



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
ŠIAULIŲ AKADEMIJA**

**ATVIRAS TARPTAUTINIS ŽMOGIŠKOSIOS RAIDOS UNIVERSITETAS
„UKRAINA“**

SOCIALINIO DARBO MAGISTRANTŪROS STUDIJŲ PROGRAMA

RAMUTĖ KIARAITĖ

Magistro darbas

**PSICHINĖS NEGALĖS SITUACIJOJE ESANČIŲ ASMENŲ GYVENIMO
KOKYBĖS ANALIZĖ: LIETUVOS IR UKRAINOS SOCIALINIAI
KONTEKSTAI**

Darbo vadovas (-ė): doc. dr. D. Alifanovienė

Darbo konsultantas (-ė): Grebenyuk A. O.

Šiauliai, 2021

**Studijuojančiojo, teikiančio baigiamąjį darbą,
GARANTIJA**

WARRANTY of Final Thesis

Vardas, pavardė <i>Name, Surname</i>	Ramutė Kiaraitė
Padalinys <i>Faculty</i>	Šiaulių akademija <i>Šiauliai Academy</i>
Studijų programa <i>Study Programme</i>	Socialinis darbas <i>Social work</i>
Darbo pavadinimas <i>Thesis topic</i>	Psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybės analizė: Lietuvos ir Ukrainos socialiniai kontekstai Quality of Life Analysis of Persons in Mental Disability: Social Contexts of Lithuania and Ukraine
Darbo tipas <i>Thesis type</i>	Baigiamasis darbas Final Thesis

Garantuju, kad mano baigiamasis darbas yra parengtas sąžiningai ir savarankiškai, kitų asmenų indėlio į parengtą darbą nėra. Jokių neteisėtų mokėjimų už šį darbą niekam nesu mokėjęs.

I guarantee that my thesis is prepared in good faith and independently, there is no contribution to this work from other individuals. I have not made any illegal payments related to this work.

Šiame darbe tiesiogiai ar netiesiogiai panaudotos kitų šaltinių citatos yra pažymėtos literatūros nuorodose.

Quotes from other sources directly or indirectly used in this thesis, are indicated in literature references.

Aš, Ramutė Kiaraitė, pateikdamas (-a) šį darbą, patvirtinu (pažymėti)
I, Ramutė Kiaraitė, by submitting this paper confirm (check)



Embargo laikotarpis
Embargo Period

Prašau nustatyti šiam baigiamajam darbui toliau nurodytos trukmės embargo laikotarpį:
I am requesting an embargo of this thesis for the period indicated below:

☐ _____ mėnesių / *months*
(embargo laikotarpis negali viršyti 60 mėn. / *an embargo period shall not exceed 60 months*).

☒ Embargo laikotarpis nereikalingas / *no embargo requested*.

Embargo laikotarpio nustatymo priežastis / *Reason for embargo period:*

SANTRAUKA

Psichinė negalė yra labai sudėtingas sutrikimas, paveikiantis ne tik žmogaus emocinę būseną, bet ir jo elgesį, bendravimą, gyvenimo kokybę ir pan. Atkreiptinas dėmesys į tai, jog bet kokios psichinės negalės turėjimas vienaip ar kitaip paveikia individo gyvenimo kokybę. Visgi yra asmenų, sergančių psichinėmis ligomis, kurie puikiai adaptuojasi ir įsitraukia į socialinę veiklą. Pasitelkus specialistų pagalbą ir laiku aptikus bei diagnozavus psichinę ligą, užtikrinant tinkamą jos gydymą, galima sukurti kokybišką gyvenimą / gyvenimo aplinką individui, esančiam psichinės negalės situacijoje, kiek tai yra įmanoma. Analizuojant psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybę, iškelti tyrimo probleminiai klausimai: *kaip psichinės negalės turėjimas paveikia individo gyvenimo kokybę? kokiomis priemonėmis būtų galima pagerinti psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybę Lietuvoje ir Ukrainoje?*

Siekiant įgyvendinti tyrimo tikslą – *remiantis psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybės analize, atskleisti minėtų asmenų pagalbos poreikį gyvenimo kokybės gerinimui, Lietuvos ir Ukrainos socialiniuose kontekstuose*, buvo atlikta mokslinės literatūros ir įstatyminės bazės analizė, konceptualizuota gyvenimo kokybės sąvoka ir parengta tyrimo objekto operacionalizacija. Taip pat atlikti du tyrimai: *kiekybinis tyrimas*, kurio įvykdymui naudotas struktūruotos apklausos raštu metodas, tyrimo dalyviams pateikiant Goštautaitės Midttun, N., Goštauto, A. (2000) parengtą Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimyno (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintą 26 klausimų Gyvenimo kokybės klausimyną PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire). Statistinių duomenų apdorojimui naudoti statistinės analizės metodai: aprašomoios statistikos metodas (vidurkis, standartinis nuokrypis, statistinis reikšmingumas), tyrimo duomenys apdoroti naudojant PSPP (Public Sector Purchase Programme) programą, vaizdinis ir grafinis duomenų pateikimas parengtas naudojant Windows Excel programą; *kokybinis tyrimas*, kuriam įgyvendinti naudotas etnografinio tyrimo metodas (nagrinėtas naratyvas, surinktas tiriamosios socialinio darbo praktikos Ukrainoje metu, renkant duomenis apie Lietuvos instituciją atlikta dokumentų analizė). Surinkta informacija analizuota taikant lyginimo metodą.

Tyrimo hipotezė – tikėtina, kad asmenis, esančius psichinės negalės situacijoje, įvertinus skirtingų gyvenimo kokybės kriterijų visumą, tenkina esama gyvenimo kokybė.

Esminiai žodžiai: psichinė negalė, gyvenimo kokybė, gyvenimas institucijoje.

TURINYS

ĮVADAS.....	5
1. PSICHINĖS NEGALĖS SITUACIJOJE ESANČIŲ ASMENŲ GYVENIMO KOKYBĖ: TEORINĖ ANALIZĖ	9
1.1. Psichinės negalės samprata	9
1.1.1. Psichinės negalės samprata Lietuvos ir Ukrainos kontekstuose.....	13
1.1.2. Lietuvos Respublikos ir Ukrainos įstatyminių bazių analizė psichinės negalės kontekste .	15
1.2. Psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybė.....	20
2. PSICHINĖS NEGALĖS SITUACIJOJE ESANČIŲ ASMENŲ GYVENIMO KOKYBĖS ANALIZĖ: LIETUVOS IR UKRAINOS SOCIALINIAI KONTEKSTAI: KIEKYBINIO IR KOKYBINIO TYRIMŲ REZULTATAI.....	26
2.1. Kiekybinio tyrimo metodika ir organizavimas, tyrimo dalyviai	26
2.1.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai	29
2.1.2. Kiekybinio tyrimo rezultatų apibendrinimas.....	40
2.2. Kokybinio tyrimo metodika ir organizavimas.....	41
2.2.1. Kokybinio tyrimo rezultatai	43
2.2.2 Kokybinio tyrimo rezultatų apibendrinimas.....	46
IŠVADOS	48
NEGALĖS SITUACIJOJE ESANČIŲ ASMENŲ GYVENIMO KOKYBĖS GERINIMUI SKIRTA SOCIALINĖS PAGALBOS TEIKIMO STRUKTŪRA.....	50
LITERATŪRA.....	51
SUMMARY	59
CONCLUSIONS.....	73

IVADAS

Tyrimo aktualumas. Psichinė negalė yra labai sudėtingas sutrikimas, paveikiantis ne tik žmogaus emocinę būseną (jausmus, tam tikrų dalykų suvokimą), bet ir jo elgesį, bendravimą, gyvenimo kokybę ir pan. Mental Health Foundation (2020) teigia, kad galimai 1 iš 6 žmonių kiekvieną savaitę patiria psichinės sveikatos problemų. Taip pat manoma, kad depresija yra antra pagrindinė negalės priežastis visame pasaulyje. Analizuojant Lietuvos ir Ukrainos statistines bazes pastebėta, jog State Statistics Service of Ukraine (2018) nurodo, kad 2017 metais Ukrainoje buvo 961 tūkst. asmenų, sergančių psichinėmis ligomis, registruotų medicinos institucijose, o Higienos instituto (2019) duomenimis, 2019 metais Lietuvos Respublikoje buvo apie 235 tūkst. asmenų, kuriems nustatyti psichinės sveikatos ir elgesio sutrikimai. Atkreiptinas dėmesys į tai, jog bet kokios psichinės negalės turėjimas vienaip ar kitaip paveikia individo gyvenimo kokybę.

Gruževskio ir Orlovos (2012) teigimu, gyvenimo kokybė yra itin svarbi sąvoka daugumoje mokslinių sričių (sociologijoje, politologijoje ir kt.). Teigiama, jog dažnai girdima „gyvenimo kokybės“ sąvoka gali būti taikoma ne tik individualiu, bet ir lokalinės bendruomenės, ir / ar visos visuomenės lygmeniu. Tyrimai gyvenimo kokybės tematika yra vystomi keliomis labiausiai apčiuopiamomis kryptimis, t.y. atliekami tyrimai apie gyvenimo kokybę, kuri yra tiesiogiai susijusi su sveikata, gyvenimo kokybė yra vertinama kultūriniame kontekste, taip pat yra stebimos sąsajos tarp individo etinių / vertybinių nuostatų ir gyvenimo kokybės. Dabkevičienės ir Kazakevičienės (2016) nuomone, žmogaus gerovė yra labai glaudžiai susijusi su jo paties sveikata (fizinė, psichinė ir kt.). Užtikrinus minėtų sričių bei socialinę geroves, asmuo turi gana optimalias galimybes gyventi sociume, dalyvauti visuomeniniame gyvenime, dirbti ir realizuoti save kaip asmenybę. Kita vertus, norint suprasti realų situacijos rimtumą, visų pirma būtina išsiaiškinti kas yra psichinė negalė apskritai ir kokios ligos / sutrikimai jai yra priskiriami.

Visuomenėje vyrauja įvairių, prieštaringų nuomonių apie (ne)pakankamą psichinės sveikatos problemų viešinimą, informacijos sklaidą, jos prieinamumą ir prevenciją. Mačiulis, Buginytė ir kt. (2015) bei Ritchie ir Roser (2018) nurodo, jog dažniausiai pasireiškiantys psichinės sveikatos sutrikimai yra: depresija, nerimo sutrikimai, bipolinis sutrikimas, valgymo sutrikimai (anoreksija ir bulimija), šizofrenija, alkoholio vartojimo sutrikimas, psichotropinių medžiagų vartojimo sutrikimas, epilepsija, Alzheimerio liga, protinis atsilikimas. Mačiulio, Buginytės ir kt. (2015) nuomone, dažnai analizuojami žmonių elgesio sutrikimai yra ne kas kita kaip genetikos ir aplinkos poveikio padariniai, kitaip tariant, tai yra biologijos, psichologinių ir

socialinių veiksnių sąveikos padarinys. Taip pat būtina paminėti, jog sergančiųjų psichinėmis ligomis sutrikimai visada yra apibūdinami tam tikrais simptomais ir / arba sindromais, kurie apima ne tik žmogaus suvokimo, emocijų, valios, pažinimo ir kt. pastebimus pakitimus. Visgi yra asmenų, sergančių psichinėmis ligomis, kurie puikiai adaptuojasi ir įsitraukia į socialinę veiklą.

Pasak Becker ir Drake (2003) žmonėms, kurie susidūrė su sunkia psichine liga, po to, kai jie išsimokslino ir susikūrė sėkmingas karjeras, gali būti sunku grįžti į darbą tokiu pat lygiu, kaip ir prieš prasidedant ligai. Tačiau šioje vietoje itin svarbų vaidmenį suvaidina užimtumo specialistai ir kiti komandos, teikiančios pagalbą asmenims esantiems psichinės negalės situacijoje nariai, kurių vienas iš pagrindinių ir svarbiausių uždavinių – suteikti viltį, jog žmonės gali pasiekti savo išsikeltų tikslų. Todėl natūraliai kyla prielaida, jog pasitelkus specialistų pagalbą ir laiku aptikus bei diagnozavus psichinę ligą, užtikrinant tinkamą jos gydymą, galima sukurti kokybišką gyvenimą / gyvenimo aplinką individui, esančiam psichinės negalės situacijoje, kiek tai yra įmanoma.

Tyrimo probleminiai klausimai: *kaip psichinės negalės turėjimas paveikia individo gyvenimo kokybę? kokiomis priemonėmis būtų galima pagerinti psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybę Lietuvoje ir Ukrainoje?*

Tyrimo objektas – psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybė.

Tyrimo hipotezė – tikėtina, kad asmenis, esančius psichinės negalės situacijoje, įvertinus skirtingų gyvenimo kokybės kriterijų visumą, tenkina esama gyvenimo kokybė.

Tyrimo tikslas – remiantis psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybės analize, atskleisti minėtų asmenų pagalbos poreikį gyvenimo kokybės gerinimui, Lietuvos ir Ukrainos socialiniuose kontekstuose.

Tyrimo uždaviniai:

1. Taikant teorinės analizės metodą išnagrinėti asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo kokybės teorinius ir įstatymines bazės konceptus.
2. Pasitelkiant kiekybinio tyrimo metodą atskleisti psichinės negalės situacijoje esančių asmenų pasitenkinimą gyvenimo kokybe Lietuvos socialiniame kontekste, nustatant minėtų asmenų gyvenimo kokybės ryšius tarp demografinio, fizinės sveikatos, psichologinio ir kt. gyvenimo kokybės sričių Lietuvoje.

3. Taikant kokybinio tyrimo metodą išryškinti panašumus ir skirtumus tarp Lietuvoje ir Ukrainoje esančių įstaigų, kuriose gyvena asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje.
4. Remiantis kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatų analize sukurti negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybės gerinimui skirtą socialinės pagalbos teikimo struktūrą.

Tyrimo imtis. Siekiant įvertinti psichinės negalės situacijoje esančių asmenų, gyvenančių institucijose Lietuvoje, gyvenimo kokybę, tarpininkaujant institucijose dirbantiems socialiniams darbuotojams buvo apklausta 163 asmenys turintys psichinę negalę, gyvenantys institucijose. Tyrimo imčiai nustatyti buvo naudota imties skaičiuoklė. Tyrimo dalyvių atrankai naudotas tikslinis ir tikimybinis atrankos metodai. Pagrindiniai tyrimo dalyvių atrankos kriterijai: asmuo turi būti ne jaunesnis nei 21 metų; asmuo turi būti psichinės negalės situacijoje; asmuo turi gyventi institucijoje. Anketos platintos naudojantis asmenine www.gmail.com paskyra ir interaktyvių apklausų internetine platforma www.apklausa.lt (toks anketų platinimo būdas pasirinktas dėl šalyje susiklosčiusios situacijos, dėl COVID-19 viruso); keleto įstaigų atstovų prašymu, anketos buvo atspausdintos ir perduoti popieriniai variantai, su išankstiniu susitarimu, po kurio laiko bus galima atvykti pasiimti užpildytų popierinių anketų. Anketos buvo paplatintos 59 Lietuvoje esančiose įstaigose, kuriose gyvena asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje. Anketinė apklausa raštu vykdyta 2020 metų kovo – lapkričio mėnesiais.

Tyrimo metodologija ir metodai. Iškeliamam darbo tikslui ir uždaviniams įgyvendinti buvo atlikta mokslinės literatūros ir įstatyminės bazės analizė. Minėtos analizės pagalba konceptualizuota gyvenimo kokybės sąvoka ir parengta tyrimo objekto operacionalizacija (žr. 1 priedą). *Empirinių duomenų rinkimo metodai:* kiekybinio tyrimo atlikimui naudotas anketinės apklausos metodas – struktūruota apklausa raštu, tyrimo dalyviams pateikiant Goštautaitės Midttun, N., Goštauto, A. (2000) parengtą Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimyno (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintą 26 klausimų Gyvenimo kokybės klausimyną PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire) (žr. 3 priedą). Anketinės apklausos pagalba stengiasi atskleisti asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, pagalbos poreikį gyvenimo kokybės gerinimui, Lietuvos socialiniame kontekste. Statistinių duomenų apdorojimui naudoti statistinės analizės metodai: aprašomoji statistika (vidurkis, standartinis nuokrypis, statistinis reikšmingumas, kuriam nustatyti buvo naudojamas parametrinės statistikos, vienfaktorinis ANOVA testas; statistinio reikšmingumo lygmuo – $p = 0,05$). Tyrimo duomenys apdoroti naudojant PSPP (Public Sector Purchase Programme) programą, vaizdinis ir grafinis duomenų pateikimas parengtas naudojant Windows Excel programą.

Kokybinio tyrimo atlikimui naudotas etnografinio tyrimo metodas. Atliekant etnografinį tyrimą siekta išryškinti skirtumus tarp Lietuvos ir Ukrainos institucijų, kuriose gyvena asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje. Atliekant etnografinį tyrimą buvo analizuojamas naratyvas, surinktas tiriamosios socialinio darbo praktikos Ukrainoje metu, renkant duomenis apie Lietuvos instituciją atlikta dokumentų analizė. Surinkta informacija analizuota taikant lyginimo metodą.

Pagrindinės sąvokos:

Gyvenimo kokybė – individualus savęs vertinimas kultūros, vertybių sistemos kontekstuose, kurie yra tiesiogiai susiję su asmens turimais tikslais, interesais ir kt. Gyvenimo kokybė tiesiogiai sąveikauja su sveikatos, psichinės būklės, socialinių ryšių aplinka. (Stonkus, S., 2002)

Psichinė negalė – visi diagnozuojami psichinės sveikatos sutrikimai, susiję su reikšmingais mąstymo, emocijų ir / ar elgesio pakitimais, nerimu ir / ar problemomis dėl socialinės, darbinės ar su šeima susijusios veiklos. (Parekh, R., 2018)

Magistro darbo struktūra. Magistro baigiamojo darbo santrauka lietuvių kalba, turinys, įvadas, pagrindinių sąvokų aiškinimas, 2 skyriai, išvados, negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybės gerinimui skirta socialinės pagalbos teikimo struktūra, naudotos literatūros sąrašas (64 šaltiniai), magistro baigiamojo darbo santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimų duomenis iliustruoja 8 lentelės. Prieduose pateikiama magistro baigiamojo darbo tyrimo objekto operacionalizacija, tyrimo instrumentas, Kokybinio tyrimo informacijos rinkimo struktūra, naratyvas apie Ukrainos instituciją.

1. PSICHINĖS NEGALĖS SITUACIJOJE ESANČIŲ ASMENŲ GYVENIMO KOKYBĖ: TEORINĖ ANALIZĖ

1.1. Psichinės negalės samprata

Psichinė negalė ir psichinės sveikatos sutrikimai yra labai įvairūs, ir kartais sunkiai atkoduojami, nepriklausomai nuo to kokia žmogaus lytis, amžius, rasė, socialinis statusas ir pan. Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija (2018) nurodo, jog bendravimas yra vienas iš svarbiausių veiksnių tiems, kurių gyvenimą palietė psichiniai sutrikimai. Minėti žmonės yra linkę užsidaryti savyje, vengti rodytis visuomenėje, taip pat ilgainiui praranda susidomėjimą tiek kitais, tiek juos supančia aplinka, o ligos atkryčiai tampa dažnesni. Luitel, Jordan ir kt. (2015) teigimu, psichinės sveikatos problemos jau 2015 metais kėlė rimtą susirūpinimą visuomenės sveikata, nes 4 iš 5 žmonių, sergančių sunkia psichine liga, mažų ir vidutinių pajamų šalyse negavo veiksmingo gydymo. Pasak Clement, Schauman ir kt. (2015), asmenys patys dažnai vengia ar delsia ieškoti profesionalios pagalbos dėl turimų psichinės sveikatos problemų. Viena iš priežasčių, kodėl taip yra gali būti visuomenės abejingumas ar tam tikri vyraujantys stereotipai. Todėl galima teigti, jog kuo žmogus ilgiau delsia, tuo didesnė tikimybė, kad jo liga progresuos ir taps sunkiai suvaldoma, taip pakenkdama ir to asmens gyvenimo kokybei.

Dėl daugumos nenustatytų ar neužfiksuotų psichinės sveikatos sutrikimų ir / ar psichinės sveikatos pablogėjimo atvejų, galimai yra labai sunku nusakyti tikrąjį psichinės sveikatos sutrikimų pasaulyje paplitimą ir surinkti visiškai tikslius statistinius duomenis. Galima teigti, jog tokią hipotezę patvirtina ir mokslininkas Ritchie (2018) kurio teigimu, tikrasis psichinės sveikatos sutrikimų paplitimas pasaulyje vis dar menkai suprantamas. Vien tik diagnozės statistika nepriartintų mūsų prie tikrojo skaičiaus – psichinė sveikata paprastai būna nepakankama ir diagnozuojama nepakankamai. Jei pasikliaujama vien psichinės negalės diagnozėmis, paplitimo skaičiai labiau atspindėtų sveikatos priežiūros išlaidas (tai leidžia daugiau dėmesio skirti psichinės sveikatos sutrikimams), o ne pateiktų reprezentatyvią perspektyvą apie skirtumus tarp šalių; turtingesnėse šalyse, turinčiose dideles pajamas, greičiausiai atsiskleistų žymiai didesnis psichinių ligų paplitimas. Maždaug 1 iš 7 žmonių visame pasaulyje (11 – 18 proc.) turi vieną ar daugiau psichinės sveikatos, ar narkotinių medžiagų vartojimo sutrikimų. Bendrai kalbant tai reiškia, kad 2017 m. vienas milijardas žmonių patyrė vieną iš minėtų sutrikimų. Daugiausia žmonių turėjo nerimo sutrikimą, maždaug 4 proc. gyventojų. Atsižvelgiant į daugelyje šalių gerai žinomą nepakankamą pranešimą ir menką psichinės sveikatos aprėptį (bet ypač mažesnes pajamas gaunančiose šalyse), tai galima laikyti minimaliu įvertinimu. Daugelis mano, kad psichinės sveikatos problemų kiekis pastaraisiais metais labai padidėjo.

Collins, Patel ir kt. (2011) teigimu, tokios psichinės sveikatos ligos kaip: šizofrenija, depresija, epilepsija, demencija, priklausomybė nuo alkoholio ir kiti psichiniai, neurologiniai ir narkotikų vartojimo sutrikimai, sudaro apie 13 proc. pasaulinės ligų naštos, o tai pranoksta širdies, kraujagyslių ligas ir net vėžį. Depresija yra trečia pagal dydį pasaulio ligų našta, o alkoholio ir neteisėtų narkotikų vartojimas sudaro daugiau kaip 5 proc. Buvo prognozuojama, jog iki 2020 metų kasmet nuo suicido mirs apie 1,5 mln. žmonių visame pasaulyje, o dar apie 15 – 30 mln. bandys jį įvykdyti. Gydomo trūkumas ir psichinės sveikatos sutrikimų prevencinės intervencijos stoka iš dalies atspindi ribotą smegenų ir jų molekulinų bei ląstelinių mechanizmų sampratą. Jei yra veiksmingų gydymo būdų, jie dažniausiai neprieinami tiems, kuriems labiausiai to reikia. Galimai taip yra dėl to, jog vis dar trūksta specializuotų ligoninių ir žmogiškųjų resursų (gydytojų, kurie specializuojasi psichinės sveikatos sutrikimų gydyme), kas apsunkina efektyvų pagalbos teikimą asmenims su psichine negale.

Pasak World Health Organization (2020), depresija, nerimas, psichologiniai sutrikimai, patirtas seksualinis smurtas šeimoje ir didėjantis narkotikų vartojimo lygmuo labiau paveikia moteris nei vyrus skirtingose šalyse ir skirtingose vietose. Daugumą veiksnių, tokių kaip: daugybiniai asmens vaidmenys visuomenėje, diskriminacija dėl lyties ir / ar skurdo, bado, netinkamos mitybos, per didelio darbo krūvio ir kt. veiksniai nulemia blogą moterų psichinę sveikatą. Sunkūs gyvenimo įvykiai, sukeliantys praradimo, nepilnavertiškumo, pažeminimo ir kt. jausmus, galimai sukelia depresiją. Iki 20 proc. besivystančiose šalyse esančiųjų sveikatos priežiūros specialistų priežiūroje kenčia nuo nerimo ir / arba depresijos. Daugelyje centrų šie pacientai nepripažįstami, todėl nėra gydomi. Sveikatos priežiūros darbuotojų ir pacientų bendravimas daugelyje šalių yra ypatingai autoritarinis, todėl moterys patiria sunkumų ir dažnai yra stigmatizuojamos dėl psichologinės sveikatos bei patiriamų emocinių kančių. Kai moterys išdrįsta prabilti apie turimas savo problemas, daugelis sveikatos priežiūros darbuotojų yra linkę atsižvelgiant į lytį sergančiųjų negydyti arba suteikti per daug intensyvų gydymą. Todėl galima daryti prielaidą, jog moterys yra daug jautresnės ir greičiau paveikiamos psichinės sveikatos sutrikimų, kurie susiję su psichologiniais sveikatos faktoriais. Visgi, domintis kitais psichinės sveikatos sutrikimais, paaiškėja, kad pvz. priklausomybė alkoholiui yra dvigubai dažnesnė vyrų terpėje nei moterų. Labiau išsivysčiusiose šalyse fiksuojama, jog maždaug 1 iš 5 vyrų nustatoma priklausomybė alkoholiui, kai tuo tarpu moterų terpėje ši statistika yra kur kas švelnesnė, t.y. 1 iš 12 moterų per visą gyvenimą išsivysto priklausomybė nuo alkoholio. Taigi, labai sunku nusakyti, kokie psichinės sveikatos sutrikimai yra dažniau aptinkami ir kokiai žmonių grupei dažniau pasireiškia, nes kiekvienas atvejis yra individualus ir unikalus, tačiau bet koku atveju, nepriklausomai nuo asmens lyties ar turimų sutrikimų, tai visais atvejais paveikia minėtų asmenų gyvenimo kokybę.

Pasak Ritchie (2018), psichinė sveikata gali apimti daugybę skirtingų, bet kartais susijusių sutrikimų, tokių kaip: depresija, nerimas, bipoliniai valgymo sutrikimai, šizofrenija, alkoholio ir narkotikų vartojimo sutrikimai. Daugelis žinomų šaltinių, pavyzdžiui Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), dažnai nematuoja pasaulinio paplitimo tarp atskirtų psichinės sveikatos sutrikimų, išskyrus depresiją ir narkotikų vartojimą. Psichinės sveikatos sutrikimai gali būti dažni tiek vyrams, tiek moterims. Tačiau daugelis minėtos srities sutrikimų, tokių kaip: depresija, nerimas bipoliniai ir valgymo sutrikimai, yra būdingi labiau moterims nei vyrams. Panašu, kad toks modelis galioja daugelyje (kai kuriais atvejais visose) šalyse. Taigi, tęsiant temą apie psichinių ligų klasifikavimą, požymius ir kt., Mažeikių rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras (2016) pateikia informaciją apie tai kokie požymiai pasireiškia asmenims, turintiems psichinės sveikatos sutrikimų; minėti sutrikimai yra skirstomi į tam tikras grupes:

- *fizinius* (analizuojant fizinių simptomų pakitimus reikia atkreipti dėmesį į asmens kraujospūdžio svyravimus, patiriamus virškinimo sutrikimus, apetito pokyčius, svorio pakitimus ir t.t.),
- *emocinius* (analizuojant emocinių simptomų pakitimus reikia atkreipti dėmesį į tai ar žmogus jaučia įtampą, vidinį diskomfortą ir t.t.),
- *pažinimo* (analizuojant pažinimo simptomų pakitimus reikia atkreipti dėmesį į tai kaip žmogus sutelkia dėmesį ir kiek laiko jį geba išlaikyti, ar jo požiūris į kitus, save, aplinką nėra pakitęs, ar asmuo tebeturi įgytas žinias, patirtį ir t.t.),
- *suvokimo* (analizuojant suvokimo simptomų pakitimus reikia atkreipti dėmesį į tai ar žmogų erzina kokie nors įprasti garsai ir kvapai / jis girdi ir užuodžia to, ko nėra, ar jį kankina išgyvenimai, kurie neegzistuoja realybėje ir t.t.),
- *mąstymo* (analizuojant mąstymo simptomų pakitimus reikia atkreipti dėmesį į tai ar žmogų kankina neįprastos, ar klaidingos idėjos ir įsitikinimai, jaučiamas pašalinių jėgų poveikis, įsitikinimas, kad žmogus yra persekiojamas ir t.t.),
- *elgesio* (analizuojant elgesio simptomų pakitimus reikia atkreipti dėmesį į tai ar asmuo elgiasi agresyviai arba keistai, nesuprantamai, naudoja kokias nors pozas, grimasas, gestus ir t.t.).

Analizuojant skirtingų mokslininkų darbus galima pastebėti, jog dauguma jų išskiria tokias pačias psichines ligas / psichinės sveikatos sutrikimus. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtajame pataisytame ir papildytame leidime Australijos modifikacijoje (2015) psichinės ligos skirstomos į psichikos ir elgesio sutrikimus: organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai; psichikos ir elgesio sutrikimai dėl psichoaktyviųjų medžiagų

vartojimo; šizofrenija, šizotipinis ir kliesdiniai sutrikimai; nuotaikos (afektiniai) sutrikimai; neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai; elgesio sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais ir somatiniais veiksniais; suaugusiųjų asmenybės ir elgesio sutrikimai; protinis atsilikimas; psichologinės raidos sutrikimai; elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje; nepatikslintas psichikos sutrikimas. Visos paminėtos diagnozės parodo, jog psichinė sveikata / psichinės sveikatos sutrikimai yra itin jautrus ir tuo pačiu platus darbo laukas ne tik psichinės sveikatos specialistams, bet ir kitiems, pvz. socialiniams darbuotojams, nes dažnai tik darbo su klientu eigoje išaiškėja, jog jis turi kokią nors psichinės sveikatos sutrikimą. Todėl dauguma atvejų klientas sulaukęs specialistų paskatinimo nuvyksta į gydymo įstaigą, kur sutrikimai / liga yra diagnozuojami ir paskiriamas tam tikras, tinkamas ir reikalingas gydymas. Todėl galima teigti, jog iki kol žmogui neprasideda ūmus psichinės sveikatos pablogėjimas, ko pasekoje tenka kreiptis į gydymo įstaigą, dažnai net nesuvokiama, jog tas asmuo susiduria su kokiais nors sveikatos sutrikimais, nes dauguma visuomenės narių vis dar negeba atkoduoti pirmųjų psichinės sveikatos sutrikimų požymių.

Visgi, Heney (2016) teigia, jog bendrasis socialinis požiūris į psichines ligas vystosi gana sparčiai ir tai vyksta laipsniškiau, negu būtų galima tikėtis. Tai taip pat yra reikšminga nustatant psichinės sveikatos sutrikimus ir skiriant reikalingą priežiūrą, gydymą, nes psichikos sveikatos sutrikimai pamažu yra destigmatizuojami. Tie kuriems reikalinga pagalba tvarkantis su psichinės sveikatos problemomis į gydymosi procesą gali įsitraukti su kitokiu savęs ir savo problemų suvokimu, suvokti savo poreikius, ko nebūtų buvę galima padaryti prieš 50, 20 ir net 10 metų. Psichinės sveikatos priežiūros aplinka taip pat pasižymi ir savo unikalia teisine baze / santykiu su teise. Vienas iš gana standartiškai atrodančių dalykų šioje perspektyvoje yra tai, kad sistema leidžia sulaikyti individą be jo paties sutikimo ir pradėti gydymą, jei žmogus yra patekęs į bėdas, kurios sukelia psichinės sveikatos sutrikimus, ko pasekoje asmuo gali pradėti kelti pavojų ne tik sau, bet ir aplinkiniams; asmenys, kurie nebuvo teisti / neturi teistumo įrašų, nedirbo valstybės tarnautoju, gali būti laikomi ir gydomi be jų pačių sutikimo. Taip yra todėl, kad įstatymas suteikia teisę psichiatrams gydyti pacientus, esant būtinybei ir poreikiui, be pačių pacientų sutikimo. Taip pat būtina paminėti, jog dauguma pacientų nėra linkę atsiverti / kalbėti apie jaučiamą psichinės sveikatos sutrikimų simptomatiką, dėl aplinkos, kurioje gyvena. Taigi, kai kurie psichiniai sutrikimai sukuria individams tokius iššūkius, jog kalbėti apie savo psichinę sveikatą tampa sudėtinga ir skausminga. Tai sąlygoja mišrūs psichinės sveikatos sutrikimai, kurių pasekoje kenčiantysis nuo psichinės sveikatos problemų dažnai pasakoja nebūtus, nerealius dalykus, įvykius, t.y. apgaulingo sutrikimo atvejais kenčiančiam asmeniui bus sunku suvokti, kas yra negerai su jo patiriamais išgyvenimais, nes tie išgyvenimai – haliucinacijos, kurių realiame gyvenime nėra.

1.1.1. Psichinės negalės samprata Lietuvos ir Ukrainos kontekstuose

Anot Чапляк, Романів ir kt. (2018), paprastai psichinės sveikatos sutrikimų turintys žmonės siekia tokių pačių gyvenimo tikslų kaip ir bet kurie kiti žmonės. Minėti asmenys nori gyventi geriau ir jaustis pilnaverčiais visuomenės nariais. Pagrindiniai žmonių, esančių psichinės negalės situacijoje, siekiai prie kurių įgyvendinimo prisideda ne tik gydytojai, bet ir socialiniai darbuotojai, ir kt. specialistai yra: a) įsigyti nuosavą būstą, b) įgyti tinkamą išsilavinimą ir darbą, c) patenkinti savo socialinių ir intymių santykių poreikius, d) pilnavertiškai ir turint visas lygias teises, kaip ir bet kuris kitas asmuo, dalyvauti visuomenės gyvenime. Taigi veiksmingai psichiatriinei reabilitacijai, kurioje dalyvauja pacientas, gydytojas, socialinis darbuotojas, užimtumo ir kt. specialistai, reikalingas individualus ir specializuotas gydymas, kuris turėtų būti įtrauktas į išsamią ir suderintą reabilitacijos paslaugų sistemą. Bet net tada, kai įvairios paslaugos yra prieinamos, daugeliu atveju jos yra nesuderinamos tarpusavyje. Sukūrus paramos sistemas pacientams, paaiškėjo, kad būtina koordinuoti ir integruoti teikiamas paslaugas, nes kiekvienas iš dalyvaujančiųjų specialistų sutelkia savo dėmesį į skirtingus paciento poreikius. Kas galimai kelia sunkumų siekiant sukurti ir užtikrinti tinkamą gyvenimo kokybę asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje.

Atkreipiant dėmesį į Lietuvos ir Ukrainos socialinės politikos situacijas, psichinės negalės tematika, galima rasti įvairios ir prieštaringos informacijos. Pažymėtina, jog Ukraina stengiasi dėl psichinės negalės situacijoje esančių asmenų ne ką mažiau nei Lietuvos Respublika. Analizuojant Ukrainos situaciją aptikta Ukrainos sveikatos ministerijos pateikiama informacija apie Ukrainos sveikatos sistemos transformaciją bei pagrindinius žingsnius link to. Taigi, pasak Ministry of Health of Ukraine (2017), Ukraina paveldėjo sovietinę nemokamos viešosios medicinos sistemą visiems. Tačiau realybė pasirodė visiškai kitokia: biudžeto deficitas, ekonominės krizės ir reformos nebuvimas lėmė „paralelinį pasaulį“, kuriame sveikatos priežiūros problemas reikėjo išspręsti per neoficialias išmokas ir kyšius. Pacientai iš Ukrainos dažnai mokėjo už viską – nuo medicinos paslaugų iki prekių tiekimo, nes gydytojai teigė, kad biudžete nepakanka / nėra lėšų. Pavyzdžiui, pacientai buvo priversti pirkti vaistus ar vakcinas, kurie jiems jau buvo nupirkti iš valstybės biudžeto lėšų. Be to, nepaisant, aukštos kainos, kurią ukrainiečiai sumokėjo už gydymą, rezultatai buvo gana nuviliantys. Ši sovietinė sistema subyrėjo ir pacientai, ir medicinos specialistai tai jau suprato. Siekiami geresnės ateities, Ukrainos siekiamybė sukurti naują, saugią ir rūpestingą sveikatos priežiūros sistemą. Taigi, Ministry of Health of Ukraine (2018) nurodo, kad 2018 m. birželio 10 d. Ukraina priėmė Ukrainos įstatymą dėl tam tikrų Ukrainos teisės aktų, susijusių su psichinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, pakeitimo. Remdamiesi šio įstatymo nuostatomis, pacientai dabar gali imtis iniciatyvos prašyti

teismo antrosios nuomonės dėl jų psichinės sveikatos būklės. Ministerija taip pat inicijavo psichiatrijos klinikų ir psichinės sveikatos priežiūros įstaigų pertvarkymą pagal geriausią pasaulio patirtį ir tarptautinius standartus. Pažymėtina ir tai, jog buvo parengta Nacionalinė psichinės sveikatos Ukrainoje programa laikotarpiui iki 2030 m. Naujoji koncepcija buvo parengta ir patvirtinta vadovaujant Ukrainos ministerijai. Procesą sudarė keli etapai, įskaitant nacionalines konsultacijas, viešas diskusijas ir ekspertų apžvalgas, kurios leido visų Ukrainos regionų ekspertams ir vyriausybinių agentūrų, nevyriausybinių organizacijų (toliau – NVO), tarptautinių organizacijų, taip pat akademinės bendruomenės, medicinos bendruomenės ir pilietinės visuomenės atstovams komentuoti dokumentą ir parengti jį galutinai. Koncepcijoje dėmesys sutelkiamas į keletą psichinės sveikatos priežiūros aspektų, išdėstomos pagrindinės problemos ir strateginiai žingsniai joms išspręsti, įskaitant psichinės sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimą; informuotumo apie psichinę sveikatą, bendras sąlygas ir sutrikimus didinimą; diskriminacijos ir žmogaus teisių pažeidimų mažinimas; psichinės sveikatos ir prevencijos skatinimas (įskaitant savižudybių prevenciją) ir t.t. Taip pat minima ir suicido prevencijos programa, nes nepriklausomai nuo to, jog Ukrainoje nacionaliniai savižudybių rodikliai nuo 2005 m. mažėjo, Ukraina vis dar yra viena iš 25 šalių, kurioje savižudybių rodikliai yra aukščiausi pasaulyje. Kas rodo, jog Ukrainoje psichinės sveikatos visuomenėje situacija visgi yra sudėtinga ir žmonėms reikalinga kvalifikuotų ir kompetingų specialistų pagalba, siekiant išvengti tragedijos.

Norisi pasidžiaugti Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (2020) užsakytu ir atliktu tyrimu¹, kuris buvo vykdomas 2019 m. pab. 2020 m. pradž. „BGI Consulting“ ir „Contextus“ bendrovių. Tyrime dalyvavo 113 asmenų, gyvenusių institucijose, turinčių proto ir / ar psichinę negalę, ir 15 socialinių darbuotojų. Išanalizavus tyrimo duomenis buvo nustatyta, kad 94 tyrime dalyvavę neįgalieji teigė asmeniškai susipažinę su savo naujaisiais kaimynais. Daugumos tyrimo dalyvių (neįgaliųjų) nuomone, kaimynai juos linkę priimti pakankamai gerai, tačiau pažymima, jog iš pradžių kaimynai buvo linkę nepasitikėti neįgaliaisiais. Tai vyko todėl, kad kaimynams buvo neįprasta, iš pradžių kaimynai nė nesikalbėjo su neįgaliais kaimynystės gyventojais, buvo linkę vertinti juos skeptiškai, tačiau bėgant laikui jie suprato, jog naujieji gyventojai niekuo nesiskiria, nes jie yra mandagūs, nekelia problemų, nori bendrauti su aplinkiniais. Panašiai situaciją įvardino ir apklausti socialiniai darbuotojai. Tyrėjams tęsiant tyrimą ir analizuojant konkrečius atvejus pastebėta, jog dažniausiai gyventojai priešinasi kaimynystėje įsikuriant grupinio gyvenimo namams, tačiau po kurio laiko susipažinę su minėtų namų gyventojais,

¹ Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2020) Kai šalia atsikrausto žmonės su negalia: tyrimas atskleidė, kaip toliau klostosi kaimynų santykiai.

neįgaliais kaimynais, turimas nuostatas pakeičia. Tyrime pateikiamas ir gana ryškus, tiriamųjų teiginius patvirtinantis pavyzdys, pvz. 2018 m. Kėdainiuose buvo kuriami grupinio gyvenimo namai, tačiau iškart susidurta su sunkumais ir neigiamu visuomenės požiūriu ieškant būsto. Radus tinkamą būstą, jo savininkas nesutiko parduoti turimos nuosavybės, savivaldybė sulaukė ir ne vieno skundo, buvo skleidžiama melaginga informacija, tačiau po kurio laiko situacija kardinaliai pasikeitė. Dabar kaimynai dalijasi užaugintu derliumi, palaiko tarpusavio bendravimą. Panašios situacijos identifikuotos ir kituose analizuotose rajonuose. Tyrime dalyvavę neįgalieji pažymi, jog pagerėjo jų savijauta, kurią jie siejo su ramybės ir saugumo jausmais gyvenant ne didelėse institucijose, o grupinio gyvenimo namuose, nes juose kartu gyvena mažesnė žmonių grupė, nebereikia kentėti didelio triukšmo ir chaoso, taip pat atsirado geresnė psichologinė atmosfera. Taigi, apžvelgiant šio tyrimo rezultatus galima pastebėti, jog Lietuvoje visuomenės požiūris vis dar sudėtingas ir gana priešiškas neįgaliųjų, turinčių proto ar psichinę negalę atžvilgiu, tačiau specialistų, kurie siekia integruoti neįgaliuosius visuomenėje, moko juos bendravimo, socialinių ir kt. įgūdžių, pagalbos dėka situacija keičiasi ir neįgalieji puikiai pritampa ir funkcionuoja visuomenėje, užmezga ir palaiko draugiškus santykius su kaimynais, vietos bendruomene.

1.1.2. Lietuvos Respublikos ir Ukrainos įstatyminių bazių analizė psichinės negalės kontekste

Lietuvos Respublika. Vienas iš pagrindinių įstatymų Lietuvos Respublikoje, reglamentuojančių darbą su psichinės negalės situacijoje esančiais asmenimis yra – Lietuvos Respublikos seimo (1995) priimtas „*Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas*“. Siekiant įvertinti psichinės negalės situaciją įstatyminiu požiūriu Lietuvos Respublikoje, buvo analizuojama, minėto įstatymo, 2019-05-01 suvestinė redakcija. Įstatymo I – ojo skyriaus² 1 str.³ nurodoma, kad jo paskirtis – nustatyti psichikos sveikatos priežiūrai reikalingus principus, psichinės negalės situacijoje esančių asmenų teises ir jų ribojimo sąlygas, psichinės sveikatos priežiūros pagrindus visuomenėje bei paslaugų teikimo pagrindus psichinių sutrikimų turintiems asmenims. 2 str.⁴ Apskritai *psichinė sveikata* įvardinama kaip – gera individo savijauta, leidžianti realizuoti savo gebėjimus, įveikti tam tikrus, įprastus gyvenimo sunkumus, aktyviai dirbti ir dalyvauti visuomeniniame gyvenime. *Psichiniai ir elgesio sutrikimai* apibūdinami kaip – individo mąstymo, elgsenos, jausmų sutrikimai, kuriuos sukelia biologinių,

² Bendrosios nuostatos.

³ 1 straipsnis. Įstatymo paskirtis.

⁴ 2 straipsnis. Pagrindinės šio straipsnio sąvokos.

psichologinių, socialinių ir kt. veiksnių pokyčiai, galiojantys ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijoje. Remiantis analizuoto įstatymo 3 str.⁵, Lietuvos Respublikoje egzistuoja pagrindiniai šeši psichinės sveikatos priežiūros principai:

1. pirmasis principas – individo psichinės sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos gerai išanalizavus biologinius, psichologinius ir socialinius kliento / paciento poreikius;
2. antrasis principas – visuomenės psichinės sveikatos priežiūra ir priežiūros paslaugos yra teikiamos vykdant intensyvų bendradarbiavimą tiek su socialinių paslaugų, tiek su švietimo įstaigomis, savivaldybėmis ir kt. įstaigomis;
3. trečiasis principas – asmens psichinės sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos tokiomis sąlygomis, kokiomis būtų mažiausiai varžomos psichinės negalės situacijoje esančių asmenų galimybės įgyvendinti savo teises bei patenkinti savo turimus poreikius;
4. ketvirtasis principas – specialistai, dirbantys su pacientais, kenčiančiais nuo psichinės sveikatos sutrikimų, teikia įvairaus pobūdžio individo psichinės sveikatos priežiūros paslaugas, kurios geriausiai patenkina pacientų bei jų šeimų narių poreikius;
5. penktasis principas – pirmiausia yra taikomos priemonės, kurių pagalba yra sudaromos sąlygos pacientams gyventi savo šeimose, bendruomenėse, taip pat padidinti jų įtraukimą į visuomeninį gyvenimą bei išsaugoti ir skatinti pacientų savarankiškumą;
6. šeštasis principas – situacijose, kai pacientui nėra reikalingas skubus gydymas medikamentais ir (ar) invazinės, intervencinės procedūros, tuomet asmens psichinės sveikatos priežiūros paslaugos yra teikiamos visų pirma taikant neinvazines ir / arba neintervencines procedūras, o jei jų neužtenka, tuomet taikomas gydymas medikamentais ir (ar) invazinės, ir (ar) intervencinės procedūros.

Norisi pasidžiaugti, jog II – amės įstatymo skyriaus⁶ 5 str.⁷ tarp asmens psichinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų gretų yra minimi ir socialiniai darbuotojai, kurie yra greta medicinos psichologų ir kt. specialistų, vykdančių sveikatinimo veiklą, kuri yra skirta paciento fizinės ir psichinės sveikatos stiprinimui. Nors III – amės ir IV – amės įstatymo skyriuose⁸ gana plačiai aptariama klientų, esančių psichinės negalės situacijoje, teisės, jų ribojimas, hospitalizavimo niuansai, analizuojant šį įstatymą ir jo straipsnius, ganėtinai stebina tai, jog nėra užsiminta apie psichosocialinę reabilitaciją, kuri dar efektyviau gali padėti klientams sugrįžti į jiems įprasto gyvenimo ritmą, vartojant kiek įmanoma mažiau medikamentų / su laiku visiškai atsisakant medikamentų. Tiesa, psichosocialinė reabilitacija, kaip paslauga yra pakankamai nauja, tačiau ji

⁵ 3 straipsnis. Psichikos sveikatos priežiūros principai.

⁶ Visuomenės psichikos sveikatos priežiūra ir asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugos.

⁷ 5 straipsnis. Asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugos.

⁸ III skyrius Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių pacientų teisės ir jų ribojimai; IV skyrius Psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių pacientų hospitalizavimo ypatumai.

yra plačiai ir efektingai taikoma ne tik ligoninėse, bet ir poliklinikose, turinčiose psichikos dienos stacionarus.

Ne ką mažiau svarbus, užtikrintant asmenų psichinės negalės sveikatos gerbūvį, gyvenimo kokybę Lietuvos Respublikoje yra Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro (2016) Įsakymas Nr. A1 – 3⁹. Šio įsakymo pagrindinė esmė profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo metodika (toliau – metodika) asmenims turintiems ne tik psichinės sveikatos sutrikimų, bet ir kitų negalės formų. Įstatymo I – asis skyrius¹⁰ skirtas bendrųjų sąvokų aiškinimui ir paties įsakymo tikslui nurodyti. Apibendrintai galima pastebėti, jog metodikos tikslas – užtikrinti efektingą profesinės reabilitacijos paslaugų teikimą, įvairias negalės formas turintiems asmenims, siekiant atkurti ir / ar didinti jų darbingumą, profesinę kompetenciją, pajėgumą įsitraukti ir dalyvauti darbo rinkoje, pasitelkiant ugdymo, socialinio, psichologinio, ir kt. poveikio priemones. Ši metodika taikoma tik tose įstaigose, kurios organizuoja ir teikia profesinės reabilitacijos paslaugas. Ši metodika taikoma pasitelkiant atvejo vadybos darbo principus; socialinis darbuotojas yra atsakingas už komandą, teikiančią profesinės reabilitacijos paslaugas ir jai vadovauja. Įstatyme atskirais skyriais smulkiau apžvelgiamos sritys:

- profesinių gebėjimų įvertinimo paslaugų reikalavimai;
- profesinio orientavimo ir konsultavimo paslaugų reikalavimai;
- profesinių gebėjimų atkūrimo arba naujų išugdymo paslaugų reikalavimai;
- pagalbos įsidarbinant paslaugų reikalavimai;
- palaikymo darbo vietoje paslaugų reikalavimai;
- bendrieji reikalavimai profesinės reabilitacijos paslaugas neįgaliesiems teikiantiems specialistams.

Taigi šio įstatymo esmė tokia, jog profesinė reabilitacija būtų teikiama kokybiškai, efektingai, apimant ne tik socialinę, bet ir kt. sritis, kurios yra susijusios su darbinių įgūdžių lavinimu. Kiekvienam asmeniui individualiai sudaromi planai, kurie darbo eigoje koreguojami atsižvelgiant į individualius klientų pasiekimus; su planais asmenys supažindinami raštiškai (klientui pasirašant po planu bei patvirtinant, kad su juo susipažino ir sutinka). Įstatymas yra geras ir efektyvus psichinę negalę turintiems asmenis tuo, kad kai kurie individai gėdijasi turimų savo sutrikimų, nuvertina save, kaip visuomenės narį ir bijo arba mano, kad nesugebės sugrįžti ir įsilieti į darbo rinką. Todėl gaudami kokybiškas socialinės reabilitacijos paslaugas iš įvairių

⁹ Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministras (2018) *Įsakymas Nr. A1 – 3 Dėl profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo asmenims, turintiems regos, klausos, intelekto, psichikos ar fizinę negalią, metodikos ir bendrųjų reikalavimų profesinės reabilitacijos paslaugas neįgaliesiems teikiantiems specialistams patvirtinimo* // TAR, 2016-01-06, Nr. 360.

¹⁰ Bendrosios nuostatos.

sričių specialistų komandos, asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje, ne tik susigrąžina pasitikėjimą savimi, savo jėgomis, savo darbiniais įgūdžiais, tačiau ir sugrįžta į darbo rinką, senąjį darbą, susiranda naują ir geba jį palaikyti, gydantis savo turimus psichinės sveikatos sutrikimus. Tai iš esmės pagerina ir minėtų asmenų gyvenimo kokybę, kadangi gerėja ne tik psichologinė, socialinė gyvenimo sfera, bet ir grįžta finansinė nepriklausomybė.

Ukraina. Analizuojant Ukrainos teisinę bazę, pastebėta, kad kone svarbiausias įstatymas, reglamentuojantis darbą su asmenimis, turinčiais psichinę negalę – Ukrainos teisė dėl psichiatrinės pagalbos (2000)¹¹. Šiuo įstatymu apibrėžiami teisinis ir organizacinis pagrindas teikti Ukrainos gyventojams psichiatrijos paslaugas, kurios yra grindžiamos žmogaus ir pilietinių teisių bei laisvių prioritetu, taip pat yra nustatomos vykdomosios valdžios ir vietos valdžios pareigos organizuoti psichinių sutrikimų ir psichinę negalę turintiems asmenims teisinę ir socialinę apsaugą. Įstatyme nurodoma, kad psichinės sveikatos sutrikimai – pripažinti tokiais pagal Ukrainoje galiojančią tarptautinę statistinę ligų, traumų ir mirties priežasčių klasifikaciją. Sunkus psichinės sveikatos sutrikimas apibūdinamas kaip – psichinės veiklos sutrikimas, kuris atima galimybę tinkamai suvokti realybę, psichinę būseną ir elgesį. Įstatymo 3 str.¹² teigiama, kad psichinės sveikatos prielaida laikoma tai, jog asmuo neturi psichinės sveikatos sutrikimų, kol jam nėra nustatyta tokio sutrikimo, remiantis šio įstatymo ir kt. Ukrainos įstatymų nustatytais pagrindais bei tvarka. 4 str.¹³ nuorodoma, kad Ukrainoje psichiatrinė pagalba teikiama remiantis teisėtumo, žmogiškumo, pagarbos žmogaus ir pilietinėms teisėms, savanoriškumo, prieinamumo principais, taip pat atsižvelgiant į dabartinį mokslo žinių lygį, gydymo būtinumą ir adekvatumą su minimaliais socialiniais ir teisiniais apribojimais. Įstatymo 7 str.¹⁴ minima, jog psichinės sveikatos sutrikimai Ukrainoje diagnozuojami remiantis visuotinai priimtais tarptautiniais diagnostavimo standartais ir Tarptautiniu statistiniu ligų, traumų ir mirties priežasčių klasifikatoriumi, kurį Ukrainos sveikatos ministerija priėmė naudoti Ukrainoje. Analizuojant šį įstatymą gali pasirodyti, jog jis yra labai geras, su kuo iš dalies sutinku, tačiau neigiama įstatymo pusė yra ta, kad visur itin akcentuojamas asmenų su psichinės sveikatos problemomis medikamentinis gydymas. Galbūt tai yra todėl, kad įstatymo redakcijai yra 20 metų, o per šį laiko tarpą labai daug kas pasikeitė.

¹¹ Центр Семейной и Медицинской Психологии. ЗАКОН УКРАИНЫ о психиатрической помощи (Ведомости Верховной Рады (ВВР), 2000, N 19, ст. 143)

¹² 3 straipsnis Psichinės sveikatos prezumpcija.

¹³ 4 straipsnis Psichiatrinės pagalbos teikimo principai.

¹⁴ Psichikos sutrikimo diagnozė ir psichikos sutrikimų turinčio asmens gydymas.

Dar vienas labai svarbus įstatymas Ukrainos teisinėje bazėje, psichinės negalės situacijoje esančių asmenų tematika – „Ukrainos įstatymas apie psichiatrinę pagalbą“ (2018)¹⁵. Minėto įstatymo 5 straipsnyje rašoma apie tinkamą finansinės ir psichiatrinės pagalbos teikimą Ukrainos gyventojams, t.y. aiškiai nurodomos paslaugos, teikiamos asmenims, turintiems psichinę negalę ir / arba psichikos sutrikimų. Įstatymas taip pat užtikrina socialinių paslaugų teikimą neįgaliesiems ir psichinę negalę turintiems asmenims. Nepamirštos ir švietimo paslaugos, kurios, kaip ir visos kitos paslaugos, yra neatskiriama psichinės negalios žmonių gyvenimo dalis. Iš esmės šis įstatymas yra ne tik vienas pagrindinių įstatymų, reglamentuojančių psichiatrinės pagalbos teikimą, nurodo paslaugų rūšis ir kt., bet ir kai rekomendacijos kitų sričių specialistams, pvz. socialiniams darbuotojams, nes įstatyme nurodoma, kokios specialios programos turėtų būti organizuojamos ir praktiškai taikomos psichinę negalę turintiems asmenims.

Taigi, reziumuojant šiame, *Psichinės negalės samprata*, skyriuje pateiktą informaciją galima teigti, jog statistiniai duomenys, kurie parodo psichinių ligų mastą yra labai skaudūs, nes vis daugiau individų pasaulyje susiduria su kokia nors psichinės sveikatos liga / psichinės sveikatos sutrikimais, kartais to net nežinodami. Dauguma mokslininkų išskiria panašias ar net tokias pačias psichinės sveikatos ligas, tokias kaip – depresija, šizofrenija ir pan. Analizuojant statistinius duomenis ir mokslininkų mintis aiškėja, jog psichinės sveikatos gydymo sistema galimai vis dar turi didelių trūkumų, nes metodų kaip gydyti tokius asmenis mediciniškai ir kaip su jais dirbti iš pvz. socialinės pusės yra, tačiau dažnai jie prasilenkia vieni su kitais, nes kiekvienam specialistui, dirbančiam su psichinės negalės situacijoje esančiais asmenimis, yra svarbi tik jo darbinė sfera ir suteikiama reali pagalba / paslaugos bei jų kokybė. Todėl linkstama prie išvados, jog norint, kad psichinės negalės situacijoje esantiems asmenims būtų suteikiama kokybiška ir efektyvi bei visapusiška specialistų pagalba, pradedant gydytojais – psichiatrais, medicinos psichologais, baigiant socialiniais darbuotojais ir kt. specialistais, turėtų atsirasti vienas asmuo, koordinuojantis visų specialistų darbą, jų teikiamas paslaugas konkreitiems klientams. Tokiu būdu būtų stiprinamas ir specialistų komandinis darbas, išgrynintas kiekvieno kliento paslaugų poreikis, galimai nebeprasilenktų ir teikiamų paslaugų nauda. Žvelgiant iš kliento pusės, jam ypatingai reikalinga patirti kuo mažiau streso ir gauti kiek įmanoma daugiau aiškumo, nes kiekvienas žmogus į savo problemas reaguoja individualiai ir jei asmuo į psichikos sveikatos centrą pagalbos kreipiasi savo noru, tai jau būna labai didelis ir stiprus pirmasis žingsnis sveikimo linkme. Kad tų žingsnių daugėtų, reikalinga specialistų pagalba, tačiau jei jų paslaugos bus nekoordinuotos, prasilenks vienos su kitomis, asmuo gaus tam tikras paslaugas,

¹⁵ Verkhovna Rada of Ukraine Legislation of Ukraine (2018) З А К О Н У К Р А Ї Н И Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143).

tačiau, kiek iš jų bus naudos, labai sunku nusakyti. Žvelgiant į Ukrainos situaciją darosi dar liūdniau, nors teisinė bazė yra gana gera ir stipri, nes dėl psichinės sveikatos ir jos keliamų problemų konkrečių veiksmų imtasi tik 2017-2018 m. laikotarpyje, kai asmenims, turintiems psichinės sveikatos sutrikimų, suteikta daugiau teisių į gydymą ir pan., todėl ir faktas, kad Ukraina yra viena iš 25 šalių, kurioje savižudybių rodikliai yra aukščiausi pasaulyje, visiškai nebestebina. Taip pat Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos užsakytas bei atliktas tyrimas dar kartą įrodo, jog asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje, negalima taikyti vien tik medikamentinio gydymo, nes tik integracijos į visuomenę procesu galima pakelti minėtų asmenų savivertę, pagerinti gyvenimo kokybę ir keisti visuomenės požiūrį į neįgaliuosius apskritai.

1.2. Psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybė

Jei kas nors paklaustų, kas yra gyvenimo kokybė ir kaip ją suprasti, reikėtų šiek tiek ilgiau apie tai pagalvoti, nes gyvenimo kokybę galima matuoti iš įvairių perspektyvų, pvz.: socialinių poreikių patenkinimo, fizinių poreikių atliepimo ir kt. Ruževičiaus (2013) teigimu, pirmą kartą *gyvenimo kokybės* terminas buvo minimas A. C. Pigou darbuose, kuriais buvo analizuojama ekonominė situacija ir gyvenimo kokybė. Platonas pačia aukščiausia ir svarbiausia gyvenimo vertybe laikė mąstymą, kuris buvo grindžiamas logika, pranokstančia žmogaus turimus jausmus. Aristotelis manė, jog gyvenimas be jausmų yra bevertis. Pradedant tyrinėti gyvenimo kokybę, ji daugiausia buvo siejama su asmens sveikata, tačiau dabar toks požiūris yra kiek per siauras. Šiuo metu kalbant apie gyvenimo kokybę vis daugiau užsimenama ir apie tokius dalykus, kaip asmens vertybės, pasitenkinimas turimais santykiais ir pan. Staškutė (2014) nurodo, jog gyvenimo kokybės, kaip termino, vartojimas ir jo pradžia yra siejama su politika bei sociologijos mokslu. Pirmą kartą tyrimai apie gyvenimo kokybę buvo atlikti sociologijos mokslo srityje apie 1970 m. Nūdieną gyvenimo kokybės sąvoka yra plačiai vartojama daugumoje mokslinių sričių, t.y.: socialiniame darbe, psichologijoje, antropologijoje ir kt. Pasak Gruževskio ir Orlovo (2012), gyvenimo kokybė yra itin svarbi sąvoka daugumoje mokslo sričių, tokių, kaip: sociologija, politologija, filosofija, marketingas, aplinkos studijos, medicina ir kt. Taip „gyvenimo kokybės“ terminas gali būti taikomas tiek individualiu, tiek lokalinės bendruomenės, tiek visos visuomenės lygmeniu. Atsižvelgiant į mokslininkų Merkio, Brazienės ir Kondrotaitės nuomones, *gyvenimo kokybės* sąvoką mokslininkai pateikia kaip – teorinį konstrukta, siejantį skirtingus socialinės gerovės faktinio realizavimo lygmenis, t.y.: a) makrolygmuo, b) bendruomenės, c) individo lygmuo. Taigi, gyvenimo kokybei apibrėžti yra naudojama aibė – paralelinių bei susijusių, taip pat papildančių ir / ar patikslinančių terminų, tokių kaip: laimė,

pasitenkinimas gyvenimu, savęs realizacija, objektyvus funkcionavimas ir kt. Todėl analizuojant šios srities mokslinių tyrimų aprašymus privalu įsigilinti į tai, ką tam tikri mokslininkai / autoriai apibrėžia kaip gyvenimo kokybę. Visgi, gyvenimo kokybės tyrimai vystosi keliomis pagrindinėmis kryptimis, tokiomis kaip:

- atliekama analizė apie gyvenimo kokybę, susijusią su sveikata;
- gyvenimo kokybės kultūros sąveika;
- etinių / vertybinių nuostatų reikšmė gyvenimo kokybei.

Būtina pažymėti, jog tyrinėjant gyvenimo kokybę gali būti laikomasi pragmatinio požiūrio, t.y. – kai nėra siekiama pateikti analizuojamo fenomeno teorinio apibrėžimo.

Visgi Juozulynas, Jurgelėnas ir kt. (2010) nurodo, kad gyvenimo kokybė sociologų požiūriu gali būti apibūdinama, kaip asmens gebėjimas kurti savo asmeninį gyvenimą, pasirinkti tam tikras galimybes ir veikti praktiškai, tam, kad būtų pagerintos gyvenimo sąlygos bei realizuoti asmeniniai tikslai. Todėl geram, patenkinančiam visus esminius ir būtiniausius asmens poreikius, gyvenimui būtina daugelis prielaidų, t.y.: finansinis gerbūvis, sveikata, socialinė integracija, išsilavinimas ir kt. Būtina paminėti, jog negalima paneigti objektyvių ekonominių bei socialinių veiksnių svarbos, kurių įtaka gyvenimo kokybei yra gana didelė. Visgi, vieni svarbiausių veiksnių – asmens sugebėjimas tvarkytis savo gyvenimą, atsižvelgiant į savo poreikius bei gebėjimas įgyvendinti savo asmeninius išsikeltus tikslus. Kreivinienė ir Vaičiulienė (2013) nurodo, kad gyvenimo kokybė, kaip sąvoka, turi daug ir įvairių apibūdinimų – nuo ekonomikos iki medicinos. Gana plačiai atliekami ir tyrimai apie gyvenimo kokybę (vieni labiau orientuojami į medicininius klausimus, kiti į ekonomikos bei vadybos klausimus). Žmonių, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo kokybė yra siejama su pačių individų realizavimusi visuomenėje taip pat ir esamomis / turimomis galimybėmis būti socialiai aktyviems (savo galimybių vertinimas susirandant antrąją pusę, naudingumas visuomenei ir kt.). Visgi sveikatos sutrikimai dažnai yra vertinami kaip antrinis veiksnys, turintis įtakos gyvenimo kokybei.

Pasak Connell, Brazier ir kt. (2012), psichinės sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pasikeitė nuo akcentavimo, skirto simptomų mažinimui, grindžiamu siaurąja sveikatos ir ligos samprata, prie holistinio požiūrio, kuriame atsižvelgiama ir į gerovę, ir į funkcionavimą. Vienas iš iššūkių naudojant „gyvenimo kokybės“ sąvoką kaip rezultato vertinimo pagrindą yra tas, kad ją galima apibrėžti, taigi ir išmatuoti, nesuskaičiuojamais būdais. Tokio vertinimo prielaidoms gali turėti įtakos tiek akademinė disciplina, tiek ideologinė perspektyva. Dėl to yra daugybė skirtingų, sutampančių gyvenimo kokybės modelių, įskaitant objektyvius ir subjektyvius

rodiklius, poreikių tenkinimą, psichologinės ir subjektyvios gerovės modelius, sveikatos funkcionavimo ir socialinius modelius. Gudžinskienė ir Driskienė (2016) mano, kad visų psichinėmis ligomis sergančių asmenų gyvenimai yra neatsiejami nuo tam tikrų poreikių ir jų tenkinimo. Minėtų asmenų poreikiai priklauso nuo tokių veiksnių kaip socialinė aplinka, asmens išsivystymo lygis, ekonominiai veiksniai. Norint užkirsti kelią blogos savijautos atsiradimui, psichinėmis ligomis sergantieji privalo patenkinti savo poreikius. Valstybinės lietuvių kalbos komisijos (2019) terminų bazėje poreikis apibūdinamas kaip – biologinis, materialinis ir kt. emocinis išgyvenimas bei siekimas jį pašalinti. Poreikis nukreipia asmenį į objektus, kurie yra būtini jo egzistencijai. Kitokių, tačiau nebūtinų, objektų siekimui įtakos gali turėti asmens, norai, pageidavimai ir kt. Dėl šių priežasčių, kaip poreikiai kartais yra suprantama tai, ką pats žmogus laiko esant jam reikalinga. Tokius poreikius būtų tiksliau vadinti pageidavimais arba norais.

Schulze, Maercker ir kt. (2014) nuomone, multimorbidiškumas (dviejų ar daugiau lėtinių ligų kartu pasireiškimas) gali būti vertinamas kaip prototipinė situacija, kai reikalingas psychosocialinis koregavimas. Nors dauguma pacientų sėkmingai adaptuojasi, nemažai asmenų turi adaptacijos problemų ir taip pat papildomų psichinės sveikatos problemų. Pažvelgus į daugialypės priklausomybės problemas ir atsižvelgiant į patiriamą kasdienio streso perspektyvą, galima gauti pagrindą giliau suvokti pagrindinius procesus, susijusius su daugialypiškumu ir gyvenimo kokybe, o tai svarbu ne tik tyrimams, bet ir klinicinei praktikai. Zamalijeva, Jurkuvėnas ir kt. (2018) nurodo, jog multimorbidiškumas ir jo keliami iššūkiai dažnai apsunkina ne tik fizinį, bet ir psichologinį žmogaus funkcionavimą. Puikiai visiems žinoma, jog lėtinės (daugybės) ligos labiausiai paplitusios vyresnio amžiaus žmonių tarpe, o minėtų ligų poveikis asmens gerovei ir psichinei sveikatai vis dar nėra pakankamai išnagrinėtas. Mokslininkų atliekami tyrimai, minėta tema, neretai apsiriboja sergančiųjų tik tam tikra liga psichinės sveikatos rodiklių palyginimu su „sveika“ visuomenės dalimi arba neatsižvelgia į paties sergančiojo asmenybės ir kitų kintamųjų, susijusių su psichine sveikata ir gerove, reikšmę.

Mikutavičienė ir Guščinskienė (2012) atliktame tyrime¹⁶ nurodo, jog Pasaulinės sveikatos organizacijos (toliau – PSO) 1948 m. sveikatos traktuotėje buvo nurodytos trys pagrindinės sveikatos dimensijos t.y., fizinė, dvasinė / psichologinė ir socialinė. Mokslininkės, remdamosios kitų autorių mintimis nurodo, jog fizinė bei psichinė sveikata labai dažnai bent primityviai suprantamos sąvokos visuomenėje. Mažiau tyrinėta socialinės sveikatos sritis, kurią galima apibūdinti kaip ryšį siejantį įvykius tarp žmonių, kurie vyksta socialinėje, individo ir visuomenės sveikatos erdvėse. Tai galimai turi įtakos psichinės negalės situacijoje esančio

¹⁶ Mikutavičienė, I., Guščinskienė, J., (2012) „Socialinė psichikos negalia turinčių asmenų sveikatos dimensija: socialinės politikos atspindžiai“.

asmens savęs suvokimui, tarpusavio santykiams su artimaisiais, gyvenimo kokybei, gerovei ir kt. Pažymėtina, jog atsižvelgiant į kai kuriuos tyrimus pastebėta, kad medikai galimai neturi pakankamai žinių bei įgūdžių vertinant žmonių su negale psichosocialinius poreikius. Dėl psichinių ligų specifiškumo ir aplinkinių požiūrio į individą, turintį psichinės sveikatos sutrikimų, kaip į „kitokį asmenį“, siaurėja socialinis bendravimo su kitais tinklas. Visgi būtina paminėti, kad socialiniai ryšiai ir sveikata yra susiję, nes dėl patiriamos socialinės izoliacijos dažnai blogėja tiek psichinės, tiek fizinės sveikatos būklė; prasta sveikatos būklė apriboja ir socialinių ryšių palaikymą. Psichinės sveikatos sutrikimų suvaldymui yra vienodai svarbūs tiek biologiniai, tiek psichologiniai, tiek socialiniai veiksniai, todėl socialiniai psichinės sveikatos aspektai tampa ir efektyvaus gydymo bei pagalbos teikimo pagrindu. Psichinė negalė dažniausiai yra patiriama materialiniu ir socialiniu lygmenimis. Būtina paminėti, jog psichinę negalę turintys asmenys, lyginant su kitomis neįgaliųjų grupėmis, patiria didžiausią diskriminaciją bei turi daug didesnę riziką patekti į socialinės atskirties terpę. Artimųjų palaikymas yra itin svarbus psichinės negalės situacijoje esantiems asmenims, nes jo nesulaukiantieji patiria didelių sunkumų: socialinę izoliaciją, atskirtį, diskriminaciją ir kt. Dėl visų minėtų veiksnių žymiai blogėja ir gyvenimo kokybė bei stringa psichinių ligų gydymo procesas.

Žiūrint į psichinės negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybę iš socialinės pusės, būtina pažymėti, jog socialinės ir kt. rūšių paslaugos yra teikiamos visoms socialiai jautrioms asmenų grupėms, jei tam yra konkretus poreikis, t.y. minėtas paslaugas gauna neįgalieji, krizinėse situacijose esančios šeimos, senjorai ir kt. klientų grupės. Bet kuriai iš minėtų grupių socialinių ir kt. rūšių paslaugų teikimas yra ypatingai reikalingas, nes tokiu būdu užtikrinama kiek įmanoma geresnė gyvenimo kokybė. Žalimienė (2003) nurodo, kad socialines paslaugas gali teikti įvairų / skirtingą juridinį statusą turinčios institucijos. Išoraitės (2005) teigimu, socialinės paslaugos teikiamos prieš tai įvertinus asmenų, kuriems galimai reikalinga pagalba, socialinius poreikius, o vėliau ir kuriant socialinių paslaugų tinklą bendruomenėje, kurioje tas asmuo gyvena. Pasak Webster (2017), socialinių paslaugų pagalba yra skatinama socialinė gerovė. Kvieskienė, Čiužas ir kt. (2015) atkreipia dėmesį į tai, kad kiekvienoje Lietuvos Respublikos savivaldybėje įsteigti socialinės globos (rūpybos), socialinės paramos, socialinių paslaugų skyriai. Ten dirbantys specialistai, vertindami asmens poreikį gauti socialines paslaugas, privalo surinkti visą konkrečią informaciją apie esamą potencialaus paslaugų gavėjo sveikatos būklę. Kai nustatinėjamas pagalbos poreikis ir yra reikalingos medikų išvados, tuomet sudaroma speciali poreikių nustatymo komisija savivaldybėje, kuri atlikusi vertinimą, pateikia rekomendacijas dėl potencialaus paslaugų gavėjo socialinių / specialiųjų poreikių tenkinimo (rekomendacijose nurodoma ar reikalinga skirti piniginę paramą, papildomas socialines paslaugas ir t.t.). Taigi analizuojant įstaigų, teikiančių paslaugas asmenims, esantiems psichinės

negalės situacijoje, veiklą ir teikiamas paslaugas, galima išskirti pagrindines keturias įstaigų rūšis (žr. 1 lentelė), kuriose teikiamos gana panašios tiek medicininės, tiek socialinės paslaugos ir pan.:

1 lentelė

Lietuvos Respublikos įstaigų teikiančių paslaugas psichinės negalės situacijoje esantiems asmenims ir teikiamų paslaugų sąrašas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis VŠĮ Šiaulių centro poliklinikos (2020), VŠĮ Valakupių reabilitacijos centro (2020), Šiaulių miesto savivaldybės Globos namų (2020), Viešosios įstaigos Respublikinės Šiaulių ligoninės (2020) informacija

Institucijos tipas	Psichinę negalę turintiems asmenims teikiamos paslaugos
Psichiatrijos klinikos	• medikamentinis gydymas, • psichosocialinė reabilitacija, • psichologinė pagalba • psichiatrinė pacientų slauga • kt. paslaugos.
Psichikos dienos stacionarai	• medicininė sveikatos priežiūra • užimtumo organizavimas • socialinio darbuotojo paslaugos • klientų slauga • medicinos psichologo paslaugos • psichosocialinė reabilitacija
Globos / savarankiško gyvenimo namai	• gyvenamosios vietos suteikimas bendruomenėje • socialinio darbuotojo paslaugos • bendruomeninės paslaugos • savarankiško gyvenimo įgūdžių ugdymas
Dienos centrai	• socialinio darbuotojo paslaugos • užimtumo organizavimas • kasdienio gyvenimo įgūdžių ugdymas ir palaikymas • kt. paslaugos

Apžvelgiant lentelėje pateiktą informaciją galima pastebėti, jog daugumoje išvardintų institucijų dirba ir socialiniai darbuotojai, kurie savo nuožiūra, įvertinę klientų sveikatos būklę, teikia socialines paslaugas, dirba ties tuo, kad asmenys būtų kuo savarankiškesni ir sėkmingai integruotusi į visuomeninį gyvenimą. Būtina pažymėti, jog įstaigose be socialinių darbuotojų teikiamų paslaugų, teikiamos ir psichologų, medikų, užimtumo ir kt. specialistų paslaugos, be kurių psichinės negalės situacijoje esantys asmenys taip pat neišsiverstų kasdieniame gyvenime, kontroliuojant turimus psichinės sveikatos sutrikimus ir stengiantis neišsiskirti bei tinkamai funkcionuoti visuomenėje.

Apibendrinant šiame skyriuje pateiktą informaciją, galima teigti, jog gyvenimo kokybė suprantama labai įvairiai, įvertinama iš įvairių perspektyvų, todėl visi savaip yra teisūs. Vienam asmeniui gyvenimo kokybė gali būti aktualiausia socialine prasme, kitam fizine ir pan. Gyvenimo kokybė, kaip sąvoka pradėta vartoti, palyginus, visai nesenai, tačiau reiškia gana daug

dalykų ir įsitvirtino ne vienoje mokslinėje srityje. Visgi į gyvenimo kokybės sąvoką žvelgiant iš psichinę negalę turinčių asmenų perspektyvos kyla prielaida, jog ji dažniausiai yra apibūdinama iš socialinės ir medicininės sričių pusės. Psichinės negalės situacijoje esančius asmenis per gyvenimą dažnai lydi įvairios lėtinės ligos, įvairūs socialinio gyvenimo sutrikimai ir kt. problemos. Visuomenėje priimta manyti, jog visi šie dalykai labiau aktualūs vyresnio amžiaus asmenims, tačiau ligos jaunėja, problemos gilėja, todėl ir gyvenimo kokybė ne visiems gerėja. Verta pasidžiaugti tuo, jog su tikslu pagerinti kliento gyvenimo kokybę dirba vis daugiau įvairių sričių specialistų, tarp jų ir socialiniai darbuotojai, kurių dėka, kai kuriais atvejais asmenys kreipiasi į psichinės sveikatos priežiūros / gydymo įstaigas ir tuomet gyvenimo kokybės gerinimo procesas pajuda į priekį. Visgi, labai daug dalykų, kurie sudaro gyvenimo kokybę, priklauso nuo pačių klientų noro, motyvacijos ir pan. Kas tampa didžiausiais iššūkiais daugumai specialistų. Dažnai klientai yra linkę neigti savo turimas problemas, skundžiasi gyvenimu, reikalauja kažko ko negali gauti, manipuliuoja darbuotojais, kai tuo tarpu tereikia atsisukti į save ir susivokti ar tikrai yra viskas gerai, galbūt pagaliau pripažinti, kad yra reikalinga specialistų pagalba, pasvarstyti, jog specialistai gali padėti, o su jų pagalba ir gyvenimo kokybė galimai pagerėtų. Tačiau tokių klientų yra mažuma, todėl socialiniai darbuotojai yra vieni pagrindinių specialistų, kurie gali motyvuoti klientą nebijoti kreiptis į specialistus ir priimti jų teikiamą pagalbą, nes tik tokiu atveju pagerės gyvenimo kokybė ir pasaulis nušvis kitomis spalvomis.

2. PSICHINĖS NEGALĖS SITUACIJOJE ESANČIŲ ASMENŲ GYVENIMO KOKYBĖS ANALIZĖ: LIETUVOS IR UKRAINOS SOCIALINIAI KONTEKSTAI: KIEKYBINIO IR KOKYBINIO TYRIMŲ REZULTATAI

2.1. Kiekybinio tyrimo metodika ir organizavimas, tyrimo dalyviai

Tyrimo metodologija ir metodai. Pasak Kardelio (2002) kokybiniai ir kiekybiniai tyrimai yra grindžiami dvejomis pagrindinėmis filosofinėmis teorijomis, t.y. pozityvistine (normatyvine) arba fenomenologine (antipozityvistine / interpretacine). Kiekybiniams tyrimams dažniau taikoma pozityvistinė teorija, nes su šia teorija socialinė realybė aiškinama objektyvistiniu požiūriu. Pozityvistinė arba kitaip normatyvinė filosofinė socialinių tyrimų metodologijos teorija apima dvi idėjas, t.y.: pirma idėja – žmogaus elgesio valdymas pagrįstas taisyklėmis, antra idėja – socialiniai reiškiniai turėtų būti tiriami gamtos mokslų, tai reiškia, kad naudojant šią idėją tyrimai tampa pozityvistiniais. Taigi šio magistro baigiamojo darbo pirmajam tyrimui buvo pasirinkta atlikti kiekybinį tyrimą, nes jis labiausiai atspindi pozityvistinį / normatyvinį filosofinį požiūrį. Baigiamojo darbo kiekybiniam tyrimui, kaip ir normatyviam tyrimui būdinga: vidutinės arba didelės apimties tyrimo atlikimas, objektyvumas, tyrimo atlikimas iš išorės, priežasčių ieškojimas. Kaffemanienės (2006) nuomone, kiekybiniai tyrimai yra patogūs ta prasme, jog tyrimo dalyviai gavę klausimyną tyrime gali sudalyvauti jiems patogiu metu, taip pat tiriamieji išsaugo savo pildomos informacijos privatumą – anonimiškumą, išvengia tyrėjo įtakos atsakant į klausimus.

Taigi išsikeltam magistro baigiamojo darbo tikslui ir uždaviniams įgyvendinti buvo atlikta mokslinės literatūros ir įstatyminės bazės analizė. Minėtos analizės pagalba konceptualizuota gyvenimo kokybės sąvoka ir parengta tyrimo objekto operacionalizacija (žr. 1 priedą). Kiekybinio tyrimo atlikimui naudotas anketinės apklausos metodas – struktūruota apklausa raštu, tyrimo dalyviams pateikiant Goštautaitės Midttun, N., Goštauto, A. (2000) parengtą Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimyno (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintą 26 klausimų Gyvenimo kokybės klausimyną PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire) (žr. 3 priedą). Anketinės apklausos pagalba stengtasi atskleisti asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, pagalbos poreikį gyvenimo kokybės gerinimui, Lietuvos socialiniame kontekste.

Statistinių duomenų apdorojimui naudoti statistinės analizės metodai: aprašomoios statistikos metodas (vidurkis, standartinis nuokrypis, statistinis reikšmingumas, kuriam nustatyti buvo naudojamas parametrinės statistikos vienfaktorinis ANOVA testas; statistinio reikšmingumo lygmuo – p). Tyrimo duomenys apdoroti naudojant PSPP (Public Sector Purchase

Programme) programą, vaizdinis ir grafinis duomenų pateikimas parengtas naudojant Microsoft Excel programą.

Tyrimo etika. Pasak Kardelio (2002) socialinių tyrimų etikoje svarbiausi aspektai yra: konfidencialumo užtikrinimas, tyrimo dalyvių informuotumas apie tyrimo tikslą ir informacijos panaudojimo pobūdį, savanoriškumo principo užtikrinimas. Taigi pradedant institucijų, galinčių priimti atlikti tyrimą paiešką, pirmiausia elektroninėmis ryšio priemonėmis buvo kreiptasi į įstaigas, kuriose teikiamos paslaugos psichinę negalę turintiems asmenims Lietuvos Respublikoje. Toks kontaktavimo būdas buvo pasirinktas atsižvelgiant į tyrėjos ir tiriamųjų saugumą dėl COVID-19 viruso sukeltos grėsmingos situacijos visame pasaulyje ir Lietuvoje; dėl minėto viruso, institucijos neįsileido lankytojų. Bendraujant su keleto įstaigų vadovais, jie nesutiko, kad jų vadovaujamose įstaigose būtų atliekamas magistro baigiamojo darbo tyrimas, tyrėja informuota, kad jei ji ras, kas iš įstaigų darbuotojų tarpininkaus ir klientams padės užpildyti anketas, tuomet ji galės atlikti savo tyrimą, tačiau kitu atveju ne. Kitų įstaigų vadovai nukreipė tyrėją kontaktuoti su įstaigos darbuotojais, kurie galės padėti su tyrimo vykdymu; specialistams, kurie sutiko tarpininkauti klientams pildant tyrimo klausimyną, pateikta platesnė informacija apie tyrimo tikslą, esmę, užtikrinta, jog surinkti tyrimo duomenys bus naudojami tik magistro baigiamojo darbo rašymo tikslais, o anketos yra visiškai anonimiškos. Atliekant kiekybinį tyrimą laikytasi savanoriškumo principo, nes tyrime dalyvavo tik tų įstaigų klientai, kurie norėjo. Prieš pateikiant tyrimo klausimyną buvo tikslinamasi, koks pateikimo būdas įstaigų atstovams ir tyrimo dalyviams yra patogiausias, t.y. anketos elektroninis variantas, ar popierinių anketų pristatymas į įstaigą, tartasi tikslus anketų perdavimo laikas.

Ekspertinis tyrimo vertinimas.¹⁷ Atliktas ir išanalizuotas kiekybinis tyrimas pateiktas dviejų socialinio darbo praktiktų ekspertiniam vertinimui. *Pirmojo eksperto* požiūriu, būtų galima performuluoti kiekybinio tyrimo anketoje pateikiamus klausimus: (F1.4) klausime panaikinti žodį „labai“, (F5.3) klausimą performuluoti į – „ar gebate sukaupti dėmesį?“, (F10.3) klausime pakeisti žodį, vietoje „sugebėjimu“, rašyti „gebėjimu“. Taip pat ekspertė pažymėjimo, jog po 5 lentelės (Savarankiškumo srities vertinimas) būtų tikslinga paminėti, jog asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje, paslaugos organizuojamos taip, kad klientai būtų palaikomi, skatinami ir motyvuojami tapti kuo savarankiškesniais. *Antrojo eksperto* nuomone, kiekybinis tyrimas atliktas ir išsamiai išanalizuotas. Nagrinėtos pagrindinės psichinę negalę turinčių asmenų gyvenimo sritys – fizinė sveikata, savarankiškumas, socialiniai santykiai, aplinka, dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai. Tačiau ne visas galima pamatuoti /

¹⁷ Socialinio darbo specialistų, atlikusių tyrimo ekspertinį vertinimą duomenys nėra atskleidžiami, siekiant užtikrinti jų konfidencialumą.

įvertinti (dvasingumas, religija, asmeniniai įsitikinimai). Atliktas kiekybinis tyrimas leidžia geriau suprasti asmenis, turinčius protinę negalę, jų pagrindinius poreikius. Tai rodo, kad tyrimas aktualus ir naudingas, siekiant tobulinti jiems teikiamas socialines paslaugas.

Visgi į ekspertų vertinimus buvo atsižvelgta tik dalinai, kadangi kiekybinio tyrimo anketa yra kurta ne baigiamojo darbo autorės, galima daryti prielaidą, jog klausimų keitimas ir koregavimas, kaip tą rekomendavo socialinio darbo ekspertai, nėra tikslingas. Tačiau buvo atsižvelgta į kitą pastebėjimą, papildant „*Savarankiškumo srities vertinimo*“ duomenų analizę.

Tyrimo imtis. Siekiant įvertinti psichinės negalės situacijoje esančių asmenų, gyvenančių institucijose Lietuvoje, gyvenimo kokybę, pirmiausia nustatyta tyrimo imtis, naudojantis imties skaičiuokle¹⁸; skaičiuoklė nurodė, kad tyrime turėtų dalyvauti 384 asmenys. Anketos paplatintos 59 Lietuvoje esančiose įstaigose, tačiau tarpininkaujant institucijose dirbantiems socialiniams darbuotojams pavyko apklausti tik 163 asmenis turinčius psichinę negalę, gyvenančius institucijose, taigi tiriamųjų skaičius N = 163. Anketinė apklausa raštu vykdyta 2020 metų kovo – lapkričio mėnesiais. Tyrimo dalyvių atrankai naudotas tikslinis ir tikimybinis atrankos metodai. Pagrindiniai tyrimo dalyvių atrankos kriterijai: asmuo turi būti ne jaunesnis nei 21 metų; asmuo turi būti psichinės negalės situacijoje; asmuo turi gyventi institucijoje. Anketos platintos naudojantis asmenine www.gmail.com paskyra ir interaktyvių apklausų internetine platforma www.apklausa.lt (toks anketų platinimo būdas pasirinktas dėl šalyje susiklosčiusios situacijos, dėl COVID-19 viruso); keleto įstaigų atstovų prašymu, anketos atspausdintos ir perduoti popieriniai variantai, su išankstiniu susitarimu, kada bus galima atvykti pasiimti užpildytų anketų.

Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal lytį: vyrai – 46,1 %, moterys – 53,99 %. Nagrinėjant duomenis apie tyrime dalyvavusių asmenų šeimyninę padėtį ir atlikus gautų rezultatų palyginimą su lyties aspektu, paaiškėjo, kad tyrime daugiausia dalyvavo vieniši vyrai – 60 % ir vienišos moterys – 50,57 %. Atlikus demografinių rodmenų palyginimą lyties ir gyvenimo trukmės institucijoje aspektais, paaiškėjo, kad daugiausia tyrimo dalyvių vyrų – 41,33 %, buvo tie, kurie nurodė, jog institucijose gyvena 1 – 4 m., tuo tarpu moterų kategorijoje duomenys pasiskirstė gana tolygiai – tiek iki 1 m., tiek ir 1 – 4 m. moterų, gyvenančių institucijoje yra po 34,09 % (žr. 2 lentelė).

¹⁸ Creative Research Systems (2012) Sample Size Calculator. Internetinė prieiga: <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

Demografiniai tyrimo duomenys: tyrimo dalyvių charakteristika

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Demografiniai klausimai	Atsakymai	Tiriamųjų skaičius (N)	Tyrimo dalyvių pasiskirstymas (%)
Jūsų lytis	Vyras	75	46,01
	Moteris	88	53,99
Jūsų amžius	21 – 24 m.	5	3,07
	25 – 34 m.	27	16,56
	35 – 44 m.	32	19,63
	45 – 54 m.	43	26,38
	55 – 64 m.	27	16,56
	65 – 74 m.	21	12,88
	75 m. ir daugiau	8	4,91
Jūsų šeimyninė padėtis	Vienišas (a)	89	54,60
	Vedęs / ištekęjusi	23	14,11
	Našlys (ė)	19	11,73
	Išsiskyręs (usi)	31	19,14
Kiek laiko gyvenate institucijoje?	Iki 1 m.	47	28,83
	1 – 4 m.	61	37,42
	5 – 9 m.	30	18,40
	10 m. ir daugiau	25	15,34
Iš viso: N = 163			

Taigi apibendrinant tyrimo dalyvių imtį ir pasiskirstymą pagal demografinius duomenis galima pastebėti, jog tyrime dalyvavo daugiausia vidutinio amžiaus vieniši vyrai ir moterys, dažniausiai institucijoje gyvenantys apie 1 – 4 m.

2.1.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai

Taigi šiame skyriuje analizuojami tyrimo metu surinkti ir apdoroti empiriniai kiekybinio tyrimo duomenys. Atliekant kiekybinį tyrimą, tiriamiesiems be 4 demografinio tyrimo klausimų buvo pateikti dar 26 klausimai naudojantis Goštautaitės Midttun, N., Goštauto, A. (2000) parengtu Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimynu (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintu 26 klausimų Gyvenimo kokybės klausimynu PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire). Apdorojant tyrimo rezultatus nebuvo panaudoti jokie duomenys, pagal kuriuos būtų galima identifikuoti tyrimo dalyvius. Anketos klausimai tyrėjos suskirstyti į 7 sritis: fizinės sveikatos sritis, psichologinė sritis, savarankiškumo sritis, socialinių santykių sritis, aplinkos sritis dvasingumo, religijos ir asmeninių įsitikinimų sritis. Tyrimo duomenų statistinio reikšmingumo lygmuo – „p“ apskaičiuotas naudojant vienfaktorinį ANOVA testą, tyrimo duomenys lyginti su tyrimo dalyvių

gyvenimo institucijose trukme (žr. 2, 3, 4, 5, 6, 7 lentelės). Tyrimo duomenų vidurkis ir standartinis nuokrypis apskaičiuoti naudojant aprašomosios statistikos metodą; statistinio reikšmingumo lygmuo „p“ apskaičiuotas taikant parametrinės statistikos vienfaktorinį ANOVA testą, nes tyrimo duomenys paklūsta Gauso kreivei, taip pat apskaičiavus klausimų patikimumą / suderintumą paaiškėjo, kad $\alpha^{19} = 0,90$, tai reiškia, kad klausimyno duomenų apdorojimui galima taikyti parametrinę statistikos analizę, nes klausimų grupė yra suderinta. Apskaičiuojant tyrimo duomenų vidurkį, standartinį nuokrypį ir statistinio reikšmingumo lygmenį, visi duomenys buvo lyginami su vienu iš keturių demografinių klausimų, t.y. kaip kintamasis buvo pasirinktas klausimas, kuriame tyrimo dalyviai nurodė, kiek laiko gyvena institucijose.

3 lentelė

Fizinės sveikatos srities vertinimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Klausimas	Atsakymas	Tyrimo dalyvių skaičius (N)	Vidurkis (M) ²⁰	Standartinis nuokrypis (SD) ²¹	p ²² reikšmė pagal ANOVA ²³
(G4) Ar esate patenkinta (s) savo sveikata? N = 161 ²⁴	Labai nepatenkintas	7	2,71	0,95	p = 0,216
	Nepatenkintas	50	1,88	0,85	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	31	1,97	0,98	
	Patenkintas	61	2,59	1,13	
	Labai patenkintas	12	1,83	0,58	
(F1.4) Ar labai skausmas kūne trukdo jums atlikti tai, ką manote esant reikalinga? N = 161	Visiškai ne	48	2,67	1,12	p = 0,001
	Šiek tiek	47	2,04	1,02	
	Vidutiniškai	40	2,10	0,90	
	Labai	22	1,73	0,83	
	Ypatingai	4	2,00	0,00	
(F2.1) Ar jums pakanka energijos kasdieniniam gyvenimui? N = 159	Visiškai ne	12	2,25	0,87	p = 0,113
	Iš dalies	40	2,02	0,97	
	Vidutiniškai	42	2,31	1,12	

¹⁹ Klausimyno vidinis suderintumas žymimas Cronbacho alfa (α). Vidinis suderintumas turi būti nuo 0 iki 1, pageidaujama, kad $\alpha = 0,70$ arba daugiau, nes tokiu atveju skalė ir klausimų grupė bus laikoma suderinta. (Pakalniškienė, 2012, cit. iš Aiken, 2002)

²⁰ M – statistinis vidurkis.

²¹ SD – standartinis nuokrypis.

²² p – statistinio reikšmingumo lygmuo – jei $p \leq 0,05$, duomenys yra statistiškai reikšmingi, jei $p > 0,05$, duomenys yra mažiau statistiškai reikšmingi.

²³ ANOVA – dispersijos analizė. Vienpusė dispersijos analizė nurodo, ar tarp trijų ar daugiau nepriklausomų grupių vidurkių yra statistinių skirtumų. (Qualtrics, 2020)

²⁴ 2, 3, 4, 5, 6, 7, lentelėse pateiktuose klausimuose N skaičius skiriasi, nes ne visi tyrimo dalyviai atsakė į visus klausimus 100 %.

(F2.1) Ar jums pakanka energijos kasdieniniam gyvenimui? N = 159	Apskritai taip	39	1,95	0,97	p = 0,113
	Visiškai	26	2,69	1,01	
(F3.3) Ar esate patenkinta (s) savo miegu? N = 159	Labai nepatenkintas	12	1,92	1,00	p = 0,009
	Nepatenkintas	20	2,20	0,77	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	48	1,81	0,89	
	Patenkintas	41	2,39	1,16	
	Labai patenkintas	38	2,58	1,06	

Taigi analizuojant *Fizinės sveikatos srities vertinimo* lentelę (žr. 3 lentelė) kurią sudaro 4 klausimai, galima pastebėti, jog lyginant G4 ir F2.1 klausimus su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme, nėra statistiškai reikšmingų skirtumų, nes G4 klausimo $p = 0,216$, o F2.1 klausimo $p = 0,113$. Analizuojant likusius klausimus, lyginant juos su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme paaiškėjo, kad visi jie yra statistiškai reikšmingi. Nagrinėjant klausimą F1.4 pastebėta, jog atsiranda statistiškai reikšmingas skirtumas, nes $p = 0,001$. Nors šiame klausime galima įžvelgti, jog vieningiausiai į klausimą buvo atsakyta, kad tyrimo dalyviams skausmas ypatingai trukdo atlikti tai, kas jiems atrodo reikalinga ($SD = 0,00$), tačiau analizuojant klausimą, remiantis statistinio vidurkio reikšme paaiškėja, kad tyrimo dalyviams skausmas kūne netrukdo atlikti tai, ką jie mano esant reikalinga ($M = 2,67$), todėl galima daryti prielaidą, jog visgi tyrimo dalyviams skausmas kūne netrukdo atlikti jiems reikalingus veiksmus. Apžvelgiant paskutinį 2 lentelės klausimą – F3.3 pastebėta, kad šis klausimas taip pat yra statistiškai reikšmingas, nes $p = 0,009$. Remiantis standartinio nuokrypio reikšme ($SD = 0,77$) galima manyti, jog tyrimo dalyviai vieningiausiai atsakė, kad nėra patenkinti savo miegu, tačiau statistinis vidurkis rodo, jog tyrimo dalyviai yra labai patenkinti savo miegu ($M = 2,58$). Taigi apibendrinant 3 lentelės duomenis galima pastebėti, kad tik 2 iš 4 klausimų, atlikus duomenų analizę, buvo statistiškai reikšmingi. Mačiulio, Buginytės ir kt. (2015) nuomone, asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo kokybei svarbiausia fizinė ir psichinė sveikata, socialiniai santykiai ir kt. Galima pasidžiaugti, kad fizinės sveikatos srities tyrimo duomenys rodo, jog tyrimo dalyviai yra patenkinti savo fizine sveikata, tai dalinai reiškia, kad tyrimo dalyviai kažkuria prasme yra patenkinti ir savo gyvenimo kokybe.

Psichologinės srities vertinimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Klausimas	Atsakymas	Tyrimo dalyvių skaičius (N)	Vidurkis (M)	Standartinis nuokrypis (SD)	p reikšmė pagal ANOVA
(F4.1) Ar džiaugiatės gyvenimu? N = 161	Visiškai ne	9	1,89	0,93	p = 0,061
	Šiek tiek	31	2,19	0,83	
	Vidutiniškai	63	1,87	0,98	
	Labai	43	2,70	1,10	
	Ypatingai	15	2,33	0,98	
(F5.3) Ar pajėgiate susikaupti? N = 160	Visiškai ne	12	2,58	1,16	p = 0,029
	Šiek tiek	33	2,12	0,99	
	Vidutiniškai	74	2,04	1,00	
	Labai gerai	35	2,54	1,09	
	Ypač gerai	6	1,83	0,41	
(F6.3) Ar esate patenkinta (s) savimi? N = 160	Labai nepatenkintas	5	2,00	0,71	p = 0,045
	Nepatenkintas	28	1,96	0,84	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	51	2,08	1,02	
	Patenkintas	53	2,40	1,17	
	Labai patenkintas	23	2,35	0,98	
(F7.1) Ar jus patenkina jūsų išvaizda? N = 157	Visiškai ne	22	2,05	0,79	p = 0,008
	Iš dalies	33	1,85	0,87	
	Vidutiniškai	37	2,14	1,11	
	Apskritai taip	32	2,41	1,04	
	Visiškai	33	2,55	1,09	
(F8.1) Ar dažnai jus užvaldo neigiami jausmai: prasta nuotaika, neviltis, nerimas, depresija? N = 162	Niekada	19	2,74	0,99	p = 0,000
	Retai	54	2,56	1,06	
	Gan dažnai	50	2,04	0,99	
	Labai dažnai	30	1,70	0,75	
	Visą laiką	9	1,44	0,53	

Apžvelgiant *Psichologinės srities vertinimo lentelę* (žr. 4 lentelė) kurią sudaro 5 klausimai, atkreiptinas dėmesys į tai, kad klausimas F4.1 lyginant su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme yra statistiškai nereikšmingas, nes $p = 0,061$. Analizuojant likusius klausimus, lyginant juos su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje,

gyvenimo institucijoje trukme paaiškėjo, kad visi jie yra statistiškai reikšmingi. Taigi analizuojant klausimą F5.3 ($p = 0,029$) atkreiptinas dėmesys, kad analizuojamame klausime standartinio nuokrypio reikšmė ($SD = 0,41$) rodo, kad tyrimo dalyviai vieningiausiai atsakė, jog pajėgia susikaupti ypač gerai, tačiau remiantis statistinio vidurkio reikšme ($M = 2,58$) galima daryti prielaidą, kad tyrimo dalyviai visiškai nepajėgia susikaupti. F6.3 ($p = 0,045$) klausimo analizė parodė, kad standartinio nuokrypio duomenimis ($SD = 0,71$) tyrimo dalyviai būtų labai nepatenkinti savimi, visgi statistinis vidurkis ($M = 2,40$) parodo, kad yra kitaip – tyrimo dalyviai savimi yra patenkinti. Analizuojant F7.1 klausimą ($p = 0,008$) galima pastebėti, kad į klausimą vieningiausiai buvo atsakyta, jog tyrimo dalyviai visiškai nepatenkinti savo išvaizda ($SD = 0,53$), tačiau remiantis statistinio vidurkio ($M = 2,55$) reikšme, galima daryti prielaidą, jog tyrimo dalyviai visiškai patenkinti savo išvaizda. Paskutinio klausimo – F8.1 ($p = 0,000$) duomenys atskleidžia, kad nors vieningiausiai buvo atsakyta, kad tyrimo dalyviai visą laiką patiria neigiamus jausmus ($SD = 0,53$), tačiau atsižvelgiant į statistinio vidurkio reikšmę, galima manyti, jog tyrimo dalyviai niekada ($M = 2,74$) arba retai ($M = 2,56$) susiduria su tokiais neigiamais jausmais kaip: prasta nuotaika, neviltis, nerimas ar depresija. Apibendrinant 4 lentelės duomenis būtina pažymėti, jog ir psichologinės srities vertinimo dalyje neapsieita be statistiškai nereikšmingų klausimų, nors jis ir buvo 1 iš 5. Taip pat būtina paminėti, jog tyrimo dalyviai galimai tik dalinai yra patenkinti savo psichologine sveikata, nes analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad tyrimo dalyviai visiškai negeba susikaupti, tačiau yra patenkinti savimi ir savo išvaizda bei niekada arba retai susiduria su neigiamais jausmais.

5 lentelė

Savarankiškumo srities vertinimas

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Klausimas	Atsakymas	Tyrimo dalyvių skaičius (N)	Vidurkis (M)	Standartinis nuokrypis (SD)	p reikšmė pagal ANOVA
(F9.1) Ar galite laisvai judėti? N = 160	Labai blogai	10	1,90	0,74	$p = 0,015$
	Blogai	14	2,21	0,89	
	Nei blogai nei gerai	47	1,83	0,92	
	Gera	41	2,34	1,09	
	Labai gerai	48	2,50	1,09	
(G1) Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę? N = 161	Labai bloga	3	2,67	1,15	$p = 0,074$
	Bloga	18	1,89	0,76	
	Nei bloga nei gera	63	1,89	0,94	
	Gera	60	2,53	1,11	

(G1) Kaip vertinate savo gyvenimo kokybę? N = 161	Labai gera	17	2,41	0,94	p = 0,074
(F10.3) Ar esate patenkinta (s) savo sugebėjimu atlikti kasdieninius darbus? N = 160	Labai nepatenkintas	9	2,11	1,05	p = 0,014
	Nepatenkintas	26	1,96	0,77	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	45	1,91	0,97	
	Patenkintas	53	2,51	1,17	
	Labai patenkintas	27	2,33	0,92	
(F11.3) Ar jums reikia daug medicininės pagalbos, kad galėtumėte gyventi įprastą gyvenimą? N = 161	Visiškai ne	32	2,50	1,30	p = 0,001
	Šiek tiek	50	2,26	1,03	
	Vidutiniškai	49	1,98	0,97	
	Labai	27	2,19	0,74	
	Ypač daug	3	1,67	0,58	
(F12.4) Ar esate patenkinta (s) savo darbingumu? N = 159	Labai nepatenkintas	10	1,90	0,74	p = 0,012
	Nepatenkintas	37	2,03	0,93	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	38	2,08	0,94	
	Patenkintas	57	2,39	1,19	
	Labai patenkintas	17	2,41	1,19	

Nagrinėjant *Savarankiškumo srities vertinimo* lentelės (žr. 5 lentelė) duomenis, norisi atkreipti dėmesį į tai, kad ją, kaip ir 3 lentelę sudaro 5 klausimai, iš kurių 1 taip pat yra statistiškai nereikšmingas, t.y. G1 klausimas lyginant su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme yra statistiškai mažiau reikšmingas, nes $p = 0,074$. Analizuojant likusius klausimus, lyginant juos su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme paaiškėjo, kad visi jie yra statistiškai reikšmingi. Atliekant F9.1 klausimo analizę paaiškėjo, kad jis yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,015$). Vieningiausiai į klausimą buvo atsakyta, kad tyrimo dalyviai labai blogai gali laisvai judėti ($SD = 0,74$), visgi analizuojant klausimą pagal statistinį vidurkį paaiškėja, jog tyrimo dalyviai laisvai judėti gali labai gerai ($M = 2,50$). F10.3 klausimas taip pat yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,014$). Standartinis nuokrypis ($SD = 0,77$) rodo, jog tyrimo dalyviai vieningiausiai atsakė, kad yra nepatenkinti sugebėjimu atlikti kasdieninius darbus, tačiau remiantis statistiniu vidurkiu ($M = 2,51$) galima teigti, kad tyrimo dalyviai yra patenkinti savo sugebėjimu atlikti kasdieninius darbus. F11.3 klausimo analizė atskleidė, kad ir jis yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,001$). Vieningiausiai buvo atsakyta,

kad tyrimo dalyviams reikalinga ypač daug medicininės pagalbos įprastam gyvenimui palaikyti (SD = 0,58), tačiau remiantis statistiniu vidurkiu paaiškėja, kad tyrimo dalyviams visiškai nereikalinga (M = 2,50) arba šiek tiek reikalinga (M = 2,26) medicininė pagalba, kad jie galėtų gyventi įprastą gyvenimą. Paskutinis vertinimo srities klausimas – F12.4 taip pat yra statistiškai reikšmingas (p = 0,012). Standartinis nuokrypis (SD = 0,74), kad vieningiausiai tyrimo dalyviai laikėsi nuomonės, jog jie yra labai nepatenkinti savo darbingumu, tačiau statistinis vidurkis (M = 2,41) rodo visiškai priešingai, t.y., kad tyrimo dalyviai yra labai patenkinti savo darbingumu. Kreiviniienės ir Vaičiulienės (2013) atliktas tyrimas²⁵ parodė, jog asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje yra iš dalies priklausomi nuo artimųjų, arba asmenų, kurie jais rūpinasi, tačiau pastebėta, kad kuo asmuo turi daugiau veiklos, tuo jis labiau jaučiasi savarankišku. Taigi apibendrinant 5 lentelės duomenis galima teigti, jog duomenys yra panašūs su minėtų mokslininkų atlikto tyrimo duomenimis ta prasme, jog šio baigiamojo darbo tyrimo dalyviai nurodė, kad yra patenkinti savo savarankiškumu. Atlikus „Savarankiškumo srities vertinimo“ duomenų analizę paaiškėjo, kad visi minėtos srities klausimai, kurie buvo statistiškai reikšmingi, įvertinti teigiamai. Būtina pažymėti, jog socialinio darbo ekspertų nuomone asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje, paslaugos privalo būti organizuojamos taip, kad klientai būtų palaikomi, skatinami ir motyvuojami tapti kuo savarankiškesniais.

6 lentelė

Socialinių santykių sritis
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Klausimas	Atsakymas	Tyrimo dalyvių skaičius (N)	Vidurkis (M)	Standartinis nuokrypis (SD)	p reikšmė pagal ANOVA
(F13.3) Ar esate patenkinta (s) savo santykiais su kitais žmonėmis? N = 158	Labai nepatenkintas	3	2,00	1,73	p = 0,001
	Nepatenkintas	16	1,69	0,79	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	56	1,95	0,92	
	Patenkintas	68	2,53	1,09	
	Labai patenkintas	15	2,40	0,83	
(F14.4) Ar esate patenkinta (s) savo draugų palaikymu? N = 162	Labai nepatenkintas	7	1,57	0,53	p = 0,078
	Nepatenkintas	22	1,82	0,96	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	48	2,15	0,99	

²⁵ Kreiviniienė, Vaičiulienė (2013) Žmonių su psichine negalia gyvenimo kokybė.

(F14.4) Ar esate patenkinta (s) savo draugų palaikymu? N = 162	Patenkintas	69	2,46	1,12	p = 0,078
	Labai patenkintas	16	2,00	0,63	
(F15.3) Ar esate patenkinta (s) savo seksualiniu gyvenimu? N = 152	Labai nepatenkintas	11	1,82	0,75	p = 0,005
	Nepatenkintas	49	1,78	0,82	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	50	2,60	1,11	
	Patenkintas	29	2,45	1,18	
	Labai patenkintas	13	2,23	0,83	

Analizuojant *Socialinių santykių srities* lentelę (žr. 6 lentelė), kurią sudaro 3 klausimai, būtina paminėti, jog 1 iš 3 klausimų lyginant su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme yra statistiškai nereikšmingas, t.y. F14.4 klausimas yra statistiškai mažiau reikšmingas ($p = 0,078$). Analizuojant likusius klausimus, lyginant juos su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme paaiškėjo, kad jie yra statistiškai reikšmingi. F13.3 klausimas statistiškai reikšmingas ($p = 0,001$). Vertinant klausimą pagal standartinį nuokrypį ($SD = 0,79$) galima daryti prielaidą, jog tiriamieji vieningiausiai mano, jog yra nepatenkinti santykiais su kitais žmonėmis, visgi statistinis vidurkis ($M = 2,53$) rodo kitaip, t.y., jog tyrimo dalyviai yra patenkinti savo santykiais su kitais žmonėmis. F15.3 klausimas taip pat yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,005$). Tyrimo dalyviai vieningiausiai teigė, jog yra labai nepatenkinti savo seksualiniu gyvenimu ($SD = 0,75$), visgi statistinis vidurkis ($M = 2,60$) atskleidžia, jog tyrimo dalyviai nėra iki galo apsisprendę ar yra patenkinti savo seksualiniu gyvenimu, nes į klausimą buvo atsakyta – nei patenkintas nei nepatenkintas. Apibendrinant socialinių santykių srities rezultatus, pažymėtina tai, kad ši sritis tyrimo dalyvių įvertinta vidutiniškai, nes jie nurodo, kad yra patenkinti santykiais su kt. žmonėmis, tačiau nėra visiškai tikri ar yra patenkinti seksualiniu gyvenimu. Verta paminėti, kad jei asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje būtų apribojama jų mėgiama socialinė veikla, jie susidurtų su socialiniu atskirtumu (Gudžinskienė, Driskienė, 2016, cit. iš Šinkariova, 2014). Mačiulio, Buginytės ir kt. (2015) teigimu, asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje kyla daug bendravimo sunkumų dėl įvairaus pobūdžio priežasčių, kurias sąlygoja turimos diagnozės, todėl šiuo atveju džiugu, kad tyrimo dalyviai yra patenkinti savo socialiniais santykiais, nes tai mažina riziką patirti socialinę atskirtį ir pabloginti psichinę sveikatos būklę.

Aplinkos sritis
Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Klausimas	Atsakymas	Tyrimo dalyvių skaičius (N)	Vidurkis (M)	Standartinis nuokrypis (SD)	p reikšmė pagal ANOVA
(F16.1) Ar kasdieniniame gyvenime jaučiatės saugus (i)? N = 161	Visiškai ne	10	1,90	0,74	p = 0,047
	Šiek tiek	33	1,88	1,02	
	Vidutiniškai	55	2,20	1,08	
	Labai	45	2,53	1,10	
	Ypatingai	18	2,11	0,58	
(F22.1) Ar jūsų fizinė aplinka yra palanki jūsų sveikatai? N = 159	Visiškai ne	10	2,20	0,79	p = 0,005
	Šiek tiek	18	2,11	0,90	
	Vidutiniškai	69	2,03	1,06	
	Labai	43	2,49	1,16	
	Ypatingai	19	2,16	0,69	
(F18.1) Ar jums pakanka pinigų jūsų poreikiams patenkinti? N = 155	Visiškai ne	29	2,24	1,18	p = 0,186
	Iš dalies	44	2,09	0,91	
	Vidutiniškai	29	2,14	1,13	
	Apskritai taip	29	2,52	1,12	
	Visiškai	24	2,13	0,85	
(F19.3) Ar esate patenkinta (s) sveikatos paslaugų prieinamumu? N = 161	Labai nepatenkintas	4	1,50	1,00	p = 0,000
	Nepatenkintas	18	1,78	0,94	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	56	2,00	0,94	
	Patenkintas	57	2,53	1,12	
	Labai patenkintas	26	2,31	0,79	
(F20.1) Ar jums prieinama informacija, reikalinga kasdieniniame gyvenime? N = 160	Visiškai ne	17	1,29	0,47	p = 0,000
	Iš dalies	32	2,03	0,82	
	Vidutiniškai	38	2,26	1,16	
	Apskritai taip	39	2,54	1,05	
	Visiškai	34	2,35	1,01	
(F21.1) Ar turite laisvalaikio, kurį galite praleisti kaip tinkami? N = 159	Visiškai ne	14	1,64	0,84	p = 0,001
	Iš dalies	33	1,97	0,88	
	Vidutiniškai	41	2,22	1,08	
	Apskritai taip	30	2,20	1,03	
	Visiškai	41	2,51	1,05	

(F17.3) Ar esate patenkinta (s) savo gyvenimo sąlygomis? N = 162	Labai nepatenkintas	6	1,83	0,75	p = 0,005
	Nepatenkintas	13	2,38	0,87	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	42	1,86	0,87	
	Patenkintas	67	2,21	1,12	
	Labai patenkintas	34	2,59	0,99	
(F23.3) Ar jūs patenkinta (s) savo transporto priemonėmis? N = 157	Labai nepatenkintas	13	2,23	1,36	p = 0,000
	Nepatenkintas	33	2,03	1,02	
	Nei patenkintas nei nepatenkintas	48	2,21	1,03	
	Patenkintas	43	2,35	1,13	
	Labai patenkintas	20	2,10	0,45	

Nagrinėjant *Aplinkos srities* lentelę (žr. 7 lentelė), kurią sudaro 8 klausimai, pastebima, jog 1 iš 8 klausimų, lyginant su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme yra statistiškai nereikšmingas, t.y. F18.1 klausimas yra statistiškai nereikšmingas ($p = 0,186$). Analizuojant likusius klausimus, lyginant juos su asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, gyvenimo institucijoje trukme paaiškėjo, kad jie yra statistiškai reikšmingi. Taigi F16.1 klausimas yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,047$). Vieningiausiai buvo atsakyta į klausimą, jog tyrimo dalyviai jaučiasi ypatingai saugūs ($SD = 0,58$), kas beveik nesiskiria ir nuo statistinio vidurkio reikšmės klausime, t.y. – tyrimo dalyviai kasdieniniame gyvenime jaučiasi labai saugūs ($M = 2,53$). Apžvelgus F22.1 klausimą, pastebima, jog ir jis yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,005$). Į klausimą vieningiausiai buvo atsakyta, jog tiriamųjų aplinka yra ypatingai palanki jų sveikatai ($SD = 0,69$), o statistinio vidurkio reikšmė parodė, jog tyrimo dalyvių nuomone jų fizinė aplinka yra labai palanki sveikatai ($M = 2,49$). Klausimas F19.3 taip pat statistiškai reikšmingas ($p = 0,000$). Tyrimo dalyviai vieningiausiai teigė, jog yra labia patenkinti sveikatos paslaugų prieinamumu ($SD = 0,79$). Statistinio vidurkio duomenys beveik sutampa su standartinio nuokrypio rodmenimis ir atskleidžia, jog tyrimo dalyviai yra patenkinti sveikatos paslaugų prieinamumu ($M = 2,53$). F20.1 klausimas – statistiškai reikšmingas ($p = 0,000$). Tyrimo dalyviai vieningiausiai atsakė, jog jiems visiškai neprieinama informacija reikalinga kasdieniniame gyvenime ($SD = 0,47$), tačiau remiantis statistiniu vidurkiu, galima teigti, jog tyrimo dalyviams visgi informacija reikalinga kasdieniniame gyvenime yra prieinama ($M = 2,54$). F21.1 klausimas taip pat yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,001$). Tyrimo dalyviai

vieningiausiai teigė, jog visiškai neturi laisvalaikio, kurį galėtų praleisti tinkamai ($SD = 0,84$), tačiau galima atsižvelgiant į statistinį vidurkį galima manyti, jog tyrimo dalyviai yra patenkinti savo laisvalaikio ir visiškai gali jį praleisti kaip tinkami ($M = 2,51$). Klausimas F17.3 – statistiškai reikšmingas ($p = 0,005$). Tyrimo dalyviai vieningiausiai teigė, jog yra labia nepatenkinti savo gyvenimo sąlygomis ($SD = 0,75$), visgi statistinis vidurkis rodo, kad tyrimo dalyviai yra labai patenkinti savo gyvenimo sąlygomis ($M = 2,59$). Paskutinis analizuojamos srities klausimas F23.3 – statistiškai reikšmingas ($p = 0,000$). Čia tyrimo dalyviai vieningiausiai teigė, jog yra labia patenkinti savo transporto priemonėmis ($SD = 0,45$), panašiai duomenys pasiskirsto ir analizuojant klausimą pagal statistinį vidurkį ($M = 2,35$), kas leidžia daryti prielaidą, jog tyrimo dalyviai yra patenkinti savo transporto priemonėmis. Sapin, Widmer ir kt. (2016) nurodo, kad asmenų, esančių psichinės negalės situacijoje, psichologinė sveikata ir streso įveika labai priklauso nuo aplinkinių ir aplinkos. 7 lentelės rezultatai rodo, jog aplinka yra tikrai svarbus veiksnys tyrimo dalyviams, tą atspindi jų išreikštos nuomonės, kad jie yra labai patenkinti aplinkos srities veiksniais, nes nurodo besijaučiantys saugiai, turintys priėjimus prie jiems reikalingų veiksmų, susijusių su aplinka, o tai yra labai svarbu gyvenimo kokybės ir geros savijautos užtikrinimui.

8 lentelė

Dvasingumo, religijos ir asmeninių įsitikinimų sritis

Šaltinis: sudaryta darbo autorės

Klausimas	Atsakymas	Tyrimo dalyvių skaičius (N)	Vidurkis (M)	Standartinis nuokrypis (SD)	p reikšmė pagal ANOVA
(F24.2) Ar jūsų gyvenimas prasmingas? N = 161	Visiškai ne	25	2,20	0,96	p = 0,512
	Šiek tiek	34	2,06	0,92	
	Vidutiniškai	53	2,28	1,15	
	Labai	40	2,25	1,06	
	Ypatingai	9	2,00	0,87	

Analizuojant *Dvasingumo, religijos ir asmeninių įsitikinimų srities* lentelę (žr. 8 lentelė) būtina akreipti dėmesį, jog šią lentelę sudaro tik vienas klausimas, tačiau jis yra statistiškai nereikšmingas, t.y. F24.2 klausimas statistiškai nereikšmingas, nes $p = 0,512$, todėl minėtos srities įvertinti negalima.

2.1.2. Kiekybinio tyrimo rezultatų apibendrinimas

Taigi apibendrinant kiekybinio tyrimo duomenis visų pirma norisi pažymėti, kad kiekybiniame tyrime dalyvavo įvairaus, amžiaus, lyties, šeiminio statuso asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje, gyvenantys skirtingą laiką tarp institucijose, tačiau tyrime daugiausia dalyvavo vidutinio amžiaus vieniši vyrai ir moterys, dažniausiai institucijoje gyvenantys apie 1 – 4 m.

Nors tyrime ir dalyvavo 163 asmenys, turintys psichinę negalę, tačiau į klausimus atsakinėjo labai įvairiai, t.y. ties kiekvienu klausimu „N“ skaičius buvo ne vienodas ir kintantis, ne visi 163 tyrimo dalyviai atsakė į pateiktus klausimų klausimus 100 %. Kitas dalykas kurį būtina paminėti yra tai, kad 7 iš 26 klausimų, iš Goštautaitės Midttun, N., Goštauto, A. (2000) parengto Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimų (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpinto 26 klausimų Gyvenimo kokybės klausimų PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire), kaip kintamąjį pasirinkus tyrimo dalyvių gyvenimo trukmę institucijoje, buvo statistiškai nereikšmingi. Galima pasidžiaugti, kad išanalizavus kiekybinio tyrimo statistiškai reikšmingus klausimus, buvo iš dalies patvirtinta baigiamojo darbo hipotezė – tikėtina, kad asmenys, esančius psichinės negalės situacijoje, įvertinus skirtingų gyvenimo kokybės kriterijų visumą, tenkina esama gyvenimo kokybę.

Apibendrinant 3 lentelės duomenis galima pastebėti, kad fizinės sveikatos srities tyrimo duomenys parodė, jog tyrimo dalyviai yra patenkinti savo fizine sveikata, tai dalinai reiškia, kad tyrimo dalyviai kažkuria prasme yra patenkinti ir savo gyvenimo kokybe. 4 lentelės duomenys atskleidė, kad tyrimo dalyviai galimai tik dalinai yra patenkinti savo psichologine sveikata, nes analizuojant tyrimo duomenis paaiškėjo, kad tiriamieji visiškai negeba susikaupti, tačiau yra patenkinti savimi ir savo išvaizda bei niekada arba retai susiduria su neigiamais jausmais. 5 lentelės duomenų analizė atskleidė, kad tyrimo dalyviai yra patenkinti savo savarankiškumu, visi savarankiškumo srities klausimai, kurie buvo statistiškai reikšmingi, įvertinti teigiamai. 6 lentelės duomenys parodė, kad socialinių santykių sritis tyrimo dalyvių įvertinta vidutiniškai, nes jie teigė, jog yra patenkinti santykiais su kt. žmonėmis, tačiau nėra visiškai tikri ar yra patenkinti seksualiniu gyvenimu, kas iš dalies irgi paliečia santykių su kt. žmonėmis temą. 7 lentelės rezultatai parodė, jog aplinka yra svarbus veiksnys tyrimo dalyviams, tyrimo duomenys atskleidė, jog tiriamieji yra labai patenkinti aplinkos srities veiksniais, nes nurodo besijaučiantys saugiai, turintys priėjimus prie jiems reikalingų veiksnių, susijusių su aplinka, o tai yra labai svarbu gyvenimo kokybės ir geros savijautos užtikrinimui. Atkreiptinas dėmesys, jog analizuojant klausimus pastebėta, kad dažnai skyrėsi atsakymai atliekant analizę pagal statistinį

vidurkį ir standartinį nuokrypį, t.y. dažniausiai į klausimus buvo atsakoma vieningiausiai visai priešingai negu atsakymai atsiskleidė remiantis statistiniu vidurkiu.

Apibendrinant kiekybinį tyrimą galima daryti prielaidą, jog jis pavyko ir iš dalies patvirtino tyrėjos išsikeltą hipotezę. Atsižvelgiant į tyrimo duomenų analizę, būtina pažymėti, jog psichinės negalės situacijoje esantiems asmenims, pagal jų atsakymus į klausimyno klausimus, būtų galima siūlyti paslaugas, susijusias su psichologinės sveikatos, socialinių santykių srities gerinimu.

2.2. Kokybinio tyrimo metodika ir organizavimas

Tyrimo metodologija ir metodai. Tidikio (2003) teigimu, filosofinį empirizmą galima apibūdinti kaip mokymąsi pažinimo teorijoje. Šiame procese laikomasi jutiminių patyrimų, kurie yra vieninteliai ir geriausi žinių šaltiniai. Taip pat teigiama, jog įgytos žinios / žinojimas yra grindžiamas tik patyrimais, kurie įgaunami analizuojant pasaulį. Baigiamojo darbo autorė atlikusi kiekybinį tyrimą ir išanalizavusi jo rezultatus nusprendė į psichinės negalės situaciją, su kuria susiduria tam tikra žmonių dalis visame pasaulyje, pažiūrėti iš kitos perspektyvos. Kadangi atlikus kiekybinio tyrimo analizę paaiškėjo, jog tyrimo dalyviai gana gerai vertina savo gyvenimo kokybę ir yra patenkinti savo gyvenimu institucijose, norėjosi pažvelgti į institucijas iš vidaus. Todėl buvo nuspręsta atlikti kokybinį tyrimą taikant etnografinio metodo prieigą tam, kad būtų galima įvertinti Lietuvos Respublikos ir Ukrainos institucijų, kuriose gyvena asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje, panašumus ir skirtumus, paanalizuoti teikiamų paslaugų institucijose struktūrą. Galima teigti, jog šiame tyrime yra filosofinio empirizmo apraiškų, nes tyrime analizuojamos ir lyginamos institucijos, jų aplinka. Pereinant prie tyrimo metodo, James Clifford kaip etnografijos mokslo pradžią laiko profesionalių lauko tyrimų vykdymą, kuomet etnografiniai apibendrinimai ėmė remtis kompetetingų mokslininkų atliktais kultūriniais / kultūros aprašymais, ko pasekoje surenkami duomenys buvo laikomi svariais. Lietuvoje etnografiniai lauko tyrimai pradėti taikyti dar XIX a. viduryje. (Paukštytė – Šaknienė, Šidiškienė, 2008, cit. iš Clifford, 2006: 44 ir Merkienė 2007:18). Pasak Kardelio (2002), mokslininkai atlikdami įvairius tyrimus ir analizuodami tyrimų metodologines prieigas, dažnai naudoja skirtingas metodologines prieigas, kurios yra grindžiamos kokybiniu ir / arba kiekybiniu požiūriu. Minėtiems požiūriams pagrįsti naudojami kiekybiniai ir kokybiniai tyrimų metodai. Etnografiniai tyrimai įprastai remiasi tam tikros žmonių atliekamos veiklos stebėjimu, pokalbiu (neformaliu), gana dažnai tiesioginiu tyrėjo įsitraukimu į tam tikrą veiklą. Genzuck (2003) teigia, kad etnografija – socialinių mokslų tyrimo metodas, kuris labai priklauso nuo asmeninių

patyrimų; tyrimą gali atlikti ir ne profesionaliai apmokyti etnografai. Etnografiniai metodai dažniausiai taikomi antropologijos ir sociologijos mokslų srityse. Tipiškuose etnografiniuose metoduose naudojami trijų rūšių duomenys: stebėjimas, interviu ir dokumentų analizė.

Taigi pirmiausia tyrimo atlikimui, siekiant išryškinti Lietuvos Respublikos ir Ukrainos institucijų, kuriose gyvena asmenys esantys psichinės negalės situacijoje, panašumus ir skirtumus, buvo pasirinktas tyrimo konstruktas ir indikatoriai, kurių pagalba tikslingai atskirta aktuali informacija: klientų pateikimas į įstaigą, įstaigos finansavimas, įstaigos sandara, įstaigos darbuotojai, įstaigos klientai, įstaigoje teikiamos paslaugos, socialinių darbuotojų veikla institucijoje (žr. 4 priedas). Todėl atliekant etnografinį tyrimą buvo analizuojamas naratyvas, surinktas tiriamosios socialinio darbo praktikos Ukrainoje metu, kuomet buvo pristatinėjamos socialinės įstaigos (žr. 5 priedas). Renkant duomenis apie Lietuvos instituciją atlikta dokumentų analizė. Surinkta informacija analizuota taikant lyginimo metodą²⁶. Atliekant etnografinį tyrimą buvo laikomasi privatumo principo. Pasak Kardelio (2002), asmenys ar jų grupės turi teisę patys nuspręsti, kada, kiek ir kaip pateikti / išreikšti savo pažiūras, asmenines nuomones ir pan., arba gali sugalvoti visai nieko nesakyti. Visgi tyrime dalyvaujantys asmenys nėra visiškai apsaugoti nuo minėtų teisių pažeidimo. Ypatingai tai tampa svarbu nusprendus platinti tyrimo metu surinktą informaciją, iš kurios galimai bus atpažįstami tiriamieji. Taigi atliekant tyrimą buvo siekiama užtikrinti asmens privatumą, kurio dėka buvo gautas naratyvas²⁷ apie analizuojamą Ukrainos įstaigą. Todėl kokybiniame tyrime nėra minimas konkretus asmuo ar duomenys, iš kurių būtų galima jį identifikuoti. Kokybinis tyrimas vykdytas 2020 m. spalio mėn.

Ekspertinis tyrimo vertinimas.²⁸ Atliktas ir išanalizuotas kokybinis tyrimas pateiktas dviejų socialinio darbo praktiktų ekspertiniam vertinimui. *Pirmojo eksperto* požiūriu, kokybinis tyrimas atliktas išsamiai, įvairiapusiškai. Išanalizuota Lietuvos ir Ukrainos pasirinktų įstaigų socialinė situacija. Informacija pateikta aiškiai ir konkrečiai. Tai, kad pasirinkta atlikti ne tik kiekybinį tyrimą, bet ir kokybinį, atliekamą tyrimą leidžia pamatyti ir suprasti plačiau. Analizuojama ne tik Lietuvos, bet ir Ukrainos situacija, o tai leidžia palyginti dvi šalis, jų patirtį. Labai aiškiai ir išsamiai pateiktas palyginimas – panašumai ir skirtumai – Lietuvos ir Ukrainos institucijų. Pateiktos veiklos tobulinimo ir pokyčių rekomendacijos konkrečios ir tikslingos kiekvienos šalies tokioms įstaigoms, kurios pasirinktos analizuoti. *Antrojo eksperto nuomone*, Lietuvos Respublikos ir Ukrainos institucijose teikiamos paslaugos yra panašios.

²⁶ Pasak Tidikio (2003) taikant lyginimo metodą galima pasiekti įvairių išsikeltų uždavinių sprendimo būdų. Lyginimo metodas atliekant tyrimą leidžia įvairiu lygmeniu ne tik patikslinti tiriamus socialinius dėsningumus, jų raišką atsižvelgiant į tam tikras socialines sąlygas, bet prisidėti prie hipotezių verifikacijos.

²⁷ Naratyvas apie Ukrainos įstaigą pateikiamas prieduose (žr. 5 priedas).

²⁸ Žr. 17 išnašą.

Sutinkama, jog Lietuvos įstaigose galėtų būti teikiama daugiau medicininės srities paslaugų. Eksperto nuomone, kokybinis tyrimas atliktas gerai.

2.2.1. Kokybinio tyrimo rezultatai

Etnografinio tyrimo atlikimui – Lietuvos Respublikos ir Ukrainos institucijų, teikiančių paslaugas asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje, panašumų ir skirtumų institucijose palyginimui pasirinktos įstaigos: Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (Lietuva) ir Novobelichi“ psichoneurologijos internatas vyrams (Ukraina). Įstaigos pasirinktos dėl vykdomos veiklos, klientų grupės ir struktūros panašumų.

9 lentelė

Etnografinio tyrimo rezultatai: skirtumai ir panašumai tarp Lietuvos Respublikos ir Ukrainos institucijų, kuriose teikiamos paslaugos psichinės negalės situacijoje esantiems asmenims

Šaltinis: sudaryta darbo autorės, remiantis surinktu naratyvu iš Ukrainos institucijos pristatymo ir Šiaulių miesto savivaldybės globos namų informacija²⁹

Diagnosticinis konstruktas: panašumai ir skirtumai tarp Lietuvos ir Ukrainos įstaigų	
Lietuvos Respublikos institucija	Ukrainos institucija
<i>Įstaigos finansavimas</i> – Šiaulių miesto savivaldybės globos namai nuo 1993 m. iki 1998 m. buvo finansuojami Šiaulių vyskupijos ir katalikų moterų organizacijos „Caritas“. Nuo 1998 m. įstaiga tapo Šiaulių miesto savivaldybės biudžetine įstaiga, todėl nuo 1998 m. iki dabar globos namus finansuoja Šiaulių miesto savivaldybė. Įstaiga taip pat dalyvauja įvairiuose projektuose, kurių pagalba gauna papildomą finansavimą ir įgyvendina įvairias užimtumo ir kt. veiklas įstaigoje.	<i>Įstaigos finansavimas</i> – internato administracijos veikla yra finansuojama iš Ukrainos Socialinės politikos departamento lėšų. Kai asmuo apgyvendinamas pensionate, 75% jo neįgalumo išmokos pervedama internatui, tie pinigai skirti nuolatinės priežiūros ir apgyvendinimo, maitinimo, kitų teikiamų paslaugų finansavimui, o likusi išmokos dalis paliekama pačiam asmeniui, jo asmeniniams poreikiams tenkinti.
<i>Įstaigos sandara</i> – Šiaulių miesto savivaldybės globos namus sudaro trys padaliniai: stacionarios globos ir slaugos padalinys, savarankiško gyvenimo namų padalinys, dienos centras „Godą“, minėti padaliniai yra paskirstyti skirtingose Šiaulių miesto teritorijose. 2012 m. pastatytas visiškai naujas pastatas, kuriame įsikūrė savarankiško gyvenimo namų padalinys, padalinyje klientai gali gyventi vienviečiuose arba dviviečiuose kambariuose, jiems teikiama medicininė pagalba.	<i>Įstaigos sandara</i> – psichoneurologijos internatą vyrams sudaro 3 korpusai, po 3 aukštus (korpuse gyvena nuo 100 iki 150 asmenų). Internatas įsikūręs didelėje teritorijoje, apie 3 ha plote. Minėtoje įstaigos teritorijoje yra vaisių sodas, dideli gėlynai. Be klientų gyvenimui skirtų gyvenamųjų patalpų internate yra ir kitų, reikalingų kokybiškam gyvenimui įstaigoje, patalpų: • vaistinė, • sporto salė,

²⁹ Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Apie mus, Istorija. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/index.php?qw=txt&id=69>; Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Socialinio darbuotojo pareigybė. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/upload/txt/15890246693Soc.%20darbuotojo%20pareigyba%20C4%97.pdf>; Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Teikiamos paslaugos. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/index.php?qw=txt&id=21>; Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Teisės aktai. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/index.php?qw=txt&id=9>;

Lietuvos Respublikos institucija	Ukrainos institucija
Dienos centro „Goda“ padalinys 2020 m. buvo atrenovuotas ir pritaikytas neįgaliesiems, atnaujintos užimtumo ir sveikatinimo patalpos. Stacionarios globos ir slaugos padalinyje įrengti medicinos kabinetai, poilsio / užimtumo kambariai, kuriuose gyventojai gali naudotis įvairaus formato knygomis (popierinėmis, elektroninėmis), naudotis kompiuteriu ir pan., yra kineziterapijos kabinetas, bendro naudojimo virtuvė.	• biblioteka su plačiu knygų pasirinkimu ir didele videoteka, • kompiuterių klasė, • dailės terapijos kambarys; • masažo kambarys, • odontologo kabinetas, • didelė aktų salė, • medicinos tyrimų atlikimui reikalinga laboratorija, • procedūrų atlikimui skirtas kabinetas. Internata yra sumontuotos kameros, stebinčios visą pastatą, ko pasekoje yra užtikrinamas internato gyventojų ir darbuotojų saugumas.
<i>Įstaigos darbuotojai</i> – įstaigoje dirba administracija, psichologas, socialiniai darbuotojai, kineziterapeutai, socialinių darbuotojų padėjėjai, slaugytojai. Dauguma šių darbuotojų dirba darbo dienomis nuo 8 val. ryto iki 17 val. vakaro. Savarankiško gyvenimo namų padalinys socialinių darbuotojų padėjėjai ir slaugytojai dirba pamainomis, taip yra užtikrinama nuolatinė ir nenutrūkstama įstaigos gyventojų socialinė ir medicininė priežiūra.	<i>Įstaigos darbuotojai</i> – įstaigoje dirba 223 darbuotojai, pagrinde vyresnio amžiaus moterys (po 17 val. iki 8 val. ryto pensionate lieka tik slaugytojos ir 22 pagalbinių darbuotojai); internate dirba multidisplcininė komanda ir visos problemos yra sprendžiamos komandiškai. Internate dirba įvairių sričių specialistai, siekiant užtikrinti kokybišką kompleksinių paslaugų teikimą klientams, t.y.: • 4 gydytojai, turintys licenciją ir galintys teikti sveikatos priežiūros paslaugas, • 3 psichiatrai, ortopedas, • psichologas, kuris veda tiek individualius, tiek ir grupinius užsiėmimus, konsultacijas, psichoterapiją, • ergoterapeutas, • kultūros užimtumo specialistas, • 3 socialiniai darbuotojai ir kt.
<i>Įstaigos klientai</i> – šiuo metu įstaigoje teikiamos paslaugos senyvo amžiaus asmenims, suaugusiems asmenims su proto ir psichine ar kompleksine negale, vienišiams suaugusiems asmenims, kurie dėl sveikatos problemų negali pilnai patenkinti savo fizinio ir kt. poreikių ir t.t. Visuose padaliniuose paslaugas gali gauti tik pilnametystės sulaukę asmenys. Dienos centro „Goda“ lankytojai / klientai yra aktyvūs visuomenės nariai ta prasme, jog jie yra aktyvūs ir dalyvauja įvairioje kultūrinėje veikloje. Minėtame padalinyje veikia Spalvų muzikos orkestras, kuriame groja 20 dienos centro lankytojų, klientai ne tik groja įvairiais muzikiniais instrumentais, bet ir dainuoja, dalyvauja konkursuose. Taip pat klientai kuria įvairius rankdarbius, dalyvauja sportinėje veikloje ir pan.	<i>Įstaigos klientai</i> – iš pradžių įstaiga buvo tiesiog neįgaliųjų internatas, kur iki 2002 metų gyveno tiek vyrai, tiek moterys, turintys psichinės sveikatos problemų, tačiau po 2002 metų internate liko gyventi tik vyrai; nuo 2002 metų susikūrė atskiri internatai vyrams, moterims, vaikams, turintiems psichinės sveikatos problemų. „Novobelichi“ psichoneurologijos internate vyrams gyvena klientai su protine ir psichine negale, įstaigoje gyvena 386 klientai – vyrai (po 2 – 3 asmenis gyvena viename kambaryje), iš jų: • 55 proc. nustatyta psichinė liga – šizofrenija, • 32 proc. gyventojų nustatytas – protinis atsilikimas, • 3 proc. įstaigos gyventojų turi – demenciją, • 10 proc. gyventojų turi kitas diagnozes. Daugumai internato gyventojų – 80 proc., taikoma medikamentinė terapija. 27 internato gyventojai yra aktyvūs bendruomenės nariai. 4 internato gyventojai yra įdarbinti neatlygintinai, jų darbo režimas yra ribotas, atsižvelgiant į klientų turimas

Lietuvos Respublikos institucija	Ukrainos institucija
	diagnozes.
<i>Įstaigoje teikiamos paslaugos</i> – įstaigoje teikiama ilgalaikė ir trumpalaikė institucinė socialinė globa, institucinė dienos socialinė globa, socialinė globa suaugusiems asmenims su negale arba senyvo amžiaus asmenims namuose, suteikta licenzija teikti sveikatos priežiūros paslaugas, socialinė priežiūra asmenims, gyvenantiems savarankiško gyvenimo namuose, apsaugoto būsto paslauga, laikinojo atokvėpio paslauga, organizuojamos įvairios užimtumo veiklos.	<i>Įstaigoje teikiamos paslaugos</i> – teikiamos psichiatrinės ir socialinės paslaugos, internate dirba multidisplcininė komanda ir visos problemos yra sprendžiamos komandiškai. „Novobelichi“ psichoneurologijos internate vyrams gyventojai gauna kompleksinę pagalbą ir paslaugas, t.y. apgyvendinimą (ilgalaikę socialinę globą), maitinimą, sveikatos priežiūrą, socialines, sociokultūrines ir kt. paslaugas. Už kultūrinę veiklą atsakingas darbuotojas, kartu su klientais organizuoja įvairius koncertus ir kt. renginius, pvz. šaškių turnyrus ir pan., klientai dainuoja, groja muzikiniais instrumentais.
<i>Socialinių darbuotojų veikla institucijoje</i> – socialinis darbuotojas Šiaulių miesto savivaldybės globos namuose yra atsakingas už klientų socialinių problemų sprendimą, socialinį saugumą, savarankiškumo įgūdžių ugdymą, taip atsaikingas už klientų į įstaigą atsinešamo materialinio turto priėmimą, apskaitą ir atidavimą. Socialinis darbuotojas tvarko įvairią, jam priskiriamą dokumentaciją, susijusią su jo veikla įstaigoje, rengia klientų užimtumo planus, organizuoja ir koordinuoja socialinio darbuotojo padėjėjų veiklą, vertina įstaigos gyventojų socialinę situaciją, su įstaigos gyventojais dirba grupėmis ir individualiai, organizuoja užimtumą, dalyvauja renginiuose, tarpininkauja su kt. specialistais dėl paslaugų suteikimo (medicininė priežiūros paslaugų), teikia lydėjimo paslaugą į gydymo įstaigas, padeda klientams tvarkytis su turimais finansais, ugdo higienos įgūdžius, tvarko klientų dokumentus (asmens dokumento, neįgalumo pažymėjimo pakeitimai ir pan.), dalyvauja projektų rengime ir jų įgyvendinime, teikia socialines paslaugas gyventojams, bendradarbiauja su gyventojų artimaisiais.	<i>Socialinių darbuotojų veikla institucijoje</i> – internate dirba 3 socialiniai darbuotojai, kuriems įstaigoje yra skirtas vienas kabinetas, jame laikoma ir tvarkoma su internato gyventojais susijusi dokumentacija, tvarkomos išmokos – pensijos, priimami pareiškimai dėl asmenų apgyvendinimo įstaigoje ir pan. Kiekvienam klientui yra sudaromi individualūs planai pagal kuriuos yra teikiamos socialinės paslaugos. Socialiniai darbuotojai vieną kartą per mėnesį eina į parduotuvę apipirkti klientus pagal jų turimus poreikius, išreikštus norus, t.y. nuperka maisto produktų, telefono kortelės papildymą ir pan. Socialiniai darbuotojai dirba ne tik su globotiniais, bet ir pačiame internate, t.y. bendradarbiauja su įvairiomis organizacijomis, pensijų fondais, atstovauja klientų interesus; internate yra gerai organizuotas savanorių darbas, bendradarbiaujama su visuomeninėmis organizacijomis.
Bendra išvada. Taigi analizuojant Lietuvos ir Ukrainos institucijų panašumus ir skirtumus, išskyrus 6 pagrindinius indikatorius, paaiškėjo, kad įstaigų finansavimas iš dalies yra toks pat, nes Ukrainos įstaigos dalį veiklos finansuoja valstybė, o lietuviškos įstaigos veiklą finansuoja savivaldybė. Skirtumas tas, jog Ukrainos įstaigos likusi finansavimo dalis gaunama iš įstaigos gyventojų gaunamų išmokų ir jos būna skiriamos nuolatinės priežiūros ir apgyvendinimo, maitinimo, kitų teikiamų paslaugų finansavimui. Įstaigų sandarų analizė parodė, kad lietuviškoje įstaigoje yra 3 skirtingas paslaugas teikiantys padaliniai, o Ukrainos institucija sudaryta iš 3 korpusų, sandara gana panaši, abejose įstaigose yra gyvenamieji kambariai, erdvės skirtos poilsiui, laisvalaikiui, užimtumo veikloms. Skirtumas toks, jog Ukrainos įstaigoje yra vaistinė, odontologo kabinetas, medicinos tyrimų atlikimui reikalinga laboratorija, procedūrų atlikimui skirtas kabinetas, ko lietuviškoje įstaigoje nėra, arba apie tai nėra užsimenama. Kas liečia personalo klausimą įstaigose, tai yra tiek panašumų, tiek skirtumų. Panašumas – įstaigos personalas dirba 8-17 val., vėliau pasilieka tik soc. darbuotojo padėjėjai, pagalbinis personalas (abejose įstaigose), skirtumas – Ukrainos įstaigoje dirba ir 4 gydytojai, turintys licenziją ir galintys teikti sveikatos priežiūros paslaugas, 3 psichiatrai, ortopedas, kai tuo tarpu Lietuviškoje įstaigoje šių specialistų nėra, dėl minėtų gydytojų pagalbos suteikimo lietuviškos įstaigos gyventojai turi vykti į ligoninę. Įstaigų gyventojų klausimu panašumai yra tokie, kad abejose įstaigose gyvena asmenys su psichine negale, jie yra aktyvūs,	

dalyvauja įvairiose užimtumo veiklose, tačiau skirtumai: lietuviškoje įstaigoje gyvena tiek vyrai, tiek moterys, o ukrainietiškoje tik vyrai; lietuviškoje įstaigoje gyvena ne tik neįgalūs ar senyvo amžiaus asmenys, bet ir asmenys, kurie dėl fizinės sveikatos problemų nebegali gyventi savarankiškai, o ukrainietiška įstaiga skirta tik asmenims su psichine negale; dar vienas skirtumas, jog ukrainietiškoje įstaigoje yra asmenys, kurie įdarbinti neatlygintinai, atsižvelgiant į jų ligų diagnozes. Įstaigose teikiamos paslaugos yra panašios, t.y. abiejų įstaigų gyventojai gauna apgyvendinimo, maitinimo, socialinės priežiūros, medicininės ir kt. paslaugas, tačiau skirtumas tas, jog lietuviškoje įstaigoje teikiamos apsaugoto būsto ir laikino atokvėpio paslaugos, ko nepastebėta analizuojant ukrainietiškos įstaigos naratyvą. Apžvelgiant socialinių darbuotojų veiklą pastebėta, jog lietuviškoje įstaigoje socialiniai darbuotojai turi daug daugiau funkcijų nei ukrainietiškoje, kas galimai Lietuvos socialiniams darbuotojams suteikia daugiau galimybių užmegzti geresnį kontaktą su įstaigos gyventojais ir turėti artimesnį tarpusavio ryšį, pasitikėjimą, kas padeda geriau ir greičiau išspręsti socialines situacijas.

Veiklos tobulinimo ir pokyčių rekomendacijos. Taigi apibendrinant įstaigų analizę galima daryti prielaidą, jog Lietuvos ir Ukrainos įstaigos, teikiančios paslaugas asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje, yra panašios savo veikla ir teikiamomis paslaugomis. Visgi norisi atkreipti dėmesį į tai, kad ukrainietiškoje įstaigoje galėtų būti suteikiama daugiau funkcijų socialiniams darbuotojams, ko pasekoje būtų užtikrinama galimybė plačiau pažiūrėti į įstaigos gyventojų socialines problemas, ugdyti socialinius įgūdžius, megzti artimesnį kontaktą, nes dabar panašu, kad jie tvarko tik dokumentus ir labai menkai prisideda prie klientų socialinio gerbūvio kūrimo ir užtikrinimo. Lietuviškoje įstaigoje galėtų atsirasti daugiau medicininės srities paslaugų, kas galimai padėtų užtikrinti dar efektyvesnę medicinę priežiūrą įstaigos gyventojams, kurie sunkiai juda ar pan.

2.2.2 Kokybinio tyrimo rezultatų apibendrinimas

Taigi apibendrinant kokybinį tyrimą norisi pažymėti, jog etnografinio tyrimo tikslas – atpažinti lietuviškos ir ukrainietiškos įstaigų tarpusavio panašumus ir skirtumus, jog būtų galima pasižiūrėti ir palyginti, kokios paslaugos yra teikiamos tiek lietuviškoje, tiek ukrainietiškoje įstaigose. Būtina paminėti, jog šiuo tyrimu nebuvo siekiama palyginti visų Lietuvos ir Ukrainos įstaigų veiklas, o tik konkrečiai dviejų – Šiaulių miesto savivaldybės globos namų (Lietuva) ir „Novobelichi“ psichoneurologijos internato vyrams (Ukraina).

Galima pastebėti, jog tyrimo bendroje išvadoje atsiskleidė tiek panašumai, tiek skirtumai tarp lietuviškos ir ukrainietiškos įstaigų. Apžvelgus 6 indikatorius paaiškėjo, kad įstaigų finansavimas tik iš dalies yra panašus, nes Ukrainos įstaigos administracijos veikla finansuojama iš Ukrainos Socialinės politikos departamento lėšų, o lietuviškos įstaigos veiklą finansuoja savivaldybė. Įstaigų sandaros yra gana skirtingos, nes lietuviškoje įstaigoje yra 3 skirtingas paslaugas teikiantys padaliniai, skirtingose miesto vietovėse, o Ukrainos institucija sudaryta iš 3 korpusų, sutelktų vienoje vietoje, taip pat įstaiga turi didelę teritoriją, kurioje yra sodas su vaismedžiais ir gėlynais. Skiriasi ir tai, jog lietuviškoje įstaigoje yra sudaroma galimybė klientui gyventi vienviečiame kambaryje, jei jis to pageidauja, o ukrainietiškoje įstaigoje klientai gyvena kambariuose po 2 – 3 asmenis. Taip pat įdomus skirtumas, jog Ukrainos įstaigoje yra vaistinė, odontologo kabinetas, medicinos tyrimų atlikimui reikalinga laboratorija, procedūrų

atlikimui skirtas kabinetas, ko lietuviškoje įstaigoje nėra, arba apie tai nėra užsimenama. Tai leidžia daryti prielaidą, jog nuo ukrainietiškos institucijos artimiausia ligoninė yra ganėtinai toli, todėl tai apsunkina ir medicininių paslaugų suteikimą klientams, ko pasekoje pačioje įstaigoje atsirado medikai; Ukrainos įstaigoje dirba ir 4 gydytojai, turintys licenziją ir galintys teikti sveikatos priežiūros paslaugas, 3 psichiatrai, ortopedas, kai tuo tarpu Lietuviškoje įstaigoje šių specialistų nėra. Apžvelgiant personalo situaciją įstaigose matosi, kad yra tiek panašumų, tiek skirtumų. Pagrindinis skirtumas, jog lietuviškoje įstaigoje yra soc. darbuotojų padėjėjai, kas ukrainietiškoje įstaigoje įvardinama kaip pagalbinis personalas, o panašumas tas, kad tiek vieni, tiek kiti specialistai dirba slenkančiu grafiku ir pasilieka įstaigoje per naktį. Tiek lietuviškoje, tiek ukrainietiškoje įstaigose gyvena asmenys su psichine negale. Galima pasidžiaugti, jog gyventojai yra aktyvūs, dalyvauja įvairiose užimtumo veiklose. Tai leidžia daryti prielaidą, kad nors įstaigų gyventojai ir turi psichinės sveikatos problemų, tačiau tai nekliudo būti aktyviais bendruomenės, kurioje gyvena, nariais. Gyventojai yra įgalūs atlikti daug dalykų, tačiau dažnai jiems reikalingas specialistų paskatinimas, įgūdžių ugdymas ir palaikymas. Galbūt įdomiausias įstaigų skirtumas yra tas, jog ukrainietiškoje gyvena tik vyrai, o lietuviškoje tiek vyrai, tiek moterys. Taip pat įdomus skirtumas tas, jog ukrainietiškoje įstaigoje yra asmenys, kurie įdarbinti neatlygintinai, atsižvelgiant į jų ligų diagnozes. Tai galėtų būti taikoma ir lietuviškoje įstaigoje, galbūt net apsvairstant apmokestiną įdarbinimą įstaigoje. Analizuojant socialinių darbuotojų veiklą pastebėta, jog lietuviškoje įstaigoje socialiniai darbuotojai turi daug daugiau funkcijų nei ukrainietiškoje, kas kelia apmaudą, nes visose įstaigose, kur yra teikiamos paslaugos socialiai jautrių grupių asmenims yra labai reikalinga socialinių darbuotojų pagalba.

Apibendrinant norisi atkreipti dėmesį į tai, jog kaip ir buvo minima aukščiau, ukrainietiškoje įstaigoje galėtų būti suteikiama daug daugiau funkcijų socialiniams darbuotojams nei tai yra padaryta iki šiol, nes galimai tokiu būdu būtų užtikrinama galimybė plačiau pažiūrėti į įstaigos gyventojų socialines problemas, ugdyti jų socialinius įgūdžius, su įstaigos gyventojais būtų mezgamas artimesnis kontaktas. Lietuviškoje įstaigoje galėtų atsirasti daugiau medicininės srities paslaugų, kas galimai padėtų užtikrinti dar efektyvesnę medicinę priežiūrą įstaigos gyventojams. Įgyvendinus šiuos minėtus niuansus galimai pagerėtų ir įstaigų gyventojų gyvenimo kokybė, nors įstaigų analizė atskleidė, kad klientai turėtų būti gana patenkinti savo gyvenimo sąlygomis, aplinka, gaunamomis paslaugomis ir pan.

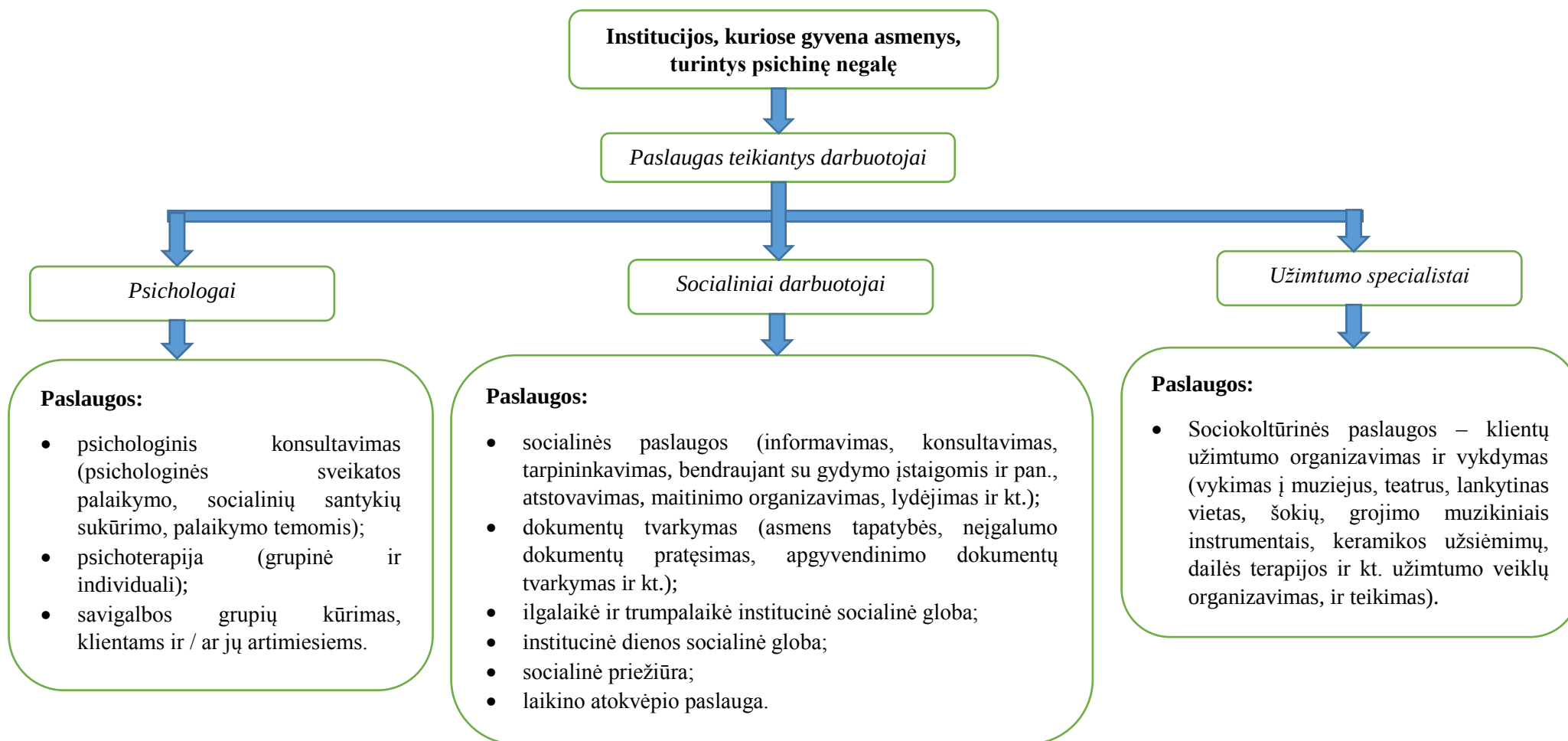
IŠVADOS

1. Mokslinės literatūros analizė parodė, jog statistiniai duomenys apie psichinių ligų mastą ir paplitimą visame pasaulyje, Lietuvos Respublikoje, Ukrainoje, yra liūdinantys. Dauguma mokslininkų išskiria panašias ar net tokias pačias psichines ligas, tokias kaip – depresija, šizofrenija ir pan. Išanalizavus statistinius duomenis ir mokslininkų mintis paaiškėjo, jog psichinės sveikatos gydymo sistema galimai vis dar turi didelių trūkumų, nes metodų kaip gydyti ir kaip juos taikyti praktikoje yra, tačiau dažnai jie prasilenkia vieni su kitais, kadangi daugumoje paslaugų teikėjų institucijų galima įžvelgti specialistų susiskaldymą; dažnai kiekvienam specialistui, dirbančiam su psichinės negalės situacijoje esančiais asmenimis, yra svarbi tik jo darbinė sfera ir suteikiama reali pagalba bei jų kokybė. Išanalizavus Ukrainos situaciją atkreiptinas dėmesys į tai, kad dėl psichinės sveikatos ir jos keliamų problemų konkrečių veiksmų imtasi tik 2017 – 2018 m. laikotarpyje, kai asmenims, turintiems psichinės sveikatos sutrikimų, suteikta daugiau teisių į gydymą ir pan. Pažymėtina, jog gyvenimo kokybė suprantama labai įvairiai, įvertinama iš įvairių perspektyvų. Visgi į gyvenimo kokybės sąvoką žvelgiant iš psichinę negalę turinčių asmenų perspektyvos kyla prielaida, jog ji dažniausiai yra apibūdinama tik iš socialinės ir medicininės sričių pusių.
2. Atlikus kiekybinį tyrimą ir duomenų analizę paaiškėjo, kad tyrime dalyvavo įvairaus, amžiaus, lyties, šeimyninio statuso asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje, gyvenantys skirtingą laiką tarpą institucijose, tačiau tyrime daugiausia dalyvavo vidutinio amžiaus vieniši vyrai ir moterys, dažniausiai institucijoje gyvenantys apie 1 – 4 m. Apmaudu, kad ne visi tyrimo dalyviai atsakė į pateiktus klausimus 100 %. Būtina paminėti, kad 7 iš 26 klausimų, iš kiekybiniame tyrime naudoto klausimyno, kaip kintamąjį pasirinkus tyrimo dalyvių gyvenimo trukmę institucijoje, buvo statistiškai nereikšmingi. Visgi išanalizavus tyrimo duomenis paaiškėjo, jog iš dalies buvo patvirtinta baigiamojo darbo hipotezė – tikėtina, kad asmenis, esančius psichinės negalės situacijoje, įvertinus skirtingų gyvenimo kokybės kriterijų visumą, tenkina esama gyvenimo kokybė. Apibendrinant tyrimo duomenis galima pastebėti, kad tyrimo dalyviai pakankamai gerai įvertino gyvenimo kokybę, nes atlikus tyrimo duomenų analizę paaiškėjo, kad tiriamieji yra patenkinti savo fizine sveikata, dalinai patenkinti savo psichologine sveikata, patenkinti savo savarankiškumu, socialinių santykių sritis tyrimo dalyvių įvertinta vidutiniškai, tiriamieji yra labai patenkinti aplinkos srities veiksniais. Atsižvelgiant į tyrimo duomenų analizę, prieita išvados, jog tyrimo dalyviams papildomai būtų galima siūlyti paslaugas, susijusias su psichologinės sveikatos gerinimu, socialinių

santykių srities gerinimu, nes tai ir buvo veiksniai, dėl kurių gyvenimo kokybė nebuvo įvertinta puikiai.

3. Įvykdžius kokybinį tyrimą paaiškėjo, jog tyrimo bendrosios išvados dalyje atsiskleidė tiek panašumai, tiek skirtumai tarp Lietuvos Respublikos ir Ukrainos įstaigų, kuriose gyvena asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje. Apžvelgus 6 indikatorius paaiškėjo, kad abi institucijos yra panašios savo veikla ir teikiamomis paslaugomis. Visgi esminiai skirtumai tarp institucijų: ukrainietiškoje įstaigoje socialiniai darbuotojai turi daug mažiau funkcijų ir bendravimo su klientais galimybių nei lietuviškoje įstaigoje; lietuviškoje įstaigoje gyvena tiek vyrai, tiek moterys, o ukrainietiškoje įstaigoje tik vyrai, nes Ukrainoje yra sukurti internatai atskirai vyrams, moterims ir vaikams; ukrainietiškoje institucijoje dirba medikai, ko nėra Lietuvos institucijoje. Taigi galima daryti prielaidą, jog ukrainietiškoje įstaigoje galėtų būti suteikiama daug daugiau funkcijų socialiniams darbuotojams nei tai yra padaryta iki šiol, nes galimai tokiu būdu būtų užtikrinama galimybė plačiau pažiūrėti į įstaigos gyventojų socialines problemas, ugdyti jų socialinius įgūdžius, su įstaigos gyventojais būtų mezgamas artimesnis kontaktas. Lietuviškoje įstaigoje galėtų atsirasti daugiau medicininės srities paslaugų, kas galimai padėtų užtikrinti dar efektyvesnę medicinę priežiūrą įstaigos gyventojams, ko pasekoje galimai būtų pagerinama ir įstaigų gyventojų gyvenimo kokybė.
4. Remiantis kiekybinio ir kokybinio tyrimų rezultatais, Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymu, baigiamojo darbo autorės mintimis, sukurta negalės situacijoje esančių asmenų gyvenimo kokybės gerinimui skirta socialinės pagalbos teikimo struktūra (žr. 1 pav.). Pagalbos struktūroje išskirtos trys pagrindinių specialistų, teikiančių socialinę pagalbą grupės, t.y. socialiniai darbuotojai, psichologai, užimtumo specialistai, nes jie yra pagrindiniai specialistai, kurie pirmieji suteikia pagalbą asmenims, esantiems psichinės negalės situacijoje, kai šie yra apgyvendinami institucijose. Rengiant pagalbos teikimo struktūrą tikslingai pasirinkta, jog struktūra bus skirta įstaigoms, kuriose gyvena asmenys, esantys psichinės negalės situacijoje, kadangi kiekybiniame tyrime viena iš sąlygų buvo, kad tiriamieji gyventų būtent institucijose, o ne savarankiškai ar su artimaisiais, o kokybiniame tyrime analizuotos pačios institucijos. Apibendrinant minėtos pagalbos teikimo struktūros kūrimą galima daryti prielaidą, jog ji galėtų būti naudojama tiek Lietuvos, tiek Ukrainos institucijose, nes įstaigų analizė leido pamatyti jau teikiamas paslaugas tyrimo dalyviams, apgalvoti, kokiomis paslaugomis būtų galima papildyti teikiamų paslaugų spektrą, kad pagerėtų tiriamųjų gyvenimo kokybė.

NEGALĖS SITUACIJOJE ESANČIŲ ASMENŲ GYVENIMO KOKYBĖS GERINIMUI SKIRTA SOCIALINĖS PAGALBOS TEIKIMO STRUKTŪRA



1 pav. Socialinės pagalbos teikimo struktūra (sudaryta baigiamojo darbo autorės remiantis magistro baigiamojo darbo kiekybinio ir kokybinio tyrimų duomenimis, Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymu (2006))

LITERATŪRA

1. Australijos klasifikacijos kūrimo konsorciumas (2015) Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtasys pataisytas ir papildytas leidimas Australijos modifikacija. TLK-10-AM Sisteminis ligų sąrašas. 5 skyrius Psichikos ir elgesio sutrikimai. Australija: Independent Hospital Pricing Authority (Nepriklausoma ligoninėms kainas nustatanti institucija). ISBN 978-1-76007-020-5 TLK-10-AM Sisteminis ligų sąrašas. Internetinė prieiga: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/5skyrius.html> žiūrėta: 2020-02-16;
2. Becker, D., R., Drake, R., E. (2003) A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-513121-5. Internetinė prieiga: <https://pdfs.semanticscholar.org/d52f/df20f8aa8f5f2e2154bece33f7497e9eff1e.pdf> žiūrėta 2020-03-15;
3. Bubnys, R., Petrošiūtė, D. (2008) Socialinių pedagogų ir socialinių darbuotojų gyvenimo kokybės vertinimas: profesinis aspektas. Jaunųjų mokslininkų darbai. Nr. 4 (20). ISSN 1648-8776. Internetinė prieiga: <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2008~1367164728968/J.04~2008~1367164728968.pdf> žiūrėta: 2020-11-11;
4. Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J., S., L., Thornicroft, G. (2015) What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Cambridge University Press 2014. Psychological Medicine (2015), 45, 11–27. Internetinė prieiga: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E3FD6B42EE9815C4E26A6B84ED7BD3AE/S0033291714000129a.pdf/what_is_the_impact_of_mental_healthrelated_stigma_on_helpseeking_a_systematic_review_of_quantitative_and_qualitative_studies.pdf žiūrėta: 2020-02-16;
5. Collins, P., Y., Patel, V., Joestl, S., S., March, D., Insel, T., R., Daar, A., S., Bordin, I., A., Costello, E., J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R., I., Hall, W., Huang, Y., Hyman, S., E., Jamison, K., Kaaya, S., Kapur, S., Kleinman, A., Ogunniyi, A., Otero-Ojeda, A., Poo, Mu-Ming, Ravindranath, V., Sahakian, B., J., Saxena, S., Singer, P., A., Stein, D., J., Anderson, W., Dhansay, M., A., Ewart, W., Phillips, A., Shurin S., Walport, M. (2011) Grand challenges in global mental health. Internetinė prieiga: <https://www.nature.com/articles/475027a> žiūrėta: 2020-02-16;
6. Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd – Jones, M., Paisley, S. (2012) Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of a qualitative research. Health

- and Quality of Life Outcomes, article number 138. Internetinė prieiga: <https://link.springer.com/article/10.1186/1477-7525-10-138> žiūrėta: 2020-02-24;
7. Creative Research Systems (2012) Sample Size Calculator. Internetinė prieiga: <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm> žiūrėta: 2019-12-12;
 8. Dabkevičienė, G., Kazakevičienė, D. (2016) Pacientų su kolostomomis psichinės ir fizinės sveikatos daroma. Slauga. Mokslas ir praktika. Vilnius: Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras. Nr. 7-8 (235-236), p. 13-15. ISSN 1648-0570. Internetinė prieiga: <https://vb.svako.lt/object/elaba:19346515/> žiūrėta: 2020-11-11;
 9. DeFranzo, Susan E. (2012) 5 examples of survey demographic questions. Internetinė prieiga: <https://www.snapsurveys.com/blog/5-survey-demographic-question-examples/> žiūrėta: 2020-02-13;
 10. Degutis, M. (1999) Socialinių tyrimų metodologija. Paskaitų konspektai. Studiųjų šaltiniai 8. Kaunas: Naujasis lankas. ISBN 9986-896-86-X;
 11. Genzuk, M. (Fall, 2003): A Synthesis of Ethnographic Research. Occasional Papers Series. Center for Multilingual, Multicultural Research (Eds.). Center for Multilingual, Multicultural Research, Rossier School of Education, University of Southern California. Los Angeles. Internetinė prieiga: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54868421/Ethnographic_Research.pdf?1509408401=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DA_SYNTHESIS_OF_ETHNOGRAPHIC_RESEARCH_BY.pdf&Expires=1605720152&Signature=OC3GfYlo1~QmUELcEw7eAM1HVBQkrnJOiNu9LvQT2AiFLJxkrtyKpz4U23VaUzmlOPMEExfOxqnL9c~8FFsDWH~lCBs1P8S~6gKyIt1LMMXB9RlTiE61vXvvEukkA0CJYoU2Bzd7AK8Z53kUyGD5hSpsJOrQ7ud~ixS1QkJPj70MUMCWG0znDvryfLdektYJyD5WeB0QmdB99e1AgoPuXDF7Vb8-zSn3E8c~yJ1RfDWuheed0f1fORELKSMf~De9AkgVmrdRgdzX34LLUv1-OHYQGRQtvK7~CU982cCg9Dm1lQ5au~bN1mBqxZzM0GcX~DGjC3IO5LlzxJ-3xHfG_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA žiūrėta: 2020-11-18;
 12. Goštautaitė Midttun, N., Goštautas, A. (2000) Pasaulinės sveikatos organizacijos Gyvenimo kokybės – 100 klausimyno (WHOQOL-100) lietuviško varianto sutrumpintas 26 klausimų *Gyvenimo kokybės klausimynas PSO-GK trumpas (THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire)*;
 13. Gruževskis, B., Orlova, U., L. (2012) I. Sociologija ir socialinė politika. Sąvokos „gyvenimo kokybė“ raidos tendencijos. Socialinis darbas Social work, 11(1), p. 7–18. ISSN 2029-2775. Internetinė prieiga: <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2012~1367182722559/J.04~2012~1367182722559.pdf> žiūrėta: 2020-03-15;

14. Gudžinskienė, V., Driskienė, A. (2016) Psichikos ligomis sergančių asmenų poreikių tenkinimas dalyvaujant užimtumo veiklose. *Socialinis darbas* 14 (2), p. 174 – 187. ISSN 2029-2775 (online). Internetinė prieiga: <https://www3.mruni.eu/ojs/social-work/article/view/4494/4181> žiūrėta: 2020-01-05;
15. Heney, D., B. (2016) Practitioner Narrative Competence in Mental Health Care. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, Volume 23, Number 2, June 2016, pp. 115-127 (Article). Johns Hopkins University Press. Internetinė prieiga: <https://muse.jhu.edu/article/638289> žiūrėta: 2020-03-23;
16. Higienos institutas (2019) Sergančių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes. Internetinė prieiga: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168 žiūrėta: 2020-11-04;
17. Išoraitė, M. (2005) *Socialinių paslaugų administravimas*. Mokomasis leidinys. Mykolo Romerio universitetas: UAB „Saulelė“;
18. Juozulynas, A., Jurgelėnas, A., Prapiestis, J., Butikis, M. (2010) Gyvenimo kokybės ir socialinių veiksnių tarpusavio ryšys. *Gerontologija* 11(1): 37–42. Internetinė prieiga: http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2010/nr_1/2010_37_42.pdf žiūrėta: 2020-03-16;
19. Kaffemanienė, I. (2006). *Negalės ir socialinės gerovės tyrimų metodologiniai aspektai*. (Metodinė priemonė bakalaurantams ir magistrantams). Šiauliai: VšĮ Šiaulių universiteto leidykla;
20. Kardelis, K. (2002) *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. 2 – asis leidimas. Internetinė prieiga: <https://www.scribd.com/doc/37948910/K-Kardelis-Mokslini%C5%B3-tyrim%C5%B3-metodologija-ir-metodai> žiūrėta: 2020 – 01 – 13;
21. Kreiviniienė, B., Vaičiulienė, J. (2013) Žmonių su psichine negalia gyvenimo kokybė. Visuomenės sveikata, sveikatos mokslai 23 tomas, Nr.1, p. 47-52. ISSN 1392-6373. ISSN 1392-6373. Internetinė prieiga: https://www.researchgate.net/profile/Brigita_Kreiviniene/publication/287848021_Zmoni_u_su_psichine_negalia_gyvenimo_kokybe/links/596c96b50f7e9b80919c2ba3/Zmoniu-su-psichine-negalia-gyvenimo-kokybe.pdf žiūrėta: 2020-03-30;
22. Kvieskienė, G., Čiužas, R., Vaicekauskienė, V., Šalaševičiūtė, R. (2015) *Kompleksinė pagalba neįgaliems asmenims*. Mokslo studija. Vilnius: Lietuvos edukologijos universiteto leidykla;
23. Lietuvos Respublikos seimas (1995) *Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas* // Valstybės žinios, 1995-06-28, Nr. 53-1290. 2019-05-01 suvestinė redakcija. Internetinė prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.18311/asr> žiūrėta: 2020-04-26;

24. Lietuvos Respublikos Seimas (2006) *Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas* // Valstybės žinios, 2006-02-11, Nr. 17-589. Suvestinė redakcija nuo 2020-11-14 iki 2020-12-31. Internetinė prieiga: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342/asr> žiūrėta: 2020-11-29;
25. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2020) Kai šalia atsikrausto žmonės su negalia: tyrimas atskleidė, kaip toliau klostosi kaimynų santykiai. Internetinė prieiga: <https://socmin.lrv.lt/lt/naujienos/kai-salia-atsikrausto-zmones-su-negalia-tyrimas-atskleide-kaip-toliau-klostosi-kaimynu-santykiai> žiūrėta: 2020-11-10;
26. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministras (2018) *Įsakymas Nr. A1 – 3 Dėl profesinės rehabilitacijos paslaugų teikimo asmenims, turintiems regos, klausos, intelekto, psichikos ar fizinę negalią, metodikos ir bendrųjų reikalavimų profesinės rehabilitacijos paslaugas neįgaliesiems teikiantiems specialistams patvirtinimo* // TAR, 2016-01-06, Nr. 360. Internetinė prieiga: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/aa224e30b44b11e598c4c7724bda031b/asr> žiūrėta: 2020-04-27;
27. Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija (2018) Pagalbos sulaukę psichikos negalią turintys žmonės jaučiasi geriau. Internetinė prieiga: <https://lspzgb.lt/pagalbos-sulauke-psichikos-negalia-turintys-zmones-jauciasi-geriau/> žiūrėta: 2020-02-16;
28. Luitel, N., P., Jordans, M., JD., Adhikari, A., Upadhaya, N., Hanlon, C., Lund, C., Komproe, I., H. (2015) Mental health care in Nepal: current situation and challenges for development of a district mental health care plan. Internetinė prieiga: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13031-014-0030-5> žiūrėta: 2020-02-24;
29. Mačiulis, V., Buginytė, A., Mickienė, F. (2015) Sutrikusios psichikos asmenų subjektyviosios ir objektyviosios gyvenimo kokybės kintamųjų sąsajos. Sveikatos mokslai / Health Sciences ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online, 25 tomas, Nr. 1, p. 90 – 100 doi:10.5200 / sm – hs.2015.015. Internetinė prieiga: https://www.researchgate.net/profile/Valentinas_Maciulis/publication/276373889_CORRELATIONS_BETWEEN_VARIABLES_OF_SUBJECTIVE_AND_OBJECTIVE_QUALITY_OF_LIFE_OF_PERSONS_WITH_MENTAL_IMPAIRMENTS/links/56374ea308ae758841152529.pdf žiūrėta: 2020 – 05 – 21;
30. Mažeikių rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras (2016) Psichikos sveikata. Internetinė prieiga: <http://mazeikiuvsb.lt/psichine-sveikata/> žiūrėta: 2020-02-16;
31. Mental Health Foundation (2020) Mental health statistics: UK and worldwide. Internetinė prieiga: <https://www.mentalhealth.org.uk/statistics> žiūrėta: 2020-11-04;

32. Mikutavičienė, I., Guščinskienė, J., (2012) Socialinė psichikos negalią turinčių asmenų sveikatos dimensija: socialinės politikos atspindžiai. Sveikatos mokslai. Volume 22, Number 1, p. 39-48. ISSN 1392-6373. Internetinė prieiga: <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2012~1367180089975/J.04~2012~1367180089975.pdf> žiūrėta: 2020-03-30;
33. Ministry of Health of Ukraine (2017) Key steps to transforming Ukrainian healthcare. Internetinė prieiga: <https://en.moz.gov.ua/healthcare-reform> žiūrėta: 2020-05-07;
34. Ministry of Health of Ukraine (2018) Mental Health System Transformation in Ukraine: improving mental health services and bringing mental health care in line with international standards. Internetinė prieiga: <https://en.moz.gov.ua/article/news/mental-health-system-transformation-in-ukraine-improving-mental-health-services-and-bringing-mental-health-care-in-line-with-international-standards> žiūrėta: 2020-05-07;
35. Pakalniškienė, V. (2012) *Tyrimo ir įvertinimo priemonių patikimumo ir validumo nustatymas*. Metodinė priemonė. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla. ISBN 978-609-459-096-2. Internetinė prieiga: https://www.vu.lt/leidyba/images/knygos/Filosofija/Tyrimo_ir_%C4%AFvertinimo_priemoni%C5%B3_patikimumo_ir_validumo_nustatymas.pdf žiūrėta: 2020-11-16;
36. Parekh, R. (2018) What is Mental Illness? Internetinė prieiga: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> žiūrėta: 2020-11-09;
37. Paukštytė – Šaknienė, R., Šidiškienė, I. (2008) Naujų etnografinių lauko tyrimo būdų paieška: apklausa dviese. LIETUVOS ETNOLOGIJA: socialinės antropologijos ir etnologijos studijos, 8(17), 117-138. Internetinė prieiga: <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2008~1367163301836/J.04~2008~1367163301836.pdf> žiūrėta: 2020-11-18;
38. Prakapas, R., Butvilas, T. (2011) *Mokslinio tiriamojo darbo logografika studijoms*. Mokomasis leidinys. Vilnius: Mykolo Romerio universitetas. ISBN 978-9955-19-266-4;
39. Ritchie, H. (2018) Global mental health: five key insights which emerge from the data. Internetinė prieiga: <https://ourworldindata.org/global-mental-health> žiūrėta: 2020-01-05;
40. Ritchie, H., Roser, M. (2018) Mental Health. Internetinė prieiga: <https://ourworldindata.org/mental-health#bipolar-disorder> žiūrėta: 2020-11-06;
41. Ruževičius, J. (2013) Gyvenimo kokybė. Internetinė prieiga: <https://www.kvalitetas.lt/index.php?id=716> žiūrėta: 2020-11-10;
42. Sapin, M., Widmer, E., Iglesias, K. (2016) From support to overload: Patterns of positive and negative family relationships of adults with mental illness over time. Internetinė

- prieiga: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378873316301381> žiūrėta: 2020-11-17;
43. Schulze, T., Maercker, A., Horn, A., B. (2014) Mental Health and Multimorbidity: Psychosocial Adjustment as an Important Process for Quality of Life. S. Karger AG, Basel, Gerontology 2014;60:249-254. Internetinė prieiga: <https://www.karger.com/Article/Abstract/358559> žiūrėta: 2020-02-24;
44. Skevington, S. M., O'Connell, K. A., WHOQOL, G., van Heck, G. L., & de Vries, J. (2004). Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. Quality of Life Research, 13, 23-34. Internetinė prieiga: <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/can-we-identify-the-poorest-quality-of-life-assessing-the-importa> 2020-01-04;
45. State Statistics Service of Ukraine (2018) Statistical yearbook of Ukraine for 2017. ISBN 978-617-7551-16-3. Internetinė prieiga: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/11/zb_seu2017_e.pdf žiūrėta: 2020-11-06;
46. Staškutė, I. (2014) Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje. Sveikatos politika ir valdymas 1(6) p. 7–19. ISSN 2029-3569 PRINT ISSN 2029-9001 ONLINE. Internetinė prieiga: <https://repository.mruni.eu/bitstream/handle/007/12546/1632-4787-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y> žiūrėta: 2020-03-16;
47. Stonkus, S. (2002) Sporto terminų žodynas. T. 1. 2-asis patais. ir papild. leid.: Aiškinamasis žodynas. Angliški, vokiški, rusiški terminų atitikmenys. Būtiniausias žinios. Lietuvos kūno kultūros akademija. – Kaunas: LKKA. Internetinė prieiga: <http://terminai.vlkk.lt/paieska?search=gyvenimo+kokyb%C4%97> žiūrėta 2020-11-09;
48. Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Apie mus, Istorija. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/index.php?qw=txt&id=69> žiūrėta: 2020-11-22;
49. Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Socialinio darbuotojo pareigybė. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/upload/txt/15890246693Soc.%20darbuotojo%20pareigyb%C4%97.pdf> žiūrėta: 2020-11-22;
50. Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Teikiamos paslaugos. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/index.php?qw=txt&id=21> žiūrėta: 2020-11-11;
51. Šiaulių miesto savivaldybės globos namai (2020) Teisės aktai. Internetinė prieiga: <https://siauliuglobosnamai.lt/index.php?qw=txt&id=9> žiūrėta: 2020-11-22;

52. Tidikis, R. (2003) *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vadovėlis. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas. ISBN 9955-563-26-5;
53. Valstybinė lietuvių kalbos komisija (2019) terminas poreikis. Internetinė prieiga: <http://terminai.vlkk.lt/paieska?search=poreikis> žiūrėta: 2020-01-05;
54. Verkhovna Rada of Ukraine Legislation of Ukraine (2018) ЗАКОН УКРАЇНИ Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143). Internetinė prieiga: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14?lang=en#Text> žiūrėta: 2020-10-14;
55. Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė (2020) Psichiatrijos klinika. Internetinė prieiga: <https://rsl.lrv.lt/lt/struktura-ir-kontaktai/klinikos-centrai/psichiatrijos-klinika-1> žiūrėta: 2020-11-11;
56. VšĮ Šiaulių centro poliklinika (2020) Psichikos dienos stacionaras. Internetinė prieiga: <https://siauliupoliklinika.lt/psichikos-psichiatrijos-dienos-stacionaras/> žiūrėta: 2020-11-11;
57. VšĮ Valakupių reabilitacijos centras (2020) Dienos centras asmenims, sergantiems psichine liga. Internetinė prieiga: <http://www.reabilitacija.lt/dienos-centras-asmenims-sergantiems-psichine-liga/> žiūrėta: 2020-11-11;
58. Zamalijeva, O., Jurkuvėnas, V., Kairys, A., Pakalniškienė, V., Bagdonas, A. (2018) Psichikos sveikata, lėtinės ligos ir asmenybės bruožai. Lietuvos psichologų kongresas. Psichologija vakar, šiandien ir rytoj kongreso pranešimų santraukos, p. 77 – 78. ISBN 978-9955-18-988-6. Internetinė prieiga: <http://www.psichologusajunga.lt/lps/admin/spaw2/uploads/files/LPK2018%20santrauk%C5%B3%20leidinys.pdf> žiūrėta: 2020-02-24;
59. Žalimienė, L. (2003) *Socialinės paslaugos*. Mokomoji knyga. Vilnius: VU Specialiosios psichologijos laboratorija;
60. Qualtrics (2020) What is ANOVA (Analysis Of Variance) and what can I use it for? Internetinė prieiga: <https://www.qualtrics.com/uk/experience-management/research/anova/?rid=ip&prevsite=en&newsite=uk&geo=LT&geomatch=uk> žiūrėta: 2020-11-16;
61. Webster, M. (2017) *socialinių paslaugų apibrėžimas*. Internetinė prieiga: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/social%20service> žiūrėta: 2020-11-11.
62. World Health Organization (2020) Mental health. Gender and women's mental health. Gender disparities and mental health: The Facts Internetinė prieiga: https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/ žiūrėta: 2020-02-18;

63. Центр Семейной и Медицинской Психологии. ЗАКОН УКРАИНЫ о психиатрической помощи (Ведомости Верховной Рады (ВВР), 2000, N 19, ст. 143) Internetinè prieiga: https://sites.google.com/site/centrmedicieskojpsihologii/zakonodatelstvo/zakon-ukrainy-o-psihiatricheskoj-pomosi?fbclid=IwAR0P1GMK8P1f6DozPv_7Z0RDj_2EaMjzPj-uOe7IiPRzMYPIQF7TdCyw1lk žiūrėta: 2020-11-10;
64. Чапляк А., П., Романів О., П., Надь Б., Я. (2018) Психосоціальна реабілітація в психічно хворих осіб з інвалідністю. ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання. ISSN 2077-6594. УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ. 2018. № 3/1 (51). Internetinè prieiga: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/21541/1/61-62.pdf> žiūrėta: 2020-02-16.

Ramutė Kiaraitė

QUALITY OF LIFE ANALYSIS OF PERSONS IN MENTAL DISABILITY: SOCIAL CONTEXTS OF LITHUANIA AND UKRAINE

The Master Thesis

SUMMARY

INTRODUCTION

Research relevance. A mental disorder is a highly complex illness affecting not only one's emotional wellbeing (feelings and comprehension of various matters) but also one's behavior, communication, quality of life, etc. According to the Mental Health Foundation (2020), 1 out of 6 people are possibly experiencing mental health problems once a week. Depression is believed to be the second main cause of disability across the world. An analysis of the statistical databases of Lithuania and Ukraine was carried out. According to the State Statistics Service of Ukraine (2018), a total of 961 thousand people were registered at medical institutions as having mental illnesses in Ukraine in 2017. Based on the data of the Hygiene Institute (2019), around 235 thousand people were diagnosed with mental and behavioral disorders in the Republic of Lithuania in 2019. One should note that any type of mental disorder can affect the quality of life of an individual one way or the other.

According to Gruževskis and Orlova (2012), the concept of the quality of life is an important one in many scientific areas (sociology, political science, etc.). It is said that the frequently mentioned concept of the quality of life could be applied on an individual, local community and/or entire society level. Studies into the quality of life are developed in several most tangible directions, i.e., researches are done into the quality of life directly related to health, the quality of life is assessed in a cultural context, and correlations between the ethnic / moral values and the quality of life of an individual are observed. According to Dabkevičienė and Kazakevičienė (2016), the wellness of a man is very closely related to his own health (physical, mental, etc.). Ensuring the said areas and social wellbeing provides an individual with the optimum possibilities to live in a social environment, take part in public life, work and gain personal accomplishments. However, to understand the seriousness of the situation, one must first find out what mental disorders are in general, and which diseases and/or disorders are attributed to it.

The society has a variety of controversial opinions about (in)sufficient publicization of mental health problems, information spread, its accessibility and prevention. According to

Mačiulis, Buginytė et al (2015) and Ritchie and Roser (2018), the most common mental disorders are the following: depression, anxiety disorders, bipolar disorder, eating disorders (anorexia and bulimia), schizophrenia, alcohol use disorder, substance use disorder, epilepsy, Alzheimer's disease and mental retardation. As said by Mačiulis, Buginytė et al (2015), behavioral disorders that are most often under scrutiny, are none other than consequences of genetic and environmental effects, i.e., consequences of the interplay of biological, psychological and social factors. One should also note that the disorders of people diagnosed with mental illnesses are always defined in certain symptoms and/or syndromes that encompass changes in human perception, emotions, will, cognition and other noticeable changes. However, there are people who can adapt and engage in social activities even when affected by mental illnesses.

According to Becker and Drake (2003), people who are diagnosed with a severe mental condition after they have acquired higher education and had successful careers might find it difficult to return to work at the same level as before their diagnosis. However, a huge role here is played by occupancy specialists and other teams providing aid to people with mental disorders. They are the ones with the key objective of giving hope that people can achieve their goals. Naturally, an assumption is made that timely assistance of specialists and diagnosis of mental illnesses can ensure its proper treatment and create quality life and living conditions as much as it is possible for those who are living with mental disorders.

Research questions: *How do mental disorders affect one's quality of life? What measures could be taken to improve the quality of life of people with mental disorders living in Lithuania and Ukraine?*

The research object is the quality of life of people with mental disorders.

Research hypothesis: People with mental disorders are possibly satisfied with their quality of life, with respect to the assessment of the entirety of their quality of life criteria.

The goal of the study is to reveal the need of people with mental disorders to improve their quality of life in the social context of Lithuania and Ukraine, based on the analysis of the quality of life of people with mental disorders.

Research objectives:

1. To apply the method of theoretical analysis to analyze the theoretical and legal concepts of the quality of life of people with mental disorders.

2. To apply the quantitative research method to reveal the satisfaction of people with mental disorders with their quality of life in the Lithuanian social context by determining the correlation of the quality of life of said people with demographic, physical health, psychological and other quality of life areas in Lithuania.
3. To apply the qualitative research method to highlight the similarities and differences of Lithuanian and Ukrainian institutions housing people with mental disorders.
4. To develop a social assistance plan intended to improve the quality of life of people with mental disorders based on the analysis of the quantitative and qualitative research results.

Research sample. To assess the quality of life of people with mental disorders who are institutionalized in Lithuania, a survey involving 163 institutionalized respondents with mental disorders was carried out with the help of social workers employed in the respective institutions. A sample size calculator was used to determine the research sample. The target and probability selection methods were employed to select the respondents. The following were the key criteria for selecting respondents: the respondent must be over 21 years of age; the respondent must have a mental disorder; the respondent must be institutionalized. The questionnaires were sent using the personal account of www.gmail.com and the interactive online survey platform at www.apklausa.lt (such a method of survey distribution was chosen due to the current situation in the country that has been brought about by the COVID-19 pandemic). On the request of the manager of several institutions, the surveys printed and hard copies were given upon the agreement of collecting the completed surveys some time later. The surveys were sent to a total of 59 Lithuanian institutions taking care of people with mental disorders. The written survey was completed from March to November 2020.

Research methodology and methods. An analysis of scientific literature and legal basis was carried out to achieve the research goal and objectives. The said analysis helped to conceptualize the concept of quality of life and prepare the operationalization of the research object (see Annex 1). *Empirical data collection methods:* A questionnaire-based survey was used for the quantitative research. The structured written survey was prepared based on the Lithuanian version of WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire comprised of 26 questions prepared by Goštautaitė Midttun, N., Goštautas, A. (2000) and generated on the basis of WHOQOL-100 questionnaire of 100 questions (see Annex 3). The questionnaire-based survey was used to reveal the need for the improvement of quality of life of people with mental disorders in the Lithuanian social context. The following statistical analysis methods were used to process the statistical data: descriptive statistical method (mean, standard deviation, statistical relevance determined by

the one-way ANOVA parametric test; statistical relevance level of $p = 0.05$). The research data were processed using the PSPP (Public Sector Purchase Programme) software. The visual and graphic representation of the data was generated using Microsoft Excel.

The ethnographic research method was used to carry out the qualitative research. The ethnographic research was intended to highlight the differences between the Lithuanian and Ukrainian institutions housing people with mental disorders. During the ethnographic research, the narrative was analyzed, the social work practices in Ukraine were studied, and document analysis was carried out when collecting data about Lithuanian institutions. The collected information was analyzed using the comparison method.

Key concepts:

Quality of life is individual self-assessment with respect to cultural and value system contexts, which is directly related to one's personal goals, interests, etc. The quality of life directly interacts with health, mental condition and social environment (Stonkus, S., 2002).

Mental disorders encompass all diagnosed mental health disorders related to significant changes in thinking, emotions and/or behavior, anxiety and/or social, work or family-related problems (Parekh, R., 2018).

Structure of the paper: abstract in the Lithuanian language, table of contents, introduction, explanation of the key concepts, two chapters, conclusions, social assistance plan for the improvement of the quality of life of people with mental disorders, references (64 sources), abstract in the English language and annexes. A total of eight tables are used to illustrate the research data. The operationalization of the research object, the research tool, the qualitative research information collection tool and narrative of the Ukrainian institutions are presented in the annexes.

Quantitative Research Methods and Planning, Respondents

Research methodology and methods. According to Kardelis (2002), qualitative and quantitative researches are based on two main philosophical theories, i.e., positivism (normative) or phenomenology (anti-positivism/ interpretation). Positivism is usually employed in quantitative researches and social reality is explained in an objective point of view. Positivist, aka normative, philosophical theory of social research methods encompass the following two ideas: the first being that human behavior control is based on rules, and the second one being that

social phenomena should be researched via the prism of natural sciences, which in turn means that the studies become positivist by using this idea. The first research was chosen to be quantitative research because it best reflects positivism/normative philosophical theory. Much like a normative research, the quantitative research has the following inherent aspects: average or small sample research, impartiality, external study, and looking for causes. According to Kaffemanienė (2006), quantitative researchers are convenient because upon receiving the questionnaire, the respondents can complete it and participate in the study at their own convenience. Also, the respondents can preserve the privacy of their data, i.e. remain anonymous and avoid any possible influence of the researcher when replying to the questions.

An analysis of the scientific literature and legal basis was carried out to achieve the set goal and research objectives. The said analysis helped to conceptualize the concept of the quality of life and to prepare the operationalization of the research object (see Annex 1). A questionnaire-based survey was used for the quantitative research. The structured written survey was prepared based on the Lithuanian version of WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire comprised of 26 questions prepared by Goštautaitė Midttun, N., Goštautas, A. (2000) and generated on the basis of WHOQOL-100 questionnaire of 100 questions (see Annex 3). The questionnaire-based survey was used to reveal the need for the improvement of quality of life of people with mental disorders in the Lithuanian social context.

The following statistical analysis methods were used to process the statistical data: descriptive statistical method (mean, standard deviation, statistical relevance determined by the one-way ANOVA parametric test; statistical relevance level of p). The research data were processed using the PSPP (Public Sector Purchase Programme) software. The visual and graphic representation of the data was generated using Microsoft Excel.

Research ethics. According to Kardelis (2002), the ethics of social studies has the following key aspects: ensuring confidentiality, informing the respondents about the goal of the study and information processing type, and ensuring the principle of volunteering. First, institutions that could accommodate the research had to be found. Institutions providing mental health care to people with mental disorders in the Republic of Lithuania were contacted using electronic communication means. Such a method of communication was chosen with respect to the safety of the researcher and the respondents due to the threat of the COVID-19 virus spreading in Lithuania and the entire world. The institutions could not allow any visitors because of the pandemic. Managers of several institutions did not agree with a research for a master thesis to be carried out in their establishments. The researcher was informed that she would be able to conduct her research if she could find someone from the institution's staff to mediate and

assist the patients in completing the questionnaires. Managers of other institutions referred the researcher to their employees who could help with the survey. Detailed information about the goal and meaning of the survey was supplied to those health care specialists who agreed to assist the patients in completing the questionnaire. The researcher assured them that the questionnaires were absolutely anonymous and that the research data would only be used to prepare the final paper. The quantitative research was performed according to the principle of volunteering as only those patients who wanted to take part in the study completed the questionnaires. Before giving the questionnaires, the researcher asked the managers of the institutions about the most suitable and convenient method of doing the survey, i.e. sending an electronic form of the questionnaire or delivering hard copies to the institution. The exact time of delivering the questionnaires was agreed upon.

Expert research assessment.³⁰ The quantitative research was carried out, analyzed and given for expert assessment by two social work specialists. According to the *first expert*, the questions given in the questionnaire of the quantitative research could be formulated differently: delete the word “very” in question (F1.4); formulate question (F5.3) as follows: “Are you able to focus?”; replace the word “capability” with “ability” in question (F10.3). The first expert also noted that the following remark could be added under Table 5 (Assessment of Self-Sufficiency): services to people with mental disorders are rendered in such a way that the patients are motivated, supported and encouraged to be more self-sufficient. According to the *second expert*, the quantitative research was carried out and analyzed in great detail. The main aspects of life of people with mental disorders, i.e., physical health, self-sufficiency, social relationships, environment, spirituality, religion, and personal beliefs, were analyzed. However, not all of these aspects could be measured or assessed (e.g. spirituality, religion, personal beliefs). The quantitative research allowed to better understand people with mental disorders and their needs. This proves that the research was relevant and beneficial in improving the social services rendered to people with mental disorders.

Yet, the assessment of the experts was considered only partially. The quantitative research questionnaire was not developed by the author itself; thus, an assumption can be made that making changes and corrections to the questions as recommended by social work experts was not purposeful. However, the note regarding the remark in the Self-Sufficiency Assessment section was considered and respective changes to the data analysis were made.

³⁰ The data of the social work specialists who conducted the expert assessment are not disclosed to ensure confidentiality.

Research sample. To assess the quality of life of people with mental disorders institutionalized in Lithuania, the research sample was first determined by employing the sample size calculator³¹. The calculator indicated that a total of 384 individuals should participate in the study. Questionnaires were delivered to 59 Lithuanian institutions. However, with the help of social workers employed in the establishments, only 163 individuals with mental disorders residing at health care institutions completed the questionnaires. The number of respondents was N = 163. The written survey was given from March to November 2020. The target and probability selection methods were employed to select the respondents. The following were the key criteria for selecting respondents: the respondent must be over 21 years of age; the respondent must have a mental disorder; the respondent must be institutionalized. The questionnaires were sent using the personal account of www.gmail.com and the interactive online survey platform at www.apklausa.lt (such a method of survey distribution was chosen due to the current situation in the country that has been brought about by the COVID-19 pandemic). On the request of the manager of several institutions, the surveys printed and hard copies were given upon the agreement of collecting the completed surveys some time later.

Respondent distribution according to sex: men comprised 46.1% and women comprised 53.99% of all respondents. The analysis of the marital status data and its comparison to the sex of the respondents revealed that the majority of the respondents were single men (60%) and single women (50.57%). The comparison of demographic data with respect to the sex of the respondents and the duration of their stay at the institution revealed the following: the majority of the male respondents (41.33%) indicated having lived at the institution for 1-4 years, while the duration of institutionalization among women was similar, i.e., 34.09% of women have lived for 1 year and the same percentage of women have lived for 1-4 years at the institution. To summarize the respondent sample and distribution based on demographic data, one can note that the majority of the respondents were middle-aged single men and women who have lived at the institution for 1-4 years.

Quantitative Research Results

To summarize the quantitative research, in addition to the four demographic questions, the respondents had to answer 26 questions based on the previously mentioned questionnaire prepared by Goštautaitė Midttun, N., Goštautas, A. (2000). The research results were processed without using any personal data that could help to identify the respondents. The researcher sorted

³¹ Creative Research Systems (2012) Sample Size Calculator. Online access: <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

the questions of the questionnaire into the following 7 areas: physical health, psychology, self-sufficiency, social relationships, environment, spirituality, religion and personal beliefs. The statistical significance of the research data (p) was calculated by employing the one-way analysis of variance (ANOVA) test. The research data were compared to the duration of the respondents' stay at the institution. The mean of the research data and the standard deviation were calculated using the descriptive statistics method. The statistical significance of the research data (p) was calculated by employing the one-way ANOVA parametric test because the data were attributed to the Gaussian distribution. Also, the calculation of the reliability/ compatibility of the questions revealed that $\alpha^{32} = 0.90$, which means that the questionnaire data can be processed by applying the parametric statistical analysis due to the compatible question group. All data were compared with one of the four demographic questions when calculating the mean of the research data, standard deviation and statistical significance level, i.e., the question about the duration of the respondent's stay at the institution was chosen as a variable.

Summarizing the *Physical Health Evaluation* data (see Table 3), it can be noted that only 2 out of 4 questions were statistically significant, as revealed by the data analysis. According to Mačiulis, Buginytė et al (2015), physical and mental health, social relationships, etc. are most important for the quality of life of people with mental disorders. Thankfully, the physical health data showed that the respondents were satisfied with their physical health, in other words, the respondents were also satisfied with their quality of life to a certain extent. Review of the *Psychological Evaluation* data (see Table 4) revealed that this part of the questionnaire also had questions that were statistically irrelevant, even though they were only 1 out of 5. It should also be mentioned that the respondents were only partially satisfied with their mental health. Analysis of the research data showed that the respondents were incapable of focusing their attention but they were satisfied with themselves and their looks and had negative feelings either rarely or never.

The study carried out by Kreiviniienė and Vaičiulienė (2013)³³ revealed partial dependency of people with mental disorders on their relatives or other individuals who take care of them. Also, it was noticed that the more activities the person in question had, the more self-sufficient he or she felt. *Self-Sufficiency* data (see Table 5) had certain similarities with the study of the said researchers, that is, the respondents indicated being satisfied with their level of self-sufficiency. Data analysis showed that all questions in this category were statistically significant

³² The internal consistency of the questionnaire is measured by Cronbach's alpha (α). The internal consistency should score between 0 and 1, if possible, $\alpha = 0.70$ or more as this would mean that the scale and question groups are consistent. (Pakalniškienė, 2012, quoted from Aiken, 2002)

³³ Kreiviniienė, Vaičiulienė (2013); Quality of Life of People with Mental Disorders

and were positively evaluated. It should be noted that social work experts believed that services rendered to the people with mental disorders must be planned in such a way as to support, motivate and encourage them to be more self-sufficient. When summarizing the results of the *Social Relationship* data (see Table 6), it could be said that this category received an average score from the respondents as they indicated being satisfied with their relationship with other people, though feeling less sure about their satisfaction with their sexual lives. It should be noted that if people with mental disorders were restricted with regards to their favorite social activities, they would be facing social exclusion (Gudžinskienė, Driskienė, 2016, quoted from Šinkariova, 2014). According to Mačiulis, Buginytė et al (2015), people with mental disorders face communication difficulties due to various reasons conditioned by their diseases. In this case, it is good to know that the respondents were satisfied with their social relationships as this meant a reduced risk of social exclusion/ worsening of mental health. As indicated by Sapin, Widmer et al (2016), the mental health and stress relief of people with mental disorders heavily depends on the surrounding people and their environment.

According to the *Environment* data (see Table 7), environment seems to be a very important factor for the respondents. This is reflected in their personal opinions stating their satisfaction with environmental factors and their feeling of safety. The respondents had access to the necessary environment-related factors, which was especially important to their quality of life and overall wellbeing. The analysis of the *Spirituality, Religion and Personal Beliefs* data (see Table 8) brought attention to the fact that the table had only one question which was statistically irrelevant and, thus, this matter could not be assessed properly.

Discussion of the Results of Quantitative Research

For summarizing the data of the quantitative research, one should firstly note that the respondents of the quantitative research were of various ages, sex and marital status. All of them had mental disorders but they had stayed at the health care institution for a different time period. The majority of the respondents were middle-aged single men and women who have stayed for 1 to 4 years at the respective institution.

Even though the total number of respondents with mental disorders was 163, they had varied answers to the questions, i.e. the N number was different and varied with each question. Not all of the respondents replied to all the questions, in other words, the questionnaires were not completed 100%. Another thing that should be mentioned is that 7 questions out of 26 questions of the Lithuanian version of WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire prepared by

Goštautaitė Midttun, N., Goštautas, A. (2000) and generated on the basis of WHOQOL-100 questionnaire of 100 questions were statistically insignificant, when the duration of the respondents' stay at the institution was chosen as a variable. The analysis of the statistically significant questions of the quantitative research partially confirmed the hypothesis that people with mental disorders were possibly satisfied with their quality of life, with respect to the assessment of the entirety of their quality of life criteria.

When summarizing the data of Table 3, one can note that the physical health data showed the respondents being satisfied with their physical health, which, in turn, means that they are satisfied with their quality of life to some extent. According to the data of Table 4, the respondents were only partially satisfied with their mental health. Analysis of the research data showed that the respondents were incapable of focusing their attention but they were satisfied with themselves and their looks and had negative feelings either rarely or never. Analysis of the data of Table 5 revealed that the respondents were satisfied with their level of self-sufficiency. All self-sufficiency-related questions were statistically significant and were positively assessed. According to the data of Table 6, the social relationship category received an average score from the respondents as they indicated being satisfied with their relationship with other people, though feeling less sure about their satisfaction with their sexual lives, which is also partially related to the social relationship topic. The results of Table 7 revealed that environment was a very important factor for the respondents. This was reflected in their personal opinions stating their satisfaction with environmental factors and their feeling of safety. The respondents had access to the necessary environment-related factors, which was especially important to their quality of life and overall wellbeing. It should be noted that the analysis of the questions revealed how often the replies to the questions differed when analyzed by the statistical mean and standard deviation, i.e., the uniformity of the answers was contrary to the results of the statistical mean.

To summarize the quantitative research, an assumption can be made that the research was successful and partially confirmed the hypothesis. In consideration of the analysis of the research data and the answers to the questions given by the respondents, it should be noted that the people with mental disorders would greatly benefit from services related to the improvement of their mental health and social relationships.

Qualitative Research Methods and Planning

Research methodology and methods. According to Tidikis (2003), philosophical empiricism could be defined as learning in the cognition theory. This process is based on sensory

experiences which are considered the only and the best sources of knowledge. It is also stated that acquired knowledge/cognizance is based only in experiences that are gained through analyzing the world. The author of the final paper carried out the quantitative research, analyzed its results and decided to consider a different outlook of the condition of mental disorders that a certain percentage of the people worldwide experience. The quantitative research revealed that the respondents were quite satisfied with their quality of life and enjoyed living at the institutions; thus, the author wished to take a closer look at the institutions. A qualitative research was chosen to be carried out by employing the ethnographic method. Its goal was to assess the differences and similarities of the Lithuanian and Ukrainian care institutions housing people with mental disorders and to analyze the structure of the serviced rendered at the institutions. The research could be said to contain aspects of philosophical empiricism because it analyzes and compares institutions and their environment. As to the research method, it should be noted that James Clifford believes professional field studies to be the beginning of ethnography, when ethnographic summaries started to be based on cultural/culture descriptions by researchers. As a result, the collected data were deemed reliable. In Lithuania, ethnographic fieldwork began in the middle of the 19th century (Paukštytė – Šaknienė, Šidiškienė, 2008, quoted from Clifford, 2006: 44 and Merkienė 2007:18). According to Kardelis (2002), when carrying out various researches and analyzing methodological access to the study, researchers often apply different methods that are based on a qualitative and/or quantitative point of view. The latter are substantiated by quantitative and qualitative research methods. Usually, ethnographic researches are based on observations of certain human activities, (non-formal) conversations, and, most often, direct involvement of the researcher. Genzuk (2003) claims that ethnography is a social science research method heavily depending on personal experiences. This means that the researcher carrying out an ethnographic study does not necessarily need to be a trained ethnographer. Ethnographic methods are usually employed in anthropology and sociology. Typical ethnographic methods include three types of data, i.e. observation, interview and document analysis.

Firstly, the research construct and indicators were selected to discern the similarities and differences of the Lithuanian and Ukrainian institutions housing people with mental disorders. The research construct and indicators were used to separate the relevant information, i.e.: patient's arrival at the institution, funding of the institution, structure of the institution, institution staff, clients of the institution, services rendered at the institution, and the duties of social workers at the institution (see Annex 4). The ethnographic research included analysis of the narrative collected during the social work internship in Ukraine, when social care institutions were presented (see Annex 5). A document analysis was carried out to collect data about

Lithuanian institutions. The collected information was analyzed by using the comparison method³⁴. The principle of privacy was upheld during the ethnographic research. According to Kardelis (2002), individuals and their groups have the right to decide when, how much and how to present/state their opinions, personal beliefs, etc. and also have the right to remain silent on the matter. However, the respondents are not fully protected against violations of their rights. This becomes of utmost importance when deciding to distribute the information collected during the research as it can be used to possibly identify the respondents. Ensuring personal privacy was one of the goals when carrying out the research and acquiring the narrative³⁵ about the analyzed Ukrainian institution. Thus, the qualitative research contains no information about any specific individuals or other data that might be used to identify the said individuals. The qualitative research was carried out in October 2020.

Expert research assessment.³⁶ The completed and analyzed qualitative research was submitted for expert assessment by two social work specialists. According to the *first expert*, the qualitative research was carried out in a detailed and comprehensive way. The social situation of the chosen Lithuanian and Ukrainian institutions was analyzed. The information was given in a concise and clear manner. The fact that both qualitative and quantitative researches were carried out allowed understanding the research object in a broader sense. The situation in both Lithuania and Ukraine are analyzed, allowing to compare the two countries and their experiences. The comparison of the Lithuanian and Ukrainian institutions discussing their similarities and differences was presented in a very clear and detailed manner. The recommendations regarding the activity development and changes were specific and purposeful to the analyzed institutions of each country. *According to the second expert*, the services rendered at the Lithuanian and Ukrainian institutions were similar. The expert agreed that a higher number of medical services should be rendered in the Lithuanian institutions and believed the qualitative research to have been carried out well.

Discussion of the Qualitative Research Results

To summarize the qualitative research, it should be noted that the goal of the ethnographic research is to discern the similarities and differences of the Lithuanian and Ukrainian institutions for the purpose of discussing and comparing the services rendered at the Lithuanian and

³⁴ Tidikis (2003) claims that the comparison method allows achieving a variety of solutions to the chosen objectives. The comparison method helps to specify the researched social trends on various levels, to consider certain social conditions and to contribute to verification of hypothesis.

³⁵ The narrative about the Ukrainian institution is presented in the Annexes (see Annex 5).

³⁶ See footnote 17.

Ukrainian institutions. It should also be noted that the research was not aimed at comparing all of the Lithuanian and Ukrainian institutions. The research encompassed two specific institutions, i.e. Šiauliai City Municipality Care Home (Lithuania) and Novobelichi Psychoneurology Care Home for Men (Ukraine).

It should be noted that the general conclusion (see Table 9) revealed both similarities and differences between the Lithuanian and Ukrainian institutions. The review of the 6 indicators showed that the funding of the institutions was partially similar. The activities of the Ukrainian institution were financed by the Social Policy Department of Ukraine, and the Lithuanian institution was financed by the municipality. The structure of the institutions was relatively different. The Lithuanian institution had 3 departments rendering different services and located in different places in the city. The Ukrainian institution had 3 blocks built one next to another and a large territory with a fruit tree garden and flower garden. Another difference was in accommodation. The Lithuanian institution offered the possibility of single rooms for those who desired to stay alone, while the clients of the Ukrainian institution stayed in double or triple rooms. Yet another interesting difference was that the Ukrainian institution had a pharmacy, dentist's office, medical testing laboratory and a treatment room. The Lithuanian institution had none of such facilities. This allows making an assumption that the closest hospital from the Ukrainian institution is a considerable distance away, making it difficult to render medical services to the institution's clients. This resulted in medical staff at the institution, i.e. four licensed doctors who can provide health care services, three psychiatrists and one orthopedic surgeon. Meanwhile, no health care specialists work at the Lithuanian institution. Both similarities and differences could be found in the staff of the institutions. The main difference was that the Lithuanian institution had assistant social workers, while the Ukrainian institution had auxiliary personnel. The similarity was that both kinds of specialists worked on rotating shifts and stayed at the institution throughout the night. People with mental disorders were living in both the Lithuanian and the Ukrainian institutions. The residents were proactive and took part in various activities. A assumption can be made that even though the residents of the institution have mental disorders, this does not impede them from being proactive members of their community. The residents are able to do many things but they often require the assistance, encouragement and skill development by the attending specialists. One of the most interesting differences between the institutions was that the Ukrainian institution housed only men while the Lithuanian institution accepted both men and women. Yet another intriguing difference was that some of the staff of the Ukrainian institution worked there for free, with respect to their diagnoses. This could also be applied in the Lithuanian institution when reviewing paid employment. The analysis of the activities of social workers showed that the Lithuanian social

workers had more duties, compared to the Ukrainian ones. This is disappointing as the assistance of social workers is on high demand in all institutions rendering services to social vulnerable people.

To summarize, one should note that, as mentioned previously, the Ukrainian institution could allocate more duties to social workers than before. This would allow dealing with the social issues of the institution's residents in a broader scope, developing their social skills and nurturing closer relationships with the people treated at the institution. The Lithuanian institution would benefit from a higher number of medical services which would possible ensure a more effective medical care for the residents of the institution. The implementation of these measures would result in a possibly improved quality of life of the institution's clients, even though the analysis showed that the people living in the institution were relatively satisfied with their living conditions, environment, rendered services, etc.

CONCLUSIONS

1. The analysis of scientific literature revealed that the statistics on the scope and spread of mental illnesses in the Republic of Lithuania, Ukraine and the whole world is disheartening. Many scientists discern similar or the same mental illnesses, e.g., depression, schizophrenia, etc. The analysis of statistical data and scientists' opinions showed that the mental health care system might possibly have many shortcomings. Despite there being many treatment methods and instructions how to do so in practice, these methods often fall short of one another. The majority of the institutions rendering health care services suffer from a lack of unity of its health care specialists. More often than not, the specialists working with people who have mental disorders care only about their own field of work and the real assistance rendered and its quality. The analysis of the Ukrainian institution brings to attention the fact that specific actions concerning mental health and its problems were taken only from 2017 to 2018, when people with mental disorders were given more tights to treatment, etc. It should be noted that the quality of life is defined in many different ways and seen from a variety of perspectives. However, if the concept of the quality of life is looked at from the point of view of the people with mental disorders, an assumption is made that it is most often defined in terms of social and medical aspects only.
2. The quantitative research and data analysis revealed that the respondents were of varying age, sex and marital status. All of them had mental disorders but they had stayed at the health care institution for a different duration. The majority of the respondents were middle-aged single men and women who have stayed for 1 to 4 years at the respective institution. Sadly, not all the respondents completed the questionnaires 100%. When the duration of the respondents' stay at the institution was selected as a variable, 7 out of 26 questions of the quantitative research questionnaire turned out to be statistically irrelevant. However, the analysis of the research data partially confirmed the hypothesis that the people with mental disorders were possibly satisfied with their quality of live, with respect to the assessment of the entirety of their quality of life criteria. To summarize the research data, it can be said that the respondents assessed their quality of life as sufficiently high. The research data analysis revealed the respondents to be satisfied with their physical health, partially satisfied with their mental health and satisfied with their level of self-sufficiency. The respondents evaluated their social relationships as average but were very satisfied with environmental factors. In consideration of the research results, a conclusion was made that the respondents would benefit from additional services related to the improvement of mental health condition

and growth of social relationships as these were the factors causing the decline of the quality of life assessment.

3. The general conclusions of the qualitative research revealed both similarities and differences between the Lithuanian and Ukrainian institutions housing people with mental disorders. A discussion of the six indicators showed that both institutions were similar in terms of their activities and rendered services. However, several key differences existed, i.e.: the social workers in the Ukrainian institution had less duties and possibilities of communicating with their clients, compared to the Lithuanian institution; both men and women lived at the Lithuanian institution, while only men lived in the Ukrainian institution due to Ukraine having different care homes for men, women and children; the Ukrainian institution had medics while the Lithuanian institution had none. An assumption can be made that the Ukrainian institution would benefit from social workers having more duties than up till now. This would possibly ensure the possibility to have a broader outlook towards the social problems of the clients of the institution, to develop their social skills and to grow closer relationships with the people living at the institution. The Lithuanian institution would benefit from a wider range of medical services, which would ensure a more effective health care rendered to the people living at the institution. This would in turn result in improved quality of life of the residents of the institution.
4. A social assistance plan (see Figure 1) intended to improve the quality of life of people with mental disorders was developed based on the analysis of the quantitative and qualitative research results, the Law on Social Services of the Republic of Lithuania and the ideas of the author of the final paper. The social assistance plan discerned three main groups of specialists rendering social aid, i.e., social workers, psychologists, occupation specialists. These are the key experts and the first ones to provide aid to institutionalized people with mental disorders. When the social assistance plan was under development, its structure was adapted to institutions housing people with mental disorders because one of the conditions of the quantitative research was that the respondents had to live at the institution instead of living alone or with their relatives. Also, the qualitative research provided a study of the same type of institutions. To summarize the development process of the social assistance plan, an assumption can be made that the plan could be used in both Lithuanian and Ukrainian institutions. This could be achieved because the analysis of the institution revealed the services being currently rendered to the respondents and allowed contemplating which services could be added to the existing range of services to improve the quality of life of the respondents.

STRUCTURE OF PROVIDING SOCIAL ASSISTANCE FOR IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PERSONS IN A DISABILITY SITUATION

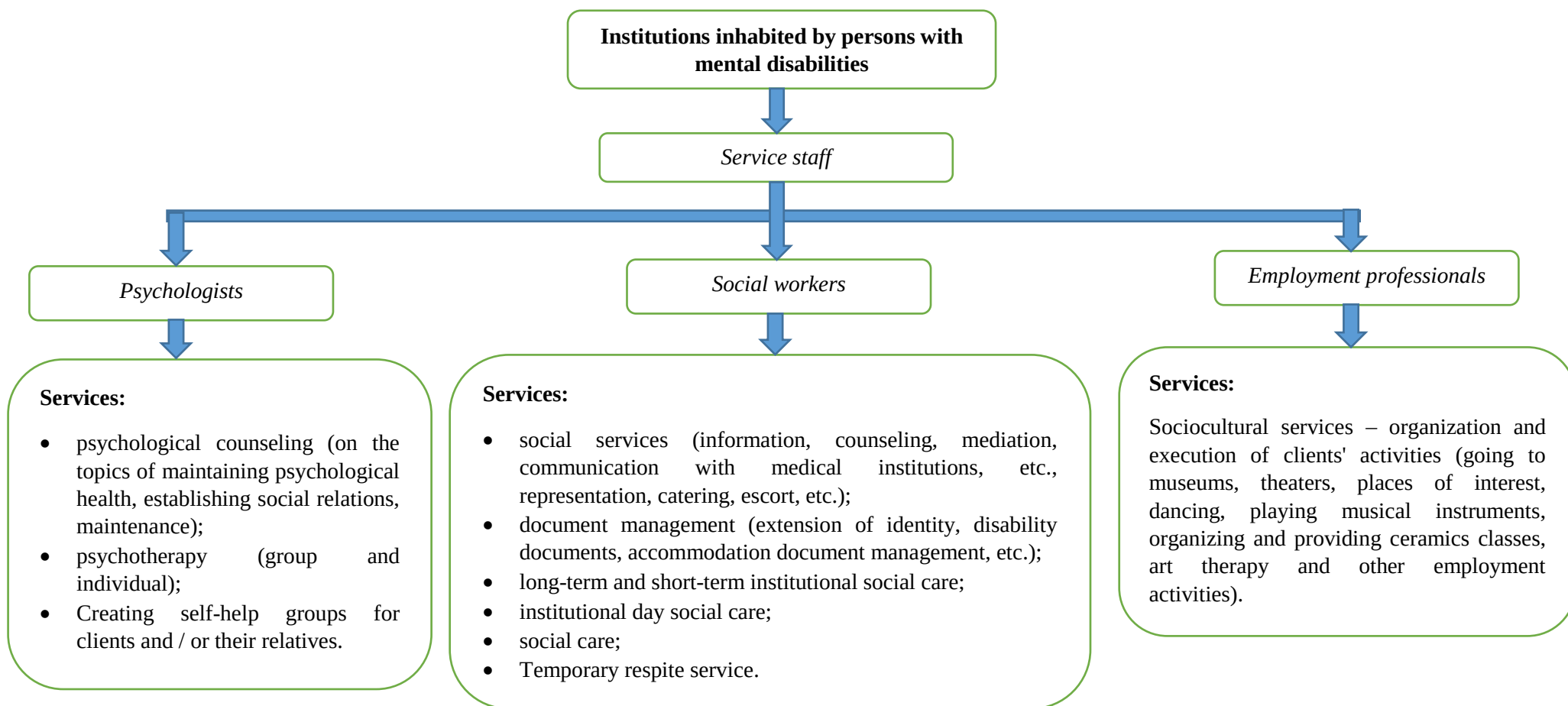


Fig. 1 Structure of social assistance provision (compiled by the author of the final thesis on the basis of the data of quantitative and qualitative research of the master's thesis, the Law on Social Services of the Republic of Lithuania (2006))

LITERATURE

1. Becker, D., R., Drake, R., E. (2003) A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-513121-5. Internet access: <https://pdfs.semanticscholar.org/d52f/df20f8aa8f5f2e2154bece33f7497e9eff1e.pdf> viewed 2020-03-15;
2. Creative Research Systems (2012) Sample Size Calculator. Internet access: <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm> viewed: 2019-12-12;
3. Dabkevičienė, G., Kazakevičienė, D. (2016) Coherence of mental and physical health of patients with colostomy. Nursing. Science and practice. Vilnius: Center of Excellence for Healthcare and Pharmaceutical Professionals. No. 7-8 (235-236), p. 13-15. ISSN 1648-0570. Internet access: <https://vb.svako.lt/object/elaba:19346515/> viewed: 2020-11-11;
4. Genzuk, M. (Fall, 2003): A Synthesis of Ethnographic Research. Occasional Papers Series. Center for Multilingual, Multicultural Research (Eds.). Center for Multilingual, Multicultural Research, Rossier School of Education, University of Southern California. Los Angeles. Internet access: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54868421/Ethnographic_Research.pdf?1509408401=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DA_SYNTHESIS_OF_ETHNOGRAPHIC_RESEARCH_BY.pdf&Expires=1605720152&Signature=OC3GfYlo1~QmUELcEw7eAM1HVB-QkrnJOiNu9LvQT2AiFLJxkrtYKpz4U23VaUzmlOPMEExfOxqnL9c~8FFsDWH~lCBs1P8S~6gKyIt1LMMXB9RlTiE61vXvvEukkA0CJYoU2Bzd7AK8Z53kUyGD5hSpsJOrQ7ud~ixS1QkJPJ70MUMCWG0znDvryfLdektYJyD5WeB0QmdB99e1AgoPuXDF7Vb8-zSn3E8c~yJ1RfDWuheed0f1fORELKSMf~De9AkgVmrdrGdzX34LLUv1-OHYQGRQtvK7~CU982cCg9Dm1lQ5au~bN1mBqxZzM0GcX~DGjC3IO5LlzxJ-3xHFG_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA viewed: 2020-11-18;
5. Lithuanian version of WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire comprised of 26 questions prepared by Goštautaitė Midttun, N., Goštautas, A. (2000) and generated on the basis of WHOQOL-100 questionnaire of 100 questions (*THE WHOQOL – Brief Quality of Life Questionnaire*);
6. Gruževskis, B., Orlova, U., L. (2012) I. Sociology and social policy. Trends in the development of the concept of "quality of life". Social work, 11(1), p. 7–18. ISSN 2029-2775. Internet access: <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2012~1367182722559/J.04~2012~1367182722559.pdf> viewed: 2020-03-15;
7. Gudžinskienė, V., Driskienė, A. (2016) Meeting the needs of people with mental illness through participation in employment activities. Social work 14 (2), p. 174 – 187. ISSN

- 2029-2775 (online). Internet access: <https://www3.mruni.eu/ojs/social-work/article/view/4494/4181> viewed: 2020-01-05;
8. Hygiene Institute (2019) Number of patients by diagnosis groups. Internet access: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=168 viewed: 2020-11-04;
 9. Kaffemanienė, I. (2006). *Methodological aspects of disability and social welfare research*. (Methodological tool for bachelors and graduates). Šiauliai: VšĮ Šiauliai University Publishing House;
 10. Kardelis, K. (2002) *Research methodology and methods*. 2nd edition. Internet access: <https://www.scribd.com/doc/37948910/K-Kardelis-Moksline%C5%B3-tyrim%C5%B3-metodologija-ir-metodai> viewed: 2020 – 01 – 13;
 11. Kreivinienė, B., Vaičiulienė, J. (2013) Quality of life of people with mental disabilities. Public health, Health Sciences Volume 23, No.1, p. 47-52. ISSN 1392-6373. ISSN 1392-6373. Internet access: https://www.researchgate.net/profile/Brigita_Kreiviniene/publication/287848021_Zmoni_u_su_psichine_negalia_gyvenimo_kokybe/links/596c96b50f7e9b80919c2ba3/Zmoni-u-su-psichine-negalia-gyvenimo-kokybe.pdf viewed: 2020-03-30;
 12. Mačiulis, V., Buginytė, A., Mickienė, F. (2015) Relationships between subjective and objective quality of life variables in people with mental disorders. Sveikatos mokslai / Health Sciences ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online, Volume 25, No. 1, p. 90 – 100 doi:10.5200 / sm – hs.2015.015. Internet access: https://www.researchgate.net/profile/Valentinas_Maciulis/publication/276373889_CORRELATIONS_BETWEEN_VARIABLES_OF_SUBJECTIVE_AND_OBJECTIVE_QUALITY_OF_LIFE_OF_PERSONS_WITH_MENTAL_IMPAIRMENTS/links/56374ea308ae758841152529.pdf viewed: 2020 – 05 – 21;
 13. Mental Health Foundation (2020) Mental health statistics: UK and worldwide. Internet access: <https://www.mentalhealth.org.uk/statistics> viewed: 2020-11-04;
 14. Pakalniškienė, V. (2012) *Determining the reliability and validity of research and evaluation tools*. Methodological tool. Vilnius: Vilnius University Publishing House. ISBN 978-609-459-096-2. Internet access: https://www.vu.lt/leidyba/images/knygos/Filosofija/Tyrimo_ir_%C4%AFvertinimo_prie_moni%C5%B3_patikimumo_ir_validumo_nustatymas.pdf viewed: 2020-11-16;
 15. Parekh, R. (2018) What is Mental Illness? Internet access: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> viewed: 2020-11-09;
 16. Paukštytė – Šaknienė, R., Šidiškienė, I. (2008) The search for new ways of ethnographic field research: a survey of two. LITHUANIAN ETHNOLOGY: studies in social

- anthropology and ethnology, 8(17), 117-138. Internet access: <https://etalpykla.lituanistikadb.lt/object/LT-LDB-0001:J.04~2008~1367163301836/J.04~2008~1367163301836.pdf> viewed: 2020-11-18;
17. Ritchie, H., Roser, M. (2018) Mental Health. Internet access: <https://ourworldindata.org/mental-health#bipolar-disorder> viewed: 2020-11-06;
 18. Sapin, M., Widmer, E., Iglesias, K. (2016) From support to overload: Patterns of positive and negative family relationships of adults with mental illness over time. Internet access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378873316301381> viewed: 2020-11-17;
 19. State Statistics Service of Ukraine (2018) Statistical yearbook of Ukraine for 2017. ISBN 978-617-7551-16-3. Internet access: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/11/zb_seu2017_e.pdf viewed: 2020-11-06;
 20. Stonkus, S. (2002) Glossary of sports terms. T. 1. 2nd Amendment. and additional. ed. : Glossary. English, German, Russian equivalents of terms. Essential knowledge. Lithuanian Academy of Physical Education – Kaunas: LKKA. Internet access: <http://terminai.vlkk.lt/paieska?search=gyvenimo+kokyb%C4%97> viewed: 2020-11-09;
 21. The Seimas of the Republic of Lithuania (2006) *Law on Social Services of the Republic of Lithuania* // State knowledge, 2006-02-11, Nr. 17-589. Consolidated version since 2020-11-14 to 2020-12-31. Internet access: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342/asr> viewed: 2020-11-29;
 22. Tidikis, R. (2003) *Social science research methodology*. Textbook. Vilnius: Lithuanian University of Law. ISBN 9955-563-26-5.