

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

Lina Pranckevičiūtė

**STUDENTŲ PSYCHIKOS SVEIKATOS RIZIKOS VEIKSNIŲ PAPLITIMAS
LIETUVOJE**

**PREVALENCE OF MENTAL HEALTH RISK FACTORS AMONG STUDENTS IN
LITHUANIA**

Magistrantūros baigiamasis darbas

Leidžiama ginti _____

Prof.dr. (HP) R. Stukas

Lina Pranckevičiūtė _____

Darbo vadovas _____

Doc. M. Jakubauskienė

Darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

Vilnius - 2017

TURINYS

1. SANTRAUKA.....	3
2. SUMMARY.....	4
3. SANTRUMPOS.....	5
4. ĮVADAS	6
5. LITERATŪROS APŽVALGA.....	8
5.1. Psichikos sveikatos samprata	8
5.2. Psichikos sveikatos politika	8
5.2.1. Psichikos sveikatos politika Europoje	9
5.2.2. Lietuvos psichikos sveikatos politika.....	13
5.3. Psichikos ligų paplitimas ir našta	16
5.4. Veiksniai, veikiantys psichikos sveikatą.....	18
6. TYRIMO METODIKA	24
7. REZULTATAI.....	26
7.1. Respondentų charakteristika	26
7.2. Studentų vidinės darnos lygis.....	27
7.3. Studentų psichikos sveikatos raštingumas	28
7.4. Studentų depresiškumas	30
7.5. Studentų savižudiškų minčių paplitimas.....	33
7.6. Socialinė parama	44
7.7. Depresiškumo sąsajos	53
8. REZULTATŲ APTARIMAS	57
9. IŠVADOS	60
10. REKOMENDACIJOS	61
11. LITERATŪROS SĄRAŠAS	62
12. PRIEDAI.....	66

1. SANTRAUKA

Pasaulyje ir Lietuvoje yra nemažai atlikta depresiškumo tyrimų tarp jaunų žmonių, tačiau universitetų, kolegijų, profesinių mokyklų studentų kelių rizikos veiksnių (psichikos sveikatos raštingumas, vidinė darna, depresiškumas, savižudiškos mintys, socialinė parama) paplitimas Lietuvoje mažai tyrinėtas.

Darbo tikslas – įvertinti studentų psichikos sveikatos rizikos veiksnių paplitimą Lietuvoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti Lietuvos universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentų vidinės darnos, psichikos sveikatos raštingumo bei socialinės paramos lygį.
2. Nustatyti depresiškumo ir savižudiškų minčių paplitimą tarp studentų pagal skirtingus socialinius ir demografinius veiksnius.
3. Įvertinti Lietuvos universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentų depresiškumo, vidinės darnos, psichikos sveikatos raštingumo ir socialinės paramos sąsajas.

Metodika – atliktas epidemiologinis paplitimo tyrimas, duomenys buvo renkami anoniminės anketinės apklausos metodu Vilniaus ir Kauno mokymosi įstaigose. Tyrimui atlikti parengta viena anketa universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentams. Tyrimas buvo atliekamas 2017 m. sausio –vasario mėnesiais. Buvo išdalinta 1200 anoniminių anketų. Iš jų sugrįžo 1122 užpildytos, tinkamos analizei. Anketinės apklausos duomenų statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 13.0 for Windows programinį paketą. Duomenys statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

Rezultatai ir išvados – universitetų, kolegijų, profesinių mokyklų studentų vidinės darnos lygis yra vidutinis. Gerą vidinę darną turi apie 28 proc. studentų. Beveik pusės studentų psichikos sveikatos raštingumo lygis yra geras. Daugiausia studentų gali kalbėtis apie jiems rūpimus klausimus su motina ir draugu. Tačiau tik 26 proc. universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentų gali kalbėti su mokytojais, dėstytojais. Didžioji dauguma studentų nėra depresiški (68,68 proc.). Daugiau vyrų (39,0 proc.) nei moterų (26,5 proc.) nėra pasižymintys depresiškumu. Beveik pusei profesinės mokyklos studentų yra nustatytas depresiškumas. Per paskutinius 12 mėnesių apie savižudybę dauguma studentų negalvojo. Tačiau 9 proc. moterų ir 12,5 proc. vyrų galvojo apie savižudybę – tai dažniausiai 25 metų amžiaus bei universitetų studentai. Tarp studentų apie 4 proc. kūrė savižudybių planą, o 3 proc. bandė nusižudyti. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp studentų depresiškumo ir vidinės darnos, psichikos sveikatos raštingumo, savižudiškų minčių, savižudybės planų kūrimo, bandymų nusižudyti, socialinės paramos.

Raktažodžiai – psichikos sveikata, studentai, depresiškumas, vidinė darna, socialinė parama, savižudybė, psichikos sveikatos raštingumas.

2. SUMMARY

There are a number of studies in Lithuania and whole world about depression among young people. However, the prevalence of several risk factors (mental health literacy, sense of coherence, depressiveness, suicidal thoughts, social support) among universities, colleges, vocational students in Lithuania has not been studied.

Aim of the study – to assess mental health risk factors prevalence among Lithuanian students.

Objectives:

1. To identify the inner coherence level of mental health literacy and social support in Lithuania universities, colleges and vocational schools students.
2. To identify depression and suicidal thoughts prevalence among students according to different social and demographic factors.
3. To assess links between depression and sense of coherence, mental health literacy, social support in Lithuanian students.

Methods: epidemiological prevalence study was conducted. Data were collected in Vilnius and Kaunas learning institutions using an anonymous questionnaire method. There were prepared one questionnaire for all students. The study was carried out in January – February, 2017. 1200 anonymous questionnaires were handed out. 1122 returned completed and suitable for analysis. Statistical analysis was performed using SPSS 13.0 for Windows software package. Statistically significant at $p < 0.05$.

Results and conclusions: universities, colleges, vocational schools students sense of coherence level is average. A good internal coherence have about 28 percent of students. Mental health literacy level is good in a half of students. Most students can talk about their concerns with mother and friends. However, only 26 percent of students can talk with teachers, lecturers. The majority of students are not depressed (68,68 percent). 39,0 percent men's and 26,5 percent woman's do not have depressiveness. Almost half of vocational school students have depressiveness. For the last 12 months 9 percent women and 12,5 percent men thought about suicide - usually 25 years university students. Among the students about 4 percent created the suicide plan and 3 percent tried to commit suicide. A statistically significant relationship found between depression and inner harmony, mental health literacy, suicidal ideation, suicide plans, suicide attempts and social assistance.

Keywords: mental health, students, depressiveness, sense of coherence, social support, suicide, mental health literacy.

3. SANTRUMPOS

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

ES – Europos Sąjunga

DALY – angl. – disability adjusted life years, prarasti sveiko gyvenimo metai dėl negalios ar mirties

YLLs – angl – Years life lost, prarasti metai dėl mirties

YLDs – angl. – Years lived with disability, žmogaus gyvenimo metai, nugyventi su negalia

PI – pasikliautiniai intervalai

χ^2 – Pearsono Chi kvadrato kriterijus

p – statistinis reikšmingumas

df – laisvės laipsnių skaičius

proc. – procentai

4. ĮVADAS

Mokslinis aktualumas. XXI amžiuje vis daugiau dėmesio mokslė ir visuomenės sveikatos praktikojeskiriama žmonių psichikos sveikatai. Gyventojų psichikos sveikata tampa svarbiutarptautiniu ir nacionaliniu visuomenės sveikatos prioritetu. Tai lemia ir naujausi moksliniai tyrimai, patvirtinantys, kad psichikos sutrikimų paplitimas auga: apie 25 proc. žmonių visame pasaulyje kasmet susiduria su psichikos sutrikimais [54] psichikos sutrikimais pasižymintys žmonės sudaro apie 40 proc. neįgalių žmonių, jų gydymui yra išleidžiama apie 20 proc. visų sveikatos lėšų [9]. Negalios našta dėl psichikos sutrikimų pasaulyje sudaro 23 proc. ir yra didžiausia tarp visų ligų [50].Psichikos sveikata yra pripažįstama kaip neatskiriama bendros sveikatos dalis ir yra įvardinta kaip sveikatos politikos prioritetas ne tik tarptautiniame kontekste, bet ir Lietuvoje. Lietuvoje 2007 metais patvirtinta Psichikos sveikatos strategija, kurios tikslas yra sukurti Lietuvos Respublikoje tokią psichikos sveikatos sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusiškąpagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms.Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje vienas iš uždavinių yra sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį – tai atspindi valstybės pastangas mažinti ir visuomenės psichikos sveikatą neigiamai veikiančius socialinius veiksnius.

Gera gyventojų psichikos sveikata yra aukšto socialinio kapitalovisumueneje prielaida, kuris yra apsauginis visuomenės psichikos sveikatos veiksnys, tokioje visuomenėje maži į save ar kitus nukreiptos prievartos, savižudybių ar kitokio destruktinio elgesio rodikliai [55]. Didžiuliai informacijos srautai, darbo krūviai, nuolat greitėjantis gyvenimo tempas, masinė globalizacija, nesugebėjimas prisitaikyti prie naujų socialinių ir ekonominių aplinkybių, sunkios gyvenimo sąlygos, smurtas šeimoje ir mokykloje, iširusios ir irstančios šeimos – tai yra tik dalis stresą keliančių ir žmogaus psichoemocinę būseną trikdančių priežasčių. Šių veiksnių poveikiui ypač jautrūs yra vaikai, paaugliai, jaunuoliai, studentai. Jie labiau pažeidžiami tampa dėl fizinių ir intelektinių pokyčių, prastų socialinių santykių su aplinkiniais, bendraamžiais ir šeima, prisiimamos atsakomybės už savo ateitį. Remiantis moksliniais tyrimais, daugelis sutrikimų, diagnozuojamų suaugusiesiems, gali prasidėti vaikystėje ar paauglystėje [41]. Džeimso Higinso (2011) teigimu, daugelis Europos jaunuolių vis sunkiau įveikia kasdienį stresą dėl egzaminų, santykių su kitais žmonėmis, darbo paieškų. Sunki šeimos padėtis, pažeisti socialiniai jos ryšiai, menkas tėvų išsilavinimas ir nedarbas yra veiksniai, kurie didina jaunimo psichologines problemas. Psichikos sveikatos raštingumas, geras vidinės darnos lygis gali apsaugoti jaunų žmonių psichikos sveikatą. Taip pat vienatvė ir socialinė izoliacija neigiamai veikia asmens tiek

fizinę, tiek psichikos sveikatą. Socialinių ryšių ir integracijos stoka turi įtakos depresijos bei nerimo pasireiškimui. Suvokimas, kad aplinkiniai palaiko ir nusiteikę padėti, stiprina pasitikėjimą savimi, palaiko dvasinę pusiausvyrą. Subjektyviai suvokiama socialinės paramos tikimybė yra reikšmingesnė streso veikiamo žmogaus psichologinei savijautai, o socialinis tinklas (artimų žmonių skaičius) yra reikšmingesnis bendrai psichikos sveikatai, ypač depresijos ir nerimastingumo lygiui [45].

Mokslinis naujumas. Lietuvoje yra atlikta nemažai tyrimų apie skirtingus psichikos sveikatos rizikos veiksnius: depresiškumą, savižudybes. Tačiau nėra mokslinių tyrimų, kuriuose būtų lyginami rizikos veiksniai: depresiškumas, vidinė darna, psichikos sveikatos raštingumas ir savižudiškos mintys tarp universitetų, kolegijų, profesinių mokyklų studentų, kuriems pasikeitusios gyvenimo sąlygos gali turėti neigiamos įtakos jų psichikos sveikatai. Galima teigti, kad moksliskai pagrįstos informacijos apie Lietuvos studentų psichikos sveikatos rizikos veiksnius labai trūksta. Tokio pobūdžio kompleksinis tyrimas Lietuvoje atliekamas pirmą kartą.

Darbo tikslas – įvertinti studentų psichikos sveikatos rizikos veiksnių paplitimą Lietuvoje.

Tyrimo uždaviniai:

1. Nustatyti Lietuvos universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentų vidinės darnos, psichikos sveikatos raštingumo bei socialinės paramos lygį.
2. Nustatyti depresiškumo ir savižudiškų minčių paplitimą tarp studentų pagal skirtingus socialinius ir demografinius veiksnius.
3. Įvertinti Lietuvos universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentų depresiškumo, vidinės darnos, psichikos sveikatos raštingumo ir socialinės paramos sąsajas.

5. LITERATŪROS APŽVALGA

5.1. Psichikos sveikatos samprata

Psichikos sveikata – tai individualus, subjektyvią gerovę stiprinantis gebėjimas sąveikauti su aplinka, grupe bei su pačiu savimi, optimalus vystymasis ir psichikos galimybių (kognityvinių, emocinių ir bendravimo) naudojimas; individualių ir visuomeniškų – atitinkančių teisingumą ir žmonių lygybę, tikslų siekimas ir saugojimas [55]. Psichikos sveikata yra tokia pat svarbi kaip ir fizinė sveikata siekiant užtikrintivisuomenės gerovę. Psichikos sveikatos klausimai yra dažnai tyrinėjami tiek socialiniuose, tiek sveikatos mokslų darbuose. Tačiau šioje sąvokoje telpa gana platus žmogaus vidinį gyvenimą atspindinčių aspektų spektras: nuo emocinio gerbūvio iki įvairaus lygio psichikos sutrikimų ir ligų. Vieni pagrindinių šeimos, bendruomenės ir tautos gyvenimo kokybės rodiklių yra gera asmens savijauta ir psichikos sveikata. Didelę įtaką asmens gyvenimo kokybei bei produktyvumui daro psichikos gerovė, kuri leidžia žmogui prasmingai, kūrybiškai ir pilietiškai aktyviai gyventi. Psichikos sveikata apibrėžiama kaip geros savijautos pojūtis, emocinė ir dvasinė būseną, kuri leidžia žmogui džiaugtis gyvenimo pilnatve, išgyventi skausmą ir liūdesį. Tai ne vien psichikos ligos ar sutrikimo nebuvimas [23]. Psichikos sveikatą lemia daug kompleksiskai veikiančių veiksnių, ji susijusi su amžiumi, išsilavinimu bei šeimine padėtimi. Socialinė parama yra svarbi geros psichikos sveikatos sąlyga. Depresiskumas ir nerimastingumas mažėja kai gerai sutariama su sugyventiniu, šeimos nariais, draugais [44]. Gera psichikos sveikata pasižymintys individai sukuria dideliu socialiniu kapitalu pasižyminčią visuomenę, kurioje maži į save ir kitus nukreiptos prievartos, savižudybių ar kitokio destruktinio elgesio rodikliai. Vis daugiau atsiranda mokslinių įrodymų, patvirtinančių, kad psichikos ir elgesio sutrikimai tampa vis didesniu visuomenės sveikatos prioritetu [55]. Psichikos sveikata yra prioritetinė sveikatos politikos sritis Lietuvoje ir pasaulyje bei įtvirtinta strateginiuose politiniuose dokumentuose.

5.2. Psichikos sveikatos politika

PSO 2001 m. pirmą kartą išleidus pasaulinę ataskaitą, skirtą psichikos sveikatai, visuomenės psichikos sveikata XXI amžiuje pripažįstama kaip viena iš svarbiausių visuomenės sveikatos dalių. Psichikos sveikata yra apibrėžiama kaip prioritetinė sritis tiek Europos tiek Lietuvos sveikatos politikoje. Psichikos sveikatos klausimai įtvirtinami strateginiuose dokumentuose, didžiausią dėmesį skiriant psichikos sveikatos stiprinimui, rizikos veiksnių prevencijai ir skatinantys imtis veiksmų.

Keletas svarbiausių Europoje tarptautinių psichikos sveikatos politikos dokumentų yra šie:

- 2008 m. Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktas (Europos komisija);
- PSO Europos Psichikos sveikatos veiksmų planas 2013-2020 (PSO);
- PSO Europos sveikatos ir gerovės strategija „Sveikata 2020“.

Svarbiausi Lietuvos politiniai strateginiai dokumentai, kuriuose identifikuojami visuomenės psichikos sveikatos prioritetai, yra šie:

- Psichikos sveikatos strategija (2007);
- Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategija;
- Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programa;
- Valstybės pažangosstrategija „Lietuva 2030“ ir Nacionalinė pažangos programa „Lietuva 2030“.

5.2.1. Psichikos sveikatos politika Europoje

Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktas

2008 metais Briuselyje vyko aukščiausio lygio konferencija, kurioje buvo pasirašytas „Psichikos sveikatos ir gerovės“ paktas. Šis dokumentas apjungia Europos institucijas, valstybes nares, atitinkamų sektorių suinteresuotąsias šalis, mokslinių tyrimų bendruomenę ir žmones, kuriems kyla atskirties pavojus dėl psichikos sveikatos problemų.

Šiame pakte yra išskiriamospenkios prioritetinės sritys, kuriose valstybės turėtų imtis veiksmų, norėdamos pagerinti savo gyventojų psichikos sveikatą:

1. **Depresijos ir savižudybių prevencija.** Depresija yra neatskiriama nuo savižudybės, kadangi depresija yra viena iš dažniausių ir sunkių psichikos sutrikimų, kuris provokuojasavižudiško elgesio rizikos veiksnius. Yra nustatyta, kad Europos Sąjungoje kas 9 minutes miršta vienas žmogus dėl savižudybės. Politikai ir suinteresuotieji yra raginami imtis taip pat šių veiksmų:

- gerinti sveikatos specialistų ir pagrindinių socialinio sektoriaus veikėjų mokymus apie psichikos sveikatą;
- apriboti prieigą prie potencialių savižudybės priemonių;
- imtis priemonių didinant visuomenės narių, sveikatos specialistų ir kitų atitinkamų sektorių atstovų sąmoningumą psichikos sveikatos atžvilgiu;
- imtis veiksmų mažinant savižudybes sąlygojančių rizikos veiksnių paplitimą;

- pasirūpinti pagalba po mėginimų nusižudyti, suteikti pagalbą nusižudžiusiųjų asmenų artimiesiems.

2. **Jaunimo psichikos sveikata ir švietimas.** Statistikos duomenimis iki 50 proc. psichikos sutrikimų prasideda paauglystės metu. Kad šis prioritetas būtų įgyvendinamas, yra raginama imtis šių veiksmų:

- užtikrinti ankstyvos intervencijos programas visoje švietimo sistemoje;
- numatyti programas, skirtas stiprinti vaikų auklėjimo šeimoje įgūdžius;
- skatinti specialistų, susijusių su sveikatos, švietimo, jaunimo ir kitais atitinkamais sektoriais mokymus psichikos sveikatos ir gerovės klausimais;
- skatinti socialinių-emocinių kompetencijų ugdymo integravimą į mokymo planus bei neformaliojo mokymo veiklą ir ikimokyklinių įstaigų bei mokyklų auklėjimo kultūrą;
- rengti programas, siekiant išvengti priekabiavimo, įbauginimo, smurto prieš jaunuolius ir jų socialinės atskirties;
- skatinti jaunuolių dalyvavimą švietimo, kultūros, sporto ir užimtumo srityse.

3. **Psichikos sveikata darbo vietos aplinkoje.** Pagrindinis produktyvumo ir inovacijų Europos Sąjungoje šaltinis yra darbo jėgos psichinė sveikata ir gerovė. Darbo tempai ir pobūdis keičiasi, sąlygodami spaudimą psichinei sveikatai ir gerovei. Darbo vieta vaidina pagrindinį vaidmenį žmonių, turinčių psichinės sveikatos problemų, socialiniam įtraukimui. Norint gerinti darbo aplinką rekomenduojama imtis šių veiksmų:

- gerinti darbo organizavimą, organizacinės kultūros ir vadovavimo praktiką, siekiant skatinti psichinę gerovę darbe, įskaitant darbo ir šeiminio gyvenimo derinimą;
- įgyvendinti psichinės sveikatos ir gerovės programas kartu su rizikos įvertinimo ir prevencijos programomis esant tokioms sąlygoms, kurios gali neigiamai paveikti psichinę darbuotojų sveikatą;
- imtis priemonių, siekiant remti žmonių, turinčių psichinės sveikatos problemų ar sutrikimų, verbavimą į darbą, jų darbo vietų išlaikymą arba reabilitaciją ir sugrįžimą į darbą.

4. **Pagyvenusiųjų psichinė sveikata.** Kadangi visuomenė sensta, o senatvė gali kelti tam tikrų rizikos veiksnių psichinės sveikatos ir gerovės atžvilgiu, tai ir su amžiumi savižudybių skaičius didėja. Kad gerėtų pagyvenusių žmonių psichinė sveikata reikia imtis šių veiksmų:

- skatinti aktyvų pagyvenusiųjų dalyvavimą bendruomenės gyvenime, įskaitant jų fizinio aktyvumo skatinimą ir galimybes mokytis;
- kurti lanksčias pensijų programas, kurios leistų pagyvenusiesiems ilgiau dirbti visą arba nepilną darbo dieną;

- imtis priemonių stiprinti pagyvenusiųjų, gaunančių slaugos paslaugas (medicines ir (arba) socialines) psichikos sveikatą bei gerovę tiek bendruomenėje, tiek slaugos institucijose;
- imtis priemonių padėti pagyvenusiųjų slaugytojams.

5. **Kova prieš stigmą ir socialinę atskirtį.** Pagrindines kliūtis ieškant pagalbos ir siekiant pasveikti gali sudaryti išankstinis nusistatymas – psichikos sutrikimų stigma bei ją lydinti socialinė atskirtis. Norint šiuos rizikos veiksnius sumažinti, kviečiama imtis šių veiksmų:

- remti kovos su stigma kompanijas ir veiklą, pavyzdžiui, žiniasklaidoje, mokyklose ir darbo vietoje, siekiant skatinti žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, integraciją;
- kurti psichikos sveikatos paslaugas, kurios būtų tinkamai integruotos visuomenėje ir kurioms svarbiausia būtų žmogus, bei kurios veiktų taip, kad būtų išvengta stigmatizacijos ir atskirties;
- skatinti aktyvų žmonių, turinčių psichikos sveikatos problemų, įtraukimą į visuomenę, įskaitant, jų galimybių tinkamai įsidarbinti, mokytis ir lavintis, gerinimą;
- įtraukti žmones, turinčius psichikos sveikatos problemų, ir jų šeimos narius bei slaugytojus į atitinkamos politikos ir sprendimų priėmimo procesus.

Psichikos sveikatos ir gerovės pakte kaip svarbiausi prioritetai yra išskiriami depresijos ir savižudybių prevencija bei jaunimo psichikos sveikata ir švietimas. Kad būtų išvengta vėlesnių sunkesnių pasekmių ar laiku pastebėti psichikos sutrikimai, turi būti kuo ankstesniame amžiuje vykdomos psichikos sveikatos stiprinimo ir rizikos veiksnių prevencijos iniciatyvos. Kryptingais tikslų įgyvendinimo veiksmais galima pasiekti teigiamų rezultatų visuomenėje. Pirmiausia pagerinant ir praplečiant jaunų žmonių žinias apie psichikos sveikatą, rizikos veiksnius bei galimas apsaugos priemones. Taip pat svarbu, kad žmogus žinotų, kur galima kreiptis pagalbos, kad būtų gaunamos tinkamos psichikos sveikatos paslaugos.

Šis paktas nurodo, kad pagrindinė atsakomybė dėl psichikos sveikatos ir gerovės tenka pačioms Europos Sąjungos valstybėms narėms. Jis grindžiamas Europos Sąjungos galimybėmis informuoti, remti geriausių patirtį ir skatinti valstybių narių bei suinteresuotų asmenų veiksmus bei padėti įveikti bendrus sunkumus ir kovoti su nelygiomis galimybėmis sveikatos atžvilgiu [52].

Europos Psichikos sveikatos veiksmų planas 2013–2020

Pasaulio sveikatos organizacija parengė Psichikos sveikatos veiksmų planą 2013–2020, kurio vizija yra pasaulis, kuriame psichikos sveikata yra vertinama, palaikoma, saugoma, yra užkertamas kelias psichikos sutrikimams ir asmenys, turintys psichikos sutrikimų galėtų naudotis visomis žmogaus teisėmis, gauti kokybišką sveikatos priežiūrą, pilnai dalyvauti visuomenės gyvenime ir darbe be diskriminacijos. Veiksmų plane numatomi tokie tikslai:

1. Stiprinti psichikos sveikatos valdymą;
2. Teikti visapusiškas, pritaikytas ir lanksčias psichikos sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas bendruomenėse;
3. Įgyvendinti psichikos sveikatos stiprinimą ir prevenciją;
4. Kurti informacines sistemas ir vykdyti psichikos sveikatos mokslinius tyrimus.

Psichikos sveikatos veiksmų planas išsikelia gana abstrakčius planus, kurie apima psichikos sveikatos stiprinimą, prevenciją, psichikos sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimąbei tyrimus, kurie parodytų pokyčių beivykdomy psichikos sveikatos veiklų svarbą [54].

Šis veiksmų planas yra kaip patariamasis gairės Europos šalims, kokiomis kryptimis reiktų vystyti psichikos sveikatos politiką šalyje ir pagerinti visuomenės psichikos sveikatą.

PSO Strategija „Sveikata 2020“

PSO strategijos „Sveikata 2020“ tikslas yra pagerinti gyventojų sveikatą ir gerą savijautą, sumažinti nelygybę sveikatos srityje, stiprinti žmonių sveikatą ir užtikrinti sveikatos apsaugą. Ši strategija yra pagrįsta tokiomis vertybėmis: pagrindinė žmogaus teisė į aukščiausią pasiekiamą sveikatos lygį nepriklausomai nuo rasės, lyties, amžiaus, socialinės ir ekonominės padėties. Šioje strategijoje kaip prioritetas yra minima ir psichikos sveikatos sritis, kadangi psichikos sveikatos problemos yra pagrindinė ilgalaikės įtampos ir negalios priežastis. Ypač svarbus uždavinys yra ankstyvas depresijos diagnozavimas ir vykdoma savižudybių prevencija, kuri būtų vykdoma per bendruomenines intervencines programas. Vienas iš strategijos uždavinių yra į pacientą orientuotos sveikatos sistemos stiprinimas ir gebėjimas užtikrinti aukštos kokybės sveikatos priežiūrą. Prioritetas turėtų būti skiriamas ligų prevencijai, integravimui teikiams paslaugoms, nepertraukiamai priežiūrai, nuolatiniam kokybės gerinimui ir ligonių savarankiškumo skatinimui. Visuotinis paslaugų prieinamumas yra strategijos „Sveikata 2020“ siekis, kad būtų rūpinamasi pirmine sveikatos priežiūra. Ši nuostata priskirtina ir psichikos sveikatos priežiūrai. Remiantis šia startegija atkreiptinas dėmesys yra į psichikos sveikatos netolygumų mažinimą, kad, nebūtų diskriminacijos pagal lytį, amžių, rasę ir visi gautų vienodas paslaugas pagal poreikius. Dokumente pabrėžiama, kaip svarbu, kad sveikatos sutrikimų būtų išvengta, stiprinti žmonių sveikatą ir anksti diagnozuoti sutrikimus [53].

5.2.2. Lietuvos psichikos sveikatos politika

Psichikos sveikatos strategija

Psichikos sveikatos strategija Lietuvoje patvirtinta Lietuvos Respublikos Seime 2007 metais. Šios strategijos tikslas – sukurti Lietuvoje tokią psichikos sveikatos sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms. Ši strategija taip pat turi septynias prioritetas: žmogaus teisių užtikrinimas, modernios, pacientų poreikius atitinkančios paslaugos, biopsichosocialinio modelio plėtos pusiausvyra, autonomijos ir dalyvavimo skatinimas, nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymas nespecializuotose sveikatos priežiūros įstaigose, psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija, pacientų, jų šeimų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas. Visi prioritetai yra orientuoti labiausiai į žmogų, kuris turi psichikos sutrikimų, kuriems reikia pagalbos. Ši strategija laiko svarbiomis žmogaus teises, kad jis gautų tinkamą ir gerą gydymą, būtų suteikta kvalifikuota ir reikalinga pagalba, būtų diegiamos ir naudojamos naujausios technologijos. Taip pat visa visuomenė turi būti šviečiama, kad ji galėtų suteikti pagalbą nedidelių psichikos, elgesio ir emocinių sutrikimų turintiems žmonėms.

Psichikos sveikatos strategijoje suformuluoti šeši uždaviniai:

- psichikos sveikatos svarbos įvertinimas valstybės politikoje;
- visuomenės psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija;
- psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendruomenėje plėtra;
- modernių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo mechanizmo sukūrimas;
- žmogaus teisių apsaugos užtikrinimas ir stebėseną;
- psichikos sveikatos priežiūros sistemos rodiklių ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių vertinimas bei stebėseną.

Norint įgyvendinti šiuos uždavinius yra nustatytos šios įgyvendinimo priemonės: kaip prioritetingą kryptį įtraukti psichikos sveikatos problemas į švietimo, socialinės apsaugos ir sveikatos sektorių savivaldos lygio, nacionalines ir Europos Sąjungos programas, užtikrinti reikalingą biudžeto dalies gavimą psichikos sveikatai, gerinti vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos apsaugą ir priežiūrą vykdant tikslines prevencines (savižudybių, rūkymo, alkoholio, narkotinių medžiagų), gydymo ir reabilitacijos programas, rizikos grupėms priskirtų tėvų

mokymas kaip auginti vaikus, plėtoti paslaugų sistemą, teikti priežiūros paslaugos krizinių situacijų metu, plėtoti konsultacinę ryšio psichiatriją, vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, socialinės pagalbos sistemą. Taip pat svarbi priemonė uždaviniams įgyvendinti yra, kad nuolat būtų vykdoma psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėseną. Tai reikalinga, kad žmonės tikrai gautų tinkamas ir reikalingas paslaugas bei būtų laiku suteikiama pagalba. Kad būtų matoma teigiama strategijos nauda visuomenės psichikos sveikatai, kad 2-3 metus reiktų atlikti psichikos sveikatos sistemos rodiklių mokslinę analizę. Ši strategija bus vertinama pagal teigiamą psichikos sveikatos rodiklių dinamiką.

Šios strategijos įgyvendinimą koordinuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

2007 metais numatyti uždaviniai turėtų būti pagrindas formuoti tinkamoms veikloms, kurios duotų teigiamų rezultatų visuomenės psichikos sveikatai [23].

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija

2014 metais Lietuvos Respublikos Seimo buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos 2014 – 2025 metų strategija. Šios strategijos tikslas – pasiekti, kad 2025 m. šalies gyventojai būtų sveikesni ir gyventų ilgiau, pagerėtų gyventojų sveikata ir sumažėtų sveikatos netolygumai. Taip pat yra išskiriami dar keturi tikslai:

1. sukurti saugesnę socialinę aplinką, mažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį;
2. sukurti sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką;
3. formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą;
4. užtikrinti kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

Visuomenė, kuri gauna mažas pajamas ir turi žemą socialinį statusą patiria ekonominių nepriteklių, turi psichologinių ir socialinio saugumo problemų. Norima sumažinti sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį, nes Lietuva tarp Europos Sąjungos valstybių narių yra pirmaujanti pagal savižudybių skaičių, taip pat didelis skaičius vaikų patiria patyčias mokykloje ir turi psichikos sveikatos sutrikimų. Šioje programoje ypač akcentuojama savižudybių prevencija, kurią vykdant, turi būti atsižvelgta į galimą smurtą vaiko aplinkoje, santykių derinimą, patyčių mokykloje ir gatvėje kontrolę, psichologinius konfliktus gyvenamojoje aplinkoje, fizinį smurtą. Taip pat siekiama sumažinti tabako gaminių, neteisėtų narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą, kuris turi įtakos psichikos ir elgesio sutrikimams. Tam turi būti stiprinami sveikos gyvenimo įgūdžiai, plėtojamos sveikatos priežiūros, socialinės,

reabilitacijos ir reintegracijos paslaugos, plėtojamas bendradarbiavimas su pilietine visuomene, socialiniais partneriais, nevyriausybinio sektoriumi. Norint užtikrinti, kad visuomenė gautų kokybišką ir efektyvią sveikatos priežiūrą, turi būti gerinamas pirminės sveikatos priežiūros organizavimas, užtikrinamas tolygus pirminės sveikatos priežiūros įstaigų išsidėstymas savivaldybėse, skatinamas skirtingo lygmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas, didinamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms.

Siekiant sumažinti psichikos sveikatos netolygumus, savižudybių skaičių mažinti reikia pradėti nuo vaikų auklėjimo, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo užtikrinimo, sveikų santykių šeimoje formavimo. Vaikai neturi patirti smurto, nepriežiūros, patyčių, kas veikia neigiamai jų psichikos sveikatą, elgesį.

Programos įgyvendinimą koordinuoja LR Sveikatos apsaugos ministerija. Įgyvendinant Programą pagal savo kompetenciją dalyvauja ministerijos, institucijos ir įstaigos prie Vyriausybės, savivaldybės, verslo įmonės, bendruomenės, nevyriausybinių valstybinių organizacijos, taip pat įtraukiami šalies gyventojai, kurie skatinami rūpintis savo, savo vaikų ir tėvų sveikata [25].

Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programa

Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros 2016 – 2023 metų plėtros programoje pirmiausia yra apžvelgiama Lietuvos visuomenės psichikos sveikata. Jame yra minima, kad psichikos sveikatos sutrikimai yra viena iš pagrindinių ligų grupių, kurios užkrauna Europos Sąjungos valstybėms didžiausią ekonominę socialinę naštą. Kadangi agresyvi rinka skatina vis pirkti ir vogti, vis daugiau atsiranda jaunų žmonių, kurie vartoja psichoaktyvias medžiagas, todėl gausėja psichikos sutrikimų. Didelį jaunų žmonių pažeidžiamumą rodo įvairios rizikingos elgsenos, smurto, savižudybių ir kitų psichikos sveikatos problemų rodikliai.

Šios programos strateginis tikslas yra prailginti Lietuvos gyventojų sveiko gyvenimo metus. Jau pirmasis programos tikslas yra stiprinti fizinę ir psichinę sveikatą – formuoti sveiką gyvenimą ir jos kultūrą, skatinti sveikatos raštingumą. Vienas iš uždavinių šiam tikslui pasiekti yra: atlikti psichikos sveikatą stiprinančias intervencijas, skatinančias teigiamus pokyčius ir didinančias visuomenės sąmoningumą. Šį uždavinį įgyvendinti yra numatyta vykdyti savižudybių prevenciją visoje Lietuvoje, skatinti pozityvios informacijos sklaidą visuomenei, didinti gyventojų informuotumą apie psichikos sveikatos stiprinimą, plėtoti ugdymo įstaigose psichikos sveikatą stiprinančias ir prevencines veiklas.

Dauguma numatytų programos įgyvendinimo uždavinių, kurie siektų gerinti visuomenės psichikos sveikatą, yra orientuota į jauną žmogų. Nemažai akcentuojama informacijos sklaida, kad žmogus gautų tinkamą ir teisingą informaciją, kad visuomenėje nebūtų didelių stigmų, visuomenė teisingai suprastų apie psichikos sveikatos sutrikimus ir galėtų padėti žmogui, kuriam reikia pagalbos [26].

Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“

Strategija Lietuva 2030 – tai valstybės pažangos strategija, kuri yra skirta įprasmingi šį principinį požiūrį valstybės valdyme. Tai valstybės vizija ir raidos prioritetai bei jų įgyvendinimo kryptys iki 2030 metų. Jos paskirtis – palankios aplinkos ir vertybinių nuostatų, formuojančių ir sudarančių galimybes šalies pažangai ir žmogaus gerovei užtikrinti sukūrimas. Tai pagrindinis dokumentas, kuriuo turi būti vadovaujama priimant strateginius sprendimus ir rengiant valstybės planus ir programas. Šioje strategijoje yra išskiriamos trys sritys, kuriose turi vykti pokyčiai: sumani visuomenė (laiminga visuomenė, kuri yra kiekvieno piliečio idėjoms, naujovėms ir iššūkiams atvira, solidari, savivaldi ir politiškai brandi), sumani ekonomika (lanksti ir gebanti konkuruoti pasaulyje, aukštą pridėtinę vertę, kurianti ekonomika, grindžiama žiniomis, inovacijomis, verslumu ir socialiniu atsakingumu bei „žaliuoju“ augimu), sumanus valdymas (atviras ir skatinantis dalyvauti, rezultatyvus, atitinkantis visuomenės poreikius ir užtikrinantis geros kokybės paslaugas valdymas, kompetentinga ir priimanti kryptingus strateginius sprendimus valdžia).

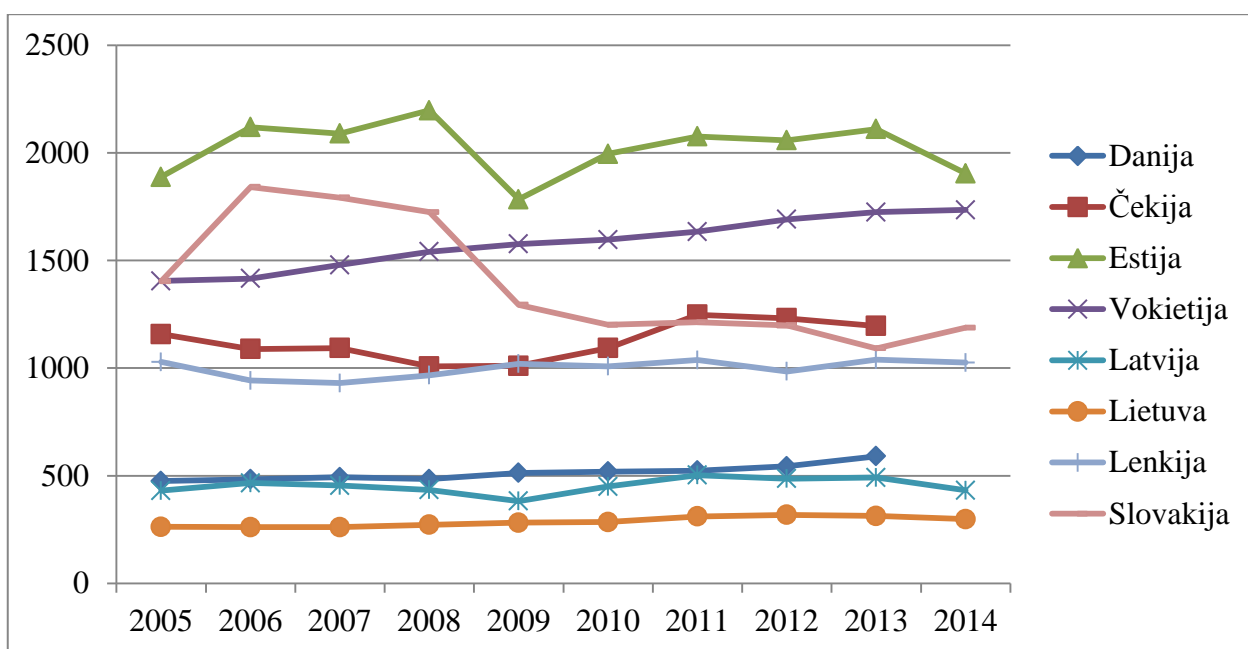
Siekiant pažangos visuomenėje, turi būti sukurtos sąlygos gyvuoti darniai šeimai, ugdančiai ir puoselėjančiai kūrybiškumą ir pilietiškumą, sukurta moderni mokymosi visą gyvenimą sistema, tolygiai išvystomas bendruomenių ir savarankiškų nevyriausybinių organizacijų tinklas, kuriama stipri visuomenės narių tarpusavio bendrystė. Pati visuomenė turi pripažinti socialinę atskirtį patiriančių asmenų teises, padėti jiems išsaugoti orumą ir būti visaverčiais visuomenės nariais, aktyviais dalyvauti socialinės įtraukties politikoje ir veikloje. Taip pat turi būti kovojama su stereotipais ir stigmatizacija, išsaugoma ir stiprinama gyvenimo kokybė, socialinė, ypač vaikų, gerovė [24].

5.3. Psichikos ligų paplitimas ir našta

Pasaulyje 10 – 20 proc. vaikų ir paauglių kenčia dėl psichikos sveikatos problemų ir tik penktadalis vaikų, kuriems nustatyti sutrikimai, gauna psichikos sveikatos pagalbą. Ankstyvoji

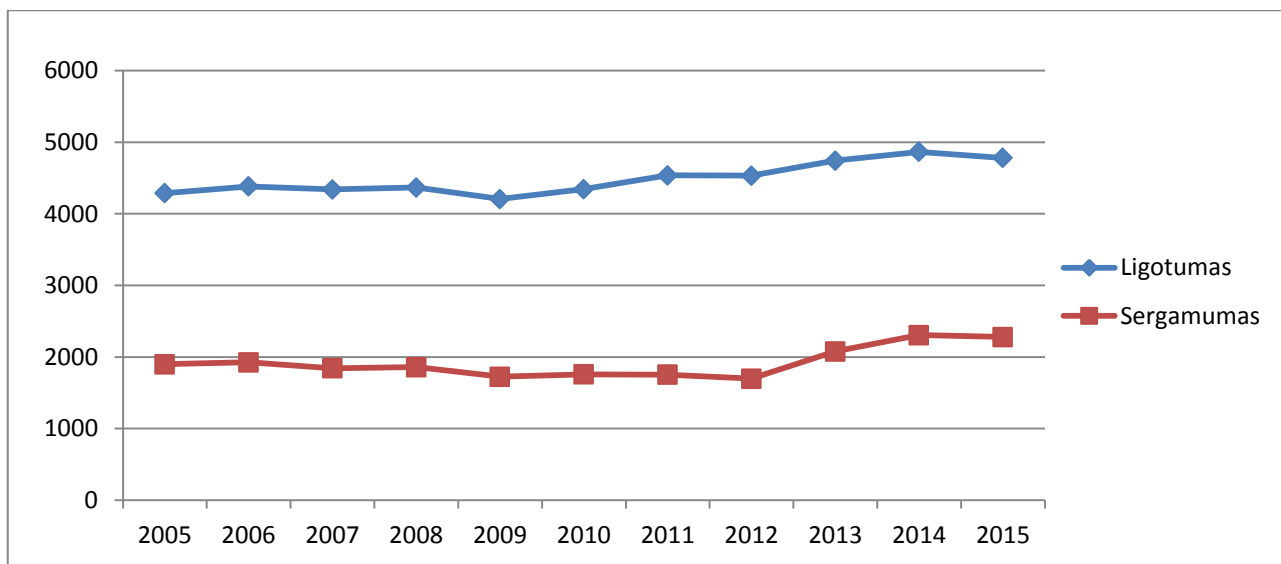
intervencija ir prevencija galėtų sumažinti suaugusiųjų psichikos sveikatos problemas. Taip būtų gerinama asmeninė gerovė ir produktyvumas [21].

Psichikos sutrikimų paplitimas tarp suaugusių žmonių yra pakankamai didelis daugelyje Europos valstybių. 1 paveiksle matyti, kad daugiausia psichikos sutrikimų 100 tūkst. gyventojų yra Estijoje 2005–2014 metų laikotarpyje. Vokietijoje kiekvienais metais psichikos sutrikimų tolygiai daugėja. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninio biuro duomenų bazės „Sveikata visiems“ duomenis matyti, kad Lietuvoje psichikos sutrikimų skaičius yra mažiausias tarp Europos Sąjungai priklausančių valstybių – viena iš priežasčių – aukštas psichikos sutrikimų stigmatizacijos lygis, apribojantis žmones kreiptis pagalbos (1 pav).



1 pav. Psichikos sutrikimų skaičius 100 tūkst. gyventojų 2005–2014 metais (Šaltinis: Pasaulio sveikatos organizacijos Europos regioninio biuro duomenų bazė „Sveikata visiems“)

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, Lietuvoje sergamumas ir ligotumas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius 2005–2015 metais didėjo. 2015 metais ligotumas siekė apie 5000 atvejų/ 100 tūkst. gyventojų. Per 10 metų psichikos ir elgesio sutrikimų padaugėjo daugiau nei 500 atvejų, o sergamumo atvejų skaičius išaugo apie 400 atvejų 100 tūkst. gyventojų (2 pav).



2 pav. 2005–2015 metų ligotumas ir sergamumas Lietuvoje psichikos ir elgesio sutrikimais 18–44 m. amžiaus grupėje 100 tūkst. gyventojų (Šaltinis: Lietuvos statistikos departamento duomenys)

Globali ligų našta yra vertinama kompleksiniu rodikliu – kiek sveiko gyvenimo metų yra prarandama dėl psichikos sutrikimų (DALY), taip pat kiek gyvenimo metų prarandama dėl mirties (YLLs) dėl psichikos ligos ir gyvenimo metų skaičius, nugyventas su negalia dėl psichikos ligos (YLDs). Šiais rodikliais yra parodoma kaip yra svarbu laiku suteikti pagalbą žmonėms, vykdyti prevenciją. Remiantis tyrimais, psichikos sutrikimai patenka tarp penkių ligų, kuriomis sergant yra prarandama daugiausiai sveiko gyvenimo metų. Psichikos ligų negalios našta yra didžiausia tarp visų susirgimų ir siekia 23 proc. Pagrindinis psichikos susirgimas, dėl kurio psichikos negalios našta yra didžiausia, yra depresija (dėl didelio paplitimo). Remiantis tarptautiniais globalios ligų naštos tyrimais, didžiausia psichikos sutrikimų našta yra jauno ir darbingo amžiaus žmonių grupėje – 15–29 metų amžiaus vyrams ir moterims dažniausiai pasireiškia psichikos sutrikimai, kurie sukelia didžiausią našą. Depresijos yra pagrindinis jaunų žmonių grupėje vyraujantis sutrikimas, dėl kurio psichikos ligų našta taip pat yra didžiausia [50]. Todėl svarbu įvertinti depresiškumo požymius jaunų žmonių amžiaus grupėje kuo anksčiau, kad būtų užtikrinta depresijos prevencija. Depresiškumas turi labai didelę įtaką gyvenimo kokybei, gali būti savižudybės rizikos veiksnys.

5.4. Veiksniai, veikiantys psichikos sveikatą

XX amžiaus pabaigoje, dėl sudėtingo pereinamojo laikotarpio, Lietuvos visuomenė patyrė stiprią psichikos sveikatos krizę, pasireiškiančią aukštais save ir kitus žalojančio socialinio elgesio (savižudybės, priklausomybę keliančių medžiagų vartojimas, prievarta ir smurtas) rodikliais. Nors psichikos sveikata 2005 metais Lietuvoje paskelbta prioritetine

sveikatos sritimi, iki šiol save ir kitus žalojančio elgesio rodikliai mūsų šalyje išlieka aukšti[31]. Pagrindiniai nacionaliniai sveikatos tikslai yra sumažinti psichikos ligų stigmatizaciją ir pagerinti psichikos sveikatos raštingumą. Pagerinus šiuos rodiklius, būtų pagerinti sveikatos rodikliai ir požiūris ateities kartoms. Tik 30 proc. paauglių, kurie serga psichikos ligomis, kreipiasipagalbos ir gauna gydymą, nes nesikreipia dėl stigmatizacijos [37].

Pastaruoju metu visuomenė susiduria su daugybe reiškinių, kurie sukelia psichinę įtampą. Didžiuliai informacijos srautai, darbo krūviai, nuolat greitėjantis gyvenimo tempas, masinė globalizacija, nesugebėjimas prisitaikyti prie naujų socialinių ir ekonominių aplinkybių, sunkios gyvenimo sąlygos, smurtas šeimoje ir mokykloje, iširusios ir irstančios šeimos, t.y. tik dalis stresą keliančių ir žmogaus psichoemocinę būseną trikdančių priežasčių. Tam ypač jautrūs yra vaikai, paaugliai, jaunuoliai, studentai. Jie labiau pažeidžiami tampa dėl fizinių ir intelektinių pokyčių, prastų socialinių santykių su aplinkiniais, bendraamžiais ir šeima, atsakomybės už savo ateitį. Remiantis tyrimais yra matoma, kad daugelis sutrikimų, diagnozuojamų suaugusiesiems, gali prasidėti vaikystėje ar paauglystėje. Nesistengiant užkirsti kelio anksti atsiradusiems nedideliems emocijų, bendravimo sutrikimams, jie gali peraugti į pavojingus socializacijos sutrikimus, kurie pasireiškia agresija prieš visuomenę (įvairūs nusikaltimai) ar prieš save (savižudybėmis, piktnaudžiavimu narkotinėmis medžiagomis ir pan.) [41].

Studentai yra jauni žmonės, būsimos darbingos visuomenės dalies branduolys. Studentų psichikos sveikatos rodikliai atspindi būsimos visuomenės psichikos sveikatos būklę ateityje. Studentai yra specifinė socialinė grupė, kuri pagrindinį dėmesį skiria mokymuisi. Be to, nemaža jų dalis derina mokslą su darbu, dalis jau yra sukūrę šeimas. Esant dideliame krūviui, nuolatinei emocinei įtampai, studijų sėkmė ir tolesnio gyvenimo kokybė daugiausia priklauso nuo emocinės būsenos. Kadangi depresijos ir nerimo sutrikimai visuomenėje yra plačiai paplitę, o depresinis sutrikimas specialistų yra laikomas vienu iš veiksnių, kuris lemia vaikų ir suaugusiųjų savižudybes, svarbu šiuos sutrikimus laiku pastebėti ir kreiptis į gydytoją [38]. Depresijos atvejų daugėja paauglystėje, tačiau dauguma negauna tinkamos paramos, kurios jiems reikia. Atpažinti ir suteikti pagalbą yra ypač svarbu paauglystėje, nes suaugus ji gali pasireikšti sunkesne forma, nes anksčiau nebuvo diagnozuota ir gydyta [29].

Remiantis tyrimais, yra daug veiksnių, kurie veikia jaunų žmonių psichikos sveikatą. 1 lentelėje pateikiamas jaunų žmonių psichikos sveikatą lemiančių faktorių – rizikos ir apsauginių veiksnių sąrašas. Skurdas ir nepalanki socialinė padėtis stipriai asocijuojasi su psichikos sutrikimais [25]. Džeimso Higinso (2011) teigimu, daugelis Europos jaunuolių vis sunkiau įveikia kasdienį stresą dėl egzaminų, santykių su kitais žmonėmis, darbo paieškų. Sunki šeimos padėtis, pažeisti socialiniai jos ryšiai, menkas tėvų išsilavinimas ir nedarbas yra veiksniai, kurie didina jaunimo psichologines problemas. Tėvų skyrybos, jų skiriamo dėmesio ir laiko stoka gali

lemti jaunuolio dvasinę krizę. Remiantis tyrimų duomenimis, devyni iš dešimties paauglių teigia, jog tėvai jų nesupranta, neužjaučia, ignoroja jų jausmus, nepastebi, kad jiems sunku. Jaunų žmonių psichikos sveikatą lengviau gali sutrikdyti veiksniai, kuriems suaugusieji yra atsparesni (smurtas, patyčios, skurdas, žalingi įpročiai, nesėkmės, nelaiminga meilė ir pan.). Psichikos sveikatos specialistų teigimu, apie 50 proc. psichikos sveikatos sutrikimų pasireiškia iki 18 metų. Du trečdaliai jų pasireiškia iki 24 metų. Psichikos sveikatos sutrikimus galima nustatyti 10–20 proc. jaunuolių, kurių didesnioji dalis yra iš nepasiturinčių gyventojų sluoksnių. Negydomi sveikatos sutrikimai vaikų ir paauglių amžiuje gali turėti ilgalaikių pasekmių vyresniame amžiuje [46].

1 lentelė. Psichikos sveikatos rizikos ir apsauginiai veiksniai (Šaltinis: Patel, V. ir kt., 2007)

Rizikos veiksniai	Apsaugantys veiksniai
Biologiniai	
Toksinų (tabako, alkoholio) poveikis nėštumo metu Genetiniai pokyčiai psichikos sutrikimų Galvos traumos Komplikacijos gimdymo metu ŽIV infekcija Neprievalgis Kitos ligos	Tinkamas vystymasis pagal amžių Gera psichikos sveikata Geras intelektualinis išsivystymas
Psichologiniai	
Mokymosi sutrikimai Netinkami asmenybės bruožai Seksualinis, psichologinis smurtas Sudėtingas temperamentas	Gebėjimas mokintis iš patirties Gera savigarba Gebėjimas išspręsti iškilusias problemas Socialiniai įgūdžiai
Socialiniai	
Šeima Nenuoseklus rūpinimasis Nesutarimai šeimoje Prasta disciplina šeimoje Prastas šeimos valdymas Šeimos narių mirtis	Atsidavimas šeimai Geri ryšiai šeimoje Teigiamos emocijos šeimoje
Mokykla Patyčios Akademinės nesėkmės Netinkama mokyklos aplinka Blogas mokyklos lankomumas arba nepakankamai teikiamas švietimas	Galimybės dalyvauti mokyklos gyvenime Teigiamas įvertinimas pasiekimų mokykloje Išsilavinimas
Bendruomenė Urbanizacija Blogas bendruomeniškumas Diskriminacija Smurtavimas	Bendradarbiavimas tarpusavyje Laisvalaikio galimybės Teigiama laisvalaikio patirtis Bendradarbiavimas su organizacijomis

Depresiškumas yra vienas iš psichikos sveikatos rizikos veiksnių. Depresija yra susijusi su nuotaikos pokyčiais. Žmogus pirmiausiai būna liūdnas, paniuręs, jį apninka mintys apie nevykusį gyvenimą, degina stiprus kaltės jausmas. Kai žmogus tampa depresyvus, sulėtėja jo mąstymas, žmogus save pats pradeda nuvertinti, skundžiasi miego sutrikimais, apetito praradimu, bendru nuovargiu, tampa perdėtai jautrus. Atsiradęs nerimas, depresiškumas dažnai būna žmogų kankinanti, nepraeinanti būseną, neretai lydima nemalonių fizinių reakcijų. Atsiradus depresiškumui, gali atsirasti mintys apie savižudybę. Dažna savižudybės priežastis gali būti psichologinis skausmas, sielvartas, dvasinė kančia. Krizę išgyvenančiam žmogui atrodo, kad jis nebeturi jėgų įveikti sunkumus, niekada neįgyvendins savo troškimų, nepasieks tikslų, o svarbiausia – jis neturi vilties, kad ateityje kas nors pasikeis. Sunkios dvasinės krizės metu tiek jaunuoliui, tiek suaugusiam kartais būna sunku pačiam viską teisingai įvertinti ir priimti sprendimą. Tokiu atveju gali būti priimta mintis, kad mirtis yra galimybė įveikti visus sunkumus [18]. Nuovargis taip pat gali turėti įtakos depresiškumo atsiradimui. Jis yra viena iš depresijos atsiradimo požymių. Studentams nuovargis taip pat gali atsirasti dėl didelės apkrovos mokslo, pouniversitetinės veiklos, darbo, socialinės veiklos, narkotikų vartojimo [33]. Kuo didesnis nuovargio lygis, tuo didesnė našta visuomenei. Didelis nuovargis taip pat gali padidinti savižudybės riziką [34].

Studentai yra nelinkę asmeniškai padėti psichikos sveikatos problemų turintiems žmonėms. Jie galvoja, kad pagalbą turi teikti tik psichologai, psichiatrai ir gydymo įstaigos. Dėl šios priežasties dauguma studentų nekreipia dėmesio, vengia ir net bijo kitokių žmonių. Tai rodo, kad žmonės bijo atsakomybės arba nežino, kaip galėtų padėti [49]. Mėginimų žudyti tikslios statistikos Lietuvoje nėra, tačiau manoma, kad vienai įvykdytai savižudybei tenka 10–100 bandymų žudyti. Depresinis sutrikimas aprašomas kaip vienas iš svarbiausių rizikos veiksnių suaugusiųjų ir vaikų savižudybei, o nediagnozuotos ir negydytos depresijos yra svarbus veiksnys, lemiantis didelį savižudybių skaičių [39]. Vienatvė ir socialinė izoliacija neigiamai veikia tiek fizinę, tiek psichologinę asmens sveikatą. Socialinių ryšių ir integracijos stoka turi įtakos depresijos bei nerimo pasireiškimui. Tyrimai patvirtina, kad turintys sunkių psichikos problemų (klinikinė depresija, alkoholizmas ir kt.) žmonės yra sveikesni, jei jie integruojami į bendruomenes. Socialinius ryšius su kitais palaikantys asmenys ilgiau jaučia gydymo rezultatus, rečiau patiria ligos atkryčius ir yra rečiau guldomi į ligoninę. Ir priešingai, socialiai izoliuoti arba gaunantys nepakankamą socialinę paramą asmenys, susidūrę su psichikos problemomis, rečiau imasi aktyvių jų sprendimo veiksmų, o pasireiškus depresijai, sunkiau ją išgyvena. Manoma, kad socialinius ryšius ir sveikatą sieja abipusis ryšys: sveikatos būklė blogėja dėl socialinės izoliacijos, o esant prastai sveikatai yra ribojami socialiniai kontaktai. Suvokimas, kad aplinkiniai palaiko ir nusiteikę padėti, stiprina pasitikėjimą savimi, palaiko dvasinę pusiausvyrą.

Subjektyviai suvokiama socialinės paramos tikimybė yra reikšmingesnė streso veikiamo žmogaus psichologinei savijautai, o socialinis tinklas (artimų žmonių skaičius) yra reikšmingesnis bendrai psichikos sveikatai, ypač depresijos ir nerimastingumo lygiui [45].

2012 metų tyrimo duomenimis, savižudybė yra viena iš pagrindinių mirties priežasčių tarp kolegijų studentų ir tai dažniausiai siejama su depresija. Rezultatai parodė, kad studentai su didesniu depresijos sunkumo, aukštesniu beviltiškumo lygiu ir prastesne gyvenimo kokybe buvo labiau linkę galvoti apie savižudybę [10]. Daugėja įrodymų, kad depresijai yra būdingas dirglumas, kuris yra susietas su sergamumu, savižudybės rizika ir funkciniais sutrikimais [36].

Psichikos sveikatos raštingumas – tai žinios ir nuostatos apie psichikos sveikatos sutrikimus, kas padėtų juos atpažinti, valdyti ar gydyti. Ši sąvoka susideda iš kelių komponentų:

- gebėjimas atpažinti sutrikimus ar skirtingą psichologinį stresą;
- žinios ir įsitikinimai apie rizikos veiksnius ir atvejus;
- žinios ir įsitikinimai apie pagalbą pačiam sau;
- žinios ir įsitikinimai apie profesionalią pagalbą;
- požiūris, kuris palengvintų sutrikimo pripažinimą ir siekimas susirasti reikalingos pagalbos;
- žinios, kur reikia ieškoti informacijos apie psichikos sveikatą.

Jei žmogus patiria psichikos sutrikimų simptomus ar bendrauja su kitais, kurie turi problemų, jie bando pašalinti tuos simptomus. Žmonių simptomų valdymui turi įtakos jų psichikos sveikatos raštingumas. Jei žmogui pavyksta sėkmingai suvaldyti iškilusias psichologines problemas ir sumažinti simptomus tada keičiasi ir psichikos sveikatos raštingumo lygis [19]. Psichikos sveikatos raštingumas daro didelę įtaką jaunimo psichikos sveikatai. Gerinimas psichikos sveikatos raštingumo lygio turėtų būti laikomas svarbia prevencine veikla mažinant jaunimo psichikos sveikatos problemas [22]. Psichikos sveikatos raštingumas yra ypač svarbus paauglystėje ir jaunystėje, nes tai yra piko metas, kuriuo gali pasireikšti psichikos sutrikimas. Pusei žmonių, kurie kenčia nuo psichikos sutrikimų, pirmas epizodas, pirmieji požymiai pasireiškė iki 18 metų. Be to, šiuo gyvenimo periodu yra būdingas stiprus pokyčių metas, kai psichikos sveikatai didelį poveikį daro asmeniniai, socialiniai, profesiniai, fiziniai ir emociniai veiksniai [27].

Vidinė darna – tai individualūs sunkumų įveikimo būdai, lemiantys somatinę sveikatą, elgesį įvairiose gyvenimo situacijose, socialinio pasaulio suvokimą ir aiškinimą [2]. Tyrimų duomenimis, kuo stipresnis rizikos veiksnio veikiamų žmonių vidinės darnos jausmas, tuo mažiau asmenims pasireiškia potrauminiai simptomai. Stipria vidine darna pasižymintys žmonės yra mažiau pažeidžiami ligų, jiems rečiau pasireiškia depresija, nerimas, stresas, miego sutrikimai. Taigi vidinė darna gali būti stiprus apsauginis veiksnys [20].

Taigi yra daug rizikos veiksnių, kurie veikia žmogaus psichikos sveikatą, tačiau nemažai yra apsaugančių veiksnių, kurie galėtų sumažinti aplinkos poveikį žmogui. Mažinant savižudybės, depresiško lygį, reikėtų gerinti psichikos sveikatos raštingumą, vidinę darną bei socialinę paramą,

6. TYRIMO METODIKA

Metodika. Tyrimo tikslui pasiekti ir užsibrėžtiems uždaviniams įgyvendinti pasirinktas vienmomentinis (paplitimo) tyrimas. Duomenys buvo renkami anoniminės anketinės apklausos metodu. Tyrimui buvo parengta viena anketa universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentams. Anketa parengta naudojant:

- depresiškumo vertinimo skalė: Zung self-rating depression scale. Prieiga per internetą: <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/ZungSelfRatedDepressionScale.pdf> [56].
- 3 klausimų vidinės darnos klausimynas: A. Antonovsky (1987). Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well [1].
- psichikos sveikatos raštingumo klausimynas naudotas iš V. Swami (2012) „Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative british sample“ [43].
- Kiti klausimai buvo uždaro tipo, siekiant įvertinti tiriamųjų demografinius skirtumus, savižudiškų minčių, socialinės paramos klausimus.

Klausimyną, skirtą universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentams, sudaro 21 uždaro tipoklausimas. Tyrimo anketa pateikiama prieduose.

Šiame tyrime studentų vidinė darna buvo vertinama pagal klausimų vidurkį: 1,3–2 gera vidinė darna, 2–2,3 vidutinė, 2,3–3 bloga, 3–4,3 labai bloga vidinė darna. Zungo depresiškumo skalėje gavus įvertį <50 vertinama, kad depresiškumo nėra, 51–60 – lengvo laipsnio depresija, 61–70 – vidutinio laipsnio, 71–80 sunki depresija. Studentų atsakymai į klausimus dėl netolygaus pasiskirstymo apjungti taip: klausimo: „Kokia Jūsų šeiminė padėtis?“ atsakymai „gyvena nesusituokusi/nevedęs“, „ištekėjusi/vedęs“ apjungti į „gyvena partnerystėje“, „išsiskyrusi/ išsiskyręs“ ir „kita“ sujungti į „kita“; klausimo: „Kokia pinigų suma Jūsų šeimoje tenka 1 šeimos nariui per mėnesį?“ atsakymai „iki 100 Eur“, „101–200 Eur“ apjungti į „iki 200 Eur“, „201–300 Eur“, „301–400“ apjungti į „201–400“, „401–500 Eur“, „daugiau kaip 501 Eur“ apjungti į „daugiau kaip 401 Eur“. Klausimo: „Kaip Jums atrodo, ar aprašyta Mildos/Tomo situacija yra rimta ir kelianti nerimą?“ atsakymai „1“, „2“ – „nekelia nerimo“, „3“, „4“, „5“ – „kelia mažai nerimo“, „6“, „7“ – „kelia didelį nerimą“.

Duomenų rinkimas. Tyrimas buvo atliekamas 2017 m. sausio – vasario mėnesiais. Duomenys buvo renkami Lietuvos sporto, Lietuvos sveikatos mokslų, Mykolo Romerio, Vilniaus, Vilniaus Gedimino technikos universitetuose, Tarptautinėje teisės ir verslo mokykloje, Kauno, Šv. Ignaco Lojolos, Vilniaus technologijų ir dizaino kolegijose, Karaliaus Mindaugo profesinio rengimo, Kauno technikos profesinio mokymo centruose, Vilniaus automechanikos ir verslo mokykloje.

Anketos buvo išdalintos studentams paskaitų metu, padedant dėstytojams, studentų atstovybės atstovams ir visuomenės sveikatos specialistėms, dirbančioms profesinėse mokyklose.

Tiriamieji. 2016 metų duomenimis Lietuvoje studijavo 93524 studentai universitetuose, 39772 – kolegijose, 46543 – profesinėse mokyklose. Naudojantis imties dydžio skaičiuokle [16], pagal pasirinktą paklaidą (5) ir 95% pasikliautinį intervalą ($z = 1,96$) buvo paskaičiuota reprezentatyvi tyrimo imtis.

Apklausti reikėjo 383 universitetų studentus, 380 – kolegijų, 381 – profesinių mokyklų studentus. Turint galvoje, kad dalis studentų užpildytų anketų gali būti netinkamos analizei, imtis padidinta iki 1200 – tiek išdalinta anoniminių anketų. Iš jų sugrįžo 1122 užpildytos, tinkamos duomenų analizei anketos. Tyrimui netiko vyresni nei 25 metų studentai, kurie dėl gyvenimo patirties gali iškreipti duomenis, todėl jie buvo atmesti.

Duomenų analizė. Anketinės apklausos duomenų statistinė analizė atlikta naudojant SPSS 23.0 for Windows programinį paketą bei WinPepi versija 11.62 programa. Atlikta duomenų analizė panaudojant aprašomosios statistikos metodus. Duomenys buvo pateikiami lentelėse skaičiuojant absoliučius ir procentinius dažnius. Įverčių tikslumui įvertinti apskaičiuoti 95 proc. pasikliautiniai intervalai (95 proc. PI). Kategorinių kintamųjų ryšiai buvo vertinti χ^2 testas arba Fisherio tikslusis metodas. Rizikos ir apsauginiams veiksniams įvertinti skaičiuotas šansų santykis (OR). Priklausomybei prognozuoti naudota dvinarė logistinė regresija. Duomenys statistiškai reikšmingi, kai $p < 0,05$.

7. REZULTATAI

7.1. Respondentų charakteristika

Tyrimė dalyvavo 1122 respondentai. Iš jų 38,6 proc. (n=433) vyrų ir 61,4 proc. (n=689) moterų. Pagal mokymosi įstaigą studentai pasiskirstė taip: profesinės mokyklos studentai – 20,8 proc. (n=233), kolegijos/ aukštosios neuniversitetinės mokyklos – 35 proc. (n=393), universiteto/ akademijos – 44,2 proc. (n=496). Tolimesnėje analizėje respondentai pagal šeiminę padėtį sugrupuoti taip: 75,5 proc. (n=847) studentai yra neištekėję, nevedusios, 19,1 proc. (n=214) – gyvena partnerystėje, t. y. gyvena nesusituokusi/ nevedęs arba santuokoje, 5,4 proc. (n=61) – kita, t. y. išsiskyrusios/išsiskyrę, našliai ar pan. Studentai pagal gaunamas pajamas, kurios tenka vienam šeimos nariui pasiskirsto taip: iki 200 Eur – 22,5 proc. (n=302), 201–400 Eur – 50,0 proc. (n=670), daugiau kaip 401Eur – 27,5 proc. (n=368). Respondentų demografinė ir socialinė charakteristika pateikta 2 lentelėje.

2 lentelė. Respondentų demografinė ir socialinė charakteristika.

Respondentų charakteristika			
Požymis	n	proc.	Iš viso
Lytis			1122
Vyrai	433	38,6	
Moterys	689	61,4	
Mokymosi įstaiga			
Profesinė mokykla	233	20,8	
Kolegija/aukštoji neuniversitetinė mokykla	393	35,0	
Universitetas/akademija	496	44,2	
Šeiminė padėtis			
Nesusituokę	847	75,5	
Gyvena partnerystėje	214	19,1	
Kita	61	5,4	
Gaunamos pajamos per mėnesį			
Iki 200 Eur	302	22,5	
201–400 Eur	670	50,0	
Daugiau kaip 401 Eur	368	27,5	

Vidutinis respondentų amžius yra 20,45 m. Dažniausiai buvo nurodomas 20 metų amžius. Jauniausi tiriamieji buvo 18 metų, o vyriausi – 25 metų amžiaus. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių yra pateiktas 3 lentelėje.

3 lentelė. Respondentų amžiaus charakteristika (metais).

Požymis	Amžiaus vidurkis	Moda	Min	Max	Standartinis nuokrypis	N
Amžius	20,45	20	18	25	1,677	1122

7.2. Studentų vidinės darnos lygis

Tyrimo duomenimis, 57,03 proc. (95 proc. PI (54,11 – 59,91)) studentų vidinės darnos lygis yra vidutinis. Tarp moterų studentų vidutinį vidinės darnos lygį turi 55,6 proc. (n=383) respondenčių, tarp vyrų – 58,7 proc. (n=254), statistiškai reikšmingo skirtumo nėra (p=0,226). Daugiau moterų nei vyrų turi gerą vidinę darną, skirtumas statistiškai reikšmingas (p=0,002) (4 lentelė).

4 lentelė. Studentų vidinės darnos lygio pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Vidinės darnos lygis									
	Gera		Vidutinė		Bloga		Labai bloga		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	N	proc.	n	proc.
Vyrai	100	23,1	254	58,7	72	16,6	7	1,6	428	100,0
Moterys	221	32,1	383	55,6	82	11,9	3	0,4	689	100,0
p=0,01										

Skirtingose mokymosi įstaigose studijuojančių studentų vidinės darnos lygis yra vidutinis. Daugiau studentų, kurie mokosi universitete ar akademijoje (33,3 proc.), turi gerą vidinės darnos lygį nei profesinėse mokyklose besimokantys (22,3 proc.), šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p=0,002). Taip pat daugiau universitetų, akademijų studentų (33,3 proc.) turi gerą vidinės darnos lygį, palyginti su kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų studentais, kurių gerą vidinę darną turėjo 26,5 proc. Šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p=0,03) (5 lentelė).

5 lentelė. Studentų vidinės darnos lygio pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Vidinės darnos lygis									
	Gera		Vidutinė		Bloga		Labai bloga		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	52	22,3	126	54,1	54	23,2	1	0,4	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	104	26,5	235	59,8	47	12,0	7	1,8	393	100,0
Universitetas/akademija	165	33,3	276	55,6	53	10,7	2	0,4	496	100,0
p<0,01										

Tyrimo duomenimis, vidinės darnos lygis nėra susijęs su pajamomis. Vidinės darnos lygis yra vidutinis daugiautarp tų studentų, kurių šeimos pajamos vienam nariui yra iki 200 Eur

(54,3 proc.) per mėnesį nei 201–400 Eur (53,9 proc.) gaunantys, tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas ($p=0,251$) (6 lentelė).

6 lentelė. Studentų vidinės darnos lygio pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Vidinės darnos lygis									
	Gera		Vidutinė		Bloga		Labai bloga		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	72	28,1	139	54,3	41	16,0	4	1,6	256	100,0
201–400 Eur	151	28,2	306	57,2	72	13,5	6	1,1	535	100,0
Daugiau kaip 500 Eur	98	29,6	192	58,0	41	12,4	0	0,0	331	100,0
$p=0,365$										

7.3. Studentų psichikos sveikatos raštingumas

Anketoje buvo pateikta situacija, pagal kurioje aprašytos depresinės būklės atpažinimą buvo vertintas psichikos sveikatos raštingumas. Pagal pateiktą situacijos aprašymą studentai į klausimą: „Kaip Jums atrodo iš pateikto aprašymo, ar Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga?“ atsakė panašiai. Dažniau moterys (65,4 proc.) atpažino psichikos sutrikimą nei vyrai (45,9 proc.), skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p<0,01$) (7 lentelė).

7 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Kaip Jums atrodo iš pateikto aprašymo, ar Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai							
	Taip		Ne		Negaliu pasakyti		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyrai	195	45,9	85	20,0	145	34,1	425	100,0
Moterys	447	65,4	86	12,6	151	22,1	684	100,0
$p<0,01$								

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Kaip Jums atrodo iš pateikto aprašymo, ar Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga?“ atsakė skirtingai. Daugiau universitetų, akademijų (70,5 proc.) studentai atpažįsta, kad pagal situaciją Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga, nei profesinių mokyklų (37,7 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,01$) (8 lentelė).

8 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Kaip Jums atrodo iš pateikto aprašymo, ar Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai							
	Taip		Ne		Negaliu pasakyti		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	87	37,7	57	24,7	87	37,7	231	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	208	53,9	60	15,5	118	30,6	386	100,0
Universitetas/akademija	347	70,5	54	11,0	91	18,5	492	100,0
p<0,01								

Tyrimo duomenis, 93,76 proc. (95 proc. PI (91,59–95,50)) studentų teigia, kad pagal pateiktą situaciją žmogus serga depresija. Daugiau moterų (95,3 proc.) nei vyrų (90,3 proc.) teigia, kad pateiktoje situacijoje žmogus serga depresija, tarp jų yra statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,022) (9 lentelė).

9 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Kaip Jums atrodo iš pateikto aprašymo, ar Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga?“ ligos įvardinimo pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Studentų atsakymai									
	Depresija		Amnezija		Nervų liga		Kita		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyrai	167	90,3	3	1,6	0	0,0	15	8,1	185	100,0
Moterys	389	95,3	3	0,7	7	1,7	9	2,2	408	100,0
p=0,01										

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai pagal situaciją įvardino ligą panašiai. Daugiau universitetų, akademijų (97,1 proc.) studentai atpažįsta, kad pagal situaciją Milda/Tomas serga depresija, nei profesinių mokyklų studentai (78,1 proc.) – šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p<0,01) (10 lentelė).

10 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Kaip Jums atrodo iš pateikto aprašymo, ar Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga?“ ligos įvardinimo pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Lytis	Studentų atsakymai									
	Depresija		Amnezija		Nervų liga		Kita		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyrai	167	90,3	3	1,6	0	0,0	15	8,1	185	100,0
Moterys	389	95,3	3	0,7	7	1,7	9	2,2	408	100,0
p=0,01										

Tyrimo duomenis, 51,52 proc. (95 proc. PI 48,59–54,43 proc.) studentų teigia, kad pateikta situacija kelia nerimą ir yra rimta. Daugiau vyrų (59,6 proc.) nei moterų (46,4 proc.) teigia, kad pateikta situacija yra rimta ir kelia nerimą, tarp jų yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$) (11 lentelė).

11 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Kaip Jums, ar aprašyta Mildos/Tomo situacija yra rimta ir kelianti nerimą?“ligos įvardinimo pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai							
	Nekelia nerimo		Mažai kelia nerimo		Kelia didelį nerimą		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyrai	60	13,9	258	59,6	115	26,6	433	100,0
Moterys	35	5,1	320	46,4	334	48,5	689	100,0
$p < 0,01$								

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai pagal pateiktą situaciją įvertino situacijos rimtumą panašiai. Daugiau profesinių mokyklų (64,8 proc.) studentai teigia, kad tai kelia nerimą ir yra rimta, nei kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (53,9 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p = 0,008$) (12 lentelė).

12 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Kaip Jums, ar aprašyta Mildos/Tomo situacija yra rimta ir kelianti nerimą?“ligos įvardinimo pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai							
	Nekelia nerimo		Mažai kelia nerimo		Kelia didelį nerimą		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	24	10,3	151	64,8	58	24,9	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	30	7,6	212	53,9	151	38,4	393	100,0
Universitetas/akademija	41	8,3	215	43,3	240	48,4	496	100,0
$p < 0,01$								

7.4. Studentų depresiškumas

Tyrimo duomenis, 68,68 proc. (95 proc. PI (65,90–71,36)) studentų nėra depresiški, tuo tarpu 31 proc. studentų nustatytas depresiškumas. Daugiau moterų (73,5 proc.) nei vyrų (61,0 proc.) nėra depresiški, tarp jų yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$). Daugiau vyrų (21,5 proc.) nei moterų (16,5 proc.) turi lengvą depresiškumą, skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,035$). Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas taip pat tarp vyrų ir moterų, kuriems nustatytas vidutinio sunkumo depresiškumas ($p = 0,007$) (13 lentelė).

13 lentelė. Studentų depresiškumo lygis pagal lytį.

Lytis	Depresiškumo lygis									
	Normalus (nėra depresiškumo)		Lengvas		Vidutinis		Sunkus		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyrai	261	61,0	92	21,5	66	15,4	9	2,1	428	100,0
Moterys	500	73,5	112	16,5	68	10,0	0	0,0	680	100,0
p<0,01										

Daugiau jaunesniems, t.y. 21 metų amžiaus studentams nei vyresniems, t.y. 25 metų nenustatytas depresiškumas, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,002$). Lengvas depresiškumas nustatytas daugiau 25 metų amžiaus (42,3 proc.) studentams nei 21 metų (11,6 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,001$). Daugiau 22 metų (23,4 proc.) studentams nei 23 metų (3,5 proc.) yra vidutinis depresiškumas, nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,001$) (14 lentelė).

14 lentelė. Studentų depresiškumo lygis pagal amžių.

Amžius	Depresiškumo lygis									
	Normalus (nėra depresiškumo)		Lengvas		Vidutinis		Sunkus		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	N	proc.	n	proc.
18 m.	50	54,3	29	31,5	13	14,1	0	0,0	92	100,0
19 m.	193	73,1	47	17,8	23	8,7	1	0,4	264	100,0
20m	199	68,6	54	18,6	32	11,0	5	1,7	290	100,0
21 m.	165	73,3	26	11,6	31	13,8	3	1,3	225	100,0
22 m.	43	55,8	16	20,8	18	23,4	0	0,0	77	100,0
23 m.	67	78,8	15	17,6	3	3,5	0	0,0	85	100,0
24 m.	33	67,3	6	12,2	10	20,4	0	0,0	49	100,0
25 m.	11	42,3	11	42,3	4	15,4	0	0,0	26	100,0
p<0,01										

Tyrimo duomenis, daugiau kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (74,0 proc.) studentai nei profesinių mokyklų (55,8 proc.) yra nedepresiški, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,001$). Lengvas depresiškumas nustatytas daugiau profesinės mokyklos (28,6 proc.) nei universitetų, akademijų (15,6 proc.) studentams ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p<0,001$). Vidutinis depresiškumo lygis nustatytas daugiau profesinių mokyklų (14,7 proc.) studentams nei kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų studentams (9,0 proc.), skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p=0,029$) (15 lentelė).

15 lentelė. Studentų depresiškumo lygis pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Depresiškumo lygis									
	Normalus (nėra depresiškumo)		Lengvas		Vidutinis		Sunkus		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	129	55,8	66	28,6	34	14,7	2	0,9	231	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	288	74,0	62	15,9	35	9,0	4	1,0	389	100,0
Universitetas/akademija	344	70,5	76	15,6	65	13,3	3	0,6	488	100,0
$p < 0,01$										

Didesnei daliai nesusituokusių studentų (71,1 proc.) nenustatytas depresiškumas palyginti su kitos šeiminės padėties studentais (39,7 proc.), t.y. išsiskyre(-usios), našliai ir šisskirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$). Dažniau vidutinis depresiškumo lygis nustatytas studentams, kurie gyvena partnerystėje (15,6 proc.) nei nesusituokusiems (10,0 proc.) - šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,024$) (16 lentelė).

16 lentelė. Studentų depresiškumo lygis pagal šeiminių padėtį.

Šeiminė padėtis	Depresiškumo lygis									
	Normalus (nėra depresiškumo)		Lengvas		Vidutinis		Sunkus		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nesusituokę	596	71,1	149	17,8	84	10,0	9	1,1	838	100,0
Gyvena partnerystėje	142	67,0	37	17,5	33	15,6	0	0,0	212	100,0
Kita	23	39,7	18	31,0	17	29,3	0	0,0	58	100,0
$p < 0,01$										

Tyrimo nustatyta, kad polinkis į depresiškumą yra mažesnis tarp didesnes pajamas turinčių studentų - 74,7 proc. depresiškumas nenustatytas tarp tų, kurių pajamos yra 201–400 Eur per mėnesį ir 53,8 proc. tų studentų, kurių pajamos yra iki 200 Eur/mėn. Šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,001$). Lengvą depresiškumą turi daugiau studentų, kurių šeimos mėnesio pajamos yra iki 200 Eur (28,5 proc.) nei 201–400 Eur (12,5 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,001$). Statistiškai reikšmingas skirtumas yra tarp daugiau kaip 401 Eur (8,5 proc.) gaunančių studentų ir iki 200 Eur (17,0 proc.) ($p = 0,002$) (17 lentelė).

17 lentelė. Studentų depresiškumo lygis pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Studentų atsakymai									
	Normalus (nėra depresiškumo)		Lengvas		Vidutinis		Sunkus		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	136	53,8	72	28,5	43	17,0	2	0,8	253	100,0
201–400 Eur	393	74,7	66	12,5	63	12,0	4	0,8	526	100,0
Daugiau kaip 401 Eur	232	70,5	66	20,1	28	8,5	3	0,9	329	100,0
p<0,01										

7.5. Studentų savižudiškų minčių paplitimas

Tyrimo duomenimis, 68,09 proc. (95 proc. PI (65,32 – 70,77)) studentų nėra kada nors galvoję apie savižudybę, tačiau 31,91 proc. studentų galvoja apie tai. Daugiau atsakymų „Negalvojo“ pateikusių moterų – 70,0 proc. negu vyrų – 65,1 proc., skirtumas statistiškai nereikšmingas ($p=0,094$) (18 lentelė).

18 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai											
	Negalvojo		Kartais kildavo		Dažnai kildavo		Kurti savižudybės planai		Bandymai žudyti		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyrai	282	65,1	116	26,8	18	4,2	9	2,1	8	1,8	433	100,0
Moterys	482	70,0	173	25,1	13	1,9	14	2,0	7	1,0	689	100,0
p<0,01												

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą „Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?“ atsakė panašiai. Apie savižudybę dažniau galvojo vyresnio amžiaus studentai. Daugiau studentų, kurie kada nors per savo gyvenimą galvojo apie savižudybę, yra 25 metų (73,1 proc.) amžiaus nei 22 metų (64,9 proc.), tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nerasta ($p=0,408$) (19 lentelė).

19 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai											
	Negalvojo		Kartais kildavo		Dažnai kildavo		Kurti savižudybės planai		Bandymai žudyti		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	63	67,7	15	16,1	9	9,7	3	3,2	3	3,2	93	100,0
19 m.	189	69,5	73	26,8	4	1,5	4	1,5	2	0,7	272	100,0
20 m.	204	69,2	75	25,4	10	3,4	3	1,0	3	1,0	295	100,0
21 m.	148	65,8	65	28,9	3	1,3	5	2,2	4	1,8	225	100,0
22 m.	50	64,9	18	23,4	2	2,6	6	7,8	1	1,3	77	100,0
23 m.	58	68,2	25	29,4	2	2,4	0	0,0	0	0,0	85	100,0
24 m.	33	67,3	12	24,5	0	0,0	2	4,1	2	4,1	49	100,0
25 m.	19	73,1	6	23,1	1	3,8	0	0,0	0	0,0	26	100,0
p<0,01												

Skirtingo mokymosi įstaigų studentai į klausimą „Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?“ atsakė panašiai. Daugiau studentų, kurie kada nors per savo gyvenimą galvojo apie savižudybę, yra iš profesinių mokyklų (71,2 proc.) nei kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (66,2 proc.), tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nėra (p=0,20) (20 lentelė).

20 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai											
	Negalvojo		Kartais kildavo		Dažnai kildavo		Kurti savižudybės planai		Bandymai žudyti		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	166	71,2	52	22,3	5	2,1	4	1,7	6	2,6	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitet. mokykla	260	66,2	110	28,0	14	3,6	6	1,5	3	0,8	393	100,0
Universitetas / akademija	338	68,1	127	25,6	12	2,4	13	2,6	6	1,2	496	100,0
p<0,01												

Skirtingas šeimos pajamas gaunantys studentai į klausimą „Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?“ atsakė panašiai. Daugiausia studentų nėra pagalvoję apie savižudybę, kurių šeimos pajamos per mėnesį yra didesnės nei 401 Eur (73,1 proc.) nei gaunantys iki 200 Eur (62,9 proc.), šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p=0,008) (21 lentelė).

21 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Studentų atsakymai											
	Negalvojo		Kartais kildavo		Dažnai kildavo		Kurti savižudybės planai		Bandymai žudytis		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	161	62,9	66	25,8	14	5,5	11	4,3	4	1,6	256	100,0
201–400 Eur	361	67,5	158	29,5	8	1,5	5	0,9	3	0,6	535	100,0
Daugiau kaip 401 Eur	242	73,1	65	19,6	9	2,7	7	2,1	8	2,4	331	100,0
$p < 0,01$												

Tyrimo duomenimis, 70,05 proc. (95 proc. PI (67,32–72,68)) studentų nebuvo ilgiau nei 2 savaites liūdni, nusiminę. Daugiau neigiamų atsakymų pateikė vyrai – 71,6 proc. negu moterys – 69,1 proc., o skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($p=0,367$) (22 lentelė).

22 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	123	28,4	310	71,6	433	100,0
Moteris	213	30,9	476	69,1	689	100,0
$p=0,372$						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą „Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?“ atsakė skirtingai. Daugiausia 25 metų amžiaus (50,0 proc.) studentai būna liūdni ilgiau nei 2 savaites nei 21 metų (24,0 proc.), šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p=0,006$) (23 lentelė).

23 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	26	28,0	67	72,0	93	100,0
19 m.	89	32,7	183	67,3	272	100,0
20m	92	31,2	203	68,8	295	100,0
21 m.	54	24,0	171	76,0	225	100,0
22 m.	27	35,1	50	64,9	77	100,0
23 m.	25	29,4	60	70,6	85	100,0
24 m.	10	20,4	39	79,6	49	100,0
25 m.	13	50,0	13	50,0	26	100,0
p=0,066						

Skirtingose mokymosi įstaigose besimokantys studentai į klausimą : „Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?“ atsakė panašiai. Daugiau universitetų, akademijų (71,2 proc.) studentų nebūna liūdni nei kolegijose, aukštose neuniversitetinėse mokyklose (68,2 proc.), tačiau nėra statistiškai reikšmingo skirtumo (p=0,321) (24 lentelė).

24 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	68	29,2	165	70,8	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	125	31,8	268	68,2	393	100,0
Universitetas/akademija	143	28,8	353	71,2	496	100,0
p=0,604						

Skirtingas pajamas gaunantys studentai į klausimą : „Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?“ atsakė skirtingai. Daugiausia tie studentų būna liūdni ilgiau nei 2 savaites, kurių šeimos pajamos per mėnesį yra 201–400 Eur (77,6 proc.) nei iki 200 Eur (58,2 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,01) (25 lentelė).

25 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?“ pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	107	41,8	149	58,2	256	100,0
201–400 Eur	10	22,4	415	77,6	535	100,0
Daugiau kaip 401 Eur	109	32,9	222	67,1	331	100,0
p<0,01						

Tyrimo duomenimis, 89,66 proc. (95 proc. PI (87,78–91,34)) studentų nėra galvoję apie savižudybę. Daugiau moterų (91,0 proc.) nei vyrų (87,5 proc.) nėra galvoję apie savižudybę, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nėra (p=0,063) (26 lentelė).

26 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	54	12,5	379	87,5	433	100,0
Moteris	62	9,0	627	91,0	689	100,0
p=0,063						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?“ atsakė skirtingai. Dažniau 25 metų amžiaus (23,1 proc.) studentai galvojo apie savižudybę nei 22 metų (5,2 proc.), šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p=0,009) (27 lentelė).

27 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	14	15,1	79	84,9	93	100,0
19 m.	22	8,1	250	91,9	272	100,0
20m	32	10,8	263	89,2	295	100,0
21 m.	28	12,4	197	87,6	225	100,0
22 m.	4	5,2	73	94,8	77	100,0
23 m.	5	5,9	80	94,1	85	100,0
24 m.	5	10,2	44	89,8	49	100,0
25 m.	6	23,1	20	76,9	26	100,0
p=0,062						

Skirtingose mokymosi įstaigose besimokantys studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?“ atsakė panašiai. Daugiau universitetų, akademijų (13,7 proc.) studentų galvoja apie savižudybę nei kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (5,6 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$) (28 lentelė).

28 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	26	11,2	207	88,8	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	22	5,6	371	94,4	393	100,0
Universitetas/akademija	68	13,7	428	86,3	496	100,0
$p < 0,01$						

Skirtingas pajamas gaunantys studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?“ atsakė panašiai. Daugiausia studentų galvojo apie savižudybę, kurių šeimos pajamos per mėnesį yra iki 200 Eur (14,5 proc.) nei gaunantys 201–400 Eur (8,4 proc.), šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p = 0,01$) (29 lentelė).

29 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?“ pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	37	14,5	219	85,5	256	100,0
201–400 Eur	45	8,4	490	91,6	535	100,0
Daugiau kaip 401 Eur	34	10,3	297	89,7	331	100,0
$p = 0,033$						

Tyrimo duomenimis, 96,43 proc. (95 proc. PI (95,22–97,41)) studentų nėra kūrę savižudybės planų. Daugiau moterų (97,1 proc.) nei vyrų (95,4 proc.) nėra galvoję apie savižudybę, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių tiriamųjų grupių nėra ($p = 0,118$) (30 lentelė).

30 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate kūręs (-usi) savižudybės planų?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	20	4,6	413	95,4	433	100,0
Moteris	20	2,9	669	97,1	689	100,0
p=0,131						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate kūręs (-usi) savižudybės planų?“ atsakė skirtingai. Nė vienas 25 metų amžiaus (100,0 proc.) studentas nėra kūręs savižudybės planų palyginti su jauniausiu amžiumi - 18 metų amžiaus grupėje savižudybės planų nėra kūrę 86,0 proc. studentų, tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas (p=0,052) (31 lentelė).

31 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate kūręs (-usi) savižudybės planų?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	13	14,0	80	86,0	93	100,0
19 m.	9	3,3	263	96,7	272	100,0
20m	11	3,7	284	96,3	295	100,0
21 m.	5	2,2	220	97,8	225	100,0
22 m.	2	2,6	75	97,4	77	100,0
23 m.	0	0,0	85	100,0	85	100,0
24 m.	0	0,0	49	100,0	49	100,0
25 m.	0	0,0	26	100,0	26	100,0
p<0,01						

Daugiau universitetų, akademijų (97,7 proc.) studentų nekūrė savižudybės planų nei profesinių mokyklų (94,0 proc.) studentai ir šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p=0,02) (32 lentelė).

32 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate kūręs (-usi) savižudybės planų?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	14	6,0	219	94,0	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	9	2,3	384	97,7	393	100,0
Universitetas/akademija	17	3,4	479	96,6	496	100,0
p=0,052						

Skirtingas pajamas gaunantys studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate kūręs (-usi) savižudybės planų?“ atsakė panašiai. Daugiausia studentų yra nekūrę savižudybės planų, kurių šeimos pajamos per mėnesį yra 201–400 Eur (98,7 proc.) nei gaunantys iki 200 Eur (80,4 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$). Iš lentelės matome, kad daugiausia savižudybių planus kūrė studentai, kurie priskiriami mažiausias pajamas turinčiai socialinei grupei (iki 200 Eur/mėn.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$) lyginant su dideles pajamas (daugiau kaip 401 Eur) gaunančiais (33 lentelė).

33 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate kūręs (-usi) savižudybės planų?“ pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	20	7,8	236	92,2	256	100,0
201–400 Eur	7	1,3	528	98,7	535	100,0
Daugiau kaip 401 Eur	13	3,9	318	96,1	331	100,0
p<0,01						

Tyrimo duomenimis, 97,77 proc. (95 proc. PI 96,78–98,52 proc.) studentų nėra bandę nusižudyti. Daugiau moterų (98,8 proc.) nei vyrų (96,1 proc.) nėra bandę nusižudyti, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nėra ($p = 0,002$) (34 lentelė).

34 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusižudyti?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	17	3,9	416	96,1	433	100,0
Moteris	8	1,2	681	98,8	689	100,0
p=0,002						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusižudyti?“ atsakė skirtingai. Nė vienas 24 metų amžiaus (100,0 proc.) studentas nėra bandęs nusižudyti palyginti su 18 metų amžiaus grupe, kurioje nebandė nusižudyti 89,2 proc. studentų. Nustatytas skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p=0,009$) (35 lentelė).

35 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusižudyti?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	10	10,8	83	89,2	93	100,0
19 m.	3	1,1	269	98,9	272	100,0
20 m.	1	0,3	294	98,9	295	100,0
21 m.	5	2,2	220	97,8	225	100,0
22 m.	2	2,6	75	97,4	77	100,0
23 m.	3	3,5	82	96,5	85	100,0
24 m.	0	0,0	49	100,0	49	100,0
25 m.	1	3,8	25	96,2	26	100,0
$p < 0,01$						

Skirtingas pajamas gaunantys studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusižudyti?“ atsakė panašiai. Daugiau kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (98,7 proc.) studentų yra nebandę nusižudyti nei profesinių mokyklų (94,8 proc.), skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p=0,007$) (36 lentelė).

36 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusižudyti?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	12	5,2	221	94,8	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	5	1,3	388	98,7	393	100,0
Universitetas/akademija	8	1,6	488	98,4	496	100,0
$p=0,003$						

Skirtingas pajamas gaunantys studentai į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusižudyti?“ atsakė panašiai. Daugiausia studentų nėra bandę nusižudyti, kurių šeimos pajamos per mėnesį yra didesnės nei 401 Eur (99,4 proc.) palyginti su ta studentų grupe, gaunančia iki 200 Eur (95,7 proc.) pajamas. Šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p=0,002$) (37 lentelė).

37 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusižudyti?“ pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	11	4,3	245	95,7	256	100,0
201–400 Eur	12	2,2	523	97,8	535	100,0
Daugiau kaip 401 Eur	2	0,6	329	99,4	331	100,0
p=0,011						

Tyrimo duomenis, 84,48 proc. (95 proc. PI (82,27–86,51)) studentų niekada nesikreipė profesionalios psichikos sveikatos pagalbos. Panašiai tiek pat moterų (86,9 proc.) kiek ir vyrų (86,8 proc.) niekada nesikreipė pagalbos, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo kreipiantis pagalbos pagal lytį nėra (p=0,964) (38 lentelė).

38 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per paskutinius 12 mėnesių turėjote rimtų asmeninių, emocinių, elgesio ar psichinės sveikatos problemų, dėl kurių Jums reikėjo profesionalios pagalbos (pvz., šeimos gydytojo, socialinio darbuotojo, psichologo, psichiatro, telefoninės pagalbos linijos)?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai									
	Ne, neturėjau		Taip, kreipiausi		Taip, bet nesikreipiau		Turėjau ir turiu problemų, bet pagalbos nereikia		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyrai	376	86,8	17	3,9	35	8,1	5	1,2	433	100,0
Moterys	598	86,9	31	4,5	42	6,1	17	2,5	688	100,0
p=0,254										

Skirtingų mokymosi įstaigų studentų atsakymai į klausimą: „Ar per paskutinius 12 mėnesių turėjote rimtų asmeninių, emocinių, elgesio ar psichikos sveikatos problemų, dėl kurių Jums reikėjo profesionalios pagalbos (pvz., šeimos gydytojo, socialinio darbuotojo, psichologo, psichiatro, telefoninės pagalbos linijos)?“ pasiskirsto panašiai. Tyrimo duomenis, daugiau universitetų, akademijų (87,7 proc.) studentai nei kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (85,5 proc.) yra neturėję rimtų problemų, dėl kurių būtų reikėję kreiptis profesionalios pagalbos, tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas (p=0,345).

39 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per paskutinius 12 mėnesių turėjote rimtų asmeninių, emocinių, elgesio ar psichinės sveikatos problemų, dėl kurių Jums reikėjo profesionalios pagalbos (pvz., šeimos gydytojo, socialinio darbuotojo, psichologo, psichiatro, telefoninės pagalbos linijos)?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą.

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai									
	Ne, neturėjau		Taip, kreipiausi		Taip, bet nesikreipiau		Turėjau ir turiu problemų, bet pagalbos nereikia		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	204	87,6	11	4,7	16	6,9	2	0,9	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	336	85,5	18	4,6	26	6,6	13	3,3	393	100,0
Universitetas/akademija	434	87,7	19	3,8	35	7,1	7	1,4	495	100,0
p=0,375										

Studentų kreipimasis psichikos sveikatos pagalbos yra susijęs su gaunamomis pajamomis. Tyrimo duomenimis, neturintys rimtų problemų studentai nėra linkę prašyti profesionalios pagalbos.- Daugiau studentams, kurių šeimos pajamos yra 201–400 Eur (89,3 proc.) per mėnesį nei iki 200 Eur (79,7 proc.), nebuvo reikalinga profesionali pagalba, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$) (40 lentelė).

40 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar per paskutinius 12 mėnesių turėjote rimtų asmeninių, emocinių, elgesio ar psichinės sveikatos problemų, dėl kurių Jums reikėjo profesionalios pagalbos (pvz., šeimos gydytojo, socialinio darbuotojo, psichologo, psichiatro, telefoninės pagalbos linijos)?“ pasiskirstymas pagal gaunamas pajamas.

Gaunamos pajamos	Studentų atsakymai									
	Ne, neturėjau		Taip, kreipiausi		Taip, bet nesikreipiau		Turėjau ir turiu problemų, bet pagalbos nereikia		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Iki 200 Eur	204	79,7	21	8,2	25	9,8	6	2,3	256	100,0
201–400 Eur	478	89,3	20	3,7	34	6,4	3	0,6	535	100,0
Daugiau kaip 401 Eur	292	88,5	7	2,1	18	5,5	13	3,9	330	100,0
p<0,01										

7.6. Socialinė parama

Tyrimo duomenimis, 60,96 proc. (95 proc. PI (58,08–63,79)) studentų gali kalbėtis su tėvu ar patėviu apie rūpimus dalykus. Daugiau vyrų (62,1 proc.) nei moterų (60,2 proc.) gali kalbėtis su tėvu ar patėviu, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nėra ($p=0,510$) (41 lentelė).

41 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su tėvu arba patėviu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	269	62,1	164	37,9	433	100,0
Moteris	415	60,2	274	39,8	689	100,0
$p=0,527$						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar galite su tėvu arba patėviu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiausia 25 metų amžiaus (76,9 proc.) studentai gali kalbėtis su tėvu ar patėviu nei 18 metų (55,9 proc.), nėra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,055$) (42 lentelė).

42 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su tėvu arba patėviu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	52	55,9	41	44,1	93	100,0
19 m.	183	67,3	89	32,7	272	100,0
20m	163	55,3	132	44,7	295	100,0
21 m.	138	61,3	87	38,7	225	100,0
22 m.	46	59,7	31	40,3	77	100,0
23 m.	50	58,8	35	41,2	85	100,0
24 m.	32	65,3	17	34,7	49	100,0
25 m.	20	76,9	6	23,1	26	100,0
$p=0,072$						

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Ar galite su tėvu arba patėviu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiau universitetų, akademijų (68,3 proc.) studentų gali kalbėtis su tėvu ar patėviu rūpimais klausimais nei profesinių mokyklų (47,6 proc.). Nustatytas skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p<0,01$) (43 lentelė).

43 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su tėvu arba patėviu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	111	47,6	122	52,4	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	234	59,5	159	40,5	393	100,0
Universitetas/akademija	339	68,3	157	31,7	496	100,0
p<0,01						

Tyrimo duomenimis, 80,66 proc. (95 proc. PI (78,27 – 82,89)) studentai gali kalbėtis su motina ar pamote apie rūpimus dalykus. Daugiau moterų (85,8 proc.) nei vyrų (72,5 proc.) gali kalbėtis su motina ar pamote rūpimais klausimais, šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p<0,01) (44 lentelė).

44 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su motina arba pamote kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal lytį.

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	314	72,5	119	27,5	433	100,0
Moteris	591	85,8	98	14,2	689	100,0
p<0,01						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar galite su motina arba pamote kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiausia 19 metų amžiaus (85,3 proc.) studentai gali kalbėtis su motina arba pamote rūpimais klausimais nei 25 metų (61,5 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,039) (45 lentelė).

45 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su motina arba pamote kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	65	69,9	28	30,1	93	100,0
19 m.	232	85,3	40	14,7	295	100,0
20m	249	84,4	46	15,6	295	100,0
21 m.	186	82,7	39	17,3	225	100,0
22 m.	58	75,3	19	24,7	77	100,0
23 m.	66	77,6	19	22,4	85	100,0
24 m.	33	67,3	16	32,7	49	100,0
25 m.	16	61,5	10	38,5	26	100,0
p<0,01						

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Ar galite su motina arba pamote kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiau kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (89,3 proc.) studentų gali kalbėtis su motina ar pamote rūpimais klausimais nei profesinių mokyklų (57,5 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$) (46 lentelė).

46 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su motina arba pamote kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	134	57,5	99	42,5	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	351	89,3	42	10,7	393	100,0
Universitetas/akademija	420	84,7	76	15,3	496	100,0
$p < 0,01$						

Tyrimo duomenimis, 64,41 proc. (95 proc. PI 61,56–67,19 proc.) studentai gali kalbėtis su broliu ar seserimi apie jiems rūpimus dalykus. Šiek tiek daugiau vyrų (64,7 proc.) nei moterų (64,2 proc.) gali kalbėtis su broliu ar seserimi rūpimais klausimais, tačiau nėra statistiškai reikšmingo skirtumo ($p = 0,872$) (47 lentelė).

47 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su broliu ar seserimi kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	277	64,7	151	35,3	428	100,0
Moteris	438	64,2	244	35,8	682	100,0
$p = 0,866$						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar galite su broliu ar seserimi kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiau 25 metų amžiaus (73,1 proc.) studentų gali kalbėtis su broliu ar seserimi rūpimais klausimais nei 18 metų (61,5 proc.), tačiau nėra statistiškai reikšmingo skirtumo ($p = 0,213$) (48 lentelė).

48 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su broliu ar seserimi kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	53	58,9	37	41,1	90	100,0
19 m.	177	65,8	92	34,2	269	100,0
20m	200	67,8	95	32,2	295	100,0
21 m.	137	62,0	84	38,0	221	100,0
22 m.	49	63,6	28	36,4	77	100,0
23 m.	50	60,2	33	39,8	83	100,0
24 m.	30	61,2	19	38,8	49	100,0
25 m.	19	73,1	7	26,9	26	100,0
p=0,638						

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Ar galite su broliu ar seserimi kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiau universitetų, akademijų (67,6 proc.) studentų gali kalbėtis su broliu ar seserimi rūpimais klausimais nei profesinių mokyklų (57,5 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,022$) (49 lentelė).

49 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su broliu ar seserimi kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	137	58,8	96	41,2	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	251	63,9	142	36,1	393	100,0
Universitetas/akademija	327	67,6	157	32,4	484	100,0
p=0,069						

Tyrimo duomenimis, 52,28 proc. (95 proc. PI 49,35 – 55,20 proc.) studentai gali kalbėtis su kitu giminaičiu apie jiems rūpimus dalykus. Daugiau moterų (50,5 proc.) nei vyrų (43,3 proc.) gali kalbėtis su kitu giminaičiu rūpimais klausimais, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,018$) (50 lentelė).

50 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su kitu giminaičiu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	186	43,3	244	56,7	430	100,0
Moteris	348	50,5	341	49,5	689	100,0
p=0,018						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar galite su kitu giminaičiu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiau 19 metų amžiaus (55,1 proc.) studentų gali kalbėtis su kitu giminaičiu rūpimais klausimais nei 25 metų (34,6 proc.), tačiau nėra statistiškai reikšmingo skirtumo (p=0,051) (51 lentelė).

51 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su kitu giminaičiu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	38	40,9	55	59,1	93	100,0
19 m.	150	55,1	122	44,9	272	100,0
20m	141	48,3	151	51,7	292	100,0
21 m.	105	46,7	120	53,3	225	100,0
22 m.	32	41,6	45	58,4	77	100,0
23 m.	36	42,4	49	57,6	85	100,0
24 m.	23	46,9	26	53,1	49	100,0
25 m.	9	34,6	17	65,4	26	100,0
p=0,105						

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Ar galite su kitu giminaičiu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiau universitetų, akademijų (54,6 proc.) studentų gali kalbėtis su kitu giminaičiu rūpimais klausimais nei profesinių mokyklų (38,2 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas (p<0,01) (52 lentelė).

52 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su kitu giminaičiu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	89	38,2	144	61,8	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	176	44,8	217	55,2	393	100,0
Universitetas/akademija	269	54,6	224	45,4	493	100,0
p<0,01						

Tyrimo duomenimis, 78,70 proc. (95 proc. PI (76,23 – 81,02)) studentų gali kalbėtis su kitu draugu apie jiems rūpimus dalykus. Daugiau moterų (80,8 proc.) nei vyrų (75,3 proc.) gali kalbėtis su draugu rūpimais klausimais, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,027$) (53 lentelė).

53 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su draugu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	326	75,3	107	24,7	433	100,0
Moteris	557	80,8	132	19,2	689	100,0
$p=0,027$						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar galite su draugu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiausia 19 metų amžiaus (84,6 proc.) studentų gali kalbėtis su draugu rūpimais klausimais nei 18 metų (67,7 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,001$) (54 lentelė).

54 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su draugu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	63	67,7	30	32,3	93	100,0
19 m.	230	84,6	42	15,4	272	100,0
20m	234	79,3	61	20,7	295	100,0
21 m.	181	80,4	44	19,6	225	100,0
22 m.	58	75,3	19	24,7	77	100,0
23 m.	62	72,9	23	27,1	85	100,0
24 m.	36	73,5	13	26,5	49	100,0
25 m.	19	73,1	7	26,9	26	100,0
$p=0,023$						

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Ar galite su draugu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiau universitetų, akademijų (89,9 proc.) studentų gali kalbėtis su draugu rūpimais klausimais nei profesinių mokyklų (56,7 proc.), šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p<0,01$) (55 lentelė).

55 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su draugu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	132	56,7	101	43,3	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	305	77,6	88	22,4	393	100,0
Universitetas/akade mija	446	89,9	50	10,1	496	100,0
p<0,01						

Tyrimo duomenimis, 74,37 proc. (95 proc. PI (71,75 – 76,87)) studentų negali kalbėtis su mokytojais apie jiems rūpimus dalykus. Šiek tiek daugiau vyrų (74,4 proc.) nei moterų (74,3 proc.) gali kalbėtis su mokytoju rūpimais klausimais, nėra statistiškai reikšmingo skirtumo (p=0,972) (56 lentelė).

56 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su mokytoju kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	110	25,6	320	74,4	430	100,0
Moteris	176	25,7	510	74,3	686	100,0
p=0,972						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar galite su mokytoju kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Daugiausia 21 metų amžiaus (80,2 proc.) studentų negali kalbėtis su mokytoju rūpimais klausimais nei 24 metų (65,3 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,03) (57 lentelė).

57 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su mokytoju kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	27	29,0	66	71,0	93	100,0
19 m.	84	30,9	188	69,1	272	100,0
20m	66	22,6	226	77,4	292	100,0
21 m.	44	19,8	178	80,2	222	100,0
22 m.	16	20,8	61	79,2	77	100,0
23 m.	26	30,6	59	69,4	85	100,0
24 m.	17	34,7	32	65,3	49	100,0
25 m.	6	23,1	20	76,9	26	100,0
p=0,05						

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Ar galite su mokytoju kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė labai panašiai. Šiek tiek daugiau profesinių mokyklų (74,7 proc.) studentų negali kalbėtis su mokytoju rūpimais klausimais nei kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (73,8 proc.), nėra statistiškai reikšmingo skirtumo ($p=0,814$) (58 lentelė).

58 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su mokytoju kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	59	25,3	174	74,7	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	102	26,2	288	73,8	390	100,0
Universitetas/akademija	125	25,4	368	74,6	493	100,0
p=0,957						

Tyrimo duomenimis, 50,40 proc. (95 proc. PI (47,47 – 3,33) studentų negali kalbėtis su kuo nors kitu apie jiems rūpimus dalykus. Daugiau vyrų (55,1 proc.) nei moterų (47,5 proc.) negali kalbėtis su kuo nors kitu rūpimais klausimais, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,013$) (59 lentelė).

59 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su kuo nors kitu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal lytį

Lytis	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Vyras	193	44,9	237	55,1	430	100,0
Moteris	362	52,5	327	47,5	689	100,0
p=0,013						

Skirtingo amžiaus studentai į klausimą: „Ar galite su kuo nors kitu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė panašiai. Dažniausiai 18 metų amžiaus (58,1 proc.) studentų negali kalbėtis su kuo nors kitu rūpimais klausimais nei 25 metų (34,6 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas (p=0,036) (60 lentelė).

60 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su kuo nors kitu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal amžių.

Amžius	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
18 m.	39	41,9	54	58,1	93	100,0
19 m.	137	50,4	135	49,6	272	100,0
20m	147	50,3	145	49,7	292	100,0
21 m.	115	51,1	110	48,9	225	100,0
22 m.	33	42,9	44	57,1	77	100,0
23 m.	42	49,4	43	50,6	85	100,0
24 m.	25	51,0	24	49,0	49	100,0
25 m.	17	65,4	9	34,6	26	100,0
p=0,477						

Skirtingas mokymosi įstaigas lankantys studentai į klausimą: „Ar galite su mokytoju kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ atsakė labai panašiai. Šiek tiek daugiau profesinių mokyklų (74,7 proc.) studentų negali kalbėtis su mokytoju rūpimais klausimais nei kolegijų, aukštųjų neuniversitetinių mokyklų (73,8 proc.), nėra statistiškai reikšmingo skirtumo (p=0,814) (61 lentelė).

61 lentelė. Studentų atsakymų į klausimą: „Ar galite su kuo nors kitu kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?“ pasiskirstymas pagal mokymosi įstaigą

Mokymosi įstaiga	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Profesinė mokykla	83	35,6	150	64,4	233	100,0
Kolegija/ aukštoji neuniversitetinė mokykla	190	48,3	203	51,7	393	100,0
Universitetas/akademija	282	57,2	211	42,8	493	100,0
p<0,01						

7.7. Depresiškumo sąsajos

Tyrimo duomenimis, 56,77 proc. (95 proc. PI (53,84 – 59,67)) studentų vidinė darna yra vidutinė. Vidinės darnos lygis yra vidutinis dažniau tarp nedeprėsiškų studentų (58,5 proc.) nei deprėsiškų (53,0 proc.), tačiau statistiškai reikšmingas skirtumas nenustatytas (p=0,096). Statistiškai reikšmingas skirtumas yra tarp nedeprėsiškų ir deprėsiškų studentų, kurių vidinė darna yra gera (p<0,01) (62 lentelė).

62 lentelė. Studentų deprėsiškumas pagal vidinės darnos lygį.

Depresiškumas	Vidinė darna									
	Gera		Vidutinė		Bloga		Labai bloga		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedeprėsiški	262	34,4	445	58,5	54	7,1	0	0,0	761	100,0
Depresiški	57	16,4	184	53,0	96	27,7	10	2,9	347	100,0
p<0,01										

57,72 proc. (95 proc. PI (54,77 – 60,62)) studentų gali pasakyti pagal situaciją koks psichikos sveikatos sutrikimas gali būti. Daugiau nedeprėsiškų studentų (65,0 proc.) nei deprėsiškų (41,4 proc.) gali pasakyti, kad pagal pateiktą situaciją, koks yra psichikos sveikatos sutrikimas, šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas (p<0,01) (63 lentelė).

63 lentelė. Studentų deprėsiškumas pagal psichikos sveikatos raštingumo žinias.

Depresiškumas	Psichikos sveikatos raštingumo žinios							
	Taip		Ne		Negaliu pasakyti		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedeprėsiški	492	65,0	87	11,5	178	23,5	757	100,0
Depresiški	140	41,4	81	24,0	117	34,6	338	100,0
p<0,01								

Tyrimo duomenis, 90,25 proc. (95 proc. PI (88,40 – 91,90)) studentų nėra galvoję apie savižudybę per 12 mėnesių. Daugiau nedeprėsiškų studentų (93,4 proc.) yra negalvoję apie

savižudybę nei depresiškų (83,3 proc.), yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,01$) (64 lentelė).

64 lentelė. Studentų depresiškumas pagal turėtas mintis apie savižudybę per 12 mėnesių.

Depresiškumas	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedepresiški	50	6,6	711	93,4	761	100,0
Depresiški	58	16,7	289	83,3	347	100,0
$p<0,01$						

96,75 proc. (95 proc. PI (95,58 – 97,68)) studentų per 12 mėnesių nėra kūrę savižudybės planą. Daugiau nedepresiškų studentų (98,3 proc.) nei depresiškų (93,4 proc.) atsakė, kad per 12 mėnesių yra nekūrę savižudybės planų, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p<0,01$) (65 lentelė).

65 lentelė. Studentų depresiškumas pagal savižudybių planus per 12 mėnesių.

Depresiškumas	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedepresiški	13	1,7	748	98,3	761	100,0
Depresiški	23	6,6	324	93,4	347	100,0
$p<0,01$						

Tyrimo duomenis, 97,83 proc. (95 proc. PI (96,84 – 98,58)) studentų nėra bandę nusižudyti per 12 mėnesių. Daugiau nedepresiškų studentų (99,2 proc.) yra nebandę nusižudyti nei depresiškų (94,8 proc.), šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($p<0,01$) (66 lentelė).

66 lentelė. Studentų depresiškumas pagal savižudybių bandymus per 12 mėnesių.

Depresiškumas	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedepresiški	6	0,8	755	99,2	761	100,0
Depresiški	18	5,2	329	94,8	347	100,0
$p<0,01$						

61,28 proc. (95 proc. PI (58,39 – 64,12)) studentų gali kalbėtis su tėvu ar patėviu apie rūpimus klausimus. Daugiau nedepresiškų studentų (64,1 proc.) nei depresiškų (55,0 proc.) atsakė, kad su tėvu ar patėviu gali kalbėtis apie jiems iškilusias problemas, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p=0,004$) (67 lentelė).

67 lentelė. Studentų depresiškumas pagal tėvo ar patėvio socialinę paramą.

Depresiškumas	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedepresiški	488	64,1	273	35,9	761	100,0
Depresiški	191	55,0	156	45,0	347	100,0
p=0,004						

Tyrimo duomenimis, 80,78 proc. (95 proc. PI (78,38 – 83,02)) studentų gali kalbėtis su motina ar pamote apie rūpimus klausimus. Daugiau nedepresiškų studentų (85,9 proc.) nei depresiškų (69,5 proc.) atsakė, kad su motina ar pamote gali kalbėtis apie jiems iškilusias problemas, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$) (68 lentelė).

68 lentelė. Studentų depresiškumas pagal motinos ar pamotės socialinę paramą.

Depresiškumas	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedepresiški	654	85,9	107	14,1	761	100,0
Depresiški	241	69,5	106	30,5	347	100,0
p<0,01						

64,78 proc. (95 proc. PI (61,92 – 67,57)) studentų gali kalbėtis su broliu, seserimi apie rūpimus klausimus. Daugiau nedepresiškų studentų (70,0 proc.) nei depresiškų (53,6 proc.) atsakė, kad su motina ar pamote gali kalbėtis apie jiems iškilusias problemas, yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$) (69 lentelė).

69 lentelė. Studentų depresiškumas pagal motinos ar pamotės socialinę paramą.

Depresiškumas	Studentų atsakymai					
	Taip		Ne		Iš viso	
	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Nedepresiški	524	70,0	225	30,0	749	100,0
Depresiški	186	53,6	161	46,4	347	100,0
p<0,01						

Profesinių mokyklų studentai 1,26 karto dažniau nei universitetų, gaunantys pajamas iki 200 Eur, 2,16 karto dažniau nei gaunantys daugiau kaip 400 Eur ir gyvenantys partnerystėje, 1,28 karto dažniau yra depresiškesni. Tuo tarpu moterys 41 proc. ir besimokančios kolegijoje ar aukštojoje neuniversitetinėje mokykloje 22 proc), gaunantys 201–400 Eur pajamas per mėnesį 11 proc. turi mažesnę šansą būti depresiškiems.

70 lentelė. Veiksniai susiję su studentų depresiškumu.

Kintamasis		ŠSp	ŠSb	95% PI	p
Lytis	Vyras	1,0	1,0	–	–
	Moteris	0,59	0,56	0,45–2,19	0,01
Mokymosi įstaigos	Profesinė mokykla	1,26	1,89	0,88–1,8	0,2
	Kolegija/aukštoji neuniversitetinė mokykla	0,78	0,84	0,57–1,06	0,11
	Universitetas/akademija	1,0	1,0	–	–
Šeimos pajamos per mėnesį	Iki 200 Eur	2,16	2,06	1,5–3,1	0,47
	201–400 Eur	0,89	0,81	0,65–1,22	0,01
	Daugiau kaip 401 Eur	1,0	1,0	–	–
Šeiminė padėtis	Nesusituokę	1,0	1,0	–	–
	Gyvena partnerystėje	1,28	1,21	0,91–1,79	0,15
	Kita	2,71	3,75	1,52–4,84	0,01

N = 1122, Modelio tikėtinumo santykis Chi kvadratas = 78,67, df = 7, p < 0,01, Hošmerio ir Lemešou testas Chi kvadratas = 23,7, df = 8, p = 0,003, R² = 0,069 (Cox & Snell), Nagelkerke koeficientas = 0,096, modelį teisingai klasifikavo 68,7 proc. imties respondentų

8.REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktas tyrimas leidžia išanalizuoti ir įvertinti jaunų žmonių psichikos sveikatos rizikos ir apsauginių veiksnių paplitimą bei jų ryšį su socialiniais (mokymosi įstaiga, šeiminė padėtis, gaunamos pajamos) ir demografiniais (lytis, amžius) veiksniais, taip pa leidžia įvertinti psichikos sveikatą lemiančių veiksnių tarpusavio sąsajas. PSO, patvirtinus Psichikos sveikatos veiksmų planą 2013–2020, Europos komisija, parengusi Psichikos sveikatos gerovės paktą 2008 m., atkreipė didelį dėmesį į visuomenės psichikos sveikatą, jos išsaugojimą, stiprinimą ir priežiūrą. Lietuvoje taip pat yra ne vienas dokumentas, kuriame akcentuojama psichikos sveikatos svarba, teikiamas prioritetas žmonių psichikos sveikatos išsaugojimui ir gerinimui. Viena iš pilnaverčio gyvenimo sąlygų yra sąmoningas požiūris į sveikatos išsaugojimą ir stiprinimą [5]. Todėl kiekvieno žmogaus psichikos sveikatos būklė yra svarbi tiek pačiam žmogui, tiek ir visai visuomenei.

Remiantis tyrimo rezultatais, vidinė darna beveik pusės Lietuvos apklaustų studentų yra vidutinė. Vidinė darna priklauso nuo lyties bei mokymosi įstaigos ($p < 0,05$). Daugiau vyrų (58,7 proc.) nei moterų (55,6 proc.) vidinė darna yra vidutinė. Tarp mokymosi įstaigų gerą vidinę darną turi daugiau universitetų, akademijų (55,6 proc.) nei profesinių mokyklų (54,1 proc.) studentų. Gera vidinė darna yra svarbi studentams, kad būtų siekiama tarp ligos ir sveikatos pusiausvyros ir sumažintų nelaimingų atvejų, savižudybių skaičių. Tą patvirtina ir tarptautiniai tyrimai, kad gera vidinė darna sumažina mintis apie savižudybę [7]. Vidinė darna turi ryšį su abiem lytimis bei depresijos simptomais [31]. Mūsų tyrimo duomenimis, kuo nustatytas aukštesnė vidinė darna, tuo yra mažesnis studentų depresiškumo lygis.

Psichikos sveikatos raštingumas yra svarbus psichikos sveikatos apsauginis veiksnys, kuris lemia psichikos sveikatos žinias, nuostatas ir nusiteikimą kreiptis pagalbos. Pagal tyrimo duomenis, daugiau nei pusė studentų pagal pateiktą situaciją apie psichikos sveikatos ligą gali įvertinti kokia liga serga žmogus. Studentai gali pagal požymius atpažinti depresiją. Apie 52 proc. studentų teigia, kad pateikta depresijos situacija, kai žmogus yra apatiškas, abejingas, negalintis susikaupti, pavargęs, nutolęs nuo šeimos, yra rimta ir kelia nerimą. Daugiau vyrų (59,6 proc.) nei moterų (46,4 proc.) teigia, kad pateikta situacija yra rimta ir kelia nerimą, skirtumas tarp lyties yra statistiškai reikšmingas ($p < 0,01$). Remiantis kitais tyrimais, jaunimui trūksta žinių apie psichikos ligas, gydymo galimybes. Jauni žmonės gali geriau įvertinti elgesį, kuris yra susijęs su depresiniu sutrikimu. Tyrimai rodo, kad yra reikšmingi skirtumai tarp vyrų ir moterų vertinant psichikos sveikatos raštingumą [43]. Visuomenėje dauguma žmonių gali atpažinti psichikos sveikatos sutrikimus. Daug informacijos visuomenėje yra prieinamos, kuri gali

klaidinti. Tačiau gaunant tinkamą, naudingą informaciją apie psichikos sveikatą, psichikos sveikatos raštingumas gali būti pagerintas [19].

Atliktotyrimo duomenimis, Lietuvoje beveik trečdalis studentų yra depresiški. 61 proc. vyrų ir 73,5 proc. moterų yra nepasižymintys depresiškumu. Profesinėse mokyklose beveik puse studentų yra depresiški, kai kolegijose, aukštosiose mokyklose šis skaičius yra 26 proc., universitetuose apie 30 proc. B. Basnet ir kt. (2012) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad apie 30 proc. studentų nustatomas depresiškumas [3]. Irano universitetuose atliktame tyrime taip pat gauti duomenys rodo, kad apie trečdalį studentų yra depresiški [40]. Lytis yra pagrindinis veiksnys, kuris turi poveikį studentų depresiškumui, tačiau naujausių tyrimų duomenimis, nėra skirtumo tarp kurso ir lyties pagal depresiškumą [10]. Tyrimų duomenis tarp studentų yra didesnis depresiškumo lygis lyginant su bendra populiacija [6]. Pagal Ch. K. Teh ir kt. atlikto tyrimo duomenis, yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp depresiškumo ir gaunamų pajamų per mėnesį vienam šeimos nariui. Depresiškumas gali turėti neigiamą įtaką tiek individui, tiek visai visuomenei. Jis gali sukelti neigiamų pasekmių, t. y. didesnis polinkis į savižudybę, blogi tarpusavio santykiai, pablogėjęs gebėjimas dirbti [47].

Depresiškumo vienas iš požymių yra liūdnumas, nenoras užsiimti kokia veikla, savižudybės rizika. Tik trečdalis studentų per 12 mėnesių nebuvo liūdni, nusiminę, neturėjo noro kažką veikti ilgiau nei 2 savaites. Dažniau nusiminę buvo studentai, kurių šeimos pajamos vienam šeimos nariui buvo iki 200 Eur (41,8 proc.) nei 201–400 Eur gaunantys (22,4 proc.), tarp jų yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,01$). Per paskutinius 12 mėnesių apie savižudybę dauguma studentų negalvojo. Tačiau 9 proc. moterų ir 12,5 proc. vyrų galvojo apie savižudybę. Mintys apie savižudybę gali būti laikomas mažą savižudybės riziką atspindintis rodiklis. Apie 5 proc. studentų yra kūrę savižudybės planų (vidutinė savižudybės rizika), apie 3 proc. bandę nusižudyti (aukšta savižudybės rizika). Kinijoje atlikto tyrimo duomenimis apie 8 proc. apklaustų studentų per 2 savaites yra pagalvoję apie savižudybę [42]. Nuotaikų kaita yra dažniausiai pasireiškiantis simptomas esant psichikos sveikatos sutrikimams. Po to gali atsirasti didesnis depresiškumas ir savižudiškos mintys [28].

Socialinė parama iš aplinkos yra labai svarbus veiksnys žmogaus psichikos sveikatai. Labiausiai studentai pasitiki ir gali kalbėtis apie jiems rūpimus klausimus su motina arba pamote (80 proc.) bei draugu (78 proc.). Mažiausiai studentai pasitiki mokytoju, dėstytoju (26 proc.). Beveik pusė profesinių mokyklų studentų negali gauti iš tėvo ar patėvio socialinės paramos (52,4 proc.), kai tokios pagalbos negaunančių studentų dalis universitetuose sudaro tik trečdalį (31,7 proc.). Tyrimų duomenimis didžiausia kliūtis studentams prašyti socialinės paramos yra laiko stoka, noras išlaikyti privatumą, nėra atviri savo aplinkos žmonėms, finansiniai apribojimai, nesuvokia kokios pagalbos reikia, bijo stigmatizacijos dėl savo problemų [14].

Remiantis tyrimo rezultatais,depresiškumas yra statistiškai reikšmingas studentų vidinei darnai, psichikos sveikatos raštingumo žinioms, mintims apie savižudybę, planams ir bandymams nusižudyti per 12 mėnesių laikotarpį. Trečdalis studentų, kurie nėra depresiški, turi gerą vidinę darną, kuri yra svarbi žmogaus savijautai. K. Sobowale ir kt. (2014) atlikto tyrimo duomenys parodė, kad depresiškumas turi ryšį su mintimis apie savižudybę tarp studentų. Turėtų būti anksčiau atpažįstama streso ir depresiškumo požymiai, ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas studentams, kurie galvoja apie savižudybę. Svarbu yra ankstyva prevencija, kuri reikalinga mokymosi įstaigose [42]. Jaunų žmonių psichikos sveikatos gerinimas, depresijų ir savižudybių prevencija yra Lietuvos ir Europos psichikos sveikatos politikos prioritetai.

9. IŠVADOS

1. Universitetų, kolegijų, profesinių mokyklų studentų vidinės darnos lygis yra vidutinis. Gerą vidinę darną turi apie 28 proc. studentų. Beveik pusės studentų psichikos sveikatos raštingumo lygis yra geras. Daugiausia studentų gali kalbėtis apie jiems rūpimus klausimus su motina ir draugu. Tačiau tik 26 proc. universitetų, kolegijų ir profesinių mokyklų studentų gali kalbėti su mokytojais, dėstytojais.
2. Didžioji dauguma studentų nėra depresiški (68,68 proc.). Daugiau vyrų (39,0 proc.) nei moterų (26,5 proc.) nėra pasižymintys depresiškumu. Beveik pusei profesinės mokyklos studentų yra nustatytas depresiškumas. Per paskutinius 12 mėnesių apie savižudybę dauguma studentų negalvojo. Tačiau 9 proc. moterų ir 12,5 proc. vyrų galvojo apie savižudybę – tai dažniausiai 25 metų amžiaus bei universitetų studentai. Tarp studentų apie 4 proc. kūrė savižudybių planą, o 3 proc. bandė nusižudyti.
3. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp studentų depresiškumo ir vidinės darnos, psichikos sveikatos raštingumo, savižudiškų minčių, savižudybės planų kūrimo, bandymų nusižudyti, socialinės paramos.

10. REKOMENDACIJOS

Remiantis atliktu tyrimu ir gautais rezultatais, rekomenduojama:

- Didesnį dėmesį skirti jaunų žmonių psichikos sveikatos rizikos veiksnių prevencijai, stiprinti psichikos sveikatos raštingumą atkreipiant ypatingą dėmesį į profesinių mokyklų studentų psichikos sveikatą;
- Sustiprinti galimybes jauniems žmonėms gauti psichikos sveikatos pagalbą, o ypač tiems, kuriems nustatytas depresiškumas, kurie pasižymi vidutine ir aukšta savižudybės rizika.
- Visose švietimo įstaigose, ypač profesinėse mokyklose, sudaryti galimybes studentams gauti informaciją apie pagalbą dėl psichikos sveikatos klausimų.
- Stiprinti studentų socialinius ryšius ir socialinę paramą kaip visuomenės psichikos sveikatos apsauginį veiksnių.

11. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Antanovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, p. 725–733
2. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.*
3. Basnet, B., Jaiswal, M., Adhikari, B., Shyangwa, P. M. (2012). Depression among undergraduate medical students. *Kathmandu university medical journal*, 10(3), p. 56–59.
4. Carstensen, L.L. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychol Aging*, 26(1), p. 21–33.
5. Čepkauskienė, D. (2006). *Pacientų sveikatos raštingumo ugdymo programos poreikio įvertinimas.* Magistro diplominis darbas, Visuomenės sveikatos edukologija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
6. Dahlin, M., Joneborg, N., Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. *Medical education*, 39(6), p. 594-604.
7. Drum, D. J., Brownson, Ch., Hess, E. A., Denmark, A. B., Talley, A. E. (2016). College student's sense of coherence and connectedness as predictors of suicidal thoughts and behaviors. *Archives of suicide research*, 21-1.
8. Europos sveikatos duomenų bazė. Prieiga per internetą: <http://data.euro.who.int/hfad/>
9. Europos psichinės Sveikatos apsaugos deklaracija. PSO Europos ministrų konferencija, Helsinkis, Suomija, 2005 m. sausio 12-15 d. *Psichiatrijos žinios* 2005;2(33):10-3.
10. Faeq, D. (2016). Depression among students: critical review. *ResearchGate*, 10, p. 1–31.
11. Farabaugh, A., Bitran, S., Nyer, M. (2012). Depression and suicidal ideation in college students. *Psychopathology*, 45(4), p. 228–234.
12. Ferentinos, P., Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B. (2011). Psychometric evaluation of the Fatigue Severity Scale in patients with major depression. *Qual Life Res*, 20(3), p. 457–465.
13. Higienos institutas, Sveikatos statistika. Prieiga per internetą: <http://www.hi.lt/sveikatos-statistika.html>
14. Hunt, J., Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent*, 46, p. 3–10.
15. Impett, E. A., Henson, J. M., Breines, J. G., Schooler, D., Tolman, D. L. (2011). Embodiment Feels Better: Girls' Body Objectification and Well-Being across Adolescence. *Psychology of Women Quarterly*, 35 (1), p. 46–58.
16. Imties dydžio skaičiuoklė. Prieiga per internetą: <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

17. Jakab, Z., Tsouros, A. D. (2013). „Sveikata 2020“ – siekiame sveikatos ir vystymosi dabartinėje Europoje. *Visuomenės sveikata*, 4(63), p. 5–12.
18. Jonušienė, D. (2014). Psichikos sveikatos problema studijų procese. *Tiltai*, 4, p. 115–125
19. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *British journal of psychiatry*, 177, p. 396–401
20. Kazlauskas, E., Gailienė, D. (2005). Išgyvenusiujų politines represijas potrauminės simptomatikos ir trauminės patirties, demografinių, somatinių veiksnių bei vidinės darnos sąsajos. *Psichologija*, 1392-0359, p. 46–59
21. Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, Volume 378, No. 9801, p 1515-1525.
22. Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8:26, p. 1–8.
23. Lietuvos Respublikos Seimas (2007). Psichikos sveikatos strategija. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.FB9ED006276A>
24. Lietuvos Respublikos Seimas (2012). Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos startegija „Lietuva 2030“. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.425517>
25. Lietuvos Respublikos Seimas (2014). Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programa. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/85dc93d000df11e4bfca9cc6968de163>
26. Lietuvos Respublikos Vyriausybė (2015). Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programa. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/4d3dc740a3c411e58fd1fc0b9bba68a7>
27. Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J., Ferreira, R., Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC psychiatry*, 13:129, p. 1–8.
28. Manser, Ch. (2016). Mental health literacy and ontario young people: major depressive disorder, bipolar disorder and generalized anxiety disorder. *Mental health literacy and ontario youth*.
29. Mccarthy, J., Bruno, M., Fernandes, T. E. (2011). Evaluating mental health literacy and adolescent depression: what do teenagers „Know?“. *The Professional Counselor*, Volume 1, Issue 2, p 133–142.
30. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health 2005. Available at: <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>

31. Moksnes, U. K., Espnes, G. A., Haugan, G. (2014). Stress, sense of coherence and emotional symptoms in adolescents. *Psychology & health*, 29-1.
32. Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas (2012). Studentų psichikos sveikatos ypatumai, Ieva Šidlauskaitė-Stripeikienė
33. Nyer, M., Holt, D.J., Pedrelli, P. (2013). Factors that distinguish college students with depressive symptoms with and without suicidal thoughts. *Ann Clin Psychiatry*, 27(2), p.41–49.
34. Nyer, M., Mishoulon, D., Alpert, J., Holt, D., Brill, Ch., Yeung, A., Pedrelli, P., Baer, L., Dording, Ch., Huz, I., Fisher, L., Fava, M., Farabaugh, A. (2015). College students with depressive symptoms with and without fatigue: Differences in functioning, suicidality, anxiety and depressive severity. *Ann Clin Psychiatry*, 27(2), p. 100–108.
35. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Adolescent health* 3, Vol 369, p. 1302-1313.
36. Pedrelli, P., Nyer, M., Holt, D. (2013). Correlates of irritability in college students with depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*, 201, p. 953–958.
37. Pinto-Foltz, M., D., Logsdon, M., Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science Medicine*, 72, p. 2011–2019.
38. Proškovienė, R., Zlatkuvienė, V., Juškelienė, V., Černiauskiene, M. (2004). Vilniaus pedagoginio universiteto studentų psichoemocinė savijauta. *Pedagogika*, Nr. 70, p. 165-168
39. Ramanauskienė, T., Matulionienė, V., Martinkienė, V. (2002). Paauglių depresiškas ir savižudybės pavojus (lyginamoji analizė Klaipėdos, Kauno ir Šiaulių miestuose). *Medicina*, 38 tomas, Nr. 4, p. 393–397
40. Sarokhani, D., Delpisheh, A., Veisani, Y., Sarokhani, M. T., Manesh, R. E., Sayehmiri, K. (2013). Prevalence of depression among university students: a systematic review and meta-analysis study. *Depression research and treatment*, 373857, p. 1–7.
41. Simonsen, L., Pūras, D., Lesinskiene, S. (2003). Psichikos sveikatos centruose teikiamų paslaugų analizė. *Visuomenės sveikata*, Nr. 4(23), p. 33-38
42. Sobowale, K., Zhou, A. N., Fan, J., Liu, N., Sherer, R. (2014). Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *International Journal of Medical Education*, 5, P. 31–36.
43. Swami, V. (2012). Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative british sample. *Mental health literacy*, 7, p. 1–6.

44. Šidlauskaitė-Stripeikienė, I. (2010). Lietuvos rajonų suaugusių gyventojų psichikos sveikata ir jos sąsajos su socialiniais veiksniais bei rizikinga elgsena. Kaunas, Kauno medicinos universitetas, daktaro disertacija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10B).
45. Šidlauskaitė-Stripeikienė, I., Žemaitienė, N., Klumbienė, J. (2010). Lietuvos rajonų suaugusių gyventojų socialinės paramos savitumai ir sąsajos su depresiškumu. *Medicina*, 46(12), p. 859–866
46. Švietimo ir mokslo ministerija (2013). Jaunimo psichinė sveikata ir savižudybės. ISSN 1822-4156, Nr. 2 (88)
47. Teh, Ch. K., Ngo, Ch. W., Zulkifi, R. A., Vellasamy, R., Suresh, K. (2015). Depression, anxiety and stress among undergraduate students: a cross sectional study. *Journal of epidemiology*, 5, p. 260–268.
48. Valstybinio psichikos sveikatos centras. Prieiga per internetą: <http://www.vpsc.lt/>
49. Vilčinskaitė, G. (2008). VDU studentų požiūris į psichikos sveikatą. Prieiga internetu: <http://nesnausk.org/klinikine-psichologija/2008/10/09/vdu-studentu-pozioris-i-psichikos-sveikata> [žiūrėta 2017 03 19]
50. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of disease study 2010. *The lancet*, 382, p. 1575–1586.
51. Wolbeek, M., van Doornen, L.J., Kavelaars, A. (2011). Fatigue, depressive symptoms, and anxiety from adolescence up to young adulthood: a longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 25, p. 1249–1255.
52. World Health Organization (2008). Europos paktas dėl psichikos sveikatos gerovės. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_lt.pdf
53. World Health Organization (2012). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Regional Committee for Europe, sixty-second session.
54. World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013 – 2020. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
55. World Health Organization. Mental health 2009. Prieiga per internetą: http://www.who.int/mental_health/en/
56. Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 12:63-70.

12. PRIEDAI

1 priedas

Tyrimo anketa



Mielas studente,

esu Vilniaus universiteto, Medicinos fakulteto, Visuomenės sveikatos instituto magistrantūros studentė ir atlieku tyrimą, kurio tikslas - išsiaiškinti jaunų žmonių psichikos sveikatą lemiančių veiksnių paplitimą tarp profesinių mokyklų, kolegijų, universitetų studentų. Maloniai kviečiu dalyvauti tyrime ir prašau atsakyti į šios anketos klausimus. Anketa yra anoniminė, savo vardo ir pavardės nurodyti nereikia. Visi tyrimo metu gauti duomenys bus konfidencialūs ir naudojami tik tyrimo tikslais.

Labiausiai Jums tinkantį atsakymo variantą pažymėkite kryžiu "X" tam skirtoje vietoje.

Iš anksto dėkoju už Jūsų laiką ir nuoširdžius atsakymus.

Informacija apie Jus

1. **Lytis** Vyras Moteris

2. **Kiek Jums metų?**..... (įrašykite)

3. **Išsimokslinimas:**

pagrindinis/nebaigtas pradinis vidurinis aukštasis universitetinis aukštasis neuniversitetinis siekiamas aukštasis profesinis/spec. vidurinis

4. **Kokioje mokymo įstaigoje studijuojate:**

Profesinė mokykla Kolegija/aukštoji neuniversitetinė mokykla

Universitetas/akademija Kita (nurodykite) _____

5. **Kokia Jūsų šeimtinė padėtis?** neištekėjusi/nevedęs gyvena nesusituokusi/nevedęs ištekėjusi/vedęs išsiskyrusi/išsiskyręs kita.

6. **Prašytume šioje skalėje nurodyti, kokios yra vidutinės vieno Jūsų šeimos nario pajamos per mėnesį?** (pajamos skaičiuojamos sudėjus visų šeimos narių gaunamas pajamas – darbo užmokestį, pašalpas, stipendijas ir kt. ir padalinus jas iš šeimos narių skaičiaus)

Kokia pinigų suma Jūsų šeimoje tenka 1 šeimos nariui per mėnesį?

Iki 100 EUR 101-200 EUR 201-300 EUR 301-400 EUR 401-500 EUR,

Daugiau kaip 501 EUR

7. **Ar dažnai Jūsų gyvenime atsitinka tai, ką Jums sunku suprasti?**

labai dažnai dažnai kartais retai niekada

8. **Ar dažnai kasdienis gyvenimas teikia Jums pasitenkinimą?**

labai dažnai dažnai kartais retai niekada

9. **Ar dažnai randate išeitį iš padėties, kuri kitiems atrodo beviltiška?**

labai dažnai dažnai kartais retai niekada

10. Perskaitykite žemiau pateiktą situaciją ir atsakykite į klausimus apie ją:

Pastarąsias dvi savaites Milda/Tomas jaučiasi tikrai prastai. Ji(s) kas rytą atsibunda jausdama(s) abejingumą, apatiją bei sunkumą, kuris tęsiasi visą dieną. Įprasti kasdieniniai dalykai nebedžiugina kaip anksčiau. Tiesą sakant, jai(jam) niekas nebeteikia malonumo. Ji(s) tik stumia dienas, nejausdamas jokio pasitenkinimo. Jai (jam) apskritai sunku susikaupti ir atlikti net menkiausią užduotį. Jai (jam) trūksta energijos veikti. Net jei Milda/Tomas jaučiasi pavargę, kai ateina naktis, jai (jam) yra sunku užmigti. Ji(s) jaučiasi bevertė(-is) ir prislėgta(s). Mildos/Tomo šeima pastebėjo, kad paskutinį mėnesį ji(s) yra kaip nesava(s) ir nuo jų nutolusi(ęs). Milda/Tomas apie tai visai nenori kalbėtis.

11. Kaip Jums atrodo iš pateikto aprašymo, ar Milda/Tomas serga kokia nors psichikos liga?

- Taip. Jei taip, nurodykite, kokia tai galėtų būti liga _____ (įrašykite)
- Ne
- Negaliu pasakyti

12. Kaip Jums atrodo, ar aprašyta Mildos/Tomo situacija yra rimta ir kelianti nerimą. Situacijos rimtumą įvertinkite balais

nuo 1 iki 7, kur 1 – situacija visiškai nekelianti nerimo, 7 – kelianti ypač didelį nerimą. Jūsų nuomonę atitinkančią atsakymą pažymėkite apveddami rutuliuku - ○

1 2 3 4 5 6 7

13. Perskaitykite lentelėje teiginius ir pažymėkite labiausiai Jūsų nuomonę atitinkančius atsakymus.

Jūsų nuomonę atitinkančią atsakymą anketoje žymėkite taip ☒		Visiškai nesutink	Nesutink	Neturiu nuomonės	Sutinku	Visiškai sutinku
1.	Žmogaus gebėjimas džiaugtis, išgyventi liūdesį ir įveikti kasdieninio gyvenimo sunkumus yra geros psichikos sveikatos požymis					
2.	Jei žmogui nors kartą gyvenime buvo diagnozuota psichikos liga, pasveikti jis jau nebegalės					
3.	Žmonės, gulėję psichiatrinėje ligoninėje, nėra pavojingesni nei kiti gyventojai					
4.	Psichikos sutrikimų turintys žmonės yra atsakingi už savo veiksmus					
5.	Psichikos sutrikimų turintys žmonės gali dirbti atsakingą darbą					
6.	Psichikos sutrikimų turintis asmuo neturėtų gauti vairuotojo pažymėjimo ir vairuoti automobilį					
7.	Psichikos sutrikimų turintis asmuo negali turėti nekilnojamojo turto					
8.	Psichikos sutrikimų turintiems asmenims turėtų būti draudžiama balsuoti					
9.	Psichikos sutrikimų turinčius žmones reikia atskirti nuo visuomenės					
10.	Neprieštaraučiau, jeigu mano kaimynystėje gyventų psichikos sutrikimų turintys asmenys					
11.	Jei susirgčiau psichikos liga, būtina kreiptis pagalbos pas psichikos sveikatos specialistus					

Jūsų nuomonę atitinkantį atsakymą anketoje žymėkite taip ☒		Visiškai nesutink	Nesutink	Neturiu nuomonės	Sutinku	Visiškai sutinku
12.	Jei psichikos liga susirgtų mano artimas žmogus, žinočiau kur jam reiktų kreiptis pagalbos					

14. Prašau perskaityti kiekvieną teiginį ir nuspręskite, kokią laiko dalį teiginys aprašo kaip Jūs jaučiatės. Teisingą atsakymą pažymėkite X.

	Niekada arba labai retai	Kartais	Didesnę laiko dalį	Beveik visą laiką
1. Jaučiuosi, nusivylęs, prislėgtas ir liūdnas	1	2	3	4
2. Geriausiai jaučiuosi ryte	4	3	2	1
3. Kartais verkiu arba jaučiu, kad greit apsiverksiu.	1	2	3	4
4. Man sunku išsimiegoti visą naktį	1	2	3	4
5. Valgau tiek pat daug, kaip ir anksčiau	4	3	2	1
6. Man vis dar patinka seksas	4	3	2	1
7. Pastebėjau, jog prarandu svorio	1	2	3	4
8. Turiu bėdų dėl vidurių užkietėjimo	1	2	3	4
9. Mano širdis plaka dažniau nei įprastai	1	2	3	4
10. Pavargstu be priežasties	1	2	3	4
11. Mano protas aiškus, kaip ir anksčiau	4	3	2	1
12. Man lengva atlikti užduotis, tvarkyti reikalus kaip ir anksčiau	4	3	2	1
13. Negaliu nusiraminti, nerandu sau vietos	1	2	3	4
14. Žvelgiu į ateitį su viltimi	4	3	2	1
15. Esu labiau dirglus, irzlus nei įprastai	1	2	3	4
16. Man lengva priimti (daryti) sprendimus	4	3	2	1
17. Jaučiu, kad esu naudingas ir reikalingas	4	3	2	1
18. Mano gyvenimas prasmingas ir pilnavertis, turiu daugybę užsiėmimų	4	3	2	1
19. Jaučiu, jog kitiems būtų geriau, jei aš būčiau miręs	1	2	3	4
20. Man vis dar patinka tai, kuo džiaugdavausi	4	3	2	1

15. Ar Jums kada nors kildavo minčių apie savižudybę?

- Niekada apie tai negalvojau
 Kartais kildavo tokios mintys
 Dažnai kyla tokios mintys
 Esu galvojęs (-usi) apie ją labai rimtai ir net kūręs (-usi) planus kaip tai padaryti
 Esu bandęs (-iusi) nusižudyti

16. Ar per pastaruosius 12 mėnesių Jums buvo taip nutikę, jog diena iš dienos, kokias 2 savaites ar ilgiau, Jūs jautėtės tiek liūdnas (-a) ir nusiminęs (-usi), jog nesinorėjo nieko veikti?

- Taip Ne

17. Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate nors kartą pagalvojęs (-usi) apie savižudybę?

- Taip Ne

18. Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate kūręs (-usi) savižudybės planų?

Taip Ne

19. Ar per pastaruosius 12 mėnesių esate bandęs (-iusi) nusizudyti?

Taip Ne

20. Ar per paskutinius 12 mėnesių turėjote rimtų asmeninių, emocinių, elgesio ar psichinės sveikatos problemų, dėl kurių Jums reikėjo profesionalios pagalbos (pvz., šeimos gydytojo, socialinio darbuotojo, psichologo, psichiatro, telefoninės pagalbos linijos)?

Ne, aš neturėjau rimtų problemų.

Taip, aš kreipiausi profesionalios pagalbos.

Taip, bet aš nebandžiau ieškoti profesionalios pagalbos.

Aš turėjau/dabar turiu rimtų problemų, bet profesionalios pagalbos man nereikia.

21. Ar galite su išvardintais žmonėmis kalbėtis apie Jums rūpimus dalykus?

Tėvu arba patėviu Taip Ne

Motina arba pamote Taip Ne

Broliu ar seserimi Taip Ne

Kitu giminaičiu Taip Ne

Draugu Taip Ne

Mokytoju Taip Ne

Su kuo nors kitu Taip Ne

Labai ačiū už Jūsų laiką ir nuoširdžius atsakymus!