

Jaunųjų profesionalų programa „KURK LIETUVAI“

Visuomenės psichikos sveikatos gerinimas

Kristina Medžiaušytė
Donatas Paulauskas

2017 m. kovo 14 d.

Jaunųjų profesionalų programa (JPP) „Kurk Lietuvai“ – pirmoji ir kol kas vienintelė profesinio tobulinimo ir gerosios užsienio praktikos pritaikymo programa Lietuvoje, kuri suteikia galimybę jauniems profesionalams savo žiniomis ir idėjomis prisidėti prie modernios Lietuvos ateities kūrimo.

Kurk
Lietuvai 

ĮVADAS

Gera psichikos sveikata yra neatsiejama bendrosios žmogaus sveikatos dalis. Gera emocinė savijauta - tai asmens bei visuomenės laimės ir gerovės sąlyga. Tai pabrėžiama ir Valstybės pažangos strategijoje „Lietuva 2030“, kurioje numatoma taikyti visuomenės sveikatos stiprinimo priemones ir apskritai siekti geros žmonių sveikatos. Tie patys akcentai įrašyti ir į XVII Vyriausybės programos prioritetus. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas kaip svarbus uždavinys taip pat įtrauktas ir į Nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2016 - 2023 m. plėtros programą (7.3 ir 12.3 punktai), atkreipiant dėmesį ir į prevencinių veiklų vaidmenį formuojant gerą emocinę sveikatą.

Dėmesys psichikos sveikatai politiniame lygyje pamažu didėja būtent dėl prastų nacionalinių emocinės sveikatos rodiklių (savižudybių skaičiaus, patyčių masto, streso lygio ir pan.) Lietuvoje diegiamos ilgalaikės prevencinės priemonės taip pat neduoda reikiamų rezultatų, nes prevencijos sistemai trūksta vientisumo, koordinavimo ir efektyvaus taikymo.

Savo projekte siekiame išanalizuoti esamas nacionalines prevencines programas, išsiaiškinti koku principu veikia sistema, atlikti užsienių šalių analizę, palyginti ir pritaikyti gerąsias praktikas Lietuvoje.

Šio projekto rezultatas – sukurtas nacionalinis psichikos sveikatos problemų prevencinis modelis (su pagrindinėmis problemomis, svarbiausiais gyvenimo tarpniais, kada prevencija yra reikalingiausia bei galimomis mokslu pagrįstomis programomis ir priemonėmis, kurias politikos praktikai galėtų įgyvendinti ir panaudoti) kartu su inovatyviu modelio įrankiu – mobiliąja emocinės savipagalbos programėle „Pagalba Sau“.

Programėlė buvo sukurta dėka socialiai atsakingo verslo UAB „TeleSoftas“ ir psichikos sveikatos ekspertų rekomendacijų. Programėlės koncepciją kūrėme remiantis tarptautinių organizacijų gairėmis, rekomendacijomis ir mokslinių tyrimų analizėmis. Tai yra pirmasis toks įrankis Lietuvoje, kuris skatina visuomenės savipagalbos įgūdžių formavimą, didina psichikos sveikatos atsparumą ir siekia informuoti apie galimą pagalbą ir paslaugas čia ir dabar. Daugiau informacijos apie programėlę galima gauti: pagalba.sau@sam.lt

Kviečiame iš arčiau pažinti psichikos sveikatos politiką.

SITUACIJOS LIETUVOJE ANALIZĖ

Psichikos sveikatos situacija

Lietuvoje kasmet nusižudo apie 900 žmonių. 100 tūkst. gyventojų tenka 30,8 **savižudybių** – tai milžiniški skaičiai, dėl kurių esame pirmoje vietoje ES ir ketvirtoje vietoje pasaulyje pagal savižudybių rodiklį.¹

Psichikos sveikatos ir emocinio raštingumo stiprinimo trūksta ir jaunuolių tarpe – šiandien 58 proc. vaikų ir jaunimo patiria **patyčias** bei patys jas inicijuoja.²

Didelis **alkoholio vartojimas** taip pat prisideda prie prastos psichikos sveikatos – 100 tūkst. gyventojų tenka 1704 susirgusieji psichikos ir elgesio sutrikimais dėl alkoholio vartojimo.³

Stresas yra universali problema, tačiau Lietuvoje streso rodikliai ypač aukšti – kas antras darbuotojas mūsų šalyje kenčia nuo streso darbe.⁴

Smurto artimoje aplinkoje mastai mūsų šalyje taip pat yra itin dideli. 2015 m. užfiksuoti 38 510 pranešimai policijai dėl smurto artimoje aplinkoje – 31,2 proc., arba beveik trečdaliu daugiau negu 2014 m. Dėl 10 703 pranešimų pradėti ikiteisminiai tyrimai.⁵

Visi šie ir daugelis kitų rodiklių lemia tai, kad tik mažuma – 35 proc. – Lietuvos gyventojų jaučiasi laimingi.⁶

¹ Valstybinis psichikos sveikatos centras. 2015. *Savižudybių statistika*.

http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=355%3Aduomenys-apie-20112013-m-saviudybi-skaii-pasiskirstym-pagal-ami-lyt-savivaldybes-ir-mirties-prieastis&catid=14%3Asaviudybi-statistika&Itemid=24&lang=lt

² World Health Organization. 2016. *Growing Up Unequal: HBSC study*. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>

³ Lietuvos statistikos departamentas. 2016. *Alkoholio ir tabako vartojimas ir padariniai 2015 m.* <http://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?eventId=93819>

⁴ Vizbarienė, R., Trakumaitė, M. 2014. Stresas daro didelę neigiamą įtaką. *VZ.lt*, <http://vz.lt/archive/article/2014/2/15/stresas-daro-didele-neigiama-itaka>

⁵ Antanavičius, U. 2016. Šokiruojanti statistika: per metus pranešimų apie smurtą šeimoje padaugėjo trečdaliu. *Uzsaugalietuva.lt [15min.lt]*, <http://uzsaugalietuva.lt/kampanija-ziniasklaidoje/sokiruojanti-statistika-per-metus-pranesimu-apie-smurta-seimoje-padaugejo-trecdaliu>

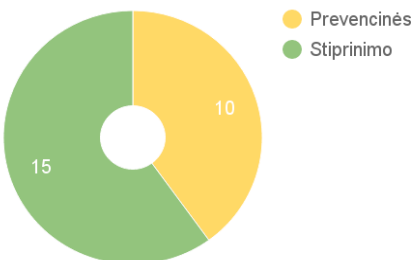
⁶ Apklausa: Lietuvos gyventojai yra vieni nelaimingiausių pasaulyje. 2012. *Bernardinai.lt*, <http://www.bernardinai.lt/straipsnis/2012-01-06-apklausa-lietuvos-gyventojai-yra-vieni-nelaimingiausiu-pasaulyje/74954>

Preveninių programų analizė

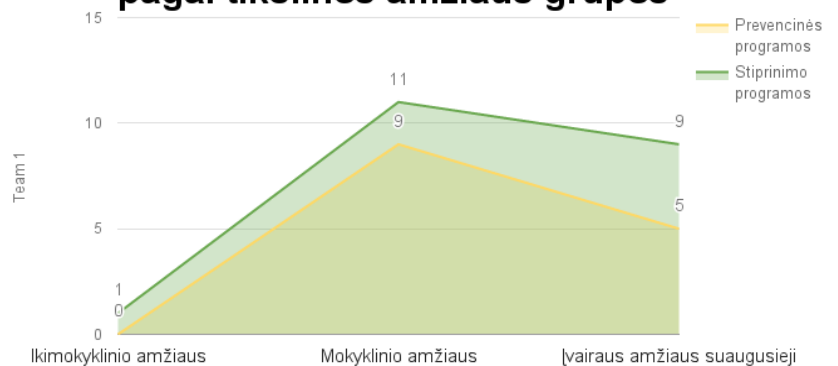
Projekto metu buvo surastos 25 nacionalinio masto (ne savivaldos lygio) preventinės - stiprinimo programos, kurias analizavome įvairiais aspektais, siekdami išaiškinti, kokių tipų programos yra diegiamos Lietuvoje, kokias problemas jos siekia spręsti, kokioms amžiaus grupėms jos yra skirtos, kaip pasiskirsto pagal prevencijos lygius ir kiek jų yra akredituotų. Šioje dalyje pateikiame pagrindines ir svarbiausias analizės išvagas.

Vertinant programas pagal jų rūšį, galima teigti, jog egzistuoja balansas tarp psichikos sveikatą stiprinančių ir preventinių programų. Tačiau formalus balansas negarantuoja sistemingo, nuoseklaus ir subalansuoto jų taikymo: tiek stiprinimo, tiek preventinės programos dažniausiai yra skirtos mokyklinio amžiaus vaikams ir jaunimui, tačiau ikimokykliniame amžiuje į tokias programas vaikai praktiškai nėra įtraukiami, tuo tarpu į įvairaus amžiaus suaugusiuosius gerokai labiau yra nukreiptos stiprinimo programos. Subalansuotos nacionalinės prevencijos atveju stiprinimo ir preventinės programos turėtų proporcingai apimti visas amžiaus grupes.

Programų rūšys



Programų pasiskirstymas pagal tikslines amžiaus grupes



Lietuvoje su psichikos sveikatos stiprinimo ar preventinėmis programomis žmogus savo gyvenime susiduria tik tam tikruose etapuose - mokykliniame amžiuje (rečiau - ikimokykliniu metu) ir tėvystės laikotarpyje. Tokiu būdu psichikos sveikatos stiprinimas ir problemų prevencija asmens gyvenime pasireiškia labai fragmentiškai. Lietuvoje psichikos sveikatos problemų prevencija nuošalyje palieka studentiško amžiaus jaunimą, darbingo amžiaus ir pensinio amžiaus žmonių grupes.



Lietuvoje psichikos sveikatos problemų prevencija nuošalyje palieka studentiško amžiaus jaunimą, darbingo amžiaus ir pensinio amžiaus žmonių grupes.

Nėra vykdoma jokia nacionalinė programa, nukreipta į studentų psichikos sveikatos stiprinimą ir problemų prevenciją. Nors studentai susiduria su stresu ir psichikos sveikatos iššūkiais, universitetuose dirba tik konsultuojantys specialistai, į kuriuos išdrįsta kreiptis ne visi. Pagal Kauno technologijos universitete atliktą studentų apklausą, studentai beveik kiekvieną savaitę jaučia nervinę įtampą (21,7 proc.), irzlumą ir blogą nuotaiką (19,9 proc.), liūdesį ir prislėgtumą (15,4 proc.).⁷ Kitas - Lietuvos sveikatos mokslų universitete atliktas tyrimas atskleidė, kad beveik dešimtadaliui (6 proc.) tirtųjų studentų buvo būdingas didelis depresiškumas, nerimas, stresas bei neviltis. 10 proc. apklaustųjų nurodė, kad yra bandę save žaloti, o 15 proc. turėjo savižudiškus polinkius.⁸ Mokslininkai pastebi, kad aukštosiose mokyklose trūksta nuoseklaus ir programinio dėmesio studentų psichikos sveikatai. Anot psichologės, Aleksandro Stulginskio universiteto lektorės Dovilės Jonušienės, „siekiant užtikrinti psichohigieną universitete, galima būtų organizuoti ir relaksacinius užsiėmimus, kurie išmokytų studentus atsipalaiduoti, įveikti susikaupusią įtampą. Galėtų būti organizuojamos ir grupinės terapijos, kur susirinktų panašius sunkumus patiriantys studentai ir dalintųsi savo išgyvenimais“.⁹

Nėra nacionalinių programų, nukreiptų į pilnamečių, darbingo amžiaus asmenų grupę ir psichosocialinės darbo aplinkos stiprinimą, nors Lietuvoje streso darbe rodikliai yra ypač aukšti. Baltijos tyrimų duomenimis, Lietuvoje stresą darbe patiria 45 proc. apklaustųjų, iš jų 20% – dažnai, o 5% – nuolat.¹⁰ Spinter tyrimo duomenis, 59 proc. apklaustųjų dėl šios priežasties pasireiškia bloga nuotaika (59 proc.).¹¹ Stresas darbo aplinkoje gali sukelti sunkius emocinius išgyvenimus, pakenkti psichinei ir fizinei sveikatai. Pagal Europos darbuotojų saugos ir sveikatos pagrindų direktyvą, streso problemą darbe yra įpareigoti spręsti darbdaviai, tai reiškia, kad skirtingose darbovietėse gali būti taikomos skirtingos streso mažinimo ir prevencinės strategijos. Vertinant streso rodiklius Lietuvoje, galima teigti, kad Lietuvoje darbdaviai retai imasi šios iniciatyvos, o jei ir taiko prevencines priemones, jos nėra tokios efektyvios, kad sumažintų streso darbe mastą šalyje. Tam, kad streso prevencijos priemonės būtų nuosekliai diegiamos

⁷ Klizienė, I. ir kt. Studentų gyvenimo ir sveikatos tyrimas. Ką parodė rezultatai? KTU.edu, 2016-10-27, <http://ktu.edu/lt/ziniasklaidai/naujiena/studentu-gyvensenos-ir-sveikatos-tyrimas-ka-parode-rezultatai>.

⁸ Šidlauskienė-Stripeikienė, I. Studentų psichikos sveikatos ypatumai (pranešimo santrauka). 2014, <http://www.psichologusajunga.lt/jps/admin/spaw2/uploads/files/LPK%20leidinys%202014.pdf>

⁹ Jonušienė, D. Psichikos sveikatos problema studijų procese. Tiltai, 2014, 4, p. 120.

¹⁰ Vizbarienė, R., Trakumaitė, M. Stresas daro didelę neigiamą įtaką. Verslo žinios, 2014-02-15, <http://vz.lt/archive/article/2014/2/15/stresas-daro-didele-neigiama-itaka>.

¹¹ Tyrimas: Kas su lietuviais vyksta darbe? Spinter.lt, 2014-09-30, <http://www.spinter.lt/site/lt/vidinis/menuop/9/home/publish/NjU5Ozk7OzA=>.

darbovietėse ir Lietuvos streso darbe rodikliai mažėtų, reikalinga efektyvios nacionalinio lygio prevencinės ir/ar stiprinimo programos, galinčios užtikrinti pozityvius pokyčius šioje srityje. Regioninio lygmens pavyzdžiu galėtų būti pavienių savivaldybių visuomenės sveikatos centru vykdomos darbuotojų sveikatos stiprinimo programos, integruojančios ir psichikos sveikatos aspektus, kurios yra siūlomos įvairioms įmonėms.

Pensinio amžiaus žmonių grupei skirti sveikatinimo projektai ir programos dažniausiai skirtos fizinei sveikatai gerinti. Tačiau pagyvenusių žmonių psichikos sveikata reikalauja tokio paties dėmesio kaip ir fizinė sveikata, nes „senatvei būdinga daug stresą sukeliančių faktorių, kurie gali pabloginti psichikos sveikatą, pvz., mažėjantis funkcinis pajėgumas ir socialinė izoliacija”.¹² Todėl labai svarbu, kad plataus masto nacionalinės prevencinės programos apimtų visus sveiko senėjimo aspektus, įskaitant psichikos sveikatą. Pastarąją reiktų suprasti platesniame kontekste - jai įtaką daro ne tik su amžiumi susijusios neuropsichiatrinės būsenos (pvz., demencijos atsiradimas), bet ir menkas pagyvenusių žmonių užimtumas, susilpnėję socialiniai ryšiai, prastesnė socialinė adaptacija ir pan.¹³ Tai turėtų būti vienos iš pagrindinių krypčių, kuriomis turėtų remtis nacionalinio pobūdžio prevencinės programos, skirtos pagyvenusiems žmonėms.



Neproporcingas programų dėmesys skirtingoms psichikos sveikatos problemoms gali trukdyti tolygiam psichikos sveikatos gerėjimo procesui.

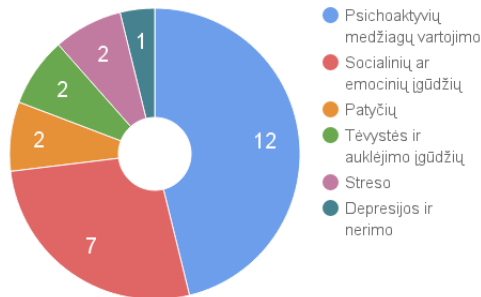
Daugiausia prevencinių ir stiprinimo programų yra skirtos psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemai, vienodai mažai programos sprendžia konkrečias depresijos ir nerimo, streso, patyčių, tėvystės ir auklėjimo iššūkių problemas. Nors daugiausiai prevencinių ir psichikos sveikatos stiprinimo programų skiriama mokyklinio amžiaus vaikams ir paaugliams, tik 2 rastos programos („Olweus” ir kampanija „Be patyčių”) yra tiesiogiai skirtos patyčių mažinimui. Turint galvoje didelius patyčių mastus Lietuvos mokyklose, jaučiamas tokių programų trūkumas. Taip pat mažai programų yra skirta konkrečioms, siauresnio pobūdžio psichikos problemoms - depresijos, nerimo ir streso. Toks neproporcingas programų dėmesys skirtingoms problemoms gali trukdyti tolygiam psichikos sveikatos gerėjimo procesui, nes psichikos sveikata yra kompleksinė, sąveikaujanti su įvairiais rizikos veiksniais ir apsauginiais veiksniais. Dėl šios

¹² Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Europos Komisija, 2005, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_lt.pdf

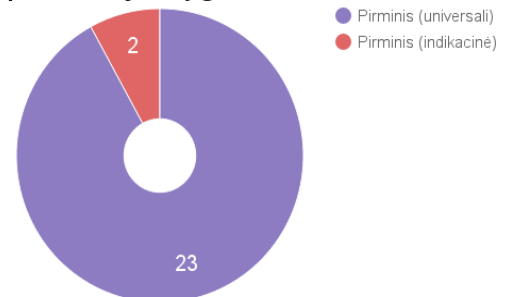
¹³ Šurkienė, G. ir kt. Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema. Gerontologija, 2012, nr. 13 (4), p. 238, http://www.gerontologija.lt/files/edit_files/File/pdf/2012/nr_4/2012_235_239.pdf.

priežasties nacionalinis psichikos sveikatos problemų prevencijos modelis turėtų atliepti įvairias problemas ir užtikrinti adekvatų ir kiek įmanoma proporcingą dėmesį skirtingoms problemoms.

Programų pasiskirstymas pagal problemas



Programų pasiskirstymas pagal prevencijos lygius



Daugiausia apžvelgtų programų buvo priskirtos pirminio lygio universaliai prevencijai. Tai reiškia, kad didžioji dalis prevencinių ir stiprinimo strategijų yra nukreiptos į visus visuomenės ar tam tikros grupės (pvz., moksleivių) narius, neskirstant jų pagal rizikos grupes. Tik kelios programos buvo priskirtos pirminio lygio indikacinei prevencijai, nes yra nukreiptos į didesnės nei vidutinės rizikos lygio visuomenės narius. Viena tokių programų skirta žmonėms, jau patiriantiems nerimo ir depresijos simptomus, kita - vaikams iš socialinės rizikos šeimų. Tokių programų pasiskirstymą galima vertinti dvejopai. Viena vertus, didelė universaliųjų programų aprėptis yra naudinga, nes programos yra tinkamos pakankamai dideliam asmenų skaičiui ir gali užkirsti kelią psichikos sutrikimams iš anksto, prieš prasidedant ankstyviems jų simptomams. Kita vertus, indikacinė prevencija taip pat yra svarbi, nes tikslingos priemonės, nukreiptos į konkrečias didesnės nei vidutinės rizikos asmenų grupes, gali daug efektyviau ir veiksmingiau užkirsti kelią psichikos sutrikimams. Tuo pačiu taip lengviau pasiekti tuos konkrečius žmones, kurie turi didžiausius tokios pagalbos poreikius.



Nesant privalomos akreditavimo tvarkos, Lietuvoje gali būti naudojamos net ir tos programos, kurios neturi mokslinio pagrįstumo ar įrodyto efektyvumo.

Tik 12 iš 25 programų yra akredituotos nepriklausomų ekspertų pagal Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centro patvirtintą Prevencinių programų akreditavimo tvarkos aprašą. Programų akreditavimo tikslas - įvertinti ir atrinkti veiksmingas prevencines programas, kurios būtų pagrįstos moksliniais tyrimais ir turėtų vertinimo mechanizmą. Tačiau programos, kurios nėra akredituotos, taip pat gali būti diegiamos, nes už vykdomų prevencinių programų pasirinkimą yra atsakingos pačios įstaigos. Nesant privalomos akreditavimo tvarkos, Lietuvoje gali būti naudojamos net ir tos programos, kurios neturi mokslinio pagrįstumo ar įrodyto efektyvumo. Vis tik kai kurių akreditacijos neturinčių programų vykdytojai turi įsidiegti savo individualią įsivertinimo sistemą (dalyvių apklausas, periodiškus poveikio tyrimus, mokslininkų

tyrimus), tačiau dažniausiai šiems įsivertinimo mechanizmams trūksta nepriklausomo išorinio vertinimo.

Apibendrinant galima teigti, kad visas esamų prevencinių programų modelis yra fragmentiškas, nesubalansuotas, neapimantis visų probleminių sričių ir amžiaus grupių. Kelios iš esminių priežasčių – psichikos sveikatos problemų prevencijos sričiai iki šiol buvo skiriama mažai politinio dėmesio ir valstybės lėšų. Lietuvoje sveikatos prevencijai yra skiriama tik 14 eurų vienam gyventojui.¹⁴ Šį faktą probleminiu laiko ir daugelis Lietuvos psichikos sveikatos ekspertų. Politinės valios trūko suformuoti prevencijos koordinavimo algoritmus, kurti nuoseklią prevencijos politiką bei pripažinti esminį prevencijos vaidmenį visoje psichikos sveikatos sistemoje.

Žemiau pateikiamas surinktos informacijos apie prevencines programas sąvadas:

Priedas. Lietuvoje vykdomos prevencinės programos									Prevencinės	
									Stiprinimo	
Nr.	Programos pavadinimas	Problema	Amžiaus grupė	Vykdytojas	Akredituota	Trukmė	Dalyvių skaičius	Finansai	Lygis	Daugiau info
1.	Olweus	Patyčių ir smurto	Mokyklinio amžiaus	Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras	Taip	2008-2016	20 705 mokyklos darbuotojų	2 871 044,00€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
2.	Kalbėkimės	Alkoholio vartojimo	11-18 metų	Šiuolaikinės pedagogikos ir psichologijos centras	Taip	2015-04-01 - 2015-12-31	Nėra informacijos	34 498,50€	Pirminis (universali)	Nėra informacijos
3.	Zipio draugai	Socialinių ir emocinių igūdžių	5-7 metų	VšĮ "Vaiko labui"	Taip	2000-2016	160 tūkst. vaikų	506 084€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
4.	Obuolio draugai	Socialinių ir emocinių igūdžių	8-10 metų	VšĮ "Vaiko labui"	Taip	2012-2016	14,4 tūkst. vaikų	104 609€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
5.	Antras žingsnis	Socialinių-emocinių igūdžių ir smurto	7-10 metų	VšĮ "Paramos vaikams centras"	Taip	2004-2014	1813 mokytojų ir 32 634 vaikų	537 824€	Pirminis (universali)	Nėra informacijos
6.	Paauglystės kryžkelės	Narkotikų vartojimo ir gyvenimo igūdžių	[vairaus amžiaus suaugusieji ir vaikai bei paaugliai (11-15 metų)]	VšĮ "Lions Quest Lietuva"	Taip	2006-2016	170 suaugusiųjų (mokyklų bendruomenių atstovai)	87 541€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
7.	Gyvai	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	12-14 metų	Asociacija "Mentor Lietuva"	Taip	2009-2016	14 792 moksleiviai ir 449 pedagogų	35 177€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
8.	Mentorystė	Narkotikų vartojimo ir atsparumo neigiamai įtakai	12-14 metų	Asociacija "Mentor Lietuva"	Taip	2004-2016	270 moksleivių	87 699€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
9.	VEIK (Vaiko emocinės iškrovos kontrolė)	Emocinių igūdžių	[vairaus amžiaus suaugusieji ir vaikai bei paaugliai]	VšĮ "Šeimos santykių institutas"	Taip	2010-2016	229 suaugusieji (mokyklų bendruomenių atstovai ir programos vadovai) ir ~1100 vaikų ir paauglių	114 069€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
10.	Mokykla tėvams ir auklėtojams	Tėvų ir auklėtojų socialinių bendravimo igūdžių; Vaikų psichologinio atsparumo	[vairaus amžiaus suaugusieji]	VO "Gelbėkit vaikus"	Taip	2010-2014	19 mokyklų	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Nėra informacijos
11.	STEP	Tėvystės igūdžių stiprinimo	[vairaus amžiaus suaugusieji]	Pozityvus auklėjimo konsultantų asociacija	Taip	2010-2016	1767 tėvai	26 213€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
12.	Sniego gniūžtė	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	7-11 m.; 12-16 m.; 17-19 m.	Lietuvos krikščioniškojo jaunimo blaivybės sąjunga "Žingsnis"	Taip	1994-2016	15 tūkst. jaunuolių	<i>mišrus šaltiniai; neapskaičiuojama</i>	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
13.	Linai	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir socialinių-emocinių igūdžių	[vairaus amžiaus suaugusieji ir vaikai bei paaugliai]	Lietuvos blaivybės fondas	Ne	1998-2016	Nėra informacijos	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
14.	Kampanija "Pirmiausia - išklausk"	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	[vairaus amžiaus suaugusieji]	NTAKD	Ne	2016	-	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Kampanija tęsiama
15.	Kampanija "Tėvai seka vaikų pavyzdžiu"	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	[vairaus amžiaus suaugusieji]	NTAKD	Ne	2015-2016	-	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Kampanija tęsiama

¹⁴ Eurostat. 2014. *Health care expenditure by function (preventive care)*. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.

16.	Savu keliu	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	[vairaus amžiaus suaugusieji ir vaikai bei paaugliai (8-19 m.)	Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras	Ne	2014-2015	Nėra informacijos	106 580€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
17.	Taiki mokykla	Socialinių įgūdžių ir konfliktų prevencijos	[vairaus amžiaus suaugusieji ir vaikai bei paaugliai (11-19 m.)	Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras	Ne	2014-2015	379 mokiniai ir 45 mokytojai	24 000€	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
18.	Kampanija "Be patyčių"	Patyčių	[vairaus amžiaus suaugusieji ir vaikai bei paaugliai	VšĮ "Vaikų linija"	Ne	2004-2016	-	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Kampanija tęsiama
19.	Socialinė informacinė kampanija, nukreipta prieš tabako vartojimą	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	[vairaus amžiaus suaugusieji ir jaunimas	NTAKD	Ne	2014	-	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Kampanija baigta
20.	Kampanija "Išpilk"	Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	Mokyklinio amžiaus	NTAKD / Lietuvos moksleivių sąjunga	Ne	2012-2013	-	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Kampanija baigta
21.	Kampanija "Nesikišu ne į savo reikalus"	Psichoaktyviųjų medžiagų platinimo	[vairaus amžiaus suaugusieji ir jaunimas	NTAKD	Ne	2013	-	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Kampanija baigta
22.	Paguodos skrynelė	Emocinių įgūdžių	7-12 m. vaikai	VšĮ "Psichikos sveikatos iniciatyvos"	Ne	2015-2016	Nėra informacijos	Nėra informacijos	Pirminis (indikacinė)	Programa tęsiama
23.	Mobili programėlė "Man rūpi"	Socialinių ir emocinių įgūdžių	Jaunimas	Klaipėdos miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras	Ne	Nėra informacijos	Nėra informacijos	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Programa tęsiama
24.	Savipagalbos programa "Geros nuotaikos link"	Depresijos ir nerimo simptomų	[vairaus amžiaus suaugusieji ir jaunimas	Antakalnio poliklinika	Ne	2016	8 885 lankytojai	19 485,25€	Pirminis (indikacinė)	Programa tęsiama
25.	Mobili programėlė "Antistresiniai pratimai"	Streso	[vairaus amžiaus suaugusieji ir jaunimas	Kauno miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biuras	Ne	2016	100 vartotojų	Nėra informacijos	Pirminis (universali)	Programa tęsiama

UŽSIENIO ŠALIŲ ANALIZĖ

Projekto metu buvo apžvelgtos 3 užsienio šalių (Nyderlandų, Jungtinės Karalystės ir Australijos) praktikos. Užsienio šalių prevencinių modelių analizę atlikome pirmiausia apžvelgdami pasirinktų šalių psichikos sveikatos rodiklius, siekdami išaiškinti, kokias problemas stengiamasi spręsti prevencinėmis priemonėmis. Po to apžvelgėme tos šalies psichikos sveikatos modelį ir prevencijos vietą jame, remdamiesi modelį apibūdinančiais nacionaliniais dokumentais ir programomis. Šalis pasirinkome pagal vykdomos psichikos sveikatos politikos pažangumą. Žemiau pateikiame apibendrintas tendencijas ir detalesnę užsienio šalių analizę: pirmiausia analizuojame šalies psichikos sveikatos situaciją, kuri pateikiama prieš apžvelgiant psichikos sveikatos sistemos prevencinį modelį.

Atliekant užsienio šalių analizę, paaiškėjo, kad psichikos sveikatos politikoje tarptautiniu mastu vyrauja šios esminės tendencijos bei praktikos:

1. 2009 - 2015 metai - reformų psichikos sveikatos sistemoje laikotarpis;
2. Į asmenį orientuotas (angl. *patient-centered*) modelis;
3. Pabrėžiamas prevencijos ir stiprinimo vaidmuo visose srityse;
4. Savipagalbos įgūdžių formavimas;
5. E-psichikos sveikatos įrankių populiarėjimas ir socialinių inovacijų panaudojimas;
6. Perėjimas nuo medikamentinio gydymo prie kompleksinio gydymo.

Žemiau pateikiame detalesnę psichikos sveikatos ir jos sistemos trijose užsienio šalyse analizę.

Australija

PSICHIKOS SVEIKATOS STATISTIKA

Australijoje **savižudybės** užima tryliktą vietą dažniausių mirties priežasčių sąrašė. Per devynis pastaruosius metus šioje šalyje savižudybių skaičius pakilo nuo 10,2 savižudybių 100 tūkst. gyventojų 2006 m. iki 12,6 savižudybių 100 tūkst. gyventojų 2015 m. Kaip ir daugelyje šalių, vyrų savižudybių skaičius Australijoje yra didesnis negu moterų (atitinkamai 19,3 ir 6,1 savižudybių 100 tūkst. gyventojų). Australijos statistikos biuro duomenimis, daugiausiai vyrų žudėsi 40-44 m. amžiaus grupėje. Savižudybių problema itin aktuali ir kalbant apie išlikusias senųjų Australijos gyventojų bendruomenes: savižudybė yra vis dar pagrindinė šių gyventojų 15-34 m. amžiaus grupėje mirties priežastis. Vidutinis senųjų gyventojų amžius savižudybės

metu yra 28,4 metai (palyginus su 45,1 metais likusios populiacijos grupėje).¹⁵

Smurtas artimoje aplinkoje Australijoje taip pat yra aktuali problema: 2012 m. tyrimo duomenimis, 1 iš 3 Australijos moterų savo gyvenime nuo 15 m. yra patyrusi fizinį smurtą, 1 iš 5 – seksualinį smurtą, 1 iš 4 – psichologinį smurtą. Nepaisant plataus smurto masto, 58 proc. moterų niekada nesikreipė dėl to į policiją, o 24 proc. niekada neieškojo pagalbos ar patarimo.¹⁶ Dėl šios priežasties užregistruotų su smurtu šeimoje susijusių incidentų skaičius yra sąlyginai mažas – praėjusiais metais tokių įvykių užfiksuota beveik 68 tūkst.¹⁷

Alkoholio vartojimas taip pat sukelia papildomų problemų fizinės ir emocinės sveikatos atžvilgiu. Alkoholio sukeltų lėtinių ligų ir sužalojimų skaičius per paskutinį dešimtmetį Australijoje išaugo 62 proc. – šiandien dėl alkoholio žalos šalyje kasdien miršta 15 žmonių ir dar 430 patenka į gydymo įstaigas.¹⁸ Tai reiškia 5 554 mirčių ir 157,132 hospitalizacijos atvejų per metus. Tarp vyrų dažniausiai su alkoholiu susijusių mirčių priežastys yra su(si)žalojimai (38 proc.), onkologinės ligos (25 proc.), virškinimo sistemos ligos (16 proc.) ir neuropsichiatriniai sutrikimai (7 proc.), tarp moterų – širdies ir kraujagyslių (34 proc.), onkologinės ligos (31 proc.) ir su(si)žalojimai (21 proc.), neuropsichiatriniai sutrikimai (6 proc.).¹⁹ Iš visų alkoholio sukeltų sutrikimų, neuropsichiatriniai sutrikimai yra pagrindinė moterų hospitalizacijos priežastis (41 proc.) ir antra priežastis po su(si)žalojimų tarp vyrų (30 proc.).²⁰

Kalbant apie **patyčių** problemą, pastebimas šios problemos masto mažėjimas. Plačios apimties nacionalinio tyrimo metu buvo atskleista, jog apie patiriamas patyčias 2009 m. buvo pranešę 27 proc. moksleivių, palyginus su 38 proc. moksleivių 2006 m.²¹ Tačiau ši statistika apima tik tuos atvejus, kai apie patyčias buvo pranešta, todėl realus patyčių paplitimas turėtų būti didesnis. Šalyje plačiai kalbama ir apie elektroninių patyčių fenomeną, nes, pasak tyrimų, maždaug 80 proc. tų, kurie tyčiojasi iš kitų virtualioje erdvėje, tą patį daro ir kasdienybėje.²² Skaičiuojama, kad apytiksliai 1 iš 5 jaunuolių iki 18 m. (20 proc.) yra patyręs patyčias virtualioje erdvėje bent kartą per metus.²³

Laimės ir geros savijautos rodikliai taip pat nerodo progreso. 2015 m. atlikta kasmetinė apklausa atskleidė, kad net 35 proc. australų teigia stipriai jaučiantys neviltį (angl. distress) savo gyvenime, 26 proc. patiria stiprius nerimo simptomus, 26 proc. teigia jaučiantys vidutinius ir/ar ypač stiprius depresijos simptomus. Palyginus su 2011 m., kai šią apklausą pradėta vykdyti,

¹⁵ Australijos statistika:

<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2015~Main%20Features~Intentional%20self-harm:%20key%20characteristics~8>

¹⁶ <http://anrows.org.au/sites/default/files/Violence-Against-Australian-Women-Key-Statistics.pdf>

¹⁷ NSW Bureau of Crime Statistics and Research, 2011-2016,

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwipNGR3NrRAhUmCpoKHS euApAQFggBMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bocsar.nsw.gov.au%2FDocuments%2FRCS-Quarterly%2FDomestic%2520Violence%2520Statistics.xls&usq=AFQjCNFC5A5x2RFMOvF8IVDJ49urlIVdiLg>

¹⁸ <http://theconversation.com/australia-daily-alcohol-toll-15-deaths-and-430-hospitalisations-29906>

¹⁹ Alcohol burden of disease, <http://www.turningpoint.org.au/site/DefaultSite/filesystem/documents/EMBARGO-FARE-Alcohol-Burden-of-disease-Report.pdf>

²⁰ Ten pat.

²¹ <https://nobullying.com/bullying-statistics-in-australia/>

²² <https://bullyingnoway.gov.au/WhatsBullying/FactsAndFigures>

²³ Ten pat.

2015 m. streso, depresijos ir nerimo rodikliai išaugo. Pavyzdžiui, 2011 m. **depresijos** skalės rodiklis buvo 7.7, o 2015 m. – 8.1 (nors ir leidosi žemyn po pakilimo 2013 m.).²⁴ Pažymėtina ir tai, kad Australijoje nuo 1990 m. antidepressantų suvartojimas išaugo 500 proc. ir 2013 m. siekė 96 apibrėžtas paros dozes (DDD) tūkstančiui gyventojų per dieną. Lyginant su kitomis šalimis, Australija pagal šį rodiklį yra antra po Islandijos.²⁵ Nepaisant to, Pasaulinėje laimės ataskaitoje 2016 kitų valstybių kontekste Australija atrodo puikiai – užima 9 vietą iš 157 pasaulio valstybių.²⁶

Stresas darbe. 2015 m. geros savijautos darbovietėje rodiklis šiek tiek išaugo (4.3) palyginus su 2014 ir 2015 m. rodikliais (4.2), tačiau jis išlieka pakankamai pastovus. Reikia pastebėti, kad 2015 m. 31 proc. dirbančių australų savo darbą/darbovietę nurodė kaip patiriamo streso priežastį. Tokių žmonių, palyginus su ankstesniais metais, sumažėjo keliais procentais.²⁷

PSIHIKOS SVEIKATOS PROBLEMŲ PREVENCIJOS MODELIO APŽVALGA

„Nepaisant profesionalaus daugybės organizacijų ir specialistų darbo, psichikos sveikatos sistema būtina pertvarkyti ir performuoti. Prastai planuojama psichikos sveikatos sistema atsiliepia žmonių savijautai ir Australijos produktyvumui bei ekonominei plėtrai. Ekonominė psichikos sutrikimų našta yra milžiniška. Skaičiuojama, kad tai mūsų valstybei kasmet kainuoja iki 28.6 bilijonų dolerių tiesioginių ir netiesioginių išlaidų“, – taip prof. Allanas Felsas, Australijos Nacionalinės psichikos sveikatos komisijos (NMHC) pirmininkas, 2015 m. pristatė naują psichikos sveikatos reformą.²⁸

Iki šiol veikusi sistema, anot NMHC, turi daugybę trūkumų: psichikos sveikatos priežiūros sistemoje egzistuoja daugybę barjerų, kurie apsunkina naudojimąsi paslaugomis; sistema orientuojasi į veiklą, o ne į asmenų poreikius; sistema veikia pernelyg lėtai; sistema yra labai fragmentuota, todėl sveikatos paslaugos dažnai dubliuojasi, persidengia arba – priešingai – „nepadengia“ visų poreikių; sistemai trūksta socialinės atsakomybės ir jautrumo socialiai pažeidžiamoms grupėms; prastai išnaudojami išteklių (trūksta gydytojų bendradarbiavimo, finansavimo pasiskirstymo prevencinėms veikloms etc.).²⁹

²⁴ <https://www.psychology.org.au/Assets/Files/PW15-SR.pdf>

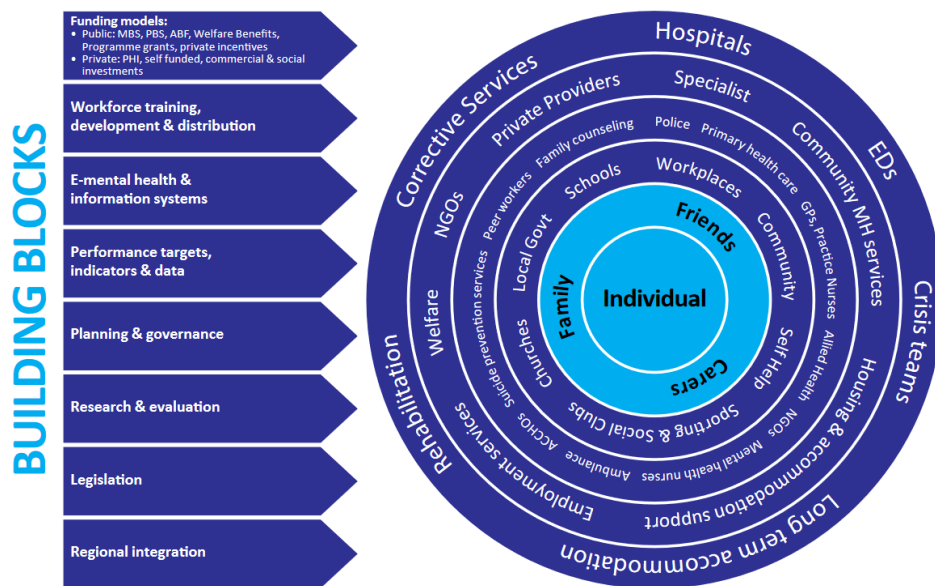
²⁵ <http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media/119929/Vol%20%20-%20Review%20of%20Mental%20Health%20Programmes%20and%20Services.pdf>, p. 58-59.

²⁶ http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V1_web.pdf

²⁷ <https://www.psychology.org.au/Assets/Files/PW15-SR.pdf>

²⁸ <http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media-centre/news/national-review-of-mental-health-programmes-and-services-report-released.aspx>

²⁹ <http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media/119896/Summary%20%20-%20Review%20of%20Mental%20Health%20Programmes%20and%20Services.PDF>



Pav. 1. Į asmenį orientuoto modelio dizainas (Australijos atvejis). Šaltinis: NMHC.

Pagrindiniai pokyčiai Australijos psichikos sveikatos sistemoje yra susiję su „į asmenį orientuoto modelio“ (angl. *person-centered approach*) diegimu. Pagal tokį modelį (žr. pav. 1), „paslaugos turi būti taikomos prie asmens poreikių, o ne pats asmuo turi taikytis prie sistemos“.³⁰ Tačiau pagrindinis tokio modelio prioritetas yra įgalinti asmenis ir jų šeimas savimi pasirūpinti: „daugeliui žmonių rūpestis savimi ir artimųjų pagalba yra patys svarbiausi jų *turimi* resursai, kuriais naudodamiesi jie gali kurti ir palaikyti gerą psichikos sveikatą ir visapusišką gerovę (...)“.³¹ Pirmiausia modelio koncepcijoje pabrėžiama pagalba sau – t. y. įgūdžių lavinimas ir turėjimas, kurie gali padėti susitvarkyti su psichikos sveikatos problemomis. Prie savipagalbos prijungiama pagalba iš artimųjų rato svarba, o už jos – pasirengusios padėti bendruomenės ir tik po to iškyla visas įstaigų tinklas, skirtas pirminei ir tęstinei pagalbai. Šio modelio esmė – ne plataus masto gydymas įstaigose, o prevencija ir ankstyva intervencija iš pačios artimiausios aplinkos. Tačiau jis būtų neįgyvendinamas be „sutvirtinančių elementų“ – adekvataus finansavimo, reikalingų teisės aktų, planavimo ir sistemos valdymo, vertinimo ir stebėsenos sistemos, e-psichikos sveikatos sistemos, plataus masto edukacijos ir pan.

³⁰ Ten pat, p. 10.

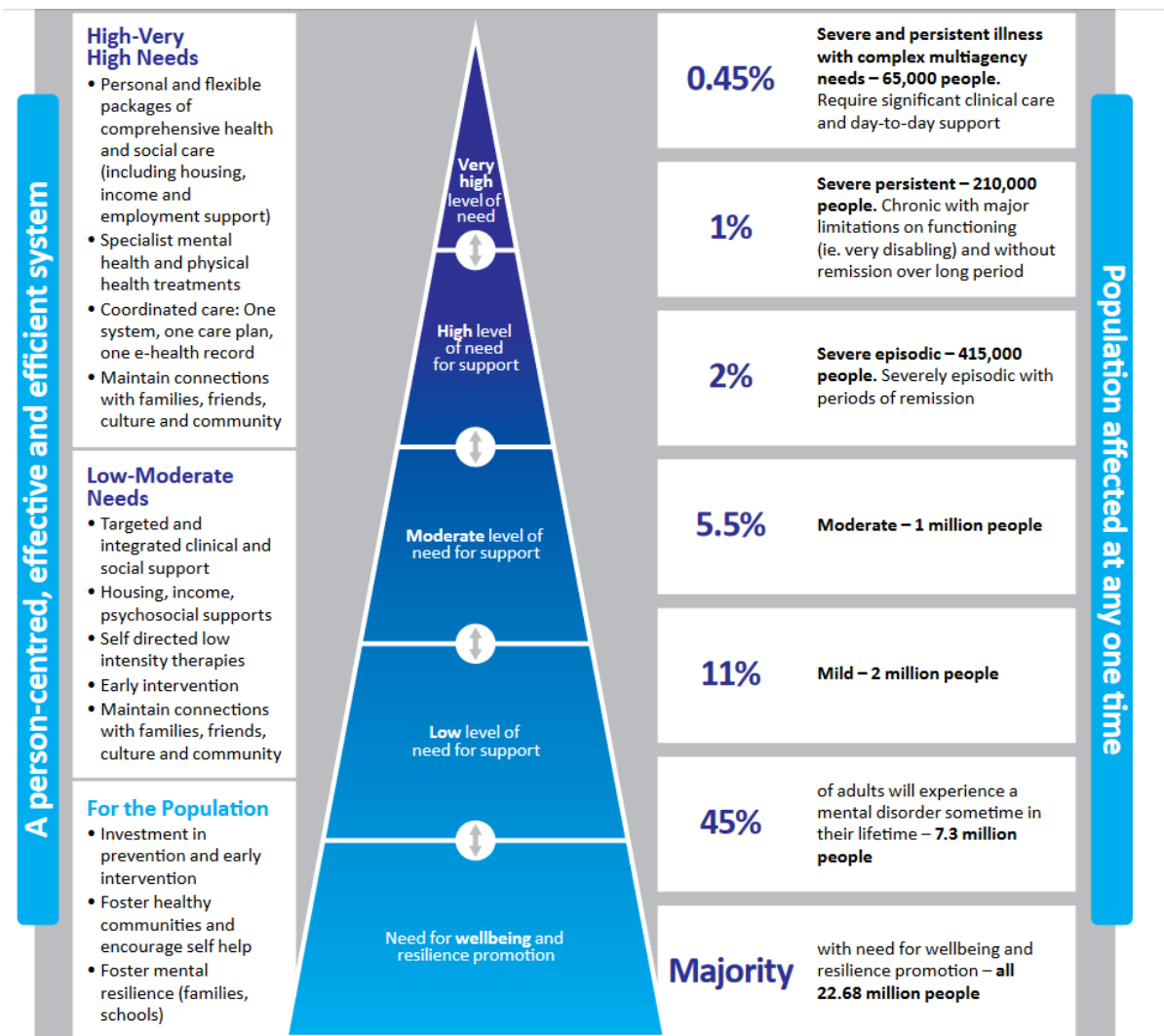
³¹ Ten pat.



Pagrindiniai pokyčiai Australijos psichikos sveikatos sistemoje yra susiję su „į asmenį orientuoto modelio“ diegimu. Pagal tokį modelį „paslaugos turi būti taikomos prie asmens poreikių, o ne pats asmuo turi taikytis prie sistemos“.

Tam, kad šis modelis užtikrintų adekvačios, poreikius atitinkančios pagalbos teikimą (pvz., esant rimtiems psichikos sutrikimų atvejams, savipagalba ar pagalba iš bendruomenės neatitiks asmens poreikių), Australijoje jis diegiamas atsižvelgiant į populiacijoje pasiskirsčiusias rizikos grupes (žr. pav. 2). Atsižvelgiant į skirtingus poreikius ir jų skirtingą apimtį, atitinkamai planuojama ir psichikos sveikatos sistema. Kaip matosi nubrėžtoje piramidėje, didžiajai populiacijos daliai (22.68 milijonams žmonių) reikalingas geros savijautos ir atsparumo skatinimas, o konkrečių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas paskirstomas kitoms – siauresnėms – populiacijos grupėms, kurios susiduria su įvairaus sunkumo ar lengvumo psichikos problemomis, ir kurios jaučia tokių paslaugų poreikį. Siekiant stiprinti daugumos Australijos gyventojų gerą savijautą ir atsparumą, pagal šį modelį investuojama į prevencines ir ankstyvos intervencijos priemones, taip skatinant savipagalbą, emocinį atsparumą ir skiriant svarbų dėmesį bendruomenių vaidmeniui.

Šios psichikos sveikatos sistemos piramidės pagrindas yra būtent prevencija ir ankstyva intervencija, kurių efektyvus taikymas gali užtikrinti populiacijos grupių, susiduriančių su psichikos sveikatos sunkumais, mažėjimą. Ir atvirkščiai – nepatenkintas daugumos gyventojų geros savijautos ir atsparumo stiprinimo poreikis gali padidinti žmonių skaičių, susiduriančių su psichikos sutrikimais. Todėl prevencija ir atsparumo stiprinimas yra esminė psichikos sveikatos sistemos dalis, aktuali didžiajai daliai visuomenės. Atitinkamai planuojama keisti ir sistemos finansavimo prioritetus, didinant skiriamas lėšas prevencijai, bendruomenių ir pirminės sveikatos priežiūros lygmenims bei mažinant stacionariųjų įstaigų ir socialinių neįgalumo išmokų finansavimą.



Pav. 2. Populiacijos sandara pagal psichikos sveikatos poreikius. Šaltinis: NMHC.

Nyderlandai

PSIČIKOS SVEIKATOS STATISTIKA

Savižudybių skaičius Nyderlanduose 2015 m. buvo pats aukščiausias per pastaruosius 24 metus ir siekė 11,1 savižudybių 100 tūkst. gyventojų. Vidutiniškai šioje šalyje nusižudo po 5 žmones kasdien. Palyginus su moterimis, nusižudžusių vyrų buvo dukart daugiau. Daugiausiai žmonių nusižudė 50-59 m. amžiaus grupėje (19,1 savižudybių 100 tūkst. gyventojų), tačiau pastaraisiais metais padidėjo jaunų žmonių (20-29 m.) savižudybių skaičius – nuo 7,4 savižudybių 100 tūkst. gyventojų 2014 m. iki 8,7 2015 m.³²

³² <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2016/26/more-suicides>

Tyrimais nustatyta, kad daugiau nei 40 proc. šios šalies piliečių yra patyrę **smurtą** artimoje aplinkoje kažkuriuo savo gyvenimo metu. Iš jų – 10 proc. patiria smurtą kasdien ar kas savaitę. Kasmet policijoje užregistruojama 56 tūkst. smurto šeimoje atvejų, tačiau žinoma, jog policijai pranešama tik 12 proc. visų smurto namuose atvejų, todėl manoma, kad tikrasis smurto mastas yra daug didesnis ir turėtų sudaryti apytiksliai 500 tūkst. tokių incidentų per metus.³³

Nuo 1980-ųjų Nyderlanduose **alkoholio** suvartojimas netolygiai mažėja ir 2015 m. siekė 6,75 l per metus vienam gyventojui (PSO duomenimis, pagal alkoholio suvartojimą Nyderlandai užima 26 vietą Europoje). Mirtingumas nuo alkoholio šalyje taip pat nėra didelis ir sudaro 2,7 proc. visų mirčių.³⁴ Didelį epizodinį alkoholio suvartojimą yra patyrę 5,9 proc. gyventojų, su alkoholio sukeltais sutrikimais yra susidūrę 1,2 proc. gyventojų, o priklausomybę nuo alkoholio turi 0,7 proc. gyventojų.³⁵

Atlikus tyrimą ir apklausus 100 tūkst. šalies jaunuolių, paaiškėjo, kad 11 proc., t. y. vidutiniškai 3 vaikai kiekvienoje 27 moksleivių klasėje, patiria **patyčias**. 5 proc. iš jų teigė, kad patiria patyčias virtualioje erdvėje. Nustatyta, kad berniukai dukart dažniau negu mergaitės tyčiojasi iš kitų, tačiau patyčias vienodai dažnai patiria abiejų lyčių vaikai.³⁶

Šalies **laimės** indeksas yra itin aukštas. Pasaulinėje laimės ataskaitoje 2016 Nyderlandai užima 7 vietą iš 157 pasaulio valstybių.³⁷ Jei šalyje suvartojamų antidepresantų kiekį laikysime vienu iš laimingumo ir emocinės gerovės indikatorių ir palyginsime jį su kitų šalių duomenimis, pamatysime, jog Nyderlandai šiuo atžvilgiu taip pat lyderiauja ir yra žemiau OECD šalių vidurkio (56 apibrėžtos paros dozės (DDD) tūkstančiui gyventojų per dieną, kai Nyderlanduose šis skaičius yra 42).³⁸ 2014 m. **depresija** sirgo 8 proc. (daugiau nei 1 mln.) šalies gyventojų.³⁹

Europos kontekste Nyderlanduose darbuotojų patiriamo **streso** lygis yra gana žemas – 2014 m. maždaug 12 proc. darbuotojų teigė patiriantys stresą darbovietėje. Toks pats procentas dirbančiųjų tikino dėl šios priežasties patyrę ir persidirbimą („burnout“).⁴⁰ Tačiau streso rodikliai nuo 2000 m. Nyderlanduose yra gerokai sumažėję – minėtais metais apie 25 proc. darbuotojų teigė patiriantys stresą, o 2005 m. – jau tik apie 18 proc.⁴¹

³³ <http://www.huiselijkgeweld.nl/english/factsheet>

³⁴ <http://www.stap.nl/en/home/facts-and-figures.html>

³⁵ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

³⁶ <http://nltimes.nl/2016/04/19/three-students-bullied-dutch-classroom/>

³⁷ http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2016/03/HR-V1_web.pdf

³⁸ <http://www.mentalhealthcommission.gov.au/media/119929/Vol%20%20-%20Review%20of%20Mental%20Health%20Programmes%20and%20Services.pdf>

³⁹ <http://nltimes.nl/2016/01/25/depression-grips-million-dutch-people>

⁴⁰ <http://www.iamexpat.nl/read-and-discuss/career/news/stress-most-common-occupational-hazard-netherlands>

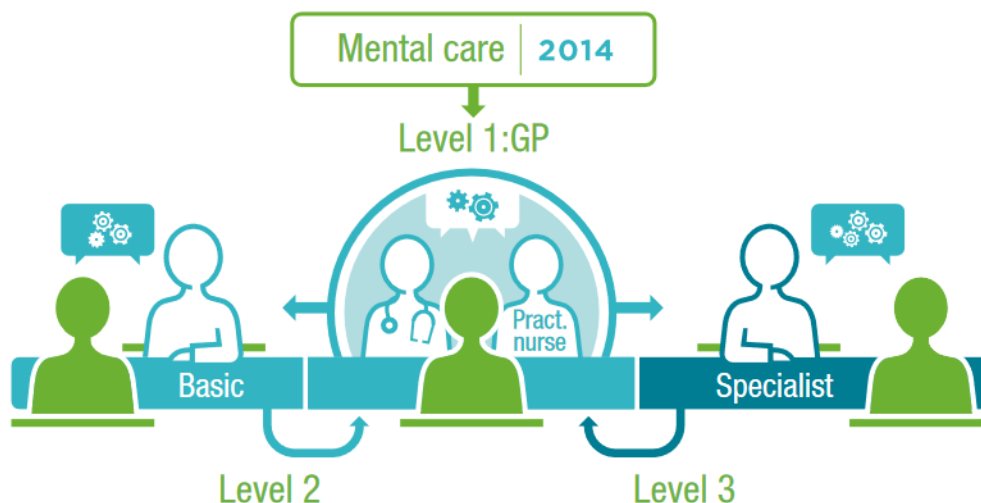
⁴¹ https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work

PSIHIKOS SVEIKATOS PROBLEMŲ PREVENCIJOS MODELIO APŽVALGA

2013-2014 m. Nyderlanduose buvo pradėta psichikos sveikatos sistemos reforma, sulig kuria pradėti sistemos efektyvinimo veiksmai. Vyriausybė, pacientų atstovai, sveikatos paslaugų teikėjai, profesionalai ir draudėjai susitarė pertvarkyti esamą psichikos sveikatos sistemą ir paversti ją labiau orientuotą į asmenį, priartinant paslaugas prie paciento ir mažinant išsiplėtusias institucijas.

Vieni iš esminių pertvarkos prioritetų yra, pavyzdžiui, pradėti destigmatizacijos programas, kurios skatintų žmonių, turinčių psichikos sveikatos problemų, socialinę integraciją, taip pat – pereiti nuo institucinių psichikos sveikatos paslaugų prie bendruomeninių, sumažinant plačiai taikomą gydymą stacionare ir pan. Pastarasis pokytis yra susijęs ir su pirminės psichikos sveikatos priežiūros stiprinimu, siekiant sumažinti pacientų skaičių antrinės priežiūros lygmenyje.⁴²

New ordering of mental health care from 2014



Substitution from higher to lower levels

Pav. 3. Nauja psichikos sveikatos priežiūros tvarka nuo 2014 m.

Nuo 2014 m. asmenys, susidūrę su psichikos sveikatos sunkumais, turi kreiptis į savo šeimos gydytoją, kuriam padeda psichikos sveikatos priežiūros slaugytoja. Jei problema nėra išsprendžiama šiame lygyje, gydytojas gali nukreipti pacientą į pirminio arba antrinio lygio specialistą. Pirminio lygio specialistas (psichologas, psichiatras ar psichoterapeutas) gali suteikti trumpalaikes tęstines konsultacijas arba pasiūlyti gydytis e-sveikatos priemonėmis. Ši priežiūra skirta asmenims su silpnais, nestipriais psichikos sveikatos sutrikimais ar jų simptomais.

⁴²

<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Nas%20en%20Van%20Geldrop%20%282013%29%20Cornerstones%20of%20Mental%20Health.pdf>

Specializuota antrinio lygio pagalba skirta žmonėms, turintiems kompleksines problemas ir keliantiems riziką sau arba aplinkiniams. Pacientą šiame lygyje gydo specialistų komanda, jei įmanoma stengiantis išvengti stacionarinio gydymo. Tikimasi, kad pagal šią tvarką į pirminį ir antrinį atitinkamai pakliūs vis mažiau žmonių, o dauguma problemų bus išspręstos šeimos gydytojo lygyje.⁴³

Nyderlandų „į pacientą orientuotas modelis“, kitaip negu Australijos, vis dar išlaiko tą institucinį lygmenį kaip pagrindinį, į kurį turėtų patekti asmuo, susidūręs su psichikos sveikatos iššūkiais. Tiesa, instituciniame lygmenyje pagalba yra diferencijuojama ir suteikiama atsižvelgiant į asmens poreikį. Tačiau Australijoje šis modelis formuluojamas kiek kitaip – stengiamasi kuo labiau įtraukti bendruomenes ir būtent ten dislokuoti sveikatos paslaugas. Nyderlandų modelyje bendruomenės labiau suvokiamos kaip tos, kurios padeda grįžti atgal į stabilų gyvenimą⁴⁴, o ne tos, kuriose reikiamu metu gali gauti pagalbą ir spręsti savo emocines problemas tau artimoje aplinkoje (kaip Australijoje).



Nyderlandų psichikos sveikatos reforma bent šiame etape yra labiau susitelkusi į institucinius pokyčius, o ne į naujas prevencijos strategijas.

Kaip rašoma tarpsektorinėje reformos sutartyje, vienas iš pagrindinių reformos tikslų ir esminių sistemos grandžių bus prevencija ir atsparumą stiprinanti savipagalba, nors pačiame susitarime apie tai rašoma nedaug. Tačiau pabrėžiama e-psichikos sveikatos svarba (išmaniosios programėlės, internetinės savipagalbos programos, virtualios realybės terapija ir pan.), kuri jau ne pirmus metus yra sėkmingai naudojama Nyderlandų psichikos sveikatos sistemoje.⁴⁵ Vis tik Nyderlandų psichikos sveikatos reforma bent šiame etape yra labiau susitelkusi į institucinius pokyčius, o ne į naujas prevencijos strategijas.

⁴³

<http://www.ggzneland.nl/uploads/assets/Nas%20en%20Van%20Geldrop%20%282013%29%20Cornerstones%20of%20Mental%20Health.pdf>

⁴⁴

<http://www.ggzneland.nl/uploads/assets/National%20Agreement%20on%20the%20Future%20of%20Mental%20Health%20Care.pdf>, p. 1, p. 10.

⁴⁵ <http://www.ggzneland.nl/uploads/assets/20130514%20Factsheet%20eHealth.pdf>

Jungtinė Karalystė

PSICHIKOS SVEIKATOS STATISTIKA

Smurtas artimoje aplinkoje. Nuo 2013 metų smurto artimoje aplinkoje skaičius išaugo 31 proc. Per 12 mėnesių iki 2015 kovo buvo registruota beveik 900 000 skambučių apie smurto artimoje aplinkoje atvejus, t.y. maždaug 100 skambučių per valandą. Smurtas artimoje aplinkoje sudaro 10 proc. visų nusikaltimų. Nustatyta, jog Anglijoje ir Velse 28,3 proc. moterų ir 14,7 proc. vyrų (nuo 16 metų) patiria smurtą artimoje aplinkoje, t.y. 4,9 mln. moterų ir 2,7 mln. vyrų.⁴⁶

Alkoholis. Anglijoje daugiau nei 9 mln. žmonių išgeria daugiau, nei rekomenduotinas dienos limitas.⁴⁷ 2014 m. JK užfiksuotos 8697 mirtys nuo alkoholio⁴⁸ (6831 Anglijoje⁴⁹). Iš 1,1 mln. priėmimų į ligoninę dėl alkoholio vartojimo sukeltų sutrikimų, traumų ar būklių 2/3 sudarė vyrai. Per 2015 metus buvo išrašyti 196 000 receptai vaistams priklausomybės nuo alkoholio gydymui.

Depresija. Nustatyta, kad 4-10 proc. Anglijoje žmonių patirs depresiją per savo gyvenimą. 1 iš 6 turi psichikos sutrikimų.⁵⁰ Apskaičiuota, jog penktadalis darbo dienų Anglijoje yra praleidžiama dėl nerimo ir depresijos.⁵¹

Patyčios. 50 proc. (1,5mln. jaunuolių) yra patyrę patyčias per pastaruosius metus. 19 proc. (145 800) jų patyrė patyčias kiekvieną dieną. Patyčias patiria dvigubai daugiau berniukų, nei mergaičių (66 proc. ir 31 proc.) 33 proc. jaunuolių iš kurių tyčiojamosi turi savižudiškų minčių. 44 proc. jų patiria depresiją ir 41 proc. nerimą.⁵² Daugiau nei 16 000 moksleivių praleidžia pamokas dėl patyčių.⁵³ Jungtinės Karalystės „Vaikų Linija“ („Childline“) įvykdė daugiau nei 25 700 konsultacijų dėl vaikų patiriamų patyčių.

Savižudybės. 2014 metais savižudybių santykis Jungtinėje Karalystėje ir Šiaurės Airijoje buvo 16.8 vyrų mirtys 100,000 ir 5.2 moterų mirtys 100,000 gyventojų. Daugiausia savižudybių buvo atlikta 45-49 metų amžiaus vyrų. Bendras savižudybių skaičius JK 2014 buvo mažesnis nei ankstesniais metais, tačiau nepaisant bendro sumažėjusio rodiklio, pagal lytį matomas išaugimas moterų savižudybių skaičiuje.⁵⁴

Stresas. 2015-2016 metais buvo užfiksuoti 488 000 įvykiai dėl patirto streso, nerimo darbe.⁵⁵ 100 000 žmonių tenka 1510 streso darbe įvykių. Dėl patirto streso buvo praleista 11,7

⁴⁶ Library In Focus report for Members of the House of Lords. LIF-2015-0060

⁴⁷ <https://www.alcoholconcern.org.uk/alcohol-statistics>

⁴⁸ <https://www.alcoholconcern.org.uk/alcohol-statistics>

⁴⁹ <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20999/alc-eng-2016-rep.pdf>

⁵⁰ Survey of Mental Health and Wellbeing, England 2014 <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB21748>

⁵¹ <https://www.mentalhealth.org.uk/statistics/mental-health-statistics-most-common-mental-health-problems>

⁵² <https://www.ditchthelabel.org/annual-bullying-survey-2016/>

⁵³ <https://www.nspcc.org.uk/preventing-abuse/child-abuse-and-neglect/bullying-and-cyberbullying/bullying-cyberbullying-statistics/>

⁵⁴ <http://www.samaritans.org/about-us/our-research/facts-and-figures-about-suicide>

⁵⁵ <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/>

mln. darbo dienų. Stresas vyrauja viešajame sektoriuje, tokiose srityse kaip švietimas, sveikata ir socialinė priežiūra, viešasis administravimas ir gynyba. Pagrindinės priežastys, dėl ko darbuotojai patiria stresą, nerimą ar depresiją yra per dideli darbo krūviai, spaudimas, trumpi terminai, per didelė užkraunama atsakomybė bei vadybinės pagalbos iš šono nebuvimas.

PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMŲ PREVENCIJOS MODELIO APŽVALGA

Jungtinė Karalystė dar 1999 metais sukūrė nacionalinį psichikos sveikatos modelį⁵⁶ (viziją, siektinus standartus ir paslaugų teikimo modelius) suprasdami šios srities svarbą. Tais pačiais metais skyrė 700 milijonų svarų jo įgyvendinimui ir užtikrintą tęstinumą dar dvejiems metams. Modelis apėmė visuomenę išskiriant prioritėtines grupes ir sritis – t. y. nuo darbingo amžiaus iki 65 metų (papildydamas ankstesnes iniciatyvas, kuriose apimamos visos visuomenės grupės)⁵⁷. Po ambicingos 10 metų strategijos, nuolatinio monitoringo, įgyvendintų programų, visas planas buvo įvertintas, papildytas ir besiremiant tomis pačiomis vertybėmis ir siektiniais rezultatais buvo papildytas atnaujinta strategija. Pirmiausia sukurta analizė ir gairės tolimesnės strategijos kūrimui „Naujieji horizontai: link bendroms vizijos psichikos sveikatai“⁵⁸, kur pabrėžiama psichikos sveikatos svarba ir nuolatinis poreikis investuoti į šią sritį; bendruomenių svarba; prevencinių programų visose amžiaus grupėse bei inovatyvūs sprendimai, kurie laukiami iš visų Vyriausybės sričių. 2011 metais buvo atnaujinta strategija pavadinimu „Nėra sveikatos be psichikos sveikatos“⁵⁹, kurioje pabrėžiama išaugusi žmonių socialinė nelygybė ir tuo pačiu išaugusios išlaidos sveikatos apsaugai.

Vienas iš esminių strategijoje deklaruojamų tikslų – į asmenį orientuotų paslaugų modelis (principas – „No decision about me without me“), kur priežiūra ir gydymas yra personalizuojamas atsižvelgiant į žmogaus poreikius, ypač sprendimai ieškomi bendruomenės lygmeniu.⁶⁰ Žmonės turi turėti visą reikalingą informaciją ir pagalbą, kurios jiems reikia tiek renkantis pagalbą, tiek patį gydymą. Antras tikslas yra ieškoti dar daugiau sistemos vertinimo ir stebėsenos kriterijų bei rodiklių, kuriais būtų galima stebėti kokybę ir teikiamas paslaugas. Paskutinis akcentas – įgalinti vietas bendruomenės, nevyriausybines organizacijas imtis iniciatyvos, gerinti paslaugų kokybę, kurti inovacijas visų amžiaus grupių, kultūrų ir poreikių žmonėms. 2011 – 2015 metai laikomi psichikos sveikatos reformos laikotarpiu. Psichikos sveikata tampa valdžios prioritetu, todėl planavimo ir strateginiuose dokumentuose psichikos sveikatos yra įtraukiama, pabrėžiama ir kai kalbama apie fizinę sveikatą, psichikos sveikata eina šalia.⁶¹

Jungtinės Karalystės psichikos sveikatos prevencijos ir stiprinimo modelį sudaro išsikelti 7 nacionaliniai standartai, kurie visi remiasi vedančiosiomis vertybėmis ir principais (pvz.: teikti

⁵⁶ National Service Framework for Mental Health, September 1999.

⁵⁷ „A New Approach to Social Services Performance“, „Saving Lives: Our Healthier Nation“, „Modernising Health and Social Services: National Priorities Guidance for 1999/00 – 2001/02“ ir kiti.

⁵⁸ „New Horizons: towards a shared vision for mental health“

⁵⁹ „No Health Without Mental Health. A Cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages“ February 2011
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf

⁶¹ <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-mental-health-service-reform/2010-to-2015-government-policy-mental-health-service-reform>

tik aukščiausios kokybės priežiūros ir gydymo paslaugas; teikti tinkamas paslaugas ir atsižvelgti, jog jos užtikrintų lygiavertiškumą ir nebūtų diskriminacinės; pasiūlyti galimybes individams, kurios skatintų jų savarankiškumą ir kt.)



Jungtinės Karalystės psichikos sveikatos prevencijos ir stiprinimo modelį sudaro išsikelti 7 nacionaliniai standartai.

1 standartas. Psichikos sveikatos stiprinimas. Tikslas yra užtikrinti, jog sveikatos ir socialinių paslaugų sektoriai stiprintų psichikos sveikatą ir sumažintų diskriminaciją bei socialinę atskirtį, kuri dažnai patiriama dėl psichikos sveikatos problemų. Todėl visas dėmesys yra skiriamas visų amžiaus grupių psichikos sveikatos stiprinimui tiek individualiu, tiek bendruomenių lygmeniu bei kovai su diskriminacija.

Prevencijos sritys:

- Visai populiacijai (ypatingas dėmesys skiriamas bedarbiams, nėščiosioms, priešmokykliniam ugdymui, kovai su stresu darbe, išsiskyrus)
- Programos individams, kurie yra rizikos grupėje
- Programos pažeidžiamoms grupėms
 - Smurtas prieš vaikus
 - Smurtas artimoje aplinkoje
 - Rasė ir psichikos sveikata
 - Žmonės, kurie turi miego problemų
 - Nuteistieji
 - Priklausomi nuo alkoholio ir narkotikų
 - Patiriantys diskriminaciją ir socialinę atskirtį

Veiksmai ir gerosios praktikos:

- Psichikos sveikatos stiprinimas (savarankiškumo ugdymas, gebėjimas padėti sau pačiam)
- Psichikos sveikatos destigmatizacijos programa

- Psichikos sveikatos stiprinimas ir ugdymas mokyklose (ir dėmesys tiems, kurie yra išmesti iš ugdymo įstaigų)
- Programos kovai su stresu

Akcentuojama, jog norint pasiekti pirmąjį standartą, visos vietos bendruomenės turi skirti psichikos sveikatos sritį prioritetine ir ieškoti strategijų bei programų, kurios padeda stiprinti sveikatą ir užkirsti kelią rimtesniems sutrikimams.

2 ir 3 standartas. Pirminė priežiūra ir paslaugų prieinamumas. Kiekvieno žmogaus, kuris kreipiasi pagalbos, poreikiai turi būti identifikuojami bei įvertinami ir pasiūlytos specialistų paslaugos bei gydymas, jei tik yra prašoma. Informacija apie paslaugas, specialistų pagalbos linijos turi būti pirmoji stotelė, kur individas gali gauti pagalbą ir informaciją.

Pagrindinės veiksmų sritys:

- Pirminė psichikos sveikatos apžiūra;
- Depresija
- Pogimdyvinė depresija
- Valgymo sutrikimai
- Nerimo sutrikimai
- Pagalbos linijos
- Priimamieji
- Prieinamumas pas specialistus

4 ir 5 standartas. Efektyvios paslaugos pacientams su rimtais psichikos sveikatos sutrikimais. Tikslas yra užtikrinti kiekvienam individui su sunkiais psichikos sutrikimais priežiūrą ir paslaugas, kurių jiems reikia. Taip pat užkirsti kelią atkritimui, kai pastebimas pagerėjimas; užtikrinti greitą ir efektyvią pagalbą; užtikrinti gerą infrastruktūrą ligoninėse bei rūpintis, kad pacientas, jei guli ligoninėje, ji būtų kuo arčiau jo namų.

6 standartas. Rūpinimasis besirūpinančiais (caring for carers). Tikslas užtikrinti priežiūrą ir suteikti visą reikiamą pagalbą individui, kuris dirba su psichikos problemas patiriančiais pacientais. Turi būti monitoruojama ir vertinama tiek fizinė, tiek psichinė sveikata besirūpinančiojo bei pastarasis turi turėti individualų konsultacijų ir pagalbos planą (su numatytomis diskusijomis, programomis ir pan.)

7 standartas. Savižudybių prevencija. Užtikrinti, jog programa „Saving Lives: Our Healthier Nation” būtų įgyvendinama. Savižudybių prevencijos standartas apima visus anksčiau paminėtus standartus ir tik dar kartą akcentuoja, jog visuomenės psichikos sveikatos stiprinimas (visų amžiaus grupių, visų pagrindinių sričių) yra pagrindas, kuris gali padėti išsaugoti gyvybes.

Taigi, Junginės Karalystės psichikos sveikatos modelis remiasi 7 visą apimančiais nacionaliniais standartais, kur pagrindžiama, kodėl ir kaip individo gerove (well-being) yra būtina rūpintis bei kokiomis priemonėmis (prevencinėmis programomis, intervencijomis, psichoedukacija) tai užtikrinti.

Idomus faktas. 2016 metais Škotijos Vyriausybė pirmą kartą šalies istorijoje paskyrė Psichikos sveikatos ministrą Maureen Watt, tam, kad psichikos sveikatos prevencijai ir stiprinimui būtų suteikta pakankamai dėmesio: „nustatant psichikos sveikatos problemas kiek įmanoma anksčiau, mes sugebėsime užkirsti kelią sunkesnėms ligoms, pagerinti paslaugų prieinamumą tiems žmonėms, kuriems iš tiesų reikalinga staigi specializuota pagalba ir taip sugebėsime sumažinsime krūvį Nacionalinei sveikatos apsaugai“.⁶²

* * *

Apžvelgus ir palyginus psichikos sveikatos prevencijos situaciją užsienio šalyse ir Lietuvoje, galima teigti, kad Lietuvoje taip pat būtų aktualu svarstyti ir conceptualizuoti į asmenį orientuotą psichikos sveikatos modelį, kuris kreiptų dėmesį į savipagalbos, prevencijos, paslaugų lankstumo sritis. Lyginant su kitomis šalimis, Lietuvoje akivaizdžiai matyti, kad prevencijos politika nėra subalansuota, pakankamai formalizuota, koordinuota ir detalizuota. Šiuos prevencinės sistemos trūkumus galėtų ištaisyti nacionalinio prevencijos modelio atsiradimas, kuris ilguoju periodu galėtų prisidėti ir prie didesnio uždavinio – į asmenį orientuotos psichikos sveikatos sistemos kūrimo.

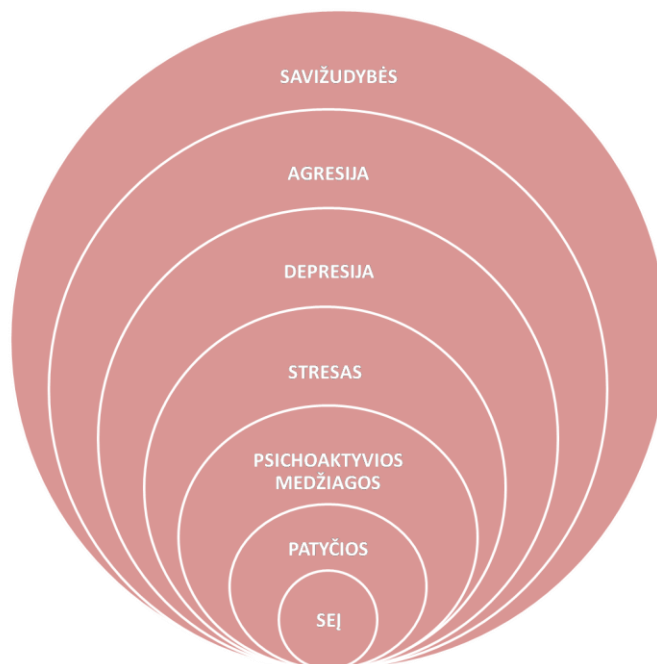
⁶² <https://www.mentalhealth.org.uk/blog/what-has-2016-meant-uk-public-mental-health-policy>

PASIŪLYMAI LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMŲ PREVENCIJOS MODELIUI

Metodologinės pastabos ir modelio struktūra

Rengdami pasiūlymus galimam nacionaliniam prevencijos modeliui, naudojome kelias pagrindines kategorijas, sudarančias modelio struktūrą, pagal kurią pateiksime konkrečias modelį užpildančias programas. Tos dvi pagrindinės kategorijos yra 1) pagrindinių psichikos sveikatos problemų **prevencijos ir stiprinimo sritys** ir 2) **gyvenimo tarpniai**, kurių metu asmenys susiduria su psichikos sveikatos problemomis. Šie du esminiai aspektai yra būtini siekiant sukurti nuoseklų nacionalinį prevencijos modelį, skirtą visoms pagrindinėms psichikos sveikatos problemoms spręsti įvairiuose gyvenimo tarpniuose.

2013 - 2014 metais atliktoje mokslo studijoje „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“ yra išskiriami šie psichikos sveikatos būklės rodikliai: agresija, alkoholizmas, depresija, narkomanija, patyčios, savižudybės ir stresas.⁶³



Pav. 4. Modelio prevencinės kryptys

Šiek tiek pakoregavę ir pritaikę rodiklius apibrėžiančias problemas, nusprendėme pasinaudoti šia klasifikacija ir prevencijos bei stiprinimo sritimis laikyti agresiją, depresiją, psichoaktyvių medžiagų vartojimą, patyčias, savižudybes, stresą ir nepakankamus socialinius/emocinius įgūdžius. Kaip matėme apžvelgdami Lietuvos psichikos sveikatos statistiką, būtent šios sritys reikalauja didesnio prevencinio dėmesio.

⁶³ [http://www.lspzgb.lt/images/user/Issukiai%20igyvendinant%20psichikos%20sveikatos%20politika%20-%20%20\(Puras\).pdf](http://www.lspzgb.lt/images/user/Issukiai%20igyvendinant%20psichikos%20sveikatos%20politika%20-%20%20(Puras).pdf)

Modelio kontekste svarstydami apie populiacijos grupių apibrėžimą, nusprendėme skirstyti prevencijos adresatų grupes ne į amžiaus kategorijas, o į gyvenimo tarpsnių kategorijas (ikimokyklinis, mokyklinis, studentiškas, darbingas, tėvystės, pensinis tarpsnis). Lengviausia prevencijos poreikį nustatyti ne pagal amžiaus grupę, o pagal gyvenimo tarpsnį, nes emocinių sunkumų atsiradimas neretai yra susijęs su tam tikrais gyvenimo epizodais, aplinkybėmis, iššūkiais ir pan. Nors amžiaus grupės ir gyvenimo tarpsniai yra susiję, pastaroji kategorija leidžia numatyti poreikį adekvačiau.

Sudarę žemiau pavaizduotą lentelę, užpildėme ją tuo, kas ir sudarys nacionalinį prevencijos modelį - pagal gyvenimo tarpsnius ir prevencijos bei stiprinimo sritis subalansuotos prevencinių programų koncepcijos. X simboliu pažymėtas programų koncepcijas aptarėme skyrelyje „Modelio turinys“. Aprašydami programų poreikį ir koncepciją, kai kur pateikėme konkrečias programų rekomendacijas. Tačiau laikomės požiūrio, kad tik psichikos sveikatos ekspertai, įsigilinę į veiksmingumo įrodymus, gali nuspręsti, kokias konkrečias programas galima būtų diegti, atsižvelgiant į šį suformuotą modelį.

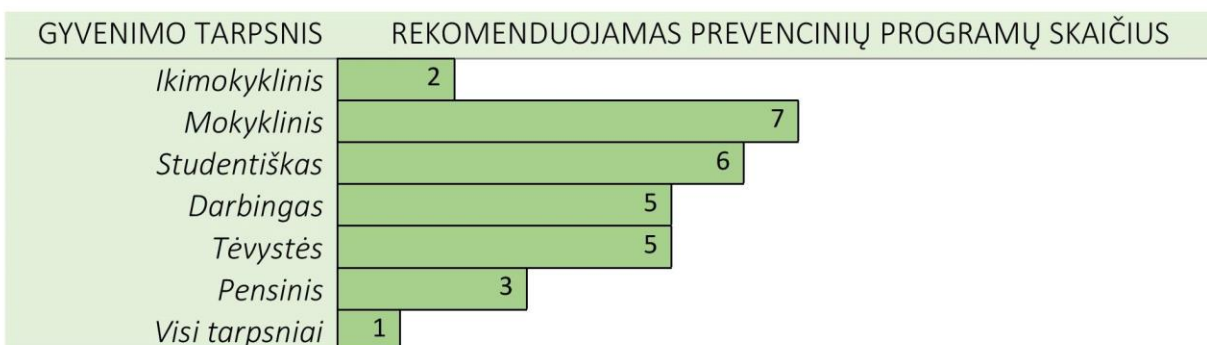
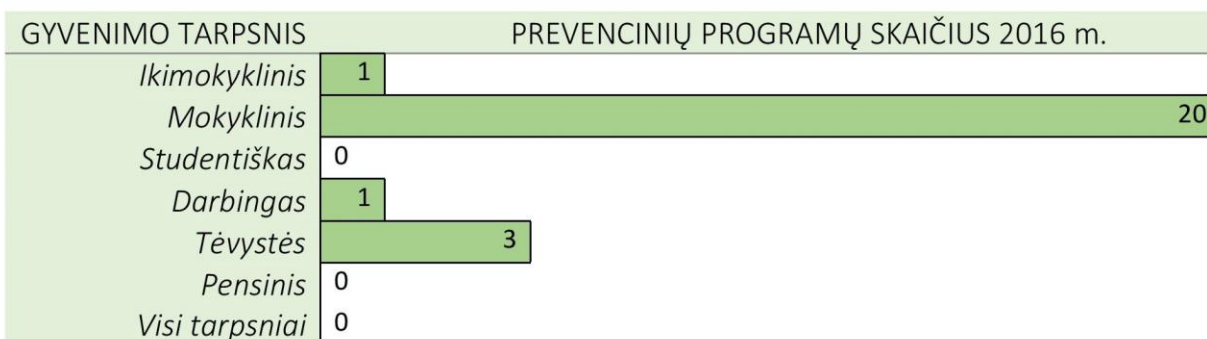
Gyvenimo tarpsnis	Pagrindinių psichikos sveikatos problemų prevencijos ir stiprinimo sritys							
	Agresija	Depresija	Psichoaktyvių medžiagų vartojimas	Patyčios	Savižudybės	Stresas	Socialinių ir/ar emocinių įgūdžių stiprinimas	VISOS PROBLEMOS
Ikimokyklinis amžius				X			X	
Mokyklinis amžius	X	X	X	X	X		X	
Studentiškas amžius	X	X	X		X	X		
Darbingas amžius	X	X			X	X		
Tėvystė	X	X			X	X	X	
Pensinis amžius		X			X		X	
VISI GYVENIMO TARPSNIAI								X

Pav. 5. Prevencijos modelis

Kurdami subalansuotą, nuoseklią ir sistemiškai logišką prevencinio modelio struktūrą, siekėme apimti visus gyvenimo tarpsnius ir skirti jiems adekvatų prevencinį dėmesį (žr. lentelę apačioj). Kadangi ikimokykliniu gyvenimo laikotarpiu retai susiduriama su konkrečiomis psichikos sveikatos problemomis, įprasta daugiausiai dėmesio skirti socialinių ir/ar emocinių įgūdžių stiprinimui ir patyčių prevencijai, būtent todėl esame numatę dvi šioms sritims skirtas

prevencines programas, kurias rekomenduotume diegti nacionaliniu mastu. Didžiausias prevencinių programų dėmesys turėtų būti skirtas mokykliniu laikotarpiu - tuo metu, kai sparčiai kinta jauno žmogaus psichosocialinė aplinka, kurioje neretai susiduriama su įvairiausiais iššūkiais. Pakankamai investuojant į šį jautrų gyvenimo tarpinį, vėlesniuose gyvenimo laikotarpiuose galima būtų po truputį, nuosekliai mažinti prevencinį dėmesį, tačiau nepamirštant skirti jo kituose gyvenimo tarpsniuose pasirodančioms problemoms. Lentelėje pavaizduotas nuosekliai mažėjantis prevencinis dėmesys atliepų ir skirtingus poreikius - ankstesniuose gyvenimo tarpsniuose (skirtingai negu vėlesniuose) susiduriama su didesne emocinių sunkumų įvairove.

Palyginimui pridėjome lentelę, kurioje matosi, kaip tiriamuoju metu (2016 m.) prevencinis dėmesys buvo paskirstomas skirtinguose gyvenimo tarpsniuose. Sudarydami lentelę, rėmėmės atlikta Lietuvoje veikiančių prevencinių programų analize. Pagal apžvelgtų programų sąrašą, 1 programa yra skirta ikimokyklinio amžiaus tarpniui, 20 programų - mokyklinio amžiaus tarpniui, darbingo amžiaus - 1 programa, tėvystės laikotarpiui - 3 programos. Jokių nacionalinių psichikos sveikatos prevencinių programų, skirtų studentiško ir pensinio amžiaus laikotarpiams, nebuvo rasta. Mūsų siūlomas modelis siekia koreguoti šią disproporciją.



Pav. 6. Prevencijos modelis dabar ir siūlomas.

Toliau pateikiame modelio turinį sudarančių reikiamų programų tipų aprašymus, rūšiuodami juos pagal prevencijos sritis. Pabaigoje pateikiame lenteles, kuriomis palyginame esamų ir siūlomų prevencinių programų skaičių pagal išskirtas prevencijos sritis.

Modelio turinys

AGRESIJA

Agresija ir smurtas yra plačiai paplitusi problema, kuri egzistuoja daugelyje gyvenimo tarpsnių. Agresyvi elgsena pasireiškia mokykliniame amžiuje, dažniausiai lydima patyčių bendraamžių grupėse. Šiandien Lietuvoje smurto prevencijai skirta tik Olweus programa, kuri integruoja tiek patyčių, tiek smurto prevencines priemones. Kadangi šiame gyvenimo tarpsnyje tai yra dvi tarpusavyje susijusios problemos, tikslinga orientuotis į kompleksiškas prevencines programas, kurios, sutelkdamos pagrindinį dėmesį į agresijos ir smurto temas, įtrauktų ir patyčių prevenciją, emocijų įgūdžių, emocinio intelekto stiprinimą ir pan.

Studentiškame gyvenimo tarpsnyje taip pat svarbu skirti dėmesį agresijos ir smurto prevencijai, tačiau jau kitu aspektu. Šiuo žmogaus gyvenimo laikotarpiu ne tik patiriamas periodinis stresas ir įtampa (dėl egzaminų, akademinės konkurencijos ir pan.), susiduriama su naujais aplinkos iššūkiais (nauji socialiniai tinklai, nauja akademinė bendruomenė, pirmosios darbo paieškos ir t. t.). Kartu tai laikotarpis, kai užmezgami artimi tarpasmeniniai santykiai, draugystės, kai kuriems tai ir šeimos kūrimo metas. Smurto ir agresijos prevencija turėtų būti sutelkta būtent į šiuos aspektus: smurto šeimoje, tarpasmeniniuose santykiuose prevencija, smurto bendruomenėje prevencija, emocijų valdymas, savipagalbos ir emocinio raštingumo stiprinimas.

Darbingo amžiaus ir tėvystės laikotarpiuose smurto prevencija yra itin svarbi, nes šeimos aplinka yra ta vieta, kur smurtas vis dar plačiai paplitęs. Svarstant galimas prevencines programas, svarbu atsižvelgti ir į smurto artimoje aplinkoje specifiką: statistika atskleidžia, kad „beveik visada šeimoje smurtauja vyrai – jie yra įtariamieji daugiau negu devyniais atvejais iš dešimties (92,4 proc.). Dažniausiai dėl smurto artimoje aplinkoje kenčia moterys: jos nukentėjusiomis pripažintos 79,3 proc. visų atvejų. 14,5 proc. nukentėjusių sudaro vyrai, 6,2 proc. – vaikai”.⁶⁴ Tai reiškia, kad smurto prevencijos programos didžiausią dėmesį turėtų sutelkti į vyrų smurto prieš moteris problemą. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį ir į smurto prieš vaikus problemą - didėjanti statistika⁶⁵ ir žiniasklaidos aprašomi atvejai atskleidžia, kad šiai problemai spręsti vis dar nėra skiriama tinkamų, tikslinių prevencinių priemonių.

⁶⁴ Antanavičius, U. 2016. Šokiruojanti statistika: per metus pranešimų apie smurtą šeimoje padaugėjo trečdaliu. *Uzsaugialietuva.lt [15min.lt]*, <http://uzsaugialietuva.lt/kampanija-ziniasklaidoje/sokiruojanti-statistika-per-metus-pranesimu-apie-smurta-seimoje-padaugejo-trecdaliu>

⁶⁵ Miestų ir rajonų vaiko teisių apsaugos skyrių duomenimis, 2015 m. užfiksuoti 1669 atvejai, kurių metu iš viso nukentėjo 1578 vaikai. Lyginant su 2014 m. duomenimis, smurto atvejų ir nukentėjusių vaikų skaičius per 2015 metus padidėjo. Žr. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba. 2016. *Smurtą patyrusių vaikų ir smurto atvejų prieš vaikus statistika*. <http://www.vaikoteises.lt/media/file/Statistika/smurtas2015%20-%20Copy%201.pdf>

DEPRESIJA

PSO duomenimis, depresiniai sutrikimai yra didžiulė ekonominė našta visuomenei ir užima ketvirtą vietą tarp visų ligų, sukeliančių didžiausią naštą („Pasaulinis ligų naštos indeksas“). Teigiama, kad iki 2020 m. sutrikimų skaičius išaugs beveik 6 proc. ir pakils į antrą vietą tarp visų ligų, sukeliančių didžiausią naštą⁶⁶. Jau dabar Lietuva užima 2 vietą Europoje pagal antidepresantų suvartojimą⁶⁷, tai reiškia, kad daugiau nei 11 proc. Lietuvos gyventojų vartoja medikamentines priemones. Jei iki šiol depresija buvo laikoma labiau pagyvenusių žmonių liga, dabar ja skundžiasi vis jaunesni: ir 20-ies, ir 30-ies metų gyventojai. Nors depresiją sukelia daugybę kompleksinių veiksnių (socialinių, psichologinių ir biologinių), tačiau prevencinės programos padeda sumažinti depresijos lygį ar užkirsti kelią jos išsivystymui. PSO teigimu, didžiausias dėmesys turi būti skiriamas sunkiausiu žmogaus gyvenimo laikotarpiu (netekties, bedarbystės, skyrybų, ištikus psichologinėms traumoms).⁶⁸ Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas moterims motinystės laikotarpiu, tam, kad užkirstų kelią pogimdyvinei depresijai, kuria susergera 10-15 proc. moterų.⁶⁹

Depresijos prevencijai naudojamos pozityvaus mąstymo programos, kurios skirtos vaikams ir paaugliams, diegiamos visose mokyklose. Fizinio aktyvumo skatinimo programos senjorams bei intervencinės programos tėvams, kurie augina vaikus su elgesio sutrikimais.⁷⁰

Išskiriamos šios tikslinės auditorijos ir prioritetai imantis veiksmų depresijos prevencijos srityje:⁷¹

- 1) Depresijos prevencija mokyklose
- 2) Depresijos prevencija darbovietėse
- 3) Pogimdyvinės depresijos prevencija
- 4) Somatinius sveikatos sutrikimus lydinčios depresijos prevencija
- 5) Depresijos prevencija tarp vyresnio amžiaus žmonių

Programos

- Mokinių tarpe skatinama imtis universalių⁷² ir tikslinių prevencinių programų⁷³, kurios remiasi kognityvine elgesio terapija; programos, kurios leidžia mokiniams atrasti ir mėgautis veiklomis, kurios gerina nuotaiką, mažina disfunkcinį mąstymą, padeda mokytis keisti mintis ir mąstymą.
- Universalios prevencinės programos yra labiausiai tinkamos darbovietėse. Intervencijos gali varijuoti nuo sportinių užsiėmimų (fizinio lavinimo), streso valdymo programų, tiek

⁶⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

⁶⁷

https://www.adaa.org/sites/default/files/Antidepressant%20use%20in%202027%20European%20countries%20associations%20with%20sociodemographic%20cultural%20and%20economic%20factors_FINAL.pdf

⁶⁸ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

⁶⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850333/>

⁷⁰ http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/en/

⁷¹ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co03_en.pdf

⁷² <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1059840512469231>

⁷³ <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735815301409>

kognityvine elgesio terapija besiremiančių programų. Prevencinių programų naudojimas ne tik užkerta kelią galimiems darbuotojų psichikos sveikatos sutrikimams, bet ir gali sumažinę darbaviui patiriamas išlaidas (investavus 1 JAV dolerį, grįžta 2,03 JAV dolerių)⁷⁴. Pvz. 1995 - 2010 metais „Johnson and Johnson“ kompanija investavo į savo darbuotojų sveikatos stiprinimą ir sutaupė 250 mln. JAV dolerių.⁷⁵

- Sumažinti pogimdyvinės depresijos riziką efektyviausios priemonės yra psichologinės intervencijos, t. y. reguliarios individualios konsultacijos su specialiai apmokytomis seselėmis, akušerėmis, kurios atvyksta į namus pas pagimdžiusias moteris ir konsultuoja, suteikia pagalbą ir priežiūrą, taip pat visą parą veikiančios telefoninės pagalbos linijos ir tarpasmeninės psichoterapijos užsiėmimai.⁷⁶
- Pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų apmokymas atpažinti pogimdyvinę depresiją. Mokymai remiasi kognityvine elgesio terapija ir/ar į asmenį orientuotu priežiūros modeliu. Tokių mokymų atsiperkamumas taip pat yra tyrimais pagrįstas.⁷⁷
- Žmonėms su ilgalaikiais somatiniais sutrikimais rekomenduojamos programos, kurios skatina sveiko gyvenimo būdo propagavimą, geros savijautos stiprinimą įvairiose aplinkose - darbovietėse, pirminėje priežiūros grandyje, bendruomenėse. Taip pat svarbu stiprinti savipagalbos įgūdžių formavimą tarp pacientų ir apmokyti pirminės priežiūros specialistus (pvz., seseles) kognityvinės elgesio terapijos, motyvavimo metodų, nes taip galima sumažinti depresijos simptomus tarp pacientų, kurie sužino diagnozę ir turi ilgalaikius somatinius sutrikimus.
- Vyresnio amžiaus žmonėms geriausios psichosocialinės intervencijos (kaip problemų sprendimų terapija, savipagalbos įgūdžių stiprinimas, miego higiena⁷⁸) taip pat fizinio aktyvumo skatinimas. Mokymas ir treniravimas sveiko gyvenimo būdo vidutinio amžiaus žmonėms, padeda sumažinti depresijos simptomus vyresniame amžiuje.

Priemonės

- E-sveikatos įrankiai. Mobiliosios programėlės, kompiuterinės programos, kurios skatina savipagalbos įgūdžių formavimą (pvz., remiantis kognityvinės elgesio terapijos ir dialektinės elgesio terapijos principais), skatina fizinį aktyvumą. Taip pat e-priemonėmis didinti informacijos prieinamumą apie psichikos sveikatos paslaugas, naudoti elektroninius psichikos sveikatos patikrinimo įrankius (digital screening tools)⁷⁹, skatinti psichoedukaciją ir didinti e-terapijos prieinamumą.
- Nacionalinės gairės depresijos prevencijai (pvz., „Nemedikamentinės depresijos valdymo gairės“ 2010, Škotija)⁸⁰
- Validuota depresijos skalė, kuria pirminės sveikatos priežiūros specialistai gali įvertinti

⁷⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4469337/>

⁷⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068893/>

⁷⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20716383>

⁷⁷ <http://www.r->

[bup.no/CMS/kursbase.nsf/31D697FB5CC0530FC1257C27002D79A1/\\$file/Dr%20Jane%20Morrell%20Conference%20Presentation%20October%202013%20\[Read-Only\].pdf](http://www.r-bup.no/CMS/kursbase.nsf/31D697FB5CC0530FC1257C27002D79A1/$file/Dr%20Jane%20Morrell%20Conference%20Presentation%20October%202013%20[Read-Only].pdf)

⁷⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977084/>

⁷⁹ Daugiau informacijos: <http://www.mentalhealthamerica.net/mental-health-screening-tools>

⁸⁰ Remiantis „EU Compass for action on mental health and well-being“ studija <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign114.pdf>

- pagimdžiusios moters savijautą (pvz., Edinburgh Postnatal Depression Scale)
- Prisijungti prie Europos susivienijimo depresijos problemoms spręsti naudojant internetinę platformą: <https://ifightdepression.com/en/>
- Visuomenės švietimas ir socialinės kampanijos psichikos sutrikimų stigmati mažinti.

Gerieji pavyzdžiai:

- Unilever's Lamplighter programa, skirta darbuotojų sveikatai gerinti. Programa susideda iš 4 pagrindinių dalių, kurios atliepia emocinius darbuotojų poreikius: lyderystė ir valdymas, komunikacija ir kultūra, atsparumo didinimas ir pagalbos suteikimas, streso ir spaudimo iš išorės valdymas.⁸¹ Atlikus tyrimus pastebėta, jog investijų grąža yra 4:1 (1 eurą investavus, grįžta 4 eurai) bei sustiprėjusi darbuotojų moralė, gera savijauta ir padidėjęs produktyvumas.
- SUPREME projektas, skirtas mokinių psichikos sveikatos stiprinimui ir savižudybių prevencijai naudant internetinį portalą, kuris teikia informaciją apie psichikos sutrikimus ir kaip kovoti su jais 14-24 amžiaus jaunuoliams.⁸²
- Jungtinės karalystės kampanija „Everyone's Business“, kur moterys, patyrusios pogrindinę depresiją, kviečia atkreipti dėmesį į šią problemą ir siūlo kokių veiksmų nacionaliniu lygiu reikia imtis politikos praktikams.⁸³
- Nyderlandų 4 žingsnių 3 mėnesių programa senjorams nuo 75 metų (remiasi kognityvine elgesio terapija, biblioterapija, problemų sprendimų terapija ir kt.) padeda sumažinti depresijos simptomus 50 procentų.⁸⁴ Daugiau olandų sukurtų ir vykdomų projektų psichikos sveikatos srityje galima rasti [čia](#).

SAVIŽUDYBĖS

Efektyviai savižudybių prevencijai reikalingos universalios, selektyvinės ir indikacinės prevencinių lygių strategijos.⁸⁵ Nėra vienos prevencinės priemonės ar programos, kuri galėtų užkirsti kelią savižudybėms, todėl tam, kad pastangos būtų sėkmingos, turi būti imamasi koordinuotų, tarpsektorinių veiksmų nacionaliniu, apskrities, rajonų, bendruomenių lygiu.⁸⁶

Esminiai žingsniai:

- Sukurti tarpsektorinę savižudybių prevencijos strategiją ir įgyvendinimo planą.
- Šviesti visuomenę (kaip atpažinti savižudybės riziką, skatinti savipagalbos įgūdžių formavimą, skleisti informaciją apie prieinamas paslaugas) ir mažinti visuomenėje stigmą dėl psichikos sveikatos sutrikimų.
- Apmokyti vartininkus (t. y. asmenis, kurie susiduria su dideliais žmonių srautais - mokytojus, medikus, policijos pareigūnus, gaisrininkus, žurnalistus, socialinius

⁸¹ Plačiau: <https://www.unilever.com/sustainable-living/the-sustainable-living-plan/enhancing-livelihoods/fairness-in-the-workplace/improving-employee-health-nutrition-and-well-being/>

⁸² <http://www.supreme-project.org/>

⁸³ <http://everyonesbusiness.org.uk/>

⁸⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/21898310/>

⁸⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109906/#>

⁸⁶ <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/>

darbuotojus) kaip atpažinti riziką, kaip padėti, kur kreiptis.

- Didinti psichosocialinių paslaugų prieinamumą.
- Užtikrinti (atsižvelgiant į kiekvieną savivaldą) veikiančią pagalbos algoritmą - mėginusiems nusižudyti ir nusižudžiusių artimiesiems.

Pažeidžiamos ir rizikos grupės, kurioms savižudybių prevencinės ir intervencinės programos bei priemonės turėtų būti diegamos prioritetine tvarka:

- individams, kurie mėgino nusižudyti;
- individams, kurių artimieji nusižudė, taip pat tiems, kurių šeimos istorijoje yra buvę savižudybių;
- valstybės tarnautojams, kurie patiria riziką (gaisrininkai, policijos pareigūnai, kariai);
- individams, kurie save žaloja;
- individams, kurie vartoja psichiką veikiančias medžiagas ar turi psichikos sveikatos sutrikimus;
- individams, kurie yra socialinės rizikos grupėje (pvz., našlaičiai, bedarbiai, bankrutavę asmenys);
- individams, kurie turi somatinius sutrikimus ir lygas (pvz., vėžys, diabetas, ŽIV ir kt.);
- individams, kurie priklauso mažumų grupėms (pvz., gėjai, lesbietės, biseksualai, LGBT);
- vidutinio amžiaus vyrams;
- senjorams.

Programos

- Savižudybių prevencijos programos, kurios skatina ryšių kūrimą (*connectedness*), socialinį dalyvavimą, didina socialinį kapitalą, socialinę pagalbą ir integraciją yra rekomenduojamos kaip vienos iš geriausių priemonių siekiant sumažinti savižudybės riziką.⁸⁷
- Rekomenduojamos universalios, selektyvios ir indikacinės programos mokyklose, kurios suteikia savipagalbos įgūdžių, apmoko vartininkus (gatekeepers), plėtoja planus - atsakus į krizes, identifikuoja rizikos grupes.
- Edukacinės kampanijos. Šviesti visuomenę psichikos sveikatos stiprinimo klausimais, efektyviai informuoti apie prieinamas paslaugas ir priemones.⁸⁸
- Nacionalinė savižudybių prevencijos programa - dalykas (curriculum) universitetuose (gydytojams, seselėms, mokytojams, žurnalistams, policijos pareigūnams, gaisrininkams ir kt.)⁸⁹
- Psichikos sveikatą ir stiprinimą įtraukti į mokyklos mokomųjų dalykų sąrašą (pamoka).
- Socialinių pokyčių strategijos orientuotos į psichikos sveikatos srity.
- Tėvystės įgūdžių programos.
- Psichologinės intervencijos, besiremiančios kognityvine elgesio terapija.

⁸⁷ https://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide_Strategic_Direction_Full_Version-a.pdf

⁸⁸ <http://dhmh.maryland.gov/suicideprevention/Documents/Suicide%20prevention%20strategies-systematic%20review.pdf>

⁸⁹ <https://www.nap.edu/read/10398/chapter/10#311>, 312 psl.

JAV Savižudybių prevencijos išteklių centras renka, analizuoja ir teikia rekomendacijas dėl geriausių praktikų ir programų savižudybių prevencijos srityje bei dalinasi sukurta duomenų baze: <http://www.sprc.org/strategic-planning/finding-programs-practices>.

Priemonės

- Socialinės kampanijos (besiremiančios efektyvumo vertinimo kriterijais ir rekomendacijomis);
- Savižudybių prevencijos gidai, padalinti įvairiausiose aplinkose (bažnyčiose, policijos komisariatuose ir kt.)

Gerosios užsienio praktikos

- Programa „The Connect”.⁹⁰ Skirta bendruomenėms ir jų narių gebėjimams stiprinti: kaip identifikuoti jaunuolių savižudybės riziką, kaip padėti, suprasti. Skatina stigmos mažinimą, informacijos prieinamumą ir bendruomenės narių tikėjimą psichikos sveikatos stiprinimo būtinybe.
- Programa „YAM” 14 - 17 metų paaugliams.⁹¹ Apima streso, depresijos, savižudybės rizikos mažinimą. 5 seminarai per 4 savaites. Efektyvumas pagrįstas.⁹²
- ASSIP⁹³, ASSIT, SafeTalk⁹⁴.
- Programa „Reconnecting Youth”⁹⁵. Skirta 14 - 18 metų jaunuoliams. Apima savižudybės, pykčio, narkotikų vartojimo prevenciją.

SOCIALINIAI IR EMOCINIAI ĮGŪDŽIAI

Stiprinimas socialinių ir emocinių įgūdžių ikimokykliniame ir mokykliniame amžiuje yra įrodytas kaip pagrindas sveiko ir atsparaus žmogaus formavimui.⁹⁶ Socialinių ir emocinių įgūdžių (SEĮ) mokymasis (*social and emotional learning*) yra gebėjimas atpažinti ir valdyti emocijas, efektyviai spręsti problemas, sukurti pozityvius santykius su kitais, t. y. tos kompetencijos, kurios yra būtinos visiems moksleiviams ir studentams. SEĮ apima elgesį, suvokimą, emocijas.⁹⁷ SEĮ yra procesas, kuriuo metu įgyjamos ir efektyviai naudojamos žinios, požiūriai ir įgūdžiai, kurie yra būtini atpažįstant ir valdant emocijas; ugdant rūpestį ir priežiūrą kitais žmonėmis; priimant atsakingus sprendimus; kuriant pozityvius santykius; dirbant komandoje; įveikiant sunkias

⁹⁰ <http://www.theconnectprogram.org/sites/default/files/site-content/docs/Connect-AnEffectiveCommunity-BasedYouthSuicidePreventionProgram.pdf>

⁹¹ <http://www.y-a-m.org/the-programme/>

⁹² [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61213-7/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61213-7/abstract)

⁹³ <https://us.hogrefe.com/shop/assip-attempted-suicide-short-intervention-program-67660.html>

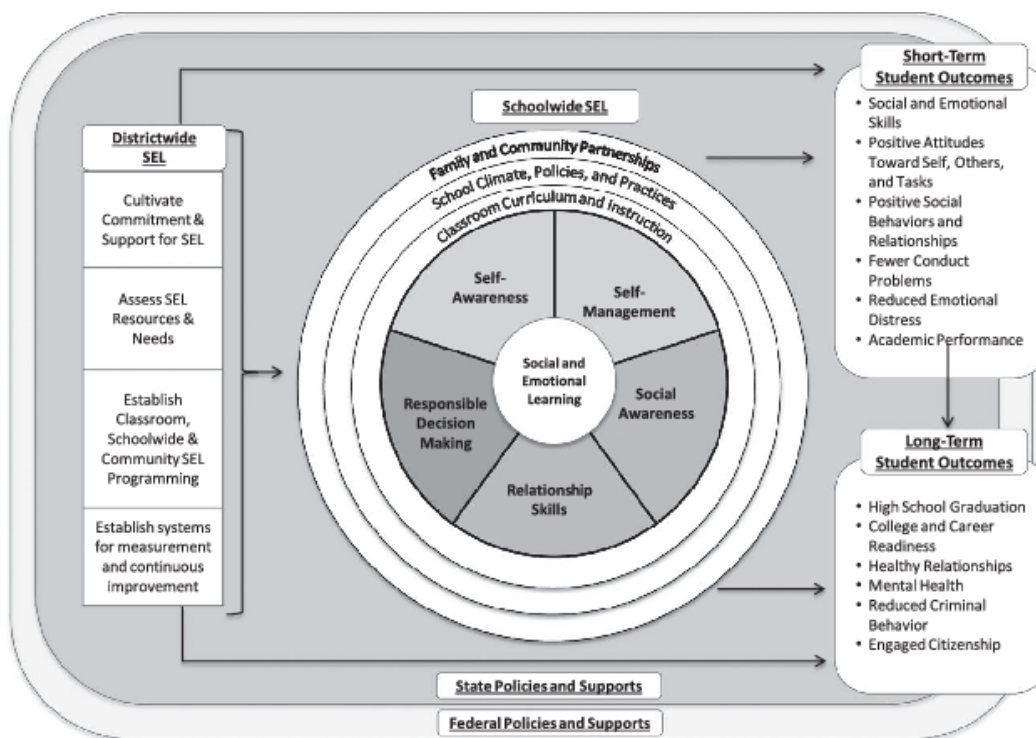
⁹⁴ <https://www.livingworks.net/programs/safetalk/>

⁹⁵ <http://www.reconnectingyouth.com/ry/>

⁹⁶ https://www.researchgate.net/profile/Mark_Greenberg2/publication/5261862_Enhancing_School-Based_Prevention_and_Youth_Development_Through_Coordinated_Social_Emotional_and_Academic_Learning/links/09e41509c03bf22f88000000/Enhancing-School-Based-Prevention-and-Youth-Development-Through-Coordinated-Social-Emotional-and-Academic-Learning.pdf

⁹⁷ https://static1.squarespace.com/static/5622d9f6e4b0501d4068d092/t/58597c0cbebefbe1334eb638/1482259468882/Elias_%26_Zins%2B2006.pdf

gyvenimiškas situacijas.⁹⁸ Tyrimai rodo, jog SEĮ programos sukelią teigiamą efektą akademiniam pasiekimams, prisideda prie fizinės sveikatos gerinimo, pilietiškumo skatinimo, laimės jausmo, šių įgūdžių reikalauja darbdaviai, taip pat SEĮ sumažina riziką jaunuolių neprisitaikymui aplinkoje, užkertą kelią tarpasmeniniam smurtui, psichoaktyvių medžiagų vartojimui ir padeda išgyventi nutrūkus santykiams.⁹⁹



Pav. 7. Socialinių ir emocinių įgūdžių veikimo modelis. Šaltinis: CASEL organizacija

Organizacija CASEL (Colaborative for Academic, Social and Emotional Learning) jau ne vieną dešimtmetį tiria ir vertina SEĮ programas bei skelbia rekomendacijas apie geriausias (veiksmingiausias) prevencines programas puslapyje: <http://www.casel.org/guide/>. Olweus programa nukreipta prieš patyčias taip pat remiasi SEĮ principais, todėl nors ir ši programa įgyvendinama Lietuvoje, turėtų apimti visas mokyklas nacionaliniu mastu. Taip pat, SEĮ bei patyčių prevencijai skirta programa, labai gerai įvertinta yra „Step up“¹⁰⁰ bei kitos programos, šioje [analizėje](#).

PSICHOAKTYVIŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMAS

Psichoaktyvių medžiagų (alkoholio, tabako, narkotikų) vartojimas didžiausias yra taip

⁹⁸ <https://www.casel.org/wp-content/uploads/2016/06/Social-and-emotional-learning-Past-present-and-future.pdf>

⁹⁹ [http://www.episcenter.psu.edu/sites/default/files/news/Durlak%20et%20al.%20\(2011\)%20meta%20analysis%20SEL.pdf](http://www.episcenter.psu.edu/sites/default/files/news/Durlak%20et%20al.%20(2011)%20meta%20analysis%20SEL.pdf)

¹⁰⁰ http://nic.unlv.edu/files/STEP%20UP%20Comprehensive%20Report_FINAL.pdf

vardinamųjų „jaunų suaugusiųjų“. Nuolatinių tabako vartotojų daugiausiai yra 25-34 metų amžiaus grupėje (43 proc.) ir 35-44 amžiaus grupėje (40,9 proc.). Taip pat atrodo ir bent kartą per mėnesį alkoholį vartojančių asmenų statistika: daugiausiai tokių žmonių yra jau minėtose amžiaus grupėse (atitinkamai 77,9 proc. ir 69,3 proc.). Bet kokius narkotikus, išskyrus kanapes, nors kartą gyvenime yra vartoję daugiausia 15-35 m. amžiaus asmenys (5 proc.), kanapes - taip pat (10,1 proc.).¹⁰¹

Tačiau psichoaktyvios medžiagos įprastai pradedamos vartoti dar mokykliniame ar studentiškaime gyvenimo tarpsnyje: vidutiniškai rūkyti pradedama 17 metų, vartoti alkoholį - 18 metų, „vidutinis įvairių narkotikų vartojimo pradžios amžius (pagal medianą) svyruoja nuo 20 (ekstazio, amfetamino, heroino ir LSD vartojimo pradžios) iki 23 metų (kokaino ir haliucinogeninių grybų). Labiausiai paplitusio narkotiko – kanapių – vartojimo pradžia vidutiniškai yra 20 metų.“¹⁰² Užkirsti kelią priklausomybėms galima prevenciškai skiriant daugiau dėmesio ankstyvoms programoms mokyklinio ir studentiško amžiaus jaunimui. Investuojant pakankamai į ankstyvąją prevenciją, galėtume tikėtis pavėlinti vidutinį psichoaktyvių medžiagų vartojimo pradžios amžių ir sumažinti vartojimą tarp jaunų suaugusiųjų. Lietuvoje diegiamų šiai problemai skirtų prevencinių programų įvairovė yra sąlyginai didelė, tad tikslingiausia būtų palyginti vykdomų programų efektyvumą ir atrinkti tinkamiausias programas, kurias galima būtų diegti nacionaliniu mastu.

PATYČIOS

Patyčių problema aktualiausia yra ikimokykliniu ir mokykliniu gyvenimo periodu. Paradoksalu tai, kad nors patyčių rodikliai Lietuvoje yra itin aukšti, mokyklose taikomų specializuotų prevencinių priemonių yra vos keletas (viena iš jų - net ne programa, o periodiškai kartą į metus vykstanti kampanija). Pagal Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centro atliktą Lietuvos mokyklų apklausą, patyčių prevencijos programa Olweus buvo pirma pagal dalyvių skaičių (nes įtraukia visą mokyklos bendruomenę), tačiau naudota tik 15 proc. visų šalies mokyklų.¹⁰³

Remiantis mūsų atlikta prevencinių programų apžvalga, Olweus programa taip pat yra viena brangiausių prevencinių programų Lietuvoje. Tačiau tai programa, sulaukusi tarptautinio pripažinimo, mokslininkų įvertinimo ir grįsta efektyvumo įrodymais. Meta-analizės atskleidžia, kad programa sukelia teigiamus pokyčius mažinant patyčių mastą, todėl yra rekomenduojama mokslininkų kaip prevencinės programos etalonas.¹⁰⁴ Olweus programa veikia trimis lygiais: mokyklos, klasės ir individo, atitinkamai pritaikant skirtingas prevencines priemones ir keliant sąmoningumo visuose bendruomenės lygiuose. Užtikrinant nuoseklų finansavimą, programa

¹⁰¹ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. 2013. *Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas Lietuvoje 2004, 2008 ir 2012 metais*. http://old.ntakd.lt/files/Apklausos_ir_tyrimai/2012_Psichoaktyv_medz_paplitimas_WEB.pdf

¹⁰² Ten pat, p. 40.

¹⁰³ Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras. 2016. *Prevencinių programų įgyvendinimas Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose 2015-2016 mokslo metais: apklausos ataskaita*, p. 4. www.sppc.lt.

¹⁰⁴ Ttofi, M., Farrington, D. 2009. What works in preventing bullying: effective elements of anti-bullying programmes. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, Vol. 1 (1), p. 13-24. [http://www.wssda.org/Portals/0/Resources/A-Z%20\(misc\)/2014/What%20works%20in%20preventing%20bullying.pdf](http://www.wssda.org/Portals/0/Resources/A-Z%20(misc)/2014/What%20works%20in%20preventing%20bullying.pdf)

galėtų ir toliau būti diegiama Lietuvos mokyklose, skiriant daugiau dėmesio programos sklaidai, vykdymui ir koordinavimui nacionaliniu mastu.

Kadangi vaikai su bendravimo iššūkiais bendraamžių grupėse susiduria dar iki mokyklos (eidami į vaikų darželį, žaisdami kieme), patyčių prevencija svarbi ir ikimokykliniu laikotarpiu. Skaičiuojama, kad patyčių rodikliai, lyginant vaikų patirtis mokyklose ir ikimokyklinio ugdymo įstaigose, yra panašūs.¹⁰⁵ Jei prevencinės priemonės nėra diegiamos pačiame pirmame vaiko socialinio gyvenimo etape, patyčių sukeltas depresiškumas, nerimas ir baimė padidina vaiko pažeidžiamumą ateities patyčioms ir gali sukelti elgesio sutrikimus.¹⁰⁶ Daugelis programų šią ankstyvą problemą sprendžia naudojant socialinių ir emocinių įgūdžių skatinimą (pvz., Al's Pals, PATHS ir kt. programos), tačiau yra ir specializuotų programų, nukreiptų konkrečiai prieš atsirandančias patyčias. Viena tokių yra Šveicarijoje sukurta Bernese programa, dar kitaip vadinama Be-Prox, kurios esminiai elementai yra grupinės diskusijos, bendradarbiavimas ir abipusė parama. Vertinant programos efektyvumą kitų programų kontekste, Be-Prox pripažinta viena iš 19 programų, kurios efektyviai sprendžia patyčių ir viktimizacijos problemas.¹⁰⁷ Panašaus pobūdžio įrodymais grįsta programa būtų svarbi ir reikalinga Lietuvoje. Daugiau rekomendacijų ir įrodymais grįstų praktikų galima rasti [čia](#).

STRESAS

Streso prevencija iš pirmo žvilgsnio atrodo svarbiausia darbingo amžiaus žmonėms, kurie patiria įtampą darbovietėje, ieškodami darbo ir pan. Tačiau, kaip atskleidėme Lietuvos prevencinių programų apžvalgoje, stresas yra aktuali problema ir studentiškame žmogaus gyvenimo laikotarpyje. Nors dažniausiai dėl streso paplitimo aukštojo mokslo įstaigose taikomos tikslinės intervencinės strategijos (grįstos meno terapija, psichoedukacinėmis priemonėmis, kognityviniais, biheivioristiniais, įsisąmoninimo (angl. *mindfulness*) metodais,¹⁰⁸ moksliskai pagrįsta taikyti ir prevencines priemones, skirtas visiems studentams. Atlikus plataus masto į studentus nukreiptų streso prevencijos programų meta-analizę¹⁰⁹, paaiškėjo, kad įgūdžius lavinančios ir į praktinius veiksmus orientuotos programos yra daug efektyvesnės negu universalios programos, grįstos tik informacijos perdavimu, sklaida ir „sausą“ edukacija. Pastebėta, kad praktinius įgūdžius formuojančios programos gerokai labiau sumažina depresijos, nerimo, streso ir bendros psichologinės įtampos simptomus, taip pat - tobulina socialinius ir emocinius įgūdžius, adekvatesnę savęs vertinimą ir gerina akademinius pasiekimus.¹¹⁰ Būtent tokio tipo programos galėtų būti diegiamos ir Lietuvos aukštosiose mokyklose.

¹⁰⁵ Alsaker, F., Valkanover, S. 2012. The Bernese Program against Victimization in Kindergarden and Elementary School. *New Directions for Youth Development*, no. 133, p. 15.

¹⁰⁶ Center for Safe Schools. *Preventing Aggression and Bullying in Early Childhood*. <http://www.safeschools.info/content/BPEarlyChildhood.pdf>

¹⁰⁷ Ttofi, M., Farrington, D. 2009. School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization. *Campbell Systematic Reviews* 6, p. 126-139. https://www.campbellcollaboration.org/media/k2/attachments/School-based_Anti-Bullying_Programs_v2_R.pdf

¹⁰⁸ Regehr, Ch., Glancy, D., Pitts, A. 2013. Interventions to Reduce Stress in University Students: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders* 148 (1), 1-11 p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23246209>

¹⁰⁹ Conley, C.S., Durlak, J.A., Kirsch, A.C. 2015. A Meta-Analysis of Universal Mental Health Prevention Programs for Higher Education Students. *Prevention Science* 16 (4), 487-507 p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25744536>

¹¹⁰ Ten pat.

Kalbant apie stresą darbe, pagal Lietuvos teisės aktus, darbdavys yra įpareigotas vertinti ir valdyti psichosocialinę riziką darbovietėje. Higienos institutas, skatindamas praktikuoti streso valdymą, yra adaptavęs Jungtinėje Karalystėje taikomus Streso darbe valdymo standartus, paremtus gerąja praktika ir mokslo įrodymais.¹¹¹ Šie standartai turėtų būti taikomi 7 pagrindinėse srityse: darbo reikalavimų, darbo kontrolės, kolegų ir vadovų paramos, santykių, darbo vaidmens ir pokyčių srityse. Su šiais standartais ir streso valdymu darbovietėje susijusi metodika ir taikymo principai yra laisvai prieinami ir pasiekiami internete. Veiksmingas streso darbe prevencines priemones yra nurodžiusi ir Valstybinė darbo inspekcija savo darbdaviams skirtose rekomendacijose.¹¹² Šios rekomendacijos ir minėti standartai galėtų būti pritaikomi nacionalinei streso darbe prevencijos programai, kurią darbdaviai būtų įpareigoti diegti savo įmonėse.

Analizuojant streso fenomeną tėvystės laikotarpiu, jis dažniausiai siejamas su moterų patiriamu tėvystės stresu, kurį, kaip rodo tyrimai, labiausiai lemia pogimdyvinė depresija, todėl anksčiau aptartos depresijos prevencinės priemonės turėtų būti derinamos su streso prevencija.¹¹³ Tačiau su tėvystės iššūkiais ir stresu susiduria ir vyrai, tad į juos taip pat turėtų būti nukreipta streso prevencijos programa.

VISOS PROBLEMOS

Be specializuotų prevencinių programų įvairiose valstybėse diegiamos ir bendro pobūdžio universalios programos, kurios siekia apimti visą populiaciją ir stiprinti visos visuomenės psichikos sveikatą, stiprinant įvairias problemines sritis. Viena tokių programų, susilaukusi didelio pasisekimo ir įvertinimo, yra „Mental Health First Aid“ (toliau – MHFA).

Tai Australijoje 2000 m. sukurta prevencinė mokymų programa, kurioje dalyviai mokosi atpažinti psichikos sveikatos sutrikimų simptomus ir suteikti reikiamą pagalbą juos patiriančiam asmeniui. Tai psichoedukacinė, psichikos sveikatos „raštingumo“ programa, kurioje gali dalyvauti visos visuomenės grupės. Ji buvo sukurta pastebėjus, kad didžioji australų dalis nemoka suteikti pirmosios emocinės pagalbos ir negeba atpažinti tokios pagalbos poreikio asmenyje.

Programą sudaro 12 val. trukmės mokymai, padalinti į keturias sesijas po 3 val. Mokymuose dalyviai supažindinami su psichikos sveikatos problemomis, mokomi penkių pirmosios emocinės pagalbos žingsnių ir jų pritaikymo susidūrus su žmogumi, turinčiu depresijos, nerimo, psichozės ir narkotinių medžiagų vartojimo problemų. Programos metu dalyviai taip pat mokomi, kaip elgtis emocinės krizės situacijose: kaip padėti žmogui, turinčiam savižudiškų minčių, patiriančiam panikos, psichozės priepuolį, patyrusiam trauminį įvykį ar

¹¹¹ Higienos institutas. 2016. *Streso darbe valdymo standartai*. <http://www.hi.lt/lt/streso-darbe-valdymo-standartai.html>

¹¹² Valstybinė darbo inspekcija. *Psichosocialiniai rizikos veiksniai ir streso darbe vertinimo rekomendacijos*. 2012, p. 6. <https://www.vdi.lt/AtmUploads/PsichosocialiniaiRizikosVeiksniaiStresoDarbeVertinimoRekomendacijos.pdf>

¹¹³ Leigh, B., Milgrom, J. 2008. Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stress. *BMC Psychiatry* 8 (24). <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-24>

žmogui, kuris perdozavo narkotinių medžiagų.¹¹⁴

MHFA sulaukė didelio pripažinimo ir išplito ne tik po visą Australiją, bet ir po 20 užsienio šalių Europoje, Azijoje, Afrikoje ir Š. Amerikoje. Kaip teigia mokslininkai B. A. Kitchener ir A. F. Jorm, tokį programos paplitimą paskatino ir tai, kad MHFA efektyvumas yra ištirtas ir patvirtintas mokslinių tyrimų, o vyriausybės ir finansavimo agentūros yra linkusios finansuoti įrodymais pagrįstas programas.¹¹⁵

Skirtingos tyrimų apie MHFA veiksmingumą meta-analizės patvirtina, kad ši programa pagilina dalyvių supratimą ir žinias apie psichikos sveikatą, sumažina neigiamus išankstinius nustatymus, suteikia reikiamų pagalbos įgūdžių, paskatina padėti ir suteikti reikiamą pagalbą asmenims su psichikos sveikatos problemomis, padidina pasitikėjimą savimi susidūrus su tokiais asmenimis ir teikiant jiems pagalbą.¹¹⁶ Be to, statistškai reikšmingi rezultatai pastebimi jau po 5-6 mėn. po mokymų pabaigos.¹¹⁷ Atlikus kokybinį tyrimą po dar ilgesnio laikotarpio (19-21 mėn.), paaiškėjo, kad dauguma respondentų buvo susidūrę su situacijomis, kai kitame žmoguje atpažino psichikos sveikatos problemas ir ėmėsi atitinkamų veiksmų jam padėti, kurių išmoko programos metu.¹¹⁸

15 tyrimų išnagrinėjusi ir meta-analizę atlikusi mokslininkų grupė savo straipsnyje pripažįsta MHFA programą kaip rekomenduotiną visuomenės sveikatos gerinimo priemonę.¹¹⁹ Lietuvoje šią programą rekomenduoja diegti nevyriausybinų organizacijų ir ekspertų koalicija „Psichikos sveikata 2030“. MHFA galėtų būti nacionalinė psichikos sveikatos problemų prevencijos programa, kurią galima pritaikyti visoms amžiaus grupėms ir bendruomenėms. Ši programa būtų svarbi kuriant į asmenį orientuotą psichikos sveikatos sistemą – ji reikšmingai prisidėtų diegiant žmonių emocinės savipagalbos įgūdžius ir aplink individą kuriant jam padėti galinčių bendruomenių (mokyklų, darbuotojų ir kt.) ratą.

Daugiau apie įrodymais grįstas prevencines programas ir jų sąrašą galima rasti [čia](#).

Apžvelgus siūlomą nacionalinio modelio turinį, palyginimo tikslais žemiau pateikiame dvi lenteles: pirmoje matoma, kaip prevencinis dėmesys buvo paskirstytas skirtingoms sritims tiriamuoju metu, o antroje - mūsų rekomenduojamas prevencinių programų paskirstymas, paremtas siūlomu modeliu. Siekdami išlaikyti pagal poreikius pritaikytą proporcingą dėmesį skirtingoms prevencijos sritims, nacionalinių prevencinių programų skaičių stengėmės subalansuoti, nepaliekant jokių svarbių problemų nuošalyje.

¹¹⁴ Kitchener, B., Jorm, A. 2006. Mental Health First Aid Training: Review of Evaluation Studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 40 (1). <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>

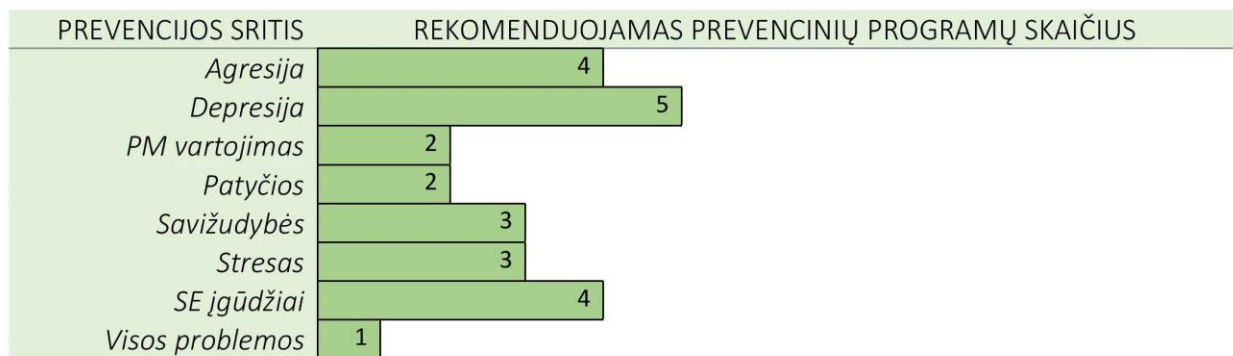
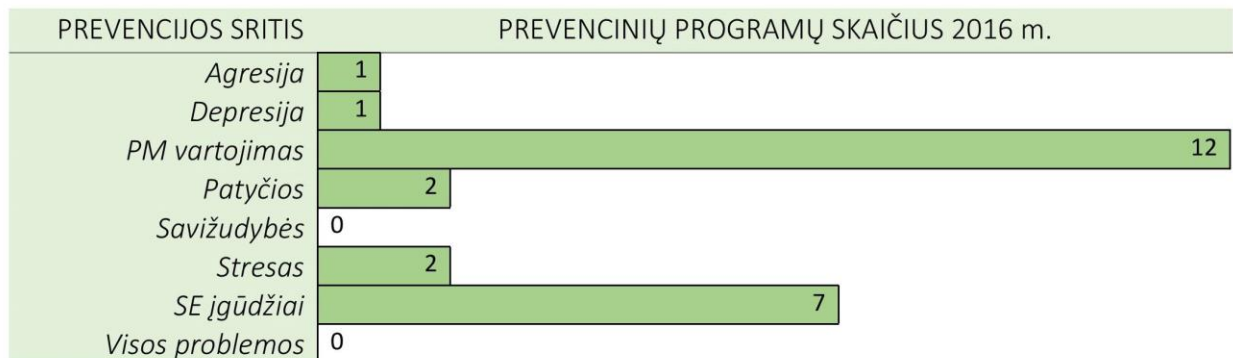
¹¹⁵ Kitchener, B., Jorm, A. 2008. Mental Health First Aid: An International Programme for Early Intervention. *Early Intervention in Psychiatry* 2 (1). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7893.2007.00056.x/full>

¹¹⁶ Hadlaczky, G. et al. 2014. Mental Health First Aid is an Effective Public Health Intervention for Improving Knowledge, Attitudes, and Behaviour: A Meta-Analysis. *International Review of Psychiatry* 26 (4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25137113>

¹¹⁷ Kitchener, B., Jorm, A. 2006. Mental Health First Aid Training.

¹¹⁸ Jorm, A., Kitchener, B., Mugford, S. 2005. Experiences in Applying Skills Learned in a Mental Health First Aid Training Course: A Qualitative Study of Participants' Stories. *BMS Psychiatry* 5 (43). <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-5-43>

¹¹⁹ Hadlaczky, G. et al. 2014. Mental Health First Aid is an Effective.



Pav. 8. Prevencijos modelis esamas ir siūlomas pagal prevencijos kryptis.

Apibendrinant galima teigti, jog nacionalinį modelį kūrėme atsižvelgdami į esamą poreikį (kurio pagrindiniai indikatoriai - žemi Lietuvos psichikos sveikatos būklės rodikliai) ir į proporcingumo bei adekvatumo kriterijus. Dvi pagrindinės kategorijos, palaikančios modelio struktūrą, buvo pasirinktos šios: 1) pagrindinių psichikos sveikatos problemų prevencijos ir stiprinimo sritys ir 2) gyvenimo tarpiniai. Aprašydami modelio programų koncepcijas, kai kur detalizavome ir tai, iš kokių elementų turėtų susidėti siūloma programa, atsižvelgdami į konkrečių programų pavyzdžius, tačiau atrinkti konkrečias programas kviečiame psichikos sveikatos ekspertus, kurie galėtų tinkamai įvertinti ir pasiūlyti, kokios programos galėtų įgyvendinti modelio pasiūlytą nacionalinę prevencijos viziją.

Rekomendacijos

Siekiant įgyvendinti psichikos sveikatos sutrikimų prevencijos modelį, reikalinga žengti šiuos žingsnius:

1. Apsvarstyti modelio įgyvendinimo galimybę ministerijos viduje kartu su psichikos sveikatos ekspertais.
2. Sudaryti psichikos sveikatos ekspertų grupę su tikslu atrinkti modeliui tinkamas prevencines programas.
3. Paskirti įstaigą ar instituciją, atsakingą už prevencijos modelio įgyvendinimą ir koordinavimą šalies mastu.
4. Atnaujinti Psichikos sveikatos strategiją, įtraukiant į ją pagrindinius modelio principus.
5. Sudaryti priemonių planą ir skirti finansavimą modelio ir/ar modeliu grįstos Psichikos sveikatos strategijos finansavimui.

Siekiant pagerinti visuomenės psichikos sveikatą, rekomenduojame imtis šių veiksmų:

1. Atsižvelgti į psichikos sveikatos ekspertų koalicijos parengtas rekomendacijas „Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvus priemonių planas 2016 – 2018 m.“
2. Sukurti vertinimo ir stebėsenos sistemą psichikos sveikatos sutrikimų prevencijos programoms ir priemonėms monitoruoti tam, kad skiriamas finansavimas iš valstybės biudžeto būtų tikslingai panaudotas (pvz., „Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo“ lėšos).
3. Sukurti tarpsektorinio bendradarbiavimo planą tarp Sveikatos apsaugos ministerijos, Švietimo ir mokslo ministerijos bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos siekiant tikslingai apjungti iniciatyvas, pasidalinti atsakomybėmis.
4. Didinti psichosocialinių paslaugų prieinamumą bei apmokėti šias paslaugas iš privalomojo sveikatos draudimo fondo.
5. Sukurti duomenų sistemą, kur sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos ir darbo ministerijų specialistai galėtų bendrai monitoruoti ir identifikuoti psichosocialinių paslaugų poreikį.
6. Sukurti ir įgyvendinti psichikos sveikatos komunikacijos strategiją (destigmatizuojančią programą), kuri tikslingai pasiektų visas visuomenės grupes ir skatintų individų savipagalbos įgūdžių formavimą ir didintų jų atsparumą.