niekada	68	15,0	239	14,7	307	14,8
Kartais	99	21,9	470	28,9	569	27,4
Dažnai	23	5,1	170	10,4	193	9,3
Beveik visada/ visada	6	1,3	177	10,9	183	8,8

($\chi^2 = 95,211$; $df = 4$; $p < 0,001$)

Disponuojant finansiniais ištekliais dirbantys asmenys daugiau susitvarko savarankiškai ir jiems pagalba nereikalinga, taip atsakė 256 (56,6%) dirbančiųjų. Su nuolatiniiais sutrikimais susiduria apklausti 6 (1,3%) dirbantieji, o su dažnais sunkumais 23(5,1%). Tuo tarpu nedirbantiems reikalinga didesnė pagalba: 177(10,9%) nuolat reikia padėti, 170 (10,4%) reikalinga dažna pagalba. Rastas statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 95,211$; $df = 4$; $p < 0,001$).

5.2.4 Veiksnių įtaka dirbti, sergant psichikos ir elgsenio ligomis

Dvinarės logistinės regresijos metodu buvo vertinamas dirbančiųjų ir nedirbančiųjų ryšys su demografiniais, socialiniais ir elgsenos veiksniais, 25 lentelė:

25 lentelė. Demografinių, socialinių ir elgsenos veiksnių įtaka darbo statusui (N = 2079).

	Kintamoji	ŠS	95% PI	p
Amžiaus grupė	Iki 34 metų	1,0	-	-
	35 – 44 metų	0,684	0,451 – 1,039	0,075
	45 – 54 metų	0,366	0,215 – 0,623	< 0,001
	55 ir daugiau metų	0,223	0,109 – 0,455	< 0,001
Turima darbo veikla metais (darbo stažas)		1,063	1,040 – 1,087	< 0,001
Turima profesinė kvalifikacija	Neturi prof. kvalifikacijos ar turimos negali panaudoti	1,0	-	-
	Būtina profesinė rehabilitacija	2,630	0,226 – 30,548	0,440
	Negali panaudoti turimos kvalifikacijos, bet gali dirbti kitus darbus	1,229	0,877 – 1,721	0,232
	Turi prof. kvalifikaciją ir gali ją panaudoti	2,380	1,545 – 3,664	< 0,001
	Atkurta ar įgyta nauja prof. kvalifikacija	0,373	0,036 – 3,831	0,407
Turima darbo patirtis	Neturi darbo patirties ir darbinių įgūdžių ir negali jų įgyti	1,0	-	-
	Prarado darbo patirtį, nes turi ilgesnę kaip 3 metų darbo pertrauką	1,072	0,292 – 3,933	0,916
	Neturi darbo patirties, bet gali ją įgyti	1,799	0,507 – 6,380	0,363
	Turi darbo patirtį ir gali ją panaudoti	43,637	13,338 – 142,772	< 0,001
Bendravimo sunkumai su aplinkiniais	Niekada	1,0	-	-
	Beveik niekada	0,926	0,606 – 1,414	0,722
	Kartais	0,749	0,536 – 1,046	0,090
	Dažnai	0,533	0,309 – 0,922	0,024
	Beveik visada/ visada	0,248	0,045 – 1,366	0,109
Gyvenamoji vieta	Vilnius	1,0	-	-
	Vilniaus rajonas	0,666	0,464 – 0,956	0,028
	Miesteliai	0,893	0,606 – 1,316	0,568
Nustatytas darbingumo lygis procentais		1,019	1,001 – 1,037	0,034

Taikant dvinarės logistinės regresijos modelį, teisingai atpažinome (klasifikavome) 88,8% nedirbančių imties respondentų (t. y. 1445 iš 1627) ir 73,5% dirbančių respondentų (332 iš 452). Bendrasis teisingai klasifikuotų atvejų procentas yra 85,5% (1445 + 332 iš 1445 + 120 + 182 + 332). Voldo kriterijaus p reikšmės $< 0,05$, vadinasi, kad visi kintamieji yra statistiškai reikšmingi. Be to, visų regresorių koeficientai teigiami.

Logistinio modelio tikėtino santykio Chi kvadratas ($\chi^2 = 972,666$; $p < 0,001$). Pagal didžiausio tikėtino santykio chi kvadrato kriterijų visi regresoriai yra statistiškai reikšmingi. Gerą modelio tikimą duomenims rodo ir pakankamai dideli gauti determinacijos pseudokoficientai: Cox ir Snell $R^2 = 0,374$; Nagelkerke $R^2 = 0,576$. Abudu determinacijos koeficientai nėra labai dideli, vis dėlto, jie didesni už 0,20. Kuko mato reikšmės neviršija 1, tad darome išvadą, kad logistinės regresijos modelis duomenims gerai tinka. Atlikus logistinio modelio diagnostiką nebuvo rasta specifikacijos klaidų.

Pagal 25 lentelės pateiktus rezultatus, amžiaus grupėje tarp dirbančiųjų stebimas atvirkštinio pobūdžio ryšys: 45 - 54 metų amžiaus grupėje ($\check{S}S = 0,366$; 95% PI 0,215 – 0,623; $p < 0,001$), 55 ir $>$ metų amžiaus grupėje ($\check{S}S = 0,223$; 95% PI 0,109 – 0,455; $p < 0,001$), dažnai turimuose bendravimo sunkumais su aplinkiniais ($\check{S}S = 0,533$; 95% PI 0,309 – 0,922; $p = 0,024$) ir gyvenant Vilniaus rajone ($\check{S}S = 0,666$; 95% PI 0,464 – 0,956; $p = 0,028$). Tiesioginis ryšys su darbine veikla nustatytas keturiose respondentų grupėse: kurie turi įgiję profesinę kvalifikaciją ($\check{S}S = 2,630$; 95% PI 1,545 – 3,664; $p < 0,001$), kurie turi darbo patirtį ir gali ją panaudoti ($\check{S}S = 43,637$; 95% PI 13,338 – 142,772; $p < 0,001$), nustatyto darbingumo lygio procentais ($\check{S}S = 1,019$; 95% PI 1,001 – 1,037 – 77,578; $p = 0,034$), bei turimo darbo stažo ($\check{S}S = 1,063$; 95% PI 1,040 – 1,087; $p < 0,001$). Kitų grupių ryšys nėra reikšmingas. Statistiškai reikšmingo ryšio nebuvo nustatyta tarp 35 – 44 metų amžiaus asmenų, negalinčių panaudoti turimos profesinės kvalifikacijos, bet galinčius dirbti kitus darbus, kuriems atkurta ar įgyta nauja profesinė kvalifikacija, kuriems būtina profesinė rehabilitacija, taip pat neturintiems darbo patirties, bet galintiems ją įgyti ar praradusiems darbo patirtį ir turintiems ilgesnę kaip 3 metų darbo patirtį, beveik niekada, kartais ir nuolat turint sunkumų bendraujant su aplinkiniais ir gyvenantiems miesteliuose.

Apibendrinant sudarytą logistinį modelį galima teigti, jog pagrindinis veiksnys, įtakoiantys psichikos ir elgesio sutrikimus turinčius asmenis dirbti ir būti integruotiems yra turima darbo patirtis. Jei yra daugiau kaip 3 metų darbo pertrauka ar darbo patirties visai neturima, tuomet susirasti darbą ir būti integruotiems darbo rinkoje darosi vis sunkiau. Turintiems ilgesnį darbo stažą ir įgijus profesinę kvalifikaciją, bei galint ją panaudoti susirasti darbą yra paprasčiau, padidėja integracijos galimybės. Kuo darbingumo procentas aukštesnis, tuo didėja šansai dirbti, sergant psichikos ir elgesio sutrikimais. Darbą susirasti didina tikimybe

gyvenant Vilniuje, nei rajonuose. Tokie veiksniai kaip amžius, ir bendravimas su aplinkiniais nėra svarbiausi veiksniai, padedantys psichikos ir elgesio turimiems asmenims integruotis darbo rinkoje.

5.2.5 NDNT apklaustųjų rezultatų aptarimas

Nuo 2015m. 12mėn. iki 2017m. 02mėn. NDNT Vilniaus psichikos ir elgesio sutrikimų skyriuje iš 2079 apklaustųjų, kurių 1003 (48,2%) buvo moterys ir 1076 (51,8%) vyrai. Darbo rinkoje buvo integruoti ir dirbo 452 (21,7%) asmenys, nedirbantys sudarė tris ketvirtadalius apklaustųjų: 1627 (78,3%). Aiškinantis kokius darbus, pagal darbo pobūdį dirbo apklaustieji išaiškinta jog daugiau buvo dirbami kvalifikuoti darbai 168 (37,4%). Pagalbiniai darbus dirbo 124(27,6%) dirbančiųjų, o nekvalifikuotus ir vadovaujamus pobūdžio darbus dirbo labai panaši dalis atsakiusių respondentų: nekvalifikuotus darbus dirbo 78 (17,4%), vadovaujamo pobūdžio 79 (17,6%).

Didžioji dalis dirbančiųjų gyveno Vilniuje 293 (64,8%), o gyvenančių Vilniaus rajone ir kituose miestuose ar miesteliuose buvo labai panašiai: 79 (17,5%) ir 80 (17,7%). Analizuojant duomenis rastas silpnas koreliacinis ryšys ($r = 0,267$; $p < 0,001$), tarp įgyto išsilavinimo ir dirbančių asmenų. Galima daryti prielaidą, kad turintys aukštąjį išsilavinimą turi didesnes galimybes dirbti. Tarp dirbančiųjų ir amžiaus grupių nėra koreliacinio ryšio - statistiškai reikšmingų skirtumų nerasta ($p = 0,118$), galime daryti išvadą, kad amžius neturi įtakos integruotis darbo rinkoje psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims. Staracas su kolegomis 2017 metais gavo panašius rezultatus, nustatyta: jog nepriklausomai nuo psichikos ligos sunkumo ir laipsnio, labiau buvo linkę nedirbti jauni žmonės, taip pat vyrai. Tikėtina, jog liks bedarbiai turintys žemesnį išsilavinimą turintys asmenys, nei labiau išsilavinę. Rasti ir netolygumai tarp šalies regionų (59).

Analizuojant dvinare logistinė regresija socialinius, demografinius ir elgsenos veiksniais įtakojančius integraciją darbo rinkoje žmonėms, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais rasta: daugiausia įtakos turi turima darbo patirtis. Tad jei asmuo turi darbo patirtį, bet susirgo psichikos ir elgesio sutrikimais išlieka didelė tikimybė dirbti, tačiau jei turima daugiau kaip 3 metų darbo pertrauka – darbą susirasti darosi vis sunkiau. Didėja tikimybė dirbti, sergant psichikos ir elgesio sutrikimais, jei gyvenama Vilniaus mieste. Lyginant su rajonais ar aplinkiniais miesteliais. Darbo pasiūla Vilniaus mieste yra didžiausia.

5.3 Ekspertų požiūris į asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų integracijos galimybes darbo rinkoje

5.3.1 Tyrimo dalyvių charakteristika

Kiekybinės analizės metu gauti rezultatai patikrinti kokybiškai. Atliktas kokybinis tyrimas, naudojant griežtai struktūruotą interviu metodą. Klausimai kaip anketa nusiųsta informantams elektroniniu paštu. Apklausti 8 informantai – ekspertai, dirbantys psichikos ir elgesio sutrikimų srityse, bei atstovaujantys skirtingus veiklos sektorius: neįgalus asmuo, NDNT darbuotojai, teisės ir politikos atstovai, du medicinos sektoriaus darbuotojai, bei socialinis darbuotojas. Ekspertų charakteristika pateikiama 26 lentelėje.

26 lentelė. Informantų charakteristika.

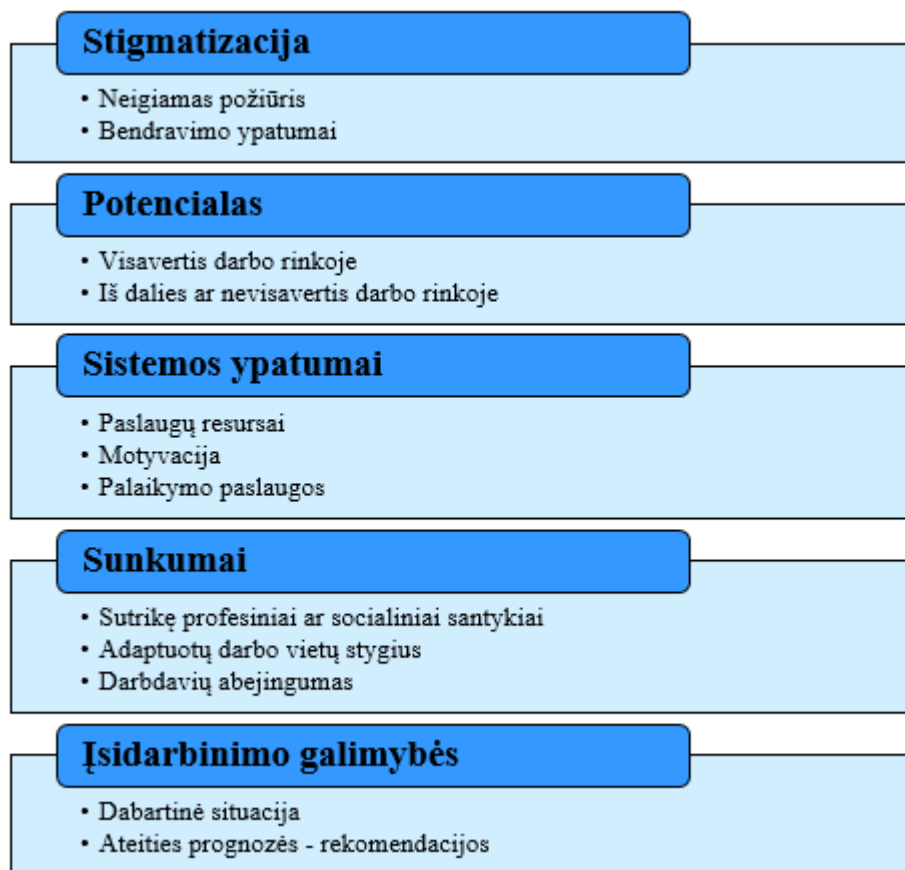
Informanto kodas	Darbo pobūdis	Darbo trukmė dirbant su psichikos ir elgesio sutrikimais turinčiais asmenimis
E. S.	Šeimos gydytojas, siunčiantis į NDNT psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis	3 metai
N. S.	Prof. reabilitaciją tvarkantis darbuotojas	3 metai
V. B.	NDNT psichikos ir elgesio sutrikimų skyriaus darbuotojų vadovas	19 metų
P. P.	Socialinis darbuotojas	6 metai
K. B.	Seimo kontrolierių įstaigos žmogaus teisių biuro patarėjas	6 metai
A.G.	Psichiatras	20 metų
K. D.	Pripažintas neįgalus asmuo – Lietuvos Žmonių su negalia teisių aktyvistas	–
A. Ž.	Teisininkas	10

Vidutinė tiriamųjų darbo trukmė, dirbant psichikos ir elgesio sutrikimų srityje, yra 8 metai ir 3 mėnesiai. Visi tyrimo dalyviai turi aukštąjį universitetinį išsilavinimą.

Tiriamųjų imtis buvo formuojama „sniego gniūžtės principu“, kuomet buvo parinkti pirmi žinomi informantai. Kiti tiriamieji buvo rekomenduoti pirmesniųjų, nurodant kontaktinę informaciją (54) .

5.3.2 Tyrimo medžiaga ir charakteristika

Tyrimo duomenų analizės metu išryškėjo tokios duomenų kategorijos: stigmatizacija, potencialas, sistemos ypatumai, sunkumai ir įsidarbinimo galimybės. 32 paveiksle pavaizduotos išskirtos tyrimo medžiagos kategorijos bei subkategorijos.



32 pav. Tyrimo medžiagos kategorijų ir subkategorijų schema.

5.3.3 Pirma kategorija – stigmatizacija

Pasak, Amerikos intelektualinės ir raidos sutrikimų asociacijos, visi žmonės, įskaitant žmones su intelekto ir vystymosi negalia, turėtų turėti galimybę laiku gauti aukštos kokybės, išsamias, prieinamas, įperkamas, tinkamas sveikatos priežiūros, kurios atitinka jų individualius poreikius, padidina sveikatą, gerovę ir funkcijas, ir padidina nepriklausomumą ir dalyvavimą bendrijose (60). Tačiau tyrimo metu iš ekspertų pasisakymų išaiškėjo, kad praktiškai visi specialistai įvardina iki šio Lietuvoje likusias – netolygumų pasiskirstymų, visuomenės abejingumo ir stigmatizavimo problemas psichikos ir elgesio sutrikimais segantiems asmenims. Šiai kategorijai atskleisti buvo išskirtos tokios subkategorijos:

- Neigiamas požiūris
- Bendravimo ypatumai

„Neigiamas požiūris“

Dauguma informantų nurodo išlikusį neigiamą požiūrį į psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis. Dažnai tai būna visuomenės nuostatos, bei atgyvenęs požiūris. Nenorima tokius asmenis laikyti visaverčius sveikųjų atžvilgiu ar visaverčius darbo rinkoje. Ekspertai nurodo, jog iki šiol likęs visuomenės abejingumas, bei išankstinis nusistatymas:

„<...> yra visuomenės abejingumas ir netolerancija šiems žmonėms. <...> visuomenės išankstinis nusistatymas, kilęs dėl klaidingų požiūrių apie psichikos ligą.“ (N. S.)

„Taip pat vyraujantis požiūris nepalankus. Tokių žmonių daug kas bijo.“ (A. Ž.)

„<...> darbdaviai privengia įdarbinti, segant psichikos liga <...>“ (V. B.)

„Pirmiausia ir didžiausia įsigalėjusi kliūtis tai yra neigiamas požiūris į šiuos žmones.“ (K. D.)

Neretai šis neigiamas požiūris perauga į stigma. Asmenys, turintys psichikos sutrikimų dažnai patiria stigmatizaciją. Psichikos ir elgesio sutrikimais sergantys gali rasti stiprybių savyje kovoti su ligos eiga arba atvirkščiai - gali perimti neigiamą visuomenės požiūrį ir tapti dar labiau atstumti. Paciento šeima dažnai yra vienintelis socialinės paramos šaltinis. Segantys psichikos sutrikimais susiduria su socialine atskirtimi, tai inicijuoja ir žiniasklaidoje publikuojami stereotipai. Neigiamas požiūris apie psichikos ir elgesio sutrikimais sergančius asmenis yra labiausiai sutinkamas darbo rinkoje. Toki pacientai darbe patiria įvairių diskriminacijų: jiems skiriama mažiau atsakomybių, jie turi mažesnius darbo užmokesčius nei sveikieji (61). Specialistai įvardina psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių žmonių stigmatizaciją:

„Manau, kad dažniausiai susiduria su stigmatizuojančiu požiūriu <...>“ (K. B.)

„Stigmatizacija iš darbdavių ir bendradarbių pusės <...>“ (A. G.)

Ypatingai darbo rinkoje psichikos ir elgesio sutrikimų turintys žmonės patiria diskriminaciją. Toki asmenys nėra laikomi pilnaverčiai, dažnai atstumiami, jų vengiama ar atsiribojama:

„Su visuomenės baimėmis ir negatyviu požiūriu, darbdavių atstūmimu, patiriama diskriminacija. <...> Stebimas visuomenės atstūmimas.“ (P. P.)

Tad turintys psichikos ir elgesio sutrikimų dažnai atsiskiria, vengia bendravimo su kolegomis, linkę būti vieni. Toki žmonės bijo išsipasakoti ir pasidalinti savo sunkumais, bijo likti nesuprasti ir atstumti – tai itin įtakojama išankstinu visuomenės nusistatymu. Tam pritaria ir Brohan ir kolegomis, jie nustatė, kad žmonės nesiryžta atskleisti savo psichių ligų, nes bijo prarasti savo darbą ir tapti apkalbų objektu. Jie bijo, kad patirs visuomenės išankstinį nusistatymą ir diskriminaciją (62).

„Bendravimo ypatumai“

Be patiriamos stigmatizacijos, sergant psichikos ir elgesio sutrikimais, keli ekspertai nurodo ir atsiradusius bendravimo sunkumus. Nurodoma, jog visuomenė stigmatizuoja tokius asmenis, dėl patiriamos baimės šiems ligoniams. Žmonės, nežinantys apie psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis, dažnai iš nežinojimo juos atstumia. Tokių žmonių vengiama, dažnai net bijoma:

„Psichikos ligos dažnai lengvai pastebimos ir jaučiamos bendraujant su žmogumi <...> keistas, gal net bauginantis elgesys <...> žmonės bijo sergančiųjų psichikos ligomis, iki šiol vyrauja stereotipai.“ (E. S.)

„Psichikos sutrikimų turintys žmonės be galo būna atskirti, dažnai jų vengiama dėl bendravimo sunkumų su jais.“ (A. Ž.)

„Visuomenė nėra pilnai informuota apie psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis (apie ligos eigą, pobūdį, dažnumą), tad dažnai su jais bijoma net kalbėti <...>“ (N. S.)

Visuomenės nėra pakankamai informuota apie psichikos ir elgesio sutrikimus. Reikėtų daugiau dėmesio skirti visuotiniam švietimui, supažindinimui su tokiais sutrikimais.

5.3.4. Antra kategorija – potencialas

Psichikos sutrikimai betarpiškai yra susiję su didelėmis išlaidomis, ne produktyvumu, nedarbingumu ir bedarbytės (4). Nors psichikos ir elgesio sutrikimams šiuo metu yra skiriamas nemažas dėmesys, tačiau to nepakanka - žmonės nėra pilnai integruoti darbo rinkoje. Psichikos sutrikimų turintys žmonės vis dar nėra laikomi pilnaverčiai darbo rinkoje, jų užimtumas nepakankamas, pvz. per 5 pastaruosius metus JAV užimtumo lygis buvo 90 – 95%, tačiau šis rodiklis yra žymiai mažesnis tarp individų, turinčių psichikos negalią: 10 – 15% (63). Aiškinantis

ar ekspertai psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius žmones laiko visaverčius darbo rinkoje buvo susiduriama su dviem kardinaliais požiūriais, tad buvo išskirtos dvi subkategorijos:

- Visavertis darbo rinkoje
- Iš dalies ar nevisavertis darbo rinkoje

„Visavertis darbo rinkoje“

Mackenzio ir kolegų atliktas tyrimas nustatė, jog apmokamas darbas, šeima, bendruomenės ir palaikymo paslaugos daro daugiausiai įtakos psichinei sveikatai. Taip pat įtakos turi socialinė, ekonominė ir politinė sistemos (64). Tad darbas yra itin svarbus asmenims – jis tiesiogiai prisideda prie sveikimo proceso. Su tokiomis mintimis sutrinka ir dalis ekspertų, jų nuomone žmonės yra pilnaverčiai darbo rinkoje, darbas jiems reikalingas – tai reabilitacijos, sveikimo, integracijos priemonė:

„Taip, kadangi kiekvienas iš mūsų gali susirgti psichikos sutrikimais, tačiau tokiems asmenims reikia žymiai daugiau pagalbos darbo vietoje ir kitų specialiųjų sąlygų, lyginant su fizinės negalios žmonėmis. <...> Darbas, kai jo sąlygos tinka asmeniui su psichikos sutrikimais yra reabilitacijos ir resocializacijos priemonė, kartais labai prisidedanti prie sveikimo proceso.“
(A. G.)

„Taip, žmogus su psichikos sutrikimais yra visavertis žmogus darbo rinkoje. O kodėl ne, kodėl jis negali dirbti. Kad kažko negali, tai nereiškia, kad jis negali nieko. Aišku, įdarbinant tokį žmogų reikia šiek tiek atsižvelgti į jo sveikatos būklę, tačiau kai pats žmogus vėliau prie darbinės aplinkos pripranta ir jam pačiam gerai bei ir kitiems darbuotojams taip pat.“ (K. D.)

Pastarasis ekspertas pabrėžia, jog reikalingos pagalbinės priemonės ir pritaikymas darbo vietoje, tuomet asmuo gali būti pilnai integruotas darbo rinkoje. Jei asmuo turi sutrikimų vienoje sferoje – nereiškia, jog jis visai nieko negali ir yra visiškai negalus atlikti jokių darbų. Specialistai taip pat pabrėžia, jog norint integruoti darbo rinkoje psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis, reikia jiems laiku pradėti taikyti gydymą – tai užkerta kelią ligos įsisenėjimui, bei komplikacijoms, mažina ligos sunkumo laipsnį bei gylį:

„Taip laikau. <...> daug priklauso nuo ligos eigos, bet laiku pradėtas gydymas ir tinkami medikamentai gali pagelbėti situaciją. <...> mačiau ne vieną puikiai susitvarkantį su savo liga ir galintį dirbti: jie žino ir stebi ligos eigą, laiku kreipiasi į specialistus ar net į ligonines, paūmėjimui atslūgus grįžta prie darbų.“ (P. P.)

„Taip, laiku visaverčiu darbo rinkoje, jei gaunamas gydymas leidžia būti visaverčiu nariu, išsprendžia ligos simptomus, tuomet tikrai gali dirbti.“ (K. B.)

Laiku pradėtas gydymas, bei suteikta pagalba gali padėti integruotis ir tapti pilnaverčiais darbo rinkoje.

„Iš dalies ar nevisavertis darbo rinkoje“

Keli specialistai visgi linkę sutikti su nuomone, jog psichikos ir elgesio sutrikimų turintys žmonės nėra visaverčiai darbo rinkoje. Dalis specialistų, tokius žmones, linkę laikyti tik dalinai galinčiais dirbti. Nors pabrėžiama, kad darbas ir užimtumas yra ne tik iš atkūrimo pažangos priemonė - procesas nukentėjusių žmonių psichikos ligos, bet taip pat svarbus jų dalyvavimo socialiniame gyvenime (65), nepaisant to, vyrauja nuomonės ir tarp specialistų, jog negalima pilna integracija:

„Priklausimai nuo ligos sunkumo laipsnio ar gylis, trukmės ir gydymo efektyvumo, bei paciento kritiškumo ligos atžvilgiu. Psichikos ir elgesio sunkumų turintys asmenys tik iš dalies yra darbingi, jeigu jiems nustatomas darbingumo lygis.“ (V. B.)

„Iš dalies taip, jeigu jis gydomi ir laikosi paskirtų rekomendacijų, reguliariai lankosi pas ambulatorinės psichikos sveikatos specialistus, vartoja medikamentus.“ (N. S.)

„Paminėti asmenys tik iš dalies yra visaverčiai darbo rinkoje dėl sveikatos nulemtų priežasčių.“ (A. Ž.)

Specialistai nurodo, jog produktyvumas dirbti itin priklauso nuo ligos eigos, bei sunkumo laipsnio. Jei taikomas gydymas ir laikomasi rekomendacijų, tuomet atsižvelgiant į nustatytą darbingumo lygį – asmuo laikomas dalinai darbingas darbo rinkoje. Itin pabrėžiamas medikamentinis gydymas ir jo svarba.

Tik vienas specialistas nurodė, jog psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius žmones nelaiko darbingus ir visaverčius darbo rinkoje:

„Mano darbe dauguma sutinkamų psichikos liga sergančių žmonių yra tikrai nevisaverčiai darbo rinkoje dėl savo negalios. <...> Psichikos liga sergančio žmogaus

dalyvavimas darbo rinkoje labai priklauso nuo pačios ligos, jos sunkumo ir eigos, gydymo efektyvumo.“ (E. S.)

Žymėtina tai, jog atsakęs asmuo yra itin jaunas specialistas - dirbantis tris metus. Tokį atsakymą galimai įtakoja trumpas darbo stažas ir įgyta ne itin didelė darbo patirtis. Šis eksperto atsakymas ryškiai išsiskyrė iš kitų informantų - tai ne itin džiugina. Net jauni specialistai nėra linkę pripažinti negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis pilnaverčiais, nenuostabu, jog ir visuomenėje likęs klaidingas mąstymas ir įsitikimai apie psichikos sutrikimų turinčius asmenis. Dažnai toki įsitikinimai yra išlikę vyresnio amžiaus žmonėms, tačiau tyrimas atskleidė, jog ir jauni asmenys yra linkę laikytis stereotipų ir nusistovėjusių nuostatų.

5.3.5 Trečia kategorija – sistemos ypatumai

Trečioji kategorija yra skirta išsiaiškinti esamus darbo integracijos sistemos ypatumus psichikos ir elgesio sutrikimai sergantiems asmenims. Šioje kategorijoje išskirtos trys subkategorijos:

- Paslaugų resursai
- Motyvacija
- Palaikymo paslaugos

„Paslaugų resursai“

Didžioji dalis informantų linkę sutikti, jog Lietuvoje trūksta paslaugų psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims. Nurodomas žmogiškųjų išteklių trūkumas, paslaugų tiekėjų abejingumas, institucijų paslaugų nevykdymas. Beveik visi ekspertai nurodo, kaip didžiausią sunkumą – žmogiškųjų išteklių trūkumą. Nurodoma, jog trūksta ir reikėtų skatinti daugiau ruošti specialistų psichiatrijos, psichologijos ir socialinės integracijos srityse:

„<...> reikia ruošti daugiau psichologų, socialinių darbuotojų <..> „ (V. B.)

Pabrėžiamas tarpininkų – asistentų trūkumas. Toki specialistai iki šiol Lietuvoje yra itin reti. Asistentai pagelbėtų darbo integracijos srityje, ypač prieš darbo pokalbius, nes pastarieji dažnai sukelia psichikos sutrikimų turintiems žmonėms daug baimių. Žmonės po ilgos pertraukos grįžtantys į darbo rinką, dažnai nežino kaip elgtis pokalbio metu ir tai jiems sukelia daug sunkumų:

„ <...> nėra teikiama pagalba darbo vietoje, pvz.: asistentas. Manau, asistentai daug labiau pagerintų integraciją, jie motyvuotų, skatintų, padėtų <...> reikia specializuotos

pagalbos, mokymų ar patarimų, kaip, pvz. elgtis pokalbio dėl darbo metu, nes daugumai tai itin sudėtinga ir to vengiama. <....>“ (K. B.)

„Reikia tarpininkų, kurie nusimanytų psichinės negalios srityje ir su darbuotojų net pabūtų jo darbo vietoje pirmomis keliomis darbo dienomis ir taip jį jei reikia nuramintų, supažindintų su darbo aplinka. Žiūrint kokio lygio sutrikimas gal visas veiksmas ilgiau vyktų, o gal greičiau, bet toks kaip tarpininkas šiems žmonėms yra tikrai reikalingas.“ (K. D.)

Nurodomas ne tik žmogiškųjų resursų trūkumas, bet ir darbo vietų išsaugojimo galimybių ribotumas. Asmeniui susirgus psichikos ir elgesio sutrikimais darbdaviai nesistengia prisitaikyti prie sergančiųjų ar suteikti jiems palankių sąlygų:

„ Neoliberalios ekonominės aplinkos įstatymai darbdaviui suteikia ženkliai daugiau teisių, nei darbuotojui. Asmeninio asistento ar apsaugotų darbo vietų galimybės yra labai ribotos Lietuvoje. Socialinė įmonės diskreditavo savo vardą. NDNT neprižiūri, kaip darbdaviai laikosi darbo sąlygų reikalavimų neįgaliesiems.“ (A. G.)

Institucijų ar socialinių įmonių abejingumas, taip pat pabrėžtinai. Ekspertai mano, kad iki galo yra neišnaudojamos visos galimybės integracijai gerinti. Ypač pabrėžtina NDNT, kuri pilnai nevykdo ir nekontroliuoja neįgaliųjų profesinės reabilitacijos, taip pat permažai dėmesio skiriama darbų sąlygoms, bei darbo aplinkybėms nurodant.

„Motyvacija“

Daugiau nei du trečdaliai asmenų, turinčių psichikos negalią, pvz. sergant bipoliniu afektiniu sutrikimu, šizofrenija, gaunančių psichikos sveikatos paslaugas nori dirbti (63). Vadinasi, asmenys yra pakankamai motyvuoti dirbti. Tai galimai susiję ir su mažomis nedarbingumo išmokomis. Žmonės norintys gauti didesnes pajamas linkę grįžti į darbo rinką. Informantai nurodo motyvaciją, kaip vieną iš pagrindinių paskatų darbo integracijos srityje:

„Mano manymo integraciją labiausiai palengvina pačio neįgaliojo motyvacija integruotis. Jei asmuo nenori dirbti, tai jo niekas neprivers, o kai yra užmojis dirbti, tuomet gali dirbti daugelis.“ (P. P.)

„<...> asmens motyvacija darbui, nes nuo jos labai viskas priklauso. Kartais daug sunkiau sergantis kreipiasi dėl profesinės reabilitacijos, nei tokių sunkių sunkumų neturintis ir jaunas“ (V. B.)

Dažnai atvejais psichikos ir elgesio sutrikimais sergantys asmenys linkę pervertinti save. Pasitaiko ir atvejų, kuomet nėra išnaudojamos visos galimybės. Tai labai priklauso nuo ligos eigos. Jei psichikos ir elgesio sutrikimais sergantiems asmenims pasiūlomas kitoks darbas, nei jie dirbo prieš ligą – dažnai jie nesutinka dirbti. Viskas priklauso nuo žmogaus nusistatymo ir noro grįžti į darbo rinką:

„<...> kai kurie pervertina savo galimybes, kiti - priešingai, save nuvertina <...>“ (V.B.)

„Manau, jog žmonės dažnai nesutinka dirbti kitų darbų, kurie nėra pagal jo įgytą specialybę, dažnai jie save net pervertina, o kartais išvis neturi jokios motyvacijos – daug priklauso nuo ligos eigos.“ (E. S.)

Specialistai įvardina ne tik žmogaus, bet ir visuomeninę motyvaciją. Jei visuomenė motyvuoja ir skatina neįgaliuosius grįžti į darbo rinką, pasiekiamas didesnis rezultatas. Dažnai žmonės neturi jokios paskatos išlaikyti darbo vietą – jie gauna neįgalumo išmokas arba bijo, jog jos sumažės.

„<...> artimųjų nenoras leisti jiems dirbti, nes sumažės pensijos <...>“ (A. G.)

„Manau, kad galimybių yra, bet galėtų būti daugiau, nes dabar problemai spręsti per mažas valdžios dėmesys. Toki žmonės nėra itin motyvuojami dirbti, jie kreipiasi dėl darbingumo nustatyto ir apie darbą daugelis net negalvoja. Reiktų pradėti nuo valdžios keisti šį įsisenėjusį požiūrį.“ (P. P.)

Informanto nuomone, žmogaus motyvaciją lemia ir visuomenės normos. Kuo daugiau valdžios atstovai sukurs galimybių, tuo žmonės bus labiau motyvuojami. Atsiradus didesniai valdžios susidomėjimui, būtų tobulinama sistema, taip atsirastų daugiau galimybių rinktis psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems žmonėms.

„Palaikymo paslaugos“

Pasak Almeidao ir kolegų, asmenys, sergantys psichikos sutrikimais, pvz. šizofrenija kenčia nuo prastesnių gyvenimo sąlygų, blogesnės gyvenimo kokybės, sutrikusių profesinių ir

socialinių santykių, dažnai jie pasiekia žemesnio išsilavinimo, dažniau hospitalizuojami, bei turi itin ilgą gyvenimo trukmę pragyventa su liga, lyginant su žmonėmis be psichikos sutrikimų (66). Tad žmonėms, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais, reikia išmokyti gyventi su savo liga. Reikia ne tik prisitaikyti prie išskylančių sunkumų, bet ir pilnai išnaudoti savo turimas žinias, bei panaudoti turimus įgūdžius, tai itin svarbu bandanti grįžti į darbo rinką po pertraukos ar ieškant naujo darbo. Analizuojant, koki veiksniai turi daugiausiai įtakos žmonėms, sergantiems psichikos sutrikimais, grįžti į darbo rinką, ekspertų nuomone daugiausiai įtakos turi turima darbo patirtis ir kvalifikacija. Tokį atsakymą nurodė didžioji dalis informantų:

„Turima darbo patirtis ir kvalifikacija palengvina integraciją.“ (A. G.)

„Šiuo atveju patirtis ir kvalifikacija - parodo darbdaviui darbuotojo galimybes, gali konkrečiai darbo vietai vertinti, kiek tinka asmuo dirbti.“ (A. Ž.)

„ <...> turima darbo patirtis ir kvalifikacija yra labai svarbu. Turint darbo patirtį ir susirgus yra daug lengviau grįžti į darbą, nei visiškai neturint jokios kvalifikacijos.“ (P. P.)

„Manau, kad turima darbo patirtis bei įgytas išsilavinimas. Išsilavinimas tai yra įgautos žinios, kurias tu gali pritaikyti darbinėje aplinkoje. O darbinė patirtis svarbiausia todėl, kad darbdaviui daug paprasčiau tave suprasti bei reikalauti tam tikrų užduočių atlikimo, kai žino, kad tu kažkurioje srityje jau esi įgijęs daug praktinių žinių ir moki išspręsti atsiradusią problemą greičiau nei kažkuris kitas.“ (K. D.)

Ekspertai nurodė, jog turint didesnę darbo patirtį ir įgijus kvalifikaciją daug lengviau grįžti į darbo rinką ar susirasti darbą. Žmonės, kurie turi darbo patirtį, daug lengviau adaptuojasi darbo vietose. Jų įgyta darbinė patirtis ir praktinės žinios labai svarbūs atliekant užduotis. Tokių žmonių adaptacija daug trumpesnė, lyginant su jokios patirties neturinčiais asmenimis.

Be darbo kvalifikacijos ir turimos patirties specialistai įvardina amžiaus, išsilavinimo, bei ankstyvos diagnostikos svarbą. Ekspertai mano, jog jauniems darbą susirasti yra daug lengviau nei vyresnio amžiaus žmonėms. Taip pat pabrėžiamas išsilavinimas. Turint aukštesnį išsilavinimą, pasak ekspertų, didėja galimybės dirbti. Kuo anksčiau pradėtas tinkamas gydymas gali pagerinti ne tik žmogaus būklę, bet ir didina darbingumo galimybę.

„<...> jaunystės amžius, įgytas išsilavinimas, turima darbo patirtis, turima profesinė kvalifikacija <...>“ (V. B.)

„Lengva, kontroliuojama ligos eiga, paties žmogaus noras dirbti, keisti specialybę ar sutikimas dirbti žemesnės kvalifikacijos darbus nei turima specialybė, taip pat amžius ir išsilavinimas labi svarbu. <...> Ankstyva diagnostika, gerai parinktas gydymas ir ligos kontrolė gali pagerinti žmogaus būklę, funkcionavimą ir darbingumą.“ (E. S.)

Atsižvelgiant į darbo rinkos galimybes, reiktų nepamiršti, jog darbe patiriamas stresas gali įtakoti ir sukelti ar prisidėti prie pakartotinių būklės pablogėjimų. Su darbu susijęs stresas yra viena iš didžiausių sveikatos problemų su kuria pasaulis susiduria šiuo metu. Pagal 2009 metų Europos rizikos stebėjimo ataskaitos duomenis, stresas yra antras dažniausiai su darbu susijusių sveikatos problemų sukeliančių veiksnių, paveikiančių apie 22% dirbančių europiečių. Ilgalaikis poveikis dirbti veikiant streso yra susijęs su padidėjusia rizika susirgti psichikos ligomis, pvz. depresija, nerimu, emociniu išsekimu, ir gali sukelti ilgalaikį poveikį: negalios, ankstyvo išėjimo į pensiją (67). Žalingą streso poveikį nurodo ir ekspertas:

„Daugeliu aspektų: psichikos sutrikimų turintys pacientai yra skurdo rizikos grupė, todėl darbas jiems turi generuoti pajamas; darbas yra dienos struktūros dalis, socializacija, stimuliacija, aktyvinimas, vertės pajautimo šaltinis ir kt. Tačiau nereikia pamiršti, kad darbas yra susijęs su stresu, kuris pacientams yra neretai žalingas.“ (A. G.)

Sutinkama su teiginiu jog darbas yra itin svarbus psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims. Dirbant žmogus jaučiasi reikalingas, stimuliuojamas, įtrauktas į bendruomenę. Darbas – tarsi jungianti dalis, kuri turinčius sutrikimų asmenis integruoja į bendruomenę. Darbo dėka žmonės jaučiasi esantys naudingi. Nepaisant darbo privalumo psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems žmonės, reikia atkreipti dėmesį ir į darbe kylančias kliūtis, bei sunkumus. Pastaruoju metu ypač patiriamas stresas, kuris sukelia daug sveikatos problemų. Jis žalingas tiek grįžtantiems į darbo rinką, tiek jau dirbantiems. Būtina itin didelį dėmesį skirti darbo - poilsio režimui, bei ergonomikai, tai padeda susidoroti ir išvengti neigiamų streso padarinių.

5.3.5 Ketvirta kategorija – sunkumai

Smithas su kolegomis pastebi, jog psichikos ir elgesio sutrikimų turintys asmenys vis dar susiduria su didelėmis kliūtimis ieškant darbo (63). Išskyla įvairių sunkumų. Išsiaiškinant visus kylančius sunkumus ieškant darbo psichikos sutrikimų turintiems asmenims, buvo išskirtos tokios subkategorijos:

- Sutrikę profesiniai ar socialiniai santykiai
- Adaptuotų darbo vietų stygius
- Darbdavių abejingumas

„Sutrikę profesiniai ar socialiniai santykiai“

Žmonės, sergantys psichikos ir elgesio sutrikimais, dažnai būna atsiriboję nuo aplinkinių. Nenoras pasakoti apie savo sutrikimus itin dažnas atvejis. Psichikos sutrikimai slepiami nuo kolegų, siekiant išvengti apkalbų ir atstūmimo:

„<...> neturi įgūdžių darbo paieškai, nežino, kaip kalbėti su darbdaviu. Kartais nenori, kad bendradarbiai žinotų apie jų sutrikimą, todėl slepia, bet tai tik atsigręžia prieš juos pačius, nes krizės atveju niekas nežino, ką reikia daryti ir ko nedaryti.“ (A.G.)

Apie savo sutrikimus vengiama kalbėti, tačiau dažnai tai būna klaidingas elgesys - patvirtina ir ekspertas. Jo teigimu, niekam nepasakojant apie savo ligą ir būseną, aplinkiniams darosi dar sunkiau pagelbėti krizės atvejais. Darbdaviai nežino kokių pagalbinių priemonių imtis, norint padėti.

Norint pagerinti psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių žmonių įsidarbinimo galimybes siūloma tobulinti profesines paslaugas papildant ir skiriant daugiau dėmesio darbo interviu mokymams. Jie mano, jog itin svarbus pirmas įvaizdis pokalbyje su darbdaviais, tačiau psichikos sutrikimais sergantiems asmenims tai gali būti ypač sunku, nes jiems dažnai būdingi socialinio pažinimo sutrikimai (63). Ekspertas nurodo būtent šią problemą – komunikavimo sutrikimus:

„ <...> kas be ko trūksta didesnio komunikavimo arba tarpininkavimo tarp darbdavio ir darbuotojo. Tai yra žmogus, kuris dirba darbo biržoje turėtų labiau komunikuoti ir padėti pirmajame susitikime su darbdaviu.“ (K. B.)

Specialisto aiškinama, jog reikalinga įsidarbinimo pagalba neįgaliems asmenims. Žmonės turintys psichikos sutrikimų dažnai turi ir komunikavimo problemų. Galimai dėl atsiribojimo ir aplinkinių vengimo. Tad būtina padėti žmonėms ieškant darbo, ypač pačioje pradžioje – darbo pokalbio metu bei įsidarbinant. Ekspertas rekomenduoja daugiau paramos skirti darbo biržos darbuotojams, jie turėtų būti daugiau atsakingi ir atlikti svarbią – tarpininkavimo funkciją.

Esant atsiribojimui, žmonės nesidomi visomis galimybėmis, kurios yra jiems suteikiamos. Dalis psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių žmonių, net nežino kokias darbo galimybes jiems gali pasiūlyti sistema:

„<...> dažnai asmenys atsisako keisti savo turimą profesiją, o kiti apie tokią galimybę net būna neinformuoti.“ (V. B.)

Specialisto nuomone, žmonės dėl savo nenoro nekeičia savo specialybės. Nors yra suteikiamos galimybės įgyti naują profesiją, tačiau asmenys arba būna įsitikinę jog jie dar gali dirbti anksčiau dirbtus darbus arba neturi noro kažką keisti. Pasitaiko ir atvejų – kai net nežinoma apie tokią turimą galimybę. Tai dar kartą parodo, kad socialiniai santykiai psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims yra labai svarbūs. Tik bendraujant ir komunikuojant su kitais gali ne tik sužinoti, bet ir padėti sau.

„Adaptuotų darbo vietų stygius“

Daugelis informantų nurodo, jog vienas iš pagrindinių sunkumų ieškant darbo psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims yra darbo vietų stygius. Kuriamą ne tik per mažai darbo vietų psichikos sutrikimų turintiems asmenims, bet darbo vietos nėra pritaikytos – adaptuotos jų poreikiams:

„<...> kuriama mažai darbo vietų, kadangi darbdaviai nemato įgalinimo galimybių šiems žmonėms. Šis požiūris yra kitoks Skandinavijos šalyse, kur visi žmonės yra įtraukiami į darbo rinką, nes suprantama, kad visi turi teisę ir gali dirbti. Ten dirba ir paroduotuvėse autizmo, dauno sindromą ir kitokius sutrikimus turintys žmonės. Jie dirba vairuotojais ir net statybose bei kitose įmonėse. Pas mus iki tokio supratimo ir mąstysenos dar toli gyventi.“ (K. D.)

Informantas pabrėžia skirtumus tarp Lietuvos ir Skandinavijos šalių. Pateiktas gerasis pavyzdys atspindi, kaip galėtų būti integruoti sutrikimų turintys žmonės darbo rinkoje. Pabrėžiama, kad visi žmonės lygūs, nepaisant jo sutrikimo, visi gali dirbti įvairius darbus ir būti pilnai integruoti darbo rinkoje, to Lietuvoje dar nėra.

Kiti informantai nurodo adaptuotų darbo vietos stygių ir specializuotos pagalbos nebuvimą. Pabrėžiama, jog psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems žmonėms reikalinga pagalba darbe, jog jie galėtų būti pilnaverčiai darbo rinkoje:

„ <...> susiduriama ir su specializuotos pagalbos/ adaptuotos darbo vietos nebuvimu. Šiai diena nėra sudarytų pilnų darbo sąlygų psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems žmonėms būti pilnaverčiais darbo rinkoje. <..> Nėra adaptuotos darbo vietos psichikos sutrikimų turintiems žmonėms <...>“ (K. B.)

Ne visi darbdaviai linkę pripažinti psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis pilnaverčiais darbo rinkoje. Darbdaviai tokiems žmonėms nesūlo gerų darbų, o jei ir siūlomi, tai tik pagalbinais darbais:

„ <...> pagrindinis sunkumas yra visuomenės išankstinis nusistatymas, kilęs dėl klaidingų pažiūrų apie psichikos ligą. Visuomenė nėra pilnai informuota apie psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis (apie ligos eigą, pobūdį, dažnumą), todėl toki asmenys net mažai kviečiami į darbo pokalbius arba kviečiami tik į pagalbinius darbininkus.“ (N. S.)

Specialistas pabrėžia, jog vyraujant išankstinėms nuostatomis į darbo pokalbius net nekviečiami psichikos ir elgesio sutrikimų turintys žmonės. Jie nelaikomi visaverčiais. Tokiems asmenims, net nesuteikiamos galimybės pabandyti dirbti kvalifikuotų darbų, pasak informanto. Dažnai darbo skelbimuose pasirodo tik pagalbinais darbais skirti psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims. Negaliems žmonėms ne tik nesuteikiamos darbo vietos, tačiau nesuteikiamos net ir galimybės pabandyti dirbti kvalifikuotą darbą.

„Darbdavių abejingumas“

Daugiau nei pusė specialistų nurodė, jog kyla sunkumų dėl darbdavių abejingumo, nenoro padėti psichikos ir elgesio sutrikimais sergantiems asmenims. Nors psichikos ligomis sergantiems reikia paramos, darbuotojai dažnai nesiryžta jos prašyti. Parama yra ypač svarbi žmonėms, kuriems susirasti darbą yra sudėtinga. Dalis asmenų meluoja prašant pagalbos, kad ji reikalinga arba neatskleidžia psichikos sutrikimo, pasak C.S. Dewos (62). To pasekoje asmenys, sergantys psichikos ir elgesio sutrikimais, linkę slėpti savo sutrikimus:

„<...> jei darbovietėje sužino apie psichikos ligos atsiradimą tuomet dažnai net tenka palikti darbo vietą.“ (N. S.)

„ <...> kartais darbdaviai privengia įdarbinti, segant psichikos liga, nes yra pakankamai sveikų ir sergančių net nenori priimti - mano jog su jais yra daug vargo.“ (V. B.)

Daugiausia baimių, pasak informantų, kyla bijant prarasti darbo vietą. Esant galimybei, pasirenkama nutylėti apie savo sutrikimus. Ekspertų nuomone darbdaviai bijo įdarbinti psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis, jie geriau renkasi sveikus – tokių sutrikimų neturinčius. Darbdavius atgraso patiriami sunkumai ir našta.

5.3.6 Penkta kategorija – įsidarbinimo galimybės

Asmenų, sergančių psichikos ir elgesio sutrikimais, integracija Lietuvoje po truputį gerėja, tačiau išlieka sunkumų. Žmonės su psichikos negalia įtakoja daugybę veiksnių, įskaitant darbo rinkos sąlygas, individualią darbo aplinką ir valstybės politiką. Nors veiksmingi profesinės reabilitacijos modeliai buvo sukurti siekiant padėti žmonėms su psichikos negalia gauti darbo, didinti darbo vietas, tačiau rezultatai iki šiol nedžiugina: mažas darbo užmokestis, ne visą darbo dieną skiriamas darbas, laikinos darbo sutartys (68). Būtinės tolimesnės sistemos reformos. Atsižvelgiant į esamą situaciją ir ateities prognozes, buvo išskirtos dvi subkategorijos:

- Dabartinė situacija
- Ateities prognozės – rekomendacijos

„Dabartinė situacija“

Visi ekspertai teigia, jog šiuo metu Lietuvoje psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims yra ribotos galimybės dirbti. Negalę turintys asmenys dažnai patiria stigmatizaciją, bei yra nelaikomi pilnaverčiai darbo rinkoje:

„Šiai diena nėra sudarytų pilnų darbo sąlygų psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems žmonėms būti pilnaverčiais darbo rinkoje.“ (K. B.)

„Toki žmonės iki šiol nėra pilnaverčiai. Jie nelaikomi visaverte darbo jėga.“ (P. P.)

„Yra socialinės įmonės, kurios priima į darbą, tačiau įprastose įmonėse, tai reti atvejai dėl sveikatos reikalavimų ir tradicijų ar vyraujančio požiūrio.“ (A. Ž.)

„Tokiems asmenims dėl negatyvaus visuomenės požiūrio ypatingai sunku susirasti darbą <...>“ (N. S.)

Informantai nurodo, jog daugiausia sutrikimų dirbti kyla dėl visuomenės nuostatų. Mūsų šalyje psichikos ir elgesio sutrikimų turintys žmonės nėra laikomi pilnaverčiais darbo rinkoje, lyginant su sveikaisiais. Negaliems žmonės yra itin sunku susirasti darbą. Tai galimai sąlygoja darbo pasiūla ir išlikusi neįgaliųjų diskriminacija. Ekspertas nurodo dar vieną priežastį – nepilnavertis gydymas:

„Neturi galimybės dirbti, kadangi ne visada gaunamas gydymas, ne visada gydymas būna efektyvus.“ (K. B.)

Šio specialisto nuomone, itin svarbus yra gydymas psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems žmonėms. Gaunant laiku ir tinkamą gydymą – žmonės jaučiasi geriau, padidėja tikimybė dirbti. Dažnai parenkant tinkamą ir visavertį gydymą, stebimas bent dalinis progresas.

Kiti ekspertai pabrėžia, jog Lietuvoje išlikusi nepilnavertiškumo problema. Psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims siūlomi tik pagalbiniai darbai. Nesuteikiamos galimybės pilnai išnaudoti savo galimybių:

„ <...> manoma jog šie žmonės gali vykdyti tik menkus darbus. Pvz. Alytuje bus vykdomas projektas - kepyklėlė, kurioje bandys dirbti intelekto sutrikimą turintys žmonės ir jiems padės sveikieji. Gal pradžioje ir visai gerai, bet mano manymu jie gali daug daugiau.“ (K. D.)

Specialistas džiaugiasi, jog įdarbinami neįgalieji. Jie integruojami darbo rinkoje, jiems suteikiamos galimybės būti aktyvios bendruomenės dalimi, tačiau pabrėžtinai ir nerimas, jog neįgalieji dirba tik pagalbiniais darbus. Nesutinkama su nuomone, jog negalieji gali dirbti tik nekvalifikuotus darbus. Žmonės turi būti pilnaverčiai ir dirbti pagal savo norus ir galimybes. Tas Lietuvoje šiuo metu nėra užtikrinama.

„Ateities prognozės - rekomendacijos“

Pirminės sveikatos priežiūroje susiduriama su sisteminiu ir kultūrinio pobūdžio iššūkiais siekiant integruoti asmenis, sergančius psichikos ir elgesio sutrikimais. Norint įveikti šias kliūtis reikia dirbti viešosios politikos, finansavimo ir kompensavimo sistemų srityse ir nustatant naujas sveikatos kultūros normas (60). Gerinant neįgaliųjų integracijos galimybes šalyje būtina atsižvelgti į siūlymus, bei rekomendacijas. Informantai sutinka, jog reikia daug dėmesio skirti integracijai:

„Kadangi psichikos ligomis sergančių žmonių skaičius nuolat didėja, manau, kad integracijos galimybes padidintų jiems skiriamos pagalbos ir paslaugų didinimas. Reikėtų daugiau dėmesio ir lėšų skirti šiems asmenims, nes integracija apsunkinta.“ (N. S.)

Gerų rezultatų galima pasiekti tik bendradarbiaujant visiems sektoriams drauge. Anot informanto, itin svarbus yra finansavimas. Skiriant daugiau lėšų integracijai, psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims, galime didinti pagalbos įvairovę ir paslaugų kokybę. Kitas specialistas nurudo, jog itin svarbu skirti daugiau dėmesio ne tik didmiesčiuose gyvenantiems žmonėms:

„ <...> turėtų būti sudarytos darbo galimybės regionuose, nes jei ir yra kokia pagalba, dažniausiai ji būna tik didmiesčiuose.“ (K. B.)

Šio eksperto pasisakymu, galime teigti jog daugiau galimybių turi neįgalieji, gyvenantys miestuose, lyginant su kaimais. Miestuose vyksta daugiau programų, renginių, yra didesnė darbo pasiūla, nei rajonuose gyvenančių asmenų. Šiems netolygumams spręsti informantas siūlo daugiau dėmesio skirti rajonuose vykstančiai darbo integracijai.

„ <...> suteikti galimybę dirbti ne pilną darbo dieną <...>“ (P. P.)

„ < ...> gali pagerinti žmogaus būklę, funkcionavimą ir darbingumą pritaikyto pobūdžio darbo vietas, pvz. darbas, kai nereikia bendrauti su kitais žmonėmis ar galimybė dirbti ne visą darbo dieną, bet kelias valandas per dieną (dėl greito nuovargio, kuris būdingas tokiems ligoniams).“ (E. S.)

Kitų informantų siūlymas – darbas nepilną darbo dieną. Siūloma rinktis tokius darbo pobūdžius, kai yra sunki ligos eiga, greit pavargstama ar reikia dažnai pailsėti. Pastarasis specialistas siūlo rinktis psichikos ir elgesio žmonėms darbus, kurių metu nereikia tiesiogiai bendrauti su kitais žmonėmis. Toks eksperto siūlymas sukelia dviprasmiškų minčių. Suteikiant psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems žmonėms tokias darbo vietas – bus stigmatizacija. Šis informantas – vienintelis nurodęs, jog negalę turintys asmenys nėra pilnaverčiai darbo rinkoje. Pastebima, kad visuose pasisakymuose šis specialistas linkęs nuvertinti psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis. Tuo tarpu kiti specialistai siūlo didinti visuomenės įtraukimą:

„<...> nuolat informuoti visuomenę apie psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis, jog mažėtų atskirtis, tada didės ir jų paklausa darbo rinkoje.“ (N. S.)

„Turėtų dar daugiau būti švietėjiškos veiklos visuomenei apie asmenis su psichikos sveikatos sutrikimais. Taip pat darbo biržos darbuotojų kompetencijos tobulinimas itin svarbu, ten dirbantys žmonės neturi pakankamai žinių ir įgūdžių. Turi būti sudarytos pagalbos darbo vietoje priemonės, kurių šiai dienai trūksta.“ (K. B.)

„Reikėtų bendrai keisti požiūrį visuomenės, labiau supažindinti su tokiais asmenimis, šviesti ir tuomet savaime būtų lengviau integruoti į darbo rinką.“ (A. Ž.)

„Reikia daugiau įtrauktis, pati visuomenė turėtų juos noriai kviesti į kažkokias veiklas, užimtumą, renginius ir pan. Kol to nebus, tol ir toliau bus užbarikaduotos sienos ir šie žmonės taip ir liks izoliuoti tarp keturių sienų ar kad ir socialinės globos namuose. Reikia taip pat nebijoti kurti darbo vietų šioms žmonėms, bei yra reikalingas tarpininkas.“ (K. D.)

Norint, jog psichikos ir elgesio sutrikimų turintys žmonės būtų visaverčiai, reikia daugiau apie tai kalbėti visuomenėje, taip teigia specialistas. Tik įtraukiant visą visuomenę galime kažką pakeisti. Turi pasikeisti žmonių mąstymas ir tik tuomet pasieksime rezultatų integracijos srityje. Taip pat informantas pabrėžia visuomenės baimę psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenimis – žmonės nežino ir dažnai nenori žinoti apie šiuos sutrikimus. Pasak specialisto, skleidžiant žinią visuomenei, toki žmonės gali nebebūti izoliuoti. Suteikta aplinkinių - tarpininkų pagalba dažnai padeda spręsti iškilusias problemas.

5.3.6 Kokybinės dalies rezultatų aptarimas

Gauti kiekybinio tyrimo rezultatai buvo tikrinami atliekant kokybinį vertinimą. Atlikus griežtai struktūruotų interviu analizę iš 7 informantų, buvo gauti rezultatai, kurie sutapo su kiekybinio tyrimo metu gautais rezultatais.

Visi informantai nurodė Lietuvoje likusią stigmatizavimo problemą. Psichikos ir elgesio sutrikimų turintys asmenys nėra laikomi visaverčiai. Tai atspindi šie teiginiai: “ <...> yra neigiamas požiūris <...>“, „ <...> patiriama diskriminacija.“, „Stebimas visuomenės atstūmimas.“. Visuomenė prisibijo šių asmenų, jie vengiami, bei ignoruojami.

Neįgalieji nėra laikomi visaverčiais darbo rinkoje. Ekspertai sutinka su požiūriu, jog yra išlikę stereotipai – šie žmonės nėra laikomi pajėgiais, jiems siūloma dirbti tik pagalbinus – nekvalifikuotus darbus, darbdaviai linkę manyti, jog psichikos ir elgesio sutrikimų turintys asmenys nebus pilnaverčiai, lyginant su sveikaisiais.

Kaip ir kiekybinio tyrimo dalyje, taip ir vertinant kokybiškai, didžioji dalis ekspertų teigia, jog daugiausia įtakos grįžti į darbo rinką turi asmenys turintys darbo patirtį ir kvalifikaciją. Taip pat pabrėžiama išsilavinimo, pilnavertiško gydymo, bei motyvacijos svarba.

Daugelis informantų nurodo, jog psichikos ir elgesio sutrikimų turintys asmenys, ieškant darbo susiduria su darbdavių abejingumu, nenoru priimti į darbą, darbo vietų stygiumi. Neįgaliesiems jei siūloma, tai dažniausiai nekvalifikuoti darbai. Taip pat, kaip ir kiekybinio tyrimo metu gauti rezultatai, jog daugiau dirbančiųjų yra Vilniaus mieste, nei rajonuose, čia problema pastebi ir specialistai ir siūlo daugiau dėmesio skirti paslaugų tiekimui rajonuose.

Siūlant pagerinti integracijos galimybes psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims, informantai pabrėžia visuomenės informavimo svarbą. Kuomet bus visuotinė įtrauktis, tik taip bus galima pasiekti gerų rezultatų integracijos srityje ir tik po to bus galima daugiau dėmesio skirti paslaugų teikimui ir sistemų tobulinimui.

6. APIBENDRINIMAS

Nagrinėjant negalios dėl psichikos ir elgesio sutrikimų dinamiką Lietuvoje susiduriama su duomenų trūkumu. Nėra duomenų bazės, kurioje būtų kaupiami duomenys apie DL, NL, SP, profesinę reabilitacijos nustatymus iki 2005 metų NDNT reorganizacijos. Duomenys apie negalią dėl psichikos ir elgesio sutrikimų randami tik nuo 2007 metų. Analizuojant duomenis 2007 – 2015 metų periodu pastebimas DL dėl psichikos ir elgesio sutrikimų nustatymų mažėjimas visose Lietuvos apskrityse. Stebimas NL didėjimas visose Lietuvos apskrityse. Iš NDNT metinių ataskaitų gauti SP ir profesinės reabilitacijos duomenys nėra išsamūs – nėra išdiferencijuota pagal visas ligas – psichikos ir elgesio sutrikimus. Pastebimi itin dideli netolygumai tarp Lietuvos apskričių: daugiausia negalių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų buvo nustatoma Šiaulių ir Panevėžio apskrityse, o stabiliausiai 2007 – 2015 metų periodu buvo nustatoma – Vilniaus, Kauno ir Alytaus apskrityse.

Išnagrinėjus administracinius duomenis iš 2079 apklaustųjų NDNT Vilniaus psichikos ir elgesio sutrikimų skyriuje, buvo gauta: darbo rinkoje buvo integruoti ir dirbo 452 (21,7%) asmenys, nedirbantys sudarė tris ketvirtadalius apklaustųjų: 1627 (78,3%). Daugiausia buvo dirbami kvalifikuoti darbai 168 (37,4%), didžioji dalis dirbančiųjų gyveno Vilniuje 293 (64,8%). Rastas silpnas koreliacinis ryšys ($r = 0,267$; $p < 0,001$), tarp įgyto išsilavinimo ir dirbančiųjų asmenų, darome prielaidą, kad turintys aukštąjį išsilavinimą turi didesnes galimybes dirbti. Tarp dirbančiųjų ir amžiaus grupių nėra koreliacinio ryšio - statistškai reikšmingų skirtumų nerasta ($p = 0,118$) – amžius neturi įtakos integruotis darbo rinkoje psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims. Analizuojant dvinare logistine regresija socialinius, demografinius ir elgsenos veiksnius įtakojančius integraciją darbo rinkoje žmonėms, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais rasta, kad daugiausiai įtakos turi turima darbo patirtis.

Kiekybinės analizės metu gauti duomenys patikrinti kokybiškai, naudojant griežtai struktūruotą interviu metodą. Apklausti 8 informantai. Visi ekspertai sutinka, jog Lietuvoje iki šiol likusi stigma įtakoja psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių žmonių integraciją į darbo rinką. Specialistai nurodo, jog įsidarbinimo galimybės itin riboja visuomenės nusistatymas, resursų stygius, adaptuotų darbo vietų trūkumas, miestų ir kaimų netolygumai. Gerinant integracijos galimybes, informantai siūlo daugiau dėmesio ir įtraukties skirti psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims, mažinti netolygumus tarp miestų ir kaimų, didinti žmogiškuosius išteklius.

7. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

Išvados:

1. Ilgametėje neįgalumo dėl psichikos ir elgesio sutrikimų nustatymų dinamikoje Lietuvoje stebimi reikšmingi tendencijos pokyčiai: 2007 – 2015 m. laikotarpiu stebima darbingumo lygio nustatymo mažėjimo tendencija, o 2007 – 2015 m. neįgalumo lygio nustatymų daugėja. Specialiųjų poreikių ir profesinės reabilitacijos duomenys nėra išsamūs – nėra išdiferencijuota pagal psichikos ir elgesio sutrikimus. Šiaulių apskrityje visą 2007 – 2015 m. laikotarpį stebimi nustatymų netolygumai, lyginant su kitomis Lietuvos apskritimis.
2. Psichikos ir elgesio sutrikimų turintys žmonės nėra pilnai integruoti darbo rinkoje. Neįgalųjų, dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, integracijos rodiklis buvo 21,7%, t. y. tik penktadalis – 452 asmenys iš 2079 apklaustųjų, dirbo. Vyrų ir moterų tarpe integracijos paplitimas statistiškai reikšmingai skyrėsi: jis didesnis tarp moterų (25,9%), nei tarp vyrų (17,8%). Integracijos paplitimas pagal išsilavinimą buvo skirtingas. Didžiausias paplitimas tarp turinčių aukštąjį išsilavinimą (33,0%), mažiausias – tarp neturinčių išsilavinimo (0,22%). Integracijos paplitimas statistiškai reikšmingai nesiskyrė skirtingose amžiaus grupėse. Integracijos paplitimą labiausiai įtakoja turima darbo patirtis (92,7%) ir gyvenamoji vieta – Vilniaus miestas (64,8%).
3. Visuomenės sveikatos požiūriu integraciją gerina: bendruomenės aktyvus įsitraukimas, psichikos ir elgesio sutrikimų paslaugų prieinamumo didinimas, skirtingų valstybės sektorių bendradarbiavimas, netolygumų tarp miestų ir kaimų mažinimas.

Pasiūlymai:

1. Rekomenduojama vykdyti psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimo vertinimus, sukuriant nacionalinę duomenų bazę ir ja remiantis vykdyti paslaugų planavimo sprendimus.
2. Rekomenduojama įdiegti vieningą metodiką vertinant psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių žmonių įgalinimą, kad šiuos rodiklius būtų galima palyginti nacionaliniu mastu.
3. Nuolat vykdyti mokslinius tyrimus, vertinant profesinės reabilitacijos poveikį psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų integracijos darbo rinkoje galimybėms.
4. Rekomenduojama užtikrinti visų lygmenų specialistų įtraukimą vykdant integraciją, ją įgyvendinti remiantis bendradarbiavimo principais, tokiais kaip bendruomenės įgalinimas bei partnerių įtraukimas abipusės naudos siekimo principu.
5. Didinti visuomenės informuotumą apie psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius asmenis, mažinant vyraujančią psichikos ligų ir negalios stigmą.

8. LITERATŪROS ŠARAŠAS

1. Mikutavičienė, I., Guščinskienė, J. (2012). Socialinė psichikos negalią turinčių asmenų sveikatos dimensija. *Sveikatos mokslai*, 22(1), 39-48.
2. Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Šumskas, G., Juodkaitė, D., Murauskienė, L., Mataitytė-Diržienė, J. ir kt. (2013). Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką. *Mokslo studija*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
3. Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
4. Lammerts, L., van Dongen, J.M., Schaafsma, F.G., van Mechelen, W., Anema, J.R. (2017). A participatory supportive return to work program for workers without an employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: an economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMC Public*, 17(1), 162.
5. Thomas, S., Jenkins, R., Burch, T., Calamos Nasir, L., Fisher, B., Giotaki, G., et al. (2016). Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness in General Practice. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 3-9.
6. Jurevičiūtė, D. Neįgaliųjų integracija į darbo rinką, KTU Panevėžio institutas, 267-269.
7. Šumskienė, E., Mataitytė-Diržienė, J. (2013). Nuo mitų prie tikrovės: psichikos sveikatos vaizdavimas žiniasklaidos priemonėse. Vilnius: Vilniaus universitetas.
8. Pasaulio sveikatos organizacija (2011). Pasaulinė ataskaita apie neįgalumą: santrauka. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2014. Žiūrėta internete: 2017-01-06: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/64/WHO_NMH_VIP_11.01_lit.pdf.
9. VšĮ Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centro ir VšĮ Valakupių reabilitacijos centro specialistai. (2011) Profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo metodika asmenims turintiems psichikos negalią. Vilnius: VP1-1.2-SADM-02-V-01-001.
10. Walker, E.R., Robin, E., Druss, B.G. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341.
11. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2014). Socialinio draudimo istorija. Žiūrėta internete 2017-01-04: <http://www.socmin.lt/lt/socialinis-draudimas/socialinio-draudimo-sistema.html>.
12. Europos Bendrijų Komisija (2005). Žalioji knyga "Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas". Briuselis, 484.
13. Mugisha, J., Abdulmalik, J., Hanlon, C., Petersen, I., Lund, C., Upadhaya, N. et al. (2017). Health systems context(s) for integrating mental health into primary health care in six Emerald countries: a situation analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(7),.
14. Matulionis, A.V, Šedienė, P. (2008). Lėtine psichikos liga sergančio asmens vaidmenų pokyčiai. *Filosofija. Sociologija*, 2, 97-105.

15. Pūras, D. (2005). Visuomenės psichikos sveikata. Vilnius: Vilniaus Universitetas.
16. Kriščiūnas, A. (2015). Negalia ir požiūris į ją šiuolaikinėje visuomenėje. Sveikatos mokslai, 25 tomas, Nr.1, 5 - 14.
17. Mikutavičienė I, Kauno technologijos universitetas. Socialinės psichikos negalią turinčių asmenų sveikatos dimensija: socialinės politikos atspindžiai. Sveikatos mokslai. 2012;22(1):39–48.
18. Charlson, F.J., Baxter, A.J., Dua, T., Degenhardt, L., Whiteford, H.A., Vos, T., et al. (2015). Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 121-140. In.
19. Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko. S., Bezborodovs, N., et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11-27.
20. Gruebner, O., Rapp, A.M., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(8), 121-127.
21. Gleeson, J., Lederman, R., Koval, P., Wadley, G., Bendall, S., Cotton, S. et al. (2017). Moderated Online Social Therapy: A Model for Reducing Stress in Carers of Young People Diagnosed with Mental Health Disorders. *Frontiers in Psychology*, 8, 1664-1078.
22. Ivandic, I., Kamenov, K., Rojas, D., Cerón, G., Nowak, D., Sabariego, C. (2017). Determinants of Work Performance in Workers with Depression and Anxiety: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 466.
23. European Commission (2011). ES ratifikuoja JT neįgaliųjų teisių konvenciją. 2011-01-05, Briuselis. Žiūrėta internete: 2017-01-08: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-11-4_lt.htm.
24. Neįgaliųjų reikalų departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2011). Europos Sąjunga ratifikavo JT neįgaliųjų teisių konvenciją. Žiūrėta internete 2017-01-06 <http://www.ndt.lt/europos-sajunga-ratifikavo-jt-neigaliuju-teisiu-konvencija/>.
25. Neįgaliųjų Teisių Konvencija (2006). “Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija ir jos fakultatyvus protokolas”. Valstybės žinios, Nr. 71-3561.
26. Lietuvos Respublikos Seimas (2016). Įstatymas Nr. XII-2658 “Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo Nr. I-2044 24 straipsnio pakeitimo įstatymas”. TAR, Nr. 24700.
27. Lietuvos Respublikos Aukščiausiojo Taryba (1991). Įstatymas Nr. I-2044. “Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymas”. Lietuvos aidas, Nr. 249-0.
28. Lietuvos Respublikos Vyriausybė (2012). Nutarimas Nr. 1408 “Dėl Nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos 2013–2019 metų programos patvirtinimo”. Valstybės žinios, Nr. 137-7021.

29. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministras (2015). Įsakymas Nr. A1-238 "Dėl Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. vasario 5 d. įsakymo Nr. A1-43 "Dėl nacionalinės neįgaliųjų socialinės integracijos 2013-2019 metų programos įgyvendinimo 2013-2015 metais priemonių plano patvirtinimo" pakeitimo. TAR, 2015-04-27, Nr.6411.
30. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2014). Neįgaliųjų socialinės integracijos įstatymo pagrindinės nuostatos. Žiūrėta internete 2017-01-08 d. <http://www.socmin.lt/lt/socialine-integracija/neigaliuju-socialine-integracija/apie-neigaliuju-socialines-y3hm.html>.
31. Latvijos ir Lietuvos bendradarbiavimo per sieną programa pagal 2007-2013 Europos teritorinio bendradarbiavimo tikslą (2012). Galimybių studija " Neįgaliųjų įdarbinimo galimybių plėtra". Žiūrėta internete: 2017-01-06: [http://www.nsis.lt/userfiles/Neigaliuju%20idarbinimo%20galimybiu%20pletra%20\(lietuvi%20%C5%B3%20k_.pdf](http://www.nsis.lt/userfiles/Neigaliuju%20idarbinimo%20galimybiu%20pletra%20(lietuvi%20%C5%B3%20k_.pdf).
32. Lietuvos Respublikos Valstybės Kontrolė (2012). Valstybinio audito ataskaita Nr. P-10-1 "Objektyvus neįgalumo ir darbingumo lygio nustatymas ir efektyvi profesinė rehabilitacija - vis dar siektinas tikslas".
33. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija (2007). Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. Žiūrėta internete 2017-01-06: <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/galimybiu-studijos-analizes-tyrimai-ir-kt>.
34. Gudžinskienė, V., Jurgutienė, Ž. (2010). Neįgaliųjų socialinės integracijos teisinis reglamentas. Socialinis ugdymas, 11(22), 18-26.
35. Baumgartner, J.N., Burns, J. K. (2014). Measuring social inclusion-a key outcome in global mental health. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 354-364.
36. World Health Organization (2000). Mental health and work: Impact, issues and good practices, 712. Žiūrėta internete 2017-02-02: http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf.
37. Royal College of Psychiatrists (2017). Work and employment are important for health and well-being. Žiūrėta internete 2017-02-02: <http://www.rcpsych.ac.uk/usefulresources/workandmentalhealth/clinician/workisakeyclinicoutcome/importanceofemployment.aspx>.
38. Viešosios politikos ir vadybos institutas, darbo ir socialiniu tyrimų institutas (2011). Vertinimo ataskaita "Pažeidžiamų ir socialinės rizikos asmenų grupėms situacijos, poreikių ir rezultatyvumo vertinimas, siekiant efektyviai panaudoti 2007-2013m. ES struktūrinę paramą". Socialinės apsaugos ir darbo ministerija.
39. Vigo, D., Thornicroft, G., Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 2, 171-178.
40. Smith, S.L., Misago, C.N., Osrow, R.A., Franke, M.F., Lyamuremye, J.D., Dusabeyezu, J.D., et al. (2017). Evaluating process and clinical outcomes of a primary care mental health integration project in rural Rwanda: a prospective mixed-methods protocol. *BMJ Open*, 7(2). *BMJ Open*.

41. Gimm, G., Hoffman, D., Ireys, H.T. (2014). Early interventions to prevent disability for workers with mental health conditions: Impacts from the DMIE. *Disability and Health Journal*, 7(1), 56-63.
42. Lazutka, R. (2007). Pensijų sistemų raida Lietuvoje. *Filosofija. Sociologija*, 2, 64-80.
43. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublika 1918–1940 m. “Nepriklausomybės atkūrimas”. Žiūrėta internete 2017-01-09: <http://valstybingumas.lt/LT/saltiniu-apzvalga/LR-1918-1940-saltiniai/Puslapiai/default.aspx>.
44. Bogdanova, N., Aidukaitė, J. (2011). Socialinis draudimas tarpukario Lietuvoje: kūrimosi ypatybės bei būdingiausi bruožai. *Filosofija. Sociologija*, 4.
45. Bučas, J. (2001). Pensijų ir pašalpų fondai. *Pinigų studijos 2001*, 62-71.
46. Lietuvos centrinis valstybės archyvas (2010). Pažyma Nr. 1787 “Pažyma apie pensijų ir pašalpų skyrimo dokumentų kolekciją”. Valstybės žinios Nr. 721-5771.
47. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2014). Darbas. Žiūrėta internete 2017-01-10 d. <http://www.socmin.lt/lt/veikla/istorija/darbas-120.html>.
48. Liaudies Vyriausybė (1940). Posėdžio protokolas Nr. 1558 “Lietuvos okupacija ir aneksija 1940 metais”.
49. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (2016). NDNT istorija. Žiūrėta internete: 2017-01-03: <http://www.ndnt.lt/index.php?-814677135>.
50. Lietuvos Respublikos Vyriausybė (1992). Nutarimas Nr. 123 “Dėl Valstybinės medicininės socialinės ekspertizės komisijos laikinųjų nuostatų patvirtinimo”.
51. Polujanskiene, V. P N. (2015). Apie negalios nustatymą Lietuvoje. *Sveikatos mokslai*, 25 tomas, Nr. 1, 117 - 122.
52. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė (2013). Neįgalumo ir darbingumo nustatymo galvosūkiu sprendžiami sunkiai, o profesinė rehabilitacija - neveiksminga. Žiūrėta internete 2017-01-08: http://www.vkontrolė.lt/pranesimas_spaudai.aspx?id=17469.
53. Lietuvos HSM duomenų archyvas. Kompiuterizuota kokybinių duomenų analizė su NVIVO ir text analysis suite. Žiūrėta internete 2017-02-13: http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course_file=nvivo_III_3_2_2.html.
54. Lietuvos HSM duomenų archyvas (2015). Dvinarė logistinė regresija. Žiūrėta internete 2017-03-07: http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/lrst/lrst.html&course_file=lrst_2_3.html.
55. Novelskaite, A. (2012). Socialinio tyrimo terminija. Žiūrėta internete 2017-04-15: http://www.knf.vu.lt/dokumentai/failai/katedru/filosofu/socialinio_tyrimo_terminija.pdf.
56. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2016). Neįgalumo statistika ir dinamika. Žiūrėta internete 2017-01-04: <http://www.socmin.lt/lt/socialine-integracija/neigaliuju-socialine-integracija/statistika.html>.

57. Valstybinis psichikos sveikatos centras (2013). Visuomenės psichikos sveikatos rizikos veiksnių studija ir prevencinių priemonių planavimo krypčių nustatymas. Žiūrėta internete 2017-04-10: http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=241.
58. Lietuvos žmonių su negalia sąjunga. Netekto darbingumo (invalidumo) pensija. Žiūrėta internete 2017-02-13: <http://www.negalia.lt/naudinga-info/netekto-darbingumo-invalidumo-pensija/>.
59. Starace, F., Mungai, F., Sarti, E., Addabbo, T. (2017). Self-reported unemployment status and recession: An analysis on the Italian population with and without mental health problems. *PLoS One*, 12(4).
60. Ervin, D.A., Williams, A., Merrick, J. (2014). Primary care: mental and behavioral health and persons with intellectual and developmental disabilities. *Frontiers in Public Health*, 2,6.
61. Podogrodzka-Niell, M., Tyszkowska, M. (2014). Stigmatization on the way to recovery in mental illness - the factors associated with social functioning. *Psychiatria Polska*, 48(6), 1201-1211.
62. Dewa, C.S. (2014). Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 5(4), 175-186.
63. Smith, M.J., Ginger, E.J., Wright, M., Wright, K., Boteler Humm, L., Olsen, D., et al. (2014). Virtual reality job interview training for individuals with psychiatric disabilities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9), 659-667.
64. Mackenzie, C.R., Keuskamp, D., Ziersch, A.M., Baum, F.E., Popay, J. (2013). A qualitative study of the interactions among the psychosocial work environment and family, community and services for workers with low mental health. *BMC public health*, 13, 796.
65. Kočański, A., Cechnicki, A. (2017). The attitudes of psychiatrists toward people suffering from mental illnesses. *Psychiatria Polska*, 51(1), 29-44.
66. Almeida, J.G., Braga, P.E., Lotufo Neto, F., Pimenta, C.A.M. (2013). Chronic pain and quality of life in schizophrenic patients. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 35(1), 13-20.
67. Lappalainen, P., Kaipainen, K., Lappalainen, R., Hoffrén, H., Myllymäki, T., Kinnunen, M.L, et al. (2013). Feasibility of a personal health technology-based psychological intervention for men with stress and mood problems: randomized controlled pilot trial. *JMIR research protocols*, 2(1).
68. Cook JA, Burke-Miller, J.K. (2015). Reasons for job separations in a cohort of workers with psychiatric disabilities. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 52(4), 371-384. *Journal of Rehabilitation Research and Development*.

PRIEDAI

Priedas Nr. 1

ASMENS VEIKLOS IR GEBĖJIMŲ DALYVAUTI KLAUSIMYNAS

Į klausimus atsako asmuo (kai asmuo dėl sveikatos būklės atsakyti negali, atsako asmens atstovas).

Pildant klausimą reikia pažymėti (apibraukti) atitinkamą balą ir įrašyti bendrą surinktų balų skaičių.

<i>I. Profesinė, darbinė veikla bei aplinkos prieinamumas</i>		<i>Balai</i>
Amžius	55 metai ir daugiau	4
	45–54 metai	3
	35–44 metai	2
	Iki 34 metų	1
Profesinė kvalifikacija	Neturi profesinės kvalifikacijos arba turimos negali panaudoti	4
	Būtina profesinė rehabilitacija	3
	Negali panaudoti turimos profesinės kvalifikacijos, bet gali dirbti kitos kvalifikacijos darbus	2
	Turi profesinę kvalifikaciją ir gali ją panaudoti	1
	Profesinė kvalifikacija atkurta arba įgyta nauja profesinė kvalifikacija profesinės rehabilitacijos programos metu	0
Darbo patirtis ir darbiniai įgūdžiai, kuriuos asmuo gali panaudoti darbo vietoje	Neturi darbo patirties ar darbinių įgūdžių ir negali jų įgyti	4
	Prarado darbo patirtį, darbinius įgūdžius, nes turi ilgesnę kaip 3 metų darbo pertrauką	3
	Neturi darbo patirties ir darbinių įgūdžių, bet gali juos įgyti	2
	Turi darbo patirtį ir darbinių įgūdžių bei gali juos panaudoti	1
Fizinės, darbinės ir informacinės aplinkos pritaikymas	Būtinai sudėtingas tiek fizinės, tiek darbinės, tiek informacinės aplinkos pritaikymas	4
	Būtinai sudėtingas darbinės aplinkos pritaikymas	3
	Būtinai nesudėtingas fizinės ar darbinės, ar informacinės aplinkos pritaikymas	2
	Fizinės darbinės ir informacinės aplinkos pritaikymas nebūtinai	0
Profesinės, darbinės veiklos bei aplinkos prieinamumo įvertinimas		

0 – niekada; 1 – beveik niekada; 2 – kartais; 3 – dažnai; 4 – beveik visada / visada

II. Veikla ir gebėjimas dalyvauti	Veikla kėlė rūpesčių per pastarąjį mėnesį				
	Niekada	Beveik niekada	Kartais	Dažnai	Beveik visada / visada
1. Mobilumas (judėjimas)					
1.1. Ar turi sunkumų sėdėdamas ir stovėdamas ilgesnį laiką, pavyzdžiui, 30 min.?	0	1	2	3	4
1.2. Ar turi sunkumų atsisėdėdamas ir (ar) atsistodamas?	0	1	2	3	4
1.3. Ar turi sunkumų vaikščiodamas?	0	1	2	3	4
Mobilumo įvertinimas					
2. Pažinimas					
2.1. Ar turi sunkumų susikaupti ką nors darydamas 10 min.?	0	1	2	3	4
2.2. Ar turi sunkumų prisimindamas ką nors svarbaus?	0	1	2	3	4
2.3. Ar turi sunkumų suprasdamas bendrais bruožais kitų žmonių kalbą (apie ką kiti kalba) arba perskaitytą tekstą?	0	1	2	3	4
Pažinimo įvertinimas					
3. Bendravimas (sunkumai, susiję su sveikatos būkle, liga, sužalojimu, emocine būkle, alkoholio ar toksinių medžiagų sąlygojama būseną)					
3.1. Ar turi sunkumų bendraudamas su aplinkiniais (pvz.: pasisveikinti, prireikus padėkoti, atsiprašyti ir kt.)?	0	1	2	3	4
3.2. Ar turi sunkumų bendraudamas su artimais asmenimis?	0	1	2	3	4
Bendravimo įvertinimas					
4. Savarankiškumas (savipriežiūra)					
4.1. Ar turi sunkumų prausdamasis visą kūną savarankiškai?	0	1	2	3	4
4.2. Ar turi sunkumų rengdamasis savarankiškai?	0	1	2	3	4
4.3. Ar turi sunkumų valgydamas savarankiškai?	0	1	2	3	4
4.4. Ar turi sunkumų naudodamasis tualetu savarankiškai?	0	1	2	3	4
4.5. Ar yra sunkumų liekant vienam keletą dienų ?	0	1	2	3	4
Savarankiškumo įvertinimas					
5. Kasdienė veikla					
5.1. Ar turi sunkumų savarankiškai vykdydamas kasdienę veiklą?	0	1	2	3	4
5.2. Ar turi sunkumų disponuodamas finansiniais ištekliais?	0	1	2	3	4
Kasdienės veiklos įvertinimas					
Bendra visų sričių įvertinimų suma					

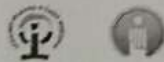
Vertinimą atlikęs darbuotojas

(parašas)

Asmuo (jo atstovas)

(parašas)

Priedas Nr. 2



NEĮGALUMO IR DARBINGUMO NUSTATYMO TARNYBA
PRIE SOCIALINĖS APSAUGOS IR DARBO MINISTERIJOS

Vilnius

2016-09-01

Leidžiama Visuomenės sveikatos magistrantūros II kurso, 2 gr. studentei, Greta Gustaitei, naudoti anoniminius NDNT statistinius duomenis iš NDNT duomenų bazių moksliniam – tiriamajam darbui, tema: „Neįgalumo dėl psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas ir jo ypatumai Lietuvoje“.

Vilniaus V TS vedėja

NDNT Vilniaus V teritorinio
direktoriaus vedėja

Ramutė Lukotinė

