

VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Visuomenės sveikata

Visuomenės sveikatos katedra

Monika Kananavičiūtė, 2 kursas, 1 grupė

MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

VISUOMENĖS PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENA LIETUVOJE

Public mental health monitoring in Lithuania

Darbo vadovas

Asist. Dr. Aušra Beržanskytė
(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Katedros ar klinikos vadovas

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Konsultantas (jei yra)

(pedagoginis vardas, mokslo laipsnis, vardas, pavardė)

Vilnius, 2025.

Studento elektroninio pašto adresas monika.kananaviciute@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRUMPOS	4
SANTRAUKA.....	5
SUMMARY	6
IVADAS	8
1.1 Psichikos sveikatos samprata	9
1.2 Psichikos sveikatos įtaka visuomenės ekonomikai ir socialiniam stabilumui.....	10
1.3 Psichikos sveikatos raštingumas	10
1.4 Psichikos sveikatos raštingumas: Stigmatizavimo įtaka.....	13
2. PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMŲ PRIEŽASTYS IR JAS LEMIANTYS VEIKSNIAI	16
2.1 Biopsichosocialinis modelis.....	16
2.1.1 Biologiniai ir genetiniai aplinkos veiksniai leminatys psichikos sveikatą	16
2.1.2 Psichosocialiniai veiksniai darantys įtaką psichikos sveikatai	17
2.1.3 Psichikos sveikatos sunkumų ir priklausomybių ypatumai bei sąsajos	18
3. PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS RODIKLIAI	19
3.1 Psichikos sveikatos stebėsenos rodiklių svarba	19
3.2 Visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos priemonės.....	20
4. PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS PRAKTIKOS TARPTAUTINIU MASTU ...	22
4.1 Tarptautinių organizacijų duomenys apie psichikos sveikatos priežiūros prieinamumą, išteklius ir finansavimą	24
4.2 Nacionalinės psichikos sveikatos stebėsenos praktikos skirtingose šalyse	26
5. PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMŲ PAPLITIMAS LIETUVOJE.....	27
6. LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS GERINIMO GALIMYBĖS.....	31
Esamos sistemos tobulinimo poreikis	31
TYRIMO METODOLOGIJA.....	34

TYRIMO REZULTATAI.....	36
PAGRINDINIAI LIETUVOJE NAUDOJAMI PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS RODIKLIAI.....	38
PROBLEMOS, SU KURIOMIS SUSIDURIAMA VYKDANT PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENĄ.....	39
REZULTATŲ APTARIMAS	54
IŠVADOS	55
REKOMENDACIJOS	56
LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	57
PRIEDAI	62

SANTRUMPOS

ADOS	Autism diagnostic observation schedule
BDI	Beck Depression Inventory
BRS	Brief Resilience Scale
CAMM	Child and Adolescent Mindfulness Measure
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scal
CIS-R	The Clinical Interview Schedule-Revised
CSDD	The Cornell Scale for Depression in Dementia
CSI-D	The Community Screening Instrument for Dementia
DVT	Darnaus vystimosi tikslai
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire
FLII-11	Flexible Interview for ICD-11
GAD-7	General Anxiety Disorder-7
GDS	Geriatric Depression Scale
GHQ-12	The 12-Item General Health Questionnaire
K6/K10	Kessler 6 and Kessler 10 pshychological distress scale
MAAS	The Mindful Attention Awareness Scale
MBI	Maslach Burnout Inventory
MNS	MNS (Mental, Neurological, and Substance Use Disorders) - sutrikimai apima daugybę smegenų būklių nuo depresijos iki epilepsijos iki piktnaudžiavimo alkoholiu.
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
NVO	Nevyriausybė organizacija
PES	Psichikos ir elgesio sutrikimai
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
PSP	Psichikos sveikatos problemos
RSCS	Recovery Support and Community Services
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SF-36	Quality of life questionnaire
SRQ-20	Self-reporting questionnaire
SSEIT	The Schutte Self Report Emotional Intelligence Test
WHO-5	The World Health Organization-Five Well-Being Index
WLEIS	Wong and Law Emotional Intelligence Scale
WMH-CIDI	World Mental Health Composite International Diagnostic Interview

SANTRAUKA

Psichikos sveikata yra viena iš svarbiausių visuomenės gerovės sudėtinių komponentų, tačiau jos stebėseną Lietuvoje vis dar nėra pakankamai išplėtotą ir sistemingą. Šio darbo naujumas atsiskleidžia per tai, kad yra tiriamos specialistų įžvalgos apie naudojamus ir trūkstamus psichikos sveikatos stebėsenos rodiklius, identifikuojamos pagrindinės sistemos spragos bei pateikiamos siūlomos priemonės stebėsenos tobulinimui.

Tikslas – Įvertinti visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos sistemą Lietuvoje, remiantis sveikatos specialistų įžvalgomis apie naudojamus rodiklius, stebėsenos metu kylančius iššūkius ir galimas tobulinimo kryptis.

Uždaviniai:

1. Nustatyti pagrindinius Lietuvoje naudojamus psichikos sveikatos stebėsenos rodiklius
2. Išanalizuoti specialistų įžvalgas apie problemas, kylančias vykdant visuomenės psichikos sveikatos stebėseną
3. Identifikuoti papildomus psichikos sveikatos stebėsenos rodiklius, kurie, specialistų nuomone, galėtų pagerinti visuomenės psichikos sveikatos vertinimą Lietuvoje

Tyrimo metodai:

Tyrimas buvo atliktas taikant kiekybinę tyrimo metodologiją. Pagrindinis duomenų rinkimo metodas – anketinė apklausa, leidžianti surinkti struktūruotus duomenis. Tyrimo imtis buvo formuojama taikant tikslią atranką. Pagrindiniai atrankos kriterijai – valstybinėse ir savivaldybių institucijose dirbantys psichikos sveikatos politikos formuotojai ir įgyvendintojai; visuomenės sveikatos biurų, psichikos sveikatos centrų ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų specialistai, kurių darbinės funkcijos apima psichikos sveikatos stebėseną arba paslaugų teikimą. Tyrimo kvietimai buvo išsiųsti visiems tinkamiems asmenims, tačiau galutinai į tyrimą įsitraukė 106 respondentai. Statistinei duomenų analizei buvo naudojami aprašomosios statistikos metodai bei Chi kvadrato kriterijus. Duomenys buvo apdoroti naudojant SPSS 27 programą.

Rezultatai ir išvados:

Tyrimo metu nustatyta, kad Lietuvoje psichikos sveikatos stebėseną dažniausiai remiasi sergamumo ir mirtingumo (ypač savižudybių) rodikliais. Tačiau subjektyvios gerovės, emocinės būklės ar socialinio konteksto duomenys renkami itin ribotai. Specialistai išskyrė, kad viena pagrindinių problemų, kuri iškyla atliekant visuomenės psichikos sveikatos stebėseną yra per mažas dėmesys ilgalaikių psichikos sveikatos sunkumų stebėsenai. Respondentai įvardijo ir konkrečias stebėsenos priemones, kurias, jų manymu, verta taikyti praktikoje: K10 distreso skalę, MBI perdegimo skalę, RSCA atsparumo skalę, MoCA, CAMM ir kitas emocinės gerovės ar atsparumo matavimo priemones.

SUMMARY

Mental health is one of the most important components of social well-being, but its monitoring in Lithuania is still not sufficiently developed and systematic. The novelty of this work is revealed by exploring the insights of professionals on the used and missing indicators of mental health monitoring, identifying the main gaps in the system, and proposing measures to improve monitoring.

Aim of the study: To assess the public mental health monitoring system in Lithuania based on the insights of health professionals on the indicators used, the challenges encountered during monitoring and possible directions for improvement.

Objectives:

1. To identify the main mental health monitoring indicators used in Lithuania
2. To analyse the insights of professionals on the challenges of public mental health monitoring
3. To identify additional mental health monitoring indicators that, in the opinion of professionals, could improve the assessment of public mental health in Lithuania

Research methods:

The study was carried out using a quantitative research methodology. The main method of data collection was a questionnaire survey, which allowed the collection of structured data. The survey sample was selected using purposive sampling. The main selection criteria were: mental health policy makers and implementers working in state and municipal institutions; professionals working in public health offices, mental health centres and other health care institutions; and professionals whose job functions include mental health monitoring or service provision. Invitations to participate in the survey were sent to all eligible persons, but the final number of respondents was 106. Descriptive statistical methods and the Chi-square criterion were used for statistical analysis of the data. The data were processed using SPSS 27 software.

Results and conclusions:

The study found that mental health monitoring in Lithuania is mostly based on morbidity and mortality (especially suicide) indicators. However, there is very limited data collection on subjective well-being, emotional state or social context. Experts have highlighted that one of the main problems in public mental health monitoring is the lack of focus on monitoring long-term mental health problems. Respondents also identified specific monitoring tools that they believe are worth using in practice: the K10 distress scale, the MBI burnout scale, the RSCA resilience scale, the MoCA, the CAMM, and other measures of emotional well-being or resilience.

RAKTAŽODŽIAI

Visuomenės psichikos sveikata

Stebėsena

Psichikos sveikatos rodikliai

Psichikos sveikata ir gerovė

IVADAS

Psichikos sveikata – tai psichinės gerovės būseną, leidžianti žmonėms susidoroti su gyvenimo įtampomis, realizuoti savo gebėjimus, gerai mokytis ir dirbti bei prisidėti prie savo bendruomenės. Tai yra neatskiriama sveikatos ir gerovės sudedamoji dalis, kuria grindžiami mūsų individualūs ir kolektyviniai gebėjimai priimti sprendimus, kurti santykius ir formuoti pasaulį, kuriame gyvename [1]. Per visą mūsų gyvenimą daugybė individualių, socialinių ar visuomenės veiksmų, veikdami kartu gali daryti teigiamą arba neigiamą poveikį mūsų psichinei sveikatai ir pakeisti mūsų gyvenimo kokybę [1].

Pastaruoju metu, psichikos sveikatos sunkumai vis dažniau tampa svarbia tema ne tik tarptautiniu, bet ir pasauliniu mastu. Vieni iš pagrindinių psichikos sveikatos sunkumų, tokie kaip nerimo sutrikimai, depresija ar perdegimas, tampa vis dažnesni, o jų poveikis pasireiškia ne tik asmeniniame ir socialiniame gyvenime, bet ir visuomenėje.

Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklė kelia rimtą susirūpinimą. Remiantis Higienos instituto duomenimis, 2022 m. metais Lietuvoje 340 562 asmenims buvo diagnozuotas bent vienas PES, t. y. 1 iš 8 Lietuvos gyventojų, tačiau tikėtina, kad tikrasis šių sutrikimų mastas yra didesnis. Ligtumas PES kasmet didėjo (nuo 93,9 asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, tenkančių 1 000 Lietuvos gyventojų, 2016 m. iki 120,3 asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, tenkančių 1 000 gyventojų, 2022 m.) [2]. Šie rodikliai tik iš dalies atspindi tikrąją problemos mastą, nes daugelis asmenų nesikreipia pagalbos dėl stigmos, informacijos stokos ar paslaugų neprieinamumo.

Norint efektyviai gerinti visuomenės psichikos sveikatą, būtina nuolat stebėti ir analizuoti įvairius psichikos sveikatos rodiklius. PSO rekomenduoja, kad visapusiška kokybės stebėseną turėtų apimti ne tik statistinius ligotumo ir mirtingumo duomenis, bet ir platesnius aspektus: paslaugų struktūrą, prieinamumą, pacientų patirtį bei subjektyvią emocinę gerovę [3].

Šio darbo aktualumas grindžiamas būtinybe tobulinti psichikos sveikatos stebėsenos sistemą, pasitelkiant specialistų vertinimus ir praktines įžvalgas apie esamus rodiklius, taikomas priemones, išskylančius iššūkius bei galimus patobulinimus.

Tikslas – Įvertinti visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos sistemą Lietuvoje, remiantis sveikatos specialistų įžvalgomis apie naudojamus rodiklius, stebėsenos metu kylančius iššūkius ir galimas tobulinimo kryptis.

Uždaviniai:

1. Nustatyti pagrindinius Lietuvoje naudojamus psichikos sveikatos stebėsenos rodiklius
2. Išanalizuoti specialistų įžvalgas apie problemas, kylančias vykdant visuomenės psichikos sveikatos stebėseną
3. Identifikuoti papildomus psichikos sveikatos stebėsenos rodiklius, kurie, specialistų nuomone, galėtų pagerinti visuomenės psichikos sveikatos vertinimą Lietuvoje

MOKSLINĖS LITERATŪROS ANALIZĖ

Prieš atliekant tyrimą buvo atlikta sisteminga mokslinės literatūros apžvalga, atlikta pasitelkiant tarptautines duomenų bazines – PubMed, ScienceDirect, SpringerLink, taip pat informacijos paieškos sistemą Google Scholar. Naudoti ir oficialūs tarptautinių organizacijų dokumentai (PSO, OECD), nacionaliniai šaltiniai (Higienos institutas, LR Seimo teisės aktų sistema) bei kiti recenzuojami mokslo žurnalai. Paieškoje naudoti reikšminiai žodžiai: „Public Mental Health“, „Monitoring“, „Mental Health Indicators“, „Mental Health and Well-Being“. Bibliografijos sąrašui tvarkyti buvo naudojama „Zotero“ programa.

LITERATŪROS APŽVALGA IR ANALIZĖ

1.1 Psichikos sveikatos samprata

Psichikos sveikatos apibrėžtis yra labai svarbi tiek filosofine, tiek praktine prasme. Iš filosofinės pusės labai svarbu pradėti pokalbį, kuris, nors ir numanomas per visą filosofijos istoriją, dar nebuvo aiškiai išreikštas: ar psichikos sveikata yra tapati gerovei, ar ji yra viena iš jos sudedamųjų dalių, ar būtina jos sąlyga? [4]

Kaip teigia Pasaulio Sveikatos Organizacija, psichikos sveikata – tai gerovės būseną, leidžianti žmonėms susidoroti su gyvenimo įtampomis, realizuoti savo gebėjimus, gerai mokytis ir dirbti bei prisidėti prie savo bendruomenės. Tai yra neatskiriama sveikatos ir gerovės sudedamoji dalis, kuria grindžiami mūsų individualūs ir kolektyviniai gebėjimai priimti sprendimus, kurti santykius ir formuoti pasaulį, kuriame gyvename. Psichinė sveikata yra pagrindinė žmogaus teisė. Ir tai labai svarbu asmeniniam, bendruomenės ir socialiniam bei ekonominiam vystymuisi [5].

Psichikos sveikata yra daugiau nei psichikos sunkumų nebuvimas. Jis egzistuoja sudėtingame kontinuumo, kurį kiekvienas žmogus patiria skirtingai, su įvairaus sunkumo ir kančios laipsniu bei gali būti labai skirtingų socialinių ir klinikinių rezultatų [5].

Psichikos sveikata pagal PSO yra teigiama būseną: neužtenka būti laisvam nuo depresijos, nerimo, šizofrenijos ar bet kokios kitos diagnozuojamos psichikos būklės; žmogus taip pat turi jaustis pakankamai gerai, kad klestėtų ir savo bendruomenėje. Šis apibrėžimas yra puikus daugiau nei vienu atveju. Visų pirma, tai yra neįtikėtinai daug pastangų reikalaujanti sveikata: ji apibūdina gyvenimą, kuriame asmenys realizuoja visą savo potencialą, produktyviai dirba ir prisideda prie savo bendruomenės. Nedaug žmonių atitinka tokius aukštus standartus [4].

Šiandien psichikos sveikatos apibrėžtis, įkvėptos pozityviosios psichologijos, įgavo aiškų posūkį. Psichikos sveikata grindžiama gerove, klestėjimu ir laime. Šie apibrėžimai tam tikra prasme yra silpnesni, tačiau kita prasme stipresni. Jie silpnesni tuo, kad aptariama gerovė yra subjektyvi, o ne objektyvi, bet stipresni, nes išreiškia konkrečias teigiamas emocijas, tokias kaip laimė, pasitenkinimas gyvenimu ar klestėjimo jausmas [4].

Apibendrinant, galima teigti, jog psichikos sveikata yra ne vien tik psichikos sveikatos sunkumų nebuvimas. Tai daugiasluksnė būseną, kurioje svarbus žmogaus gebėjimas susidoroti su sunkumais ir aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime.

1.2 Psichikos sveikatos įtaka visuomenės ekonomikai ir socialiniam stabilumui

Psichikos sveikata daro tiesioginę įtaką ne tik asmens gyvenimo kokybei, bet ir visos visuomenės ekonominiam bei socialiniam stabilumui. Depresija ir nerimo sutrikimai yra trečioje ir aštuntoje vietoje tarp visų ligų, dėl kurių pasaulyje prarandama daugiausia sveiko gyvenimo metų (DALY) [6]. Maždaug vienas iš penkių žmonių pramoninėse šalyse ir visame pasaulyje kenčia nuo psichikos sveikatos sunkumų (18 % Vokietijoje, 17,3 % ES, 18,9 % JAV ir 17,6 % visame pasaulyje) [7].

Remiantis naujausiomis prognozėmis, ekonominė našta, susijusi su psichikos sveikatos sutrikimais, artimiausiais metais nuosekliai didės. Numatyta, kad laikotarpiu nuo 2010 iki 2030 metų tiesioginės ir netiesioginės medicininės išlaidos, susijusios su psichikos sveikatos ligomis, padidės 2,4 karto. Be to, prognozuojama, jog pasaulio ekonomikos produkcijos nuostoliai dėl psichikos sveikatos sutrikimų 2011–2030 metų laikotarpiu sieks 16,3 trilijono JAV dolerių [8]. Be tiesioginių medicininių išlaidų, psichikos sveikatos sunkumai turi reikšmingą įtaką ir darbo našumui. Psichikos sveikatos sunkumų problemos darbe apima ne tik sumažėjusį asmens produktyvumą ar motyvaciją darbe, bet ir turi ilgalaikių finansinių nuostolių organizacijoms. Žmonės, kurių psichologinė gerovė prastesnė, dažniau neturi darbo, gauna mažesnę darbo užmokestį ir yra mažiau produktyvūs [9].

Psichikos sveikatos stigmatizavimas ypač paveikia pažeidžiamiausias visuomenės grupes, įskaitant vaikus ir jaunimą, kuriems augant ir socializuojantis itin svarbi yra jų kasdienė aplinka. Viena iš tokių aplinkų yra mokykla, kurioje vaikai praleidžia didelę dienos dalį, vidutiniškai nuo 6 iki 8 valandų per dieną. Mokykla tampa ne tik švietimo, bet ir psichosocialinės aplinkos centru, kuriame gali atsiskleisti ir vaikų psichikos sveikatos būklė. Taip pat mokykloje galima patogiai stebėti vaikų psichikos sveikatos pokyčius, kas suteikia galimybę laiku suteikti paramą ir užkirsti kelią galimoms psichikos sveikatos problemoms, darančioms įtaką tiek jų socialiniam, tiek akademiniam gyvenimui. Tinkamas vaikų psichikos sveikatos problemų palaikymas ir pripažinimas iš mokytojų ir tėvų gali būti gyvybiškai svarbus žingsnis skatinant veiksmingą pagalbos ieškojimą ar simptomų valdymą [10].

1.3 Psichikos sveikatos raštingumas

Terminas „psichikos sveikatos raštingumas“ pirmą kartą buvo pradėtas vartoti 1997 m. ir apibrėžtas kaip „žinios ir įsitikinimai apie psichikos sunkumus, padedantys juos atpažinti, valdyti ar užkirsti jiems kelią“ [11]. Iš tiesų, psichikos sveikatos raštingumas susideda iš kelių komponentų,

įskaitant (a) gebėjimą atpažinti konkrečius psichologinio streso tipų sunkumus; b) žinios ir įsitikinimai apie rizikos veiksnius ir priežastis; c) žinios ir įsitikinimai apie savipagalbos intervencijas; d) žinios ir įsitikinimai apie turimą profesionalią pagalbą; e) požiūris, kuris palengvina atpažinimą ir tinkamos pagalbos ieškojimą; ir f) žinios, kaip ieškoti informacijos apie psichikos sveikatą [12]. Tyrimai rodo, kad sveikatos raštingumas apskritai yra nepakankamas ir netgi atrodo, kad pastaraisiais metais jis nuolat blogėja [13].

Nustatyta, kad geresnės žinios apie psichikos sveikatą ir psichikos sunkumus, geresnis informuotumas apie tai, kur kreiptis pagalbos ir mažesnė psichikos ligų stigma individo, bendruomenės ir institucijos lygmeniu gali paskatinti ankstyvą psichikos sunkumų nustatymą, ir padidinti naudojamą sveikatos priežiūros paslaugomis, o galiausiai pagerinti psichikos sveikatos rodiklius [14].

Daugelio psichikos sveikatos problemų (PSP) pradžia yra vaikystėje arba jos pirmą kartą nustatomos iki 14 metų. Tarp jų yra dažniausiai vaikystėje diagnozuojami sutrikimai: nerimo sutrikimai ir dėmesio sutrikimo ir hiperaktyvumo sutrikimas (ADHD), taip pat kiti, pavyzdžiui, autizmo spektro sutrikimai (ASS) ir valgymo sutrikimai. Gera psichikos sveikata ankstyvaisiais gyvenimo metais suteikia tvirtą pagrindą teigiamoms raidos trajektorijoms jaunystėje ir vėliau. Ir atvirkščiai, vaikystėje patirtos psichikos sveikatos problemos, jei jos nepastebimos ir negydomos, gali sukelti tiesioginių ir ilgalaikių pasekmių asmenims ir jų šeimoms, taip pat didesnę našą sveikatos priežiūros sistemai [10]. Nepaisant to, kad suaugusiųjų ir jaunimo psichikos sveikatos raštingumo sritis pažengė į priekį, supratimas apie suaugusiųjų žinias apie vaikų psichikos sveikatą (t. y. vaikų psichikos sveikatos raštingumas, tebėra mažiau išplėtotas. Vaikų psichikos sveikatos raštingumą svarbu atskirti nuo suaugusiųjų ar paauglių psichikos sveikatos raštingumo, nes tai iš esmės skiriasi valdymu ir prevencija per visą gyvenimą. Preliminarus psichikos sveikatos raštingumo tyrimas rodo, kad suaugusieji, turintys pakankamai žinių apie vaikų psichikos sveikatos problemas ir jų atpažinimą, labiau linkę remtis tinkamais specialistais kaip pagalbos šaltiniu, ieškoti informacijos apie tai, kaip valdyti psichikos sveikatos problemas ir gauti psichikos sveikatos paslaugas, nei tie, kurie nepripažįsta vaikų psichikos sveikatos problemų. Nustatyta, kad suaugusios moterys ir didesnes pajamas gaunantys tėvai dažniau atpažįsta ir nukreipia vaikus turinčius psichikos sveikatos problemų nei vyrai ir mažesnes pajamas gaunantys suaugusieji [10].

JAV atliktas skerspjūvio tyrimas, kuriame dalyvavo 1104 paaugliai, parodė, kad dalyviai geriau atpažino depresiją nei socialinio nerimo sunkumą ir greičiausiai rekomenduos kreiptis pagalbos, nors mažiau nei 50 proc. paauglių atpažino depresiją [15]. Kitame Portugalijoje atliktame skerspjūvio tyrime, kuriame dalyvavo 4938 paaugliai ir jauni suaugusieji, šizofreniją ar psichozę pripažino atitinkamai tik 42,17% ir 22,21%. Be to, mokytojai nebuvo vertinami kaip pagalbos šaltinis, o apie savižudiškus jausmus buvo nenorėta klausinėti [16].

Šiuo metu jau pripažinta, kad iki 70 proc. psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų nesikreipia pagalbos. Teigiama, kad pagalbos ieškojimas pagerės, jei psichikos sutrikimai bus geriau atpažįstami ir įvardijami, pagerės supratimas apie psichikos sveikatos sutrikimų priežastis ir gydymo būdus, sumažės stigma, atsiras pasitikėjimas ir tikėjimas gydymo metodų pagrįstumu. Ankstyvo pagalbos ieškojimo privalumai yra aiškiai išreikšti, nes ankstyvas pagalbos ieškojimas suteikia galimybę anksti diagnozuoti ir pagerinti ilgalaikius psichikos sutrikimų rezultatus [17].

Kita vertus, psichikos sunkumų turintys vyresnio amžiaus žmonės yra ypač pažeidžiama sveikatos priežiūros sistemos grupė. Nepaisant to, šios grupės psichikos sutrikimai dažnai nediagnozuojami arba gydomi nesilaikant rekomendacijų, galbūt dėl žinių stokos arba nepalankaus požiūrio į vyresnio amžiaus žmonių psichikos sutrikimus [13]. Nustatyta, kad finansinis nepriteklus yra stipriausias prasto sveikatos raštingumo prognozės veiksnys. Reprezentatyvios Vokietijoje gyvenančių vokiškai kalbančių suaugusiųjų apklausos metu nustatyta, kad žemas sveikatos raštingumas būdingas 58,5 proc. respondentų, o koreliacijos koeficientai atskleidė, kad sveikatos raštingumas susijęs su amžiumi, lytimi, socialine padėtimi, gebėjimu rašyti, išsilavinimo lygiu, migracine kilme, finansiniu nepriteklumi ir vienos ar daugiau lėtinių ligų buvimu. Tyrimuose, kuriuose konkrečiai nagrinėtas psichikos sveikatos raštingumas vyresniame amžiuje, daugiausia dėmesio skirta demencijai ir taip pat pranešta, kad didžiausią įtaką daro sociodemografiniai veiksniai. Vyresnio amžiaus žmonės pasižymi prastesniu psichikos sveikatos raštingumu nei jaunesni [13].

Prastas vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos raštingumas gali turėti neigiamos įtakos su sveikata susijusios informacijos interpretacijai ir atidėti psichikos sveikatos paslaugų ir gydymo taikymą. Dėl tokio delsimo psichikos sunkumų simptomai gali užsitęsti ir vyresniame amžiuje, todėl gali padidėti sutrikimo sunkumas, pailgėti asmeninės kančios, nukentėti šeimos ir socialinės paramos tinklai, kurie gali būti svarbūs vėlesniam simptomų valdymui [18]. Svarbu atskleisti veiksnys, kurie gali turėti įtakos vyresnio amžiaus žmonių psichikos sveikatos raštingumo mažėjimui, kad į juos būtų galima atsižvelgti gerinant psichikos sveikatą. Vienas iš galimų veiksnių yra vykdomosios funkcijos silpnėjimas. Geros vykdomosios funkcijos yra svarbus veiksnys, padedantis kompetentingai kasdieniui veiklai vyresniame amžiuje, įskaitant gebėjimą gyventi savarankiškai. Kognityvinių funkcijų, įskaitant vykdomosios funkcijos sutrikimus, silpnėjimas sveikiems suaugusiesiems akivaizdus nuo 60-ies metų pradžios. Vykdomosios funkcijos vaidmenį sveikatos raštingumui dar labiau patvirtina išvados, kad prastesnė vykdomoji funkcija, įskaitant žodžių sklandumo sutrikimą, sveikiems suaugusiesiems yra susijusi su prastesniu fizinės sveikatos raštingumu. Iki šiol vyresnio amžiaus suaugusiųjų kognityvinės funkcijos ir psichikos sveikatos raštingumo ryšys nebuvo tiriamas [18].

Psichikos sunkumų atpažinimas ir mažinimas yra labai svarbus visuomenei, siekiant sumažinti individualias kančias ir socialinę bei ekonominę naštą. Todėl asmenims, patiriantiems

lengvą ar vidutinio sunkumo psichikos sutrikimą, turėtų būti sudarytos galimybės naudotis prevencijos paslaugomis. Be to, asmenims, patiriantiems sunkius psichikos sveikatos sunkumus ar net psichikos ligas, turėtų būti suteikta greita prieiga prie specializuoto gydymo ir profesionalios pagalbos. Tačiau iki šiol psichikos sveikatos sunkumai ar net psichikos ligos dažnai nustatomos ir gydomos per vėlai arba visai negydomos; tik maždaug vienas iš penkių psichikos sveikatos sunkumų turintis asmenys kreipiasi į gydytoją [19].

1.4 Psichikos sveikatos sąstingumas: Stigmatizavimo įtaka

Stigmą 1963 m. aprašė Ervingas Goffmanas. Jis stigmą apibūdino kaip bet kokią savybę ar požymį, dėl kurio asmuo nuvertinamas, sutepamas, laikomas gėdingu ar diskredituojamu. Vėlesniems šios srities darbams įtakos turėjo Goffmano darbai, o stigos sąvoka buvo nagrinėjama daugelyje kontekstų ir kultūrų. Stigmai didelę įtaką daro kultūrinės ir kontekstinės vertybių sistemos, kurios laikui bėgant ir įvairiuose kontekstuose skiriasi. Tačiau dauguma autorių sutinka su pagrindiniu Goffmano apibrėžimu, kuriame įvardyti pagrindiniai stigos elementai, tokie kaip etikečių klijavimas, stereotipai, socialinė izoliacija, išankstinis nusistatymas, atmetimas, nežinojimas, statuso praradimas, žema savivertė, menkas saviveiksmingumas, marginalizacija ir diskriminacija [20].

Psichikos sveikatos stigma apibrėžiama kaip asmenų, turinčių psichikos sveikatos sunkumų niekinimas, socialinis nepritartimas ar socialinis diskreditavimas. Literatūroje išskiriamos kelios su psichikos sveikata susijusios stigos rūšys: savistigmatizacija, viešoji stigma, priskirtinė stigma (stigma pagal asociaciją) ir struktūrinė stigma; taip pat literatūroje išskiriama profesinė stigma ir institucinę stigmą [21]. Neigiami stereotipai, pavyzdžiui, su psichikos ligomis dažnai siejamos pavojingumo ar nekompetentingumo sąvokos, gali būti žalingi psichikos ligomis sergantiems žmonėms. Dauguma žmonių žino tam tikrus stereotipus, nes jie susiformuoja iš visuomenės apibūdinimų apie tam tikromis ligomis sergančius žmones ir yra jų apibrėžti. Nors šiuos stereotipus apibrėžė platesnė visuomenė, žmonės nebūtinai su jais sutinka. Žmonėms, kurie sutinka su neigiamais stereotipais, kyla neigiami jausmai ir emocinės reakcijos; tai yra išankstinis nusistatymas. Pavyzdžiui, asmuo, kuris mano, kad šizofrenija sergantis žmogus yra pavojingi, galiausiai gali apibūdinti, kad jaučia baimę sunkiomis psichikos ligomis sergantiems asmenims. Iš šios emocinės reakcijos kyla diskriminacija, arba elgesio reakcija į neigiamas mintis ir jausmus apie stigmatizuojamas atskirties grupės asmenis. Plačiosios visuomenės narys gali nuspręsti laikytis atokiau nuo psichikos liga sergančio asmens dėl savo baimės (išankstinės nuostatos) ir įsitikinimo (stereotipo), kad psichikos liga sergantis asmuo yra pavojingas [22].

Asmenys, sergantys tokiais ligomis kaip šizofrenija, taip pat yra pažeidžiami dėl stereotipų apie save, t. y. savęs stigmatizavimo. Ją sudaro šių stereotipų apie save patvirtinimas (pvz., „aš esu pavojingas“), išankstinis nusistatymas (pvz., „aš bijau savęs“) ir iš to kylanti savidiskriminacija (pvz., savęs izoliavimas). Internalizacija pasireiškia tada, kai psichikos sveikatos sunkumų turintis žmogus

atsisako svarbių gyvenimo tikslų, tokių kaip darbo paieškos ar draugystės, nes jaučiasi neverti arba nepajėgūs pasiekti sėkmės. Dėl neigiamų įsitikinimų gali sumažėti savivertė ir saviveiksmingumą ir verčia asmenis abejoti, kodėl savęs stigmatizavimas yra tik vienas iš būdų reaguoti į neigiamus visuomenės stereotipus. Stigmatizuojami žmonės gali taip pat reaguoti teisingu pykčiu į neigiamas nuostatas, kuris gali lemti aukštesnį savęs vertinimą, nei pastebimas nestigmatizuojamiems žmonėms. Šis poveikis yra svarbus įveikiant stigmatizaciją ir savęs stigmatizavimą [23]. Savidiskriminacija, ypač saviizoliacijos forma, turi daug žalingų padarinių, dėl kurių sumažėja sveikatos priežiūros paslaugų vartojimas, pablogėja sveikatos būklė ir gyvenimo kokybė. Prastas saviveiksmingumas ir žema savivertė taip pat siejami su nesinaudojimu galimybėmis, skatinančiomis užimtumą ir savarankišką gyvenimą [24]. Taigi savistigmos žala pasireiškia per vidinį asmenybės procesą ir galiausiai – per prastus sveikatos ir gyvenimo kokybės rezultatus [24]. Atrodo, kad asmenų įgalinimas yra veiksmingas būdas sumažinti savistigmatizaciją, paskatinti žmones tikėti, kad jie gali pasiekti savo gyvenimo tikslų, ir išvengti tolesnių neigiamų pasekmių, kurias sukelia savistigmatizacija. Įgalinimas tam tikra prasme yra atvirkštinė stigmos pusė, apimanti galią, kontrolę, aktyvumą ir optimizmą. Tyrimai parodė, kad įgalinimas susijęs su aukšta savigarpa, geresne gyvenimo kokybe, didesne socialine parama ir didesniu pasitenkinimu savitarpio pagalbos programomis [25].

Stigma dėl asociacijų, dar vadinama mandagumo arba susijusia stigma, reiškia neigiamų stereotipų ir diskriminacijos priskyrimą šeimos nariams arba psichikos sveikatos priežiūros darbuotojams. Atrodo, kad tokia stigma priklauso nuo psichikos sveikatos būklės tipo. Pavyzdžiui, šeimos nariai dažnai kaltinami dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo būklių atsiradimo. Be to, jei psichikos sveikatos būklė laikoma paveldima arba laikoma, kad ji susijusi su susijusiu asmeniu dėl kokių nors kitų priežasčių, dėl to gali būti prarandama pagarba ir tai gali neigiamai paveikti kitų asmenų gyvenimo galimybes, pavyzdžiui, santuokos perspektyvas [23].

Visuomenės stigma (dar vadinama tarpasmenine stigma) reiškia ryšį tarp stereotipų, neigiamų nuostatų ir psichikos sveikatos sunkumų turinčių žmonių diskriminacijos visuomenėje. Nors žinių trūkumas gali lemti neigiamą požiūrį, tai nebūtinai taip yra. Iš tiesų, pacientų stigmatizavimas apibūdinamas kaip lemiantis galios skirtumą, kuris yra palankus medicinos personalui. Kalbant apie visuomeninę stigmą, diskriminacija tarpasmeniniu lygmeniu gali pasireikšti įvairiais būdais, pavyzdžiui, vengimu, socialinio atstumo išlaikymu, paternalistiniu požiūriu (geranoriška stigma) arba prievartinės politikos palaikymu. Įprastas visuomenės stigmos supratimo būdas – išskirti tris atskirus, bet susijusius komponentus: žinias, požiūrį ir elgesį. Žinių komponentas paprastai susijęs su gyventojų išsamių žinių apie psichikos sveikatos būklę trūkumu (nežinojimu), tačiau jis gali atsirasti ir dėl dezinformacijos, skleidžiamos populiariuoju diskursu. Požiūris beveik visiškai susijęs su neigiamomis emocinėmis reakcijomis į psichikos sveikatos sunkumus turinčius asmenis (t. y. išankstiniu nusistatymu). Elgesys reiškia žmonių, turinčių psichikos sveikatos sunkumų, atstūmimą

ir socialinę atskirtį dėl diskriminacijos, kuri gali sukelti žalą tiek dėl to, kad yra numatoma, tiek dėl to, kad yra patiriama [23].

Struktūrinė, sisteminė arba institucinė stigma - tai politika ir praktika, kuri tyčia ar netyčia veikia stigmatizuojamos grupės nenaudai. Struktūrinė stigma nebūtinai reiškia individualų išankstinį nusistatymą ar diskriminaciją, bet veikia aukštesnio lygio diskriminaciją, susijusią su žmogaus teisėmis. Stigma dažnai laikoma kliūtimi politikos pokyčiams, kartais dėl to, kad visuomenė nereikalauja vyriausybės veiksmų ir investicijų, taip pat dėl dezinformacijos, nesupratimo ir nepakankamo politikos formuotojų informuotumo apie teigiamas politikos galimybes. Visame pasaulyje psichikos sveikatos sunkumų turintys žmonės dažniausiai patiria apribojimus įsidarbinant, balsuojant, valdant turtą, sudarant santuoką ir išsiskiriant [23]. Kitas struktūrinės stigos aspektas susijęs su tuo, kad psichikos sveikatos tyrimams ir gydymui skiriama mažiau finansinių ir žmogiškųjų išteklių nei fiziniams ligoms. Visame pasaulyje daug psichikos sveikatos sunkumų turinčių žmonių negauna net minimaliai tinkamo gydymo. Be to, psichikos sveikatos sunkumų turintys žmonės apskritai turi mažiau galimybių naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, o jų kokybė dažnai yra prastesnė nei fizinių sutrikimų gydymo paslaugų kokybė, todėl psichikos sveikatos sunkumų turinčių žmonių mirtingumas apskritai skiriasi 10 metų, o sunkių psichikos sutrikimų turinčių žmonių – 20 metų.

Psichikos sveikata stigmatizuojama mažas pajamas gaunančiose šalyse – duomenys iš įvairių kontekstų, įskaitant Etiopiją, Indiją ir Nigeriją, rodo, kad asmenys, kenčiantys nuo prastos psichikos sveikatos, bijo būti diskriminuojami ir atstumti visuomenės, todėl nepakankamai praneša apie šias problemas ir yra mažesnė tikimybė, kad kreipsis dėl tinkamo gydymo [9]. Galima teigti, stigma yra socialinė neteisybė ir visuomenės klaida. Todėl jos panaikinimas yra visuomenės atsakomybė ir turėtų būti jos prioritetas. Tuo tarpu psichikos ligomis sergantys žmonės gali norėti išmokti būdų, kaip gyventi su šia stigma arba ją išskaityti. Tačiau ją išgydyti turi bendruomenė, kurioje žmogus gyvena. Vadinas, visuomenės stigos panaikinimas gali būti plačios apimties stigos problemos sprendimas [26].

Nepaisant augančio poreikio didinti psichikos sveikatos raštingumą, daug žmonių vis dar vengia kreiptis pagalbos dėl visuomenėje egzistuojančios stigmatizacijos. Stigma apsunkina ne tik psichikos sveikatos problemos pripažinimą, bet ir trukdo žmonėms ieškoti pagalbos, nes jie bijo būti atstumti ar diskriminuojami.

Psichikos sveikatos raštingumas yra siejamas su psichikos sveikatos stigma kaip priežastinis stigmą lemiantis veiksnys. Abu fenomenus – tiek psichikos sveikatos raštingumą, tiek ir stigmą dauguma užsienio valstybių įtraukia į nacionalines ar regionines visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos sistemas.

2. PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMŲ PRIEŽASTYS IR JAS LEMIANTYS VEIKSNIAI

2.1 Biopsichosocialinis modelis

Biopsichosocialinį modelį (BPS) 1977 m. pasiūlė George'as L. Engelis kaip reikalingą medicininį modelį psichikos sutrikimams paaiškinti. Nuo to laiko šis modelis sulaukė plataus pripažinimo visame pasaulyje. Juo sistemingai paaiškinta sudėtinga trijų pagrindinių dimensijų (biologinės, psichologinės ir socialinės) sąveika psichikos sutrikimams atsirasti. Jis aiškino, kad žmogus kenčia ne kaip izoliuoti organai, o kaip visuma. Tai leido taikyti holistinį požiūrį į psichikos ligas. Žmogaus emocinis tonusas, jo asmenybė, jį supanti aplinka ir kiti socialiniai parametrai daro įtaką ligos pasireiškimui [27].

Psichikos sutrikimų priežastys yra labai sudėtingos, todėl jų negalima paaiškinti vien tik naudojant vieną teoriją ar modelį. Pavyzdžiui, biologinis modelis, kuris gerai paaiškina tokius sutrikimus kaip genetiniai ar infekciniai, nesugeba visiškai išaiškinti psichikos sutrikimų, tokių kaip depresija. Nors depresijos gydymas vaistais, kurie veikia neurotransmiterių pusiausvyrą, gali suteikti pagerėjimo, žmonės, kurie nuolat patiria stresą dėl socialinių ar emocinių veiksnių, kartais nepatiria reikšmingų pagerėjimų net ir vartodami vaistus.

Psichikos sutrikimų negalima visiškai paaiškinti vien tik elgesio ar psichodinamine perspektyva. Taip pat pripažįstama, kad psichologiniai išgyvenimai priklauso ir nuo smegenų funkcionavimo. Taigi priežastinis tiltas apie tai, kaip biologiniai veiksniai gali lemti psichologines apraiškas, turi būti išsamiai ištirtas. Tačiau vis dar trūksta nustatyti kokią nors psichologinę apraišką, kurią būtų galima tinkamai paaiškinti vien tik biologija. Formuluoju psichikos sutrikimą reikėtų analizuoti įvairius aspektus, tokius kaip neurochemija, pažinimas, asmenybė, aplinka ir panašiai. [27].

Žmogaus psichikos sveikatą ir daugelį paplitusių psichikos sutrikimų lemia įvairi socialinė, ekonominė ir fizinė aplinka, veikianti skirtingais gyvenimo etapais. Daugelio paplitusių psichikos sutrikimų rizikos veiksniai yra labai susiję su socialine nelygybe, todėl kuo didesnė nelygybė, tuo didesnė ir psichikos sveikatos sutrikimų rizika [28].

2.1.1 Biologiniai ir genetiniai aplinkos veiksniai leminatys psichikos sveikatą

Biologiniai ir genetiniai veiksniai yra svarbi psichikos sveikatos sunkumų dalis įvairiose populiacijose. Biologinė dinamika atspindi fizinius kūno elementus, kurie daro įtaką sveikatai ir lemia jos būklę. Pavyzdžiui, imuninė ir širdies ir kraujagyslių sistemos yra svarbiausios viso kūno sveikatai, o nervų sistemos, pavyzdžiui, limbinė sistema, yra svarbios siekiant suprasti, kaip psichologinės ir fizinės sritys veikia sveikatą. Kiekvieną iš šių sistemų sudaro sudėtingas, tarpusavyje susijusių struktūrų ir ląstelių rinkinys. Pavyzdžiui, imuninė sistema veikia ne tik tam, kad sulaikytų infekciją

ir ligas, bet ir sąveikauja su kita biologine dinamika, pavyzdžiui, kraujotakos sistema, ir su socialine bei psichologine dinamika [29].

Genų raiškai įtakos turi aplinkos poveikis. Psichikos sutrikimai nėra linijinio priežasties ir pasekmės medicininio modelio rezultatas, o yra sudėtingo daugybės priežasčių ir pasekmių žiedinio modelio rezultatas. Be to, šios priežastys ir padariniai nėra hierarchiniai ir gali daryti įtaką vieni kitiems. Kadangi psichikos sutrikimų paveldimi pokyčiai paprastai yra poligeniniai, negalima nurodyti vieno geno, kuris lemia sutrikimą. Genai yra pagrindinis paveldėjimo vienetas ir teikia struktūrinę bei funkcinę informaciją žmogaus kūno ir smegenų vystymuisi ir funkcionavimui. Idealiu atveju jie padeda arba atlieka tam tikrą funkciją. Genetiniai defektai ar funkcijos sutrikimai lemia daugumą psichikos sutrikimų. Epigenetikos tyrimai pateikė įrodymų apie genų ir aplinkos sąveiką. Epigenetikos vaidmuo jau akivaizdus psichikos sutrikimų, tokių kaip sunkios psichozės, Alzheimerio liga ir autizmo spektro sutrikimai, atveju. Genų aktyvinimas arba slopinimas ir jų reguliavimas daugiausia vyksta per aplinkos poveikį, todėl psichosocialinių veiksnių vaidmuo yra didžiulis [27].

Biomedicininiai veiksniai apima informaciją, kuri yra užfiksuota didelėse sveikatos duomenų bazėse, pavyzdžiui, genų polimorfizmas, bioinformatika, serumo biomarkeriai, farmakogenomika ir epigenetika. Šie genetiniai / biomedicininiai skirtumai gali būti laikomi genetiniais sveikatą lemiančiais veiksniais ir skiriasi įvairiose populiacijose. Visuomenės sveikatos tyrimuose šių biomedicininų veiksnių tyrimai naudojami siekiant suprasti populiacijos lygmens problemas, pavyzdžiui, kuriant bendruomenės sveikatos intervencijas, anksti nustatant ligų protrūkius ir ligų priežiūros strategijas [30]. Biologiniai aplinkos veiksniai turi didelę įtaką psichikos sveikatai, nes tiesiogiai veikia smegenų veiklą per įvairius biologinius mechanizmus.

2.1.2 Psichosocialiniai veiksniai darantys įtaką psichikos sveikatai

Sveikata yra neatsiejamai susijusi su socialiniais elementais, kurie gali palaikyti arba trukdyti įsitraukimui į socialinį gyvenimą. Akivaizdu, kad įvairios kliūtys, tokios kaip traumos, skurdas, nedarbas ir kitos blogos socialinės situacijos, gali turėti esminės įtakos asmenų elgesio sveikatos problemų atsiradimui. Šios problemos turi įtakos ne tik žmonių psichinei ir emocinei gerovei, bet ir gali paskatinti didesnę žmonių marginalizaciją, ribojant jų prieigą prie svarbiausių socialinių išteklių, tokių kaip išsilavinimas, ekonominės galimybės, laisvalaikio veikla, kultūrinis įsitraukimas ir sveikatos priežiūros paslaugos [31].

Buvo nustatyta, kad teigiami socialiniai ryšiai padeda stiprinti psichikos sveikatą ir gerovę. Socialinė parama taip pat labai svarbi įveikiant pandemijos iššūkius, tokius kaip COVID-19. Pandemija pakeitė daugelio iš mūsų gyvenimą, o dėl nesaugumo jausmo, ekonominės įtampos ir izoliacijos daugelis susidūrė su stresu, nerimu ar depresija. Nors užmegzti ir palaikyti socialinius

ryšius galėjo būti sunkiau dėl būtino fizinio kontakto vengimo ir ribotų susibūrimų, socialinė parama buvo ir yra svarbi palaikant psichinės sveikatos gerovę. Neseniai žurnale „Psychiatry Research“ paskelbtame tyrime nustatyta, žmonėms, turintiems didelę socialinę paramą, buvo 63 % mažesnė depresijos rizika ir 52 % mažesnė blogos miego kokybės rizika, palyginti su tais, kurių suvokiama socialinė parama buvo maža [32].

Kito neseniai atlikto Masačusetso ligoninės mokslininkų tyrimo metu nustatyta, kad socialinis ryšys yra stipriausias depresijos apsauginis veiksnys. Rugpjūtį žurnale „American Journal of Psychiatry“ paskelbtame tyrime nagrinėta daugiau kaip 100 modifikuojamų veiksmų, įskaitant gyvenimo būdą (pvz., fiziniai pratimai ir mityba), socialinius (pvz., parama ir dalyvavimas) ir aplinkos veiksmus (pvz., žalieji plotai ir tarša). Remdamiesi didele daugiau nei 100 000 asmenų duomenų baze, jie nustatė, kad socialiniai ryšiai yra svarbus prevencinis veiksnys bendroje populiacijoje ir tarp žmonių, kuriems gresia didesnė depresijos rizika [32].

Kita vertus, sunkūs ar neigiami socialiniai ryšiai gali turėti žalingą poveikį psichikos sveikatai, teigiama Pensilvanijos valstijos mokslininkų tyrime. Jie tyrė psichinę savijautą ir įveikos strategijų naudojimą pandemijos pradžioje ir nustatė, kad socialinė įtampa, pavyzdžiui, kai kas nors kelia reikalavimus, kritikuoja, nuvilia ar ima erzinti, buvo nuolat susijusi su didesniu stresu, depresija ir nerimu [32].

2.1.3 Psichikos sveikatos sunkumų ir priklausomybių ypatumai bei sąsajos

Priklausomybė apibrėžiama kaip lėtinis, pasikartojantis sutrikimas, kuriam būdingas priverstinis narkotikų ieškojimas ir vartojimas, nepaisant neigiamų pasekmių. Tai laikoma smegenų sutrikimu, nes ji apima funkcinis smegenų grandinių pokyčius, susijusius su apdovanojimu, stresu ir savikontrole. Tie pokyčiai gali trukti ilgą laiką po to, kai žmogus nustoja vartoti narkotikus [33]. Priklausomybė yra panaši į kitas ligas, tokias kaip širdies ligos. Abi ligos sutrikdo normalų, sveiką organo funkcionavimą organizme ir tai turi rimtų žalingų padarinių, daugeliu atvejų jų galima išvengti ir juos gydyti. Negydomi jie gali išlikti visą gyvenimą ir sukelti mirtį [33]. Psichikos sveikatos sunkumai ir priklausomybės glaudžiai siejasi tarpusavyje, kurios dažnai pasireiškia vienu metu arba tam daro įtaką.

Priklausomybė nuo alkoholio gali sukelti ne tik įvairių fizinės, bet ir psichinės sveikatos sunkumų. Higienos instituto duomenimis, 2023 m. bent viena tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusi diagnozė buvo užregistruota 27 tūkst. asmenų, arba 2 tūkst. daugiau negu 2022 m. 100 tūkst. gyventojų teko 944 sergantys asmenys (2022 m. – 885). Dažniausiai buvo registruojama alkoholinė priklausomybė (688,1 atvejo 100 tūkst. gyventojų), alkoholio toksinis poveikis (150,9 atvejo), alkoholinė kepenų liga (125,2 atvejo 100 tūkst. gyventojų) ir alkoholinė psichozė (82,3 atvejo 100 tūkst. gyventojų) [36]. Taip pat, piktnaudžiavimas alkoholiu yra tvirtai susijęs su padidėjusia jaunuolių ir suaugusiųjų minčių apie savižudybę, bandymų nusižudyti ir mirties rizika, o tai reiškiny,

kurio negalima paaiškinti gretutinių psichikos sutrikimų. Tarptautiniai tyrimai rodo linijinį ryšį tarp savižudybių skaičiaus ir alkoholio vartojimo vienam gyventojui, o tai rodo, kad alkoholis gali būti pagrindinis savižudybių veiksnys. Iš tiesų, piktnaudžiavimo alkoholiu rodikliai per pastaruosius du dešimtmečius išaugo, lygiagrečiai didėjant savižudybių skaičiui [35].

Daugelis tyrimų rodo teigiamą ryšį tarp rūkymo ir psichikos sveikatos sutrikimų, o rūkymo dažnis didėja didėjant ligos sunkumui. Asmenys, susiduriantys su psichikos sveikatos sunkumais, taip pat linkę pradėti rūkyti anksčiau, rūko daugiau ir yra labiau priklausomi nuo cigarečių nei kiti gyventojai. Pavyzdžiui, neseniai atlikta apklausa rodo, kad 42% visų Anglijoje suvartojamų cigarečių suvartoja su psichikos sunkumais susiduriantys asmenys [36]. Be to, tyrimai rodo, kad rūkymas gali būti priežastinis demencijos / pažinimo nuosmukio, šizofrenijos / psichozės, savižudiško elgesio ir dėmesio trūkumo / hiperaktyvumo sutrikimo patogenezės. Tikėtina, kad šiuos ryšius lemia rūkymo sukelti struktūriniai ir funkciniai centrinės nervų sistemos pokyčiai, daugiausia susiję su cholinerginėmis ir uždegiminio ir (arba) oksidacinio streso sistemomis [36].

3. PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS RODIKLIAI

3.1 Psichikos sveikatos stebėsenos rodiklių svarba

Per pastaruosius tris dešimtmečius labai padaugėjo bendrų psichikos sveikatos sunkumų, tokių kaip nerimas ir depresija. Tokios problemos labai prisideda prie pasaulinės ligų naštos, todėl reikia įvairiapusių metodų, kad būtų galima spręsti prastos psichikos sveikatos poveikio problemą individualiu ir gyventojų lygmeniu [37].

Norint efektyviai gerinti visuomenės psichikos sveikatą, būtina nuolat stebėti ir analizuoti įvairius psichikos sveikatos rodiklius. Monitoringas aprašomas kaip sistemingas (nuolatinis ar periodinis; sistemingai parinktose vietose) tam tikro svarbaus reiškinio (aplinkos taršos, žmogaus sveikatos būsenos, švietimo sistemos kokybės ir kt.) stebėjimas, renkant informaciją, reikalingą sistemos valdymui, reiškinių paieška ir aptikimas. PSO rekomenduoja, kad visapusiška kokybės stebėseną turėtų apimti struktūrą (pvz. infrastruktūrą, personalą), procesus (pvz. paslaugų pobūdį ir kiekį, medikamentus) ir rezultatus (pvz., pagerėjusią būklę, gerovę, sumažėjusius simptomus). Visuomenės psichikos sveikatoje yra ypač svarbu efektyvi stebėseną. Tarptautinėms organizacijoms (pvz., PSO, EBPO, ES) stebėseną yra būtina siekiant geresnių psichikos sveikatos politikos, paslaugų ir programų rezultatų [3].

Nepaisant psichikos sveikatos paslaugų, Etiopijoje, Nepale, Pietų Afrikoje ir Ugandoje renkami labai riboti psichikos sveikatos rodikliai [38]. Apskritai šalys buvo linkusios rinkti įprastus duomenis apie žmonių, turinčių psichikos sveikatos problemų (ligų kategorijas), kontaktus su sveikatos priežiūros paslaugomis, o ne informaciją apie psichikos sveikatos sistemą, pvz., sveikatos darbuotojų, apmokytų psichikos sveikatos srityje, skaičių, lovų, skirtų psichikos sveikatai, skaičių, priėmimo rodiklis ir iš socialinio draudimo fondų remiamų asmenų skaičių. Kad informacija apie

sveikatą turėtų įtakos priimant sprendimus, duomenys turi būti aukštos kokybės ir svarbūs kiekvieno valdymo lygmens sprendimus priimantiems asmenims [38].

Atrodo, kad duomenimis pagrįstas psichikos sveikatos priežiūros kokybės stebėjimas yra pradiniam etape. Tik kelios šalys yra įdiegusios ar aktyviai kuria sistemines psichikos sveikatos kokybės stebėsenos programas. Tarp jų išsiskiria Anglija, Danija, Prancūzija, Vokietija, Italija, Nyderlandai, Portugalija ir Švedija. Šiose šalyse stebėseną apima ne tik tradicinius sveikatos rodiklius (pvz., sergamumą ar hospitalizacijų skaičių), bet ir kokybės aspektus: paslaugų prieinamumą, tęstinumą, pacientų patirtį, grįžtamojo ryšio mechanizmus bei paslaugų rezultatyvumą. Tačiau dauguma šių programų vis dar yra vystymo stadijoje – trūksta standartizuotų metodikų, integruotų informacinių sistemų, o kai kuriose šalyse, kaip Nyderlanduose, neįgyvendinti visi esminiai komponentai, tokie kaip pacientų grįžtamojo ryšio mechanizmai. Vis dėlto augantis dėmesys duomenimis pagrįstai stebėsenai rodo, kad tokios sistemos laikomos būtina sąlyga siekiant užtikrinti efektyvią ir kokybišką psichikos sveikatos priežiūrą tiek nacionaliniu, tiek regioniniu lygmeniu [39].

3.2 Visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos priemonės

Visuomenės psichikos sveikatos stebėsenai gali būti naudojamos įvairios priemonės, skirtos įvertinti psichikos sveikatą ir kitus svarbius aspektus. Atsižvelgiant į tai, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigose trūksta darbuotojų, SRQ atliktų svarbų vaidmenį gerinant bendruomenės psichinę sveikatą. SRQ-20 yra instrumentas skirtas asmenims nuo 18 metų ir kuriame yra dvidešimt klausimų apie pacientų simptomus ir problemas, kurios gali kilti sergantiems neuroziniais sutrikimais. Tai apima tik dvejetainius (taip/ne) klausimus su kodais „1“, kuris reiškia simptomo buvimą, ir „0“, jei simptomo nėra. SRQ-20 klausimai atspindi depresiją, nerimą ir psichosomatinčius nusiskundimus, kurie visi kartu sugrupuoti į bendrą psichikos sutrikimą (CMD) [40].

Tokių rodiklių ir klausimynų panaudojimas leidžia rinkti objektyvius duomenis apie žmonių psichikos sveikatą, identifikuoti problemų sritis ir planuoti prevencines bei intervencines priemones. Kitas svarbus įrankis skirtas darbingo amžiaus asmenų psichikos sveikatos stebėsenai yra K10/K6. Šios K10/K6 skalės matuoja elgesio, pažinimo, emocinius ir fiziologinius nespecifinio psichologinio streso aspektus, pagrįstus didžiosios depresijos epizodo ir generalizuoto nerimo sutrikimo diagnostiniais kriterijais. Tyrimai nuosekliai rodo, kad K10 / K6 skalės turi tvirtą konstrukcijos pagrįstumą ir gerą pakartotinio patikrinimo patikimumą. K10/K6 buvo naudojami 30 pasaulio šalių ir išversti į mažiausiai 25 kalbas [41].

36 punktų trumpos formos sveikatos tyrimo anketa (SF-36) yra labai populiari priemonė vertinant su sveikata susijusią gyvenimo kokybę. SF-36 matuoja aštuonias skales: fizinį funkcionavimą (PF) ir fizinį vaidmenį (RP), kūno skausmą (BP), bendrą sveikatą (GH), gyvybingumą (VT), socialinį funkcionavimą (SF), emocinį vaidmenį (RE) ir psichinę sveikatą (MH) [42].

Visi šie psichikos sveikatos stebėsenos įrankiai yra vertingi renkant objektyvius duomenis apie žmonių psichikos sveikatą ir planuoti prevencines bei intervencines priemones. Šios priemonės svarbios ne tik identifikuoti psichikos sveikatos problemas, bet ir prisidėti prie bendruomenės psichikos sveikatos gerinimo.

Dažnai stebėsenos priemonės ar paslaugos, skirtos psichikos sveikatos palaikymui ir problemų prevencijai, yra nukreiptos jaunesniems žmonėms, paliekant senjorams ribotą prieigą prie reikiamų paslaugų. Tačiau svarbu pabrėžti, kad visuomenės sveikatos tikslas yra pailginti gyvenimo trukmę ir pagerinti gyvenimo kokybę visoms amžiaus grupėms. Atsižvelgiant į senjorų populiacijos didėjimą ir jų svarbą visuomenės gerovei, būtina skirti didesnę dėmesį jų psichikos sveikatos stebėsenai. Reikia pabrėžti ir skatinti teigiamus senėjimo elementus, tokius kaip psichologinis atsparumas, išmintis ir prosocialus elgesys, siekiant kovoti su stigma ir padėti apsaugoti bei pagerinti vyresnio amžiaus žmonių psichinę sveikatą [43]. Depresijos diagnozavimas vyresnio amžiaus žmonėms yra rimta problema dėl senėjimo proceso ir įvairių ligų, kurios maskuoja depresinės nuotaikos simptomus. Pavyzdžiui, depresija dažnai klaidingai suprantama kaip demencija. Todėl labai svarbu naudoti diagnostikos įrankį, kuris atsižvelgtų į šias problemas [44].

Vienas iš įrankių stebėti vyresnio amžiaus asmenų psichikos sveikatą yra geriatrinės depresijos skalė (GDS). Ji yra pirmoji ir populiariausia skalė, naudojama vėlyvosios depresijos atsiradimui. Ją patvirtino Karališkasis gydytojų koledžas ir Britų geriatrijos draugija (1992) [45].

Monrealis kognityvinis įvertinimas (MoCA) yra pažinimo įrankis, sukurtas siekiant nustatyti lengvą pažinimo sutrikimą (MCI). Tai paprastas 10 minučių testas, kuriuo įvertinamos kelios pažinimo sritys, įskaitant atmintį, kalbą, vykdomąsias funkcijas, vizualinius ir erdvinius įgūdžius, skaičiavimą, abstrakciją, dėmesį, koncentraciją ir orientaciją. MoCA taip pat yra naudojamas nustatant kognityvinius sutrikimus sergant smegenų kraujagyslių ir Parkinsono liga, Huntingtono liga, obstrukcine miego apnėja, epilepsija ir kt. [46].

Kitas plačiai naudojamas įrankis senjorų psichikos sveikatos stebėsenai yra Kornelio depresijos skalė sergant demencija (CSDD). Ši skalė yra skirta demencija sergančio asmens depresijos simptomams įvertinti ir apima devyniolika klausimų, kurių kiekvienas gali būti įvertintas nuo 0 (nėra) iki 2 (sunkus) arba balas „simptomai neįmanomi įvertinti“. Skalė skirstoma į penkias subskales, kurios yra: 1) su nuotaika susiję požymiai (nerimas, liūdesys, minimali reakcija į malonius įvykius ir dirglumas), 2) „elgesio sutrikimai“ (sujaudinimas, psichomotorinis atsilikimas, daugybinis fizinis sutrikimas, nusiskundimai ir susidomėjimo praradimas), 3) „fiziniai požymiai“ (apetito praradimas, svorio kritimas ir energijos trūkumas), 4) „ciklinės funkcijos“ (paros nuotaikos svyravimai, sunku užmigti, daugkartinis pabudimas naktį ir anksti ryte). pabudimas) ir 5) polinkis į savižudybę, žema savigarba, pesimizmas ir nuotaiką atitinkantys kliedesiai. Nustatyta, kad įrankio vidinis nuoseklumas / patikimumas svyruoja nuo 0,76 iki 0,84 ir parodė aukštą koreliacijos lygį

($r=0,96$) su psichiatrų pateiktomis diagnozėmis. Nustatyta, kad įvedus privalomą CSDD patikrą, depresija sergančių demencija sergančių pacientų, vartojančių antidepresantus, dalis padidėjo nuo 20 % (be atrankos) iki 44 %. CSDD įrankio pagrįstumas buvo ištirtas ir pagrįstas, taip pat ir tarpkultūrinis požiūris [47]. Populiaciniame lygmenyje psichologinis atsparumas Lietuvoje nėra matuojamas, tačiau atskirose socialinėse grupėse yra atliekami pavieniai tyrimai, neužtikrinantys reprezentatyvumo. Apibendrinant, psichikos sveikatos stebėsenos įrankiai, tokie kaip Geriatrinės depresijos skalė, Monrealis kognityvinis įvertinimas (MoCA) Kornelio depresijos skalė sergant demencija (CSDD) yra vertingos ir efektyvios priemonės senjorų psichikos sveikatos stebėsenai ir problemų diagnozavimui. Naudojant šiuos ir kitus psichikos sveikatos stebėsenos įrankius, yra didesnė tikimybė anksti nustatyti depresiją, kognityvinius sutrikimus ir kitas psichikos sveikatos problemas senjorų populiacijoje. Tai leidžia laiku imtis prevencinių ir intervencinių priemonių, siekiant pagerinti senjorų psichinę sveikatą ir gyvenimo kokybę.

4. PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS PRAKTIKOS TARPTAUTINIU MASTU

PSO savo 2013-2020 m. psichikos sveikatos veiksmų plane nustatė keturis prioritetinius tikslus: stiprinti veiksmingą vadovavimą ir valdymą psichikos sveikatos srityje; teikti visapusiškas, integruotas ir į poreikius reaguojančias psichikos ir socialinės sveikatos paslaugas bendruomenės aplinkoje; įgyvendinti psichikos sveikatos skatinimo ir prevencijos strategijas; stiprinti psichikos sveikatos informacines sistemas, įrodymus ir mokslinius tyrimus. Vienas iš šių PSO tikslų įgyvendinimo principų yra rodiklių, kurie yra svarbūs psichikos sveikatos sistemų duomenims stebėti, naudojimas. PSO rekomenduoja, kad 80 proc. visų šalių rinktų ir teiktų informaciją apie bent vieną pagrindinį psichikos sveikatos rodiklių rinkinį ir kad iki 2020 m. šie veiksmai būtų vykdomi per nacionalines sveikatos ir socialinės informacijos sistemas [48].

Tarptautinė psichikos sveikatos stebėseną grindžiama informacijos rinkimu ir tyrimais, kurie leidžia vertinti pažangą siekiant visuotinio psichikos sveikatos veiksmų plano tikslų. 2020 m. PSO „Mental Health Atlas“ ataskaita parodė, kad 85% atsakiusių šalių renka duomenis apie psichikos sveikatą, o 71% šalių integruoja šiuos duomenis į bendrąją sveikatos statistiką. Valstybių narių, nurodžiusių, kad per pastaruosius dvejus metus buvo parengti konkrečiai psichikos sveikatai skirti duomenys viešajam arba privačiajam sektoriui, procentinė dalis sumažėjo nuo 46 % 2017 m. iki 37 % 2020 m., o valstybių narių, nurodžiusių, kad psichikos sveikatos duomenys buvo parengti kaip bendrosios sveikatos statistikos dalis, procentinė dalis padidėjo nuo 37 % 2017 m. iki 48 % 2020 m. Teikti per pastaruosius dvejus metus surinktus konkrečius psichikos sveikatos duomenis viešajam ir privačiajam sektoriams tebėra iššūkis – šis rodiklis iš esmės nepakito nuo 2014 m., todėl reikės ypatingų pastangų, kad būtų pasiektas išsamaus psichikos sveikatos veiksmų plano 4 tikslas, kuriuo siekiama, kad iki 2030 m. 80 proc. šalių kas dvejus metus per savo nacionalines sveikatos ir socialinės

informacijos sistemas reguliariai rinktų ir teiktų ataskaitas bent apie pagrindinį psichikos sveikatos rodiklį rinkinį. [49].

Psichikos sveikatos teisės aktai yra esminė gero valdymo sudedamoji dalis ir yra susiję su konkrečiomis teisinėmis nuostatomis, susijusiomis su psichikos sveikata. Šios nuostatos turėtų būti suderintos su pagrindiniais psichikos sveikatos politikos principais, vertybėmis ir tikslais, skatinant žmonių, turinčių psichikos sveikatos sunkumų ir psichosocialinę negalią, žmogaus teises ir nustatant priežiūros mechanizmus, skirtus stebėti, kaip laikomasi tarptautinių žmogaus teisių standartų, ir ribojant prievartos praktiką bei gydymą [49].

Kitas nurodytas tarptautinis psichikos sveikatos stebėsenos rodiklis PSO psichikos sveikatos atlase yra finansiniai ištekliai. Specialių finansinių išteklių psichikos sveikatai prieinamumas yra labai svarbus kuriant, įgyvendinant ir palaikant psichikos sveikatos paslaugas ir darant pažangą siekiant programos tikslų. Išlaidos psichikos sveikatai gali apimti įvairią veiklą, įskaitant veiklą, vykdomą pirminės ar bendrosios sveikatos priežiūros ir specializuotos ir (arba) antrinės sveikatos priežiūros ir socialinės rūpybos srityse. Tačiau įvertinti psichikos sveikatos išlaidas šalyje yra sudėtinga dėl galimų finansavimo šaltinių ir teikiamų paslaugų įvairovės. Tyrimai rodo, kad daugiau kaip 70 proc. visų vyriausybės išlaidų psichikos sveikatai buvo skirta psichikos ligoninėms didesnes ir mažesnes nei vidutines pajamas gaunančiose šalyse, palyginti su 35 proc. dideles pajamas gaunančiose šalyse. Tai galbūt atspindi situaciją, kai centralizuotos psichikos ligoninės ir institucinė stacionarinė priežiūra vis dar sudaro pagrindines psichikos sveikatos paslaugų išlaidas ir tai rodo, kad skubiai reikia deinstitutionalizacijos [49].

Ketvirtas tarptautinis psichikos sveikatos stebėsenos rodiklis PSO psichikos sveikatos atlase – psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas ir įsisavinimas. Psichikos sveikatos integravimas į pirminę sveikatos priežiūrą buvo pabrėžtas 1978 m. Alma-Ata deklaracijoje ir 2018 m. Astanos deklaracijoje. Didinant psichikos sveikatos priežiūros prieinamumą ir gerinant psichikos sveikatos paslaugų kokybę, išsamiaame psichikos sveikatos veiksmų plane pabrėžiamas sistemingas priežiūros ir gydymo dėmesio decentralizavimas iš ilgalaikių psichikos ligoninių į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas. Remiantis 2020 m. pateiktais duomenimis, bendras ambulatorinių vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų skaičius buvo nedidelis: 1,1 įstaigos 100 000 gyventojų, o 1096,1 apsilankymo teko 100 000 gyventojų. Kita vertus, kalbant apie buvimo psichiatrinėse ligoninėse trukmę, šiek tiek padidėjo stacionare, išbuvusių trumpiau nei vienerius metus, dalis – nuo 82 proc. 2017 m. iki 87 proc. 2020 m. Afrikos regione (nuo 80 proc. 2017 m. iki 94 proc. 2020 m.), Pietryčių Azijos regione (nuo 89 proc. iki 97 proc.), Vakarų Ramiojo vandenyno regione (nuo 69 proc. iki 91 proc.) ir Europos regione (nuo 85 proc. iki 88 proc.) gerokai padidėjo stacionare gydomų pacientų dalis (duomenys neskelbtini). Tačiau kai kuriuose regionuose, įskaitant Amerikos regioną ir rytinį Viduržemio jūros regioną, vis dar buvo didelė dalis (daugiau kaip 25%) psichikos ligoninių

gyventojų, kurių buvimo trukmė buvo ilgesnė nei vieneri metai ar net penkeri metai (4.2.1 ir 4.2.2 pav.). Įvairiuose regionuose daugiau kaip 85% šalių nurodė, kad asmenys, turintys psichikos sveikatos sunkumų, tam tikru mastu naudojo socialinę paramą; Afrikos regionas buvo išimtis (56% atsakiusių šalių). Mažas pajamas gaunančiose grupėse buvo akivaizdus paramos trūkumas: 61 proc. nurodė, kad nė vienas asmuo, turintis sunkių psichikos sveikatos sunkumų, negavo socialinės paramos, ir nė viena šalis nenurodė, kad dauguma asmenų, turinčių psichikos sveikatos sunkumų, gavo tokią paramą [49].

Penktas tarptautinis psichikos sveikatos stebėsenos rodiklis PSO psichikos sveikatos atlase – psichikos sveikatos stiprinimas ir prevencija. Nacionalinės sveikatos priežiūros institucijos turi atlikti svarbų vaidmenį gydant ir skatinant psichikos sveikatą bei užkertant kelią psichikos sveikatos sunkumams visuose sektoriuose ir visą gyvenimą. PSO išsamiaame psichikos sveikatos veiksmų plane rekomenduojama, kad valstybės narės vadovautų ir koordinuotų visuotines ir tikslines intervencijas nuo ankstyvųjų gyvenimo etapų ir visą gyvenimą, kad užkirstų kelią psichikos sveikatos sutrikimams ir sumažintų stigmatizaciją, diskriminaciją ir žmogaus teisių pažeidimus. Jame pabrėžiama, kad svarbu integruoti tokias intervencijas į nacionalines sveikatos stiprinimo strategijas, taip pat tokių strategijų reagavimą į pagrindinius individualius požymius skirtingais formuojančiais gyvenimo etapais ir prisitaikymą prie konkrečių pažeidžiamų grupių poreikių [51].

Veiksmų plano 3.1 punkte, pasaulinis tikslas – kad iki 2030 m. 80 proc. šalių turėtų bent dvi veikiančias nacionalines daugiasektorines prevencijos ir skatinimo programas. 2019 m. savižudybės sudarė apie 703 000 mirčių visame pasaulyje, todėl tai yra prioritetinga psichikos sveikatos prevencijos sritis. Savižudybės yra ketvirta pagal dažnumą jaunų žmonių mirties priežastis visame pasaulyje, su kuria susiduria ypač pažeidžiami ir marginalizuoti gyventojai. Kadangi yra daug rizikos veiksnių, susijusių su savižudybe, neskaitant psichikos sveikatos sutrikimų, pavyzdžiui, lėtinis skausmas ar ūmus emocinis stresas ar galimybė naudotis savižudybės priemonėmis, veiksmų plane raginama parengti išsamias nacionalines savižudybių prevencijos strategijas, bendradarbiaujant ne tik sveikatos sektoriui, bet ir kitiems sektoriams vienu metu [49].

4.1 Tarptautinių organizacijų duomenys apie psichikos sveikatos priežiūros prieinamumą, išteklius ir finansavimą

Šiame skyriuje pateikiami tarptautinių organizacijų, tokių kaip ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO), pasaulio sveikatos organizacija (PSO) ir Europos sąjungos sveikatos duomenų sistema (EUDA), duomenys, kurie yra esminiai formuojant supratimą apie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, išteklius bei finansavimą, taip pat analizuojant socialinius ir ekonominius šių problemų aspektus.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) yra tarptautinė organizacija, kuri siekia kurti geresnę politiką geresniam gyvenimui. Remdamasi daugiau nei 60 metų patirtimi ir įžvalgomis, organizacija formuoja politiką, kuria skatinama gerovė ir galimybės, paremtos lygybe ir gerove. EBPO glaudžiai bendradarbiauja su politikos formuotojais, suinteresuotaisiais subjektais ir piliečiais, siekdama nustatyti įrodymais pagrįstus tarptautinius standartus ir rasti socialinių, ekonominių ir aplinkosaugos iššūkių sprendimus. EBPO yra unikalus duomenų, analizės ir geriausios viešosios politikos praktikos forumas ir žinių centras – nuo ekonominės veiklos rezultatų gerinimo ir kovos su klimato kaita politikos stiprinimo iki švietimo stiprinimo ir kovos su tarptautiniu mokesčių vengimu [50].

Gera psichikos sveikata yra labai svarbi sveikiems gyventojams ir ekonomikai: kai žmonės turi psichikos sveikatos sunkumų, jiems sunkiau sekasi mokytis mokykloje, produktyviai dirbti ir išlikti fiziškai sveikiems. COVID-19 pandemija smarkiai sutrikdė žmonių gyvenimo, darbo ir mokymosi būdą ir paskatino didelį psichikos sutrikimų padidėjimą. Pandemijos pradžioje visose EBPO šalyse, turinčiose duomenų, padidėjo gyventojų, nurodančių nerimo ir depresijos simptomus, dalis, o kai kuriose šalyse – net dvigubai. EBPO analizė parodė, kad gyventojų psichikos sveikata pandemijos metu tai gerėjo, tai blogėjo – paprastai ji pablogėdavo tais laikotarpiais, kai infekcijos ir mirtingumo rodikliai buvo dideli arba kai buvo taikomos griežtos sulaikymo priemonės. Turimi duomenys rodo, kad, pagerėjus pandemijos situacijai, gyventojų psichikos sveikata šiek tiek pagerėjo, tačiau taip pat rodo, kad psichikos sveikatos sutrikimų vis dar daug. Belgijoje, Korėjoje, Jungtinėje Karalystėje ir Jungtinėse Amerikos Valstijose 2022 m. duomenys paprastai rodo, kad, palyginti su 2020 m., šiek tiek sumažėjo depresijos simptomus nurodančių gyventojų dalis [51].

Tokie sukrėtimai, kaip pandemijos, atšiaurūs meteorologiniai reiškiniai ir finansų krizės, taip pat gali padidinti savižudiško elgesio riziką. Nors savižudiškam elgesiui įtakos turi sudėtingi socialiniai ir kultūriniai veiksniai, psichikos sveikatos sutrikimai didina savižudybės riziką. Šiuo metu mirčių nuo savižudybės rodikliai EBPO šalyse skiriasi beveik šešis kartus ir yra daugiau nei tris kartus didesni tarp vyrų nei tarp moterų. Iki pandemijos mirčių nuo savižudybių skaičius apskritai turėjo tendenciją mažėti ir 2000-2019 m. laikotarpiu vidutiniškai sumažėjo 28,4 %. 27 EBPO šalyse, apie kurias turima duomenų, 2019-2020 m. mirčių nuo savižudybių rodikliai vidutiniškai sumažėjo 2,4 %. Tačiau šis pokytis įvairiose šalyse buvo skirtingas. Trečdalyje šalių, apie kurias turima duomenų, 2019-2020 m. savižudybių padaugėjo, o dar trečdalyje šalių sumažėjo 5 % ar daugiau. 2019-2020 m. Islandijoje ir Meksikoje mirčių dėl savižudybių skaičius atitinkamai padidėjo 13,4 % ir 10,5 %, o Čilėje ir Graikijoje sumažėjo 16,8 % ir 15,2 %. EBPO šalys, reaguodamos į pandemiją, ėmėsi skubių veiksmų psichikos sveikatos paramai didinti. Politikos klausimyne 2022 m. visos 26 atsakymus pateikusios EBPO šalys nurodė, kad reaguodamos į pandemiją įdiegė skubias psichikos sveikatos

priežiūros paslaugas, ir beveik visos (25 iš 26) nurodė, kad nuolat didino psichikos sveikatos priežiūros paramą arba pajėgumus [52].

4.2 Nacionalinės psichikos sveikatos stebėsenos praktikos skirtingose šalyse

Siekiant geriau suprasti, kaip galėtų būti tobulinama psichikos sveikatos stebėsenos sistema Lietuvoje, svarbu atsižvelgti į tarptautinę patirtį ir gerąsias praktikas, taikomas skirtingose valstybėse.

Štai Kanadoje, sukurta sisteminga psichikos sveikatos rodiklių stebėsenos sistema, kuri orientuota ne tik į ligas, bet ir į teigiamą psichikos sveikatą bei jos determinantus. Šią sistemą sukūrė Kanados visuomenės sveikatos agentūra (Public Health Agency of Canada), pavadindama ją Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework (PMHSIF). Rodikliai šioje sistemoje suskirstyti į penkias temines grupes, kurios apima teigiamos psichikos sveikatos rezultatus, tokius kaip subjektyvios gerovės vertinimą, įskaitant laimės jausmą, gyvenimo pasitenkinimą, psichologinę ir socialinę gerovę. Taip pat stebimi individualūs veiksniai, susiję su asmeninėmis savybėmis, darančiomis įtaką psichikos sveikatai: savikontrolė, fizinė sveikata, fizinis aktyvumas bei dvasiniai įsitikinimai. Trečioji rodiklių grupė apima šeimos narių psichikos sveikatos problemų paplitimą, šeimos statusą, pajamas. Ketvirtoji grupė – bendruomenės veiksniai – analizuoja socialinį įsitraukimą, paramos tinklus, bendruomeninę aplinką ir socialinę paramą. Rodikliai, tokie kaip dalyvavimas visuomeninėje veikloje, artimų žmonių turėjimas ar suvokiama socialinė parama, yra svarbūs psichikos sveikatos apsaugai. Paskutinė, penktoji, rodiklių grupė apima visuomenės veiksnius: patirtą diskriminaciją, stigmatizaciją ir politinį dalyvavimą. Šie rodikliai atspindi socialinį teisingumą ir piliečių įsitraukimą į sprendimų priėmimo procesus, kurie netiesiogiai veikia psichikos sveikatos lygį. Ši stebėsenos sistema leidžia ne tik įvertinti psichikos sveikatos būklę įvairiose gyventojų grupėse, bet ir sekti pokyčius laikui bėgant bei identifikuoti sritis, kuriose reikalingos tikslingos intervencijos. Tokiu būdu Kanada užtikrina įrodymais grįstą visuomenės sveikatos valdymą, atsižvelgiant į daugiapakopius psichikos sveikatos aspektus [53].

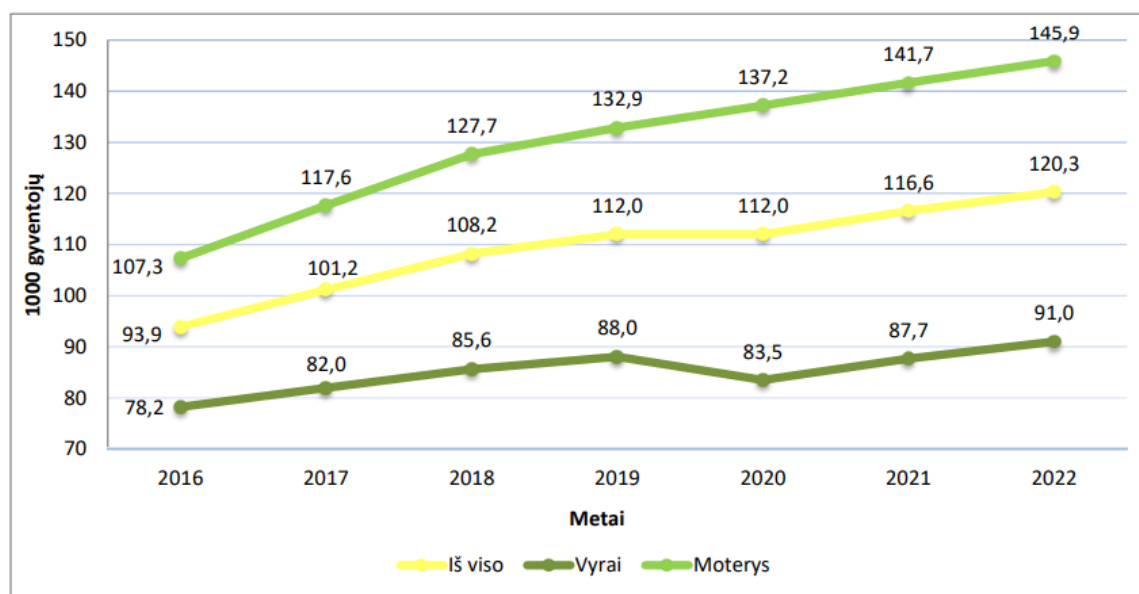
Danija pasižymi integruotu požiūriu į psichikos sveikatos stebėseną, apimančiu tiek nacionalinius, tiek vietinius lygmenis. 2022 m. rugsėjį buvo pasiektas platus politinis susitarimas, kad būtų įgyvendintas ekspertų pasiūlymu pagrįstas 10 metų psichiatrinės priežiūros gerinimo veiksmų planas. Iš 37 ambicingų tikslų, numatytų ekspertų pasiūlyme, prioritetai teikiami 19-ai, kurie apima įvairias iniciatyvas, įskaitant psichikos sveikatą, prevenciją, ankstyvąją intervenciją, taip pat tiek gydymą, tiek psichiatriją. Pagrindinis vyriausybės prioritetas – savivaldybių lygmeniu sukurti lengvai prieinamas paslaugas vaikams ir jaunuoliams, kurie patiria psichologinę kančią ir kuriems pasireiškia psichikos sutrikimų simptomai. Be to, šalyje veikia Danijos Depresijos Duomenų Bazė, skirta stebėti ir gerinti depresijos gydymo kokybę. Ši duomenų bazė renka informaciją apie gydymo procesus ir rezultatus, leidžiančią analizuoti ir tobulinti gydymo praktiką [54].

Jungtinėje Karalystėje psichikos sveikatos stebėseną vykdoma per kelias tarpusavyje susijusias sistemas. Viena pagrindinių yra Viešosios sveikatos rezultatų sistema, kuri apima daugybę rodiklių, susijusių su psichikos sveikata, tokių kaip savižudybių rodikliai, depresijos paplitimas ir psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas. Be to, Jungtinėje Karalystėje veikia įvairios duomenų bazės, tokios kaip The Health Improvement Network (THIN), kurios renka anoniminius elektroninius medicininius įrašus iš pirminės sveikatos priežiūros įstaigų. Šia baze taip pat naudojasi Prancūzija, Vokietija, Italija, Ispanija, Belgija ir Rumunija [55]. Šie duomenys naudojami epidemiologiniams tyrimams ir sveikatos paslaugų planavimui.

5. PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMŲ PAPLITIMAS LIETUVOJE

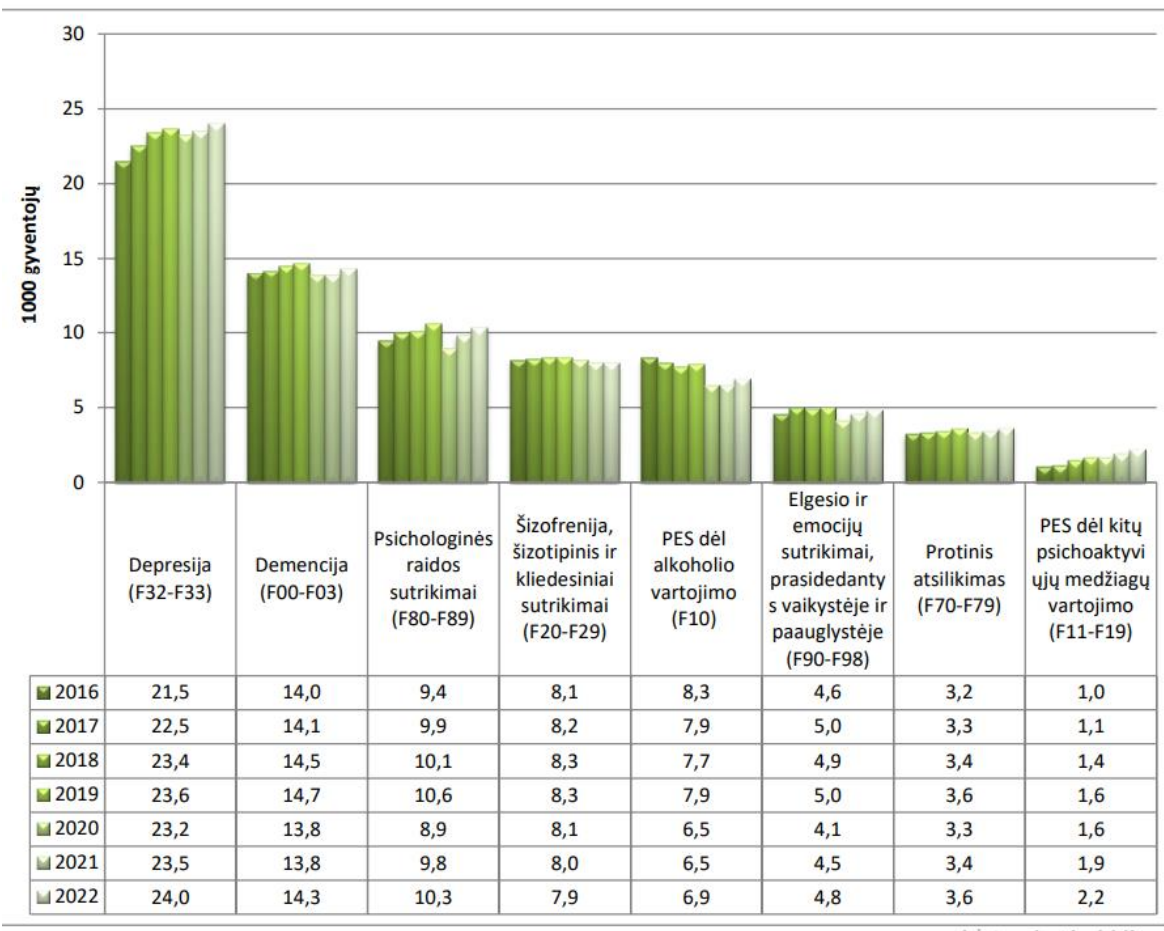
2022 m. metais Lietuvoje 340 562 asmenims buvo diagnozuotas bent vienas PES (tiek turinčių sutrikimų buvo užfiksuota PSDF IS), t. y. 1 iš 8 Lietuvos gyventojų, tačiau tikėtina, kad tikrasis šių sutrikimų mastas yra didesnis. PES neretai stigmatizuojami, todėl gali būti vengiama kreiptis į specialistus, susiduriama su tuo, kad kai kurie gydytojai nenurodo PES, jei jis yra nežymus, tam, kad šį diagnozę neturėtų neigiamos įtakos asmens visuomeniniam gyvenimui ateityje. Ligtumas PES kasmet didėjo (nuo 93,9 asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, tenkančių 1 000 Lietuvos gyventojų, 2016 m. iki 120,3 asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, tenkančių 1 000 gyventojų, 2022 m.) (1 pav.).

2020–2022 m. moterų ligtumas PES didesnis nei vyrų apie 1,6 karto. Nuo 2016 m. augęs vyrų PES ligotumo rodiklis 2020–2021 m. sumažėjo – tai galėjo būti sąlygota COVID–19 pandemijos sukulto sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sumažėjimo (mažiau asmenų kreipėsi į gydymo įstaigas), tačiau įdomu tai, kad, nepaisant šios užkrečiamosios ligos protrūkio, moterų ligotumo dėl psichikos ir elgesio sutrikimų rodiklis nuosekliai didėjo (1 pav.)



1 pav. Ligtumas (1 000 gyv.) psichikos ir elgesio sutrikimais (TLK-10-AM F00-F99) pagal lytį Lietuvoje 2016–2022 m. [2]

2016–2022 m. tarp visų Lietuvos gyventojams nustatytų PES, dažniausiai nustatoma depresija (TLK-10-AM kodai – F32 ir F33). Depresijos ligotumo rodiklis visą minėtąjį laikotarpį nežymiai didėjo ir 2022 m. siekė 24/1 000 gyv. (2 pav.).

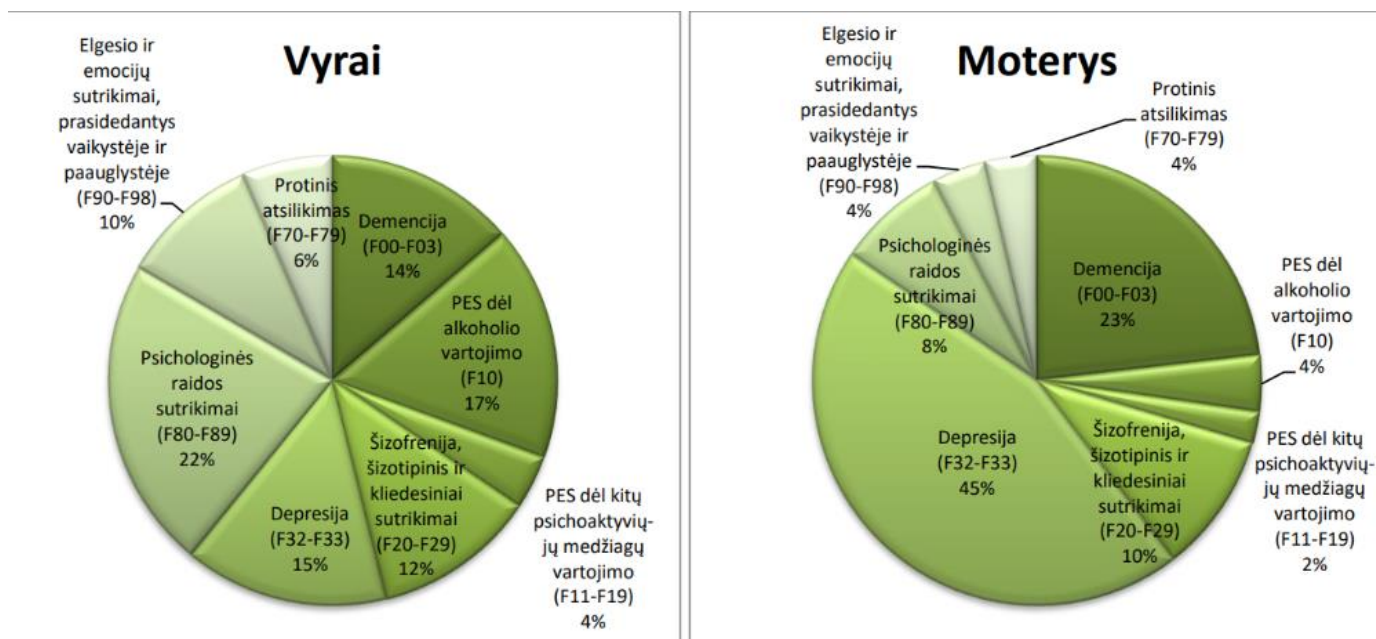


2 pav. Ligtumas (1 000 gyv.) psichikos ir elgesio sutrikimais (TLK-10-AM F00-F99) pagal sutrikimus Lietuvoje 2016–2022 m. [2]

Demencija 2016–2022 m. buvo nustatoma 14 asmenų iš 1 000 gyventojų, o psichologinės raidos sutrikimai bei šizofrenija, šizotipiniai sutrikimai, kliesesiniai sutrikimai – 8 iš 1 000 gyventojų. Elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje, 2016–2022 m. nustatyti panašiai Lietuvos gyventojų daliai, kaip ir šizofrenija (F20) – 5 asmenims iš 1 000 gyventojų (2 pav.).

Pastebima, kad Europos regione per pandemiją kiek sumažėjo alkoholio, tačiau padidėjo narkotikų vartojimas.⁶ Šie vartojimo įpročių pasikeitimai galėjo turėti įtakos ligotumo rodiklių dydžiams Lietuvoje: PES dėl alkoholio vartojimo nežymiai mažėjo nuo 2020 m. (tai galėjo būti sąlygota ne tik sumažėjusio apsilankymų pas specialistus skaičiaus, bet ir pasikeitusio alkoholio vartojimo), o ligotumas PES dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (opioidų, kanapių, raminamųjų ir migdomųjų medžiagų, kokaino, haliucinogenų ir kt. medžiagų) iki 2022 m. palaipsniui didėjo (2 pav.).

Skirtumai tarp moterų ir vyrų pastebimi nagrinėjant ne tik PES ligotumo rodiklius, bet ir detalizuojant 2022 m. turinčių PES skaičius pagal skirtingus sutrikimus. 2022 m. iš dažniausiai Lietuvoje nustatomų PES, depresija PSDF IS buvo užregistruota 45 proc.* moterų bei 15 proc.* vyrų (3 kartus mažiau). Demencija užregistruota 23 proc.* moterų bei 14 proc.* vyrų (1,6 karto mažiau) (3 pav.).



3 pav. Sergančių asmenų dalis atrinktais psichikos ir elgesio sutrikimais Lietuvoje 2022 m. pagal lytį (proc.) [2]

2022 m. vyrams dažniau nei moterims buvo diagnozuoti psichologinės raidos sutrikimai (2,8 karto), elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje (2,5 karto), psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo (4,3 karto) (3 pav.).

1 lentelė. Ligtumas (1 000 gyv.) psichikos ir elgesio sutrikimais (TLK-10-AM F00-F99) pagal sutrikimus ir amžiaus grupes Lietuvoje 2022 m. [2]

Psichikos sveikatos sutrikimas	Rodiklis	Amžius			
		0-17 m.	18-44 m.	45-64 m.	65+ m.
Demencija (F00-F03)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	13	467	2875	36997
	Ligtumas 1 000 gyv.	0,03	0,5	3,5	65,4
PES dėl alkoholio vartojimo (F10)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	118	7937	9315	2199
	Ligtumas 1 000 gyv.	0,2	8,5	11,3	3,9
PES dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (F11-F19)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	233	2683	1398	1847
	Ligtumas 1 000 gyv.	0,5	2,9	1,7	3,3
Šizofrenija, šizotipinis ir kliesesiniai sutrikimai (F20-F29)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	207	7594	9588	5096
	Ligtumas 1 000 gyv.	0,4	8,1	11,6	9
Depresija (F32-F33)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	1374	12136	26395	27973
	Ligtumas 1 000 gyv.	2,7	13	31,9	49,4
Protinis atsilikimas (F70-F79)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	1685	5663	2334	541
	Ligtumas 1 000 gyv.	3,4	6,1	2,8	1
Psichologinės raidos sutrikimai (F80-F89)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	28441	751	27	21
	Ligtumas 1 000 gyv.	56,6	0,8	0,03	0,04
Elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje (F90-F98)	Turinčių sutrikimą asmenų skč.	12236	981	172	126
	Ligtumas 1 000 gyv.	24,4	1,1	0,2	0,2

Didžiausi ligotumo demencija ir depresija rodikliai 2022 m. buvo 65 m. ir vyresnių asmenų amžiaus grupėje (65,4 asmenys, kuriems nustatyta demencija/1 000 gyv. ir 49,4 asmenys, kuriems nustatyta depresija/1 000 gyv.). PES dėl alkoholio vartojimo, kaip ir šizofrenija, šizotipiniai bei kliesesiniai sutrikimai, dažniau buvo nustatyti 45–64 m. amžiaus grupėje (atitinkamai 11,3 ir 11,6 sutrikimą turinčių asmenų/1 000 gyv.) (1 lentelė).

Psichologinės raidos sutrikimai 2022 m. buvo nustatyti 56,6 vaikams/1 000 vaikų, o elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje – 24,4 vaikams/1 000 vaikų. Protinis atsilikimas 2022 m. dažniau nustatytas 18–44 m. amžiaus grupėje, nei vaikystėje (6,1/1 000 gyv.). PES dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo 18–44 m. amžiaus grupėje bei 65 m. ir vyresnių asmenų amžiaus grupėje diagnozuotas panašiai daliai asmenų (atitinkamai 2,9/1 000 gyv. ir 3,3/1 000 gyv.) (1 lentelė).

6. LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS GERINIMO GALIMYBĖS

Esamos sistemos tobulinimo poreikis

Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“ (toliau – Strategija) psichikos sveikata įtvirtinta kaip vienas iš sveikatos politikos prioritetų šalyje [56]. Strategijoje nustatytos visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo, prevencijos, gydymo ir reabilitacijos kryptys, siekiant suderinti šalies politiką su Europos Sąjungos gairėmis. Vertinant Strategijos įgyvendinimą, pažymėta, kad ne visos priemonės buvo realizuotos dėl finansinių ar administracinių kliūčių. Didžiausias dėmesys skirtas savižudybių prevencijai, priklausomybių mažinimui bei bendruomeninių paslaugų plėtrai. Tačiau iki šiol trūksta aiškių rodiklių įgyvendinimo terminų, daugelis jų – abstraktūs, o vertinimui būtini kompleksiniai daugiasektoriniai tyrimai. Psichikos sutrikimų paplitimas Lietuvoje didėja – nuo 55,6 atv./1000 gyv. 2007 m. iki 72,6 atv./1000 gyv. 2015 m. Strategija taip pat numato vertinti finansavimo pokyčius, deinstitutionalizacijos pažangą, paslaugų plėtrą bendruomenėje, vaikų psichikos sveikatos būklę bei savižudybių skaičių. Nepaisant pozityvių pokyčių – mažėjusių hospitalizacijų trukmės, augusio paslaugų prieinamumo – Lietuvoje vis dar trūksta sisteminės analizės, grįstos standartizuotais rodikliais ir aiškiai reglamentuotomis vertinimo priemonėmis. Tuo tarpu daugelyje ES šalių psichikos sveikatos stebėsenos sistemos remiasi aiškiai įteisintomis priemonėmis, integruotomis į nacionalines gaires (pvz., GAD-7, PHQ-9, WHO-5), kurios Lietuvoje taikomos fragmentiškai arba netaikomos visai. Reikia pripažinti, kad nors ir ne visos tarpinstitucinės programos ar veiksmų planai buvo nuosekliai įgyvendinti dėl finansinių šalies galimybių ar politinės valios stokos, didesnis dėmesys pastaraisiais metais buvo skirtas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo mažinimui, priklausomybių ligų bei savižudybių prevencijai. Ataskaitoje pateikiama informacija apie 2007-2016 m. pasiektą pažangą, įgyvendinant 13 Strategijos vertinimo kriterijų, kuriems nėra nustatyti pasiekimo terminai. Kai kurie kriterijai yra abstraktūs, todėl jų vertinimui reikalingos išsamios ir daugiasektorinės studijos.

Strategijos 1 vertinimo kriterijus – teigiama visuomenės psichikos sveikatos rodiklių dinamika.

Strategijos 2 vertinimo kriterijus – valstybinės programos, skirtos šios strategijos nuostatomis įgyvendinti, įgyvendinime dalyvaujančių sektorių ir institucijų skaičius bei skirtos lėšos.

Strategijos 3 vertinimo kriterijus – psichikos sveikatos stiprinimui, psichikos sveikatos sutrikimų prevencijai, gydymui ir reabilitacijai skiriamų lėšų dinamika šalies mastu ir regionuose bei šių lėšų santykinio dydžio dinamika sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriaus finansavimo struktūroje.

Strategijos 4 vertinimo kriterijus – psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra bendruomenėje.

Strategijos 5 vertinimo kriterijus – teigiama vaikų psichikos sveikatos rodiklių dinamika epidemiologinių tyrimų duomenimis.

Strategijos 6 vertinimo kriterijus – teigiama vaikams ir paaugliams bei jų tėvams teikiamų prevencinių, ambulatorinių, dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų plėtros rodiklių dinamika.

Strategijos 7 kriterijus – savivaldybėse ir šalies mastu vykdomų tęstinių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programų skaičius ir šioms programoms vykdyti skirtos lėšos bei jų judėjimas.

Strategijos 8 vertinimo kriterijus – hospitalizacijos psichiatrijos ligoninėse vidutinės trukmės sumažėjimas iki 25 dienų ir 10 vertinimo kriterijus – bendruomenėse teikiamų paslaugų prieinamumo pagerėjimas, 25 proc. padidinant vietų skaičių dienos stacionaruose ir dienos centruose.

Strategijos 9 vertinimo kriterijus – lovų skaičiaus sumažėjimas psichiatrijos stacionaruose 15 proc.

Strategijos 11 vertinimo kriterijus – teigiama deinstitutionalizacijos procesų, apimančių vaikus ir suaugusiuosius, turinčius psichikos sutrikimų bei rizikos veiksnių, kaita.

Strategijos 12 vertinimo kriterijus – savižudybių skaičiaus sumažėjimas iki 30 atvejų / 100 000 gyventojų.

Strategijos 13 vertinimo kriterijus – alkoholinių psichozių skaičiaus stabilizavimas.

Lietuva per pastarąjį dešimtmetį nemažai pasiekė gerindama asmens psichikos sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę: įsteigtas psichikos sveikatos centrų tinklas, užtikrinantis nestacionarių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą savivaldybėse, veikia psichiatrijos skyriai bendro profilio ligoninėse, plėtojamose psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, steigiami dienos stacionarai, krizių intervencijos, diferencijuoti kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai. Visuose psichiatrijos stacionaruose (ypač dienos stacionaruose) ir nemažoje dalyje psichikos sveikatos centrų teikiamos kompleksinės paslaugos apimančios ne tik medikamentinį gydymą bet ir psichologinę ar psichoterapinę bei socialinę pagalbą, dailės, muzikos, užimtumo, judesio ir kt. terapijos rūšis [57].

Nors ir Lietuvoje per pastarąjį dešimtmetį psichikos sveikatos stebėsenai skiriama vis daugiau dėmesio, tačiau situaciją galima palyginti su ledkalniu, kur matoma dalis neatspindi visos problemos gilumo. Teisės aktai reglamentuoja psichikos sveikatos stebėsenos sistemą ir užtikrina finansavimą ambulatorinėms psichikos sveikatos paslaugoms, o jų prieinamumas yra nuolat plečiamas. Tai yra svarbus pasiekimas, kurį galima laikyti ledkalnio viršūne. Matomas dėmesys šiai sričiai atspindi finansavime, įdiegtose priemonėse ir įstatyminėje bazėje, kuri remia paslaugų plėtrą ir prieinamumą. Tačiau giliau slypi sudėtingesni klausimai, kuriems kol kas skiriama nepakankamai dėmesio. Šie „po vandeniu“ esantys aspektai apima ne tik tai, kaip efektyviai yra teikiamos paslaugos, bet ir tai, kaip išsamiai ir jautriai vertinama individuali psichikos sveikatos būklė. Čia ypač svarbūs anksčiau minėti

stebėsenos rodikliai, tokie kaip SRQ-20, K10 ir K6, GDS, CSDD, GHQ-12, BDI, CIS-R ir kt. Šie įrankiai leidžia giliau suprasti, kaip žmonės jaučiasi, su kokiais emociniais, kognityviniais ar elgesio iššūkiais jie susiduria, ir kaip tai kinta per laiką. Deja, šie jautrūs ir detalią informaciją teikiantys rodikliai dar nėra pakankamai integruoti į psichikos sveikatos stebėsenos sistemą. Daugelyje sveikatos priežiūros įstaigų jie nėra naudojami reguliariai, todėl prarandama galimybė visapusiškai įvertinti psichikos sveikatos problemas ir jų poveikį žmonių gyvenimo kokybei. Be to, šie rodikliai galėtų būti veiksmingi ir svarbūs atspindėti psichikos sveikatos stebėsenos vertinimą ilgalaikėje perspektyvoje skirtingose amžiaus grupėse, tačiau kol kas jie nėra pakankamai įtraukti į sprendimų priėmimo procesą.

TYRIMO METODOLOGIJA

Tiriamoji populiacija ir imties dydis

Tyrimo imtis buvo formuojama taikant tikslingą (tikslinę) atranką, orientuojantis į valstybinėse ir savivaldybių institucijose dirbantčius psichikos sveikatos politikos formuotojus ir įgyvendintojus; visuomenės sveikatos biurų, psichikos sveikatos centrų ir kitų sveikatos priežiūros įstaigų specialistus. Į imtį nebuvo įtraukiami atsitiktiniai respondentai ar tie darbuotojai, kurie institucijose dirba su kitomis, netiesiogiai susijusiomis sritimis. Apklausa buvo išsiųsta visiems identifikuotiems ir tyrimo kriterijus atitinkantiems specialistams, o galutinė gautų atsakymų imtis sudarė 106 respondentų.

Tyrimo instrumentas

Buvo sukurtas originalus autorinis klausimynas naudojant „Google forms“ platformą. Klausimynas parengtas atsižvelgiant į aktualią mokslinę literatūrą, Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas dėl psichikos sveikatos rodiklių stebėsenos, bei nacionalinius dokumentus. Klausimyne pateikta 16 klausimų, kuriuose įeina klausimai apie demografinius duomenis, profesinę patirtį ir darbo pobūdį, psichikos sveikatos stebėsenos rodiklius ir priemonių taikymą. Be struktūrinių klausimų, buvo pateikti ir atviri klausimai (14 klausimas), siekiant gauti kokybinio pobūdžio atsakymus apie respondentų nuomonę dėl papildomų rodiklių, kurie galėtų pagerinti visuomenės psichikos sveikatos stebėseną. Pasirinktas elektroninis būdas, norint apklausti kuo daugiau žmonių iš skirtingų darbo institucijų ir Lietuvos regionų. Tyrimo instrumentas buvo išbandytas bandomajame etape su nedidele respondentų grupe, siekiant įsitikinti klausimų aiškumu bei įgyti grįžtamojo ryšio dėl jų aktualumo ir formuluočių. Gavus pastabas, klausimynas buvo patikslintas.

Tyrimo eiga

Iki 2025 metų vasario mėnesio buvo sukurtas originalus klausimynas, siekiant įvertinti visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos sistemą Lietuvoje. Duomenys pradėti rinkti vasario-kovo mėnesiais. Tyrimo anketa buvo išsiųsta el. paštu per tikslinių institucijų (pvz., Higienos instituto, savivaldybių visuomenės sveikatos biurų, Sveikatos apsaugos ministerijos) oficialius darbo kontaktus, užtikrinant duomenų konfidencialumą ir respondentų anonimiškumą. Taip pat apklausa buvo paskelbta uždaroje specialistams skirtose „Facebook“ grupėse, kuriose bendrauja psichikos sveikatos srityje dirbantys specialistai – psichologai, psichoterapeutai, visuomenės sveikatos specialistai.

Duomenų analizė

Statistinei duomenų analizei buvo naudojami aprašomosios statistikos metodai (dažnių skirstiniai, procentai ir kt.). Duomenys buvo apdoroti su programomis „Microsoft Excel“ ir SPSS 27. Duomenys iš pradžių buvo kategorizuojami į grupes „Microsoft Excel“ programa. Rezultatai išreikšti skaičiais, procentais ir pateikti lentelėse ir diagramose. Statistinio reikšmingumo lygmuo buvo

pasirinktas $\alpha = 0,05$, o gauti rezultatai buvo laikomi statistiškai reikšmingais, kai paklaidos tikimybės reikšmė $p \leq 0,05$.

TYRIMO REZULTATAI

Tiriamųjų aprašymas (Demografiniai duomenys)

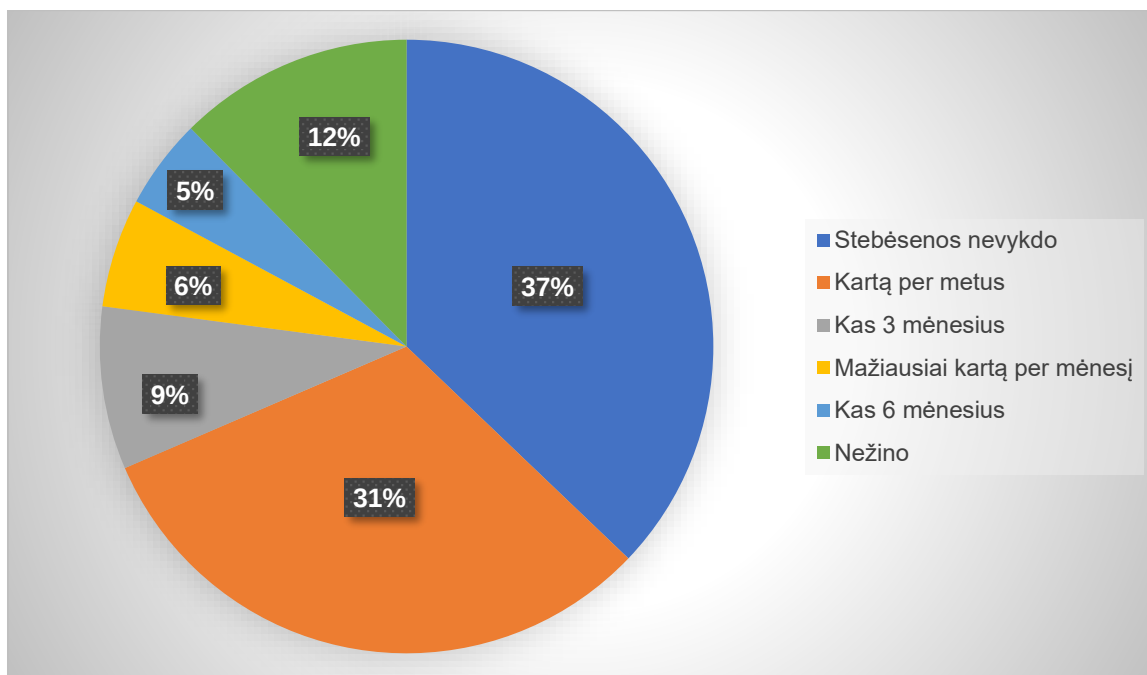
2 lentelė. Tiriamųjų demografiniai duomenys

Kategorija	Grupės	N	%
Lytis	Moteris	87	82,1
	Vyras	19	17,9
Išsilavinimas	Aukštasis	102	96,2
	Aukštesnysis	4	3,8
Amžiaus grupė	23-29 m.	34	32,1
	30-39 m.	37	34,9
	40-49 m.	20	18,9
	50-69m.	15	14,2
Darbo institucija	Sveikatos priežiūros įstaiga	45	42,5
	Visuomenės sveikatos biuras	43	40,6
	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija	3	2,8
	Higienos institutas	7	6,6
	Visuomenės sveikatos centras	2	1,9
	Nevyriausybinių organizacija	6	5,7
Darbo patirtis (metais)	Mažiau nei 1	8	7,5
	1-3	22	20,8
	4-5	16	15,1
	6-10	25	23,6
	Daugiau nei 10	35	33
Darbo patirties visuomenės psichikos sveikatos stebėsenoje (metais)	Neturi patirties	68	64,2
	Iki 1	5	4,7
	1-3	13	12,3
	4-5	8	7,5
	6-10	8	7,5
	Daugiau nei 10	4	3,8

Tyrime dalyvavo 106 respondentai. Didžioji dauguma jų buvo moterys – 82 proc., vyrų – 18 proc. Net 96 proc. tiriamųjų turėjo aukštąjį išsilavinimą, todėl lyginamoji analizė pagal šį požymį nebuvo atliekama. Beveik pusė respondentų dirbo sveikatos priežiūros įstaigose (45 proc.), 43 proc. – visuomenės sveikatos biuruose, 18 proc. sudarė tiriamieji dirbantys Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje, Higienos institute, Visuomenės sveikatos centruose ir Nevyriausybiniuose organizacijose. Dauguma respondentų (42,5 proc.) nurodė, kad jų veikla susijusi su asmens sveikatos priežiūra. Antroje vietoje pagal dažnumą buvo visuomenės sveikatos stiprinimo sritis, kurią nurodė 31,1 proc. apklaustųjų. Kiek mažesnę dalį sudarė respondentai, dirbantys administravimo ir organizavimo (11,3 proc.) bei duomenų rinkimo ir analizės (7,5 proc.) srityse. Santykinai mažiausiai

respondentų nurodė, kad jų veikla susijusi su strateginiu valdymu (5,7 proc.) arba moksliniais tyrimais (1,9 proc.).

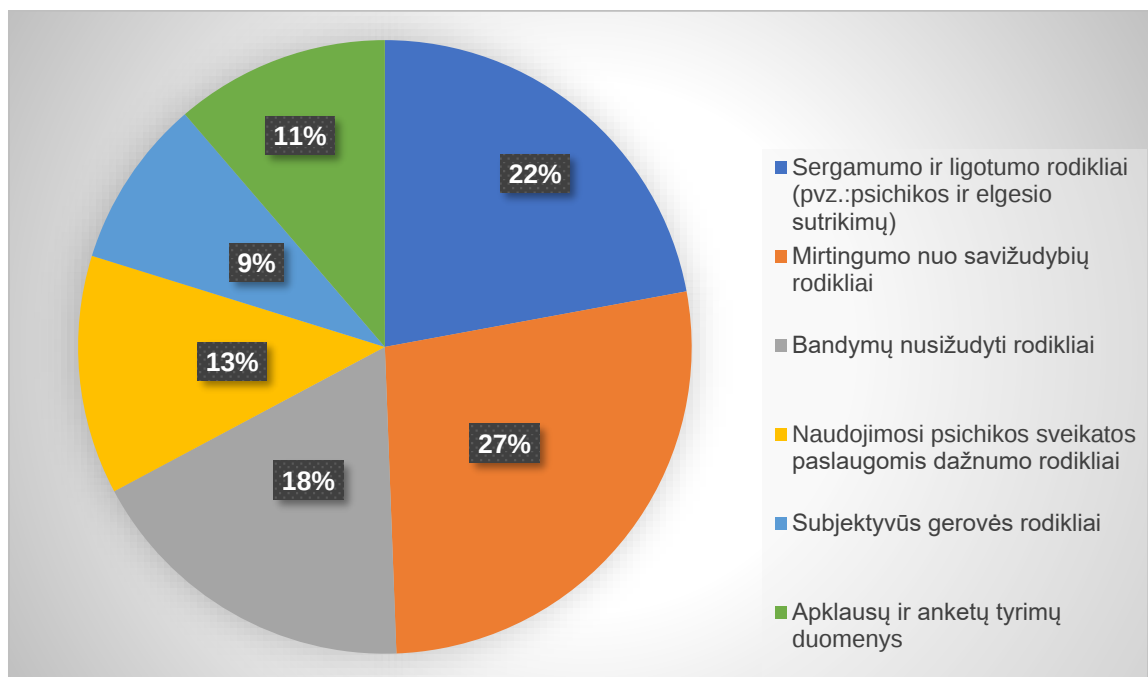
Rezultatai rodo, kad 37 proc. respondentų darbo įmonėse nėra vykdoma psichikos sveikatos stebėseną. Kita vertus iš 63 procentų vykdančiųjų stebėseną, dauguma (31 proc.) vykdo kartą per metus, kas 3 mėnesius – 9 proc., kas 6 mėnesius – 5 proc., mažiausiai kartą per mėnesį – 6 proc., o nežino – 12 procentų tiriamųjų.



4 pav. Psichikos sveikatos stebėsenos dažnumas

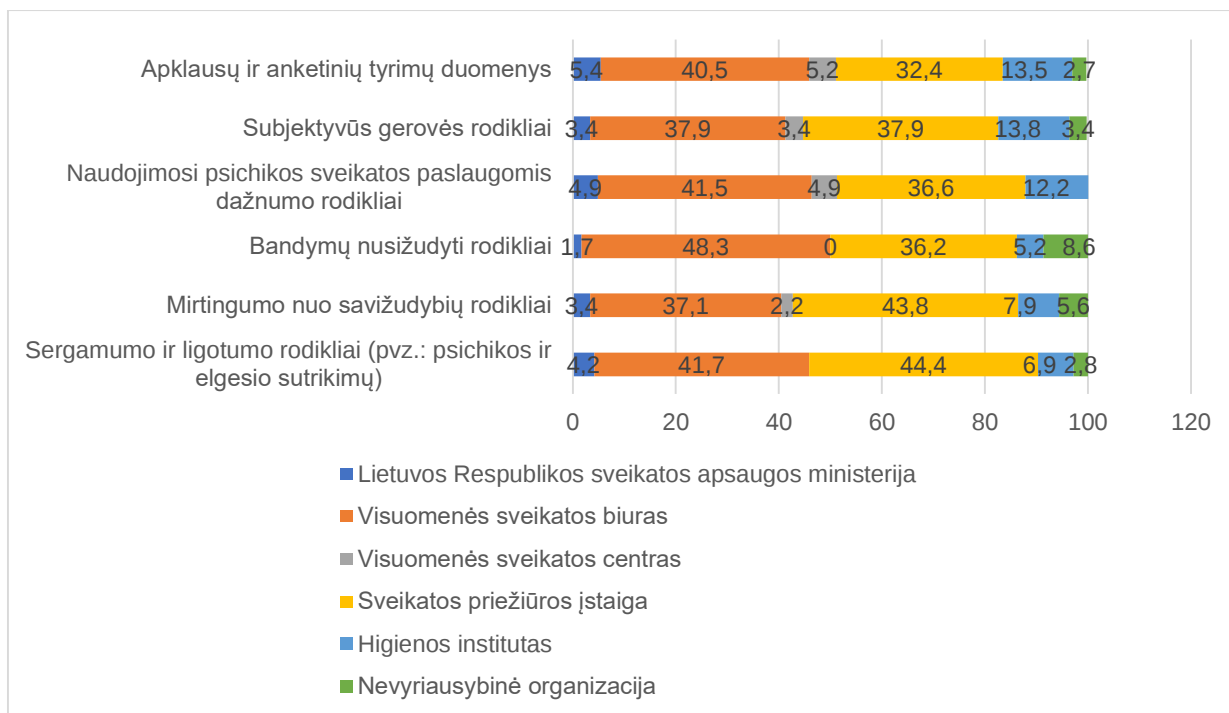
PAGRINDINIAI LIETUVOJE NAUDOJAMI PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENOS RODIKLIAI

Apklausus tiriamųjų kokie jiems yra žinomi pagrindiniai Lietuvoje naudojami psichikos sveikatos stebėsenos rodikliai, paaiškėjo, kad 27 proc. pasirinko sergamumo ir ligotumo rodiklius (pvz.: psichikos ir elgesio sutrikimų), 22 proc. pasirinko mirtingumo nuo savižudybių rodiklius, kiek mažiau – 18 proc. pažymėjo bandymų nusižudyti rodiklius, o mažiausiai (9 proc.) surinko subjektyvūs gerovės rodikliai.



5 pav. Pagrindiniai Lietuvoje naudojami psichikos sveikatos stebėsenos rodikliai

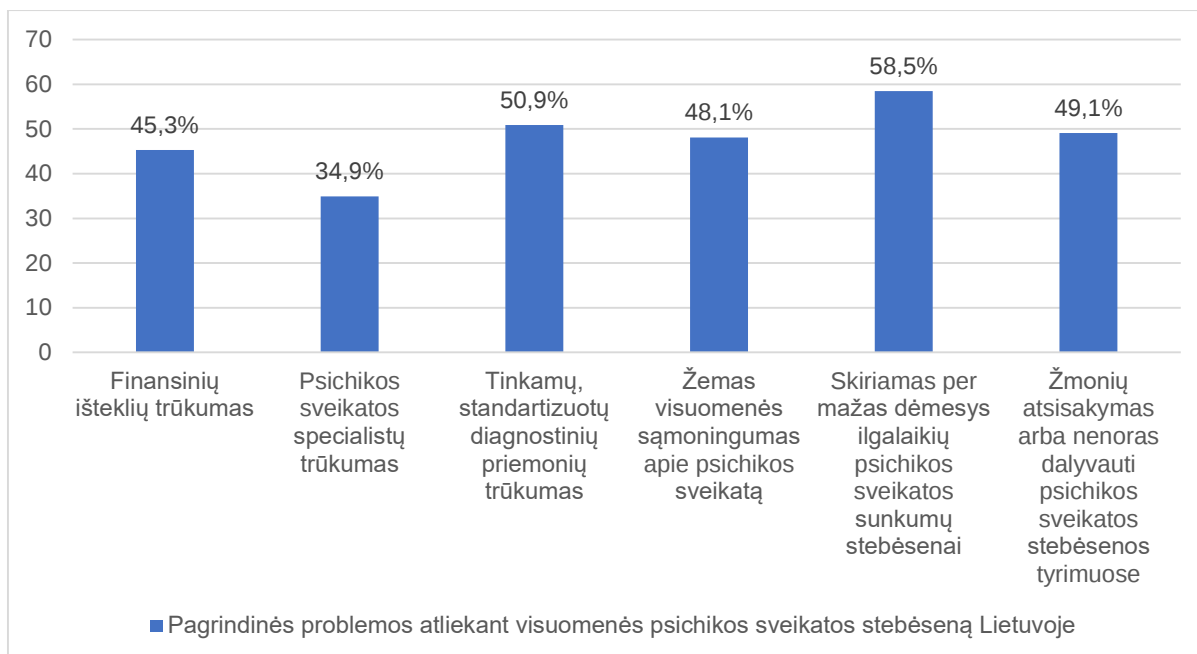
Analizuojant skirtingų institucijų atstovų atsakymus apie tai, kokie rodikliai, jų manymu yra naudojami psichikos sveikatos stebėsenai Lietuvoje, paaiškėjo, kad kai kurių rodiklių nurodymo dažnis reikšmingai skyrėsi tarp institucijų. Statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas vertinant naudojimosi psichikos sveikatos paslaugomis dažnumo rodiklius ($X^2 = 11,667$, $p = 0,040$) bei apklausų ir anketinių tyrimų duomenis ($X^2 = 11,394$, $p = 0,044$). Šie rezultatai gali atspindėti institucijų veiklos specifiką ar skirtingą informuotumo lygį apie naudojamus rodiklius. Kitų rodiklių atveju statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta. Bandymų nusižudyti rodikliai tarp institucijų ($p=0,135$), mirtingumo nuo savižudybių rodikliai ($p=0,507$), sergamumo ir ligotumo rodikliai ($p=0,990$) buvo nurodomi panašiu dažniu nepriklausomai nuo institucijos, o tai leidžia daryti prielaidą, kad šie rodikliai yra universaliai atpažįstami ir laikomi svarbiais visų institucijų specialistų. (žr. 6 pav.)



6 pav. Specialistų nuomonė apie dažniausiai renkamus psichikos sveikatos rodiklius Lietuvoje

PROBLEMOS, SU KURIOMIS SUSIDURIAMA VYKDANT PSICHIKOS SVEIKATOS STEBĖSENĄ

Didžiausia dalis respondentų (58,5 proc.) nurodė, kad viena pagrindinių problemų, kuri iškyla atliekant visuomenės psichikos sveikatos stebėseną yra per mažas dėmesys ilgalaikių psichikos sveikatos sunkumų stebėsenai. Tai rodo, kad stebėsenos procesas neretai apsiriboja trumpalaikiais ar paviršutiniškais vertinimais, o giluminės, lėtinės problemos lieka nuošalyje. Šiek tiek mažiau (50,9 proc.) tiriamųjų pažymėjo, kad trūksta tinkamų standartizuotų diagnostinių priemonių. Taip pat asmenys išskyrė žmonių atsisakymą ar nenorą dalyvauti psichikos sveikatos stebėsenos tyrimuose (49,1 proc.), žemą visuomenės sąmoningumą apie psichikos sveikatą (48,1 proc.), finansinių išteklių trūkumą (45,3 proc.) ir psichikos sveikatos specialistų trūkumą (34,9 proc.) (žr. 7 pav.)



7 pav. Pagrindinės problemos atliekant visuomenės psichikos sveikatos stebėseną Lietuvoje

GALIMI PAPILDOMI RODIKLIAI IR TOBULINIMO KRYPTYS PAGAL SPECIALISTŲ ĮŽVALGAS

3 lentelė. Specialistų siūlomos papildomos psichikos sveikatos stebėsenos sritys ir rodikliai

Kategorija	Subkategorija	Citata
Subjektyvios gerovės rodikliai	Pasitenkinimas gyvenimu	1. „Reikia dažniau įtraukti gyvenimo kokybės aspektus, apklausas apie gyventojų pasitenkinimą gyvenimu“ 2. „Verta įtraukti į stebėseną depresijos, nerimo simptomatiką, pasitenkinimą gyvenimu, rodiklius nurodančius apie socialinę izoliaciją“ 3. „Reikėtų dažniau atlikti gyventojų apklausas apie jų psichikos sveikatą, ypač didelį dėmesį skirti paauglių psichikos sveikatos stebėsenai (atlikti subjektyvius gerovės testus mokyklose)“ 4. „Subjektyvios psichologinės gerovės rodiklių stebėseną per mokyklas, universitetus ir darbovietes“

Moterų psichikos sveikatos stebėsena	Pogimdyvinės depresijos stebėsena	1. „Reikia įtraukti dažniau moterų pogimdyvinės depresijos stebėjimą“ 2. „Manau, kad būtų prasminga atidžiau stebėti tam tikras pažeidžiamas grupes, pvz., neseniai pagimdžiusias moteris“ 3. „Stebėti pagimdžiusių moterų psichologinę būklę“ 4. „Nėščiųjų ir neseniai pagimdžiusių moterų psichikos sveikatos stebėsena“ 5. „Nėščiųjų ir neseniai pagimdžiusių moterų psichikos sveikatos statistika“
Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stebėsena	Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stebėsena	1. „Reikėtų dažniau atlikti gyventojų apklausas apie jų psichikos sveikatą, ypač didelį dėmesį skirti paauglių psichikos sveikatos stebėsenai (atlikti subjektyvius gerovės testus mokyklose)“ 2. „Vaikų ir paauglių emocines problemas (dažniau pateikti ar net padaryti privalomus stebėsenos klausimynus kaip jie jaučiasi ne tik mokykloje, bet ir už jos ribų, ypatingai namuose)“ 3. Vaikystės traumų stebėsena 4. Specializuotos jaunimo (ypač paauglių) apklausos apie psichikos sveikatą. 5. Dažniau atlikti smurto ir patyčių stebėseną, ypač aktualu apklausti vaikus mokyklose, kaip jie jaučiasi ne tik mokykloje, bet ir namų aplinkoje 6. Reikėtų įtraukti vaikų ir paauglių gebėjimo valdyti stresą ir nerimą rodiklius 7. Vaikų ir paauglių laiko praleidžiamo socialiniuose tinkluose rodiklis 8. Dažniau stebėti pažeidžiamąsias grupes (vaikus, paauglius, nėščiąsias bei neseniai pagimdžiusias, senjorus, neįgalius asmenis, žmones sergančius lėtinėmis ligomis) atliekant psichologinės gerovės, nerimo, depresijos klausimynus, kad galima būtų anksti nustatyti ligos atsiradimą ir imtis prevencinių priemonių 9. Vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos rodikliai, rizikos elgesio rodikliai.

Senjorų psichikos sveikatos stebėseną	Senjorų psichikos sveikatos stebėseną	1. „Reikėtų dažniau stebėti senjorų psichikos sveikatą, nes tam yra skiriama per mažai dėmesio“ 2. „Dažniau stebėti pažeidžiamąsias grupes (vaikus, paauglius, nėsčiusias bei neseniai pagimdžiusias, senjorus, neįgalius asmenis, žmones sergančius lėtinėmis ligomis) atliekant psichologinės gerovės, nerimo, depresijos klausimynus, kad galima būtų anksti nustatyti ligos atsiradimą ir imtis prevencinių priemonių“
Pažeidžiamų grupių asmenų psichikos sveikatos stebėseną	Negalių ir lėtinėmis ligomis sergančių asmenų psichikos sveikatos stebėseną	1. „Daugiau dėmesio skirti žmonėms su negalia, naudojant subjektyvius gerovės klausimynus, nerimo ir depresijos skales“ 2. „Dažniau stebėti pažeidžiamąsias grupes (vaikus, paauglius, nėsčiusias bei neseniai pagimdžiusias, senjorus, neįgalius asmenis, žmones sergančius lėtinėmis ligomis) atliekant psichologinės gerovės, nerimo, depresijos klausimynus, kad galima būtų anksti nustatyti ligos atsiradimą ir imtis prevencinių priemonių“
Psichikos sveikatos stebėseną	Psichikos sveikatos stebėsenos priemonės	1. „ADOS“ 2. „FLII-11“ 3. „WMH-CIDI“ 4. „BRS“ 5. „MAAS“ 6. „FFMQ“ 7. „SSEIT“ 8. „WLEIS“ 9. „FFMQ“ 10. „CMM“ 11. „SDQ“ 12. „Apmokant MOCA daugiau specialistų kitose srityse“ 13. „Mano nuomone reikėtų dažniau naudoti praktikoje k10 distreso skalę. K10 skalę naudingiausia įtraukti į pirminę sveikatos priežiūrą, darbuotojų sveikatos stebėseną, visuomenės sveikatos tyrimus. Tai padėtų ne tik anksti atpažinti psichikos sveikatos problemas, bet ir pagerintų psichikos sveikatos stebėseną Lietuvoje“ 14. „Reikėtų įtraukti MBI perdegimo skalę sveikatos priežiūros įstaigose, apklausiant darbuotojus (bet galima taikyti visose darbovietėse)“

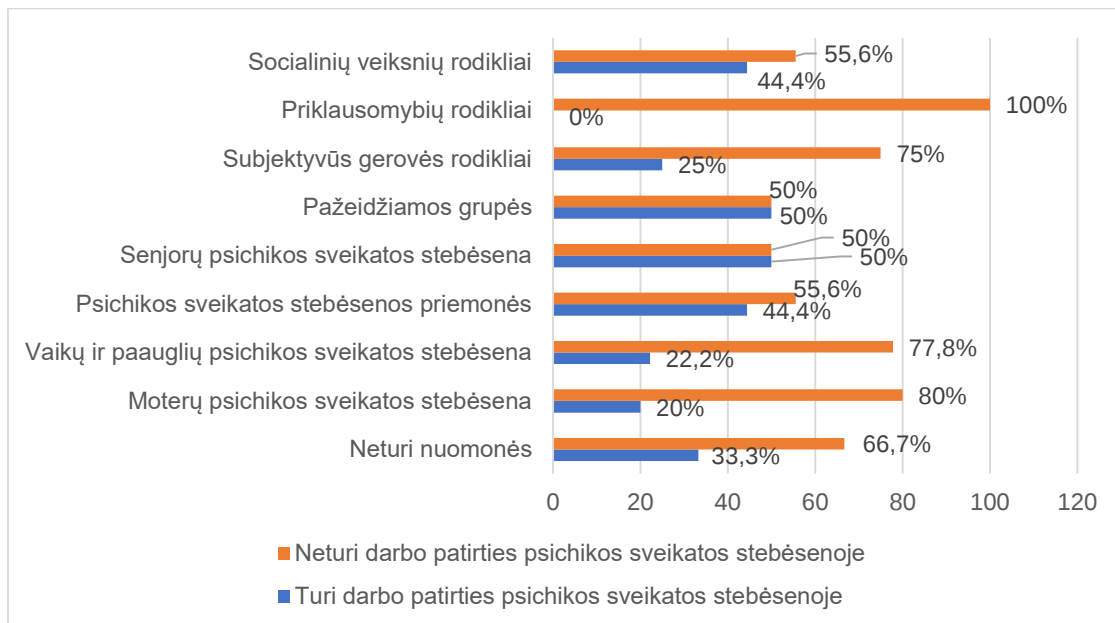
		15. „Manau, kad reikia įtraukti RSCA skalę. Šią skalę turėtų taikyti psichologai, psichiatrai, socialiniai darbuotojai ir mokyklų psichologai, dirbantys su vaikais ir paaugliais. Pritaikyti ją galima individualiai arba grupėse.“
	Psichologiniai atsparumo rodikliai	1. „Reikėtų įtraukti sąmoningumo, emocinio intelekto, psichologinio atsparumo rodiklius“ 2. „Gerovės, psichologinio atsparumo, apsaugančių veiksnių vertinimas, nepriklausomai nuo sutrikimo (ne)buvimo.“ 3. „Emocinės gerovės, atsparumo stresui rodiklius“ 4. „Streso lygio rodikliai“ 5. „Reikėtų įtraukti sąmoningumo rodiklius, skirtingoms amžiaus grupėms“ 6. „Emocinio intelekto rodikliai“
	Psichikos sveikatos švietimas ir prevencija	1. „Daugiau kalbėti apie psichikos sveikatą mokyklose, suteikti galimybę pasidaryti testus, jei yra poreikis“ 2. „Daugiau kalbėti apie pozityvų kūno vaizdą mokyklose“ 3. „Įtraukti specializuotas jaunimo (ypač paauglių) apklausas apie psichikos sveikatą“ 4. „Jaunimo švietimas mokyklose apie psichikos ir elgesio ligų prevenciją“
	Psichikos sveikatos duomenų rinkimas	1. „Privalomai atlikti apklausas apie emocinę gerovę sveikatos priežiūros įstaigose“ 2. „Atlikti populiacinius tyrimus“
	Depresija ir nerimas	1. „Depresijos ir nerimo sutrikimų paplitimo rodiklis“. 2. „Suicidinių minčių paplitimo ir pasitenkinimo gyvenimu rodikliai“ 3. „Pacientų, patiriančių pirmuosius depresijos ar nerimo simptomus, skaičius“

	Nedarbo rodikliai dėl psichikos sveikatos sunkumų	1. „Kiek nedarbingumo dienų yra praleidžiama dėl psichikos sveikatos problemų“
	Lankymasis pas specialistus	1. „Lankymosi pas privačią praktiką užsiimančius psichikos sveikatos specialistus (psichologus, psichoterapeutus ir pan.) dažnumo rodiklį“
	Vaistų pardavimo rodikliai	1. „Skirtingų vaistinių preparatų (skirtų psichikos sveikatos ligoms gydyti) pardavimų rodikliai“ 2. „Antidepresantų vartojimo rodikliai“
	Valgymo sutrikimai	1. „Valgymo sutrikimai (pvz., anoreksija, bulimija, persivalgymo sutrikimas)“
	Miego rodikliai	1. „Nemigos ir miego kokybės rodikliai“
	Asmenybės sutrikimai	1. „Atidžiau stebėti asmenybės sutrikimus“
Socialiniai veiksniai	Socialiniai ryšiai	1. „Socialinės gerovės rodiklius įtraukti“ 2. „Šeimos narių elgseną bei artimos aplinkos stebėseną“ 3. „Vieništumo indeksas“ 4. „Nedarbo rodikliai“
	Stigma ir diskriminacija	1. „Stigmos indeksą įtraukti“ 2. „Įtraukti stigmos klausimynus“

		3. „Stebėti stigmatizavimo ir diskriminacijos indeksą“ 4. „Stigmos ir pagalbos ieškojimo kliūčių indeksas“
	Smurtas ir patyčios	1. „Dažniau atlikti smurto ir patyčių stebėseną, ypač aktualu apklausti vaikus mokyklose, kaip jie jaučiasi ne tik mokykloje, bet ir namų aplinkoje“
Priklausomybės	Alkoholis, tabakas, narkotikai ir kitos priklausomybės	1. „Narkotikų įtaka“ 2. „Įvairių priklausomybių indeksą“ 3. „Alkoholio ir tabako suvartojimo dažnumą“

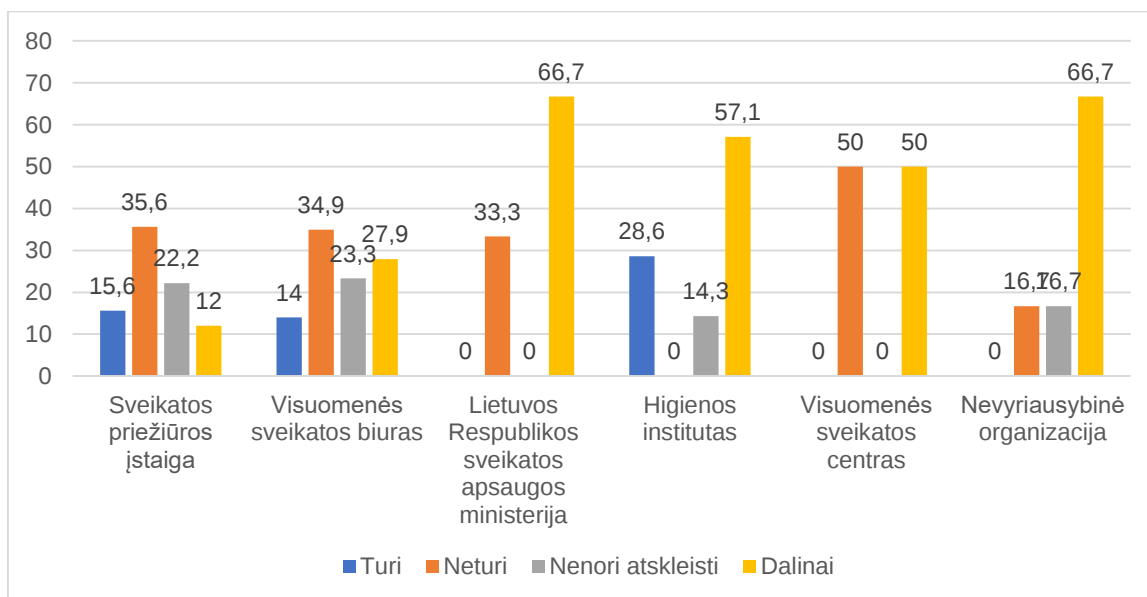
Respondentai išskyrė keletą sričių, kuriose, jų nuomone, reikėtų plėsti psichikos sveikatos stebėseną. Viena dažniausiai minimų – subjektyvios gerovės vertinimas, apimantis pasitenkinimą gyvenimu, depresijos ir nerimo simptomatiką bei socialinę izoliaciją. Specialistai siūlė dažniau atlikti apklausus įvairiose aplinkose – mokyklose, universitetuose, darbovietėse. Taip pat išryškėjo poreikis kryptingai stebėti pažeidžiamų grupių psichikos sveikatą: nėščiųjų, neseniai pagimdžiusių moterų, vaikų, paauglių, senjorų, neįgaliųjų ir sergančiųjų lėtinėmis ligomis. Buvo siūloma įtraukti vertinimus apie vaikystės traumas, patyčias, socialinių tinklų naudojimą, streso valdymą. Respondentai įvardijo ir konkrečias stebėsenos priemones, kurias, jų manymu, verta taikyti praktikoje: K10 distreso skalę, MBI perdegimo skalę, RSCA atsparumo skalę, MoCA, CAMM ir kitas emocinės gerovės ar atsparumo matavimo priemones. Kita svarbi sritis – socialiniai veiksniai, įskaitant stigmos indeksą, vienišumo vertinimus, šeimos narių elgsenos ir diskriminacijos stebėseną. Taip pat išskirti tokie papildomi rodikliai kaip nedarbingumas dėl psichikos sveikatos, apsilankymų pas specialistus dažnumas, vaistų vartojimo, priklausomybių ir miego sutrikimų paplitimas (žr. 3 lentelė).

Tarp specialistų, turinčių ir neturinčių patirties psichikos sveikatos stebėsenoje, siūlomi rodikliai – tiek susiję su konkrečiomis gyventojų grupėmis, tiek su platesniais aspektais, tokiais kaip socialiniai veiksniai ar priklausomybių rodikliai – statistiškai reikšmingai nesiskyrė ($p = 0,753$). Tai rodo, kad siūlomi psichikos sveikatos stebėsenos prioritetai yra panašūs nepriklausomai nuo specialistų patirties psichikos sveikatos stebėsenos srityje.



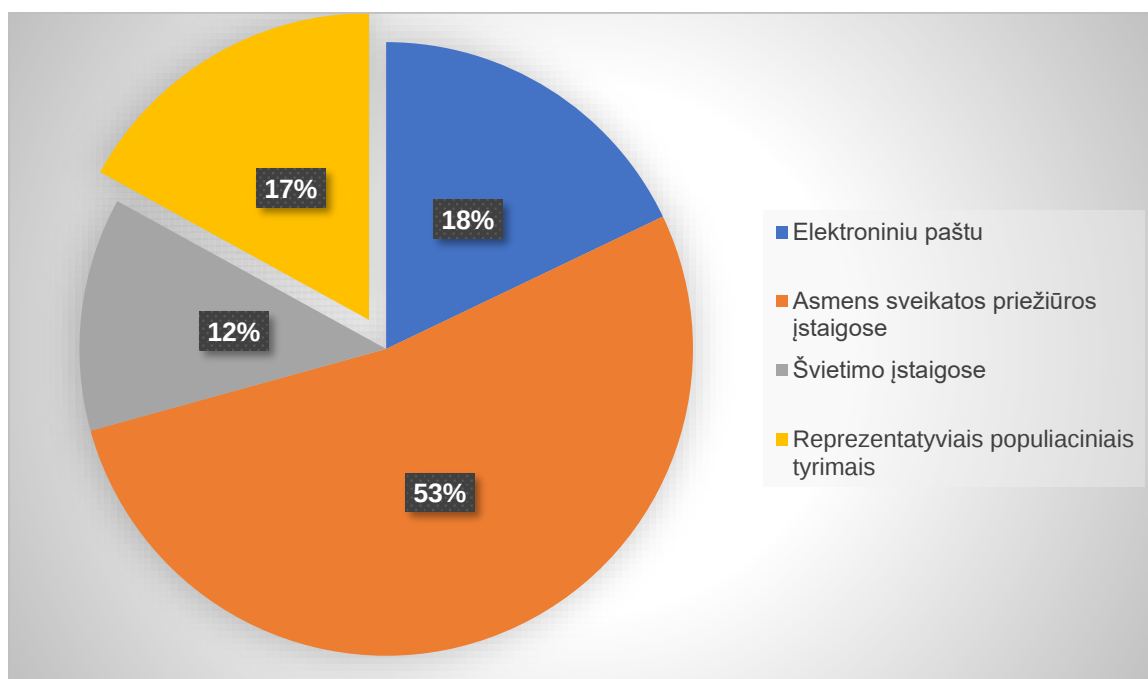
8 pav. Papildomų psichikos sveikatos stebėsenos rodiklių pasiskirstymas pagal darbo patirtį psichikos sveikatos stebėsenoje

Nors atskirų institucijų atsakymai dėl turimų išteklių pasiskirstė nevienodai, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp institucijų nebuvo nustatyta ($p=0,562$). Tai leidžia teigti, kad išteklių pakankamumo vertinimas tarp institucijų iš esmės nesiskiria.



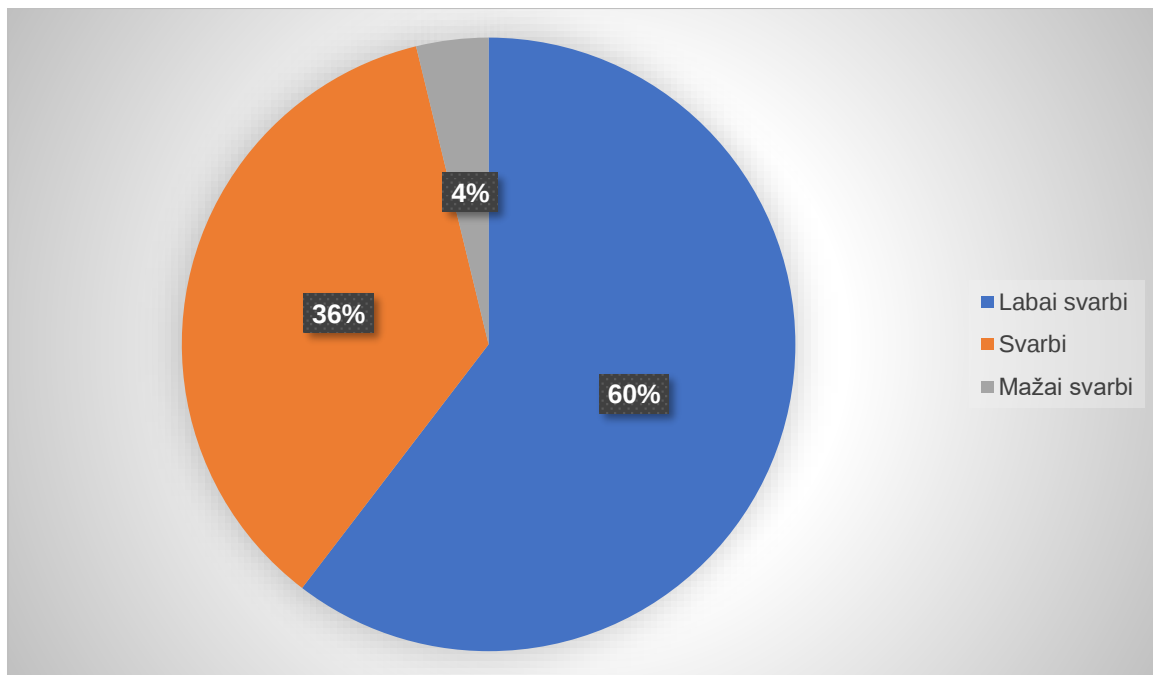
9 pav. Skirtingų institucijų psichikos sveikatos stebėsenos išteklių

Rezultatai rodo, kad dauguma respondentų (53 proc.) veiksmingiausiu psichikos sveikatos stebėsenos būdu, naudojant diagnostinius klausimynus, laiko jų taikymą asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kiti pasirinko švietimo įstaigas (12 %) arba klausimynų siuntimą elektroniniu paštu (18 %), kas rodo skirtingas nuomones dėl prieinamiausių kanalų. Nors klausimas buvo orientuotas į praktinius įgyvendinimo būdus, dalis respondentų pasiūlė atlikti reprezentatyvius populiacinius tyrimus – šis atsakymas išskirtas kaip atskira kategorija, nes atspindi ne konkretų taikymo būdą, bet siekį užtikrinti duomenų kokybę ir apibendrinamumą visuomenės lygmeniu.



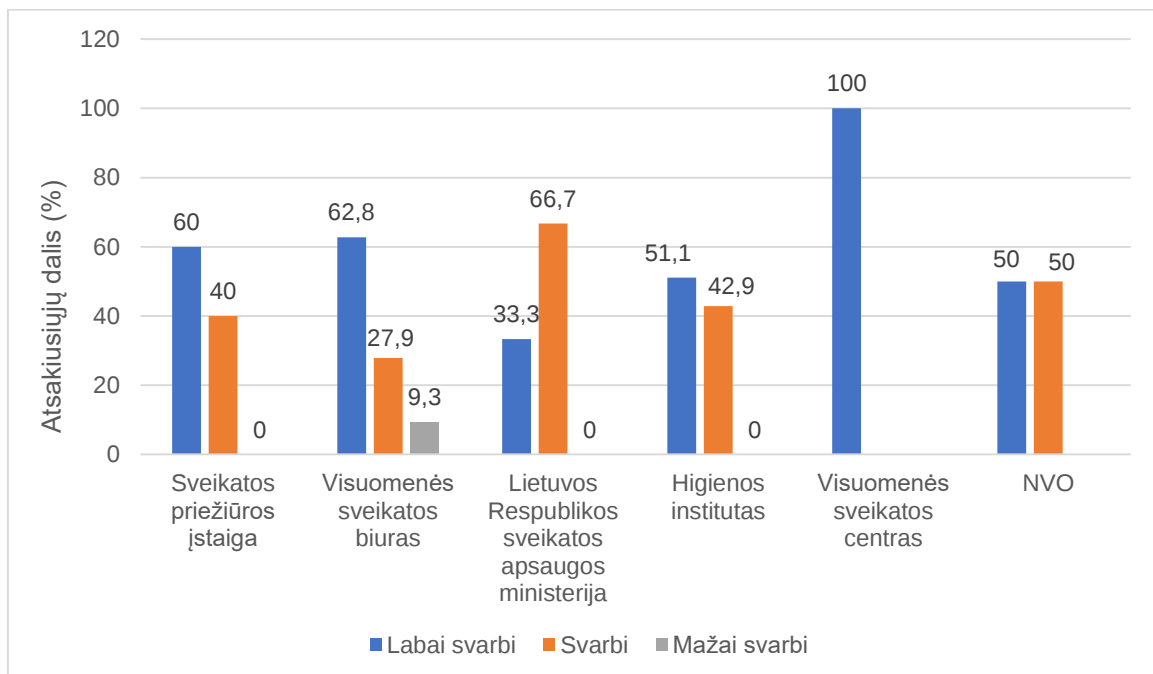
10 pav. Veiksmingi psichikos sveikatos stebėsenos būdai naudojant diagnostinius klausimynus

Remiantis apklausos rezultatais, dauguma respondentų teigiamai vertina visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos svarbą psichikos sveikatos sunkumų prevencijai. Net 60 proc. apklaustųjų mano, kad ji yra labai svarbi, o dar 36 proc. nurodo, jog ji yra svarbi. Tai reiškia, kad net 96 proc. respondentų pripažįsta stebėsenos reikšmę psichikos sveikatos sunkumų prevencijai. Tik 4 proc. apklaustųjų mano, kad ši sritis yra mažai svarbi (žr. 11 pav.)



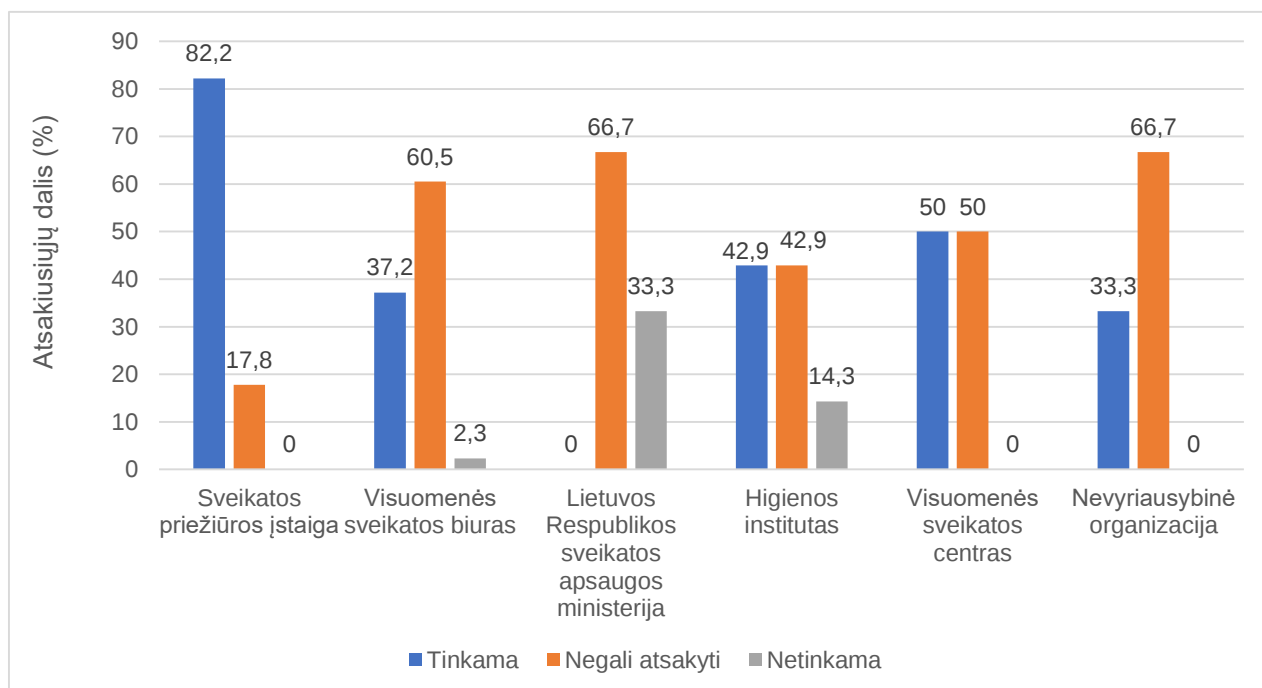
11 pav. Visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos reikšmė psichikos sveikatos sunkumų prevencijai

Nors skirtingų institucijų atstovų vertinimai dėl psichikos sveikatos stebėsenos svarbos prevencijai skyrėsi procentine išraiška, statistiškai reikšmingų skirtumų tarp institucijų nebuvo nustatyta ($p=0,456$). Tai rodo, kad nepaisant kai kurių vertinimo skirtumų tarp institucijų, bendras požiūris į stebėsenos svarbą išlieka panašus.



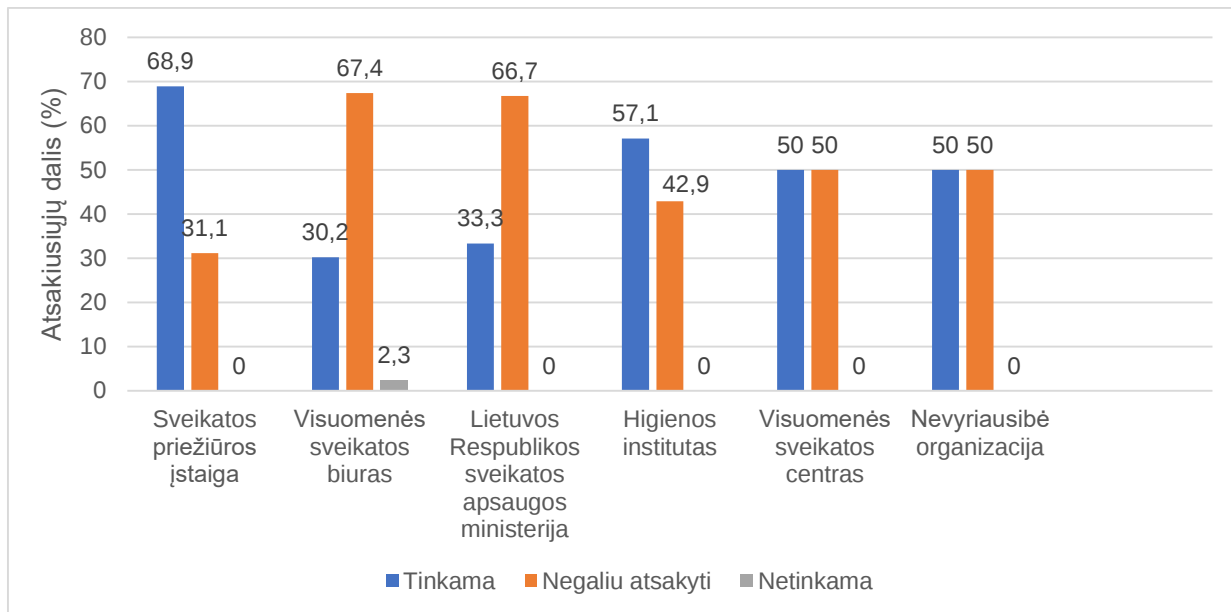
12 pav. Psichikos sveikatos stebėsenos svarba prevencijai: skirtingų institucijų vertinimai

Rezultatai rodo, kad skirtingų įstaigų respondentų nuomonės dėl BDI priemonės tinkamumo reikšmingai skyrėsi ($p = 0,001$). Didžioji dalis (82,2 proc.) sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių asmenų įvardijo priemonę kaip tinkamą, tuo tarpu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (33,3 proc.), Higienos institutas (14,3 proc.) ir visuomenės sveikatos biurai (2,3 proc.) pažymėjo „netinkama“ arba „negaliu atsakyti“. Tokie skirtumai gali atspindėti tiek institucijų funkcijų specifiką, tiek jų praktinę patirtį naudojant ar interpretuojant šią priemonę. Reikšmingas statistinis skirtumas rodo, kad vertinant psichikos sveikatos rodiklių tinkamumą svarbu atsižvelgti į institucijų kontekstą ir jų sąlygas naudoti tokio pobūdžio įrankius praktikoje.



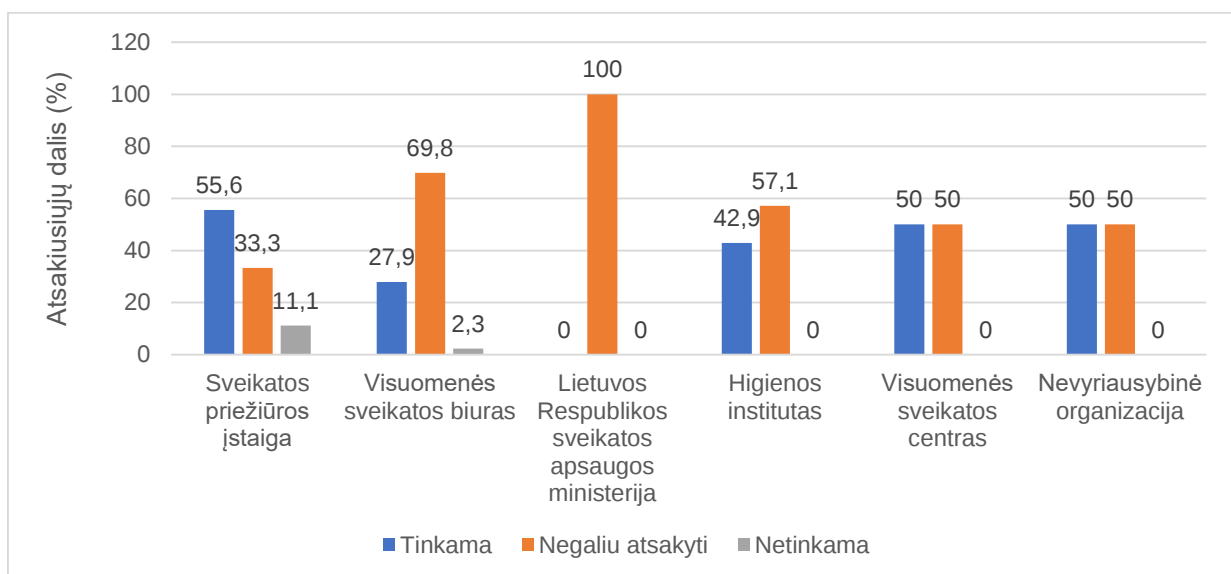
13 pav. BDI priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

Tarp skirtingų institucijų vertinimų dėl GHQ-12 priemonės tinkamumo psichikos sveikatos stebėsenai statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p=0,154$). Tai leidžia daryti prielaidą, kad institucijos šią priemonę vertina panašiai.



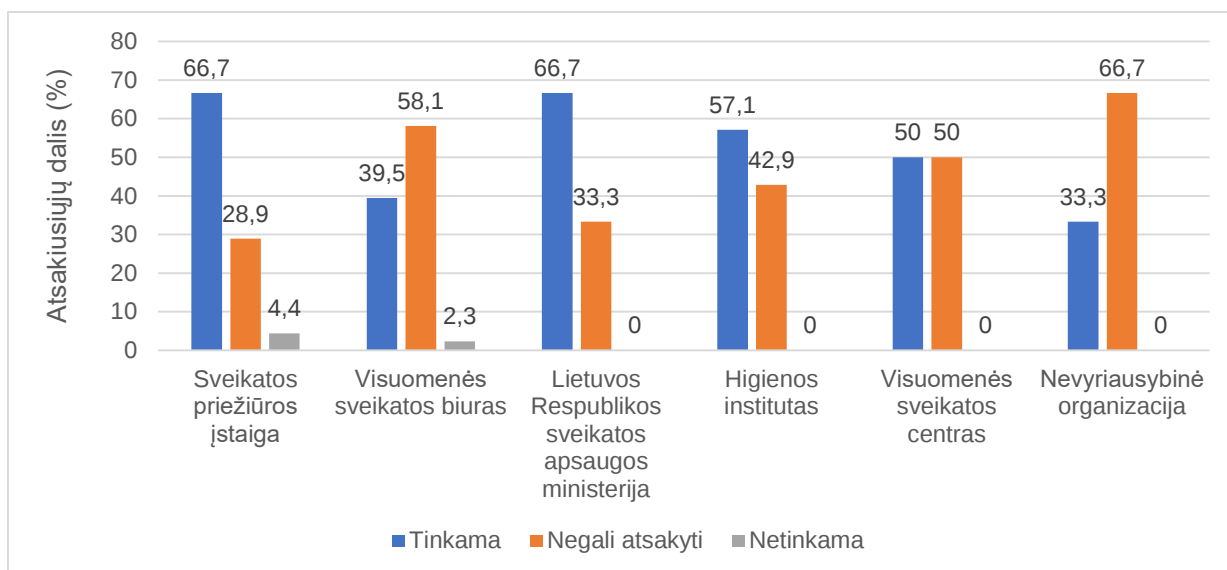
14 pav. GHQ-12 priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

Rezultatai rodo, kad CIS-R priemonės tinkamumo psichikos sveikatos stebėsenai statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p=0,085$). Lietuvos Respublikos sveikatos ministerija (100proc.) nurodė „negaliu atsakyti“, visuomenės sveikatos biurai (69,8 proc.) nurodė taip pat negalintys atsakyti bei 2,3 proc. teigė, kad ši priemonė nėra tinkama. Sveikatos priežiūros įstaigos taip pat nurodė, kad priemonė nėra tinkama (11,1 proc.).



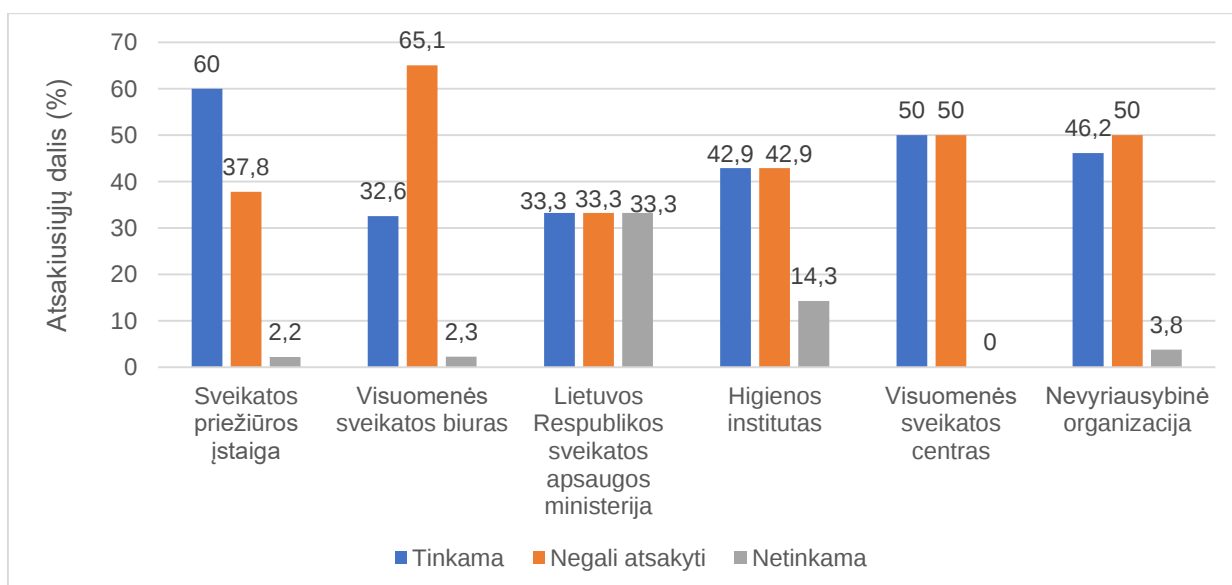
15 pav. CIS-R priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

Nors atliktas tyrimas rodo, kad didžioji dauguma institucijų (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (66,7 proc.), sveikatos priežiūros įstaigos (66,7 proc.)) nurodė kaip tinkamą priemonę PHQ-9 atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p=0,085$).



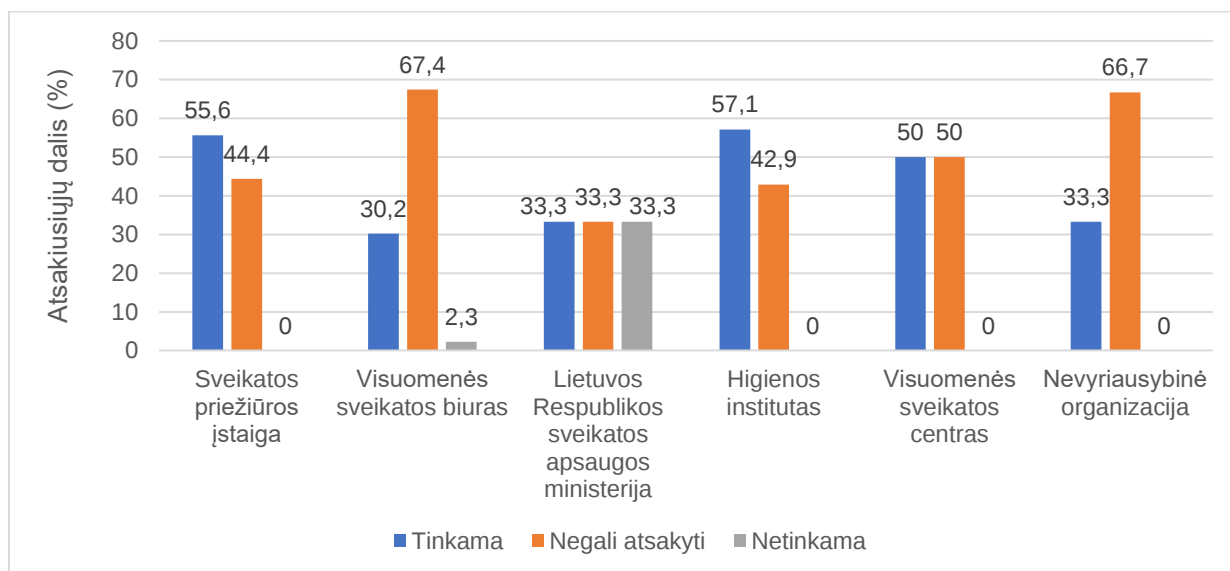
16 pav. PHQ-9 priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

Gauti rezultatai rodo skirtingų institucijų nuomonių apie SF-36 priemonės tinkamumą atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus. Paaiškėjo, kad SF-36 priemonės tinkamumo psichikos sveikatos stebėsenai statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p=0,072$). Tai leidžia daryti prielaidą, kad institucijos šią priemonę vertina panašiai (Sveikatos priežiūros įstaigos daugiausiai (60 proc.) vertina šią priemonę kaip tinkamą, tuo tarpu visuomenės sveikatos biurai (65,1 proc.) šia priemone abejoja. Kitos institucijos, tokios kaip Higienos institutas ir visuomenės sveikatos centrai, rodo lygiavertes nuomones).



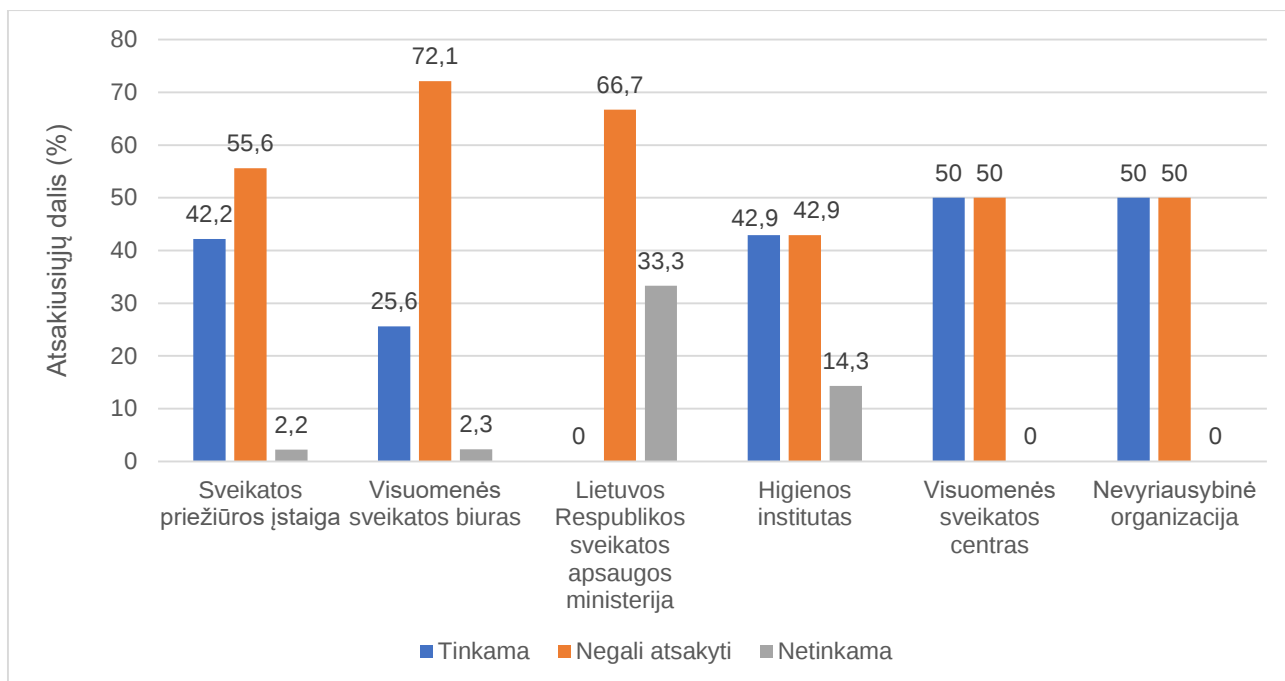
17 pav. SF-36 priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

Chi kvadrato analizė parodė statistiškai reikšmingą skirtumą tarp institucijų ($\chi^2 = 23,420$, $p = 0,009$), kas rodo, kad institucinis kontekstas daro reikšmingą įtaką GDS priemonės vertinimui. Higienos institutas (57,7 proc.) ir sveikatos priežiūros įstaigos (55,6 proc.) daugiausiai vertina šią priemonę kaip tinkamą, tuo tarpu visuomenės sveikatos biurai (67,4 proc.) šia priemone abejoja.



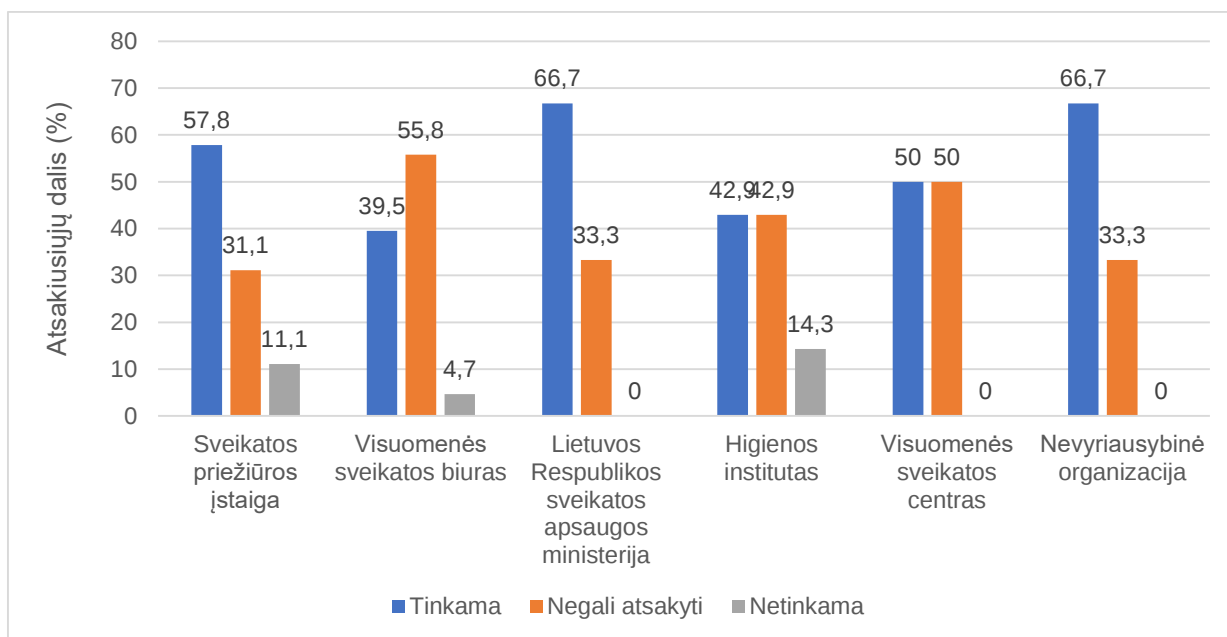
18 pav. GDS priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

Gauti rezultatai rodo skirtingų institucijų nuomonių apie CSI-D priemonės tinkamumą atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus. Paaikškėjo, kad CSI-D priemonės tinkamumo psichikos sveikatos stebėsenai statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p = 0,072$). Ši priemonė daugiausiai sukėlė abejonių visuomenės sveikatos biurams (72,1 proc. negalėjo atsakyti) bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai (66,7 proc. negalėjo atsakyti). Kitos institucijos, tokios kaip Higienos institutas, visuomenės sveikatos centrai ir nevyriausybinės organizacijos rodo lygiavertes nuomones. (žr. 19 pav.)



19 pav. CSI-D priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

Rezultatai rodo, kad WHO-5 priemonės tinkamumo psichikos sveikatos stebėsenai statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ($p=0,072$). WHO-5 vertinimo skalę laiko tinkama priemone individualiems gyventojų psichikos sveikatos aspektams atspindėti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (66,7 proc.), nevyriausybinių organizacijų (66,7 proc.) ir sveikatos priežiūros įstaigos (57,8 proc.).



20 pav. WHO-5 priemonės tinkamumas atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus

REZULTATŲ APTARIMAS

Atliktas tyrimas atskleidė svarbių įžvalgų apie visuomenės psichikos sveikatos stebėseną Lietuvoje. Galima teigti, kad šalyje dominuoja tradicinis požiūris į psichikos sveikatos stebėseną – dauguma tiriamųjų nurodė, kad pagrindiniai naudojami psichikos sveikatos stebėsenos rodikliai yra sergamumo ir ligotumo bei savižudybių. Šie rezultatai sutampa su Higienos instituto viešai skelbiamais duomenimis, kuriuose dominuoja ligotumo psichikos sveikatos sunkumais rodikliai [2].

Deja, vien šiais rodikliais grįsta stebėseną neatspindi visapusiškos psichikos sveikatos situacijos, nes neapima socialinių, emocinių ir subjektyvios gerovės veiksnių. Tai patvirtina ir OECD duomenys, kuriuose pažymima, kad dauguma šalių, siekdamos geriau suprasti psichikos sveikatos tendencijas ir pagerinti stebėseną, plečia naudojamų rodiklių spektrą ir įtraukia emocinio atsparumo, pasitenkinimo gyvenimu bei socialinės paramos rodiklius [59]. Tyrime matomas šių rodiklių naudojimo nepakankamas įvertinimas, kuris rodo poreikį stiprinti švietimą ir informuotumą apie šiuolaikinius psichikos sveikatos stebėsenos modelius.

Be to, tiriamieji įvardijo papildomus rodiklius, kuriuos reikėtų integruoti į visuomenės psichikos sveikatos stebėseną: emocinio atsparumo skales, pogimdyminės depresijos rodiklius, stigmos ir socialinės paramos indeksus. Šie pasiūlymai atitinka tarptautines tendencijas. Pavyzdžiui, Kanadoje yra sukurta Pozityvios psichikos sveikatos stebėsenos rodiklių sistema, kuri apima įvairius kompleksinius rodiklius, tokius kaip emocinis atsparumas, stigmos ir socialinės paramos indeksai. Ši sistema siekia pateikti išsamų psichikos sveikatos būklės vaizdą, įtraukdama tiek teigiamus psichikos sveikatos rezultatus, tiek rizikos ir apsauginius veiksnius įvairiuose kontekstuose: individualiame, šeimos, bendruomenės ir visuomenės lygmenyse [53].

Tyrimo privalumai:

1. Naudota tikslinė imtis leido įtraukti būtent tuos specialistus, kurių darbinės funkcijos buvo susijusios su psichikos sveikatos stebėseną ar paslaugų teikimu.
2. Naudota chi kvadrato analizė padėjo identifikuoti reikšmingus skirtumus tarp institucijų, o tai sustiprino tyrimo rezultatų pagrįstumą.
3. Atviri klausimai leido surinkti kokybinius duomenis – specialistų siūlymus dėl papildomų stebėsenos rodiklių, kurie gali pagerinti psichikos sveikatos stebėseną Lietuvoje.

Tyrimo trūkumai:

1. Tam tikrų institucijų (pvz.: Visuomenės sveikatos centro, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, NVO) atstovų dalyvavimas tyrime buvo labai ribotas, todėl jų nuomonė netiksliai atspindi visos institucijos poziciją.
2. Kai kurie atviri atsakymai buvo labai trumpi, dėl to nebuvo galima išsamiai įvertinti tiriamųjų nuomonės.

IŠVADOS

1. Specialistų teigimu, pagrindiniai Lietuvoje naudojami psichikos sveikatos stebėsenos rodikliai yra sergamumo ir ligotumo rodikliai (pvz.: psichikos ir elgesio sutrikimų), mirtingumo nuo savižudybių rodikliai, kiek mažiau – 18 proc. pažymėjo bandymų nusižudyti rodiklius. Rodiklių pasirinkimas skyrėsi priklausomai nuo institucijos – sveikatos priežiūros įstaigų specialistai akcentavo sergamumo ir ligotumo rodiklius, VSB – bandymų nusižudyti rodiklius, o SAM ir NVSC atstovai – apklausų ir anketinių tyrimų duomenis.

2. Viena pagrindinių problemų, kuri iškyla atliekant visuomenės psichikos sveikatos stebėseną yra per mažas dėmesys ilgalaikių psichikos sveikatos sunkumų stebėsenai. Taip pat išryškėja tinkamų standartizuotų diagnostinių priemonių trūkumas, žmonių atsisakymas dalyvauti psichikos sveikatos stebėsenos tyrimuose ar žemą visuomenės sąmoningumą apie psichikos sveikatą.

3. Specialistų teigimu didžiausią dėmesį reikėtų skirti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stebėsenai, socialinių veiksnių rodikliams, moterų pogimdyminei depresijai, senjorų ir pažeidžiamų grupių psichikos sveikatai bei alkoholio ir narkotikų suvartojimo dažnumui.

Specialistų nuomone, visuomenės psichikos sveikatos vertinimą Lietuvoje galėtų pagerinti papildomi rodikliai ir priemonės, kurios šiuo metu nėra plačiai taikomos stebėsenos praktikoje. Tarp jų buvo įvardytos tokios standartizuotos skalės ir instrumentai kaip „ADOS“, „FLII-11“, „WMH-CIDI“, „BRS“, „MAAS“, „FFMQ“, „SSEIT“, „WLEIS“, „CAMM“, „K10“, „MBI“ bei „RSCA“. Taip pat buvo išskirtas poreikis mokyti daugiau specialistų naudotis „MOCA“

REKOMENDACIJOS

Sveikatos apsaugos ministerijai:

- Sistemingai įtvirtinti nacionalinę psichikos sveikatos stebėsenos sistemą, užtikrinant, kad tarptautiniu mastu patikimos ir plačiai pripažintos psichikos sveikatos vertinimo priemonės (pvz., BDI, K6, GAD-7, PHQ-9) būtų reguliariai taikomos sveikatos priežiūros įstaigose, ypač pirminės sveikatos priežiūros grandyje

Higienos institutui:

- Plėtoti metodikas, apimančias socialinių ir demografinių veiksnių analizę, ir reguliariai skelbti išsamias visuomenės psichikos sveikatos būklės apžvalgas, pagrįstas standartizuotais duomenimis.

Savivaldybių visuomenės sveikatos biurams:

- Reguliariai taikyti psichikos sveikatos stebėsenos priemones (pvz., WHO-5, GAD-7, BDI) vietos bendruomenėse ir pagal gautus rezultatus planuoti bei įgyvendinti tikslingas psichikos sveikatos stiprinimo programas.

Švietimo, mokslo ir sporto ministerijai:

- Įtraukti vaikų ir paauglių emocinės būklės stebėseną į mokyklų sveikatos priežiūrą, taikant validuotus klausimynus (pvz., SDQ).

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Mental health [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Visuomenės sveikatos netolygumai 2023, Nr. 2(48). Psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas Lietuvoje 2016–2022 m. [Internet]. [cited 2025 Jan 22]. Available from: <https://www.hi.lt/leidinys-57/informaciniai-leidiniai/visuomenes-sveikatos-netolygumai-2023-nr-2-48-psichikos-ir-elgesio-sutrikimu-paplitimas-lietuvoje-2016-2022-m/>
3. Informacija psichikos sveikatos sistemoms: politikos formavimo ir sistemos paslaugų kokybės instrumentas – PMC [Internet]. [cited 2024 Oct 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6998623/>
4. Wren-Lewis S, Alexandrova A. Mental Health Without Well-being. *J Med Philos.* 2021 Oct 20;46(6):684–703.
5. Psichikos sveikata [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Socio-economic consequences of mental distress: quantifying the impact of self-reported mental distress on the days of incapacity to work and medical costs in a two-year period: a longitudinal study in Germany | BMC Public Health | Full Text [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10637-8>
7. Pasaulinis įprastų psichikos sutrikimų paplitimas: sisteminė apžvalga ir metaanalizė 1980–2013 m. – PubMed [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/>
8. Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum. [cited 2024 Oct 2].
9. Kondirolli F, Sunder N. Mental health effects of education. *Health Econ.* 2022 Oct;31(Suppl 2):22–39.
10. Johnson CL, Gross MA, Jorm AF, Hart LM. Mental Health Literacy for Supporting Children: A Systematic Review of Teacher and Parent/Carer Knowledge and Recognition of Mental Health Problems in Childhood. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2023 Jun 1;26(2):569–91.
11. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust.* 1997 Feb 17;166(4):182–6.
12. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2000 Nov;177:396–401.
13. Wuttke A, Palm S, Geschke K, Fellgiebel A. Public knowledge and attitudes about mental health in older age in Germany – Focus on dementia and late-life depression. *Prev Med Rep.* 2023 Aug 25;35:102384.
14. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health.* 2013 May;103(5):777–80.

15. Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR, McLeod S. Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2016 Jan;58(1):57–62.
16. Loureiro LMJ, Jorm AF, Oliveira RA, Mendes AMOC, dos Santos JCP, Rodrigues MA, et al. Mental health literacy about schizophrenia: a survey of Portuguese youth. *Early Interv Psychiatry*. 2015 Jun;9(3):234–41.
17. Farrer L, Leach L, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*. 2008 Apr 20;8(1):125.
18. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018 Nov 1;79:52–6.
19. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):289–303.
20. Subu MA, Wati DF, Netrida N, Priscilla V, Dias JM, Abraham MS, et al. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2021 Oct 18;15(1):77.
21. Stigma and Prejudice Teaching Tip Sheet [Internet]. <https://www.apa.org>. [cited 2024 Oct 8]. Available from: <https://www.apa.org/pi/aids/resources/education/stigma-prejudice>
22. Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2012 Aug;57(8):464–9.
23. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, Chammay R el, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*. 2022 Oct 22;400(10361):1438–80.
24. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*. 2007 Nov;33(6):1312–8.
25. Es R, Ro R, Ms S. Validating the empowerment scale with a multisite sample of consumers of mental health services. *Psychiatr Serv Wash DC* [Internet]. 2010 Sep [cited 2024 Oct 8];61(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20810594/>
26. Lucksted A, Drapalski A, Calmes C, Forbes C, DeForge B, Boyd J. Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;35(1):51–4.
27. Tripathi A, Das A, Kar SK. Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. *Indian J Psychol Med*. 2019 Nov 11;41(6):582.
28. Social determinants of mental health [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>
29. Lehman BJ, David DM, Gruber JA. Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Soc Personal Psychol Compass*. 2017;11(8):e12328.

30. Biological Factor - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/biological-factor>
31. Gautam S, Jain A, Chaudhary J, Gautam M, Gaur M, Grover S. Concept of mental health and mental well-being, it's determinants and coping strategies. *Indian J Psychiatry*. 2024 Jan;66(Suppl 2):S231–44.
32. Psychiatry.org – socialiniai ryšiai, padedantys išlaikyti psichinę gerovę [Internet]. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.psychiatry.org/News-room/APA-Blogs/Social-Connections-Key-to-Maintaining-Mental-Well>
33. Abuse NI on D. Piktnaudžiavimas narkotikais ir priklausomybė nuo narkotikų | Nacionalinis piktnaudžiavimo narkotikais institutas (NIDA) [Internet]. -- [cited 2024 Dec 11]. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>
34. Pristatyta 2023 m. alkoholio ir tabako vartojimo ir padarinių statistika [Internet]. [cited 2024 Dec 11]. Available from: <https://vda.lrv.lt/lt/naujienos/pristatyta-2023-m-alkoholio-ir-tabako-vartojimo-ir-jo-padariniu-statistika/>
35. Rizk MM, Herzog S, Dugad S, Stanley B. Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Curr Addict Rep*. 2021;8(2):194–207.
36. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2017 Jan;19(1):3–13.
37. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700–12.
38. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis | International Journal of Mental Health Systems | Full Text [Internet]. [cited 2024 Oct 3]. Available from: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-016-0094-2>
39. Bramesfeld A, Amaddeo F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, Depaigne-Loth A, Derenne R, et al. Monitoring mental healthcare on a system level: Country profiles and status from EU countries. *Health Policy*. 2016 Jun 1;120(6):706–17.
40. Savarankiško pranešimo klausimyno vartotojo vadovas (SRQ / sudarytojai M. Beusenberg ir J. Orley [Internet]. [cited 2024 Oct 3]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/61113>
41. Puac-Polanco V, Ziobrowski HN, Zainal NH, Sampson NA, Kessler RC. K10 and K6 Scales. In: Krägeloh CU, Alyami M, Medvedev ON, editors. *International Handbook of Behavioral Health Assessment* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 1–30. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-89738-3_49-1
42. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review - PubMed [Internet]. [cited 2024 Oct 3]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27757230/>

43. Reynolds CF, Jeste DV, Sachdev PS, Blazer DG. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2022 Oct;21(3):336–63.
44. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. [Geriatric Depression Scale (GDS). Validity and reliability of different versions of the scale--review]. *Psychiatr Pol*. 2011;45(4):555–62.
45. Geriatrinės depresijos skalė: ar ji matuoja depresinę nuotaiką, depresinį poveikį ar abu? - PubMed [Internet]. [cited 2024 Oct 3]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27633329/>
46. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Concept and Clinical Review | SpringerLink [Internet]. [cited 2024 Oct 3]. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-44775-9_7
47. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1;23(3):271–84.
48. Lima IB de, Bernadi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, et al. The use of indicators for the management of Mental Health Services. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021 Apr 12;29:e3409.
49. Mental Health Atlas 2020. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
50. About [Internet]. OECD. [cited 2024 Oct 23]. Available from: <https://www.oecd.org/en/about.html>
51. OECD. Mental health [Internet]. Paris: OECD; 2023 Nov [cited 2024 Oct 23]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_c7a518c0-en
52. Lafortune G, Levy N. Supporting health workforce recovery and resilience [Internet]. Paris: OECD; 2023 Feb [cited 2024 Oct 23]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience_5971a279-en
53. Canada PHA of. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework - HPCDP: Volume 36-1, January 2016 [Internet]. 2016 [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-36-no-1-2016/monitoring-positive-mental-health-its-determinants-canada-development-positive-mental-health-surveillance-indicator-framework.html>
54. Videbech P, Deleuran A. The Danish Depression Database. *Clin Epidemiol*. 2016 Oct 25;8:475–8.
55. Healthcare Data Research | THIN Data [Internet]. Healthcare Data Research | THIN Data. [cited 2025 May 7]. Available from: <https://www.the-health-improvement-network.com/>
56. X-1070 Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo [Internet]. [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.295147>

57. 639 Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2007–2016 metų ataskaitos pateikimo Lietuvos Res... [Internet]. [cited 2024 Nov 27]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/fe4657c17b5c11e7aefae747e4b63286?jfwid=2lxb8okhz>
58. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
59. Measuring subjective well-being across OECD countries [Internet]. OECD. 2024 [cited 2025 May 19]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/measuring-subjective-well-being-across-oecd-countries_f5199579-en.html

PRIEDAI

Priedas nr. 1

ANKETA

„Visuomenės psichikos sveikatos stebėseną Lietuvoje“

Esu Monika Kananavičiūtė, Vilniaus universiteto magistrantūros visuomenės sveikatos antro kurso studentė. Šiuo metu atlieku tyrimą, kurio tikslas – Įvertinti visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos sistemą Lietuvoje, remiantis sveikatos specialistų įžvalgomis apie naudojamus rodiklius, stebėsenos metu kylančius iššūkius ir galimas tobulinimo kryptis. Jūsų atsakymai yra itin svarbūs šio tyrimo sėkmei, nes jie leis geriau suprasti esamą situaciją ir specialistų nuomones šioje srityje. Užtikrinu visišką Jūsų atsakymų anonimiškumą ir konfidencialumą, o surinkti duomenys bus naudojami tik moksliniams tikslams.

1. Jūsų lytis

- ☐ Moteris
- ☐ Vyras
- ☐ Kita

2. Įrašykite savo amžių:.....

3. Jūsų išsilavinimas

- ☐ Vidurinis
- ☐ Aukštesnysis
- ☐ Aukštasis

4. Jūsų institucija, kurioje dirbate

- ☐ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
- ☐ Visuomenės sveikatos biuras
- ☐ Visuomenės sveikatos centras
- ☐ Sveikatos priežiūros įstaiga
- ☐ Higienos institutas
- ☐ Nevyriausybinių organizacija

5. Pagrindinė darbo sritis

- ☐ Administravimas ir organizavimas (pvz.: vyr. specialistas, projektų vadovas, administracijos darbuotojas)
- ☐ Duomenų rinkimas ir analizė (pvz.: analitikas, epidemiologas, stebėsenos specialistas)
- ☐ Strateginis valdymas (pvz.: vadovas)
- ☐ Asmens sveikatos priežiūros specialistas (pvz.: gydytojas, psichiatras, psichologas, slaugytojas ir kt.)

- Visuomenės sveikatos stiprinimas (pvz.: visuomenės sveikatos specialistas, psichikos sveikatos stiprinimo specialistas)
- Tyrimai ir mokslinė veikla (pvz.: mokslininkas, tyrimų vadovas, lektorius)

6. Kokia jūsų darbo patirtis?

- Iki 1 metų
- Nuo 1-3 metų
- 4-5 metai
- 6-10 metų
- Daugiau nei 10 metų

7. Kokia jūsų darbo patirtis visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos srityje?

- Darbo patirties neturiu
- Iki 1 metų
- Nuo 1-3 metų
- 4-5 metai
- 6-10 metų
- Daugiau nei 10 metų

8. Kaip dažnai jūsų institucija vykdo visuomenės psichikos sveikatos stebėseną?

- Kas mėnesį ar dažniau
- Kas 3 mėnesius (kartą per ketvirtį)
- Kas 6 mėnesius (kartą per pusmetį)
- Kartą per metus
- Stebėsenos nevykdome

9. Kaip manote ar žemiau pateiktos priemonės yra tinkamos atspindėti individualius gyventojų psichikos sveikatos būklės aspektus?

Tinkama

Netinkama

Negaliu atsakyti

- BDI - Beck Depression Inventory (naudojamas depresijos ir elgesio sutrikimų apraiškomis matuoti) Tinkama Netinkama Negaliu atsakyti
- GHQ-12 - The 12-Item General Health Questionnaire (skirtas bendroms (ne psichozinėms) pirminės sveikatos priežiūros pacientų psichikos sveikatos problemoms nustatyti)
- CIS-R - The Clinical Interview Schedule-Revised (naudojamas kaip konkrečių įprastų psichikos sveikatos sutrikimų (depresijos, nerimo, fobijų, panikos sutrikimų, obsesinio kompulsinio sutrikimo) diagnostinis įvertinimas)

- CES-D - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (skirtas išmatuoti depresijos simptomų sunkumą bendroje populiacijoje)
- PHQ-9 - (Patient Health Questionnaire-9)(skirtas depresijos atrankai, diagnostikai, stebėsenai ir sunkumo įvertinimui)
- GAD-7 - (General Anxiety Disorder-7) (skirtas įvertinti generalizuoto nerimo sutrikimo simptomų sunkumą)
- SRQ-20 - Self-reporting questionnaire (skirtas nustatyti nespecifines psichologines kančias, įskaitant savižudybę)
- SF-36 - Quality of life questionnaire SF-36 (instrumentas su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei vertinti)
- K6/K10 - Kessler 6 and Kessler 10 psychological distress scale (matuojami elgesio, kognityviniai, emociniai ir fiziologiniai nespecifinio psichologinio distreso aspektai, remiantis didžiosios depresijos epizodo ir generalizuoto nerimo sutrikimo diagnostiniais kriterijais)
- GDS - Geriatric Depression Scale (naudojamas vyresnio amžiaus žmonių depresijai įvertinti, kurį sudaro 30 klausimų, susijusių su nuotaika, motyvacija ir fiziniais simptomais)
- CSI-D - The Community Screening Instrument for Dementia (naudojamas nustatyti ankstyvajai demencijai)
- CSDD - The Cornell Scale for Depression in Dementia (demencija sergančių žmonių depresijos požymiams ir simptomams įvertinti)
- WHO-5 - The World Health Organization-Five Well-Being Index (priemonė skirta įvertinti psichologinę gerovę. Klausimyną sudaro penki teiginiai, susiję su pastarosiomis dviem savaitėmis)

10. Kokie pagrindiniai rodikliai yra naudojami stebėti visuomenės psichikos sveikatą Lietuvoje? Galite pasirinkti kelis atsakymų variantus

- Sergamumo ir ligotumo rodikliai (pvz.: psichikos ir elgesio sutrikimų)
- Mirtingumo nuo savižudybių rodikliai
- Bandymų nusižudyti rodikliai
- Naudojimosi psichikos sveikatos paslaugomis dažnumo rodikliai
- Subjektyvūs gerovės rodikliai
- Apklausų ir anketinių tyrimų duomenys
- Kita.....

- 11. Kaip manote, kokios pagrindinės problemos iškyla atliekant visuomenės psichikos sveikatos stebėseną Lietuvoje? Galite pasirinkti kelis atsakymus**
- ☐ Finansinių išteklių trūkumas
 - ☐ Specialistų trūkumas
 - ☐ Trūksta tinkamų, standartizuotų diagnostinių priemonių
 - ☐ Žemas visuomenės sąmoningumas apie psichikos sveikatą
 - ☐ Skiriamas per mažas dėmesys ilgalaikių psichikos sveikatos sunkumų stebėsenai
 - ☐ Žmonių atsisakymas arba nenoras dalyvauti psichikos sveikatos stebėsenos tyrimuose
 - ☐ Kita.....
- 12. Kaip vertinate visuomenės psichikos sveikatos stebėsenos reikšmę psichikos sveikatos sunkumų prevencijai?**
- ☐ Labai svarbi
 - ☐ Svarbi
 - ☐ Mažai svarbi
 - ☐ Visiškai nesvarbi
- 13. Ar jūsų institucija turi pakankamai išteklių visuomenės psichikos sveikatos stebėsenai?**
- ☐ Taip
 - ☐ Ne
 - ☐ Dalinai
 - ☐ Nenoriu atskleisti
- 14. Kokius papildomus psichikos sveikatos stebėsenos rodiklius reikėtų įtraukti, siekiant geriau įvertinti visuomenės psichikos sveikatą Lietuvoje?**
- Ilgą teksto atsakymas.....
- 15. Ar manote, kad diagnostinių klausimynų taikymas padėtų geriau įvertinti žmogaus savijautą, emocinę būklę, elgesį ir socialinę integraciją, kurios dažnai lieka nepastebimos, bet turi didelę įtaką psichikos sveikatai?**
- ☐ Taip
 - ☐ Ne
 - ☐ Dalinai
 - ☐ Nežinau

16. Kokiu būdu, jūsų nuomone, turėtų būti atliekama psichikos sveikatos stebėseną naudojant diagnostinius klausimynus, kad ji būtų veiksminga ir pasiektų kuo daugiau žmonių?

- Asmens sveikatos priežiūros įstaigose
- Elektroniniu paštu / internetinėmis apklausomis
- Švietimo įstaigose