

Psichikos sveikatos ir  
gerovės paradigmu  
kaita Lietuvoje

*Tyrimo autoriai už bendradarbiavimą dėkoja Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro direktoriui Martynui Marcinkevičiui, Viešosios įstaigos Antakalnio poliklinika direktoriui Evaldui Navickui, už pagalbą renkant, tvarkant ir analizuojant duomenis – Ingridai Savickienei, Rūtai Blaževičienei, Jurgitai Gajauskienei, Juozui Adamkavičiui, Jelenai Kolesnikovai, Ievai Paberžienei, Martynui Storastai, Vandai Židonienei, Aurelijai Trakienei, Gintarui Šumskui, Gabrielei Germanavičienei, Gabijai Strončikienei, Eimantui Matiekui, Laurynui Bukelskiui, Irenai Normontei, Erikui Stankūnui, Aleksandrui Alekseičikui, Jolitai Sysojevienei, Ievai Žvinienei, Elenai Gaudiešiūtei, Gabrielei Rušinaitei, Rasai Paulikaitei, Justinai Pociūnaitei, Jolantai Šimkūnaitei, Gretai Grigentytei, Paulei Stulginskaitei, Ingridai Rizgelytei, Gretai Kasperūnaitei, Aušrai Stumbrytei, Linai Jovarauskaitei, Kostui Matuzevičiui.*

VILNIAUS UNIVERSITETAS  
FILOSOFIJOS FAKULTETAS

# Psichikos sveikatos ir gerovės paradigmu kaita Lietuvoje

MONOGRAFIJA

Sudarytojos:

Donata PETRUŽYTĖ,

Eglė ŠUMSKIENĖ



Vilniaus  
universiteto  
leidykla

2017

Monografija parengta vykdant projektą „Psichikos sveikatos ir gerovės paradigmu kaita Lietuvoje: empiriškai validaus modelio link“, kuriam finansinę paramą suteikė Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. GER-002/2015.)

Monografiją recenzavo:

Prof. dr. Nida ŽEMAITIENĖ  
(Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

Dr. Giedrė BALTRUŠAITYTĖ  
(Vytauto Didžiojo universitetas)

Doc. dr. Violeta GEVORGIANIENĖ  
(Vilniaus universitetas)

Monografiją patvirtinto

Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto taryba  
2017-06-19, protokolo Nr. 8.

ISBN 978-609-459-858-6

Leidinio bibliografinė informacija pateikiama Lietuvos nacionalinės Martyno Mažvydo bibliotekos Nacionalinės bibliografijos duomenų banke (NBDB).

© Donata Petružytė, 2017

© Eglė Šumskienė, 2017

© Vilniaus universitetas, 2017

Įvadas ... **10**

1. EKSPERTŲ POŽIŪRIS Į LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMĄ (Eglė ŠUMSKIENĖ) ... **14**
2. PSICHIKOS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ POŽIŪRIS Į GAUTĄ GYDYMĄ: KOKYBINIS PACIENTŲ TYRIMAS (Vaiva KLIMAITĖ, Aušra STUMBRYTĖ, Elena GAUDIEŠIŪTĖ) ... **35**
3. PSICHIKOS SUTRIKIMŲ DISKURSAI AKADEMINĖJE IR PROFESINĖJE LITERATŪROJE BEI ŽINIASKLAIDOJE (Jurga MATAITYTĖ-DIRŽIENĖ) ... **56**
4. KIEKYBINIS PACIENTŲ PSICHOMETRINIŲ RODIKLIŲ TYRIMAS (Donata PETRUŽYTĖ, Miglė MARCINKEVIČIŪTĖ, Arūnas GERMANAVIČIUS, Gabrielė RUŠINAITĖ) ... **86**
5. EKONOMINĖ PSICHIKOS LIGŲ NAŠTOS ANALIZĖ (Liubovė MURAUŠKIENĖ, Donata PETRUŽYTĖ) ... **142**

Rekomendacijos ... **172**

Psichikos sveikatos ir gerovės vertinimo modelis ... **176**

Priedai ... **180**

Įvadas ... 10

1. **EKSPERTŲ POŽIŪRIS Į LIETUVOS  
PSIHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
SISTEMĄ** (Eglė ŠUMSKIENĖ) ... 14

Įvadas ... 14

Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos vertinimas ... 14

Biomedicininės ir psichosocialinės intervencijos Lietuvos  
psichikos sveikatos priežiūros sistemoje ... 16

Tyrimo metodika ... 18

Tyrimo rezultatai ... 21

Biomedicininį ir psichosocialinių intervencijų vertinimas ... 21

Neracionalus sistemos finansavimas ... 21

Stipriausia sistemos grandis ... 23

Savižudybės – dominuojantis vertinimo indikatorius ... 25

Vertinimo ypatumai ... 26

Vaistai ir psichoterapija: ekspertų nuomonė ... 29

Išvados ... 32

Literatūra ... 33

2. **PSIHIKOS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ  
POŽIŪRIS Į GAUTĄ GYDYMĄ: KOKYBINIS  
PACIENTŲ TYRIMAS** (Vaiva KLIMAITĖ, Aušra STUMBRYTĖ,  
Elena GAUDIEŠIŪTĖ) ... 35

Įvadas ... 35

Metodika ... 39

Rezultatai ... 43

Požiūris į medikamentinį gydymą ... 44

Požiūris į psichoterapinį gydymą ... 46

Rezultatų apibendrinimas ... 51

Tyrimo ribotumai ... 52

Išvados ... 53

Literatūra ... 54

3. **PSIHIKOS SUTRIKIMŲ DISKURSAI  
AKADEMINĖJE IR PROFESINĖJE LITERATŪROJE  
BEI ŽINIASKLAIDOJE** (Jurga MATAITYTĖ-DIRŽIENĖ) ... 56  
**Psichikos sutrikimų ir jų gydymo formų analizės žiniasklaidoje ir  
profesinėje bei mokslinėje literatūroje teorinės prielaidos ... 56**  
 Kalbos reikšmė konstruojant psichikos sutrikimų ir jų  
 gydymo formų sampratas ... 57  
 Biomedicininis psichikos sutrikimų sampratos diskursas ... 58  
 Psichosocialinis psichikos sutrikimų sampratos diskursas ... 60  
 Žiniasklaidos, profesinių ir akademinų publikacijų vaidmuo  
 formuojant psichikos sutrikimų ir jų gydymo metodų  
 sampratas ... 61  
**Tyrimo metodika ... 64**  
**Publikacijų analizės duomenys ... 70**  
 Profesinių ir akademinų publikacijų analizės duomenys ... 70  
 Žiniasklaidos publikacijų analizės duomenys ... 78  
**Išvados ... 83**  
**Literatūra ... 84**
4. **KIEKYBINIS PACIENTŲ PSICHOMETRINIŲ  
RODIKLIŲ TYRIMAS** (Donata PETRUŽYTĖ, Miglė  
 MARCINKEVIČIŪTĖ, Arūnas GERMANAVIČIUS, Gabrielė  
 RUŠINAITĖ) ... 86  
**Įvadas ... 86**  
**Tyrimo metodika** (Donata PETRUŽYTĖ) ... 86  
 Tyrimo instrumentai ... 86  
 Tiriamieji ... 87  
**Pasirinktos tyrimo strategijos pagrindimas ... 88**  
 Tyrimo eiga ir organizavimas, duomenų sauga ... 90  
 Tyrimo dalyvių konfidencialumo užtikrinimas ... 91  
 Pasirinktos tyrimo strategijos teisinis pagrindas ... 93  
 Duomenų subjektų teisių užtikrinimas ... 93  
**Psichikos sutrikimų turinčių pacientų psichologinė  
gerovė praėjus 6 mėnesiams po hospitalizavimo  
(Miglė MARCINKEVIČIŪTĖ) ... 94**  
**Įvadas ... 94**  
 Psichologinės gerovės samprata ... 94  
 Socialiniai-demografiniai psichologinės gerovės veiksniai ... 96  
 Psichologinė gerovė ir psichikos sveikata ... 102  
 Tyrimo tikslas ... 105  
 Tyrimo klausimai ... 105

Tyrimo metodika ...	106
Tyrimo dalyviai ...	106
Tyrimo instrumentai ...	106
Tyrimo eiga ...	107
Duomenų analizės metodai ...	108

Rezultatai ...	108
Rezultatų aptarimas ...	112
Išvados ...	115
Literatūra ...	116

**Sunkiais psichikos sutrikimais sergančių pacientų bendro visuminio veiklos vertinimo ir demografinių rodiklių sąsajos (Arūnas GERMANAVIČIUS, Gabrielė RUŠINAITĖ) ... 123**

Įvadas ...	123
Tyrimo tikslas ir uždaviniai ...	123
Tiriamieji ir metodai ...	124
Rezultatai ...	126
Aptarimas ...	138
Išvados ...	140
Literatūra ...	141

**5. EKONOMINĖ PSICHIKOS LIGŲ NAŠTOS ANALIZĖ (Liubovė MURAUŠKIENĖ, Donata PETRUŽYTĖ) ... 141**

**Įvadas ... 141**

**Tyrimo metodika ... 142**

Tyrimo metodai ...	142
Pasirinktos tyrimo strategijos pagrindimas ...	143
Tyrimo eiga ir organizavimas ...	144
Duomenų gavimo iš kiekvieno duomenų šaltinio svarbos pagrindimas ...	147
Duomenų sauga ...	147
Duomenų subjektų teisių užtikrinimas ...	148
Pasirinktos tyrimo strategijos teisinis pagrindas ...	148

**Ekonominė psichikos ligų naštos analizė: tyrimo rezultatai ... 149**

Gydytų pacientų grupių apibūdinimas ...	149
Valstybės išlaidos psichikos ligoms gydyti ...	150
Valstybės išlaidų, skirtų Ligoninėje 2013 m. gydytiems pacientams, detalesnė analizė ...	153
Ligonių grupavimas pagal panašių paslaugų teikimo Ligoninėje kriterijų ...	153
Ligonių grupavimas pagal gydymo atvejų Ligoninėje dažnį ...	155
Ligonių grupavimas pagal ligas ...	156



Ekonominės ligų sąnaudos ...	157
Teikėjų gydymo sąnaudų patikslinimas ...	159
Ambulatorinio gydymo sąnaudos pirminėje SPP grandyje ...	159
Gydymas stacionare ...	160
Pacientų išlaidos ...	161
Tiesioginės ne gydymo sąnaudos ...	162
Netiesioginės sąnaudos ...	162
Darbingumo praradimas dėl psichikos ligų ...	162
Dėl ankstyvų mirčių prarasti gyvenimo metai ...	165
Tyrimo rezultatai šalies kontekste ...	165
Sveikatos priežiūros sektorius...	165
Socialinis sektorius ...	167
<b>Tyrimo apribojimai ...</b>	<b>168</b>
<b>Išvados ...</b>	<b>169</b>
<b>Literatūra ...</b>	<b>170</b>

## REKOMENDACIJOS ... 171

## PSICHIKOS SVEIKATOS IR GEROVĖS VERTINIMO MODELIS ... 175

### PRIEDAI ... 179

Priedas Nr. 1. Analizuotų profesinių ir akademinų publikacijų sąrašas ...	179
Priedas Nr. 2. Kokybinio tyrimo klausimai psichikos sveikatos politikos ekspertams (E. Šumskienė) ...	180
Priedas Nr. 3. Kokybinio tyrimo klausimai (V. Klimaitė) ...	181
Priedas Nr. 4. Bendro veiklos vertinimo skalė ...	181
Priedas Nr. 5. Klinikinės būklės įvertinimas ...	183
Priedas Nr. 6. Paslaugų vartojimo anketa (L. Murauskienė) ...	184
Priedas Nr. 7. Ligos istorijos duomenys (E. Šumskienė, A. Germanavičius) ...	191
Priedas Nr. 8. Ligos istorijos duomenys (E. Šumskienė, A. Germanavičius) ...	196

Lietuva daug metų neturėjo galimybės veiksmingai ir atsizvelgiant į geriausias, mokliškai pagrįstas praktikas, plėtoti psichikos sveikatos apsaugą – finansavimo ir infrastruktūros plėtros prioritetuose dominavo medicininė paradigma. Atkūrus nepriklausomą valstybę greitai paaiškėjo rimtų sprendimų psichikos sveikatos srityje būtinybė: paveldėtos sistemos ydingumas ir esminių permainų poreikis psichikos sveikatos apsaugos srityje, psichikos sveikatos problemų gausa, pažangus tarptautinis kontekstas (Psichikos sveikatos strategija 2007). Strateginiame psichikos sveikatos dokumente konstatuojama, kad svarbiausios Pasaulio sveikatos organizacijos ir Europos Sąjungos rekomendacijos diegti ir plėtoti nemedikamentinius gydymo ir rehabilitacijos būdus taip ir lieka nepradėtos įgyvendinti, nepaisant prastos Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos būklės (ją charakterizuoja gyventojų savižudybės, mirčių dėl kitų išorinių mirties priežasčių rodikliai, stigmos ir diskriminacijos paplitimas).

Anksčiau atliktuose tyrimuose (Pūras et al. 2013; Veryga et al. 2013; Germanavičius et al. 2013) nurodoma, jog psichikos reikalingas esminis sveikatos priežiūros proveržis, nes esamas santykis tarp prioritetiškai remiamo gydymo vaisiais ir neapmokamų psichoterapinio gydymo būdų nulėmė nepriimtina situaciją, kai vienintelis prieinamas gydymo būdas yra medikamentinis gydymas ir / arba hospitalizavimas psichiatrijos stacionare.

Šia monografija siekiama prisidėti prie medicininės paradigmos kaitos į biopsichosocialinę mokliškai pagrįstais duomenimis, atskleidžiant sistemos dalyvių požiūrį bei vyraujančius visuomeninius diskursus, įvertinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų poveikį psichologiniam ir socialiniam pacientų funkcionavimui, taip pat nagrinėjant ekonominę psichikos ligų ir jų gydymo naštą visuomenei. Šiems siekiams įgyvendinti buvo suburta tarpdisciplininė komanda, atstovaujanti sociologijos, psichologijos, psichiatrijos ir ekonomikos mokslams.

Panašūs užsienyje atlikti tyrimai (Andrews et al. 2004; Godfrey et al. 2004; Greenberg et al. 2003) yra rimtas impulsas psichikos sveikatos politikai formuoti, jais vertinamas atskirų gydymo formų ekonominis efektyvumas (Thiede et al. 2014; Gournay and Brooking 2008; Mojtabai et al. 2002; Glazer and Ereshefsky 1996). Nuo XX a. pab. Pasaulio sveikatos organizacijos, Pasaulio psichiatrų asociacijos iniciatyva vykdomi tyrimai, kurių metu iš skirtingų mokslinių perspektyvų analizuojama psichikos sveikatos sistema, jos rezultatai ir šių tyrimų išvados pasi-  
telkiamos priimant psichikos sveikatos politikos sprendimus.

Atliekant tyrimą, buvo pasitelkiama užsienio mokslininkų patirtis, įvertinamos asmens psichikos sveikatos priežiūros sistemos spragos, renkami empiriniai duomenys, be to, buvo kuriamas Lietuvai pritaikytas modelis pagal esamą sveikatos, socialinės apsaugos sistemos situaciją. Todėl šioje monografijoje pristatomo kompleksinio tyrimo pagrindu sukurtas modelis (pateikiamas paskutiniame monografijos skyriuje) turi didelę praktinę taikomąją vertę – pateikia išvalgų apie psichikos sveikatos priežiūrai skiriamas išlaidas, tikslingesnę investicijų į psichikos sveikatos priežiūros sistemą planavimą, paslaugų efektyvinimą bei jų kokybės didinimą.

Pirmąkart Lietuvoje pateikiamas išsamus asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas, suteikiama empirinio pagrindo diskutuoti, kiek atsi-perka į psichikos sveikatos sistemą investuotos lėšos, kiek galutiniai gydymo metodų rezultatai mažina ekonominę naštą ir pateikiama rekomendacijų, kaip tobulinti sistemą. Taigi **tyrimo tikslas** – įvertinti perėjimo nuo medicininės prie biopsichosocialinės paradigmos prielaidas Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrimas skirtas psichikos sveikatos ir gerovės vertinimo modeliui sukurti ir išbandyti lokaliaje geografinėje erdvėje (Vilniuje).

#### **Tyrimo uždaviniai<sup>1</sup>:**

1. Išsiaiškinti psichikos sveikatos praktikų ir politikų požiūrius į psichikos sveikatos priežiūros sistemą, skirtingas gydymo formas ir jų dominavimą kaip psichikos sveikatos politikos krypties padarinį.
2. Ištirti skirtingas gydymo formas ir įvairias jų kombinacijas patyrusių pacientų psichikos sutrikimų simptomų, veiklos ir socialinės adaptacijos pokyčius.
3. Ištirti žiniasklaidoje, profesinėje ir mokslinėje literatūroje dominuojančius diskursus rašant psichikos (ne)sveikatos temomis.
4. Ištirti psichikos sveikatos priežiūros įstaigų pacientų psichikos sutrikimų simptomų, veiklos ir socialinės adaptacijos pokyčius.
5. Įvertinti psichinių ligų naštą ir jos pokyčius gydantis psichikos sveikatos įstaigose bei palyginti gautus rezultatus su duomenimis apie bendrąją populiaciją.

Renkant duomenis bendradarbiavo tarpdisciplininė tyrėjų komanda, kurią sudarė trys sociologės: Eglė Šumskienė (projekto vadovė), Donata Petružytė ir Jurga Mataitytė-Diržienė, ekonomistė Liubovė Murauskienė, psichologė Vaiva Klimaitė ir psichiatras Arūnas Germanavičius. Skirtingais tyrimo etapais prie atskirų tyrimo komponentų dar prisijungė aštuoni gydytojai psichiatrai, trys psichologės, ir dvylika socialinio darbo, socialinės politikos, sociologijos, psichologijos

<sup>1</sup> 2, 4 ir 5 uždaviniuose nurodomiems tyrimams atlikti 2015.10.06 gautas Vilniaus regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto leidimas Nr. 158200-15-808-320 ir 2016.02.23 Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos leidimai Nr. 2R-1038(2.6-1.) ir Nr. 2R-103p(2.6-1.).

ir medicinos studentų. Pastarieji projekto darbuotojai ir savanoriai padėjo rinkti duomenis (pavyzdžiui, su Klinikine bendro įspūdžio skale rinkti duomenis gali tik gydytojas psichiatras, todėl visuose į tyrimą įtrauktuose skyriuose bendradarbiauome su gydančiais gydytojais).

Duomenys tyrimui buvo renkami pasitelkus dešimt skirtingų instrumentų. Rinkti kokybinei informacijai iš psichikos sveikatos priežiūros sistemos ekspertų ir psichiatrinį gydymą gavusių asmenų buvo sukurtos dvi anketos, diskurso analizei – parengti du atskiri akademinų / profesinių ir žiniasklaidos publikacijų analizės instrumentai.

Longitudinis kiekybinis tyrimas buvo vykdomas naudojant šešis skirtingus instrumentus – ir adaptuotus, ir tyrėjų sukurtus unikalius. Buvo naudojami ir šie originalūs instrumentai: Taisytas Hopkinso žodinės atminties testas; Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė; Bendro veiklos vertinimo skalė; Klinikinė bendro įspūdžio skalė (adaptuota tyrėjų komandos); Ligos istorijų anketa (viena versija skirta ambulatoriškai, kita – stacionariai besigydantiems pacientams, parengta tyrėjų komandos duomenims iš pacientų ligos istorijų rinkti); Paslaugų vartojimo anketa (parengta tyrėjų komandos).

Greta jau minėtų kiekybinių ir kokybinių tyrimų, buvo vykdomas ekonominis ligos naštos ir jos pokyčių tyrimas, kuriuo buvo siekiama apskaičiuoti 2013 m. Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro ir Antakalnio poliklinikos psichikos sveikatos centro pacientams skirtas valstybės išlaidas 2012 ir 2014 metais. Remiantis „Sveidros“, „Sodros“, Lietuvos darbo biržos, Vidaus reikalų ministerijos Informatikos ir ryšių departamento, Vilniaus miesto savivaldybės socialinės paramos centro, Higienos instituto turimais duomenimis, buvo vertinamos gautos įmokos ir išlaidos kompensuojamiesiems medikamentams, įvairioms socialinėms ir medicininėms paslaugoms, išmokoms ir pan.

Šis tyrimas unikalus tuo, kad projekto komandos nariai išplėtojo schemą, leidžiančią iš skirtingų viešojo sektoriaus institucijų surinkti duomenis ir juos susieti su kiekvienu 2013 metais tyrime dalyvavusiose įstaigose besigydžiusiu asmeniu, kartu išsaugant pacientų privatumą.

Prieš aptariant konkrečius tyrimų duomenis, norėtuši akcentuoti, jog projekto vykdymo metu surinkti unikalūs ir išsamūs duomenys sudaro tik dalį tyrimo vertės. Ne mažiau reikšmingas yra išugdytas tyrėjų gebėjimas telkti komandą, pritraukti išorinius pagalbininkus duomenims rinkti, įgyti pasitikėjimą jautriose institucijose, teikiančiose psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, ir jo neapvilti, derėtis su viešojo sektoriaus įstaigomis dėl duomenų suteikimo, turint omeny, jog ši paslauga visais atvejais (išskyrus vieną) buvo suteikta neatlygintinai, nors pareikalavo papildomo darbo atrenkant atskirų pacientų duomenis ir užtikrinant jų anonimiškumą.

Susitelkimas, supratingumas ir geranoriškas bendradarbiavimas tiek asmeniniu, tiek instituciniu lygmeniu atskleidė kolektyvinį nerimą dėl prastų Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos rodiklių ir pademonstravo siekį priimti asmeninę atsakomybę geriau susipažįstant su situacija ir ieškant problemų sprendimo būdų.

Savo ruožtu, projekto vykdytojų komanda dėjo visas pastangas, kad būtų surinkta ne tik vienkartinė informacija, bet ir būtų paruoštos mokliškai pagrįstos rekomendacijos, padedančios priimti konkrečius sprendimus, parengta metodika, skatinanti reguliariai ir nuolat stebėti psichikos sveikatos priežiūros rodiklius.

# 1 EKSPERTŲ POŽIŪRIS Į LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMĄ

(Eglė ŠUMSKIENĖ)

## ĮVADAS

Šiame skyriuje pristatomas tyrimas, kurio tikslas buvo išsiaiškinti psichikos sveikatos praktikų ir politikų požiūrius į psichikos sveikatos priežiūros sistemą, skirtingas gydymo formas ir jų dominavimą kaip psichikos sveikatos politikos krypties padarinį. Tekste labiausiai išryškunami Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo aspektai bei medikamentinio gydymo ir psichoterapijos paslaugų teikimo ypatumai. Atitinkamai sudarytas skyrius, įvadinės ir empirinės dalies tematinė struktūra.

## LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS VERTINIMAS

Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje trūksta tinkamų indikatorių stebėsenos. Statistikai dažniausiai naudojami tokie rodikliai kaip savižudybių skaičius, hospitalizavimo kiekis, vietų skaičius psichiatrinėse ligoninėse, stacionarias ar ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų skaičius, psichikos sveikatos priežiūros specialistų kiekis. Pasitaiko ir epizodinių pacientų tyrimų apie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų naudojimą.

Tačiau šie rodikliai neatskleidžia psichikos sveikatos priežiūros sistemos kompleksškumo, atskirų jos grandžių sąsajų ir, svarbiausia, nieko nepasako apie jos sėkmes ir nesėkmes. Pavyzdžiui, savižudybių skaičius atspindi aštriausius ir kritinius psichikos sutrikimų atvejus, ligoninėse teikiamų paslaugų apskaita apima tik tą visuomenės dalį, kuri serga sunkiomis psichikos ligomis ir gauna stacionarų gydymą, o apsilankymų psichikos sveikatos centruose kiekis gali reikšti apsilankymus dėl psichiatrų išduodamų pažymų, receptinių vaistų pratęsimo ar tęstines konsultacijas.

Neturint efektyvios visapusės psichikos sveikatos priežiūros sistemos stebėsenos, reguliariai nerenkant išsamios informacijos apie visuomenės psichikos sveikatą, sudėtinga planuoti ir paskirstyti lėšas, stebėti naujų paslaugų ir programų sėkmę, vertinti vykdomą psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformą. Stebėseną svarbi ir tuo požiūriu, kad psichikos sveikatos priežiūroje ypatingas dė-

mesys yra skiriamas prevencijai, kuri, savo ruožtu, neįmanoma neatlikus detalios situacijos analizės.

Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatyme, kuris nustato visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) (toliau – visuomenės sveikatos stebėsenos) organizacinę struktūrą, vykdymo tvarką ir su tuo susijusią atsakomybę, nėra atskirai numatytos priemonės psichikos sveikatos sistemos stebėsenai, tačiau šiems procesams daug dėmesio skiriama Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos strategijoje, kurios tikslas – sukurti psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms. Šiame dokumente konstatuojamas nepakankamas valstybės ir savivaldybių sveikatos programų valdymas, koordinavimas, įgyvendinimo efektyvumo vertinimas, o kaip vienas iš šios strategijos uždavinių ir viena įgyvendinimo priemonių yra išskirta psichikos sveikatos priežiūros sistemos rodiklių ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių mokslinis vertinimas bei stebėseną.

2013 m. parengtos mokslo studijos „Iššūkių įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“ autoriai, remdamiesi G. Thornicrofto ir M. Tansella (2006) išskirtais psichikos sveikatos priežiūros sistemos stebėsenos rodikliais, sudarė psichikos sveikatos sistemos vertinimo matricą ir pateikė rekomendacijas psichosocialinės gerovės indeksui vertinti. Vertinant buvo išskirtas psichikos sveikatos išteklių (finansinių, žmogiškųjų ir materialinių), proceso (sergamumas, ligotumas, vidutinė gulėjimo trukmė, darbingumo lygis ir pan.) ir rezultatų (pasitenkinimas paslaugomis, ekonominė našta, stigmatizacijos lygis, gyventojų skaičius globos institucijose ir pan.) vertinimas individo, bendruomenės ir valstybės mastu. Apibendrinę surinktus duomenis, studijos autoriai daro išvadą, jog „Lietuvoje šiuo metu iš esmės yra atliekamas psichikos sveikatos sistemos funkcionavimas, t. y. psichikos sveikatos sistemos procesą charakterizuojantys rodikliai (pvz., apsilankymai ambulatorines ir stacionarines paslaugas teikiančiose psichikos sveikatos įstaigose ir tuo pagrindu skaičiuojamas sergamumas bei ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais ir pan.), tačiau sistemoje nėra tradicijos, mechanizmo ir rodiklių vertinti psichikos sveikatos sistemos veiklos rezultatus. Tai apsunkina ir psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo stebėseną, neleidžia vertinti ir pačios psichikos sveikatos sistemos efektyvumo“ (Pūras et al. 2013: 164).

Kai nevertinami psichikos sveikatos sistemos rezultatai, institucijos, atsakingos už psichikos sveikatos priežiūros sistemos funkcionavimą ir reformą negauna reguliarios informacijos apie sistemos veikimą. Ir tai ne viskas – reformos kontekste itin svarbu vertinti inovacijas, diegiamas modernias paslaugas ir šiuolaikines psichikos sveikatos gerinimo technologijas, todėl nerenkant informacijos apie tai,

kokią pridėtinę vertę suteikia inovatyvios paslaugos, negaunama argumentų dėl būtinybės jas tęsti, modifikuoti arba atmesti kaip nepasiteisinusias. Tokiais atvejais, kaip pamatysime iš toliau pateikiamų ekspertų tyrimo rezultatų, dominuoja neracionalūs, intuityviai priimami sprendimai.

Toliau pateikiami ekspertų vertinimai, nagrinėjant vieną jų pačių identifi-kuotą psichikos sveikatos priežiūros sistemos spragą: vertinimo ir refleksyvumo stoką. Analizės skyriai sudaryti remiantis išskirtomis *in vivo* kategorijomis. Kiekviena iš šių kategorijų iliustruoja bent po vieną iš aukščiau įvardytų rodiklių: ištekliai (Neracionalus sistemos finansavimas: „Psichikos sveikatos sistema yra tiesiog iš inercijos, iš kažkokios tradicijos finansuojama“); procesas (Stipriausia sistemos grandis: „Pagrindinis tikslas paguldyti žmogų į ligoninę, o ten viskas išsispręs“); rezultatas (Savižudybės – dominuojantis vertinimo indikatorius: „Tiesą pasakius, mes ir nežinom, kodėl mes pirmajam savižudybių tarpe“ ir Vertinimo ypatumai: „Kažko mes galbūt nežinom apie Lietuvą“).

## BIOMEDICININĖS IR PSICHOSOCIALINĖS INTERVENCIJOS LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOJE

*„Iš psichiatro kabineto – bent su pora receptų“*

Šiomet, 2017 m. balandžio 7 d., Pasaulio sveikatos organizacijai minint Pasaulio sveikatos dieną buvo pasirinkta depresijos tema. Jungtinių Tautų Specialusis pranešėjas dėl paramos visuotinei teisei į aukščiausius siektinus fizinės ir protinės sveikatos standartus prof. Dainius Pūras savo pranešime teigė, jog būtina ne tik didinti gydymo prieinamumą, bet ir apsispręsti, kokioms gydymo formoms bus teikiamas prioritetas. Pranešėjo teigimu, tinkamas investavimas į psichikos sveikatą yra žmogaus teisių klausimas, kurį būtina nedelsiant spręsti neapsiribojant biomedicine pagalba, bet ir vykdant psichosocialines intervencijas, tai yra, gydymą vaistais derinant su psichoterapija.

Retrospektyviai žvelgiant į XX amžiaus psichiatrijos mokslo ir praktikos istoriją, pastebimas blaškymasis tarp dviejų kraštutinių, kurį studijos „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“ autoriai apibrėžia kaip švytuoklės tradiciją Europos ir pasaulio psichikos sveikatos priežiūros istorijoje: „Tam tikrais laikotarpiais buvo perlenkiama į *brainless mind*, po to įvykdavo susivokimas per daug nukrypus į psichikos sutrikimų psychologizavimą ar sociologizavimą, o dar vėliau įvykdavo perlenkimas į *mindless brain* pusę, sureikšminant biologinių veiksmų vaidmenį psichikos sutrikimų genezėje ir jų gydymo methoduose. Taip būdavo nusprendžiama, kad tik biomedicininės intervencijos gali būti veiksmingos sprendžiant psichikos sveikatos sutrikimų sukeltas problemas. Netrukus būda-



vo konstatuojamas perlenkimas į *mindless brain*, ir vėl taisomi padaryti perlenkimai“ (Pūras et al. 2013: 129).

Nors psichikos sveikatos priežiūra reikalauja labai skaidriai ir etiškai subalansuoto santykio tarp biomedicininų ir psichosocialinių intervencijų, skaidraus ir viešo dialogo apie skirtingo gydymo veiksmingumą ir naudą, iki šiol šis konsensusas nėra pasiektas daugelyje šalių, taip pat ir Lietuvoje. Tinkamo balanso tarp dviejų skirtingų paradigmu stoka lėmė gydymo inovacijų stoka, nepasitikėjimą psichiatrijos mokslu ir praktika, ir, galiausiai – prastus visuomenės psichikos sveikatos rodiklius (Deacon 2013).

Intensyvūs lyginamieji tyrimai, kuriuose analizuojamas psichoterapijos ir medikamentinio gydymo poveikis, vyko nuo XX amžiaus 8-ojo dešimtmečio, o skirtingų autorių gauti tyrimų rezultatai labai skyrėsi. 1969 m. J. O. Cole'is ir J. M. Davis, apžvelgdami turimus tyrimų duomenis, padarė išvadą, jog vaistų ir socialinės terapijos derinys yra žymiai veiksmingesnė gydymo forma negu apsiribojimas kuriuo vienu iš jų. G. E. Hogarty (Hogarty et al. 1974) analizavo psichosocialinių paslaugų ir priešdarbinės reabilitacijos poveikį ir padarė išvadą, jog medicininis gydymas privalo būti derinamas su psichosocialiniais komponentais. Apžvelgdami psichiatrinį gydymą analizuojančią literatūrą, G. B. Burnettas, M. A. Liptonas (1979) pastebėjo, jog greitas neuroleptikų poveikis, palyginti su ilga ir nuoseklia psichologine terapija, lėmė šeštojo dešimtmečio pabaigoje dominavusį įsitikinimą, jog šizofrenijos gydymas be vaistų neveiksmingas ir nepateisinamas. 1987 metais J. M. Kane'as atmetė psichoterapijos metodą kaip nenaudingą ir net nevertą tolesnių tyrimų. Jis buvo priimtinas nebent kaip menkavertis priedas prie gydymo vaistais. Tais pačiais metais M. J. Goldsteinas, atvirksčiai, nurodė, kad šeimoms teikiamos psichosocialinės intervencijos naudingesnės negu vien gydymas vaistais, tačiau jų nesiūlė kaip alternatyvos medicininiam gydymui.

Naujausi šios srities tyrimai nurodo būtinybę derinti abi gydymo rūšis siekiant maksimalaus terapinio efekto. Pavyzdžiui, P. Cuijpers (Cuijpers et al. 2014) teigimu, jo su kolegomis atlikti tyrimai parodė psichoterapijos ir antidepresantų derinio veiksmingumą gilios depresijos, panikos sutrikimų ir obsesinio kompulsinio sutrikimo atvejais. Nors įprastoje klinikinėje praktikoje abiejų metodų derinys dažniau pasitelkiamas gydant sunkias ligas, šių tyrimų autoriai siūlo dažniau toki derinį naudoti ir vidutinių sutrikimų atvejais. D. O. Antonuccio (Antonuccio et al. 1995), konstatuodamas antidepresantų paplitimą gydant depresiją JAV, teigia, jog yra tiek pat ar net labiau veiksmingų saugesnių alternatyvų, tokių kaip psichologinės intervencijos, o ypač – kognityvinė elgesio terapija. D. Spielmanas (Spielman et al. 2011), lygindamas psichoterapijos ir farmakoterapijos poveikį gydant depresiją, konstatavo, kad trumpalaikėje perspektyvoje abiejų metodų poveikis mažai skiriasi, tačiau analizuojant ilgalaikį abiejų metodų poveikį, išryškėja psichoterapijos vertė. Kiti autoriai, kurių tyrimai atskleidė skirtingų gydymo metodų derinimo

privalumus: D. H. Barlow (Barlow et al. 2000), M. B. Kelleris (Keller et al. 2000), M. E. Thase (2000) ir kt.

F. N. Buschas ir L. S. Sandbergas (2016: 3) analizuoja pagrindinius veiksnius, lėmusius dviejų gydymo metodų suartėjimą, pasikeitusį psichoterapijos šalininkų požiūrį į vaistų vartojimą: pirmiausia, tai saugesnių, geriau toleruojamų ir mažiau šalutinių efektų turinčių vaistų prieinamumas; tyrimai, patvirtinę medikamentinio gydymo veiksmingumą įvairių sindromų atvejais; tokie išoriniai veiksniai kaip draudimo bei farmacinių kompanijų veikla ir rinkodara, nukreipta tiesiai į paslaugų vartotojus; nykstančios ribos tarp biologinių ir psichologinių simptomų; klinikiniai tyrimai, atskleidę abiejų gydymo metodų derinimo veiksmingumą.

Tokiame į konsensuą orientuotame kontekste daugelyje Vakarų pasaulio valstybių įsitvirtino suvokimas apie psichoterapijos ir kitų psichosocialinių intervencijų veiksmingumą. Kaip savo studijoje pastebi psichiatras D. Pūras (Pūras et al. 2013: 17), daugelyje valstybių, biudžeto ar sveikatos draudimo lėšomis apmokant psichikos sutrikimų gydymo paslaugas, įsivyravo principas psichosocialinėms paslaugoms skirti ne mažiau lėšų negu medikamentinio gydymo kompensavimui. Gausus gerai parengtų psichologų ir klinikinų socialinių darbuotojų įdarbinimas bendruomenės lygmeniu veikiančiose psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose ir šių paslaugų apmokėjimas, naudojant valstybės biudžeto arba sveikatos draudimo lėšas, tapo savaime suprantamu principu ir sukūrė stiprų šiuolaikinių psichikos sveikatos politikos principų įgyvendinimo pagrindą (Pūras et al. 2013: 17).

Tačiau nagrinėdami Lietuvos situaciją, studijos autoriai konstatavo, jog iš 2001 m. Pasaulio sveikatos organizacijos pranešime išskiriamų privalomų moderniosios psichikos sveikatos priežiūros komponentų (farmakoterapija, psichoterapija, psichosocialinė rehabilitacija, profesinė rehabilitacija ir darbas bei būstas) buvo nuosekliai plėtojama tik vienas komponentas – farmakoterapija. Likusiųjų komponentų plėtra, su mažomis išimtimis, iki šiol nevyksta (Pūras 2013: 122).

Toliau tekste bus aptariama psichikos sveikatos priežiūros ekspertų ir psichiatrinį gydymą gavusių asmenų nuomonė apie Lietuvoje egzistuojantį psichoterapijos ir medikamentinio psichikos ligų gydymo derinimą, galimybę rinktis, aplinkybes, kurios lėmė susiformavusį gydymo modelį ir jo padarinius mūsų šalies psichikos sveikatos priežiūros sistemai.

## TYRIMO METODIKA

Remiantis Alfredo Schützo (1984) socialine epistemine stratifikacija, konstruojami trys idealieji tipai: ekspertas, gerai informuotas pilietis, žmogus iš gatvės. Visi tipai nurodo į tam tikrus komunikacinius būdus: profesinį žinojimą, tarpinį žino-

jimą ir kasdienį žinojimą. Eksperto žinojimas – tai profesinis žinojimas, kuris priklauso ribotam pažinimo laukui. Kita vertus, šis žinojimas yra aiškus ir specifiškas. Eksperto nuomonė remiasi pagrįstais tvirtinimais, jo sprendimai nėra spėlionės. Ekspertas labai gerai žino, jog kitas ekspertas supras visus tam tikros problemos specifinius niansus, todėl jis niekada nelaikys neprofesionalo arba mėgėjo pozicijos lygiaverte.

Ekspertinis interviu yra kokybinių tyrimų dizaino metodas, skirtas ekspertiniam žinojimui ištirti (Bogner et al. 2009). Ekspertinis interviu nėra specifinis duomenų surinkimo metodas, jis apima visų tipų kokybinius interviu, kuriuose apklausiami ekspertai. Ekspertai apibrėžiami kaip žmonės, kurie pozicionuoja tam tikrą žinojimą apie konkretų socialinį fenomeną, ekspertų interviu yra specifinis metodas, skirtas duomenims apie tam tikrą socialinį reiškinį surinkti (Bogner et al. 2009: 117). Medikai, architektai, teisininkai yra geriausi kvalifikuotų ekspertų pavyzdžiai.

Šioje dalyje analizuojami medicinos ekspertų: gydytojų psichiatrų, psichologų, sveikatos sektoriaus politikų, NVO atstovų pusiau struktūrinantis interviu. Ekspertų interviu yra vertinami, nes suteikta informacija itin išsami, paremta oficialiais duomenimis arba vyraujančia tam tikros srities politika (Bogner et al.). Šie interviu remiasi profesinėmis, specializuotomis žiniomis, dėl to tyrėjui, atliekančiam ekspertinius interviu, kaip mokslo srities ekspertui yra patraukli ir iškalbinga kito eksperto – šiuo atveju mediko, sveikatos politikos formuotojo – pozicija bei žinios.

Kokybiniame ekspertų tyrime dalyvavo 20 ekspertų: gydytojų psichiatrų, psichologų, sveikatos politikos formuotojų, NVO atstovų. Visi informantai yra susiję su Lietuvos psichikos sveikatos politikos sritimi, todėl turi savo poziciją psichikos sveikatos politikos klausimais. Tyrimo dalyvių kompetencijos sritys ir atstovaujami sektoriai pristatomi lentelėje. Pastebėtina, kad trečdalis iš jų (7 ekspertai) susiję su daugiau nei vienu sektoriumi, trys iš ekspertų atstovauja 3–4 sektoriams.

Tyrimas vykdytas nuo 2015 metų rudens iki 2016 metų pabaigos. Buvo atlikta 20 pusiau struktūrinančių interviu, kuriuose buvo pateikta 10 pagrindinių klausimų. Vienas interviu truko vidutiniškai 70 minučių. Interviu klausimai pateikiami priede Nr. 2.

Duomenys (transkripcijos) analizuoti naudojantis kokybinės turinio analizės metodu (*Hsieh, Shannon 2005; Mayring 2000*). Duomenys analizuoti rankiniu būdu. Duomenų analizės procesas prasidėjo nuo teksto skaidymo į atskirus teminius segmentus, kuriems buvo sukuriamas kodas. Sudaromos kodų lentelės, į kurias surašomi visi susiję su konkrečiu kodu segmentai, išrinkti iš vienos transkripcijos. Kodų lentelės buvo grupuojamos, ieškoma sąsajų tarp atskirų kodų, kuriamos apibendrinamosios kategorijos: braižomi brėžiniai, atskleidžiantys sąsajas

**1 lentelė.** Ekspertų tyrimo dalyvių atstovaujami sektoriai

Eil. Nr.	Eksperto kodas	Akademinis sektorius	NVO sektorius	Paslaugų teikėjas	Politikas / sprendimų priėmėjas
1.	X03		x		
2.	Y01			X	
3.	Z03				x
4.	Y05			x	
5.	Y07		x		
6.	X06	x	x		
7.	X07		x		
8.	X05	x	x	x	
9.	Z01	x	x	x	x
10.	Y04			x	
11.	Z02	x			x
12.	X02		x		
13.	Y06			x	
14.	Z04				x
15.	Y07		x	x	
16.	Y03			x	
17.	Z05			x	x
18.	X08	x	x	x	x
19.	X04		x		
20.	Y02			x	

tarp (1) skirtingų kodų, (2) tarp kodų ir kategorijų, (3) tarp skirtingų kategorijų. Vėliau buvo imama po vieną kategoriją (t. y. susijusių kodų grupę) ir nuosekliai skaitomi bei analizuojami visi išrinkti segmentai: rašomos pastabos, mintys, o vėliau braižoma kodo temos atskleidimo struktūra. Tada paileiui aprašomi visi vienos kategorijos kodai ir sujungiami į vieną dokumentą. Gautas struktūrinantis laisvo stiliaus tekstas pildomas, taisomas, įkeliamos citatos (atrinkti tinkamiausi segmentai), daromi apibendrinimai, išimamos nereikalingos ar trukdančios temos nuoseklumui dalys, ieškoma vientisumo.

Pusiau struktūrinančio interviu metodu surinkta informacija atskleidė subjektyvų specialistų požiūrį psichikos sveikatos vykdymo ir įstatymų leidimo klausimais, gydymo praktikų bei viešosios nuomonės formavimo(si) atžvilgiu. Šitoks interviu paskatina ekspertus kalbėti apie jiems svarbiausius dalykus, jie išreiškia savo poziciją temos atžvilgiu, dalijasi aktualiais aspektais. Pusiau struktūrinančio interviu metodas yra tinkamas Lietuvos psichikos sveikatos tyrimo lauką išvysti specialistų akimis. Interviu metodas padeda išgauti detalius atsakymus, kurie iš anksto neapibrėžiami griežtomis kategorijomis.

BIOMEDICININIŲ IR PSICHOSOCIALINIŲ  
INTERVENCIJŲ VERTINIMAS

## ◆ Neracionalus sistemos finansavimas

*„Psichikos sveikatos sistema yra tiesiog iš inercijos, iš kažkokios tradicijos finansuojama.“*

Ekspertai konstatavo sistemos, jos pasiekimų, rezultatų vertinimo stoka, kartu identifikuodami vienintelį dominuojantį vertinimo aspektą – sistemos finansavimo rodiklius. Finansų klausimas išryškėjo kiekvieno ekspertinio interviu metu. Formuluodami savo nuomonę psichikos sveikatos priežiūros sistemos finansavimo požiūriu, ekspertai išryškino du pagrindinius aspektus: pirmiausia, finansavimo stoka, stabdanti sistemos plėtojimą, paslaugų kokybės gerinimą, antra, su tuo susijęs argumentas – neracionalus turimų finansų panaudojimas iškeliant neadekvačius finansavimo prioritetus.

Turėdama būti lanksti, reaktyvi, atliepanti dinamiškus visuomenėje kylančius iššūkius, Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistema lieka rigidiška, prisirišusi prie paveldėtos struktūros ar įtakingų interesų grupių. Su tuo susiję ir finansavimo ypatumai, kuriuos apibendrina nevyriausybiniam akademiniam sektoriui atstovaujantis ekspertas: „Ta psichikos sveikatos sistema yra iš inercijos, iš kažkokios tradicijos finansuojama. Tos paslaugos, kurios buvo iš anksčiau, arba yra interesų grupės, pavyzdžiui, vaistai, ir toks gydymo būdas buvo plėtojamas, o kitos paslaugos nelabai ir buvo planuojamos, nelabai planuojamas jų finansavimas, tai jos ir nelabai galėjo vystytis“.

Tokios stagnatyvios finansavimo schemas leidžia stiprėti seno modelio psichikos sveikatos priežiūros sistemai, kuri absorbuoja arba atmeta inovacijas, plečia esamas struktūras ir viešajame diskurse pristato jas kaip sėkmingas praktikas: „Tradicinė sistema įsitvirtino, o tie nauji daigai, kai kurie lieka, kai kurie griūna, vat kaip sakysim, vaiko raidos centras, kai kurie jau užsidarė“.

Vertinimo tradicijos ir kultūros nebuvimas yra palankesnis tradiciniam, tvirtai šaknis įleidusiam paslaugų teikimo modeliui ir, kaip parodė ekspertų mintys, pražūtingas inovatyvioms paslaugoms, kurios turi įsitvirtinti, užsitikrinti stabilų finansavimą, įrodyti savo veiklos rezultatus ir sėkmę: „Buvo daug tokių inovatyvių daigų, kurie paskui, kai krizė ekonominė, tai juos „kerpam, sako, mes negalim čia kažkokių išlaikyti“, o tradicinė, pradėdant kūdikių namais, baigiant suaugusiems psichologiniais pensionatais, suklestėjo“.

Ekspertų nuomone, Europos Sąjungos skirtos lėšos ir diegiamos inovacijos neatnešė esminių sisteminių pokyčių, o buvo absorbuotos įprastų institucinių

praktikų: „Jie turi stabilų finansavimą, jie neturi konkurencijos, jiems nereikia kovoti už finansavimą ir jie perėmė tuos struktūrinius [fondus], kur susirenovavo ir naudojo tą argumentą, kad „Europa davė mums pinigų, ką jūs čia mums dabar padarysit.“

Kai psichikos sveikatos priežiūros sistemos finansavimas nukreipiamas tradicinėms įstaigoms ir paslaugoms, nevertinant jų efektyvumo ir pasiektų rezultatų, labiausiai nukenčia nevyriausybinės organizacijos, siūlančios alternatyvų požiūrį, inovatyvius paslaugų teikimo modelius, pasisakančios už sistemos reformą: „Bet ir finansai nevyriausybiniio sektoriaus yra žymiai mažesni negu savivaldybės. Lietuvoje apskritai neįgalųjų nevyriausybiniis sektorius neįvertintas, bent jau būtų ne toks aukštas institucionalizavimas, bet didesnis dėmesys NVO, kūrybiškumui, lankstumui.“

Šiuo požiūriu kritikuodami esamą finansavimo tvarką vadovavosi visi tyrime dalyvavę nevyriausybiniio sektoriaus atstovai. Inovatyviems projektams nevyriausybiniės organizacijos gauna skurdų projektinį finansavimą, kurio dydį ir prioritetus lemia sistemos atstovai: „Mūsų organizacija gyvena iš projektų, kuriuos rašom kas metus ir teikiam. Savivaldybės arba Sveikatos apsaugos ministerija ruošia projektų finansavimo tvarkas, aprašus.“

Finansavimo tvarką ir instancijas, turinčias stipriausius įtakos svertus priimant finansinius sprendimus, kritikavo ir sistemai atstovaujančių institucijų atstovai, neigiamai atsiliepdami apie sprendimų priėmimo galios sutelkimą ne psichikos srities ekspertų, o techninių specialybių atstovų rankose: „Kai ligonių kasos ekonomistas, su visa pagarba jam kaip ekonomistui, diktuoja, ką turi daryti specialistas, tai aš išvis nežinau, ką mes ir kur.“

Vienai reikšmingiausių institucijų, atsakingų už psichikos sveikatos politikos vykdymą, atstovaujantis respondentas teigia atsidūręs nepalankioje tarpinėje pozicijoje. Viena vertus, „viršūnėse“ priimami neracionalūs, finansiškai ir žmogiškaisiais ištekliais nepagrįsti sprendimai, reikšmingose jų priėmimo grandyse neišklausoma profesionalų nuomonė: „Bet finansų, biudžeto formavimas – tu absoliučiai nedalyvauji. Kainų reguliavime tu visiškai nedalyvauji, apmokėjimo tos sistemos reguliavime tu nedalyvauji. Prevencijos programos, jos, jeigu ir parašytos, tai, kol jas suderini su kitom ministerijom, jos lieka skiedalai, o tiems skiedalams niekas neskiria [lėšų].“ Kita vertus, „apačios“ taip pat nenusiteikusios vykdyti naujų, joms finansiškai nepalankių užduočių. Be finansinio pagrindimo neišbandomos ir neveikia naujos idėjos, inovatyvios paslaugos valstybės institucijų lygmeniu net ir tuo atveju, kai šios funkcijos priskiriamos teisės aktais. Įsitaigų vadovai priima sprendimus, remdamiesi finansinės naudos arba nuostolių vertinimu: „Nei vienas, nei vienas iš penkių kompleksinės pagalbos vaikų centrų net nesiruošia pradėti važinėti su mobiliom komandom, nes tas įkainis yra tiek

per mažas, kad įstaiga eis į minusą finansine prasme... Joks įstaigos vadovas neturi leisti, kad įstaiga eitų į minusą.“

Žinoma, tokia strategija sutaupo lėšų einamuoju laikotarpiu (pavyzdžiui, psichologams, dirbantiems psichikos sveikatos centruose, mokamas tik minimalus atlyginimas), tačiau ekspertai svarsto apie ilgalaikes neigiamas pasekmes tiek visai sistemai, tiek Lietuvos visuomenei. Pirmiausia, mokant nedidelius atlyginimus negalima tikėtis įdarbinti gerų (arba iš viso jokių) specialistų. Antra, apie šiuos subjektyvius ir neracionalius sprendimus nėra informuojama visuomenė, kuri, priešingu atveju, tikėtina, pakeistų savo nuomonę dėl psichikos sutrikimų turinčių asmenų integracijos: „Toksai paradoksas gaunasi: visuomenė su dideliu entuziazmu pritaria, kad žmonės, kurie turi psichikos sveikatos problemų, yra izoliuoti, gyvena globos namuose, bet jeigu kažkas suskaičiuotų, kiek tai jiems kainuoja, tai tas entuziazmas gal šiek tiek sumažėtų, nes tai yra brangu: mes ne tik tuos žmones išlaikom pakankamai negerose sąlygose, bet ir jie nemoka jokių mokesčių. Jeigu dalis tų žmonių galėtų dirbti, bent jau dalinai išlaikyti save, tai mums gerokai sumažėtų išlaidos“.

#### ♦ Stipriausia sistemos grandis

*„Pagrindinis tikslas paguldyti žmogų į ligoninę, o ten viskas išsispres.“*

Reikšmingas Lietuvos psichikos sveikatos sistemos požymis yra aukšto lygio pagalba, stacionaruose teikiama sunkiomis psichikos ligomis sergantiems asmenims ir menkai išvystytos ambulatorinės paslaugos bendruomenėje, įskaitant ir psichikos sutrikimų prevenciją.

Kiekvienas tyrimo dalyvis paminėjo efektyvią ligoninėse teikiamą pagalbą sunkiomis psichikos ligomis sergantiems asmenims: „Su sudėtingomis psichozėmis tai ligoninėse iš tikrųjų yra kompetencija, kaip su jomis susitvarkyti“ bei labai pagerėjusias fizines sąlygas: „Žmonės patenkinti, aplinka juos labai tenkina, gražu, tvarkinga, švaru, ne taip kaip ten būdavo: koridoriuje susirenka trisdešimt žmonių į vieną koridorių, kaip bičių avilyje visi dūzgia, receptų laukdami.“

Savivaldybių lygmeniu veikiančios Psichikos sveikatos centrai, laikomi valstybės vykdomos psichikos sveikatos priežiūros reformos pagrindu, nusipelnė išskirtinio ekspertų dėmesio ir prieštarų vertinimų. Teigiamai juos vertino psichikos sveikatos priežiūros sistemai atstovaujantys tyrimo dalyviai. Pastebėtina, kad teigiamai apie šią psichikos sveikatos priežiūros grandį atsiliepę ekspertai apsiribojo konstatavimu, neargumentuodami savo teiginių ir nepagrįsdami pavyzdžiais ar statistine informacija. Tuo tarpu oponuojantys tyrimo dalyviai negailėjo kritikos, skaičių ir argumentų.

Pripažindami aukštą stacionarių paslaugų lygį, dauguma (trylika) apklaustų ekspertų pabrėžė spragas ambulatoriniame lygmenyje, tarp kurių galima išskirti

kiekybines: „Trūksta tos kitos grandies, kad kai išėjo žmogus iš ligoninės, kad jam kažkas padėtų, prižiūrėtų kaip jis geria vaistus“ ir kokybines spragas: „Tai [psichikos sveikatos centruose] yra pseudokomandos, kur yra per daug daktarų ... ir tada tas psychosocialinis komponentas nepadengtas ir tai virsta ambulatorine tarnyba, virsta vaistų išrašymo kontora“.

Vieni kritiškai, kiti – pozityviai, tačiau visi ekspertai pabrėžė Lietuvoje gerai išvystytą medikamentinį gydymo modelį. Pagrindiniai jo požymiai – galimybė nesunkiai patekti pas gydytoją psichiatrą tam, kad būtų greitai išrašyti ligonių kasų kompensuojami naujos kartos vaistai: „Jeigu pacientas kreipiasi dėl bet kokių nusiskundimų, tai iš kabineto jisai išsineša bent porą receptų.“ Čia dominuojančio medikamentinio gydymo privalumui baigiasi ir išryškėja reikšmingi jo trūkumai. Ekspertai kritikuoja gerą medikamentinio gydymo prieinamumą, laikydami jį ir pernelyg geru, ir pernelyg prieinamu. Dažnu atveju, ypač kalbant apie ambulatorinę gydymą psichikos sveikatos centruose, jis tampa vienintele psichiatro dėmesio pacientui išraiška.

Daugumos ekspertų nuomone, bendruomeninių psichikos sveikatos centrų stiprinimas galėtų vykti dviem kryptimis – **pirmiausia**, šios įstaigos neturėtų apsiriboti vien „ligonių priimamojo“ funkcija, bet ir turėtų vykdyti aktyvią veiklą bendruomenėje, savo iniciatyva palaikyti intensyvius kontaktus su iš ligoninės išrašytais pacientais: „Ne vien tiktai palauktų, kol jisai ateina į psichikos sveikatos centrą, bet galbūt pas jį užeitų, pasižiūrėtų“, **antra**, ekspertai pabrėžė šių centrų teikiamų paslaugų įvairovės būtinybę, neapsiribojant tik vaistų išrašymu: „Be tų vaistų, dar vyktų ir kažkokia, netgi nebūtinai psichologinė, bet emocinė pagalba, kaip tam žmogui prisitaikyti prie sunkumų.“

Šiuo atveju ekspertai identifikuoja tam tikrą „pilkąją zoną“. Viena vertus, jie daro prielaidą, jog sėkminga psichikos sveikatos centrų veikla, apimanti skirtingų sričių specialistų teikiamas įvairias paslaugas, galėtų vykdyti psichikos sveikatos sutrikimų prevencijos veiklą, teiktų veiksmingą pagalbą lengvų sutrikimų turintiems asmenims ir „galbūt poreikio pakartotinoms hospitalizacijoms būtų žymiai mažiau ir kartu bendruomenei tų problemų kiltų žymiai mažiau“. Antra vertus, nesukurta skaidri stebėsenos sistema, nediegiamos ir neanalizuojamos gerosios praktikos, o vertinami tik kiekybiniai, proceso rodikliai. Todėl šie ekspertų pasvarstymai apie psichikos sveikatos centrų (ne)vykdomą hospitalizavimo prevenciją lieka hipotetinio lygmens: „Ataskaitose būna tos paklodės sovietinės, kiek daug tuose centruose atėjo ir kiek daug ligoninėse pagulėjo, o kad kas iš to.“

Į procesą orientuoti kiekybiniai rodikliai, ekspertų nuomone, neturėtų būti pakankamas indikatorius toliau plėtoti šią psichikos sveikatos sistemos grandį. Respondentai minėjo teikę LR Sveikatos apsaugos ministerijai siūlymus vertinti, analizuoti šių centrų efektyvumą ir pasiekiamus tikslus: „Tai aš sakau: „pamatuokit



psichikos sveikatos centrų efektyvumą pagal tai, kiek žmonių jie sulaikė nuo paguldymo į tuos internatus“, tai jie nė velnio nesulaikė, jie netgi skatina, tai važiuok, tai dar vietų ten kartais nėra, nes nėra alternatyvos.“ Tokiu būdu vykstanti kiekybinė psichikos sveikatos centrų plėtra, ekspertų nuomone, remiasi inertiškumu ir racionaliai nepagrįstais įsitikinimais, kad pasirinkta tinkama paslaugų plėtros strategija: „Tai pateikiama kaip tobulo prieinamumo pavyzdys ir Europai pranešama, kad Lietuva su trimis milijonais, reiškia, maža valstybė, turi šimtą septynis ar šimtą devynis šiai dienai psichikos sveikatos centrus, ambulatorinius kaip *community-based*, visi sako: „oho, čia žinai, čia yra tobula, jokia pasaulio valstybė taip neturi, trims milijonams turėti virš šimto centrų.“

#### ♦ Savižudybės – dominuojantis vertinimo indikatorius

*„Tiesa pasakius, mes ir nežinom, kodėl mes pirmajam savižudybių tarpe.“*

Vertindami Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemą, ekspertai atsikaitos tašku renkasi savižudybes: „Savižudybių rodiklis būtų vienas iš pavyzdžių, yra daugiau tų rodiklių, kurie rodo, kad negali vertinti sistemos sėkminga, jeigu tos problemos, ...labai smarkiai paplitusios, labai išreikštos.“ Beveik pusė tyrime dalyvavusių ekspertų (devyni iš dvidešimties) aukštą ir nekintantį savižudybių skaičių Lietuvoje įvardijo kaip didžiausią Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos nesėkmę. Tai reikšmingas rodiklis, kuriuo remiantis galima teigti, jog Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistema nėra veiksminga, taip pat konstatuoti ir efektyvios tęstinės stebėsenos nebuvimą. Kadangi savižudybių skaičius lieka didelis, respondentai daro prielaidą, kad psichikos sveikatos priežiūros sistemos formuotojai neanalizuoja, nereflektuoja ir nepriima reikiamų sprendimų: „Tiesa pasakius, mes ir nežinom, kodėl mes pirmajam savižudybių tarpe.“ Nepaisant to, kad aukšto savižudybių skaičiaus problema identifikuota ir už psichikos sveikatą atsakingų institucijų darbotvarkėje atsідūrusi jau seniai, ji nėra tinkamai išanalizuota, suprasta ir pasiūlyti tinkamiausi sprendimai: „Džiaugiamės ir džiaugiamės šituo, jau dvidešimt metų džiaugiamės, o kažkokio tokio aiškumo nebandom, nesakau, kad apskritai nebandom, bet bent jau nepasiekiam.“ Ekspertai kritiškai atsiliepia ne tik apie Lietuvos situacijos refleksijos stoką, bet ir apie nesugebėjimą pasinaudoti užsienio patirtimi: „Nei gaunam daug patarimų iš jų [vakariečių], nei patys sugebam išsigryninti.“

Tyrimo ekspertai įžvelgia atotrūkį tarp problematikos suvokimo: „Seniai vos ne lojam, kad yra savižudybių [rodiklis] aukštas...“ ir realių veiksmų: „Visi šnekam...O kas investavo? Kas realiai investavo į šią problemą? Į prevenciją? Nei viena vyriausybė! Nei viena!“

Ekspertų nuomone, ilgus metus trunkantis intensyvus kalbėjimas apie savižudybių problematiką buvo neproduktyvus, o chaotiški, nekoordinuoti, moksliniais tyrimais nepagrįsti bandymai ją spręsti nebuvo sėkmingi. Šios aplinkybės Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistema įspraudė į užburtą ratą, uždėjo stigmatos ir fatališkumo antspaūdą: „Vien tik savižudybių reiškinys, tai jau yra užsibūrimas, užsikodavimas, kad mes esam savižudžių tauta, kad taip, ką čia jau padarysi, na, žudosi žmonės, na, tai ką tu čia padarysi.“ Tokiame kontekste, užuot iš esmės įvertinusios situaciją, visuomenė ar atsakingos institucijos pasitelkia neracionalias strategijas, tokios kaip atsiribojimas nuo atsakomybės: „Atvirai pakalbėkim, taigi neprilakstysi gi visą gyvenimą paskui jį, taigi jeigu jis norės nusižudyti, tai ir nusižudys“, problemos aktualumo neigimas: „Gal vis tik nereikia eskaluoti to burbulų“ ar pasekmių minimalizavimas: „Aišku, normalūs nesižudo, žudosi visokie antrarūšiai, na, tai gal gerai, išsižudys visokie tie nenormalūs ir liks normalūs.“

Fatališkumu grindžiamos nuostatos, psichikos sveikatos srities stigmatizacija lemia pesimistinį nusiteikimą įvairių prevencinių priemonių atžvilgiu: „Savižudybių prevencija – net netikima tokia idėja ir tai yra irgi stigma: žudosi, tai žudosi.“ Pateikiamas konkretus pavyzdys, kai savižudybių prevencijai pirmą kartą buvo paskirtas realus finansavimas: „Buvo parašyta ta programa trim metams – savižudybių prevencijos... Visi plojo.... Ir kas iš to? Ten ir taip buvo juokinga suma – berods 3 mln. litų 3 metams. Ir kas iš to? Iš tų 3 mln. gavo 30 000 litų, ir ką mes galim pasakyti, kai programa pasibaigė? Na, nieko. Na, taip, buvo kažkoks renginukas...“

#### ♦ Vertinimo ypatumai

*„Kažko mes galbūt nežinom apie Lietuvą.“*

Užsienyje dirbantis psichiatras iš Lietuvos, atidžiai stebintis situaciją ir jos kitimo tendencijas mūsų šalyje, pabrėžia, kaip turėtų atrodyti veiksminga psichikos sveikatos priežiūros sistemos vertinimo schema, kurios esmė – pasiekti konsensuą tarp reikšmingų veikėjų, įskaitant ir paslaugų vartotojus: „Turi būti bendrumeniškumas ir sutelktumas iš trijų pusių. Pacientai turi būti pakankamai sąmoningi ir aktyvūs reikalauti paslaugų, turėti kelius, kaip jų išsimušti. Taip pat turi būti pakankamai vieningi specialistai, sutarti dėl to, kas tai yra pažangios, moksliskai pagrįstos paslaugos, dėl vertinimo metodologijų ir politikai turi išiklausyti į vieni kitus, susitarti ir vykdyti. Vienas iš šitų trijų nepatrauks to vežimo, visi turi kažkaip susikalbėti.“

Kiti tyrimo dalyviai įvardijo tiek skirtingų veikėjų susikalbėjimo stoką, tiek vertinimo nebuvimą. Pasak jų, dominuoja intuicija, „išprotavimu“ grindžiami pasvarstymai ir prielaidos apie priežastingumo ir pasekmių ryšį tarp nesėkmingo psichikos sveikatos priežiūros sistemos veikimo ir atoveiksmio kituose sektoriuo-

se: „Aš manau, kad turėtų veikti, kadangi viskas susiję, tai turėtų veikti neigiamai, bet kadangi mes savęs nelabai analizuojame, tai nelabai, tiesą pasakius, ir žinom... Išprotauti mes galim, kaip ten toks labiau savimi pasitikintis vaikas bus geresnis mokinys, jeigu yra autoagresija, tai yra ir agresija prieš kitus. Tai tą viską mes kaip ir išprotauti galim, bet ar labai mes tą įvertinom, tai nelabai.“

Psichikos sveikatos priežiūros sistemos planavimo problemas minėjo dauguma ekspertų, tačiau ne visų nuomonės sutapo vertinimo būtinumo požiūriu. Ypač skiriasi skirtingiems sektoriams atstovaujančių tyrimo respondentų nuomonės. Vieni iš jų, atstovaujantys psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformatorių pusei, kaip vieną kertinių problemų kritikavo vertinimo nebuvimą: „Viskas turi būt pamatuojama, monitoruojama, nėra sistemos, net nesistengia, vengia monitoruoti net savo efektyvumą... Sako: „per metus prasisuko per ligonines tiek ligonių, pro poliklinikas tiek ligonių“, na, buvo, apsilankė, bet galbūt pablogėjo nuo to viso prasisukimo, suprantat... *Outcome management* yra sudėtinga, čia žinot, bet reikia prisiversti.“ Ilgai dirbantis ekspertas, užimantis įtakingą postą pačioje sistemoje, atvirakščiai – pastebi pernelyg dažnas mokslininkų inicijuojamas stebėsenas: „Čia ne tik psichikos sveikatai, čia kartais paskui pakalbi, tai kitų specialybių niekas šitaip nenagrinėja. Per kelis metus dabar jau kažin kelinta studija būtent psichikos sveikatai, lyg kitur problemų nebūtų. Bet tai gerai – dievai nematė, gerai, kad šitas dalykas nagrinėjamas.“

Pasitaikančios pavienės, tęstinumo neturinčios pastangos vertinti, analizuoti rodiklius suvokiamos kaip grėsmė sistemai, stabilumui – kita vertus, neturint galimybės pasitelkti vertinimo metu surinktos informacijos, nėra argumentų keisti sprendimų priėmimo tvarką, kritikuoti ydingus sistemos aspektus. Pastebėtina, kad tas pats ekspertas pasakoja apie bejėgiškumo jausmą dėl ribotų galimybių daryti įtaką sprendimams, net ir numanant jų neigiamas pasekmes: „Bet jeigu ministerijos vadovybė yra priėmus tokį sprendimą, aš, kaip jai tiesiogiai pavaldus žmogus, neturiu teisės viešai ją kritikuoti.“ Nesukūrus stebėsenos ir vertinimo sistemos, galimybė pateikti alternatyvią nuomonę nėra institucionalizuota – vadinasi, ji priklauso tik nuo aukščiausiose pozicijose esančių asmenų atvirumo, tad ekspertų patirtys su skirtingais ministrais buvo labai skirtingos: „Nepaprastai džiaugiausi laikotarpiu su ministru Padaiga, kuris tiesiai šviesiai ir vadino, tu galėjai labai drąsiai sakyti, kad viskas yra blogai. Labai džiaugiuosi laikotarpiu, nors buvo sunku dirbti, bet buvo pirmininkavimas [Lietuvos pirmininkavimas ES Tarybai] su ministru Andriukaičiu, su kuriuo buvo irgi galima tiesiai šviesiai sakyti: „Ministre, na, čia kažkokia nesąmonė.“ „Tai kaip reikia??“ „Taigi darom!“

Nevyriausybiniam sektoriui atstovavę tyrimo ekspertai pabrėžė nuoseklus NVO, kaip išorinių vertintojų ir ekspertų, įtraukimo į sistemos planavimo ir vertinimo etapus stoką. Dažniausiai šis įsitraukimas buvo paviršutiniškas, nėra sąlygų

realiai dalyvauti ir išreikšti nuomonę: „Nevyriausybinės organizacijas pakviesdavo ir kažkiek sudalyvauti ką nors kuriant, priemones, kurios visiškai neaišku, ar bus finansuojamos, ir dažniausiai jos nebūdavo finansuojamos, ir niekada nebuvo kviečiama ar klausama nuomonės apie visą psichikos sveikatos sistemą.“

Marginalizuojamos ir paliekamos nuošalyje nevyriausybinės organizacijos rečiau turi galimybę būti išgirstos, paviešinti savo nuomonę, todėl psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformos eigą dažniau aptaria su bendraminčiais: „Su kolegomis mes vertiname tą – kaip ir nelabai ji yra pradėta įgyvendinti.“

Nevyriausybinių sektoriaus atstovai šią situaciją sieja su finansinių resursų teikiama galia: nevyriausybinėms organizacijoms skiriamos nedidelės lėšos inovatyviems projektams įgyvendinti, tačiau pagrindiniai finansiniai srautai atitenka sistemai ir ją palaikančioms institucijoms: „Ten, kur yra didžiausias finansavimas ir visos paslaugos: ir stacionarinės paslaugos, ir gydymas vaistais, ir socialinės globos, visa ta sistema, kur yra didžioji dalis finansavimo, tai niekam niekas jokios nuomonės iš nevyriausybinių organizacijų nenorėjo.“

Analogiška situacija yra ir dėl NVO galimybės daryti įtaką priimant sprendimus. Ekspertai pastebėjo, kad nevyriausybinės organizacijos dalyvauja politiniuose procesuose tik *ad hoc* pagrindais, o galutinė teisė priimti sprendimus priklauso sistemos dalyviams ir šalininkams, tarp kurių – ir neformalūs, tačiau įtakingi judėjimai: „Didelių įstaigų vadovai, socialinių globos namų ir psichiatrijos stacionarų vadovai turėjo tokią neformalią grupę sukūrę, „Kumštis“ pavadinimu, kur jie susirinkdavo ir diskutuodavo, kaip čia nereformuoti [psichikos sveikatos priežiūros sistemos]“. Iš sistemos šalininkų perspektyvos, jos priešininkai suvokiami kaip nekonstruktyvūs, neracionalūs, oportunistiškai nusiteikę kritikai: „Sistema visa sako: „viskas čia gerai“, o tie, kurie kritikuoja, tai čia susireikšminę, kurie čia nori naudoti sau kažkokios. Toks diskursas arba: „Nesakykit, nesakykit, kad viskas blogai, nes yra ir gerų dalykų.“

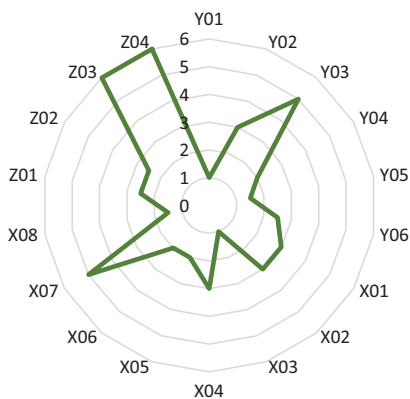
Kartais nevyriausybinėms organizacijoms pavyksta pralaužti užburtą ratą ir atlikti reikšmingų veiklų, turinčių poveikį sistemos lygmeniu. Minėtinas konkretus atvejis, kai nevyriausybinių organizacijų atstovai lankėsi Lietuvos socialinės globos namuose stebėdami žmogaus teisių padėtį ir atlikto tyrimo pagrindu parašė kritišką ataskaitą: „Kol nepradėjo nevyriausybinės organizacijos per projektines veiklas tikrinti, kaip gyvena žmonės tuose pensionatuose, kas ten vyksta, ar ten vykdomos užimtumo veiklos, psichosocialinė rehabilitacija, tol pensionatai dreifavo tame lygmenyje, kad surengiam šventes, ten kažkokius projektus, turim biblioteką ir yra pavalgę, pamaitinti, na, išvažiuojam ten su keliais pacientais kartą per metus į ekskursiją, ir tai yra viskas gerai.“

Šioje dalyje aptariama ekspertų nuomonė apie Lietuvoje teikiamą medikamentinį gydymą ir psichoterapijos paslaugas. Analizė atlikta remiantis pagal klausimyno klausimus išskirtomis kategorijomis.

Ekspertai buvo paprašyti dešimties balų skalėje įvertinti vaistų ir psichoterapijos paslaugų santykį, kur 1 balas reiškia medikamentinio gydymo, 10 balų – psichoterapinių paslaugų dominavimą. Du ekspertai atsisakė vertinti balais nesutikdami su tokiu priešpriešinimu („Sveikatos priežiūros sistemoje nėra tokio dalyko, kaip skalės nuo vaistų iki psichoterapijos“. Analogiška buvo ir kito, tikslaus balo nenurodžiusio, eksperto nuomonė. Jis labiau vadovavosi abiejų metodų papildomumo principu: pripažindamas, kad Lietuvoje yra gerai užtikrinamas gydymas vaistais, jis teigė, kad psichoterapija turi atsirasti ne vietoje, o šalia jų: „Tai nereikia, kad šiandien mes turime nutraukti gydymą vaistais ir pradėti gydyti tik psichoterapija“.

Likusieji 18 ekspertų pateikė savo vertinimą dešimties balų skalėje. Vertinimo vidurkis sudarė 3 balus, vertinimai pasiskirstė nuo žemiausio 1 iki aukščiausio 6. Dažniausiai pasitaikę vertinimai buvo 2,5–3 balo.

*Vaistų ir psichoterapijos santykis*

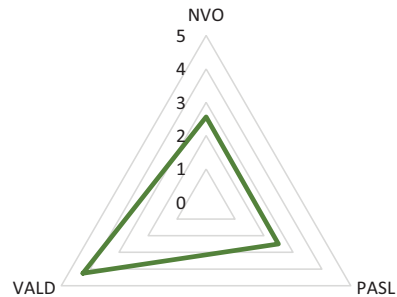


**1 pav.** Ekspertų vertinimas dėl vaistų ir psichoterapijos santykio Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, kur 1 yra vaistų, 10 – psichoterapinių paslaugų dominavimas. Prieš eksperto inicialus esančios raidės X, Y ir Z reiškia: X – NVO atstovą, Y – specialistą / paslaugų teikėją, Z – sprendimų priėmimo lygmens (valdžios) atstovą

2 paveiksle matyti, kaip nuo paslaugų teikėjų ir NVO atstovų skyrėsi valdžios atstovų vertinimai. Sprendimų priėmimo lygmeniui atstovaujantys respondentai balansą tarp abiejų gydymo formų vertino kaip labiausiai lygiavertį (vidurkis sudarė 4,25 balo), kitų dviejų grupių atstovų vertinimo vidurkis buvo beveik identiškas ir sudarė 2,5 balo.

Vieni vertino kritiškai, kiti – iš pozityviai, tačiau visi ekspertai pabrėžė gerai Lietuvoje išvystytą medikamentinį gydymo modelį. Pagrindiniai jo požymiai – galimybė nesunkiai patekti pas gydytoją psichiatrą tam, kad būtų greitai išrašyti ligoniu

NVO, specialistų ir valdžios atstovų vertinimai  
dėl vaistų ir psichoterapijos santykio



**2 pav.** Ekspertų vertinimas dėl vaistų ir psichoterapijos santykio Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, kur 1 yra vaistų, 10 – psichoterapijų paslaugų dominavimas

kasų kompensuojami naujos kartos vaistai: „Jeigu pacientas kreipiasi dėl bet kokių nusiskundimų, tai iš kabineto jisai išsineša bent pora receptų.“ Čia dominuojančio medikamentinio gydymo privalumui baigiasi ir išryškėja reikšmingi jo trūkumai. Ekspertai kritikuoja gerą medikamentinio gydymo prieinamumą, laikydami jį ir pernelyg geru, ir pernelyg prieinamu. Dažnu atveju, ypač kalbant apie ambulatorinį gydymą psichikos sveikatos centruose, jis tampa vienintele psichiatro dėmesio pacientui išraiška. Tokį paviršutiniškumą ir siaurą požiūrį itin kritikuoja NVO atstovai: „Būna, [psichiatras] pasako jam: *taigi tu ligonis esi, visą gyvenimą sirgsi, visą gyvenimą vaistus vartosi, tai džiaukis, kad aš tau vaistus išrašau, vos ne taip*“. Psichoterapinės paslaugos – atvirkščiai, prieinamos labai sunkiai ir priežasčių ekspertai pastebėjo įvairių – pradedant gydytojų amžiumi ir baigiant sisteminėmis aplinkybėmis. Nega-lėdami pasitelkti kitų, veiksmingesnių gydymo priemonių, psichiatrai tampa sistemos įkaitais, susitaiko su ribotomis galimybėmis padėti, nors diagnozė akivaizdžiai reikalauja kitokios gydymo strategijos: „Kiek aš kalbu su kolegomis psichiatrais apie vaikus, suaugusiuosius, sakau: *o kodėl skiriat vaistą, draugiškai, kodėl skiriat vaistą, jeigu čia lengva depresija?* „Aš žinau, kad šiaip nereiktų, bet taigi nėra tos psichoterapijos prieinamumo, nėra... ką nors tai reikia... na, ir paskyriau...“.

Psichotropiniai vaistai sukelia apatiją, vangumą, riboja dėmesį, trukdo susikaupti, mokytis, dirbti. Gausūs šalutiniai reiškiniai gerokai apsunkina psichosocialinę negalią turinčių asmenų integraciją į visuomenę, taip pat sumenkina gebėjimą adekvačiai vertinti savo būklę ir pasipriešinti gydytojo sprendimui dėl jo parinkto gydymo: „Nes būna ateina mūsų klientas ir eina koridoriumi ir vos velka kojas, negali nieko daryti, sėdi, nieko nedaro, išgeria kavos, eina parūkyti, vėl vos velka kojas. Vaistų visiškai prislopintas. Bet jam neužtenka drąsos nueiti pas gydytoją, paprašyti pakeisti vaistus.“ Tokiu būdu, pasak ekspertų, Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje galima įžvelgti ne tik nesėkmę integruojant psichosocialinę negalią turinčius asmenis, bet ir kankinimų bei nežmoniško elgesio apraiškų: „Jeigu daktaras skiria, sistema apmoka, žmogus vartoja vaistą, kurio pagal visus

algoritmus ir visus mokslinius duomenis nereikia skirti, tai aš linkęs tą prilyginti šiurkščiam žmogaus teisių pažeidimui ir netgi tam tikra prasme jo nuodijimui.“

Ekspertai išskyrė tris galimybes gauti psichoterapijos paslaugas: **pirma**, jei psichikos sutrikimą turintis asmuo uždirba pakankamai ir gali privačiai lankytis pas psichoterapeutą, kurių, pasak ekspertų, nestinga: „Sukurtas privačių tinklas, vos ne kiekvienoj gatvėj po psichiatrą dirba.“ Privačių psichoterapeutų klientai laimi keliagubai – išvengia stigmatizuojančių apsilankymų valstybinėse psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, nepatenka į įskaitą ir nerizikuoja prarasti darbo, pvz., teisme ar advokatūroje, be to, jiems neskiriamas perteklinis medikamentinis gydymas. Šių galimybių neturi mažas pajamas gaunantys asmenys, turintys neįgalumą ir gyvenantys iš pašalpos: „Mūsų [NVO] klientai tikrai neitų [pas privatų psichoterapeutą], tikriausiai nei vienas neitų.“ Jie tenkinasi trumpomis psichiatro konsultacijomis ir dažniausiai jiems skiriamu gydymu vaistais.

**Antra** – inovatyviais gydymo būdais dažniausiai domisi ir juos praktikuoja jaunesnio amžiaus psichiatrai: „Ligoninėj yra jaunų žmonių ir tie jauni žmonės kažkaip kitaip elgiasi, kitaip gydo jau, daugiau skiria laiko, parodo, kad jiems tikrai rūpi.“ Tyrime dalyvavusi psichiatrijos ligoninėje dirbanti socialinė darbuotoja pastebi, jog jaunesni psichiatrai linkę mokytis, jie įgyja psichoterapeuto kvalifikaciją ir taiko psichoterapijos metodus, skiria mažiau vaistų savo pacientams: „Tokių specialistų konsultacijose jauti, kad jau psichoterapija ima viršų, o ne psichiatrinis gydymas vaistais. Dažniau yra pasirenkama tik vienas vaistas vietoj kokių trijų, populiarių... labai dažnai šalia vaistų taikoma psichoterapija.“ Vyresnio amžiaus psichiatrai, pasak tyrime dalyvavusios ekspertės, gerai susipažinusios su psichikos sveikatos centrų veikla visoje Lietuvoje, laikosi senų, dar sovietmečiu įgytų darbo metodų: „Daktaras, kuris mokėsi psichiatrijos prieš keturiasdešimt metų ir mokėsi, kad svarbiausia yra paskirti vaistą, tik gydytojas žino, ko pacientui ir šeimai reikia, nes niekas kitas daugiau ir žinoti negali.“

Tačiau naujovėms atviras jaunimas renkasi dirbti didesnėse ligoninėse, o ne mažuose psichikos sveikatos centruose, kur dominuoja vyresnio amžiaus psichiatrai. Čia išryškėja sisteminis paradoksas (kartu – **trečioji**, toli gražu ne pati patraukliausia galimybė sulaukti psichoterapijos paslaugų): psichiatrijos ligoninės, kurios turėtų būti skirtos sunkiems psichikos sutrikimams gydyti, yra ta vieta, kur galima nemokamai ir be eilės gauti kokybiškas psichoterapeuto paslaugas: „Jeigu kalbėtume apie nemokamą psichoterapiją, tai reiktų išskirti turbūt stacionarus, daugelyje stacionarų jau dirba šitie specialistai ir, kol jie [pacientai] yra stacionare, su jais dirbama.“ Tuo tarpu asmenys patiriantys lengvą ar vidutinę depresiją lankosi psichikos sveikatos centruose ir gauna „antidepresantus ir antipsichotikus, kurie yra sunkioji artilerija“, nors „lengvas depresijas tikrai ne vaistais reikia gydyti, o trumpomis terapijomis, kurių Lietuvoj yra tik privačiai lankantis.“

Viena iš priežasčių, kodėl psichoterapijos paslaugos teikiamos tik didžiosiose ligoninėse, yra ydinga tokių paslaugų finansavimo schema, kai neatsižvelgiama į paslaugų specifiką. Pagal šią schemą psichoterapeutų konsultacija yra įvertinta tiek pat, kiek bet kurio gydytojo konsultacija, paprastai trunkanti gerokai trumpiau: „Būna pasakoma: tai ko jūs čia dabar norit išskirtinumo? Visų gydytojų konsultacija kainuoja tiek.“ Nors ir būdami sutelkta profesinė grupė, disponuodami reikiamomis žiniomis bei galėdami susipažinti su naujausiais moksliniais tyrimais apie medikamentinio ir psichoterapinio gydymo efektyvumą, psichiatrai nesuformuoja ir neišsako savo nepasitenkinimo esama ydinga sistema: „Jeigu kolegos sugeba mobilizuotis, rasti dialogą su vyriausybe, gauna palaikymą, jie tada gali formuoti politiką. Jeigu tos vieningos nuomonės nėra arba nuomonės skiriasi, tada politikos formavimas gerokai stringa.“

## IŠVADOS

1. Vertinimo, refleksijos kultūra Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje nėra išplėtotą. Pasiekimų stebėsenos komponentas neintegruotas į įprastas sistemines praktikas, todėl ši reikšminga veikla paliekama atsitiktinumui (pavyzdžiui, mokslininkai kartą per penkerius metus atlieka analitinę studiją; NVO gauna lėšų žmogaus teisių stebėsenai psichikos sveikatos sistemoje) ir vykdoma *ad hoc* principu.
2. Vertinimo neįtraukiant į įprastas praktikas, atsitiktinių stebėsenos veiklų rezultatai kvestionuojami iš psichikos sveikatos priežiūros sistemos pusės, jais nepasitikima ir stengiamasi užginčyti. Tiek pats vertinimas, tiek kalbėjimas apie jo reikšmę yra suvokiamas kaip tiesioginė grėsmė, kritika, pastangos gauti naudos.
3. Ekspertų nuomone, Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistema veiksmingiausia ir efektyviausia gydant sunkiomis psichikos ligomis sergančius asmenis. Tuo tarpu pagalba lengvomis psichikos ligomis sergantiems asmenims yra palikta savieigai, trūksta prevencijos grandies bei paslaugų bendruomenėje tinklo. Būtent paslaugos sunkiomis psichikos ligomis sergantiems asmenims sudaro didžiausią dalį *išteklų* ir *proceso* vertinimo rodiklių, ambulatorinės paslaugos psichikos sveikatos centruose ir prevencinė veikla dreifuoja pilkojoje – menkai apskaitomoje ir vertinamoje – zonoje.
4. Analizuojant išryškėję finansinio komponento vertinimo ypatumai leidžia teigti, jog finansinių resursų panaudojimo vertinimas turi reikšmingą įtaką, lemiančią psichikos sveikatos priežiūros sistemos raidą: kiek bei kokioms apimtims bus diegiamos inovacijos, kam bus teikiamas pri-



oritetas – permainoms ar stagnacijai. Be to, tyrimo metu pastebėti dominuojantys subjektyvumo kriterijai, kai sprendimus priima asmenys, suinteresuoti finansiniu komponentu trumpalaikėje perspektyvoje, o ne visuomenės psichikos sveikatos būkle ir tikėtinais milžiniškais nuostoliais, jei tinkamos programos nebus diegiamos, psichikos sveikatos sistema nebus reformuota.

5. Savižudybės yra dominuojantis vertinimo indikatorius: jų stabilūs aukšti rodikliai, visų lygių diskurse pripažįstama kaip viena opiausių Lietuvos visuomenės problemų. Tačiau desperatiški ir nesėkmingi mėginimai keisti situaciją veda ne prie tinkamų, moksliskai pagrįstų priemonių paieškos ar adaptavimo sprendimų, o prie bejėgiškumo, visuomenės savistigmatizacijos („mes savižudžių tauta“), susitaikymo jausmų ar neracionalių politinių sprendimų paieškų.
6. Didelis psichikos sveikatos centrų decentralizacijos laipsnis (Lietuvoje šiuo metu jų yra 108 ir jų kiekis vis gausėja) reprezentuoja kiekybinę, o ne kokybinę psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą. Didelis psichikos sveikatos centrų skaičius sukuria arti gyvenamosios vietos esančių ir lengvai prieinamų bendruomeninių paslaugų iliuziją, tačiau tikrovėje tik tampa lengvai prieinami kokybiški psichotropiniai vaistai, bet nesukuriama stacionarių paslaugų alternatyva.
7. Ekspertų požiūryje dėl vaistų ir psichoterapijos santykio Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje aiškiai identifikuojamas kontrasto principas: psichoterapijos paslaugų prieinamumas dideliuose miestuose ir paslaugų stygius provincijoje; privačių paslaugų pasiūla ir nemokamų paslaugų nebuvimas; progresyvus psichikos sveikatos priežiūros srityje dirbantis jaunimas ir konservatyvi vyresnioji karta; paradoksalus psichoterapijos paslaugų sutelkimas stacionaruose ir jų stoka psichikos sveikatos centruose.

## LITERATŪRA

1. Antonuccio, D. O., Danton, W. G., DeNelsky, G. Y. 1995. Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data, *Professional Psychology: Research and Practice* 26(6): 574–585. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.574>.
2. Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, K. M., Woods, S. W. 2000. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association* 283: 2529–2536.
3. Bogner, A. et al. 2009. *Interviewing experts*. Palgrave and McMillian.
4. Cole, J. O. and Davis, J. M. 1969. Antipsychotic drugs, in *The Schizophrenic Syndrome*. L. Bellack and L. Loeb, (eds), Grune & Stratton, New York, 478–568.
5. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., Reynolds, C. F. 2014.

- Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis, *World Psychiatry* 13(1): 56–67. DOI: doi:10.1002/wps.20089.
6. Deacon, B. J. 2013. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research, *Clinical Psychology Review* 33(7): 846–861. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>.
  7. Goldstein, M. J. 1987. Psychosocial issues, special report on schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin* 13(1): 157–171.
  8. Kane, J. M. 1987. Treatment of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13(1): 133–156. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/13.1.133>.
  9. Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russell, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Zajecka, J. 2000. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression, *New England Journal of Medicine* 342(20): 1462–70.
  10. Lipton, M. A., Burnett, G. B. 1979. Pharmacological treatment of schizophrenia, in Bella KL (ed) *Disorders of the schizophrenic syndrome*. Basic Books, New York, 320–352.
  11. Pūras, D., Šumskienė, E., Murauskienė, L., Veniūtė, M., Šumskas, G., Mataitytė-Diržienė, J., Juodkaitė, D., Šliužaitė, D. 2013. *Mokslo studija. Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*. Vilnius University, 228.
  12. Schütz, A. 1946. The Well Informed Citizen: An Essay on the Social Distribution Knowledge, *Social research* 13(4).
  13. Thase, M. E. 2000. Psychopharmacology in conjunction with psychotherapy, in Snyder CR, Ingram RE, eds. *Handbook of Psychological Change. Psychotherapy Process and Practices for the 21st Century*. New York, NY: John Wiley & Sons, 474–497.
  14. Thornicrof, G., Tansella, M. 2006. *The Mental Health Matrix*. Cambridge University Press.
  15. Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas 2002 m. liepos 3 d. Nr. IX-1023 (Žin., 2002, Nr. 72–3022).

# PSIHIKOS LIGOMIS SERGANČIŲ PACIENTŲ POŽIŪRIS Į GAUTĄ GYDYMĄ: KOKYBINIS PACIENTŲ TYRIMAS

(Vaiva KLIMAITĖ, Aušra STUMBRYTĖ, Elena GAUDIEŠIŪTĖ)

## ĮVADAS

Psichikos sutrikimų paplitimo Europos regione tyrimas atskleidė, kad 38,2 % Europos Sąjungos populiacijos per pastaruosius 12 mėnesių patyrė psichikos sutrikimo epizodą (Wittchen et al. 2011). Be to, pastebima, kad tik 26 % atvejų asmenys, turėję psichikos sutrikimų, kreipėsi į specialistus (Wittchen and Jacobi 2005). Specialistų suteikiama profesionali pagalba gali apimti psichiatrinio pobūdžio gydymą medikamentais, psichologinį konsultavimą, psichoterapiją, psichosocialinę pagalbą ir pan. Psichikos sutrikimų diagnostika ir gydymas ilgą laiką rėmėsi biomedicininio požiūriu į psichikos sveikatą, kur medikamentinės gydymo priemonės laikomos svarbiausiu ir efektyviausiu sveikimo veiksniumi (Goštautas 2007). Tačiau turint omenyje, kad psichikos sutrikimas reiškia ne tik biomedicininės būklės pablogėjimą, bet ir asmens negatyvų vidinį patyrimą, emocinius sunkumus, santykių problemas, bendrą gyvenimo kokybės suprastėjimą, į psichikos sutrikimą kur kas efektyviau žvelgti iš biopsichosocialinės perspektyvos, kur biomedicininį aspektą papildė socialiniai ir psichologiniai (Engel 1977, cit. pagal Goštautas 2007). Remiantis šiuo požiūriu, svarbu suprasti, atsižvelgti ir atliepti į psichikos sutrikimą turinčiojo platesnį (socialinį) bei gilesnį (psichologinį) patiriamų sunkumų kontekstą.

Užsienyje atliktų tyrimų duomenys patvirtina, kad efektyviausias gydymo modelis – tai medikamentų ir psichoterapinių intervencijų derinimas. Tyrimai rodo, kad kuomet šalia medikamentinio gydymo taikomas ir psichologinis – pasiekama ilgesnė remisijos trukmė bei gydymas rečiau nutraukiamas (Manber et al. 2008). Daromos išvados, kad kai kurie pacientai geriau toleruoja būtent psichoterapinį gydymo komponentą. Psichoterapinis gydymo komponentas gali padėti asmeniui pasiekti geresnį asmeninį ir socialinį funkcionavimo lygmenį (De Maat, Dekker, Schoevers, De Jonghe 2006; Cuijpers et al. 2011a; Spielmans, Berman, Usitalo 2011). Lyginant medikamentų ir psichoterapijos poveikį neretai pastebima, kad vaistai efektyvesni trumpalaikėje perspektyvoje, stabilizuojant būseną, tačiau ilgalaikėje perspektyvoje, siekiant palaikyti būseną ir išvengti atkryčio, psichoterapinė pagalba gali būti net ir efektyvesnė (Spielmans et al. 2011; Antonuccio et al. 1995). Otavos universiteto tyrėjų atlikta plati metaanalizė rodo, kad teigiami psichoterapinio gydymo komponento aspektai atsiskleidžia gydant

įvairius sutrikimus: depresiją, bipolinį sutrikimą, generalizuotą nerimo sutrikimą, socialinio nerimo sutrikimą, obsesinį-kompulsinį sutrikimą, potrauminio streso sutrikimą, panikos sutrikimus ir kt. Tačiau pabrėžiama, kad taikomos psichoterapinės intervencijos turi būti specializuotos, mokliškai pagrįstos (Hunsley, Elliot, Therrien 2013).

Kalbant apie tai, kaip patys pacientai vertina gaunamą gydymą, galima paminėti keletą tyrimų, pavyzdžiui, G. Langle'o, W. Baumo ir kitų 2003 m. Vokietijoje atliktą tyrimą, kuriame atskleista, jog psichikos sveikatos centruose gaunamo gydymo metu pacientai labiausiai vertina terapinius santykius. Tuo tarpu tarp svarbių, tačiau mažiau tenkinančių gydymo komponentų, yra įvardijami medikamentai. D. J. F. van Shaik ir kitų 2003 m. atliktas tyrimas rodo, kad sergantieji depresija dažniau pirmenybę teikia psichoterapiniam, o ne medikamentiniam gydymui. Vaistai įvardijami kaip papildomas komponentas šalia psichoterapijos, kuri, pacientų teigimu, padeda spręsti tikrąsias depresijos priežastis.

Pastebima, kad Lietuvoje pagalbos prieinamumas, siekiant ne medikamentinės, o psichologinės pagalbos yra problemiškas: remiantis Lietuvos koalicijos „Psichikos sveikata 2030“, kuriai priklauso 15 nevyriausybiinių organizacijų ir ekspertų, parengtu priemonių planu Lietuvos psichikos sveikatos strategijai ir savižudybių prevencijai sustiprinti, Lietuvos psichikos sveikatos centruose vis dar dominuoja medikamentinis gydymas. Svarbu pabrėžti tai, kad psichologinio konsultavimo / psichoterapijos paslaugos šiame lygmenyje prieinamos tik 4,33 % psichikos sutrikimus turinčių asmenų (Povilaitis, Pūras ir Petronis 2015). Šiais duomenimis, psichologinės pagalbos pasiekiamumas Lietuvoje yra žemas, tačiau tai neatskleidžia visų kliūčių, kurias patiria žmogus, kreipdamasis psichologinės pagalbos

Pastebėtina, kad ne vien žemas paslaugų prieinamumas turi neigiamą įtaką asmenims, kuriems reikalingas gydymas. Esama daugybė užsienio specialistų tyrimų, kur pabrėžiama, kad be praktinių barjerų – paslaugų kaina, sunkumai nuvykti, laiko trūkumas, – atskleidžiami ir asmens patiriami emociniai trukdžiai (Mohr et al. 2006). Vienas dažniausių literatūroje minimų veiksnių – visuomenės stigmatizacija. Literatūroje pastebima, kad skirtingai nuo fizinių negalių, asmenys, sergantys psichikos ligomis, suvokiami kaip galintys valdyti savo sutrikimus ir už juos atsakingi (Corrigan 1998). Stigmatizacija yra įvardijama kaip vienas svarbiausių veiksnių, turinčių įtakos kreipiantis pagalbos (Cooper, Corrigan, Watson 2003; Corrigan, Matthews 2003). Stigmatizacija neigiamai veikia žmones, kuriems yra viešai priskirtas neigiamas „psichiškai sergančio“ asmens statusas: stereotipai, išankstinis nusistatymas ir diskriminacija gali sutrukdyti asmenims siekti svarbių gyvenimo galimybių, kaip įsidarbinimas, būsto nuoma (Corrigan 2004). Stereotipai yra priemonė asmenims kategorizuoti į tam tikras socialines grupes ir priskirti šioms grupėms savitus bruožus, formuoti tendencingą ir nelankstų požiūrį į šias

grupės. Psichikos ligomis sergančiųjų grupei dažnai priskiriamos tokios savybės kaip pavojingumas, grėsmingumas, agresyvumas, nesugebėjimas spręsti problemas, silpnumas (Devine 1995; Hilton & von Hippel 1996; Krueger 1996). Tokia visuomenės baimė gali vesti iki psichikos ligomis sergančiųjų diskriminacijos, siekio jų vengti, kai kada net ir gana kraštutiniai, pvz., nepriimti į darbą (Corrigan 2000; Corrigan & Watson 2002). Be to, tai stipriai paveikia ir psichikos ligomis sergančiųjų požiūrį į save patį – stigma tampa internalizuota. Savęs identifikavimas kaip sergančio psichikos liga gali sukelti įvairių sunkumų, pvz., asmenys, sergantys psichikos ligomis, gali nuspręsti vengti visuomenės ir dėl (tikėtinos, laukiamos) dar didesnės stigmatizacijos tiesiog niekam nepasakoti apie savo ligą, ją slėpdami (Corrigan, Matthews 2003). Būtent toks elgesys gali paskatinti asmenį nesikreipti pagalbos į profesionalus (Corrigan 2004).

Kitas mokslinėje literatūroje identifikuojamas barjeras kreiptis pagalbos – su gydymu susijusios baimės. Šios baimės apibrėžiamos kaip neigiami lūkesčiai, siekiant pagalbos. Baimės gali apimti susirūpinimą, kaip sveikatos priežiūros specialistas elgsis su besikreipiančiuoju pagalbos, ką apie jį galvos, jei jis prašys gydymo (Kushner and Sher 1989). Barjerų kreiptis pagalbos metaanalizė atskleidė, kad svarbus trukdis ne tik stigmatizacijos veiksnys, bet ir neigiamų gydymosi pasekmių numatymas (Clement et. al. 2015). Šiame tyrime jis buvo siejamas su galimomis socialinėmis pasekmėmis, tokiomis kaip įrašas apie ligą sveikatos sistemoje, galintis sutrukdyti gauti tam tikras paslaugas: būsto nuomą, paskolą ir pan. Šis tam tikrų teisių apribojimo veiksnys yra svarbus ir Lietuvoje – Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos metodinėse rekomendacijose nurodoma: „Vadovaujantis Lietuvos Respublikos civilinio kodekso (toliau – CK) 3.269 str. 8 p., asmuo, turintis psichikos sutrikimą ar sergantis kitomis ligomis, kurių sąrašą tvirtina Vyriausybės įgaliota institucija, negali būti skiriamas vaiko globėju (rūpintoju)“<sup>2</sup>. Taigi, šiuo požiūriu Lietuvoje asmuo, kuriam yra pripažinta psichikos ligos diagnozė, gali susidurti su realiais sunkumais tapti vaiko globėju. Toks teisių apribojimas gali būti kliūtis kreiptis pagalbos į psichikos sveikatos centrus, nes juose besigydantieji gauna įrašą apie gydymąsi.

Lietuvoje priežastys, apsunkinančios kreipimąsi į psichikos sveikatos specialistus, analizuotos labai mažai. 2014–2015 metais Vilniaus universiteto tyrėjų atliktame tyrime buvo analizuojami asmenų, gedinčių dėl artimojo savižudybės, sunkumai kreiptis pagalbos. Ši studija atskleidė, kad gedintieji vengia kreiptis į psichikos sveikatos specialistus dėl vyraujančios tendencijos nekalbėti savižudybės ir gedulo tema. Šis rezultatas grindžiamas tuo, kad gedintieji stengiasi nuslėpti patiriamus jausmus, tokius kaip pyktis ant nusižudžiusiojo, kaltė ar gėda, kurie suprantami kaip jausmai, kurių jie neturėtų ar negalėtų jausti. Tyrime išryškėjo ir

2 Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, 2016.

stigmatizacijos tema: kreipimasis pagalbos siejamas su baime būti apkaltintam, smerkiamam ar nesuprastam. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad Lietuvoje vis dar egzistuoja įsitikinimas, jog pagalbos kreipiasi tik psichikos sutrikimų turintys ar labai silpni asmenys. Kitas svarbus barjeras kreiptis pagalbos, atsispindėjęs tyrime – neigiama asmeninė ar artimųjų patirtis su profesionalais: ji buvo vertinta kaip neefektyvi ar netinkama. Tyrėjai šiuos rezultatus grindžia tuo, kad Lietuvoje egzistuoja neigiamas psichikos sveikatos specialistų įvaizdis ir ribota informacija apie pagalbą (Skruibis, Dadašev ir Geležėlytė 2015; Grigienė ir kt. 2015; Klimaitė ir Geležėlytė 2015; Klimaitė 2015). Kitame tyrime buvo analizuoti seksualinę prievartą patyrusių asmenų patiriami barjerai kreiptis pagalbos. Rezultatai rodo, kad aukos neigiamą seksualinę patirtį stengiasi nuslėpti ir pagalbos nesikreipia dėl išgyvenamo gėdos jausmo, noro apsaugoti artimuosius bei žinių apie pagalbos galimybes trūkumo (Mitaitė ir Žardeckaitė-Matulaitienė 2014). Apibendrinant šių tyrimų rezultatus pastebėtina, kad labai svarbus veiksnys, turintis neigiamą įtaką kreiptis pagalbos, yra gėdos jausmas ir stigmatizacija. Šiuose tyrimuose dalyvavo labai specifinės dalyvių grupės, turinčios itin skaudžių patirčių, apie kurias kalbėti yra tikrai sudėtinga. Vis dėlto tokie rezultatai rodo, kad Lietuvoje patiriama stigmatizacija kreipiantis pagalbos dėl sudėtingų trauminių patirčių yra svarbi tema, kurią būtina analizuoti ir siekti pokyčių. Be to, neturime jokių duomenų apie tai, su kokiais iššūkiais susiduria psichikos ligomis sergantys asmenys, kokią stigmatizaciją jie patiria, kokios jų polinkio nesikreipti pagalbos į psichikos sveikatos įstaigas priežastys ir, žvelgiant konkrečiau – kaip su tuo susijusios psichikos sveikatos specialistų teikiamos paslaugos, gydymo pobūdis ir kokybė.

Lietuvoje perėjimas nuo medicininio prie biopsichosocialinio požiūrio į psichikos sveikatą vyksta labai pamažu ir susiduria su nemenkais iššūkiais. Nemedikamentinėms gydymo priemonėms vis dar nėra teikiama pakankamai dėmesio, psichoterapinių paslaugų pasiūla yra fragmentuota ir nepakankama (Pūras ir kt. 2013).

Kadangi pagrindinis pagalbos objektas psichikos sveikatos srityje yra psichikos sutrikimų turintys ir psichikos sveikatos centruose besilankantys asmenys, svarbu išgirsti jų pačių nuomonę apie gaunamą gydymą: kuriuos gydymo proceso aspektus patys paslaugų gavėjai suvokia kaip efektyvius, naudingus, reikalingus, kaip vertina gaunamą medikamentinį ir psichoterapinį gydymą. Subjektyvus pacientų patyrimas gali padėti rasti atsakymus, ką dar reikia ir galima padaryti siekiant didesnio gydymo efektyvumo būtent mūsų šalyje. Šiam tikslui ir buvo pradėtas kokybinis tyrimas. Jis yra Lietuvos mokslo tarybos finansuojamo projekto „Psichikos sveikatos ir gerovės paradigmos kaita Lietuvoje: empiriškai validaus modelio link“ (GER-002/2015/ LSS-250000-1657) dalis.

**Tyrimo tikslas:** atskleisti ir geriau suprasti psichikos sveikatos centrų pacientų subjektyvų požiūrį į gaunamą gydymą.

### Tyrimo uždaviniai:

1. Ištirti psichikos sveikatos centrų pacientų požiūrį į gautą gydymą praėjus 2 mėnesiams po paskutiniojo gydymosi epizodo.
2. Aprašyti, kaip psichikos sveikatos centrų pacientai patiria ir vertina gautą gydymą.
3. Atskleisti, kas gydymo patyrimo išgyvenama kaip naudinga, efektyvu, o kas neefektyvu, nepakankama.

## METODIKA

**Tyrimo dalyviai:** tyrime dalyvavo 30 suaugusiųjų (pilnamečių) dviejų Vilniaus miesto psichikos sveikatos centrų pacientų. Jie buvo apklausiami praėjus 2 mėnesiams po paskutiniojo gydymo epizodo. Išsamesnė informacija apie tyrimo dalyvius – 1 lentelėje.

**1 lentelė.** Tyrimo dalyvių duomenys

Nr.	Respondentas (vardas pakeistas)	Amžius (metai)	Interviu trukmė (min.)	Paskutinio gydymosi epizodo trukmė ir pobūdis	Gydymosi priežastis
1.	Aistė	22	18:16	3 sav. stacionare, 6 sav. dienos stacionare	Bipolinis afektinis sutrikimas, šizofrenija
2.	Rimantė	62	21:36	4 sav. stacionare	Depresija
3.	Diana	44	29:20	3,7 sav. stacionare, 6 sav. dienos stacionare	Depresija
4.	Justė	49	33:58	4 sav. stacionare	Šizoafektinis sutrikimas
5.	Nida	49	33:51	4 sav. stacionare, 6 sav. dienos stacionare	Depresija
6.	Dalia	43	42:58	3,5 sav. stacionare, 6 sav. dienos stacionare	Priklausomybė nuo alkoholio, depresija
7.	Janina	68	33:02	3 sav. stacionare, 6 sav. dienos stacionare	Depresija
8.	Lina	69	32:05	3,5 sav. stacionare, 3 sav. dienos stacionare	Depresija
9.	Odeta	38	10:35	6 sav. ambulatoriškai	Nerimo sutrikimai
10.	Vitalija	36	35:30	6 sav. dienos stacionare	Bipolinis afektinis sutrikimas
11.	Simas	55	31:20	3 sav. stacionare	Priklausomybė nuo alkoholio, depresija
12.	Linas	24	20:08	6 sav. stacionare	Paranoidinė šizofrenija
13.	Giedrius	20	23:47	4 sav. dienos stacionare	Depresija

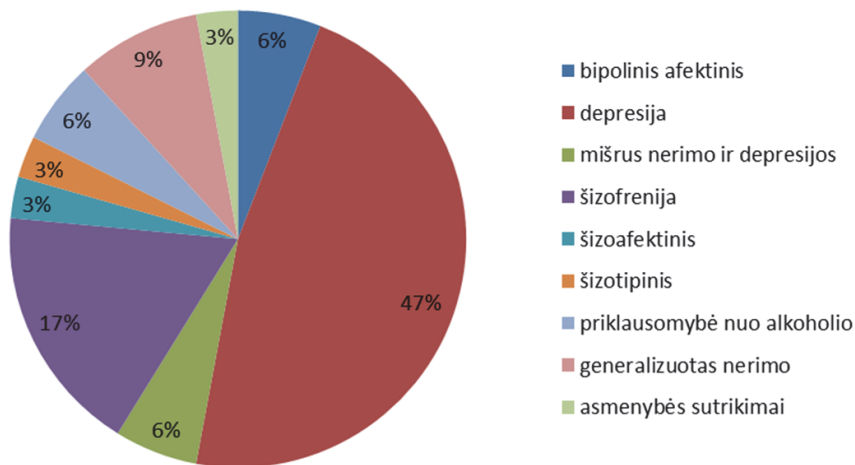
Nr.	Respondentas (vardas pakeistas)	Amžius (metai)	Interviu trukmė (min.)	Paskutinio gydymosi epizodo trukmė ir pobūdis	Gydymosi priežastis
14.	Ilona	43	26:13	6 sav. dienos stacionare	Šizotipinis sutrikimas, depresija
15.	Nora	43	49:56	12 sav. dienos stacionare	Depresija, mišrus asmenybės sutrikimas
16.	Roma	35	22:41	6 sav. dienos stacionare	Mišrus depresijos ir nerimo sutrikimas
17.	Marius	23	20:02	6 sav. dienos stacionare.	Depresija
18.	Romualdas	25	27:23	6 sav. dienos stacionare	Socialinė fobija
19.	Vilmantė	46	13:47	5 sav. ambulatoriškai	Depresija
20.	Žydrūnas	32	29:09	4 sav. stacionare	Paranoidinė šizofrenija
21.	Povilas	30	24:21	5 sav. stacionare, 3,5 sav. dienos stacionare (psichosocialinė reabilitacija)	Paranoidinė šizofrenija
22.	Dainius	45	30:33	10 sav. ambulatoriškai	Paranoidinė šizofrenija
23.	Domas	25	18:46	6 sav. dienos stacionare	Mišrus nerimo ir depresinis sutrikimas
24.	Greta	30	18:53	6 sav. dienos stacionare	Depresija
25.	Dovilė	30	27:44	6 sav. dienos stacionare	Adaptacijos sutrikimas
26.	Rugilė	23	19:29	6 sav. dienos stacionare	Depresija
27.	Osvaldas	31	22:42	6 sav. stacionare, 4 sav. ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	Paranoidinė šizofrenija
28.	Kęstas	70	31:02	3 sav. stacionare	Bipolinis afektinis sutrikimas
29.	Arnas	25	21:12	6 sav. dienos stacionare	Depresija
30.	Evelina	39	25:32	6 sav. dienos stacionare	Depresija

Kaip matyti lentelėje, tyrime dalyvavę asmenys sudaro įvairią ir nehomogenišką grupę pagal demografines charakteristikas ir diagnozes. Iš viso tyrime dalyvavo 18 moterų ir 12 vyrų. Amžiaus vidurkis 38,8 m. (nuo 20 iki 69 m.). Vidutinė interviu trukmė 26.33 min. (nuo 10.35 min. iki 49.56 min.).

Tyrime dalyvavę asmenys gydymą gavo skirtingomis formomis: 3 asmenys buvo gydomi tik ambulatoriškai (vidutinė gydymo trukmė 7 sav.), 13 – tik dienos stacionare (vidutiniškai 6,3 sav.), 6 – tik stacionare (vidutiniškai 4 sav.), 8 – ir stacionare, ir dienos stacionare (vidutiniškai 9 sav.). Vidutinė bendra tyrimo dalyvių gydymosi epizodo, po kurio praėjus 2 mėnesiams buvo vykdomi interviu, trukmė – 6,6 savaitės.

Tyrimo dalyviai sirgo įvairiomis psichikos ligomis (procentinis pasiskirstymas pateiktas 1 pav.). 5 asmenims buvo diagnozuota daugiau nei viena psichikos





1 pav. Tyrimo dalyvių procentinis pasiskirstymas pagal diagnozę

liga: šizofrenijos spektro sutrikimas arba priklausomybė nuo alkoholio ir ją lydintis afektinis sutrikimas (depresija, bipolinis afektinis sutrikimas).

**Tyrimo metodai ir eiga:** duomenims rinkti taikytas pusiau struktūrinantis interviu, leidžiantis tyrėjui geriau suprasti tiriamą reiškinį pokalbio su tyrimo dalyviu metu. Šis duomenų rinkimo metodas leidžia ne tik užduoti iš anksto apgalvotus klausimus, bet ir papildomai klausti, tikslintis pokalbio eigoje. Interviu sudarė šie klausimai:

**Pagrindinis klausimas:**

*Šiuo tyrimu mes domimės, kokį gydymą gauna į psichikos sveikatos centrus besikreipiantys žmonės ir koks yra šio gydymo efektyvumas. Todėl prašau Jūsų papasakoti apie savo gydymosi patirtį. Papasakokite tai, kas Jums atrodo svarbu, jeigu man kils klausimų – aš paklausiu.*

**Tikslinamieji klausimai:**

1. Dėl kokių priežasčių ir prieš kiek laiko kreipėtės į gydymosi įstaigą?
2. Kokį gydymą gavote?
3. Kokį šio gydymo poveikį savo sveikatai jaučiate? Kaip jis Jums padėjo ar nepadėjo? Kas būtent buvo veiksmingiausia ir svarbiausia?
4. Ar tai pirmasis Jūsų gydymasis? Jeigu ne, tai papasakokite apie savo ankstesnę patirtį, dėl kokių priežasčių kreipėtės, kokį gydymą gavote, koks buvo jo poveikis?
5. Su kuo sietumėte savo ligos pradžią, iš kur, jūsų nuomone, liga atsirado? Ar turėjote sunkių gyvenimo įvykių, su kuriais siejate ligos atsiradimą?

Sudarytų interviu klausimų tinkamumui patikrinti buvo atliktas žvalgomasis tyrimas, kuriame dalyvavo 2 moterys (22 ir 62 metų amžiaus) po stacionarinio

gydymo. Remiantis žvalgomojo tyrimo metu gautais duomenimis, klausimai buvo papildyti, pakoreguoti, pakeistos jų formuluotės.

Interviu ėmė viena iš trijų tyrėjų. Kiekvienas interviu buvo įrašytas į diktofoną (gavus žodinių tyrimo dalyvio sutikimą), vėliau transkribuojamas pakeičiant detales, pagal kurias būtų galima atpažinti respondentus (vardus, vietovardžius, pavadinimus).

**Duomenų analizė:** Interviu metu gautiems duomenims apdoroti buvo naudojama teminė analizė pagal R. Boyatzis (1998) ir V. Braun bei V. Clarke (2006) aprašomus principus.

**Teminė analizė** – metodas, leidžiantis atpažinti, analizuoti ir apibendrinti iš tekste kylančias temas nesivadovaujant iš anksto iškeltomis prielaidomis. Tyrėjas, priklausomai nuo tyrimo tikslų ir duomenų, teminę analizę gali taikyti dviem būdais: taikydamas iš anksto numatytą teorinį pagrindą gautiems duomenims analizuoti (deduktyvi teminė analizė) ar nesiremdamas jokiais iš anksto nusibrėžtomis teorinėmis gairėmis (induktyvi teminė analizė). Nuo tyrėjo pozicijos priklauso, kiek plačiai jis interpretuos nuo teksto nutolusią, latentinę informaciją bei kaip detalai sieks koduoti ir analizuoti tekstą (Boyatzis, 1998; Braun, Clarke 2006). Šio tyrimo interviu buvo analizuojami induktyviai, nesiremiant iš anksto numatyta teorija bei siekiant atskleisti pagrindines kiekvieno interviu temas. Toks būdas leidžia išvelgti kiekvienam tekstui unikalias temas ir nesusiaurina žvilgsnio iki iš anksto žinomų aspektų, taigi atsiranda galimybė atrasti literatūroje mažiau aprašytų temų. Be to, šios analizės metu koduojant informaciją buvo siekiama per daug nenutolti nuo teksto ir neinterpretuoti tyrimo dalyvių žodžių.

Tyrime taikytos induktyvios analizės žingsniai:

- I. Keletą kartų perskaitomas analizuojamas tekstas siekiant geriau suprasti jo kontekstą.
- II. Tekstas suskaidomas į segmentus ir perfrazuojamas išskiriant esminius prasminius vienetus. Tokiu būdu sudaroma teksto santrauka, sumažinamas analizuojamos medžiagos kiekis.
- III. Pradžioje pasirinkta analizuoti dešimt interviu. Šiuose tekstuose identifiкуotos temos palyginamos ir apibendrinamos jungiant su kitomis pagal prasmę artimomis temomis ir atsižvelgiant į tyrimo tikslą. Pagal tam tikrus požymius panašių temų grupės sudarė pakategorės ir kategorijas. Kategorijos detalizuojamos ir aprašomos. Tuomet dar kartą perskaitomi dešimt analizuojamų interviu siekiant įsitikinti, kad kategorijos ir temos tikrai atsispindi tekstuose ir gerai juos aprašo. Esant reikalui temų ir kategorijų sąrašas keičiamas.
- IV. Sukurtas temų ir kategorijų sąrašas taikomas analizuojant likusius dvidešimt interviu. Šis sąrašas nebuvo laikomas baigtiniu ir nekintamu, esant reikalui jis buvo koreguojamas įtraukiant naujai iškilusias temas,

plečiant arba siaurinant pakategores ir kategorijas, jas pervadinant ar perstruktūruojant.

#### V. Išanalizuotų duomenų interpretacija.

Norint užtikrinti sudarytų temų ir kategorijų sąrašo validumą, buvo siekiama sumažinti tyrėjų šališkumą ir įtaką duomenų analizei. Šio tyrimo patikimumui užtikrinti buvo pasirinkta dvigubo kodavimo procedūra. Pirmųjų dešimties interviu tekstų kodavimą atliko visa trijų tyrėjų grupė: skirtinga tyrėjų patirtis, žinios ir interesai galėjo sumažinti galimą šališkumą. Visų pirma, visos tyrėjos analizuojamą tekstą pagal pateiktus žingsnius išanalizuodavo atskirai. Tuomet susitikus būdavo diskutuojama apie išskiriamus teksto segmentus ir temas siekiant priėti vieningą nuomonę. Nepasiekus bendro sutarimo buvo kreipiamasi į išorinius, su tyrimu nesusijusius ekspertus. Išanalizavus dešimt interviu buvo sudarytas temų ir kategorijų sąrašas. Jį tolimesnei likusių tekstų analizei taikė tyrėjos, dirbdamos po dvi. Buvo laikomasi to paties dvigubo kodavimo principo: kiekviena tyrėja tekstą analizavo atskirai, vėliau diskutavo ir derino išskiriamas temas, siekė vieningos nuomonės ir požiūrio. Esant reikalui buvo diskutuojama visoje tyrėjų grupėje ir kreipiamasi į išorinius ekspertus.

Tyrimo rezultatams įtakos galėjo turėti įvairūs su tyrimo dalyvių atranka, tyrimo organizavimu bei tyrėjų patirtimi, nuostatomis ir požiūriais susiję veiksniai. Todėl darbe atsižvelgiama į reikalavimus, keliamus kokybinių tyrimų patikimumui, validumui bei kokybei užtikrinti (Steinke 2004).

## REZULTATAI

Tyrimo dalyviai įvardijo gavę šias gydymo formas:

- medikamentinį gydymą;
- psichoterapinį gydymą (individuali psichoterapija, grupinė psichoterapija, psichoterapija bendruomenėje, papildomos terapijos: biblioterapija, relaksacija, meno terapija ir kt.);
- kompleksinį gydymą (medikamentų ir psichoterapinio gydymo derinimas).

Dalis tyrimo dalyvių (9 asmenys) gavo tik medikamentinį gydymą, dalis – kompleksinį (10 tyrimo dalyvių buvo gydomi psichoterapinėje bendruomenėje, 11 dalyvių buvo gydomi medikamentais ir psichoterapija), tačiau nė vienas iš tyrimo dalyvių nebuvo gydomas tik psichoterapijos būdais.

Apibendrinus tyrimo rezultatus matyti, kad psichoterapinis ir medikamentinis gydymas pacientų vertinamas skirtingai. Tačiau sutariama, kad sergant

psichikos liga reikalingi ir vaistai, ir psichoterapija, nes jų efektyvumas ir nauda – skirtingi. Vien tik medikamentinis gydymas nėra pakankamas, lygiai kaip ir vien tik psichoterapinis gydymas (*Ta prasme, aš tuo metu lankiau tą psichoterapiją. Ir mačiau, kad manęs jau nebeišgelbės vien psichoterapija; Na, bet nuo psichoterapijos vien, tai aš, pavyzdžiui, neužmigčiau*).

Toliau detaliau aptariamas tyrime dalyvavusių pacientų požiūris į medikamentinį ir psichoterapinį gydymą bei gauto gydymo vertinimas.

## POŽIŪRIS Į MEDIKAMENTINĮ GYDYMĄ

18 tyrimo dalyvių įvardijo, kad medikamentinis gydymas sumažina simptomus ir yra reikalingas esant sunkesnei būsenai, ligos požymių suaktyvėjimui. Respondentai minėjo, kad vaistai yra efektyvūs gydant tam tikrus konkrečius simptomus, pvz.: nerimo, nemigos, panikos priepuolių, apetito stokos, minčių chaoso, skausmų (*Išgeri – ir iškart nusiramini, ir miegi; (...) ir na, paskutiniu metu tai jau skaudėdavo nuolat, tiesiog sukiodavo sąnarius, rankas, ir tai psichosomatiškai pasireiškia. O su dviem tabletėmis aš galiu gyventi be skausmo ir be baimių; Miegas ir nerimas, sakyčiau, labiausiai veikiami vaistų yra; Nes nėra ten tų teigiamų simptomų, pozityvių, kaip šizofrenijos, kokie buvo – haliucinacijos ar dar kažkas; Tie vaistai padeda atsikratyti [įkyrių] minčių*).

Tinkamai parinkti vaistai padeda normalizuoti emocinę būseną, pasijusti stabiliau (2 dalyviai), sumažina savižudybės riziką (1 dalyvis): *Na, ir nuotaika buvo tokia jau... o vaistai, aišku, koreguoja nuotaiką, tai nuotaika jau daug geresnė. Nebe taip, kad viskas atrodo žiauriai baisu; Pradėjęs gerti naujus vaistus, aš jaučiu, kad esu laimingesnis, atrandu džiaugsmą, atrandu laimę ir jaučiuosi geriau, nebėra blogų minčių apie tai, kad noriu pasitraukti iš gyvenimo. Medikamentinis gydymas taip pat padeda realistiškiau mąstyti, vertinti realybę (2 dalyviai): atsigauti, kažkiek tai išeiti iš tos nesąmoningos būsenos, neadekvačios visiškai*.

Esminis psichoterapinio ir medikamentinio gydymo skirtumas, anot tyrimo dalyvių, yra tas, kad vaistai padeda sumažinti simptomus, tačiau problemų, tapusių ligos pradžia ar priežastimi, nesprenžia: *[vaistai] kažkaip simptomą nuramina. O problemas sprendžia psichoterapija. Mano nuomone. Kalbant apie vaistus, net 17 tyrimo dalyvių paminėjo, kad jų poveikis yra ribotas, efektyvumas dalinis: Tik gal ne visada taip efektyviai greitas jisai, kad išgydytų...; Tie vaistai, tai tik palaikomasis dalykas yra...*

Svarbu paminėti, kad tai, kaip pacientas vertina medikamentinį gydymą, labai priklauso nuo to, ar šalia šio gydymo yra skiriama ir psichoterapija ir ar suteikiama pakankamai informacijos apie skiriamą vaistą, jo poveikį, galimą šalutinį poveikį. Tai leidžia pacientui jaustis labiau kontroliuojančiam ir atsakingam už savo

gydymą. Gydytojo neskubėjimą skirti vaistų ar skiriamą mažą jų dozę 2 tyrimo dalyviai įvardijo patyrę kaip žinia, jog gydytojas tiki jų pačių asmeniniais resursais sveikti bei sau padėti: *Taip, taip, ir pasitikėjimas būtent personalu, kad nepuola duoti tų vaistų. Ir vis tiek, tai rodo jų tikėjimą mumis, kad tiki mūsų vidiniais resursais, vidinėmis galimybėmis sveikti. Tai vat tas man labai labai svarbu buvo.*

Vis dėlto 4 tyrimo dalyviai įvardijo, kad jautė informacijos apie tai, kaip veikia jiems skiriami vaistai, trūkumą: *Gal dar ir ta yra problema. Bet tokio paaiškinimo, koks vaistas, kam jis tau reikalingas ir dar kažką, na ta prasme, nesu gavusi. Šalia to buvo minima, kad dėl to vaistų veikimu sunku pasitikėti, nes trūksta supratimo, kaip jie padeda: Aš vartoju juos nuo 12 metų. Man dabar 21. Tai va, vartoju, ir aš taip niekada ir nesupratau iš tikrųjų, ką tie vaistai duoda.*

7 tyrimo dalyviai kalbėjo apie tai, kad vaistų vartojimo procesas, jei išsamiai nepaaiškinamas, yra lydimas baimių tapti nuo jų priklausomam, nuogąstavimų dėl jų žalingo cheminio poveikio sveikatai, neigiamo nusistatymo apskritai: *Aš šiaip anksčiau išvis būdavau ganėtinai prieš vaistus nusiteikus. Labai nenorėjau tos chemijos. Ir bijojau netgi, kad čia man jau kažkas darysis; Aš tiesiog pati nelabai noriu, nelabai noriu, kad priprasčiau... 10 tyrimo respondentų įvardijo jautę nemalonų šalutinį vaistų poveikį, tokį kaip apsvaigimas, mieguistumas, slopinimas, atminties sutrikimai, širdies darbo sutrikimai, klausos sutrikimai, alergija, fizinis silpnumas, svorio pokyčiai (pvz., *Pažiūrėjau, kad nuo tų neuroleptikų aš fiziškai visiškai negaliu dirbti – visą laiką kaip pusgirtis, pirštai nesigniauzžia, to stiprumo nėra; Tas kaip čia – pripyškino, prifarširavo ir taip vaistais, kad net neprisimenu, kas vyksta, neprisimenu tų dviejų savaičių; O pasirodo, aš nedagirdžiu. Na, nuėjau į polikliniką pas ausų gydytoją <...>. Patikrino man ten tą ausį <...>, jinai manęs išklausinėjo, kiek seniai antidepresantus geriu. Ir sako, kad čia yra jums šalutinis poveikis. Įsivaizduojat?). Šie reiškiniai taip pat mažino dalyvių pasitikėjimą vaistais, norą juos vartoti, skatino jų nutraukimą net ir be gydytojo žinios: *Kad vaikštinėju paupiais kažko tai va, kaip girtas kažkoks tai, apspangęs, tai aš tada nutraukiau šituos visus vaistus. Vartojant vaistus sunkumų kėlė ir tai, kad prireikdavo nemažai laiko, kol būdavo atrandami tinkami vaistų deriniai, tekdavo išlaukti adaptacijos periodą.***

Apibendrinant tyrimo metu atskleistą respondentų požiūrį į medikamentinį gydymą, svarbu paminėti, kad psichikos sveikatos centrų pacientai neįvardija vaistų kaip nereikalingo gydymo komponento, tačiau laiko jį papildomu, antriniu, einančiu po psichoterapijos ir padedančiu įveikti kai kuriuos konkrečius simptomus. Vieno iš 5 šį aspektą įvardijusių tyrimo dalyvių žodžiais: *Nežinau, man atrodo, daugiau psichologinis darbas su savim... <...> O šitie vaistukai buvo kaip pagalbininkai, kad na, tiesiog būti ramesnei, miegoti. Taip pat buvo minima, kad vaistai, padėdami suvaldyti ligos paūmėjimo simptomus, gali atverti kelią gilesniam, psichoterapiniam darbui su savimi.*

Iš šių rezultatų matome, kad pacientų požiūris sutampa su užsienyje atliktų tyrimų rezultatais. Vaistų, kaip mažiau reikšmingų, suvokimas gali būti susijęs su tuo, kad apie juos pacientai apskritai turi mažai žinių, jiems trūksta informacijos, kaip iš tiesų vaistai gali padėti, kaip ir kokias sritis jie veikia, o nežinojimą dažnai lydi įvairios baimės, nepasitikėjimas, neigiamas nusistatymas. Taip pat vaistų vartojimas siejamas su priklausomybe, mažina paciento tikėjimą savo paties gebėjimu kontroliuoti ligą, pasitikėti vidiniais resursais.

## POŽIŪRIS Į PSICHOTERAPINĮ GYDYMĄ

Psichoterapinis gydymas 13 tyrimo dalyvių buvo įvardytas kaip pagrindinis: *Nes jeigu tu nedirbsi su savimi, nedalyvausi užsiėmimuose, nebendrausi su psichoterapeu-tais, tai vien vaistai tavęs neišgydys; pagrindinis gydymas yra psichoterapija.*

Kalbėdami apie psichoterapijos naudą tyrimo dalyviai išskyrė kelias pagrindines sritis:

1. Psichoterapija padeda geriau pažinti ir valdyti savo ligą (3 dalyviai): *Man atrodė, kad mano haliucinacijos ir yra tikrovė. Ir būtent psichoterapija man padėjo atskirti ir atrasti tą ribą, kai aš jau einu į psichozę. Ir kai aš esu normali. Ir aš sugebėjau tai valdyti.*
2. Padeda įsisąmoninti savo patirtį (2 dalyviai): *Ir tas nesusivokimas, tas noras numirti, pasaulis atrodė tuščias, pilkas. Ir atrodė, kad aš tikrai tikrai nusi-žudysiu. Bet būtent psichoterapijos dalis man padėjo iš to išlipti. Atskirti, kur esu aš, kur yra pasaulis. Ir kažkaip išlaviruoti.*
3. Padeda gerinti savo santykius su aplinkiniais, ugdyti socialinius įgūdžius (2 dalyviai): *Užsiėmimai įvairiapusiškai leidžia integruotis į bendravimo procesą; padeda, kaip pasakyti, socializuotis.*
4. Padeda geriau pažinti ir priimti save (8 dalyviai): *Iškilo toks realus savęs pamatymas. Ir po tos euforijos čia gulėjimo, tą realų savo vaizdą, iš tiesų, koks dar vaikas viduj esu. Ir kad ta depresija, jinai yra...; davė tą suvokimą, kas čia vyksta su manim, tiesiog tą geresnę savęs pažinimą, nes aš nelabai supratau, kas tas panikos priepuolis.*
5. Padeda pripažinti realybę ir nedramatizuoti simptomų (4 dalyviai): *Kad neleido čia man dramatizuoti, nei grupės, nei psychologė, pas kurią čia ėjau. Kažkaip galvojau, kad čia aš jau mirštu, o jie nedramatizuoja šito viso reika-lo, na [juokiasi]. Tai va, tai na kažkaip tai irgi taip apramino, kad tai gal čia nieko iš tiesų baisaus.*
6. Padeda suvaldyti savo jausmus, geriau save vertinti (3 dalyviai): *Manyje yra dabar to džiaugsmo savimi, kad aš esu vertinga, kad nieko nepraradau, niekas nepražuvo, nėra to invalidumo to viduj.*

Bendrają prasme, psichoterapija, anot tyrimo dalyvių, padeda iš esmės spręsti savo problemas (6 dalyviai): *Tie antidepresantai, aš nežinau, negaliu pasakyti, kad aš labai fiziškai pajutau, kad tiesiog vat tas nerimas iškart ten dingo ar ten aš pasidariau kažkokia tai ramesnė. Nežinau, man atrodo daugiau psichologinis darbas su savimi; na taip, tu analizuoji savo problemas, tu turi konkrečią problemą, tu sakai ją ir tau padeda.*

Anot tyrimo dalyvių, psichoterapijos veiksmingumas labai priklauso tiek nuo psichoterapeuto, tiek nuo jo taikomo metodo, tiek nuo paties paciento.

Kalbėdami apie psichoterapijos krypties, metodo (įvardijo 1 dalyvis) ir specialisto (įvardijo 4 dalyviai) aspektus tyrimo dalyviai išsakė, kad visų svarbiausia – jog tai atitiktų paciento poreikius, tiktų jam, atlieptų esamai būsenai: *Kad ne tai, kad stovi vietoje ir tu eini tiesiog tam, kad pasišnekėtum ir nieko iš to negauni. Ta prasme, aš manau, labai svarbu yra rasti sau tinkamą psichoterapeutą, psichologą ar dar kažką.*

Tyrimo dalyviai pastebi, kad didelė dalis psichoterapijos efektyvumo vis dėlto priklauso nuo paties paciento. Tyrimo metu išryškėjo tokie su pacientu susiję psichoterapijos veiksniai:

1. Asmens būsena (įvardijo 2 dalyviai). Sunkiau besijaučiant sudėtinga įsitraukti į psichoterapijos procesą, dalyvauti grupėse ir užsiėmimuose: *o man tiesiog nu nelabai tai pavyko, nes sunku buvo dalyvaut tuose užsiėmimuose tiesiog, kalbėt kažką. Kai kada itin prasta savijauta neleidžia atvykti į terapinius užsiėmimus apskritai: Aš ne viską taip galėjau lankyti, taip ščyrai ščyrai, ten buvo man tokių, kad paskambinu ir sakau „blogai jaučiuosi“.*
2. Savirefleksijos gebėjimai (2 dalyviai). Dalyvavimas psichoterapijoje ir jos efektyvumas priklauso nuo asmens gebėjimo (ir pasiryžimo) apmąstyti ir analizuoti savo jausmus, mintis, patirtis, įsiklausyti į kitų žmonių žodžius: *tu išeini iš to savo kiauto, tau reikia išlįsti ir atsiverti, ir parodyt savo vidų, ir drąsos turėti. O aš iš tų, kurie nori visko mokytis dar priedo. Ir keistis. Aš noriu keistis, aš noriu tobulėt, aš noriu mokytis. Noriu to viso vyksmo.*
3. Psichoterapinis įdirbis (1 dalyvis). Pastebima, kad atėjus į psichoterapiją ne pirmą kartą ir jau geriau susipažinus su procesu, toks gydymo būdas tampa vis efektyvesnis: *aišku, aš ir pati jau buvau paėjusi, pati pažengusi, ta prasme, į priekį. Ir nu kaip pasakyti, taip pat sunku buvo, ta prasme, sudėtingas lygis, bet aš pati su tuo laipsniškai irgi susidūriau.*
4. Dedamos pastangos (4 dalyviai). Svarbus asmens noras spręsti savo sunkumus, į juos pasigilinti, tyrinėti: *Nes jeigu tu nedirbsi su savimi, nedalyvausi užsiėmimuose, nebendrausi su psichoterapeutais, tai vien vaistai tavęs neišgydys. Tu turi pats nusiteikt, kad tu nori išgyt, kad tu nori pasveikt. Šis*

aspektas tyrimo dalyvių vertinamas kaip esminis psichoterapijoje: *Jeigu žmogus nenorės, tai nieko ir nebus; Tai, kad aš būnu atvira ir tikrai nuoširdžiai noriu gydytis. Ir dėl to, dėl to ir vyksta kažkas tenai.*

Kalbėdami apie psichoterapinį gydymo komponentą ir jį vertindami tyrimo dalyviai įvardijo ne tik psichoterapijos teikiamą naudą, tačiau ir tam tikrus iššūkius, kylančius gaunant tokią pagalbą:

1. Netikėjimas veiksmingumu (4 dalyviai). Dviem dalyviams jis pasireiškė dėl subjektyviai patirto efekto po psichoterapijos, t. y. jos riboto efektyvumo: *Padėdavo, bet irgi, sakykim, labai trumpą laiką. Maždaug užteka gal porai dienų gerai jaustis.* Kiti du respondentai išsakė bendrą neigiamą nuostatą psichoterapijos ir psichoterapija paremtų terapinių užsiėmimų atžvilgiu: *Nu vat taip, jeigu atsitiko gyvenime tokia tragedija, tai gal ir gerai, kad išsikalbėjau tenais porą kartų ir pamiršau viską iškart, nu, nesinori ten gilintis daug, man atrodo beprasmiška.* Svarbu paminėti, kad šie du dalyviai po gydymosi nepajautė didesnių pokyčių, neišskyrė nei medikamentinio, nei kompleksinio gydymo efektyvumo.
2. Neaiškumo jausmas (3 dalyviai). Dalyvavimas individualioje psichoterapijoje kelia abejonę jos veiksmingumu dėl terapinio proceso metu išgyvenamo neaiškumo jausmo, kuris susijęs su progresu ir pačiu procesu: *Tie progresai, aš nežinau, kaip jie turėtų atrodyt, tas sveikimas ar bent jau nėjimas gilyn į kažkokią depresiją.*
3. Specialisto kompetencija (3 dalyviai). Kalbėdami apie paslaugas, kurias gavo, respondentai jas vertino kaip nekokybiškas dėl suvokiamos prastos psichoterapeuto kompetencijos ar asmenybės netinkamumo: *Kai gulėjau toj klinikoje, tai buvo panašūs užsiėmimai, bet jie buvo atliekami tikrai kitaip. Kokybiškiau; aš labai supykau iš tikrųjų ant to psichologo, kad jis kažkaip taip negražiai elgiasi, kad negražiai bendrauja.*
4. Specialistų amžius (1 dalyvis). Psichologinės pagalbos kokybė buvo vertinta neigiamai ir turėjo įtakos respondentės dalyvavimui joje dėl to, kad buvo suteikta ne patyrusių specialistų, o besimokančių rezidentų: *Antrą kartą atėjau ir buvo vien rezidentės. Aš išėjau visiškai nieko negavusi; Ir neat-sivėriau, nekalbėjau, ir tiesiog taip buvau.*
5. Lėtas progresas (1 dalyvis). Vienas respondentas įvardijo išgyvenamą sunkumą dalyvaujant individualioje psichoterapijoje dėl lėtai pastebimų ir neapibrėžtų pokyčių: *Aš einu ir pykstu, kad einu. Ir pykstu ant savo terapeuto ir toliau einu, nes nejaučiu kartais to poveikio visiškai.*
6. Darbas su keliais specialistais (1 dalyvis). Kaip barjeras dalyvauti psichoterapijoje tapo skyriaus, kuriame buvo gydomasi, darbo specifika: skyriu-



je vienu metu respondentas pagalbą gavo iš psichiatro, psichologo ir rezidento, kuris tuo metu atliko praktišką gydymosi įstaigoje. Darbas su trimis specialistais apsunkino būseną ir padidino norą nedalyvauti psichoterapijoje: *Nes vienai tu galbūt išpasakoji viską, kas bloga, kitai viską, kas gera, trečiai ir gera, ir bloga, ir tu tos pagalbos tokios konkrečios, kokybiškos taip ir nesulauki.*

7. Norimo dėmesio trūkumas (4 dalyviai). Įsitraukę į psichoterapijos procesą tyrimo dalyviai įvardijo laiko ir dėmesio trūkumą. Kalbėdami apie grupinę terapiją du tyrimo dalyviai įvardijo sunkumą, kad grupinio darbo metu dėl didelio dalyvaujančių žmonių kiekio nelieka laiko jų problemoms aptarti: *Žmonių daug grupėse yra, tai viso laiko neskirsi tikrai sau, jeigu nespėji pirmas, tai būna taip, kad išvis negali. Kalbėdami apie individualią psichoterapiją, du dalyviai įvardijo, kad vienas susitikimas per savaitę yra per retas, siekiant būsenos pagerėjimo: *Tai mato valandą ten laiko. Tai yra tokia mažytė dalelė <...> Ir aš įsivaizduoju, kaip sunku, nu, vat atpažinti kažką.**

Pastebima, kad tie patys tyrimo dalyviai galėjo susidurti su kliūtimis ir gaudami psichoterapinę pagalbą, ir dėl jos kreipdamiesi. Tai atskleidžia svarbų momentą – tai, jog asmuo kreipėsi psichologinės pagalbos, neužtikrina, kad jis sėkmingai dalyvaus gydymosi procese ir nenutrauks gydymo. Temos, susijusios su kliūtimis kreipiantis psichologinės pagalbos, apibūdina sunkumus, su kuriais asmuo susiduria dar prieš kreipdamasis gydytis, ar sunkumus, kurie atitolino arba apsunkino kreipimąsi.

Tyrimo metu 19 dalyvių paminėjo kliūtis, kurios apsunkina ar nutolina kreipimąsi pagalbos. Interviu dalyvavę asmenys nurodė bent vieną ar daugiau sunkumų, su kuriais susidūrė svarstydami kreiptis pagalbos arba jos kreipdamiesi:

1. Visuomenės požiūris į sergančiuosius psichikos sveikatos ligomis. Stigmatizaciją ir diskriminaciją dėl psichikos ligos minėjo patiriantys arba pastebintys 11 dalyvių. Stigmatizuojantis požiūris į psichikos ligomis sergančius asmenis apsunkina kreipimąsi pagalbos ne tik į psichikos sveikatos centrus, bet ir trukdo ieškoti palaikymo net iš artimųjų: *...tai tokia liga, apie kurią nesinori labai kalbėti, ar ne. Kažkam labai girtis ar ten rodytis. Kad va čia aš sergu, lankausi psichikos centre. Tai yra vis tiek slepiama labai, ir nuo tų pačių draugų, ir dažnai susiduri su tuo, kad nėra su kuo pasikalbėti. Psichikos liga tampa kliūtimi prisitaikyti visuomenėje: aš pergyvenau dėl to. Aš tiesiog slapstydavausi, ir kaimynė buvo ligoninė, tai slapstydavomės, vienas kito nematėm, kadangi jinai tą patį galvojo, kaip ir aš – čia didžiausia tragedija atsigulti į Vasaros gatvę. Stigmatizuojantis požiūris į psichikos*

sveikatos ligomis sergančius asmenis ne tik sukelia vienišumo jausmą, paramos iš artimųjų trūkumą, bet ir skatina slėpti savo būseną, išgyventi gėdos, baimės jausmus. Psichikos ligomis sergančių asmenų stigmatizacija dažnai pasireiškia visuomenėje paplitusiais mitais, pasisakymais apie sergančiuosius ar pačią ligą, pvz., *depresija serga tik tinginiai ir ištižėliai; jei kreipiesi pagalbos į psichiatrinę ligoninę – tu psichas*.

2. Požiūris į gydymo sistemą (7 dalyviai). Tyrimo dalyviai įvardijo, kad prieš kreipdamiesi į psichikos sveikatos centrą įsivaizdavo, kad ligoninėje yra baisu ir gydomi tik sunkiais psichikos sutrikimais sergantys asmenys, todėl kilo baimė kreiptis pagalbos: *tokių stereotipų turėjau tai ligoninei, bijojau ten patekti. Po to, kai patekau, pamačiau – nėra taip traagiškai baisu; galvoju, nu, čia visų pirma, kad durnynas*. Kitas barjeras, apsunkinantis norą kreiptis į psichikos sveikatos centrą, buvo nukreiptas į įsivaizduojamą paslaugų kokybę. Psichikos sveikatos centruose didelė paslaugų dalis yra valstybės finansuojama ir tai skatino mąstyti, kad, jei paslaugos yra finansuojamos, jos turėtų būti nekokybiškos ir besikreipiančiam pagalbos asmeniui nebus skiriama tiek dėmesio, kiek galėtų būti privačiame sektoriuje: *daug kas įsivaizduoja, kad kai yra nemokamai, tai čia bus labai negerai*. Tam, kad nesikreipiama pagalbos, įtakos turėjo ir netikėjimas, kad psichikos sveikatos centruose teikiamos paslaugos gali būti veiksmingos: *Nu, nenorėjau, žinot gi kaip – netikiu aš; bet aš kažkaip nelabai tikiu, tai aš vis tiek pakankamai socialus žmogus esu, kad ir turiu šitą ligą, dėl to man kažkaip nėra didelio poreikio kažkokio išsišnekėti, dar kažkur*.
3. Nesupratimas, kada laikas kreiptis pagalbos (8 dalyviai). Tyrimo dalyviai, kalbėdami apie savo patirtį ir tai, kas apsunkino ar nutolino kreipimąsi, akcentavo nesupratimą, kada savijauta yra tokia, kad reikalinga specialistų pagalba: *Kai aš jau pradėjau taip vat blaškytis, namuose nieko nebedarau, tiktai iš kambario į kambarį, atsigult – negali gulėti, sėdėt negali, nieko negali. Bet aš vis tiek kažkaip tai vat, nu, man net minties tos nebuvo, kad kreiptis reikia pas specialistus, nebuvo tokios minties; Nes aš, kai jau buvau ant ribos, čia gal prieš vienuolika metų, tai aš nesikreipiau*. Šis barjeras susijęs nepakankamu aplinkinių palaikymu ir skatinimu kreiptis pagalbos, informacijos apie pagalbos galimybes stoka, tokios pagalbos trūkumu apskritai: *labai nepatiko, tas gulėjimas, nu, tikrai ten daugiausiai gulėjimo yra tai. Tai tas nesulaikė, iškart pabėgau, nes negalėjau būt*.
4. Finansiniai barjerai (6 dalyviai). Psichikos sveikatos centre psichologo konsultacijos yra finansuojamos valstybės, tačiau dažniausia gydymosi trukmė – 6 savaitės, po kurių asmuo, norėdamas tęsti psichoterapiją, su-

siduria su finansiniais sunkumais: <...>visur mokamai VISUR, pas psichologus, pas psichiatrus ten prieš tai, kai ieškojau pagalbos, nuvažiuoji – sumos beprotiškos.

Remiantis tyrimo dalyvių patirtimis galima pastebėti, kad psichoterapinis gydymas, nors ir yra vertinamas kaip efektyvi ar net esminė gydymo dalis, pacientams ne visada pasiūlomas: *pagrindinis gydymas yra psichoterapija. Bet tai kadangi negali visiems to pasiūlyti, visiems ir nesiūlo, ir jeigu tu pats nesimuši, nesiverži, nereikalauji, neprašai ir neklausi... Aš buvau girdėjusi, kad yra kažkokie dienos stacionarai, bet tai kaip aš kažkaip nepasidomėjau, kas čia gali, kas turi teisę; Mano manymu, labai prastas gydymas. Ten būdavo tiesiog taip, kad tu atsiguli, per dieną galbūt vienas užsiėmimas ir tik tris kartus per savaitę. Ir tu nueini tik į vieną užsiėmimą ir tu visą dieną esi laisvas. Tave tik girdo vaistais. Taip pat pastebima, kad pacientams ne visada suteikiama pakankamai informacijos apie medikamentinio ir apie psichoterapinio gydymo galimą poveikį ir naudą, stinga informacijos apie psichoterapijos prieinamumą.*

Svarbu pabrėžti, kad nors psichoterapija tyrimo dalyvių ir buvo vertinama kaip esminis gydymo komponentas, nemanoma, kad medikamentai būtų nereikalingi. Remiantis dalyvių patirtimi galima teigti, kad efektyviausia – kai medikamentinis gydymas derinamas su psichoterapija: *Ta prasme, aš tuo metu lankiau tą psichoterapiją. Ir mačiau, kad manęs jau nebeišgelbės vien psichoterapija; Nu, bet nuo psichoterapijos vien, tai aš, pavyzdžiui, neužmigčiau.*

## REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

Apibendrinami tyrimo atskleistą respondentų požiūrį į psichoterapinį gydymą visų pirma pastebime, kad apie psichoterapiją kalbėta daugiau, šiose kategorijose atskleista įvairesnių temų. Psichoterapija apskritai laikoma esminiu gydymo elementu (tai sutampa su užsienio tyrimų duomenimis), padedančiu įgyvendinti savęs ir ligos suvokimo pokyčius, įprasminti patirtį, suprasti santykius. Tai padaryti padeda įvairūs individualios ir grupinės terapijos elementai: palaikymas, normalizavimas, atspindėjimas, įgūdžių repetavimas, „čia ir dabar“ patyrimas ir kt. Tačiau pripažįstama, kad pokyčiams pasiekti reikia laiko, paties paciento pastangų, įdirbio, įvardijama ir tai, kad psichoterapija ne visuomet yra pakankama ir efektyvi: reikalingas įvairių psichoterapijos formų derinimas, taip pat specialisto aktyvumas, kitų dalyvaujančiųjų įsitraukimas (pvz., grupinėje terapijoje).

Tyrimo dalyviai išskyrė ir kitų galimų priežasčių, kodėl psichoterapija paskiriama ne visada, arba kodėl sunku į šį gydymą įsitraukti. Šios kliūtys labiausiai

siejamos su tuo, kad psichoterapiniam gydymui reikalingas paties paciento įsitraukimas ir darbas su savimi, kai tuo tarpu medikamentinio gydymo metu iš paciento nieko nereikalaujama, jo pozicija gydymo metu – pasyvi. Tačiau būtent aktyvi pozicija ir atsakomybės už savo sveikatą ir gydymą jausmas yra tai, kas gydymą daro efektyvų: *Nes jeigu tu nedirbsi su savimi, nedalyvausi užsiėmimuose, nebendrausi su psichoterapeutais, tai vien vaistai tavęs neišgydys.*

Svarstant, kodėl medikamentiniam gydymui vis dėlto skiriama pirmenybė, galima pastebėti, kad tyrimo dalyviai, kalbėdami apie vaistus, išskiria žymiai mažiau susijusių aspektų ir temų. Pagrindinės temos: vaistai sumažina simptomus, turi būti tinkamai parinkti ir suderinti, stinga informacijos apie šį gydymą. Tačiau kalbėdami apie psichoterapiją dalyviai mini gerokai daugiau susijusių aspektų ir temų: psichoterapijos veiksmingumas priklauso nuo paties besigydančiojo įsitraukimo, darbo su savimi, būsenos, dedamų pastangų (*Galų gale, tu ateini į tą bendruomenę, sakykim, kolegų, laikinai suėjusių, tai tu išeini iš to savo kiauto, tau reikia išlįsti ir atsiverti, ir parodyt savo vidų, ir drąsos turėti*), nuo psichoterapinio metodo, jo intensyvumo, nuo psichoterapeuto darbo, asmenybės, lyties (*nes aš pas tą vyrą nenorėjau vaikšiot. Aš nieko prieš jį, kaip specialistą, man tiesiog pas vyrą specialistą, ten kur reikia pasakot, man barjeras, nes yra sužeidimai per visus vyrus nuo gimimo ten, nuo tėvo pradėjus. Ir kaip aš dar dabar kažkokiam psichologui atsivėrinėsiu*), tinkamumo pacientui (*Gal kitiems padeda. Bet man tai dar daugiau užkrauna. Savo tokiom, kartais tokios kalbos.. <...> tavo situacija daugiau supainioja taip, kad tu išeini ir galvoji. Pataikiau ant man netinkančių psichologų*), informacijos ir žinių apie psichoterapiją trūkumo. Taip pat respondentai įvardija nemažai barjerų, susijusių su psichoterapinės pagalbos gavimu: barjerai siejami su specialistu – jo kompetencija, amžiumi, kaita, su sudėtingu psichoterapijos procesu – lėtu progresu ir dėl jo kylančiu neaiškumo jausmu. Tai rodo, kad psichoterapinis gydymas savo esme yra sudėtingesnis ir labiau daugiasluoksnis nei medikamentinis gydymas. Galbūt kai kuriais atvejais tai tampa priežastimi neskirti arba nelankyti psichoterapijos, nors ir žinoma, kad ši gydymo dalis galėtų būti efektyvi ar svarbi pacientui.

## TYRIMO RIBOTUMAI

Vertinant šio tyrimo rezultatus reikalinga atsižvelgti, kad dalyvavimas šiame tyrime buvo savanoriškas ir dalyviai bet kuriame tyrimo etape galėjo atsisakyti tęsti dalyvauti. Todėl gali būti, kad mažiau reflektyvūs, gydymu nepatenkinti, sunkesnėmis psichikos ligomis sergantys asmenys tyrime dalyvauti atsisakė. Dauguma respondentų sirgo afektiniais sutrikimais (depresija, bipoliniu afektiniu sutrikimu) ir buvo pajėgūs analizuoti savo patirtis, vidinius išgyvenimus.

Be to, net trečdalis tyrimo dalyvių gydėsi psichoterapinėje bendruomenėje – šis rezultatas taip pat atskleidžia, kad linkę save analizuoti, reflektuoti asmenys dažniau renkasi ir gauna psichoterapinę pagalbą ir būna labiau linkę bendradarbiauti tiek savo gydymo proceso metu, tiek dalyvaudami tokiuose kaip šis tyrimuose, tiek dalytis savo patirtimi ir išgyvenimais apskritai. Kyla klausimas, ar psichoterapija būtų suvokiama kaip efektyvus gydymo būdas ir tų pacientų, kurie serga endogeninėmis ligų formomis arba savo psichikos sutrikimo nesieja su ankstesne gyvenimo patirtimi, išgyvenimais, nejučia turintys pakankamai resursų ir galios patys turėti įtakos ir kontroliuoti savo ligą ir sveikimą.

## IŠVADOS

1. Tyrimo duomenimis, tiek psichoterapija, tiek medikamentai laikomi naudingais gydymo elementais, tačiau psichoterapija laikoma pagrindiniu, o medikamentai – papildomu elementu.
2. Psichoterapinis gydymo aspektas reikalauja daugiau paciento įsitraukimo ir indėlio, aktyvesnės jo pozicijos, tarpu tik medikamentinis gydymas kuria pasyviąją paciento poziciją savo sveikimo atžvilgiu, neleidžia pasijusti turint įtakos ir kontrolės savo būsenai (ligai ir sveikimui).
3. Tiek kreipiantis psichoterapinės pagalbos, tiek ją gaunant kyla įvairių vidinių ir išorinių barjerų: informacijos apie tokią pagalbą stoka; netikėjimas veiksmingumu; specialistų kaita; psichikos ligų ir jomis sergančiųjų stigmatizacija; išankstinės neigiamos nuostatos gydymo sistemos atžvilgiu; nesupratimas, kada reikalinga kreiptis pagalbos ir kaip tokia pagalba vyksta; finansiniai sunkumai.
4. Psichikos ligų ir jomis sergančiųjų stigmatizacija neigiamai veikia sergančiųjų būseną, kliudo kreiptis pagalbos ir gilintis į turimus sunkumus, sukelia norą atsitraukti nuo visuomenės, izoliuotis, nekalbėti apie savo patirtis.
5. Mūsų tyrimo rezultatai patvirtina biopsichosocialinio modelio reikalingumą: patys pacientai pabrėžia medikamentų ir psichoterapijos derinimo svarbą gydymo procese.

1. Antonuccio, D. O., Danton, W. G., DeNelsky, G. Y. 1995. Psychotherapy versus Medication for Depression: Challenging the Conventional Wisdom Data, *Professional Psychology: Research and Practice* 26(6): 574–585.
2. Boyatzis, R. E. 1998. *Thematic Analysis and Code Development. Transforming Qualitative Information*. USA, California: SAGE publications.
3. Braun, V., Clarke, V. 2006. Using Thematic Analysis in Psychology, *Qualitative Research in Psychology* 3: 77–101. DOI: doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
4. Clement, S., Schuman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Thornicroft, G. 2015. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies, *Psychological medicine* 45(01): 11–27. DOI: doi: 10.1017/S0033291714000129.
5. Cooper, A., Corrigan, P. W., Watson, A. C. 2003. Mental illness stigma and care seeking, *Journal of Nervous and Mental Disease* 191: 339–341. DOI: doi: 10.1097/01.NMD.0000066157.47101.22.
6. Corrigan, P. W. 1998. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 5: 201–222. DOI: doi: 10.1016/S1077-7229(98)80006-0.
7. Corrigan, P. W., Matthews, A. K. 2003. Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet, *Journal of Mental Health* 12: 235–248. DOI: doi: 10.1080/0963823031000118221.
8. Corrigan, P. 2004. How stigma interferes with mental health care, *American psychologist* 59(7): 614. DOI: doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614.
9. Corrigan, P. W., Watson, A. C. 2002. The paradox of self-stigma and mental illness, *Clinical Psychology: Science and Practice* 9(1): 35–53. DOI: doi: 10.1093/clipsy.9.1.35.
10. Corrigan, P. W. 2000. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change, *Clinical Psychology: Science & Practice* 7: 48–67. DOI: doi: 10.1093/clipsy.7.1.48.
11. Cuijpers, P., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J., Andersson, G. 2011. Psychological Treatment of Depression in Inpatients: A Systematic Review and Meta-analysis, *Clinical Psychology Review* 31: 353–360.
12. De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., De Jonghe, F. 2006. Relative Efficacy of Psychotherapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depression: A Metaanalysis, *Psychotherapy Research* 16: 566–578.
13. Devine, P. G. 1995. Prejudice and out-group perception. Iš Tesser A. (ed.) *Advanced Social Psychology*. New York, NY: McGraw-Hill, 467–524.
14. Goštautas, A. 2007. *Sergančių depresija arba šizofrenija pacientų pirminės psichikos sveikatos priežiūros centruose su sveikata susijusios gyvenimo kokybės ir dvasingumo ypatumai* (Darbo atlikto Valstybinio Psichikos sveikatos Centro užsakymu ataskaita). Kaunas.
15. Grigienė, D., Skruibis, P., Dadašev, S., Klimaitė, V., Geleželytė, O., Bieliauskaitė, R. 2015. Vyrų suicidiškumo prielaidos. Iš D. Gailienė (sud.) *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Vilnius: „Eugrimas“, 234–249.
16. Hunsley, J., Elliot, K., Therrien, Z. 2013. *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments*. Canadian Psychological Association: Ottawa, Ontario.
17. Hilton, J. L., von Hippel, W. 1996. Stereotypes, *Annual Review of Psychology* 47: 237–271.
18. Klimaitė, V. 2015. *Dėl savižudybės artimojo netekusių asmenų gedulo patyrimas*. Daktaro disertacija. Vilnius: VU leidykla.
19. Klimaitė, V., Geleželytė, O. 2015. Kai sunku vėl pasitikėti. Nusivylimo išgyvenimai po artimojo savižudybės. Iš D. Gailienė (sud.) *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Vilnius: „Eugrimas“, 249–260.
20. Krueger, J. 1996. Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics, *Journal of Personality and Social Psychology* 71(3): 536–548.
21. Kushner, M. G., Sher, K. J. 1989. Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance, *Professional Psychology: Research and Practice* 20(4): 251.
22. Langle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwarzler, F., Eschweiler, G. W. 2003.

- Indicators of Quality of In-patient Psychiatric Treatment: the Patients' View, *International Journal for Quality in Health Care*: 213–221.
23. Manber, R., Kraemer, H. C., Arnow, B. A., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Thase, M. E., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Koscis, J. H., Gelenbergi, A. J., Keller, M. E. 2008. Faster Remission of Chronic Depression with Combined Psychotherapy and Medication than with Each Therapy Alone, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(3): 459–467.
  24. Mitaitė, A., Žardeckaitė-Matulaitienė, K. 2014. Seksualinę prievartą patyrusių aukų prievartos pasekmių vertinimas bei pagalbos, siekiant su jomis susitvarkyti, paieškos ypatumai. Iš *Quo vadis, psichologija?: Lietuvos psichologų kongresas. Kongreso pranešimų santraukų leidinys*. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto leidykla, 42.
  25. Mohr, D. C., Hart, S. L., Howard, I., Julian, L., Vella, L., Catledge, C., Feldman, M. D. 2006. Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients, *Annals of Behavioral Medicine* 32(3): 254–258.
  26. Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Šumskas, G., Juodkaitė, D., Murauskienė, L., Mataitytė-Diržienė, J., Šliužaitė, D. 2013. *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką* (Mokslo studija). Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
  27. Povilaitis, R., Pūras, D., Petronis, R. 2015. Pirminės psichikos priežiūros sveikatos priežiūros pertvarka. Iš Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvus priemonių planas 2016–2018 m., 30–38.
  28. Skruibis, P., Dadašev, S., ir Geleželytė, O. 2015. Savižudiško elgesio stigma. Iš D. Gailienė (sud.) *Gyvenimas po lūžio. Kultūrinių traumų psichologiniai padariniai*. Vilnius: „Eugrimas“, 217–234.
  29. Spielmans, G. I., Berman, M. I., Ustilo, A. N. 2011. Psychotherapy Versus Second-Generation Antidepressants in the Treatment of Depression: A Meta-Analysis, *Journal of Nervous & Mental Disease* 199(3): 142–149.
  30. Steinke, I. 2004. Quality Criteria in Qualitative Research. In Flick, U., von Kardorff, E., Steinke, I. (Eds.) *A Companion to Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd., 184–190.
  31. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. 2016. Dėl sveikatos apsaugos ministro nustatytos formos sveikatos pažymėjimo asmeniui, siekiančiam tapti vaiko globėju (rūpintoju), vertinimo. Paimta iš: [http://www.vaikoteises.lt/media/file/Methodines/Rekomendacija\\_del\\_gydytoju\\_pazym.pdf](http://www.vaikoteises.lt/media/file/Methodines/Rekomendacija_del_gydytoju_pazym.pdf).
  32. van Schaik, D. J., Klijn, A. F., van Hout, H. P., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., de Haan, M., van Dyck, R. 2003. Patients' Preferences in the Treatment of Depressive Disorder in Primary Care, *General Hospital Psychiatry* 23(3): 184–189.
  33. Wittchen, H. U., Jacobi, F. 2005. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies, *European Neuropsychopharmacology* 15: 357–376.
  34. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J. et al. 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, *European Neuropsychopharmacology* 21: 655–679.

# 3 PSICHIKOS SUTRIKIMŲ DISKURSAI AKADEMINĖJE IR PROFESINĖJE LITERATŪROJE BEI ŽINIASKLAIDOJE (Jurga MATAITYTĖ-DIRŽIENĖ)

## PSICHIKOS SUTRIKIMŲ IR JŲ GYDYMO FORMŲ ANALIZĖS ŽINIASKLAIDOJE IR PROFESINĖJE BEI MOKSLINĖJE LITERATŪROJE TEORINĖS PRIELAIDOS

Analizuojant perėjimo nuo medicininės prie biopsichosocialinės paradigmos prielaidas Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, vienu iš kaitos rodiklių yra viešieji diskursai, vyraujantys profesinėje, mokslinėje literatūroje bei žiniasklaidoje. Vyraujančių diskursų analizė gali padėti išvystyti vyraujančias nuostatas, slypinčias už deklaruojamų teiginių. Pasak J. Ruškaus ir G. Mažeikio (2007: 56), Lietuvoje klinikinis negalios modelis latentiskai tebedominuoja, nors oficialiai yra neigiamas ir atmetamas.

Šiuo tyrimu analizuoti procesai, kuriais psichikos sutrikimai ir jų gydymo formos, kaip socialinės realybės fenomenai, konstruojami, įkomponuojami ir įtvirtinami tiek kasdieninėse sąveikose (jų atspindžiu laikant žiniasklaidos publikacijas), tiek institucinėje ir akademinėje praktikoje (jų atspindžiu laikant profesines ir mokslines publikacijas). Psichikos sutrikimai ir jų gydymo formos čia traktuojamos ne vien tik kaip asmenį pažeidžiantis fenomenas, apibūdinantis asmens protą ar kūną, bet kaip sąvokų ir elgesio būdų rinkiniai, sukurti ir plėtojami mokslinių disciplinų, nagrinėjančių žmogiškąjį distresą. Šie sąvokų ir elgesio būdų rinkiniai paplinta ir kasdieniniame visuomenės žinojime bei turi įtakos tam, kaip asmuo suvokia savo ir kitų asmenų patiriamą psichinį distresą ir jo įveikos būdus (Bilić ir Georgaca 2007). Čia remiamasi socialinio konstrukcionizmo perspektyva ir įvairių sričių žinojimu apie tai, kas suvokiama kaip žmogiškoji patologija, analizuojant psichikos sutrikimus būdu, atskleidžiančiu šį žinojimą grindžiančius politinius, kultūrinius, istorinius, technologinius ir kitus klodus (Fee 2000).



Kalba yra viena pagrindinių priemonių pažįstant, suvokiant ir kuriant socialinį pasaulį bei jo fenomenus. Pasak D. R. Loseke, „žmonės gyvena dviejuose pasauliuose vienu metu: fiziniame ir reikšmių“ (Loseke 1999: 13). Reikšmių pasaulis, socialiniai fenomenai ir jų suvokimas, žmonių įsitikinimai konstruojami kalba. Ja žmonės perteikia savo realybės suvokimą. Kalba yra ne tik pasyvus jau egzistuojančių žinių perdavimo būdas, bet aktyvus ir interaktyvus procesas. Kalba ir kuria, ir riboja reikšmes. Kaip ir kiti socialinės realybės aspektai, psichikos sutrikimų ir jų gydymo formų reikšmės tam tikru laiku yra kuriamos socialinių veiksmų ir šios reikšmės negali būti atskirtos nuo tų veiksmų (Edwards ir Potter 2001). Dėl to formuojami kultūriškai ir istoriškai reliatyvūs psichikos sutrikimų ir jų gydymo formų diskursai<sup>3</sup>. Kalba, organizuota į diskursus, turi didelę galią formuoti žmonių pasaulio suvokimą ir elgesį jame. Tie, kurie kontroliuoja diskursą (pavyzdžiui, tam tikros srities profesionalai), turi galią nustatyti kitų vietą visuomenėje (Lawson ir Garrod 2001). Tad, jeigu kalba formuoja realybę, tai neabejotina, kad žodynas, vartojamas psichikos sutrikimams apibūdinti, o ypač diagnozių ir gydymo metodų kalba, atlieka tą patį (Morkel 2007). Todėl terminai ir sąvokos, sukurti norint paaiškinti psichikos sutrikimus, modeliuoja ne tik tai, į kokias jų apraiškas turėtų būti atkreiptas dėmesys, kas turėtų būti pastebima, kokie gydymo būdai paskiriami, bet ir pačių sutrikimų pasireiškimą. Tai, kaip visuomenėje identifikuojami tokie asmenys, kokios reikšmės priskiriamos tam tikrą sutrikimą simbolizuojančiam terminui, ir sukuria psichikos sutrikimų sampratą (Loseke 1999). Vyraujančios sampratos nulemia ir tai, kokie gydymo ir pagalbos metodai laikomi priimtinais. Terminai perima reikšmes iš konteksto, kuriame yra vartojami. Kontekstas – tai bet kas iš tiesioginės aplinkos: interesai, socialiniai ir lingvistiniai susitarimai, socialiniai procesai, kultūrinės tradicijos, gydymo formos ir visa kita, ką apima terminai (Hibberd 2005). Tokie terminai kaip „normalus“, „vidutinis“, „įgalus“ yra tam tikrame kontekste socialiai sukonstruotos sąvokos. Tačiau visi žmonės yra skirtingi, o liga ar sutrikimas nėra ir neturėtų tapti asmens apibūdinimu (Nocella 2009; Loseke 1999).

Skirtinguose diskursuose psichikos sutrikimų sampratos, ir iš to išplaukiantys gydymo, pagalbos būdai, konstruojamos akcentuojant skirtingus aspektus, tai savo ruožtu suponuoja nevienodus veikimo būdus. Galios santykiai visuomenėje lemia, kurie diskursai apie pasaulį pripažįstami kaip „tiesa“, o kurie – ignoruojami.

3 Diskursas šiame projekte suprantamas kaip bendrų prielaidų vienijamas susijusių teiginių rinkinys, nusakantis ryšius tarp socialinio pasaulio elementų. Diskursas susijęs su galios pasiskirstymu ir atlieka socialines funkcijas: semiotinių savybių galia perteikia prasmes socialiniams veikėjams; nusakant ryšius tarp socialinio pasaulio elementų paskirsto galią, kartu ir galią kurti žinojimą; taip kontroliuoja ir nukreipia elgesį (Lawson ir Garrod 2001: 69; Wagner ir Hayes 2005: 124; Abercrombie 1994: 119).

Dėl to tam tikri pasaulio suvokimo būdai, fenomenų sampratos gali būti varžančios ir prievartinės atskirų grupių atžvilgiu – viena iš tokių grupių gali būti sutrikusios psichikos asmenys (Burr 1995). Taigi, remiantis perspektyva, jog visuomenėje egzistuoja tam tikri dominuojantys diskursai, įkūnyti kalboje ir darantys įtaką tam, kaip suprantamas ir interpretuojamas pasaulis (Morkel 2007), galima identifikuoti mažiausiai du principinius diskursus, kuriais konstruojama psichikos sutrikimų ir atitinkamai jų gydymo būdų samprata. Vienas jų labiau fokusuojamas į biomedicininis aspektus: psichikos sutrikimų sampratą konstruoja kaip paties asmens atributą – dėmesio centre yra individas ir jo dėl sutrikimo patiriami sunkumai, apribojimai, atsirandantys specialieji poreikiai bei tam skirtos biomedicininės pagalbos formos. Kitas diskursas psichikos sutrikimų sampratą konstruoja kaip visuomenės socialinės kontrolės formą – čia dėmesio centre socialinė aplinka, visuomenės nesupratimas, keliama apribojimai, struktūrinio pobūdžio aspektai ir pan., lemiantys tai, jog tam tikri funkcionavimo niuansai suprantami kaip psichikos sutrikimai (Ruškus 2002).

#### ◆ Biomedicininis psichikos sutrikimų sampratos diskursas

Medicininėmis prielaidomis pagrįstas psichikos sutrikimų supratimas pradėjo formuotis Šviečiamajame amžiuje, kai psichikos sutrikimai buvo pradėti traktuoti kaip kažkas svetimo – išorinės ir neracionalios blogybės, kurias reikalinga giliai paslėpti ir ištaisyti pasitelkus mokslo ekspertus, kurie disponuoja mįslingomis moralinio sprendimo galiomis (Foucault 1965, cit. pagal Fee 2000: 3). D. Fee (2000) teigia, kad akademinės, psichoterapinės, visuomeninės dabartinės sampratos pasižymi medicininiais ir kitais iš esmės redukcionistiniais psichikos sutrikimų aiškinimais. Vyrauja samprata, kad vienintelis būdas pripažinti psichikos sutrikimus kaip realiai egzistuojantį fenomeną, kuris būtų vertas mokslinių tyrimų, socialinės pagalbos mechanizmų ir t. t., tai juos grįsti ir įtvirtinti biomedicininio kontekstu ir žodynu (Fee 2000). Medicina dominuoja teikdama sveikatos paslaugas, šitaip ji reiškia pretenzijas į įgaliojimus ir techninį ekspertiskumą identifikuojant ir suvaldant tam tikras rizikas – taip pat ir psichikos sutrikimus (Taylor-Gooby ir Zinn 2006). Biomedicininis psichikos sutrikimų sampratos ir jų gydymo būdų konstravimo diskursas ir remiasi šios srities ekspertinėmis žiniomis disponuojančios medicinos šakos – psichiatrijos – žinojimu bei jos atstovų – psichiatrų – naratyvais. Psichiatrijai, kaip medicinos šakai, suteikta legitimi galia „diagnozuoti“ ir interpretuoti tokias „problemas“ bei jas spręsti (gydant). Negalėdami suprasti savo psichinio distreso patirčių prasmės, nežinodami kaip su tuo susidoroti, žmonės kreipiasi patys ar yra kitų nukreipiami pagalbos į ekspertus – t. y. psichiatrus. Nors

dažnai nėra nustatyta aiškių biologinių psichikos sutrikimų priežasčių, biomediciniame psichikos sutrikimų diskurse kalbos modelis, terminai, vartojami sutrikimams konceptualizuoti, suponuoja būtent biologinį pagrindą ir tuo pagrindžia ir pateisina biocheminio gydymo metodų naudojimą tokiems sutrikimams gydyti (Mirowski ir Ross 1989). Biomedicininio diskurso rėmuose kuriami naratyvai apie psichikos sutrikimus, kuriuose tariamai biologiniai elementai atskiriami nuo tariamai socialinių. Šitaip biologija tarytum priešpriešinama visuomenei. Tokia logika, vyraujanti daugumoje debatų apie psichikos sutrikimų sampratą ir kilmę, ir yra vienas stipriausių veiksnių, įtvirtinančių psichikos sutrikimų biomedicininės ir psichobiologinės sampratas (Fee 2000). Tačiau psichinio distreso aiškinimų priskyrimas tik biomedicininiam kontekstui taip pat turi ir politinę dimensiją. Šitaip visuomenė įgauna galimybę išvengti abejonių ir kaltinimų dėl tam tikrų jos taikomų ribojančių kultūrinių ir politinių praktikų, kurios sumažina ar visiškai apriboja sutrikusios psichikos individų galimybes (angl. *disempowers*). Dominuojančios sveikatos priežiūros ideologijos gali būti vertinamos kaip socialiai sankcionuotas būdas formuoti žmonių patirtis taip, kad būtų pasiekta visuomeninis vienodumas ir socialinė tvarka (Casey ir Long 2003). Psichikos sutrikimų diagnozės – pagrindinis šio biomedicininio diskurso kalbos elementas.

Biomedicininio diskurso atstovų kuriamą psichikos sutrikimų sampratą galima vadinti kompensacine. Psichikos sutrikimai vertinami kaip apribojimai ar gebėjimų trūkumas atlikti veiklas taip, kaip tai atlieka „sveikieji“ ar „normalieji“. Pripažįstama, kad tam tikri sutrikusios psichikos asmenų apribojimai kyla dėl socialinių ir kultūrinių priežasčių, tačiau tai laikoma tik neesmine sutrikimų dalimi. Šio diskurso atstovai nepripažįsta, kad, konstruojant psichikos sutrikimų sampratą, veikia socialinės kontrolės ar priespaudos jėgos (Thomas 2004). Taikant šią perspektyvą medicinoje, socialinėje politikoje ir apsaugoje ar kitose srityse, „problema“ suprantama slypinti pačiame žmoguje, nors ji ir gali būti sprendžiama intervencijomis platesnėje aplinkoje, t. y. už konkretaus individo ribų. Siekiant sutrikusios psichikos asmenų reabilitacijos ir / ar integracijos, taikomos intervencijos turėtų fokusuotis tiek į funkcinis individo veiklų apribojimus, tiek ir į šių apribojimų padarinius kasdieniam gyvenimui (Williams 2001). Egzistuojanti socialinės pagalbos sistema, įvairios institucijos taip pat parodo, koks psichikos sutrikimų suvokimas vyrauja tam tikroje visuomenėje. Pavyzdžiui, išplėtotas uždarytų institucijų, specialiųjų mokyklų ir psichoneurologinių pensionatų tinklas rodo, kad sutrikusios psichikos asmenys suvokiami kaip pasyvūs korekcijos objektai (Ruškus 2002).

Socialiai konservatyviais laikotarpiais vyraujantys psichikos sutrikimų aiškinimai remiasi vidine asmens sandara. O socialinių / politinių reformų laikotarpiais dominuoja aiškinimai, besiremiantys socialinės aplinkos poveikiu psichikos

sutrikimų atsiradimui (Casey ir Long 2003). Pastaruosius trisdešimt metų toks biomedicininėmis prielaidomis ir asmens korekcijos poreikiu pagrįstos psichikos sutrikimo sampratos konstruktas užsienio mokslinėje ir profesinėje literatūroje stipriai kritikuojamas ir keičiamas, dėmesį nuo asmens korekcijos perkeliant į visuomeninius, struktūrinius sutrikusios psichikos ir visų kitų neįgaliųjų grupių socialinės kontrolės ir spaudos aspektus bei stiprybėmis ir galimybėmis grįstą konstrukta.

#### ◆ Psichosocialinis psichikos sutrikimų sampratos diskursas

Šių dviejų diskursų socialinio konstravimo objektas yra tas pats – sutrikimų, ligų ar negalių sampratos, tačiau jų prigimtis interpretuojama iš principo skirtingai. Psichosocialiniame diskurse psichikos sutrikimai traktuojami kaip centralizuotos visuomeninės socialinės kontrolės, spaudos, nelygybės ir atskirties konstruktai. Psichikos sutrikimai čia suvokiami kaip socialinių barjerų, varžančių žmonių su funkcionavimo nesklaidumais kasdieniame gyvenime<sup>4</sup> galimybes, padarinius. Vertinant konceptualiai ir politiškai šiedu diskursai turi aiškią takoskyrą (Thomas 2004; Williams 2001).

Psichosocialiniame psichikos sutrikimų sampratos konstravimo diskurse analizuojami makrosocioekonomiškai sukonstruoti santykiai, dėl kurių atsiranda dominuojantieji ir patiriantieji socialinę kontrolę ir spaudą asmenys, visuomenės įvardijami kaip neįgalūs, nepriklausomai nuo to, ar tai yra kūno, proto ar psichikos sutrikimų padarinius (Nocella 2009). Psichosocialinė samprata atmeta priešastinius ryšius tarp asmens patiriamų funkcionavimo nesklaidumų kasdieniame gyvenime ir negalios, t. y. atmetamas negalios, kaip asmens atributo, suvokimas (Williams 2001; Finkelstein 2001). Šiame diskurse negalios samprata yra vertinama kaip padarinius problemiškos, diskriminuojančios visuomeninės reakcijos į asmenis, kasdieniame gyvenime patiriančius funkcionavimo nesklaidumų. Pasak V. Finkelsteino (2001), asmenis neįgaliais paverčia visuomenė, todėl ši grupė visuomenės turi būti traktuojama kaip patirianti socialinę kontrolę ir spaudą. Šiuo atveju tiek fiziniams, tiek proto ar psichikos negalioms apibūdinti vartojamas žodynas yra laikomas pirmine ideologine jėga, lemiančia negalios sampratą visuomenėje. Dominuojančios idėjos, politinės jėgos ir požiūriai, kultūriniai papročiai taip pat daro įtaką tam, kaip suvokiama negalia ir kartu ją nulėmę sutrikimai bei jų gydymo ir pagalbos suteikimo priemonės (Stuart et al. 2013). Žmonės lengvai pastebi vieni kitų skirtumus, tačiau retai suvokia dėl savo nežinojimo ar nesupratimo

4 Vartojamas T. S. Szasz sukurtas terminas, remiantis "The Myth of Mental Illness" 1960, *American Psychologist* 15.

kilusį prievartinį pažiūrų pobūdį, t. y. tai, kaip jie stigmatizuoja nepanašius į save individus (Siebers 2001).

Negalios socialinę realybę iš dalies kuria įtakingi profesinių ir politinių interesų diskursai ir veiksmai. Medicinoje, socialinėje apsaugoje, socialiniame darbe, darbo terapijoje ir kitur vyrauja ideologinė perspektyva, apibrėžianti negalią kaip individo, o ne visuomeninės socialinės kontrolės ir priespaudos atributą (Williams 2001). Neneigiama, kad asmens kasdieniniame gyvenime patiriami funkcionavimo nesklaidumai sukelia tam tikrų sunkumų, tačiau tai nelaikoma negalios esme. Vadovaujantis psichosocialine samprata, neįgalumas ar sutrikimai apibrėžiami kaip sudėtingas dialektinis procesas biologinių, psichologinių, kultūrinių ir sociopolitinių veiksnių, kurių neįmanoma išskaidyti (Shakespeare ir Watson 2001). Nuo fizinių, proto ar psichikos sutrikimų kenčiantys asmenys turi būti suvokiami kaip visuomenės grupė, patirianti priespaudą, nors dalį jų veiklos apribojimų ir sukelia funkcionavimo nesklaidumai kasdieniniame gyvenime. Negalia atsiranda tik tuomet, kai asmenų, patiriančių kasdienio funkcionavimo nesklaidumų, veiklų apribojimai yra socialiai primesti, t. y. kai jie yra visiškai socialinės kilmės (Thomas 2004). Šio požiūrio autoriai neįgaliųjų nesavarankiškumo, priklausomybės problema siūlo spręsti ne ką nors pataisant ar kompensuojant žmogaus kūne, prote ar sieloje, o keičiant visuomenės resursus. Socialiniai procesai, paverčiantys asmenį neįgalium, labiausiai pastebimi dėl savo padarinių: ekonominių teisių suvaržymų, edukacijos ribojimu ir pan. (Gabel ir Peters 2004). Institucinė diskriminacija, pasireiškianti izoliuojančia aplinka ir neįgalinančiais barjeriais, laikoma pirminių problemų šaltiniu. Pakeitus visuomenėje vyraujančią neįgaliųjų suvokimą, negalios nebeliktų.

Tokia pozicija apverčia priežastinius ryšius ir tradicines negalios teorijas bei jų taikomas praktikas. Profesionalai, kurie veikia remdamiesi biomedicine ideologija, vertinami kaip problemos dalis. Jei vyraujantis modelis ar ideologija nukreipia dėmesį į tai, kas atsitiko individui ir ką galima padaryti dėl „paciento“, atitraukiamas dėmesys nuo pirminių struktūrinių neįgalumo priežasčių ir profesionalai tampa pagrindiniais veikėjais, įkūnijančiais socialinę neįgaliųjų kontrolę ir priespaudą (Williams 2001).

Analizuojant psichikos sutrikimų psichosocialinį diskursą, atkreiptinas dėmesys į dar keletą aspektų. Psichikos sutrikimų sampratai *normos* turi ypatingą reikšmę. Šiuolaikinis socialinis sutrikimų, nesvarbu kūno ar proto, sąvokos vartojimas suponuoja nukrypimą nuo tam tikrų aiškiai apibrėžtų psichosocialinių, etinių ar teisinių normų. Tai gali nuspręsti pats sergantysis, gydytojas (psichiatras) ar kiti. Fizinės ligos atveju tokia norma yra struktūrinis ir funkcinis žmogaus kūno integralumas. O kas tokia norma yra psichikos sutrikimo atveju (Szasz 1960)? Psichosocialinio diskurso atstovai tvirtina, kad tam tikri simptomai, suponuojantys,

jog asmens mąstymas ar elgesys „netinkamas“, identifikuojami remiantis labiau socialiniais nei biomedicininiais pagrindais ir normomis. Sprendimas apie „patologiją“ apima prasmės priskyrimą asmens veiksams tam tikromis socialinėmis aplinkybėmis. Tam tikri veiksmai įgauna simptomišką reikšmę ne todėl, kad jie nederą su biologinio funkcionavimo dėsniais, o todėl, kad jie kelia grėsmę socialinei tvarkai ir normoms (Palmer 2000). Psichikos sutrikimų korekcijos linkstama ieškoti terapinėje arba kitaip – užslėptoje medicininėje, erdvėje, taip sukuriant situaciją, kurioje psychosocialiniai, etiniai ar / ir teisiniai nukrypimai pretenduoja būti koreguojami medicininiais būdais. Pasak T. Szasz, „kadangi medicininiai būdai sukurti tik medicininėms deviacijoms koreguoti, loginis absurdas būtų tikėtis, jog jie išspręš problemas, kurių egzistavimas nustatytas remiantis nemedicininiais kriterijais“ (1960: 17).

Dar vienas svarbus aspektas, kurį reikia paminėti analizuojant psichikos sutrikimų sampratos socialinį konstravimą, – tai, jog psichikos sutrikimai nėra tiesiogine prasme „dalykai“ / „daiktai“ – ar fiziniai objektai, – todėl jie gali egzistuoti tik tokiu pat būdu, koku egzistuoja teorinės koncepcijos (Szasz 1960). Todėl ir psichiatrinės diagnozės nėra objektyvūs moksliniai tiesos perteikimai, bet yra gyvenimo patirčių konstruktai, neišpainiojami susieti su socialiniu ir politiniu kontekstu (Casey ir Long 2003). Situacija, kai nustatoma, kad kažkas yra psichikos sutrikimų simptomai, reikalauja priimti sprendimą. Sprendimų priėmimas – užmaskuotas paciento ir stebėtojo bei visuomenės, kurioje jie gyvena, idėjų, sąvokų ar įsitikinimų lyginimas. Todėl psichikos sutrikimų simptomo sąvoka neišvengiamai susijusi su socialiniu (taip pat ir etiniu) kontekstu, kuriame priimami sprendimai, kaip ir kūno simptomo samprata susijusi su anatominiu ar genetiniu kontekstu (Szasz 1960). Dėmesys psichikos sutrikimams dėl jų sukeltų lūkesčių jų pasireiškimo būdams, paveikia pačių sutrikimų eigą. Jei profesinė psichiatrijos ideologija daro poveikį visuomenei, tai ji ir giliai atspindi visuomenės vertybes, kuriose yra įsitvirtinusi. Teorijos apie elgesį nėra tiesiog teiginiai apie ryšius tarp „faktų“, tai „faktus“ keičiantys teiginiai ir jie turi stiprią moralinę įtaką tam, kaip aiškinami psichikos sutrikimai, jų pastovumas ir gydymas (Eisenberg 1988).

- ♦ Žiniasklaidos, profesinių ir akademinų publikacijų vaidmuo formuojant psichikos sutrikimų ir jų gydymo metodų sampratas

Žiniasklaida gali būti apibrėžiama kaip komunikacijos formos, kurių paskirtis – pasiekti masinę auditoriją vienu metu. Kaip žiniasklaida vartoja kalbą perteikdama socialinį pasaulį, lemia tai, kaip jis suvokiamas, taip pat ir viena iš jo grupių – sutrikusios psichikos asmenys. Šiuolaikinis pasaulis pripildytas žiniasklaidos garsų

ir vaizdų, kur politikai, valdžios atstovai, verslininkai ir kitos visuomenės grupės veikia remdamosi prielaida, kad iš žiniasklaidos sužinoma, kas vyksta pasaulyje. Dėl žiniasklaidos daromo poveikio nekyla abejonių – tai parodo pinigai ir pastangos skirtos reklamai, viešiesiems ryšiams. Tačiau dėl žiniasklaidos poveikio pobūdžio, apimties ir trukmės nesutariama bene labiausiai (Franklin et al. 2007). Kažin, ar galima teigti, kad žiniasklaida yra vienintelė ar pakankama tam tikro poveikio priežastis, jos poveikio stiprumą taip pat gana sunku nustatyti. Pati žiniasklaida nėra vientisas darinys, ji labai įvairių ir skirtingų pranešimų, vaizdinių ir idėjų perteikėja. Didžioji tokios medžiagos dalis nėra sukurta pačios žiniasklaidos, ji atsiranda iš visuomenės ir žiniasklaidos yra persiunčiama atgal visuomenei (McQuail 2005). Simbolinės aplinkos (informacijos, idėjų, nuostatų ir t. t.) kontūrai, kuriuose gyvename, dažnai yra žinomi iš žiniasklaidos, kuri savo ruožtu susieja atskirus elementus. Žiniasklaidos produkcija grindžiama šablonais. Nors kiekvienam individui ar grupei būdingas unikalus pasaulio suvokimas ir patyrimas, organizuoto socialinio gyvenimo prielaida yra bendras realybės suvokimas, o žiniasklaida prisideda tą suvokimą kurdama kasdien pateikiamais šablonais, kurie yra absorbuojami auditorijos. Šablonų poveikis galbūt nėra sąmoningai jaučiamas ir yra labai laipsniškas (McQuail 1987; Fiske 1990). Žiniasklaida perduoda kur kas daugiau nei tik informaciją ir tikslus faktus. Žiniasklaida paima kultūros elementus, juos sureikšmina, įrėmina ir gražina publikai, taip primesdama savo logiką kuriant simbolinę aplinką (Shoemaker ir Reese 1996).

Be to, žiniasklaida atlieka tarpininko vaidmenį tarp objektyvios socialinės realybės ir asmeninės patirties. Žiniasklaida esti tarp asmens ir tos patirties, kurios tiesiogiai įgyti jis negali. Ji dažnai teikia medžiagą, leidžiančią sukonstruoti kitų grupių, organizacijų ar įvykių suvokimą (McQuail 1987). Sutrikusios psichikos asmenys ir pagalbos jiems sistema labai dažnai tampa tuo fenomenu, kurio suvokimas konstruojamas žiniasklaidos.

Kai analizuojame žiniasklaidos poveikį konstruojant psichikos sutrikimus ir jų gydymo metodus, yra keli svarbūs aspektai. Žiniasklaida daro poveikį jos vartotojų elgesiui. Kalbant apie žiniasklaidos poveikį, dažnai išryškina būtent neigiama įtaka, pabrėžiant, kad nusikaltimų, seksualinio elgesio ir smurto, prievartos pateikimas žiniasklaidos priemonėse gali sukelti panašų socialiai nepriimtina elgesį (Franklin et al. 2007). Tokių elgesio būdų gali būti išmokstama ir reaguojant į sutrikusios psichikos asmenis – vadinasi, jų reikia vengti, nebendrauti, izoliuoti, gydyti specialiose institucijose ir pan. Kitas svarbus aspektas – žiniasklaida pateikia informacijos stereotipams konstruoti arba kuria pačius stereotipus. Netgi naujienų žanras (žinios) dažnai remiasi stereotipais, nes prodiuseriams reikia iliustruoti naujienų istorijas pavyzdžiais, o lengviausia tai padaryti naudojantis vyraujančiais stereotipais (Perse 2001; Alder 2016). Tačiau stereotipai gali būti nereprezentatyvūs. Žiniasklaidoje pateikiama informacija gali turėti ilgalaikį poveikį „savo“

grupės nariams suvokiant ir konstruojant „pašalinių“ charakteristikas ir socialinius vaidmenis, ypač esančių socialinėje, kultūrinėje ar politinėje opozicijoje (Fennell, Boyd 2014). Žiniasklaida ne tik pateikia atskirus informacijos blokus, ji formuoja platesnę sampratą ir kuria bei palaiko bendruosius stereotipus. Žiniasklaida yra integrali gyvenimo dalis, ji stipriai lemia žmogaus įsivaizdavimą apie tai, koks yra pasaulis ir jo gyventojai (Wahl 1995).

Profesinė, akademinė literatūra taip pat yra žiniasklaidos dalis, jos poveikiai ir efektai daugiau ar mažiau atitinka bendruosius žiniasklaidos poveikius ir efektus. Ji taip pat formuoja savo skaitytojų dienotvarkę, nurodo, kas yra svarbu, į ką reikia atkreipti dėmesį, kas atitinka šiandienos normas ir kas ne.

Profesinėje, akademinėje literatūroje vartojama kalba, tiriami, analizuojama ir aprašoma problematika, be abejo, taip pat atspindi pagrindines paradigmas (biomedicininę ar psichosocialinę), kurių rėmuose konstruojamas ir interpretuojamas psichikos sutrikimų fenomeno suvokimas. Kai analizuojama, tiriami ir rašoma apie „priežastis“, „remisijas“, „ligas“, „pacientus“, „diagnozes“ ir t. t., remiamasi tam tikromis fenomeno suvokimo prielaidomis. Kalba gali padėti paslėpti prielaidas, kurio-remiamasi, kita vertus, analizuojant kalbą galima atskleisti prielaidas, kurios slypi už vartojamų žodžių (Slade, Longden 2015). Empirinių tyrimų duomenys rodo, jog profesionalų kuriami diskursai daro įtaką tam, kaip gydymo procese profesionalai suvokia pacientus. Tie diskursai veikia ir pacientus – norėdami būti profesionalų išgirsti, pacientai perpranta tuos diskursus ir stengiasi atitikti jų turinį (Ringer, Holen 2016). Taigi profesionalų vartojama terminija, kuriamos klasifikavimo sistemos daro didžiulį poveikį tam tikrų fenomenų suvokimui ir tai daro ne tik lokaliai, bet ir pasauliniu mastu, taip pat veikia pagalbos sistemų kūrimą ir kitas sritis. Pavyzdžiui, vienas iš globaliosios psichikos sveikatos sampratos architektų Vikramas Patelis pripažįsta, jog mažos grupelės Vakarų šalių epidemiologų ir biomedicininės srities tyrėjų sukurtos psichiatrinės klasifikacinės sistemos nėra labai patikimos skirtingose kultūrose, kai visus pasaulio gyventojus bandoma įsprausti į vakarietiškus kančios ir pagalbos sampratų modelius (Drake 2015; Jacob, Patel 2014).

Viešojo ir profesinio / akademinio diskursų analizė padeda atskleisti, kokia paradigma šiuo metu dominuoja Lietuvoje psichikos sveikatos ir sutrikimų suvokimo srityje.

## TYRIMO METODIKA

Siekiant realizuoti projekto tikslą ir šiai tyrimo daliai keliamą **uždavinį: ištirti žiniasklaidoje, profesinėje ir mokslinėje literatūroje dominuojančius diskursus rašant psichikos (ne)sveikatos temomis**, buvo suplanuotas ir įgyvendintas



dvipakopis tyrimas, naudojant metodų trianguliaciją ir derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimų metodus. Tyrimo metu buvo analizuojamos Lietuvos internetinės žiniasklaidos publikacijos ir Lietuvos akademinė ir profesinė žurnalų publikacijos. Bendra tyrimo metodikos schema remiasi sociologinėmis socialinio konstrukcionizmo idėjomis apie kalbos svarbą socialiniam tikrovės konstravimui bei socialinio žinojimo specifikai. Remiantis A. Dobryninu (2001), vykdžiusiu panašaus pobūdžio virtualiosios nusikaltimų tikrovės tyrimus, galima teigti, kad nors informacijos apie psichikos sutrikimus ir jų gydymą pateikimas Lietuvos žiniasklaidoje bei jos suvokimas visuomenėje yra fragmentiškas, tokia metodologinė pozicija leidžia žiniasklaidos diskursą laikyti homogenišku ir taikyti tiek kokybinius, tiek kiekybinius tyrimo metodus.

Daroma prielaida, kad žiniasklaida sutrikusios psichikos asmenų ir jų gydymo sampratą kuria ir perteikia ją auditorijai pasitelkdama selektyviai atrinktus ir objektyvuotą realybę palaikančius šablonus. Tikėtina, kad šio proceso požymiai reiškiasi ir profesionalų bei akademikų požiūryje į psichikos sutrikimus, jų gydymą.

Pasirenkant analizuoti naujienų žiniasklaidą, t. y. naujienų svetaines internete kaip konkrečias medijas, remtasi keliomis svarbiomis jų poveikio prielaidomis:

- Žiniasklaida sustiprina jau egzistuojančius neigiamus įsitikinimus sutrikusios psichikos asmenų atžvilgiu ir perduoda juos naujoms kartoms. Be abejo, ne vien žiniasklaida sukūrė egzistuojančius neigiamus požiūrius ir stereotipus sutrikusios psichikos asmenų atžvilgiu. Tokie požiūriai ir stereotipai egzistuoja seniai ir turi ne vieną šaltinį. Tačiau būtent žiniasklaidos pateikiama informacija yra vienas iš svarbiausių socializacijos procese internalizuojamų turinių.
- Palyginti su spausdintomis žiniasklaidos priemonėmis (laikraščiais, žurnalais, knygomis, savaitraščiais ir pan.), naujienų svetainės internete veikia operatyviausiai, pateikia informaciją kasdien ir ne sykį per dieną atnaujina ją. Todėl tikėtina, kad šiose žiniasklaidos priemonėse yra gausiausia pranešimų psichikos sutrikimų ir jų gydymo formų tema. Internetiniai naujienų tinklalapiai pateikia įvairiausių sričių informaciją – nuo politikos iki maisto gamybos receptų ir kitų žiniasklaidos priemonių turinio apžvalgos, todėl ir psichikos sutrikimų, ir jų gydymo formų tematika, tikėtina, pristatoma įvairesnių temų kontekste, o auditorijai tokią latentinę informaciją bus sunku atsirinkti.
- Naujienų žiniasklaidos pranešimai, kaip minėta, yra iš pačių įvairiausių gyvenimo sričių, todėl tikėtina, kad pranešimuose pateikiamos informacijos poveikis yra visa persmelkiantis ir nuolatinis. Didesnį susirūpinimą dėl neigiamo žiniasklaidos poveikio turėtų kelti ne atskirų individų vaizdavimo ypatumai, bet visa persmelkiantis ir nuolatinis vaizdavimo šablonas, kuris akumuluojasi ir daro žalą.

- Naujienų pranešimai atspindi ir informuoja apie kasdienį gyvenimą. Juose pranešama apie realius žmones, o ne apie sukurtus veikėjus, kaip yra pramoginės žiniasklaidos, filmų ir pan. atveju. Todėl tikėtina, kad naujienų žiniasklaidos pranešimus jos vartotojai vertina kaip tikrus kasdienę realybę atspindinčius faktus, tai daro didesnę įtaką atitinkamų konstruktyvumui ir jų nulemiamam elgesiui.
- Naujienų svetainių internete publikacijų archyvai yra labiau prieinami tirti nei laikraščiai, televizija ar radijas. Rašytinių publikacijų tyrimas leidžia apimti ilgesnį laiko tarpą ir taip suformuoti didesnę ir, tikėtina, reprezentatyvesnę, tyrimo imtį. Žiniasklaida prioritetą teikia įvykiams, o ne istorijoms, todėl siaurinant tyrimo imties laikotarpį atsiranda tikimybė, kad tuo laikotarpiu koks nors įvykis, susijęs su sutrikusios psichikos asmenimis, bus susilaukęs ypatingo žiniasklaidos dėmesio. Ypatingas dėmesys konkrečiam įvykiui trumpu laikotarpiu gali sumažinti rezultatų reprezentatyvumą ir patikimumą, nes kitu laikotarpiu nesant ypatingo dėmesio rezonansiniam įvykiui, rezultatai bus kitokie.

Pasirinkta teorinė perspektyva (socialinis konstrukcionizmas), kurios rėmuose analizuojami psichikos sutrikimai ir jų gydymo formos, suponavo ir šioje tyrimo dalyje naudotus metodus – *diskurso analizės* ir *turinio analizės* metodų junginį. Diskurso analizė – tai kokybinė, interpretacinė ir konstrukcionistinė analizės metodologija, kuria siekiama atskleisti realybės kūrimo būdus vartojant kalbą, ji leidžia atskleisti kalboje slypinčius reikšmių tinklus. Antrasis, turinio analizės metodas, priskiriamas prie kiekybinės paradigmos ir dažniausiai naudojamas norint nustatyti komunikacijos (šiuo atveju žiniasklaidos) pranešimų požymius ar savybes. Turinio analizės duomenų rinkimo vienetai yra tam tikri pranešimo komponentai. Šis metodas leidžia sistemiškai ir objektyviai identifikuoti specifines žiniasklaidos pranešimų charakteristikas, kuriomis remiantis galima daryti apibendrinimus ir išvadas. Tačiau turinio analizė neapsiriboja tik mechaniniu akivaizdžių pranešimo savybių skaičiavimu, ji suteikia galimybę matuoti kompleksiškus, latentinius (kurių neįmanoma pamatuoti tiesiogiai, bet kurių reikšmes gali rodyti kelių indikatorių (ne)buvimas) konstruktyvumų požymius ar savybes (Frankfort-Nachmias ir Nachmias 1997; Neuendorf 2002, 2004). Labiau kokybinio pobūdžio turinio analizės formos nesiremia prielaida, jog žodžiai turi stabilias, fiksuotas reikšmes, bet yra jautrūs tam, kaip ir kokiame kontekste jie yra vartojami. Tai leidžia derinti šį metodą su diskurso analizės metodologija. Nors diskurso analizė ir turinio analizė turi skirtingas filosofines šaknis, jos gali būti efektyviai naudojamos kartu, papildydamos viena kitą ir atskleidžiamos komunikacijos turinį (Hardy et al. 2004; Neuendorf 2004). Todėl atliekant šią tyrimo dalį pastarųjų metodų junginys pasirinktas kaip tinkamiausias žiniasklaidos pranešimų turinio analizės būdas. Diskur-

so analizės ir turinio analizės bendras pagrindas – prielaida, jog nėra nemedijuotų duomenų. Abiem metodais iš kruopščiai atrinktų pranešimų rinkinių siekiama daryti išvadas apie kokius nors žmogiškosios komunikacijos aspektus. Šių metodų pasirinkimas šiai tyrimo daliai grindžiamas ir tuo, jog derinant juos tarpusavyje kūrybiškai naudojamos interpretacijos, kuriomis siekiama parodyti, kaip kuriama realybė naudojant tekstus, įkūnijančius diskursus. Turinio analizė šiuo aspektu padeda atskleisti prasių kūrimo ryšius, kurie tampa diskurso analizės pagrindu. Diskurso ir turinio analizės naudojimas kartu leidžia:

- analizės kategorijoms kilti iš duomenų, šiame tyrime – iš žiniasklaidos tekstų. Taip pat jau egzistuojantys empiriniai tyrimai ir teoriniai darbai suteikia pirminių idėjų apie tai, ko ieškoti pranešimuose, o tyrimo tikslas siūlo pradinis tyrimo rėmus;
- iš duomenų kylančios kategorijos leidžia sukurti duomenų kodavimo schemas, kurios naudojamos skaičiuojant ir kvantifikuojant tekste esančias reikšmes. Analizės procesas interaktyvus: judama pirmyn–atgal tarp tekstų ir nustatytų kategorijų;
- analizės metu nustatomos tekste slypinčios reikšmės ir jų ryšiai su socialiniu kontekstu, kitais tekštais ir diskursais;
- analizės rezultatai leidžia parodyti, kaip tekstuose slypinčių prasių šablonai sukuria realybę, o tai ir yra šios tyrimo dalies tikslas (Hardy et al. 2004; Neuendorf 2004).

Tyrimas pradėtas vykdyti 2015 metų rudenį. Jam atlikti buvo pasirinktos trys 2015 m. populiariausios interneto naujienų svetainės: *www.delfi.lt*, *www.15min.lt* ir *www.lrytas.lt*. Profesinių ir akademių publikacijų tyrimui buvo naudojamos Lietuvos mokslo periodikos asociacijos pateikiamu universitetų leidžiamų žurnalų sąrašu, tikrinant kiekvieną socialinių, humanitarinių ir biomedicinos mokslo sričių žurnalus.

**Tyrimo laikotarpis:** 2015-aisiais metais paskelbtos publikacijos.

**Tyrimo objektas:** interneto naujienų tinklalapių ir profesinių bei akademių publikacijų psichikos sutrikimų / sveikatos temomis turinys.

**Analizės vienetas:** publikacija / straipsnis. Terminai „straipsnis“ ir „publikacija“ šiame tyrime vartojami kalbant apie rašytinius tekstus: naujienų pranešimus (žinias), redakcijos straipsnius, mokslinius straipsnius ir kt., kuriuose vienu ar kitu aspektu minimi sutrikusios psichikos asmenys ar psichikos sutrikimai ir jų gydymo formos. Publikacijų paieška ir atranka vykdyta 2015 m. rugsėjo–lapkričio ir 2016 m. sausio–kovo mėnesiais.

**Paieškos reikšminiai žodžiai.** Pirminis paieškos žodis ieškant publikacijų interneto naujienų svetainėse buvo *psichik*. Papildomai buvo ieškoma publikacijų, kuriose vartoti žodžių junginiai: *sutrikusios psichikos asmenys*, *psichikos sveikata*, *psi-*

*chikos liga, psichikos sutrikimas, psichikos ligoniai, psichikos negalia, psichikos sveikatos gydymas ar gydytojai, psichikos sveikatos paslaugų vartotojai, psichiatras, psichiatrija, šizofrenija, depresija.* Ieškant profesinių bei akademiųjų publikacijų buvo skaitomi kiekvieno žurnalo kiekvieno numerio publikacijų pavadinimai ir santraukos, ieškant tų pačių reikšminių žodžių, kaip ir žiniasklaidos publikacijų paieškoje, bei papildomai įtraukiant žodžius *negalia, neigalieji, specialieji poreikiai, intelekto sutrikimai, priklausomybės.*

**Publikacijų atranka ir imtis.** Pirminė paieška buvo vykdoma pagal žodį *psichik*. Tuomet papildomai buvo ieškoma publikacijų, kurios nepateko į imtį pagal šį paieškos žodį, naudojant kitus aukščiau minėtus paieškos reikšminius žodžius ar frazes. Buvo surinktos 837 naujienų žiniasklaidos publikacijos. Atrinkus visas nustatyto laikotarpio publikacijas, kuriose būta paieškos žodžių, jos buvo skaitomos ir iš imties pašalintos tos publikacijos, kurių turinys iš esmės neatitiko tyrimo srities. Pavyzdžiui, buvo rašoma apie priklausomybę nuo alkoholio arba narkotikų, nesiejant šių priklausomybių su psichikos sutrikimais, arba terminas „psichik“ buvo vartojamas filmo, laidos, asmens ar pan. pavadinime ar įvardijime, tačiau publikacijos turinys nebuvo susijęs su kokiais nors psichikos sveikatos ar sutrikimų aspektais (pvz., buvo vartojamas norint įžeisti asmenį). Taip pat buvo atmestos antriniuose šaltiniuose esančios publikacijos, kurios buvo perpublikuotos dviejose ar daugiau tirtų svetainių visiškai identiškos be jokios papildomos informacijos ar pakeitimų, paliekant tyrimo imtyje tik pirminiame šaltinyje publikuotus straipsnius. Buvo atrinkta ir toliau analizuota 489<sup>5</sup> publikacijos, kuriose vienu ar kitu aspektu paliesta tiriamą sritis.

Taip pat buvo surinktos 37 profesinės ir mokslo publikacijos, kurios buvo skaitomos ir iš imties analogiškai pašalintos tos publikacijos, kurių turinys iš esmės neatitiko tyrimo srities. Toliau analizuotos 29 profesinės ir mokslo publikacijos (analizuotų publikacijų sąrašas pateikiamas priede Nr.1).

**Tyrimo instrumentų kūrimo procesas.** Pasak K. A. Neuendorf (2002), vienas iš turinio analizės kategorijų ir kintamųjų nustatymo būdų, kuris leidžia identifikuoti ne teorinius, o realius kintamuosius, jau esančius pranešimų turinyje, yra grindžiamosios teorijos metodų naudojimas. Šiuo tyrimu ir buvo norima nustatyti, kokie diskursai apie sutrikusios psichikos asmenis ir jų gydymo formas plėtojami žiniasklaidoje ir profesinėje bei akademinėje literatūroje, todėl reikėjo rasti kintamuosius, esančius analizės vienetų (publikacijų) turinyje. Siekiant sukurti duomenų analizės instrumentą, buvo atlikta pilotinė kokybinė duomenų analizė, kurios metu analizuotos 10 profesinių / mokslinių publikacijų bei 50 žiniasklaidos publikacijų. Pirminė publikacijų analizė vyko indukcinio principu, stengiantis ne-

5 Pasak K. A. Neuendorf, taikant turinio analizę, 384 analizės vienetai (šiuo atveju tai žiniasklaidos publikacijos) skaičius yra pakankamas 95 % patikimumo lygiui ir 5 % standartinei paklaidai (2002).

primesti duomenims išankstinių nuostatų ir atskleisti juose slypintį turinį, kartu turint omenyje šiai tyrimo daliai iškeltą tikslą ir uždavinius.

Siekiant nustatyti reikšmines publikacijų analizės kategorijas, buvo naudojami grindžiamosios teorijos (angl. *Grounded Theory*) atvirojo kodavimo principai. Analizuojant duomenis vadovautasi pagrindiniais grindžiamosios teorijos kodavimo klausimais: ką (nu)rodo šie duomenys? kokią kategoriją rodo šie duomenys? kas vyksta duomenyse (Glaser 1978)? Remiantis B. Glaseriu (1978), tokie kodavimo principai leidžia atrasti tinkamiausias duomenis apibendrinančias kategorijas, kurios padeda išryškėti pagrindinėms duomenų savybėms. Surinktos publikacijos buvo skaitomos ir analizuojamos naudojant minėtuosius grindžiamosios teorijos principus ir pagrindinius kodavimo klausimus. Publikacijų turinyje ieškota panašumų ir skirtumų, koduoti ir tai, ko duomenyse pasigesta. Ieškota tiek pastebimų, tiek latentinių publikacijų turinio savybių. (Reikia pastebėti, kad nebuvo vykdomas metodologiškai tikslus grindžiamosios teorijos atvirasis kodavimas. Tai reikalauja koduoti beveik kiekvieną teksto žodį, o planuojamas rezultatas turėtų būti šiais duomenimis grįstos teorijos sukūrimas. Šiuo tyrimu nesiekama sukurti grindžiamąją teoriją, todėl tebuvo pasinaudota ir vadovautasi šio kodavimo metodologiniais principais, siekiant nustatyti duomenyse slypinčias reikšmines kategorijas, kurios vėliau buvo naudojamos visos imties publikacijoms analizuoti. Į tyrimo lauką tyrėjas turi eiti kaip įmanoma mažiau žinodamas apie tiriamąją sritį, o šiuo atveju tai buvo neįmanoma dėl autorės įdirbio šioje srityje.) Tokiu būdu pilotinės kokybinės publikacijų analizės metu buvo sukurti tyrimo instrumentai, kuriuos pasitelkus sukoduotos visos imties publikacijos. Akademiinių / profesinių ir žiniasklaidos publikacijų analizės instrumentai nebuvo identiški, nes kategorijos kilo iš duomenų, o pastarieji buvo skirtingo pobūdžio.

**Patikimumas ir validumas.** Norint užtikrinti kodavimo patikimumą, žiniasklaidos publikacijų kodavimą vykdė 3 koduotojai, naudodamiesi paruoštu instrumentu ir jį papildančiomis instrukcijomis. Siekiant įvertinti kodavimo patikimumą, 10 % publikacijų buvo sukoduotos visų trijų koduotojų. Įvertinus kodavimo sutapimą, kodavimo patikimumas tarp koduotojų buvo 79 %. (Naudojant turinio analizės metodą, jei patikimumas tarp koduotojų yra 80–90 %, jis vertintinas kaip aukštas (Neuendorf 2002.)

Kadangi nebuvo galimybių skirtingiems koduotojams koduoti akademinės ir profesinės publikacijas, jos buvo sukoduotos vienos tyrėjos.

Siekiant užtikrinti tyrimo validumą, įvardijus kategorijas ir kintamuosius, vėl buvo grįžtama prie pirminių duomenų (publikacijų) ir tikrinama, ar šios kategorijos ir kintamieji tikrai tiria tai, kas yra publikacijų turinyje. Kategorijos ir kintamieji buvo aptariami visų koduotojų ir atitinkamai koreguojami.

**Duomenų apdorojimas:** duomenys apdoroti naudojant SPSS ir ATLAS.ti programinę įrangą. Duomenims analizuoti pasitelktas aprašomosios analizės metodas.

**Tyrimo ribotumas.** Didžiausiu viso trijų etapų tyrimo ribotumu laikytinas tyrėjos išankstinis šališkumas tiriamos temos atžvilgiu, atsiradęs dėl turimos praktinės patirties dirbant su sutrikusios psichikos asmenimis ir analizuojant šią tematiką. Atliekant šią tyrimo dalį, analizuojant publikacijas, ši grėsmė buvo kontroliuojama nuolat reflektuojant aptinkamus duomenis bei ieškant publikacijose duomenų, prieštaraujančių ar paneigiančių tai, kas buvo nustatyta. Šališkumo riziką taip pat siekta sumažinti pasitelkus į pagalbą dar du publikacijų koduotojus. Įtakos išskirtų kategorijų grupių kintamiesiems turėjo ir tirtoje žiniasklaidoje / profesinėje mokslinėje literatūroje vyraujantys diskursai, nes analizės kategorijos buvo sukurtos iš duomenyse slypinčių reikšmių.

Dar vienas tyrimo ribotumas – naudoti žiniasklaidos publikacijų paieškos terminai. Psichikos sutrikimai gali būti pavadinami ir kitais terminais negu įvardyti prie paieškos raktinių žodžių, t. y. turinčiais ne tiesioginę, o perkeltinę prasmę, susijusią su psichikos sutrikimais (pvz., *genijus, netekęs proto, beprotis* ir pan.). Jie galėjo nepatekti tarp paieškos terminų, todėl yra tikimybė, kad dalis publikacijų nebuvo įtraukta į tyrimo imtį.

## PUBLIKACIJŲ ANALIZĖS DUOMENYS

### PROFESINIŲ IR AKADEMINIŲ PUBLIKACIJŲ ANALIZĖS DUOMENYS

#### ◆ Techninės charakteristikos

Analizuotos publikacijos buvo rastos dvylikos pavadinimų profesiniuose ir akademinuose žurnaluose. 8 žurnalai skirti socialinių mokslų srities publikacijoms, 1 socialinių ir humanitarinių, 3 biomedicinos mokslų srities publikacijoms. Publikacijų pasiskirstymas žurnaluose pagal mokslo sritis pateikiamas žemiau esančioje lentelėje.

Taigi du trečdaliai analizuotų straipsnių buvo publikuoti socialinių ir socialinių / humanitarinių mokslų sričių žurnaluose, o trečdalis biomedicinos srities žurnaluose.

Tarp analizuotų publikacijų devyniolika (65,5 %) publikacijų buvo parašytos lietuvių kalba, dešimt (34,5 %) anglų kalba. Dvidešimt dviejų (76 %) publikacijų autoriai lietuviai, septynių (24 %) – ne lietuviai (australai, baltarusiai, švedai, ukrainiečiai, latviai, rusai, amerikiečiai).

**1 lentelė.** Publikacijų pasiskirstymas profesiniuose ir mokslo žurnaluose pagal mokslo sritis

Žurnalo pavadinimas	Analizuotų publikacijų skaičius	Mokslų sritis
<i>Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika</i>	1	Socialinių mokslų sritis
<i>Sveikatos politika ir valdymas</i>	1	
<i>Socialinių mokslų studijos</i>	1	
<i>Psichologija</i>	1	
<i>Pedagogika</i>	4	
<i>Tiltai</i>	2	
<i>Socialinis darbas. Patirtis ir metodai</i>	2	
Socialiniai gerovės tyrimai (originalus pavadinimas <i>Social Inquiry Into Well-Being</i> )	2	
Iš viso socialinių mokslų srities	14	
Socialinė gerovė. Tarpdisciplininis požiūris (originalus pavadinimas <i>Social Welfare. Interdisciplinary Approach</i> )	5	Socialinių ir humanitarinių mokslų sritys
Iš viso	5	
<i>Medicinos teorija ir praktika</i>	1	Biomedicinos mokslų sritis
<i>Slauga. Mokslas ir praktika</i>	1	
<i>Sveikatos mokslai</i>	8	
Iš viso	10	

Dvidešimtyje (67 %) straipsnių yra aprašomi atlikti tyrimai (viename iš dvidešimties straipsnių atliekama ne jo autorių atlikto tyrimo duomenų analizė), devyni (33 %) yra teorinės analizės pobūdžio. Penkiolikoje (52 %) straipsnių aprašomuose tyrimuose buvo tirti Lietuvos gyventojai, dviejuose (7 %) – Švedijos ir po vieną straipsnį skirta Australijos, Ukrainos, Suomijos, Italijos, Rusijos gyventojams.

#### ♦ Turinio charakteristikos

Skaitant straipsnius ir juos koduojant, buvo ieškoma biomedicininio arba psichosocialinio diskursų požymių. Rasti požymiai buvo sugrupuoti į keletą kategorijų. Pirmoji kategorija, arba diskurso indikatorius, yra *straipsnio tematika*. Visi analizuoti straipsniai buvo sugrupuoti į tris grupes pagal tai, ar straipsnis yra:

- tik apie psichikos sveikatą,
- tik apie psichikos sutrikimus,
- platesnės apimties, t. y. apie neįgalumą ir neįgaliuosius, kur psichikos sutrikimai ir juos patiriantys asmenys aprašomi kaip viena iš neįgaliųjų grupių / kategorijų.

Dvylika (41 %) straipsnių buvo tik apie psichikos sutrikimus, trys (10 %) apie psichikos sveikatą, keturiolikoje (48 %) straipsnių analizuojama platesnės apimties problematika, susijusi su neįgalumu dėl įvairių priežasčių. Dominuojantys psichikos sutrikimai, kurių problematika, specifika analizuota tirtuose straipsniuose, – depresija ir intelekto sutrikimai. Dalyje straipsnių analizuojama bendroji psichikos sutrikimų problematika, neišskiriant kokių nors konkrečių sutrikimų. Vertinant pagal tematikos indikatorių analizuotoje imtyje vyrauja į problemas, ne į sprendimus orientuoti straipsniai, o tai indikuoja biomedicininę paradigmą.

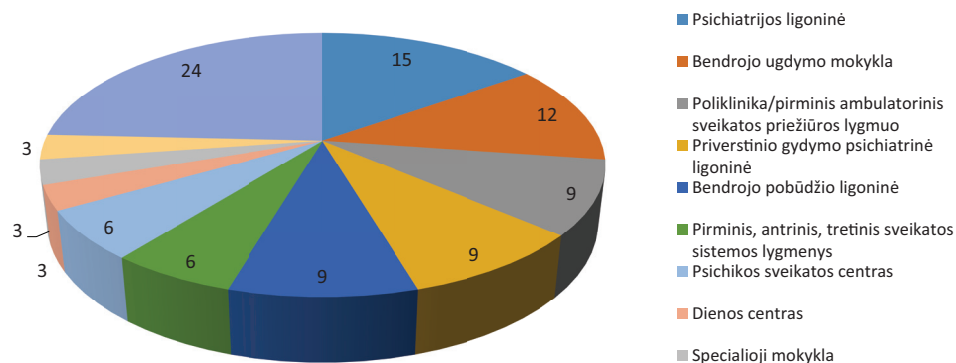
Straipsniuose *vartojamus terminus*, sietinus su psichikos sveikata, sutrikimais, galima suskirstyti į kelias kategorijas ir tai yra antrasis diskursų indikatorius. Dominuojanti kategorija – tai biomedicininę paradigmą atspindintys terminai: „specialiojo ugdymo institucijos“, „pacientai“, „psichinės ligos“ ir kiti. Rasta ir daug negalios terminijos, kuria semantiškai akcentuojamas asmens *negalėjimas*, o tai irgi yra biomedicininio diskurso indikatorius: „proto negalia“, „mokymosi negalia“, „psichiškai neįgalūs“ ir panašūs. Kita kategorija – tai psichosocialinę paradigmą atspindintys terminai: „įtraukusis ugdymas“, „ypatingieji mokiniai“, „psichikos sveikata“ ir kiti. Dalį terminų galima kategorizuoti kaip *santykinai* neutralius: „specialistai“, „psichikos / intelekto sutrikimai“, „ribotas veiksnumas“ ir kitus.

## 2 lentelė. Terminai, indikuojantys diskursą

Diskurso pobūdis	Iliustruojantys terminai
Biomedicinis	Proto ar intelekto invalidai (originalus terminas straipsnyje – <i>OTS: mentally or intellectually handicaped</i> ); neįgaliųjų įtraukioji adaptacija ( <i>OTS: inclusive adaptation of disabled</i> ); protiškai atsilikęs ( <i>OTS: mentally retarded</i> ); psichinės ligos; medikamentinis atsakas; hospitalizacijos; specialiųjų poreikių mokyklos ( <i>OTS: special need schools</i> ); diagnozių grupės; pacientai; ambulatorinis, stacionarus gydymas; priverčiamosios medicininės priemonės. <i>Taip pat ir negalios terminija:</i> Žmonės su negaliomis ( <i>OTS: people with disabilities</i> ); lengva intelekto negalia ( <i>OTS: mild intellectual disability</i> ); proto negalia; mokymosi negalia; psichikos negalia; negalia; neįgalumas; sutrikusios psichikos negalios; psichiškai neįgalūs; mokymosi negalia ( <i>OTS: learning disabilities</i> ).
Psichosocialinis	Mokymosi sunkumai; įtraukusis (inkliuzinis) ugdymas; meno terapijos specialistai; ypatingieji mokiniai; socialinė integracija; psichikos sveikata ( <i>OTS: mental health</i> ); psichikos gerovė ( <i>OTS: mental well being</i> ); vaikai, turintys specialiųjų poreikių ( <i>OTS: children with special needs</i> ); įtraukusis ugdymas ( <i>OTS: inclusive education</i> ); stiprybėmis grįstas įvertinimas ( <i>OTS: strength-based assessment</i> ); įtraukioji visuomenė ( <i>OTS: inclusive society</i> ); psichosocialinė negalia; psichinė sveikata; integrali neįgaliųjų socializacija; socialinis dalyvavimas; įgalinančios programos.
Santykinai neutralus	Specialistai; intelekto sutrikimas; psichikos sutrikimai; neveiksnumas; ribotas veiksnumas; psichikos ir elgesio sutrikimai.



*Institucijos / organizacijos*, apie kurias rašoma straipsniuose, taip pat yra diskurso indikatoriai. Tai, kokių institucijų teikiamos paslaugos yra analizuojamos, aprašomos, rodo, kurios institucijos suprantamos kaip svarbios. Reikia pastebėti, kad tarp analizuotų publikacijų nebuvo nė vienos, kurioje paslaugos būtų analizuojamos, vertinamos kritiškai, įvardijant kokius nors tobulintinus, neigiamus, nepageidaujamus ar neigiamus jų veiklos rezultatus. Institucijų, kurios minimos ar aprašomos analizuotose publikacijose pasiskirstymą, galima matyti žemiau esančiame paveiksle.



**1 pav.** Institucijos, minimos ar aprašomos straipsniuose (pasiskirstymas proc.)

Taigi ketvirtadalyje publikacijų institucijos iš viso nėra minimos ar aprašomos, o dauguma minimų ar aprašomų yra sveikatos sektoriaus medicinos institucijos – ligoninės, poliklinikos ir pan. Kitos dažniau minimos, aprašomos – ugdymo institucijos švietimo sektoriuje. Dalyje publikacijų (kiek daugiau nei dešimtadalyje) aprašomas tarpsteminės pagalbos poreikis. Dešimtadalyje publikacijų rašoma apie socialinės paramos / paslaugų sistemos institucijas.

Tad dažniausiai minimos ar aprašomos institucijos yra medicinos srities institucijos, psichosocialinės srities institucijos aprašomos gerokai rečiau, tarpsteminės pagalbos, paslaugų poreikis analizuotuose straipsniuose įvardijamas tik retsykais.

*Specialistai*, kurie minimi publikacijose kaip teikiantys ar turintys teikti paslaugas, atitinkamai atkartoja aprašytas institucijų kategorijas. Dažniausiai minimi medikai: neįvardytos specializacijos gydytojai, gydytojai psichiatrai, slaugytojai, reabilitacijos specialistai, visuomenės sveikatos specialistai. Kita kategorija – pedagogai ir specialieji pedagogai. Dar viena kategorija specialistų – tai įvairių specializacijų ne medicininio pobūdžio paslaugas teikiantys specialistai: psichologai, kineziterapeutai, kalbos terapeutai, meno terapeutai, psichikos sveikatos specialistai. Paskutinė kategorija – socialinės paramos / paslaugų srities specialistai: socialiniai darbuotojai, socialinių paslaugų vadybininkai, asistentai darbo vietoje, socialinės paramos darbuotojai. Atskirai nuo viso straipsnio turinio vertinti įvardijamus

specialistus, kaip neabejotiną diskurso indikatorių, neįmanoma, bet pastebima tendencija, jog dažniausiai rašoma apie medicinos srities specialistus.

Nurodytose institucijose įvardyti specialistai teikia ar turėtų teikti tokias pagrindines *paslaugų / pagalbos priemonių kategorijas*, aprašomas analizuotuose straipsniuose:

- Biomedicinei paradigmai priskirtinas paslaugas: medikamentinį psichiatrinį gydymą, gydymą, neįvardijant, kokį konkrečiai, elektroimpulsinę terapiją ir pan.
- Psichosocialinei paradigmai priskirtinas paslaugas: psichosocialinę pagalbą, įtraukijį neįgaliųjų dalyvavimą, meno terapijas, kineziterapijas.
- Ugdymo paslaugas, nespacificuojant jų, todėl nėra įmanoma priskirti kuriai nors paradigmai.

### 3 lentelė. Priemonės ir / ar paslaugos sutrikusios psichikos asmenims

Biomedicinės paradigmos pobūdžio priemonės ar paslaugos	17
Medikamentinis psichiatrinis gydymas	6
Gydymas, neįvardijant, koks konkrečiai	5
Reabilitacija, neįvardijant, kokia konkrečiai	2
Elektroimpulsinė terapija	2
Stacionarus psichiatrinis gydymas	1
Paslaugos globos institucijose	1
Psichosocialinės paradigmos pobūdžio priemonės ar paslaugos	19
Psichosocialinė pagalba, neįvardijant, kokia konkrečiai	4
Psichoterapija	3
Kineziterapija	2
Meno terapija	2
Akademinė parama	2
Elgesio terapijos, neįvardijant kokios konkrečiai	2
Įtraukusis neįgaliųjų dalyvavimas	1
Kompleksinės prevencinės priemonės, neįvardijant, kokios konkrečiai	1
Apsaugota darbo, gyvenimo vieta	1
Emocinė parama	1
Ugdymo paslaugos, neįvardijant, kokios konkrečiai	5
Neaprašomos	15

Psichosocialinei paradigmai priskirtinų paslaugų ar pagalbos priemonių analizuotuose straipsniuose minima ar aprašoma šiek tiek dažniau nei priskirtinų biomedicinei paradigmai.

Apibendrinant visus straipsnius galima suskirstyti į keturias kategorijas: straipsniai, parašyti remiantis biomedicine paradigma; straipsniai, parašyti remiantis psichosocialine paradigma; straipsniai, kuriuose yra tiek vienos, tiek kitos paradigmos indikatorių, bet kuri nors iš jų išreikšta stipriau: labiau biomedicinės arba labiau psichosocialinės paradigmos straipsniai.

#### 4 lentelė. Analizuoti straipsniai pagal atstovaujama paradigmą

Paradigma	Iliustruojantis straipsnio tekstas	Kiekis
Straipsniai, parašyti remiantis biomedicine paradigma	<p>Straipsnis SM25-2GŠ: „Tuo tarpu nepavėluotas medikamentų skyrimas sąlygoja depresinės būklės gerėjimą ar bent jau stabilumą.“</p> <p>„...daugiau nei 60 % visų atvejų gydymas nuolat tęsiamas, nors beveik trečdaliui jų keistas dėl nepakankamo vaistų poveikio.“</p> <p>„...pacientams nebūdingas somatikos pasireiškimas ar blogėjanti depresinio sutrikimo dinamika, kas galimai rodo medikamentinio atsako efektyvumą ir yra susijęs su gydymo rekomendacijų laikymusi.“</p> <p>„Išryškėję depresijos simptomai yra susiję su dažnesnėmis pirminėmis ir pakartotinėmis hospitalizacijomis, ilgesnėmis hospitalizacijų trukmėmis.“</p>	4
Labiau biomedicininės nei psichosocialinės paradigmos straipsniai	<p>Straipsnis SM25-1VM: „...psichikos ir elgesio sutrikimai yra genetikos ir aplinkos poveikio išdava, kitaip sakant, biologijos ir psichologinių bei socialinių veiksnių sąveikos padarinys.“</p> <p>„...gyvenime. Nors yra ligonių, kurie puikiai adaptuojasi ir pripranta socialinėje veikloje.“</p> <p>„Labai svarbus psichikos neįgaliųjų integracijos į visuomenę komponentas yra šių asmenų priežiūra, gydymo ir psichosocialinių intervencijų tęstinumas.“</p> <p>„...specialistų paslaugas asmenys, turintys psichikos sutrikimų, gali gauti įvairiose bendruomenės institucijose: dienos užimtumo centruose, psichosocialinės reabilitacijos centruose, mokymo centruose, psichikos sveikatos centruose ir kt.“</p>	7
Straipsniai, parašyti remiantis psichosocialine paradigma	<p>Straipsnis T31DR:</p> <p>„Pastarųjų dviejų dešimtmečių deinstitutionalizacija nukreipia dėmesį į socialinę įtrauktį, atskirtį ir tai, kaip palengvinti informuotus gyvenimo būdo pasirinkimus...“</p> <p>„...dalyvaujantis tyrimas, įtraukiantis ekspertus neprofesionalus, pavyzdžiui, žmones su intelekto negalia...“</p> <p>„...atsižvelgimo į paslaugų vartotojų nuomonę kuriant ir vystant paslaugas svarba...“</p> <p>„...apsaugotos darbo vietos, įskaitant socialinę, emocinę ir akademinę paramą...“</p> <p>„...tyrimo dalyviais buvo vadybininkai bei lauko darbuotojai (n = 8), paramos ir reabilitacijos darbuotojai (N = 27), paslaugų vartotojai (n = 27) ir jų giminaičiai (n = 13).“</p> <p>Originalus straipsnio tekstas: “The de-institutionalisation of the last two decades brings a poignant focus on social inclusion, exclusion and how to facilitate informed lifestyle choices...”</p> <p>“...participatory inquiry involving lay experts such as people with intellectual disabilities...”</p> <p>“...the importance of taking service users’ view into account in tailoring and developing good practice...”</p>	

Paradigma	Iliustruojantis straipsnio tekstas	Kiekis
Straipsniai, parašyti remiantis psichosoci- aline paradigma	<p>“...sheltered work placements including social, emotional and academic support...”</p> <p>“Participants in the study were managers and field officers (n = 8)</p> <p>“...support workers and rehabilitation staff (n = 27), service users (n = 27) and their relatives (n = 13).”</p>	13
Labiau psichosoci- alinės nei biomedici- ninės paradigmos straipsniai	<p>Straipsnis SM25-1AK: „...dėl įgimtų ar įgytų fizinių ar psichinių trūkumų visiškai arba iš dalies negali pats pasirūpinti asmeniniu ir socialiniu gyvenimu...”</p> <p>„Iš psichinių ligonių buvo tyčiojamasi...”</p> <p>„...labiausiai likimo nuskriaustus žmones...”</p> <p>„Nauja era neįgaliųjų priežiūros rehabilitacijos srityje prasidėjo...”</p> <p>„...žmogus yra biopsichosocialinė būtybė...”</p> <p>„Sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis dėl sutrikdytų biopsichosocialinių funkcijų tradicinis sveikatos priežiūros modelis yra aiškiai nepakankamas...”</p> <p>„Tačiau šių priemonių įgyvendinimas priklauso ne tik nuo medikų, bet ir politikų bei visos visuomenės nuostatų.”</p> <p>„Rehabilitacija apima ne tik medicines, bet ir socialines, pedagogines ir kitas priemones.”</p> <p>„...kompleksinės rehabilitacijos sistemos sukūrimas yra iššūkis kiekvienai šaliai. ...tai yra sudėtinga ir įvairiapusė teisiųjų, medicininių, socialinių, ekonominių, organizacinių ir kt. priemonių sistema, padedanti žmonėms atgauti sutrikusias biopsichosocialines funkcijas, kompensuoti jas ar adaptuoti visuomenėje.”</p>	5

Taigi didžioji analizuotų straipsnių dalis gali būti priskirta psichosocialinei paradigmai, juose dominuoja šios paradigmos indikatoriai. Tačiau straipsnių, kuriuos galima priskirti biomedicinei paradigmai ir kuriuose yra nemažai šios paradigmos elementų, dar taip pat pakankamai daug.

Svarbu paminėti tai, jog analizuotose publikacijose autoriai nėra linkę nuosekliai, aiškiai vadovautis vienos kurios nors paradigmos nuostatomis, principais, terminija. Išnagrinėjus publikacijas galima daryti prielaidą, kad nors biomedicinei paradigmai ir yra suvokiama kaip nebenaudojama, tačiau integralios, bio-psi-cho-socialinės paradigmos pamatiniai principai nėra visiškai perimti ir įsisavinti. Publikacija gali būti apie psichosocialinės integracijos ar rehabilitacijos elementus, bet vartojami terminai (nereflektuojant jų prasmų, konotacijų) ar kiti elementai iš esmės yra biomedicinei paradigmos. Pavyzdžiui, publikacijoje, kurioje nagrinėjamas sutrikusio intelekto vaikų kūrybiškumo ugdymas, o tai jau savaime nėra biomedicinei dalis, vartojamas terminas „kūrybiškumo diagnozavimas“ – terminas „diagnozavimas“ ir atskleidžia latentinį, neišsąmonintą biomedicinei požiūrį į šią asmenų grupę. Taip pat ugdymo tematikos straipsniams yra būdinga tai, kad juose nepastebimas paties ugdomojo, jo artimųjų įtraukimas į ugdymo proceso ir

turinio formavimą, jie dažniausiai yra tik ugdymo ir korekcijos objektai. Tad nors tokie straipsniai iš principo yra apie psichosocialinę integraciją, bet juose labiau linkstama remtis biomedicine prieiga.

Nedidelėje dalyje biomedicinės paradigmos straipsnių pripažįstama ir įvardijama kompleksinės pagalbos, bendradarbiavimo tarp įvairių sričių specialistų (medicinos, švietimo, socialinės pagalbos) svarba ir poreikis.

#### ♦ Ko pasigesta analizuotuose straipsniuose

Analizuotoje imtyje buvo tik viena publikacija, kurioje skirta dėmesio terminų ir paradigimų kaitai, kaitos analizei, nors tai ir nėra publikacijos objektas (toliau gilinamasi į meninio ugdymo specifiką). Galima daryti prielaidą, kad akademiniame / profesiniame diskurse paradigimų kaita iš principo suvokiama kaip jau įvykusi ir nebereikalaujanti analizės.

Nagrinėtuose straipsniuose pasigesta kritinės esamos sistemos ir paslaugų analizės – tokių straipsnių analizuojamuoju laikotarpiu nebuvo rasta. Analizuotose publikacijose sutrikusios psichikos asmenys tėra objektai, jie nevertinami kaip tokių publikacijų turinio formuotojai. Vienas iš esminių psichosocialinės paradigmos elementas yra santykis su sutrikusios psichikos asmeniu, kai jis suprantamas ir su juo elgiamasi kaip su lygiaverčiu interakcijos partneriu. Tačiau 27 straipsniuose sutrikusios psichikos asmenys, jų gyvenimo specifika, problemos yra aprašomi, analizuojami, bet tik dviejose publikacijose aprašomame tyrime sutrikusios psichikos asmenys buvo įtraukti į tyrimo planavimą, dalyvavo kaip tyrėjai: buvo klausiama jų nuomonės, kas jų nuomone, yra svarbu iširti (angliškai įvardijama kaip *participatory research*), arba naudota tyrimo metodika leido jiems kalbėti apie tai, kas svarbu būtent jiems. Taigi jie tebėra objektai, nedalyvauja, nėra įtraukiami aiškinantis, kokia problematika, kokie aspektai yra aktualūs jiems. Pavyzdžiui, vienoje publikacijoje aprašomas Rokiškio psichiatrijos ligoninėje atliktas tyrimas apie naujagimius nužudžiusių moterų ekspertinę analizę. Tyrimo metu buvo analizuoti moterų medicinos bylų įrašai. Tyrime remtasi tik „sausais“ duomenimis, esančiais bylose, nors analizuojama labai jautri ir sudėtinga problematika. Toks santykio su tiriamosiomis nebuvimas ir parodo jų objektifikavimą, tai, kad mokslininkams / tyrėjams priimtinesnė biomedicininė perspektyva, kur lygiaverčio santykio su tiriamuoju, klientu ir nereikia kurti ir / ar turėti. Todėl galima teigti, kad dažniausiai sutrikusios psichikos asmuo vis dar suvokiamas tik kaip paslaugų, pagalbos gavėjas, analizės objektas, bet beveik niekur nėra įtraukiamas kaip lygiavertis gaunamos paslaugos ar pagalbos partneris, kaip aktyvus dalyvis, o ne pasyvus ėmėjas. Tai būdinga net ir tuose straipsniuose, kurie iš principo yra parašyti remiantis psichosocialine paradigma. Pavyzdžiui, straipsnyje, kuriame analizuojama neįgalųjų

seksualumo problematika, tiriamieji yra socialiniai darbuotojai, analizuojama jų nuomonė, patys neįgalieji nėra informantai, nors analizuojama jiems aktuali problema. Perfrazuojant neįgaliųjų šūkį „Nieko apie mus be mūsų“, vis dar galima konstatuoti: „Apie sutrikusios psichikos asmenis, bet be jų.“

## ŽINIASKLAIDOS PUBLIKACIJŲ ANALIZĖS DUOMENYS

### ◆ Techninės charakteristikos

Analizuotos publikacijos taip pasiskirstė interneto naujienų svetainėse:

**5 lentelė.** Publikacijų pasiskirstymas tirtose svetainėse

Svetainės pavadinimas	Dažnis	Procentai
<i>www.lrytas.lt</i>	256	52,35
<i>www.delfi.lt</i>	122	24,95
<i>www.15min.lt</i>	111	22,70
Iš viso	489	100,0

Tyrimo metu buvo analizuojama, ar iš publikacijos pavadinimo suprantama, jog rašoma psichikos sveikatos / sutrikimų tema. Psichikos sutrikimų įvardijimas jau publikacijos antraštėje žiniasklaidos yra naudojamas kaip priemonė skaitytojų dėmesiui patraukti. Skaitytojams publikacijų antraštės yra pagrindinės nuorodos apie tai, kas bus rašoma straipsnyje bei kokią informaciją jame galima tikėtis rasti ir kokios – ne. Beveik pusėje (46,8 %) analizuotų publikacijų jau iš pavadinimo buvo galima suprasti, kad bus paliesti psichikos sutrikimų / sveikatos aspektai, daugiau nei pusėje publikacijų pavadinimų tokios informacijos nebuvo (53,2 %). Tیرtoji žiniasklaida nesiskiria nuo bendrųjų pasaulinių tendencijų ir norėdama patraukti skaitytojų dėmesį yra linkusi „spekuliuoti“ psichikos (ne)sveikatos terminais.

### ◆ Turinio charakteristikos

Vienas iš diskursų rodiklių yra publikacijų *pagrindinė tema* – kokie klausimai aprašomi, nagrinėjami, ką žiniasklaida įtraukia į savo, kartu ir skaitytojų, „dienotvarkę“ kaip svarbų elementą. Analizuojant publikacijas buvo aiškinamasi pagrindinė jų tema. Išskirta vienuolika temų, pagal kurias buvo sugrupuotos visos publikacijos.

**6 lentelė.** Publikacijų pasiskirstymas pagal jose aprašomas temas

Pagrindinė publikacijos tema	Dažnis	Procentai
Psichikos sutrikimas, kaip ligotumas	136	27,8
Nusikaltimas	111	22,7
Edukacija psichikos sveikatos klausimais	71	14,5
Psichikos sutrikimų gydymas	43	8,8
Politika	41	8,4
Savižudybė	24	4,9
Keistas elgesys	24	4,9
Neįgaliųjų integracija	16	3,3
Literatūra / menas / kinas / muzika / televizija	8	1,6
Ekonominė krizė	2	0,4
Kita tema	13	2,7
Iš viso	489	100,0

Beveik trečdalis publikacijų pagrindinė tema buvo psichikos sutrikimai kaip ligotumas. Tokiose publikacijose apibūdinami psichikos sutrikimų simptomai, poveikis asmenų funkcionavimui, problemos ir kliūtys, kylančios pačiam asmeniui ir jo / jos šeimos nariams. Vaizdžiai tokio pobūdžio publikacijų turinį iliustruoja ir jų antraštės: „Anoreksija sirgusi K. Tarasevičiūtė išrėžė tiesą apie šią ligą“ (lr151210), „Amerikos psichiatrų asociacija: asmenų darymas yra psichologinis sutrikimas“ (15min150717), „Panikos atakos palaužia jaunos ir ambicingas žmones“ (Delfi151015). Taigi tai dažniausia publikacijų tema. Ketvirta pagal dažnį publikacijų tema yra „psichikos sutrikimų gydymas“ – apie 8,8 % publikacijų suklasifikuota kaip šios temos. Jose pagrindinis dėmesys skiriamas psichikos sutrikimų gydymui, o ne jų simptomatikai ar sukeliams problemoms. Taigi ši tema išskirta į atskirą kategoriją, nors ir turi panašumų su pirmąja, psichikos sutrikimų kaip ligotumo tema. Šių dviejų temų publikacijų visoje imtyje rasta 36,6 %. Štai kelios iliustracijos publikacijų pavadinimų, vaizdžiai atskleidžiančių jų turinį: „Pats sau daktaras – kaip diagnozuoti depresiją“ (lr151103), „Mokslininkai po ilgo laiko atrado veiksmingą depresijos gydymo būdą“ (15min150831), „Savipagalbai – naujas socialinis tinklas sergantiems depresija žmonėms“ (Delfi150428).

Tyrimo metu analizuotose publikacijose antra pagal populiarumą tema – nusikaltimai. Iš viso šia tema buvo rasta 22,7 % visų publikacijų. Čia priskirtos publikacijos tiek apie sutrikusios psichikos asmenų tariamai ar tikrai atliktus nusikaltimus, tiek apie nusikaltimus, įvykdytus sutrikusios psichikos asmenų atžvilgiu.

Dar vienas diskurso indikatorius – *informacijos šaltiniai*, kuriais remiamasi publikacijose. Psichiatrai, kaip pagrindinis informacijos šaltinis, įvardijami 17,7 % visų analizuotų publikacijų. Gydytojai ne psichiatrai analizuotose publikacijose

sudaro dar 4 % informacijos šaltinių. Antrasis šaltinis pagal dažnumą – patys žurnalistai (12,7 %). Dar 9 % publikacijų žurnalistai iš viso nenurodo, iš kur gavo informacijos ar kuo remiasi. Trečiasis pagal dažnį informacijos šaltinis – teisėtvarkos sistemos pareigūnai: policininkai, teisėjai, prokurorai (12,7 % publikacijų). Taigi medikų ir teisėtvarkos sistemos pareigūnų, kaip informacijos šaltinių, vyravimas taip pat indikuoja biomedicininio ir kriminalinio diskursų dominavimą.

Kalba, žodžiai ir juose slypinčios reikšmės yra ypač svarbūs, nes jie konstruoja fenomenų sampratas. Terminuose, kuriais įvardijami fenomenai, glūdi iš-tisos reikšmių sistemos. Todėl buvo analizuojama, kokiais *terminais* publikacijose įvardijami sutrikusios psichikos asmenys.

Dažniausiai analizuotose publikacijose buvo vartojami konkretūs medicininiai psichikos sutrikimų pavadinimai (25,9 %). Terminai „psichikos ligonis“ ir „sutrikusios psichikos asmuo“ atitinkamai vartoti 22,4 ir 22,3 % publikacijų. Terminas „psichikos ligonis“ aiškus medikalizuotos psichikos sveikatos sampratos indikatorius. Terminą „sutrikusios psichikos asmuo“ galima vertinti kaip santykinai neutralų. Detalus terminų, vartojamų analizuotose publikacijose, pasiskirstymas pateikiamas žemiau esančioje lentelėje.

**7 lentelė.** Terminų, vartojamų publikacijose, pasiskirstymas

Terminas	Dažnis	Procentai
Konkrečių psichikos ligų pavadinimai	200	25,9
Sutrikusi psichika / psichikos sutrikimai	173	22,4
Psichikos liga / ligonis	172	22,3
Psichikos negalia / psichiškai neįgalus	68	8,8
Nepakaltinamas / neveiksnius	18	2,3
Beprotis / beprotė	8	1,0
Proto negalia / protiškai neįgalus / protiškai atsilikęs	7	0,9
Psichiškai nesveikas / nesveika	4	0,5
Išprotėjęs / išprotėjusi	2	0,3
Nenaudojami jokie asmenį įvardijantys terminai	80	10,4
Kiti terminai	39	5,1
	Iš viso	771
		100,0

Dar vienas kriterijus, padedantis atskleisti žiniasklaidoje vyraujančius diskursus, yra asmenys, kurie publikacijose įvardija asmenį turint psichikos sutrikimų, *diagnozuoja* jį. Visuomenės sankcionuotą funkciją nustatyti psichikos sutrikimo diagnozę turi gydytojai psichiatrai. Kiti asmenys, teikdami tokio pobūdžio informaciją žiniasklaidai ar viešajai erdvei, turėtų remtis oficialia, psichiatrų nustatyta diagnoze. Analizuotose publikacijose asmenį kaip sutrikusios psichikos dažniausiai (25,4 %) įvardydavo, gydytojai: tiek psichiatrai, tiek kitų specializacijų atstovai. Antra kategorija asmenų, kurie publikacijose nurodomi, kaip tie žmonės, kurie



įvardija vaizduojamą veikėją kaip patiriantį psichikos sutrikimų, – teisėtvarkos pareigūnai: policininkai, tyrėjai, prokurorai, teisėjai ir pan. (14,7 %). Pats publikaciją rengęs žurnalistas tiesiog teigė, kad vaizduojamas žmogus yra sutrikusios psichikos ir nenurodė, kuo grindžia tokius teiginius, – taigi jis buvo tas asmuo, kuris klijuoja sutrikimo etiketę remdamasis neįvardytais kriterijais, 13,9 % publikacijų. Pats asmuo įvardijo save kaip patiriantį psichikos sutrikimų 8,5 % visų analizuotų publikacijų. Psichikos sutrikimo diagnozę veikėjui suteikiančių asmenų pasiskirstymas pateikiamas žemiau esančioje lentelėje.

**8 lentelė.** Kas / koks asmuo įvardija, kad aprašomas asmuo yra sutrikusios psichikos

„Diagnozuojantis“ asmuo	Kiekis	Procentai
Psichiatras, ar kitas gydytojas	128	25,4
Teisėtvarkos sistemos pareigūnai (policininkai, prokurorai ir pan.)	74	14,7
Pats žurnalistas, nenurodydamas kuo remiasi	70	13,9
Sutrikusios psichikos asmens kaimynai	66	13,1
Pats sutrikusios psichikos asmuo	43	8,5
Sutrikusios psichikos asmens artimieji	25	5,0
Globos / rūpybos specialistai	24	4,8
Kiti	38	7,6
Nenurodyta	35	7,0
	Iš viso	503
		100,0

Tokie tyrimo duomenys leidžia abejoti, ar analizuotose publikacijose pateikiama informacija atitinka faktinę realybę – ar žiniasklaidos aprašomi asmenys tikrai yra sutrikusios psichikos, ar tai tik subjektyvi ne psichiatrijos srities specialistų nuomonė? Tokia situacija patvirtinta jau įvardytą tendenciją, kad dominuoja biomedicininis ir kriminalinis diskursai.

Publikacijose buvo ieškoma *informacijos apie gydymo, pagalbos būdus*. Tokios informacijos buvo rasta 35,58 % visų publikacijų. Minimieji gydymo, pagalbos būdai buvo suskirstyti į dvi kategorijas – biomedicininis – 45,5 % visų minimųjų, ir psichosocialinius – 54,5 % visų minimųjų. Taigi psichosocialiniai būdai analizuotose publikacijose minimi dažniau, bet skirtumas nėra didelis. Dalis minimųjų pagalbos būdų buvo kriminalinio diskurso – uždaryti į įkalinimo įstaigą.

Įvardytų indikatorių apžvalga leidžia teigti, jog analizuotose žiniasklaidos publikacijose dominuojantys diskursai yra medicininis ir kriminalinis, psichosocialinis diskursas yra silpnai išreikštas.

Svarbu pažymėti, kad šie diskursai yra *latentiniai* ir *netiesioginiai*. Minėtų vyraujančių pagrindinių temų publikacijos buvo rastos įvairiausiose analizuotų žiniasklaidos priemonių rubrikose – ne tik skirtose sveikatos ar nusikaltimų temoms – nuo sporto iki vaikų priežiūros. Toks publikacijų išsibarstymas neleidžia skaitytojui suvokti, kokia yra informacijos apie psichikos sveikatą ar sutrikimus

gausa kasdien jo skaitomame naujienų sraute. Tai taip pat menkina galimybę atsiriti nuo tokios informacijos, ją sąmoningai reflektuoti ir atpažinti jos poveikį savo žinojimo konstravimui, nuostatoms ir elgesiui tokių žmonių atžvilgiu.

Dar vienas labai svarbus analizuotų publikacijų aspektas – jose *nematomos psichikos sveikatos sistemoje dominuojančios institucijos*: psichiatrinės ligoninės, psichikos sveikatos centrai, psichoneurologiniai pensionatai. Apie juos publikacijose beveik neužsimenama, taigi jie išlieka nežinomi, mistifikuoti ir uždari visuomenei. Kaip indikatorius situacijos, jog mūsų visuomenėje dominuoja biomedicininis psichikos sutrikimų suvokimo modelis, yra padėtis, kai vis dar stokojama alternatyvių diskursų. Alternatyvūs diskursai suteiktą galimybę diegti įvairesnius psichikos sutrikimų suvokimo, kartu ir gydymo ar pagalbos modelius, o jų nebuvimas lemia, kad biomedicininis modelis vis dar nėra vertinamas kaip problemiškas ar netinkamas.

Žiniasklaida daro poveikį įvairių mažumų grupių, taip pat ir sutrikusios psichikos asmenų matomumui visuomenėje, žiniasklaidos skiriamas dėmesys skatina tų grupių problemų visuomeninį pripažinimą (Clogston 1989). Nevykstant diskusijoms ir svarstymams psichikos sveikatos temomis viešojoje erdvėje, ši tema tampa lyg tabu – tarytum būtų nesvarbi ir neverta nei plačiosios visuomenės, nei specialistų, nei politikų dėmesio. Žiniasklaidai, kaip vienam iš svarbiausių veikėjų, kuriančių žinojimą apie kasdienį pasaulį, neišryškinant šios srities problemų ir nesistengiant į jas atkreipti visuomenės, politikų dėmesio, sunku tikėtis, kad pakis visuomeninė psichikos sveikatos bei sutrikimų samprata. Tai, kad šios visuomenės dalies problemos žiniasklaidai nėra aktualios, galbūt iš dalies galima aiškinti Lietuvos visuomenėje vyraujančia latentine medicinine psichikos sutrikimų ir sveikatos samprata. Jei gu problema suvokiama ne kaip struktūrinė, nulemta visuomenėje egzistuojančių institucijų, o kaip slypinti tik sutrikusios psichikos asmenyje ir reikalinga konkretaus asmens korekcijos, tuomet tai nėra žiniasklaidai ir viešajam diskursui aktuali tematika. Kitose šalyse atlikti tyrimai rodo (Miller 2007; Wahl 2003; Ljuslinder et al. 2009), kad po rezonansinių įvykių, susijusių su sutrikusios psichikos asmenimis (deja, dažniausiai jų įvykdytų nusikaltimų), užsienio žiniasklaidoje dėl įvairių psichikos sveikatos, paslaugų sutrikusios psichikos asmenims, institucijų atsakomybės klausimų kyla diskusijų, kuriose aktyviai dalyvauja žiniasklaidos atstovai, politikai, visuomeninės organizacijos, psichiatrijos specialistai. Šio tyrimo duomenys rodo, kad Lietuvos viešojoje erdvėje tokių diskusijų nevyksta. Lietuvos žiniasklaida nėra linkusi ieškoti spragų sveikatos priežiūros sistemoje, šios srities politikoje, atsakingų institucijų kaltės ar nekompetencijos, neužduoda klausimų atsakingiems šių institucijų atstovams, o išskirtinį dėmesį skiria nusikaltimo padarymu įtariamam asmeniui ir jo funkcionavimo aspektams. Nediskutuojama dėl atsakomybės institucijų, kurios galbūt turėtų teikti šiems žmonėms reikalingą pagalbą ir užtikrinti, kad nelaimės neįvyktų. Tai suponuoja sampratą, kad psichikos sutrikimas yra tik konkretaus asmens atributas, t. y. tik jis pats yra atsakingas už tai, kad serga, ir tai, kaip reiškiasi

jo sutrikimo simptomai, atsakingas už ligos kontrolę. Tokia situacija rodo biomedicininio psichikos sutrikimų sampratos modelio buvimą. Kartu tai yra sutrikusios psichikos asmenų stigmatizacijos požymis (Hayward ir Bright 1997).

## IŠVADOS

1. Profesiniame, akademiniam diskurse vienareikšmiškas perėjimas prie biopsichosocialinės paradigmos nėra įvykęs. Pastebimas bandymas operuoti biopsichosocialine terminija, tačiau tuo pat metu lygiagrečiai vartojama ir biomedicininės paradigmos terminija, principinėje metodologinėje ir teorinėje priėjoje vengiama santykio su sutrikusios psichikos asmenimis, jie tebėra objektai, nėra aiškiai įsisąmoninta biopsichosocialinės paradigmos esmė ir svarbiausi jos elementai.
2. Empirinio tyrimo duomenys rodo, jog profesinėse, akademinėse publikacijose vyrauja orientacija į problemas, o ne sprendimus, vyrauja biomedicininė terminija, institucijos ir specialistai, taigi – biomedicininė psichikos sutrikimų paradigma.
3. Akademinėse, profesinėse publikacijose psichosocialinė paradigma yra silpniau išreikšta, labiausiai tai pastebima per minimas ar aprašomas psichosocialines paslaugas ir pagalbos priemones bei tai, kad psichosocialinės paradigmos elementų rasta absoliučioje daugumoje analizuotų profesinių ir akademinų straipsnių.
4. Visuomeninėje žiniasklaidoje tebedominuoja biomedicininis ir kriminalinis diskursai. Nors žiniasklaidoje vartojami gana korektiški terminai, vis dėlto dominuojantis ligos motyvas palaiko visuomeninę sampratą apie šios asmenų grupės nesavarankiškumą, nuolatinės pagalbos, paslaugų ir visuomenės resursų poreikį. Išskirtinai negatyvių terminų, tokių kaip „psichas“, „durnius“ ir panašių, buvo rasta vos vienas kitas.
5. Ir visuomeniniame, ir akademiniam bei profesiniame diskurse psichosocialinės paradigmos elementai akivaizdžiausi rašant apie pagalbos priemones bei paslaugas.
6. Dėsninga, kad socialinės, švietimo ir sveikatos sričių mokslininkai ir specialistai, nors ir operuoja psichosocialinės paradigmos sąvokomis, to nepripažindami ir nereflektuodami iš tiesų remiasi biomedicine samprata. Nors Ruškus ir Mažeikis dar 2007 metais (2007: 56) įvardijo, jog „klinikinė vizija išlieka latentine forma už socialinės integracijos, specialiųjų poreikių tenkinimo diskurso, nes vis dar labiau akcentuojami asmens sunkumai, nei jo galimybės“, per aštuonerius metus esminių kokybinių pokyčių nei viešajame, nei profesiniame ir akademiniam diskurse neįvyko.

1. Aberchrombie, N., Hill, S., Turner, S., Bryzan (editors). 1994. *The Penguin Dictionary of Sociology*, 3rd edition. Penguin Books.
2. Alder, J. 2016. Media Portrayal of Mentally Disordered Offenders: A Case Study, *Mental Health Practice* 19(7): 16–21.
3. Berger, L. P. 1995. *Sociologija*. Vilnius: Litterae Universitatis.
4. Bilic, Bojan, Georgaca, Eugenie. 2007. Representations of "Mental Illness" in Serbian Newspapers: a Critical Discourse Analysis, *Qualitative Research in Psychology* 4.
5. Blood, R. W., Holland, K. 2004. Risky News, Madness and Public Crisis: a Case Study of the Reporting and Portrayal of Mental Health and Illness In The Australian Press, *Journalism* 5(3).
6. Brown, Ph. 1995. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness, *Journal of Health and Social Behavior* [Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future] 35.
7. Burr, V. 1995. *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge.
8. Busch, F. N., & Sandberg, L. S. 2016. *Psychotherapy and medication: The challenge of integration*. Routledge.
9. Casey, B., Long, A. 2003. Meanings of Madness: a Literature Review, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10.
10. Clogston, J. S. 1989. A Theoretical Framework for Studying Media Portrayal of Persons With Disabilities, *Paper on the Mass Communication and Society Division of the Association for Education in Journalism and Mass Communication*. Washington DC.
11. Crowe, M. 2006. Psychiatric Diagnosis: Some Implications for Mental Health Nursing Care, *Journal of Advanced Nursing* 53. [Issue 1].
12. Dobryninas, A. 2001. *Virtuali nusikaltimų tikrovė*. Vilnius: „Eugrimas“.
13. Drake, R. E. 2015. Anthropology and mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 24: 283–284.
14. Edwards, D., Potter, J. 2001. *Discursive Psychology. Inquiries in Social Construction*. Sage Publications.
15. Eisenberg, L. 1988. Editorial: The Social Construction of Mental Illness, *Psychological Medicine*, 18.
16. Fee, D. 2000. *Pathology and the Postmodern: Mental Illness as Discourse and Experience*. Sage Publications.
17. Fennell, D., Boyd, M. 2014. Obsessive-Compulsive Disorder in the Media, *Deviant Behavior* 35(9): 669–686.
18. Finkelstein, V. 2000b. *The Social Model Of Disability Repossessed*. Pirmą kartą skaityta: Manchester Coalition of Disabled People.
19. Fiske, J. 1990. *Introduction to Communication Studies*. Routledge.
20. Franklin, B., Hamer, M., Hanna, M., Kinsey, M., Richardson, J. E. 2007. *Key Concepts in Journalism Studies*. Sage.
21. Franksfort-Nachmias, Ch., Nachmias D. 1997. *Research Methods in the Social Sciences*. 5th edition. St Martin's Press.
22. Gabel, S., Peters, S. 2004. Presage of Paradigm Shift? Beyond the Social Model of Disability Toward Resistance Theories of Disability, *Disability & Society* 19(6).
23. Glaser, B. G. 1978. *Theoretical Sensitivity*. University of California, San Francisco.
24. Hardy, C., Harley, B., Phillips, N. 2004. Discourse Analysis and Content Analysis: Two Solitudes? *Qualitative Methods*.
25. Hayward, P., Bright, J. A. 1997. Stigma and mental illness: A review and critique, *Journal of Mental Health* 6.
26. Hibberd, F. J. 2005. *Unfolding Social Constructionism*. Springer.
27. Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., Schooler, N. R., & Ulrich, R. F. 1974. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: II. Two-year relapse rates. *Archives of General Psychiatry*, 31(5), 603–608.
28. Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288.
29. Jacob, K. S., Vikram, P. 2014. Classification of mental disorders: a global mental health perspective, *The Lancet* 383: 1433–35.
30. Lawson, T., Garrod, J. (editors). 2001. *Dictionary of*

- Sociology*. Fitzroy Dearborn Publishers, London, Chicago.
31. Ljuslinder, K., Mataitytė-Diržienė, J., Morlandstø, L. 2009. *Neįgaliųjų įvaizdis Lietuvoje – požiūris iš Skandinavijos*. Prieiga internete: <http://www.gip-vilnius.lt/ataskaita%20lietuviska.pdf>.
  32. Loseke, D. R. 1999. *Thinking About Social Problems. An Introduction to Constructionist Perspectives*. Aldine De Gruyter, New York.
  33. Mayring, P. 2014. Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. 143 p.
  34. McQuail, D. (Second edition 1987). *Mass Communication Theory. An Introduction*. Sage Publications.
  35. McQuail, D. 2005. *McQuail's Mass Communication Theory*. Sage Publications.
  36. Miller, G. 2007. Mental Health and the Mass Media: Room for Improvement, *The Lancet* 370.
  37. Mirowski J., and Ross, C. E. 1989. Psychiatric Diagnosis as Reified Measure, *Journal of Health and Social Behaviour* 30(1).
  38. Mataitytė-Diržienė, J. 2011. *Sutrikusios psichikos asmenų vaizdavimas Lietuvos žiniasklaidoje*. Daktaro disertacija. Vilniaus universitetas.
  39. Morkel, M. 2007. *Madness as Mental Illness or Mental Illness as Madness: Mental Illness as Constructed By Young Professionals*. University of Pretoria.
  40. Neuendorf, K. A. 2004. Content Analysis – a Contrast and Complement to Discourse Analysis, *Qualitative Methods*.
  41. Neuendorf, K. A. 2002. *The Content Analysis Guidebook*. Sage Publications.
  42. Nocella, A. J. 2009. Disabling Dis-ability: Re-Building Inclusive Into Social Justice, *Theory in Action* 2(1).
  43. Palmer, D. 2000. Identifying Delusional Discourse: Issues of Rationality, Reality and Power, *Sociology of Health and Illness* 22(5).
  44. Perse, E. M. 2001. *Media Effects and Society*. Lawrence Erlbaum Associates.
  45. Philo, G. (editor). 1996. *Media and Mental Distress*. Longman.
  46. Ringer, A., Holen, M. 2016. Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, *Illness & Medicine* 20: 161–175. [Issue 2].
  47. Ruškus, J., Mažeikis, G. 2007. *Neįgalumas ir socialinis dalyvavimas. Kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje analizė*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla, psl. 51–56.
  48. Ruškus, J. 2002. *Negalės fenomenas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
  49. Siebers, T. 2001. Disability in Theory: From Social Constructionism to the New Realism of the Body, *American Literary History* 13(4).
  50. Shakespeare, T., Watson, N. 2001. The Social Model of Disability: an Outdated Ideology? *Research in Social Science and Disability* 2.
  51. Shoemaker, P., Reese, S. 1996. *Mediating the Message: Theories of Influences on Mass Media Content*. New York: Longman.
  52. Slade, M., Longden, E. 2015. Empirical evidence about recovery and mental health, *BMC Psychiatry* 15 [serial online]: 1–14.
  53. Strauss, A., Corbin, J. 1998. *Basics of Qualitative Research*. Sage Publications.
  54. Stuart, H., Sartorius, N., Liinamaa, T. 2013. The Images Study Group. Images of psychiatry and psychiatrists, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 131: 21–8.
  55. Szasz, T. S. 1960. The Myth of Mental Illness, *American Psychologist* 15.
  56. Taylor-Gooby, P., Zinn, J. 2006. *Risk in Social Science*. Oxford University Press.
  57. Thomas, C. 2004. How Is Disability Understood? An Examination of Sociological Approaches, *Disability & Society* 19(6).
  58. Wagner, W., Hayes, N. 2005. *Everyday Discourse and Common Sense*. Palgrave, Macmillan.
  59. Wahl, O. F. 1995. *Media Madness. Public Images of Mental Illness*. Rutgers University Press.
  60. Wahl, O. F. 2003. News Media Portrayal of Mental Illness. Implications for Public Policy, *American Behavioral Scientist* 46(12).
  61. Williams, G. 2001. Theorising Disability, in Albrecht, G. L., Seelman, K. D., Bury, M. *Handbook of Disability Studies*. Sage Publications.

## KIEKYBINIS PACIENTŲ PSICHOMETRINŲ

**RODIKLIŲ TYRIMAS** (Donata PETRUŽYTĖ,  
Miglė MARCINKEVIČIŪTĖ, Arūnas GERMANAVIČIUS,  
Gabrielė RUŠINAITĖ)

### ĮVADAS

Tyrimo, kurio dalies rezultatų<sup>6</sup> analizė pristatoma šiame skyriuje, tikslas buvo ištirti pacientų psichikos sutrikimų simptomų, veiklos ir socialinės adaptacijos pokyčius, subjektyvius savo būklės ir jos pokyčių vertinimus. Skyrius sudarytas iš bendro metodikos aprašymo ir dviejų tekstų aprašančių Lietuviškosios psichologinės gerovės ir bendro veiklos vertinimo skalių rezultatus.

### TYRIMO METODIKA (Donata PETRUŽYTĖ)

#### TYRIMO INSTRUMENTAI

Tikslui pasiekti suplanuotas longitudinis kiekybinis tyrimas, kurio metu buvo naudojami 6 skirtingi instrumentai:

1. Taisytas Hopkinso žodinės atminties testas (HRLT-R)<sup>7</sup>.
2. Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė (LPGS-S).
3. Bendro veiklos vertinimo skalė (BVVS) (žr. priedą nr. 4).
4. Klinikisto bendro įspūdžio skalė (KBI) (žr. priedą nr. 5).
5. Ligos istorijų anketa (LIA), parengta tyrėjų komandos duomenims iš pacientų ligos istorijų rinkti (žr. priedą nr. 7 ir 8).
6. Paslaugų vartojimo anketa (PVA) anketa, parengta tyrėjų komandos (žr. priedą nr. 6).

Pacientai buvo anketuojami tris kartus (žr. 1 lentelę):

- 1) atvykus į gydymo įstaigą;
- 2) išvykstant iš gydymo įstaigos;
- 3) pakartotinai anketuojami, praėjus 6–9 mėn. po gydymosi.

6 Išsamesnė ir sistemingesnė šio tyrimo rezultatų analizė bus pateikta atskirame moksliniame straipsnyje.

7 HRLT-R ir LPGS-S skalių nėra prieduose, nes šiame tyrime jos buvo naudotos leidus VU Specialiosios psichologijos laboratorijai su sąlyga, kad skalės nebūs skelbiamos viešai.

Informacija apie tiriamųjų ligos ir hospitalizavimų istoriją, psichikos sveikatos centruose taikytas gydymo formas, tiriamųjų (ne)darbingumą, naudojantis LIA anketa, bus surinkta iš ligos istorijų pacientams išvykstant iš gydymosi įstaigos.

### 1 lentelė. Anketavimo etapai

	KBĮ	BVVS	LPGS-S	HRLT-R	PVA	LIA
I banga	x	x	x	x	x	
II banga	x	x				x
III banga		x	x	x	x	

## TIRIAMIEJI

Tiriamieji – lietuviškai kalbantys 18–65 m. amžiaus asmenys, kurie 2016 m. sausį–2016 m. liepą gydėsi VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre ir pirmą kartą kreipėsi į VšĮ Antakalnio poliklinikos psichikos sveikatos centrą, turėdami kaip pagrindinę ar gretutinę diagnozę F10-19, F20-29, F30-39, F40-48, F50-59 (pagal TLK-10-AM / ACHI / ACS), išskyrus asmenis, tyrimo metu patiriančius ūmų ligos epizodą ar negalinčius dalyvauti tyrime dėl kalbos ar kitų sutrikimų.

Tyrimui tinkamiems asmenims buvo siūloma dalyvauti tyrime, informuojant potencialius tiriamuosius apie tyrimo pobūdį žodžiu ir pateikiant informuoto sutikimo raštą. Buvo planuojama kreiptis į 1200 asmenų, tikintis, kad iš jų tyrime sutiks dalyvauti apie 800, o trečiajame matavime dalyvaus apie 350 asmenų. Tačiau pradėjusi duomenų rinkimo procesą tyrėjų komanda susidūrė su sunkumais: planuojant tyrimą, potencialių tiriamųjų imtis buvo paskaičiuota 65 % nuo to, kiek apytiksliai pacientų per pusę metų atvyksta į 2 gydymosi įstaigas, įtrauktas į šį tyrimą. Vykdam tyrimą paaiškėjo, kad:

1. Vietų užpildymas tesiekia 95% (t. y. pacientų realiai būna 5% mažiau negu yra vietų, pagal kurias buvo skaičiuota pradinė imtis).
2. Pavasario periodu, kada ir buvo renkami duomenys, įprastai būna dar apie 10 % mažiau pacientų negu rudens periodu.
3. Daugelis dviejų VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro skyrių (iš viso 80 pacientų per 1 mėnesį) pacientų nepajėgūs atsakyti į anketų klausimus dėl būklės sunkumo ir dėl to, kad jų diagnozė neatitiko tyrimo dalyvių kriterijų. Tyrime dalyvauti galėjo ir sutiko į jį įsitraukti tik 15 % pacientų.
4. Viename VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro skyriuje, t. y. dienos stacionare (60 pacientų per 1 mėnesį), dėl dienotvarkės specifiškumo dirbant vienam anketuotojui įmanoma apklausti tik po vieną pacientą per dieną. Tyrime dalyvauti galėjo ir sutiko tik 12 % pacientų.

5. Viename VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro skyriuje (10 pacientų per mėnesį), nepaisant atkaklių tyrėjų komandos pastangų, duomenų rinkimas vyko itin nesklaidžiai dėl skyriaus administracijos nepalankumo tyrimo atžvilgiu. Tad tyrimas buvo nutrauktas.
6. Gaunant VRBTEK ir VDAI paaiškėjo, kad reikia, kad duomenis rinkty gydymosi įstaigų darbuotojai (psichiatrai), tai sumažino finansinių resursų panaudojimo efektyvumą įdarbinant asistentus.

Todėl buvo surinkta mažiau duomenų negu planuota (žr. 2 lentelę).

**2 lentelė.** Skirtingais anketavimo etapais surinktų anketų skaičius

Anketa	Interviu banga			Iš viso
	I. (2015 m. gruodis–2016 m. gegužė). Atvykus į gydymo įstaigą	II. (2015 m. gruodis–2016 m. birželis). Išvykstant iš gydymo įstaigos	III. (2016 m. birželis–2017 m. kovas). Po išvykimo praėjus 6–9 mėn.	
1. LIA – STACIONARIŲ Ligos istorijos anketa	0	184	0	184
2. LIA – AMBULATORINIŲ Ligos istorijos anketa	0	110	0	110
3. PIRMASIS: KBJ – Bendros klinikinės būklės įvertinimas	247	8	82	337
4. ANTRASIS: KBJ – Bendros klinikinės būklės įvertinimas	0	247	42	289
5. GAF – Bendro veiklos įvertinimo skalė	377	232	144	753
6. LPGS-S-S – Lietuviška psichologinės gerovės skalė	381	0	144	525
7. PVA – Paslaugų vartojimo anketa	376	0	145	521
8. HVLТ-R forma	378	0	144	522
Iš viso	1759	781	701	3241

## PASIRINKTOS TYRIMO STRATEGIJOS PAGRINDIMAS

Tyrimo metu buvo planuojama atlikti pakartotinius vertinimus naudojantis tais pačiais psichometriniais instrumentais, todėl instrumentams pasirinkti buvo iškelti tokie reikalavimai:

1. Instrumento universalumas vertinant psichikos būklės sunkumą, pritaikomumas įvairioms psichikos ir elgesio sutrikimų diagnozėms.



2. Instrumento pritaikymo paprastumas ir įvertinimo laiko sąnaudos.
3. Instrumento validumas, jautrumas būklės pokyčiams nustatyti.
4. Instrumento panaudojimo praktika pasaulyje vertinant psichikos sveikatos paslaugų efektyvumą.

Išanalizavę mokslinę literatūrą bei apklausę Lietuvos ir užsienio ekspertus, turinčius patirties vertinti psichikos sveikatos paslaugų veiksmingumą, nustatėme: norint nustatyti psichikos būklės sunkumą, jos pokyčių bei socialinio funkcionavimo sutrikimo sunkumą visus kriterijus geriausiai atitinka Klinikisto bendro įspūdzio skalė (KBĮ, angl.: *Clinical Global Impression, CGI*) ir Bendro veiklos vertinimo skalė (BVVS, angl.: *Global Assessment of Functioning, GAF*).

Nors KBĮ instrumentas buvo sukurtas psichofarmakologinio gydymo veiksmingumui vertinti, tačiau per pastaruosius 15 metų jis visame pasaulyje pradėtas plačiai naudoti ir psichosocialinių intervencijų veiksmingumui vertinti. Kadangi mūsų tyrimo tikslas – įvertinti visų biopsichosocialinio modelio intervencijų veiksmingumą, KBĮ vertinimas, atliekamas tiek prieš intervenciją, tiek ir ją pritaikius, yra tinkamas ir validus.

KBĮ instrumentas jau yra naudotas ir Lietuvoje, jo veikimas aprašytas kelete disertacijų (Germanavičius 2001, Steiblienė ir kt. 2011), todėl jo taikymas šiame tyrime nekelia abejonių.

GAF instrumentas buvo pasirinktas dėl to, kad 2013 m. SAM ministro įsakymu dėl Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų aprašo patvirtinimo nurodoma visoms psichikos sveikatos paslaugas teikiančioms įstaigoms naudoti šį instrumentą kaip pagrindinį kriterijų, vertinant psichosocialinės reabilitacijos indikacijas bei reabilitacijos pažangą. Šitaip mūsų tyrimas padeda ir sparčiau įgyvendinti GAF vertinimą, ir nustatyti tikslingas intervencijas ateityje.

Suvokiamai asmens psichologinei savijautai ir jos pokyčiui po gauto gydymo įvertinti naudojama Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė (LPGS-S). Ši skalė pasirinkta kaip tinkamiausia norint atskleisti įvairius psichologinės savijautos aspektus, tokius kaip: dažniausiai jaučiamos emocijos (lydintis emocinis fonas), pasitenkinimas pragyvenimo lygiu, santykiais su artimaisiais ir draugais, savo fizine sveikata, darbu. Skalę sudaro septynios subskalės, skirtos kiekvienam šių aspektų įvertinti. Minėtos gyvenimo sritys turi didžiausią poveikį žmogaus psichologinei savijautai bei yra labiausiai priklausančios nuo asmens psichinės sveikatos. Taigi pokyčiai šiose srityse nurodo asmens psichinės sveikatos pokyčius.

Kognityviniams pokyčiams, atsirandantiems gydymo eigoje, įvertinti naudojamas HRLT-R žodinės atminties testas. Šis testas leidžia nustatyti, kaip priklausomai nuo gauto poveikio pakito asmens dėmesio ir atminties gebėjimai. Šiuos pokyčius svarbu įvertinti, nes visos psichikos ligos pirmiausia paveikia būtent šiuos

kognityvinius gebėjimus. Taigi po gydymo pagerėjus dėmesio ir atminties funkcijoms galima daryti išvadas apie tokio gydymo efektyvumą, ir atvirkščiai, šioms funkcijoms susilpnėjus ar nepakitus – apie skirto gydymo nepakankamumą.

Siekiant įvertinti ekonominius gydymo rezultatus, reikia suvokti, kad gydymo rezultatus rodo ne tik paciento išrašymo iš asmens sveikatos priežiūros įstaigos faktas, bet ir platesni asmenų gyvenimo pokyčiai. Tarp svarbiausių skirtingus pacientų gyvenimo aspektus atspindinčių rodiklių yra:

- Sveikatos priežiūros paslaugos ir vartojami medikamentai.
- Finansai ir užimtumas. Visų pirma, tai paciento galimybės gyventi savarankiškai ir integruotis į visuomenę. Tokios galimybės nustatomos analizuojant gaunamas darbo pajamas ir užimtumo laikotarpius arba socialines išmokas bei socialines paslaugas, skirtingų išmokų bei paslaugų gavimo laikotarpius, taip pat nedarbo ir profesinės reabilitacijos pašalpas bei registruotos bedarbystės periodus. Kitaip tariant, vertinama, kaip kito kliento finansinis savarankiškumas (tiesiogiai susijęs su užimtumo statuso pokyčiais) prieš ir po gydymosi. Kitas aspektas – valstybės išlaidos konkrečiam piliečiui (pvz., pašalpos) ir iš jo gaunamo įplaukos (pvz., mokesčiai). Šiuo pagrindu skaičiuojama, kokios gydymosi formos valstybei labiausiai atsiperka.
- Teisinis statusas. Teisėsaugos institucijų veikla yra finansuojama iš valstybės biudžeto. Todėl susidūrimai su teisėsaugos institucijomis yra susiję su valstybės išlaidomis. Planuojama išsiaiškinti, kaip kinta susidūrimai su teisėsaugos institucijomis prieš ir po gydymosi, ar kurios nors gydymo formos sumažina šiuos susidūrimus labiau nei kitos (kartu taupomos ir valstybės lėšos).

Šiuos rodiklius svarbu skaičiuoti atsižvelgiant ne tik į atvejų įvairovę ir dažnį, bet ir į piniginę jų išraišką. Duomenims įvertinti buvo naudojama tyrėjų komandos sukurta Paslaugų vartojimo anketa (PVA).

## TYRIMO EIGA IR ORGANIZAVIMAS, DUOMENŲ SAUGA

Tyrimui tinkamiems asmenims, kurie kreipiasi į numatytas gydymosi įstaigas, buvo siūloma dalyvauti tyrime, kuris atliekamas tik turint rašytinį tiriamojo asmens sutikimą. Prieš duodamas sutikimą, asmuo jam suprantama forma pasirašytinai informuojamas apie tyrimo tikslą, planą, taikomus metodus, numatomą biomedicininio tyrimo naudą tiriamajam, tiriamojo teises, galimą riziką bei nepatogumus, kuriuos tiriamajam gali sukelti biomedicininis tyrimas, taip pat galimos žalos, patirtos dėl biomedicininio tyrimo, atlyginimo tvarką, tiriamojo teisę raštu

atšaukti sutikimą dalyvauti biomedicininiam tyrimo bet kuriuo metu, suteikiant informaciją apie tokio biomedicininio tyrimo nutraukimo pasekmes, informacijos konfidencialumo garantijas.

Informuotame sutikime turėjo pasirašyti du liudytojai. Pagal Geros klinikinės praktikos taisykles, liudininko nešališkumas yra užtikrinamas tuo, kad asmuo turi visiškai nepriklausyti nuo tyrimo, t. y., kad susiję su tyrimu asmenys negalėtų jo koku nors būdu paveikti. Taigi svarbiausia liudytojo ypatybė yra jo nepriklausymas nuo tyrimą vykdančių asmenų (pagrindinio tyrėjo, tyrėjų, tyrimo užsakovų, prižiūrėtojų ar kitų su tyrimu susijusių asmenų) bei nesusisaištymas su šiais asmenimis jokiais ryšiais (pavaldumo, giminystės, santuokos ir kt.). Jais gali būti, pavyzdžiui, slaugytojai, sanitarai, valytojai ar kiti asmenys (nepavaldūs tyrimo komandos nariams).

Asmens sutikimas vertinamas kaip savanoriškas, aiškus, sąmoningas žodinis pritarimas ir rašytinis valios pareiškimas dalyvauti biomedicininiam tyrimo, gavus aiškią ir pakankamą informaciją, reikalingą asmens sprendimui dėl dalyvavimo šiame tyrimo priimti. Tai reiškia, kad asmenys su sutrikusia sąmone, esantys bejėgiškos būsenos ar tokios medicininės būklės, kuomet jie negali išgirsti, įsiminti, suvokti, suprasti, apsvarstoma. Tyrimui ruošiantis pateikiama išsami informacija taip ir buvo vertinama. Pvz., asmenys, sergantys šizofrenija, tik būdami labai sunkios, retai pasitaikančios, gydymui rezistentiškos būklės negali sąmoningai vertinti jiems suteikiamos informacijos arba negeba duoti / išreikšti sutikimo. Jei tokios būklės pasireiškėdavo – tokie pacientai nebuvo į šį tyrimą įtraukiami (pvz., sergantieji katatonine šizofrenija).

Siekiant apsaugoti pacientus, sergančius psichikos ir elgesio sutrikimais, buvo imtasi papildomų saugiklių: jei informuotą sutikimą davė tiriamieji dėl neveiksmingo gydymo ar kitų nuo gydymo nepriklausančių aplinkybių patirs tokį sunkų psichikos būklės pablogėjimą, kad taps nebegebantys protingai vertinti savo interesų, tyrėjai įpareigojami spręsti, ar nereikėtų tyrimo nutraukti prieš laiką. Tokiu atveju tyrėjai turėjo tiriamajam garantuoti, kad tai nesukels jokių nepageidaujamų pasekmių, kad jo gaunama sveikatos priežiūra nepablogės.

Potencialiems tiriamiesiems tyrimo dalyvauti siūlydavo patyrę psichiatrai. Tyrėjų komanda pasitikėjo jų kompetencija atskirti asmenis, galinčius bendradarbiauti.

## TYRIMO DALYVIŲ KONFIDENCIALUMO UŽTIKRINIMAS

I bangos anketoms buvo priskiriami kodai. Kodai buvo formuojami tokiu principu, kad niekaip nebūtų galima identifikuoti paties tiriamojo:

- Tiriamojo apklausimo mėnuo ir diena.
- Gydomosi institucijos ir jos skyrių, kuriame gydėsi tiriamasis I anketavimo bangos metu, identifikuojančios 2 raidės, sugalvotos tyrėjų komandos.
- Tiriamojo vardo ir pavardės pirmųjų, antrųjų, trečiųjų raidžių kombinacija (pagal tyrėjo pasirinkimą).
- Tyrėjo kodas – numeris iš dviejų skaičių.

*Pavyzdys.* Tiriamasis Jonas Jonaitis apklausiamas 2016 01 25, jis gydomi VŠĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro 2-jame universitetiniame skyriuje. Tyrėjo kodas – 01. Šio tiriamojo kodas – 012SVUJJ01.

Ant kiekvienos anketos visų trijų anketavimo bangų metu buvo rašomas tiriamojo kodas, nenurodant jokių kitų identifikavimo duomenų. Anketų ir ligos istorijų duomenys iš karto suvedami į skaitmeninę formą (nežymint jokių asmens tapatybę leidžiančių identifikuoti duomenų). Tai atlikus, anketos ir duomenų iš ligos istorijų blankai saugomi Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto administracijos paskirtoje patalpoje rakinamoje spintoje projekto vykdymo metu ir 10 m. po jo pabaigos – iki 2027 m. birželio 30 d. To reikalauja projekto sutarties 2.7. ir 3.5. punktai. Šiam periodui pasibaigus, duomenys bus sunaikinti (ištrintos skaitmeninės bylos, sunaikintos popierinės kopijos ir išorinės laikmenos taip, kad nebūtų galima atkurti užfiksuotos informacijos).

I anketavimo bangos metu buvo sudaromi ir tiriamųjų sąrašas, kuriame nurodytas kiekvieno tiriamojo vardas, pavardė, kontaktiniai duomenys (reikalingi susisiekti su tiriamaisiais II ir III anketavimo bangoje) ir tyrėjų suformuotas kodas. Šie dokumentai buvo prieinami tik tyrėjui tiesiogiai renkančiam duomenis (kiekvienas tyrėjas, atsakingas už tam tikro kiekio tiriamųjų anketavimą I bangos metu, vėliau su tais tiriamaisiais susisiekdavo II ir III anketavimo bangos metu; taigi kiekvienas tyrėjas žino tik savo tiriamųjų duomenis ir jam vienam prieinamas savų tiriamųjų sąrašas su kontaktiniais duomenimis ir kodais). Kiekvienas tyrėjas turėjo po vieną tokio dokumento popierinį egzempliorių ir laikė jį tretiesiems asmenims neprieinamoje vietoje. Atsarginė šio dokumento kopija saugoma Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto administracijos paskirtoje patalpoje<sup>8</sup>) rakinamoje spintoje užklijuotose vokuose.

8 Į patalpą gali patekti ribotas skaičius fakulteto mokslo darbuotojų.

Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas:

- 3 str. 2 d., 3 d.
- 4 str.
- 5 str. 1 d., 3 d., 4 d.
- 10 str. 3 d.
- 12 str.
- 23 str. 1 d., 3 d., 4 d.
- 24 str. 1 d.
- 30 str. 1 d., 6 d.
- 33 str. 1 d. 4 p.

Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus įsakymas „Dėl bendrųjų reikalavimų organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms patvirtinimo“ (II d. 11 p.).

Asmens duomenų tvarkymo mokslinio tyrimo tikslais Vilniaus universitete taisyklės (V d. ir VIII d.).

Biomedicininų tyrimų etikos įstatymas (II skirsnis).

## DUOMENŲ SUBJEKTŲ TEISIŲ UŽTIKRINIMAS

1. Duomenų subjekto teisė susipažinti su savo asmens duomenimis. Subjektams, pageidaujantiems susipažinti su savo asmens duomenimis, kurie yra naudojami tyrimo tikslais, bus suteikiama teisė tai padaryti visais atvejais ir bet kuriame tyrimo etape. Remiantis LR Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 25 straipsniu, asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą pateikusiam duomenų subjektui bus pateikta informacija, iš kokių šaltinių ir kokie jo asmens duomenys surinkti, koku tikslu jie tvarkomi, taip pat bus įgyvendinti kiti pagal šį įstatymo straipsnį nurodyti įpareigojimai. Įgyvendinant duomenų subjekto teisę susipažinti su savo asmens duomenų tvarkymu, duomenų subjektui, patiekusiam raštišką prašymą, nemokamai informacija bus teikiama kartą per kalendorinius metus.
2. Duomenų subjekto teisė ištaisyti, sunaikinti savo asmens duomenis arba sustabdyti savo asmens duomenų tvarkymo veiksmus. Duomenų subjekto teisė sunaikinti savo asmens duomenis (surinktus tyrimo tikslais ir saugomus tyrėjo) arba sustabdyti savo asmens duomenų tvarkymo veiksmus bus įgyvendinta visais atvejais ir bet kuriame tyrimo etape, remiantis LR

Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 26 straipsniu, gavus tokių duomenų subjekto (žodinių, rašytinių ar kita forma) prašymą ir jam pateikus tapatybę ir jo asmens duomenis patvirtinančius dokumentus. Tyrime sutikę dalyvauti asmenys gali susisiekti su pagrindiniais tyrėjais (kurių kontaktai nurodyti asmens informuoto sutikimo rašte) ir pateikti prašymą dėl atsisakymo dalyvauti tyrime bet kuriame jo vykdymo etape. Atsisakymo atveju, situacija bus traktuojama taip tarsi duomenų subjektas nėra nepradėjęs dalyvauti tyrime, t. y. jo duomenys bus sunaikinami.

3. Duomenų subjekto teisė nesutikti, kad būtų tvarkomi jo asmens duomenys. Duomenų subjektui žodžiu, raštu ar kitokia forma pranešus, jog jis nesutinkąs, kad jo duomenys būtų tvarkomi šio mokslinio tyrimo tikslams pasiekti, jo prašymas bus patenkintas ir duomenys netvarkomi, kaip nurodyta LR Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 27 straipsnyje, jei subjekto nesutikimas bus teisiškai pagrįstas.

\* \* \*

Kituose 2 poskyriuose pristatomi LPGS-S ir BVVS instrumentais surinktų duomenų analizės rezultatai.

## PSICHIKOS SUTRIKIMŲ TURINČIŲ PACIENTŲ PSICHOLOGINĖ GEROVĖ PRAĖJUS 6 MĖNESIAMS PO HOSPITALIZAVIMO (Miglė MARCINKEVIČIŪTĖ)

### ĮVADAS

#### ♦ Psichologinės gerovės samprata

Psichologinės gerovės sąvoka siekiama pabrėžti subjektyvų gyvenimo kokybės vertinimą, atsižvelgiant į socialinių, psichologinių ir funkcionavimo aplinkoje veiksmų patyrimą, o ne objektyvius sveikatos, ekonominius ar kitus gerovės rodiklius (Eisele 2015). Keičiantis žmogaus gerovės ir sveikatos sampratai, įsivyravus salutogeniniam požiūriui, mokslininkų dėmesys nuo krizių įveikimo nukrypo į prevencinių priemonių paiešką ir žmogaus gerovės stiprinimą (Kaliatkaitė ir Bulotaitė 2014). Išaugus tyrimų poreikiui, mokslininkai siekia išsiaiškinti, nuo ko labiausiai priklauso pozityvus gerovės vertinimas ir kurie veiksniai turi daugiausiai įtakos norint numatyti gerovės pokyčius. Kiek daugiau nei tris dešimtmečius trukusi intensyvi psichologinės gerovės konstrukto paieška lėmė plataus, tačiau prieštaringo tyrimų lauko atsiradimą (Deci, Ryan 2008).

Pirmasis iššūkis, su kuriuo tenka susidurti analizuojant psichologinės gerovės mechanizmus, yra sąvokų gausa. Tyrimais nustatomos tiesioginės sąsajos

su pažintiniais gebėjimais, emocijomis, psichologine bei fizine sveikata, socialiniais santykiais, asmenybės bruožais, genetiniais veiksniais ir kt. (Huppert 2009; Castel, Lluch, Ribas, Borrás, Molto 2015; Zorotovich, Johnson, Lin, 2016; Evans 2016; Ho et al. 2016; Bartels 2015). Tyrimų rezultatais parodoma prieštaringa šių veiksmų hierarchinė struktūra, o priklausomybė nuo kitų aspektų (mediatorių) paskatina naujų struktūrinių modelių bei sąvokų kūrimą. Pilnatvės jausmas, gerovė, suvokta gyvenimo kokybė, pasitenkinimas gyvenimu, asmeninė gerovė, laimingumas ir kitos sąvokos ilgainiui literatūroje pradėtos vartoti kaip sinonimai psichologinei gerovei įvardyti. Tačiau, atlikto tyrimo autorių teigimu, nė viena iš šių sąvokų neatspindi viso konstrukto, tik pabrėžia kai kuriuos jo aspektus. Tvirtu teorinio ir metodologinio pagrindo trūkumas mokslinėje srityje skatina autorių nesuskalbėjimą. Taigi, tyrėjai pabrėžia, jog itin svarbu susitarti dėl vieningos konstrukto reikšmės ir siūlo apibendrinančią psichologinės gerovės sąvoką (Bagdonas, Kairys, Liniauskaitė ir Pakalniškienė 2013a).

Nors sritis pasižymi struktūrinių modelių gausa, paprastai išskiriamos dvi teorinės perspektyvos: hedonistinė ir eudaimonistinė (Deci, Ryan 2008; Disabato, Goodman, Kashdan, Short, Jarden 2015; Kaliauskaitė ir Bulotaitė 2014). *Hedonistinės* gerovės atstovai remiasi malonumo (gr. *hedone*) filosofija, o apibūdindami gerovę pabrėžia pasitenkinimą savo gyvenimu, teigiamų emocijų ir pojūčių patyrimą bei neigiamų nepatyrimą (Disabato et al. 2015). Ryškiausias šios paradigmos atstovas yra E. Diener, kuris aprašė subjektyvios gerovės (ang. *subjective well-being*) modelį. Viena svarbiausių šio modelio prielaidų – gerovės (arba malonumo) patyrimas yra subjektyvus, todėl vertinimo kriterijai taip pat turėtų būti individualizuojami (Diener 1984). Anot autoriaus, „gerovė susideda iš afektyvių (pozityvių ir negatyvių emocijų) ir kognityvinių (specifinių gyvenimo sričių ir gyvenimo apskritai vertinimo) komponentų (Liniauskaitė, Kairys, Urbanavičiūtė, Bagdonas ir Pakalniškienė 2012: 35). *Eudaimonistinio* požiūrio atstovai pabrėžia, jog malonumas yra nepakankama sąlyga gerovei įvertinti. Žmogaus vertybės bei į malonumo patyrimą nukreiptas elgesys gali ne tik neveikti gerovės teigiamai, bet ir mažinti rodiklius (cukraus vartojimas, azartiniai žaidimai, ekstremalus sportas ir kt.) (Ryan, Deci 2001). Eudaimonizmo šalininkai remiasi antikos filosofo Aristotelio laimės (sen. gr. *eudaimonia*) samprata ir akcentuoja savirealizacijos bei veiklos prasmingumo svarbą (Waterman 1993). Šio požiūrio teorijos gali būti tapatinamos su psichosocialinėmis ir humanistinėmis teorijomis (Jung, Maslow, Allport, Rogers). Tikrųjų žmogaus poreikių suvokimas naudojamas kaip svarbiausias pozityvaus, į gerovę orientuoto psichosocialinio funkcionavimo kriterijus (Deci, Ryan 2008). C. D. Ryff (1989) pristatė psichologinės gerovės modelį (ang. *psychological well-being*), kuriame išskyrė šešis svarbiausius kriterijus: autonomiją, asmeninio augimo pojūtį, savęs priėmimą, gyvenimo tikslus, meistriškumo pojūtį bei pasitenkini-

mą tarpasmeniniais santykiais. Autorės teigimu, įvertinus poreikių realizaciją ir jų svarbą, gaunamas objektyvus gerovės vertinimo modelis (Ryff 2016).

Bagdono ir kolegų (2013) teigimu, gerovės konstrukto daugiaaspektiškumas bei sudėtingumas, koncepcinio pagrindo nebuvimas, tyrėjų šališkumas atstovaujamos paradigmos ir pasiekimų atžvilgiu, originalumo bei naujumo siekimas kelia diskusijų tyrimų srityje. Hedonistinės teorijos šalininkai kaip srities privalumus išskiria „empirinių pagrįstumą, prognostinę vertę, tarpkultūrinius gerovės tyrimus“ (Bagdonas ir kt. 2013a: 32). Tuo tarpu eudaimonistinės paradigmos atstovai pabrėžia modelio daugiadimensiškumą, struktūros sudėtingumą, taip pat tvirtą empirinį pagrindą (Ryan, Deci 2001). Nors mokslinėje literatūroje pastebima tendencija atskirti šiuos modelius (Kashdan, Biswas-Diener, King 2008; Kashdan et al. 2009; Sheldon 2013; Coyne 2013; Joshanloo 2016), abejojama dėl jų skirtumo pagrįstumo. Tiek subjektyvios, tiek psichologinės gerovės modelių praktinis pritaikymas yra efektyvus ir prognostiškai naudingas (Deci, Ryan 2008). Kyla klausimas, ar jais matuojami skirtingi konstruktai, vertinami skirtingi gerovės veiksniai? K. Durkin ir K. S. Josephas (2009) teigia, jog neretai subjektyvios ir psichologinės gerovės struktūriniai komponentai yra painiojami, sąvokos neskiriamos ir vartojamos kaip sinonimai. Tiriamuosius vertinant šių dviejų modelių pagrindu ir lyginant gautus rezultatus, aptinkama itin aukšta rezultatų koreliacija, siekianti nuo 0.76 iki 0.92 (Linley, Maltby, Wood, Osborne, Hurling 2009; Gallagher, Lopez, Preacher 2009; Keyes, Shmotkin, Ryff 2002). Faktorinės analizės tyrimai tai patvirtina. Kai kurie modelių komponentai priskiriami abiejų paradigimų veiksniams (Keyes, Shmotkin, Ryff 2002). D. J. Disabato ir kiti (2015) tyrė hedonistinės ir eudaimonistinės gerovės tendencijas septyniose pasaulio šalyse. Gauti rezultatai, panašūs į kolegų, o reikšmingos kultūrinių veiksnių įtakos nerandama. Remdamiesi tyrimo duomenimis, autoriai teigia, jog E. Dienerio subjektyvios gerovės ir C. Ryff psichologinės gerovės modeliai tiria tą patį konstrukta, taigi modeliai yra panašesni, nei gali pasirodyti iš pirmo žvilgsnio. A. Bagdonas ir kiti monografijoje pateikia dar vieną mokslinių tyrimų srityje vyraujančią nuomonę: „subjektyvi gerovė yra psichologinės gerovės prielaida“ (2013a: 33). Kaip minėta anksčiau, autoriai rekomenduoja vartoti platesnį, apibendrinamąjį apibrėžimą, todėl ir šiame darbe bus vartojama jų pasiūlyta „psichologinės gerovės“ sąvoka, kuri skiriasi nuo C. Ryff sampratos ir apima tiek hedonistinius, tiek eudaimonistinius kriterijus.

#### ♦ Socialiniai-demografiniai psichologinės gerovės veiksniai

F. A. Huppert teigia, jog psichologinė gerovė yra „geros savijautos ir efektyvaus funkcionavimo kombinacija“ (2009: 137). Remiantis moksliniais tyrimais, laimingi ir savo gyvenimu patenkinti žmonės geriau funkcionuoja savo aplinkoje, efektyviau atlieka užduotis, yra socialiesni ir daugiau uždirba (Judge, Thoresen,



Bono, Patton 2001; Huppert 2009; Bojanowska, Zalewska 2016). Pastaruoju metu epidemiologų, mokslininkų, ekonomikos srities atstovų ir politikų dėmesį patraukė klausimas, nuo ko labiausiai priklauso gera savijauta (Huppert 2009). Mokslinėje literatūroje randama sąsajų su asmenybės bruožais, finansine padėtimi, darbinio statusu, sveikata ir daugeliu kitų aspektų (Bagdonas ir kt. 2013b; Heide-meier, Göritz 2016; Ramu et al. 2017). Tačiau tyrimų duomenys nėra vienareikšmiški. D. Wirtzas, C. Chi-Yue, E. Diener ir S. Oishi (2009) nagrinėjo Rytų ir Vakarų gyventojų gerovės skirtumus. Remdamiesi atliktais tyrimais, autoriai pabrėžia kultūrinių skirtumų svarbą. Teigiama, jog skirtingų kultūrų atstovai ne tik yra linkę patirti vidutiniškai daugiau ar mažiau laimės, pasitenkinimo jausmo, bet dažnai ir gerovę suvokia skirtingai. Todėl tarpkultūriniai tyrimai šioje srityje itin svarbūs. Nepaisant to, Bagdonas ir kiti (2013a) monografijos rekomendacijose teigia, jog tautybės svarba psichologinės gerovės lygiui turėtų būti vertinama atsargiai. Yra daugybė kitų, didesnę reikšmę galinčių turėti, veiksnių. Toliau aptarsime kai kuriuos socialinius ir demografinius rodiklius.

Vienas dažniausiai literatūroje išskiriamų veiksnių yra *lytis*. Mokslininkai, nagrinėdami vyrų ir moterų psichologinės gerovės skirtumus, nesutaria. Dalis teigia, jog lytis vaidina reikšmingą vaidmenį (Meisenberg, Woodley 2015; Chui, Wong 2016), kiti – jog didesnės įtakos gerovei neturi (Csikszentmihalyi, Hunter 2003; Norasakkunkit, Kalick 2009). W. H. Chui ir M. Y. H. Wong (2016) pabrėžia, jog gerovė siejasi su pasitenkinimu gyvenimu ir patiriama laime (subjektyvios gerovės modelis). Autoriai atliko tyrimą, kurio metu nustatė, jog aukštąjį išsilavinimą turinčių žmonių imtyje vyrai dažniau jaučiasi laimingesni nei moterys, tačiau nebūtinai yra patenkinti savo gyvenimu. Tuo tarpu moterys dažniau teigiamai vertina savo gyvenimą nei vyrai, bet patiria mažiau laimės. Kiti tyrėjai taip pat ieško mediatorių, galinčių turėti įtakos vyrų ir moterų patiriamos gerovės skirtumui. A. Bojanowska ir A. M. Zalewska (2015) nustatė, jog vyrai, kurie sieja laimę su materialinėmis vertybėmis, patiria mažesnę pasitenkinimą savo gyvenimu, moterims šis veiksnys nebuvo toks reikšmingas. Tačiau dauguma moterų siejo laimę su socialiniais santykiais, kurie teigiamai veikė gerovės lygį. Vyrų imtyje šio veiksnio sąsajų su gerove nebuvo aptikta. Lyties ir gerovės sąsajos gali būti siejamos ir su įsidarbinimu, pajamomis, religija, vaikų priežiūra, santuokos sėkme, laisvalaikio praleidimu ir kitais veiksniais (Meisenberg, Woodley 2015; Chang 2011; Giusta, Jewell, Kambhampati 2011; Kamiya et al. 2017; Zhang, Feng, Lacanienta, Zhen 2017). Lietuvoje pastebimi nedideli vyrų ir moterų gerovės rodiklių skirtumai (Bulotaitė, Pociūtė, Bliumas ir Dovydaitienė 2012; Bagdonas ir kt. 2013a). Remiantis tyrimais, bendri gerovės įverčiai praktiškai nesiskiria, tačiau vyrai yra linkę kiek geriau vertinti pragyvenimo lygį, savo fizinę sveikatą, darbą ir ateities perspektyvas, o moterys labiau patenkintos savimi ir socialiniais santykiais, gyvenimu Lietuvoje. Autoriai pastebi,

jog diskriminacija taip pat gali būti siejama su psichologine gerove (Bagdonas ir kt. 2013a). Nors Lietuvos gyventojai vyrai yra kiek labiau patenkinti savo lytimi nei moterys, patiriamos diskriminacijos rodikliai yra žemi ir neviršijantys ES normų.

Kitas mokslinėje literatūroje neretai išskiriamas psichologinės gerovės veiksnys yra *chronologinis amžius*. Senėjimo ir psichologinės gerovės tyrinėjimų srityje taip pat kyla daug diskusijų. Kai kurie autoriai teigia, jog amžius yra itin svarbus psichologinės gerovės matmuo (Pawlowski, Downward, Rasciute 2011; Gonzalez-Carrasco, Casas, Malo, Vinas, Dinisman 2017). Tačiau yra nemažai tyrimų, kuriais reikšmingų sąsajų nerandama (Ngamaba 2016; Lobos, Morab, Lapoc, Caligari, Schnettler 2015). Bagdono ir kitų tyrėjų teigimu, įtakos skirtumams tarp gerovės ir amžiaus sąsajų gali turėti „pasirinkta gerovės koncepcija, imtis, tyrimo instrumento specifiška“ (2013a: 65–66). Mokslinių tyrimų srityje sąsajų aptinkantys autoriai nesutaria dėl priklausomybės kryptingumo. Pawlowski ir kiti (2011) atliko didelės apimties tyrimą 19-oje Europos šalių. Rezultatais patvirtinama, jog visu gyvenamuoju laikotarpiu subjektyvios gerovės rodikliai mažėja. Išsamesnius gerovės ir amžiaus sąsajų tyrimus atliekantys tyrėjai pastebi U formos priklausomybę. M. Csikszentmihalyi ir J. Hunteris (2003) tyrė amerikiečių jaunuolių gerovės pokyčius. Remiantis rezultatais, vidutiniškai iki 16 metų pasiekiamas mažiausias gerovės lygis, o nuo 18 metų jis vėl ima augti. B. Baird'as, R. Lucasas ir M. Donnellanas (2010) teigia, jog nuo 16 iki 74 metų gerovės lygis iš esmės nekinta, tačiau nuo 74 metų pastebimas staigus mažėjimas. Kitų tyrimų duomenimis, kai kuriose „Europos šalyse 18–34 metų asmenys buvo linkę savo subjektyvią gerovę vertinti iš visų amžiaus grupių aukščiausiai, 35–64 metų – žemiausiai, o asmenys, vyresni kaip 64 metų, vidutiniškai“ (Bagdonas ir kt. 2013a: 66). Siekiant išsiaiškinti, nuo ko priklauso amžiaus ir psichologinės gerovės dinamika, taip pat buvo atlikta nemažai tyrimų. Lobos ir kolegos (2015) tyrė sveikos mitybos ir gerovės sąsajas įvairaus amžiaus grupėse. Maisto kokybė buvo reikšmingai susieta su pasitenkinimu savo gyvenimu ir teigiamai veikė visas amžiaus grupes. D. Shmotkinas ir A. Shrira (2011) tyrė praeityje išgyventų teigiamų ir neigiamų emocijų svarbą senyvo amžiaus (~75 metų) žmonių imtyje. Remiantis rezultatais, teigiamos emocijos praeityje gali būti siejamos su dabartyje patiriamu gerovės lygiu. Nustatyta, jog praeityje išgyventos teigiamos emocijos turi didesnę įtaką aukštai gerovei nei žemą gerovės lygį išgyvenantiems žmonėms, o neigiami patyrimai labiau veikia žemą gerovės lygį nei aukštą. Be mitybos, gyvenimo patirties, esti ir kitų sąsajų mediatorių: vidutinis šalies gyventojų gerovės lygis, patiriamas stresas, užimtumas, gyvenimo būdas, fizinis aktyvumas ir kt. (Graham, Pozuelo 2017; Csikszentmihalyi, Hunter 2003; Lacey, Kierstead, Morey 2012). Remiantis A. Bagdono ir kitų (2013a) atlikto tyrimo duomenimis, Lietuvos kultūroje psichologinės gerovės rodikliai senstant mažėja, tačiau amžiaus svarba psichologinei gerovei nėra itin didelė. Didžiausią įtaką amžiaus ir gerovės sąsajoms gali turėti subjektyvus fizinės sveikatos vertinimas.

*Išsilavinimas* taip pat gali būti svarbus gerovės kintamasis. W. H. Chui ir M. Y. H. Wong (2016) pabrėžia, jog psichologinė gerovė yra paremta pažintiniais žmogaus procesais, t. y. gebėjimu reflektuoti ir save vertinti. Manoma, kad akademinė patirtis vienas esminių veiksnių šiam gebėjimui įgyti arba lavinti. M. J. W. Lee (2008) taip pat sutinka, jog švietimo kokybės gerinimas gali padėti numatyti pasitenkinimo gyvenimu ir gerovės augimą visuomenėje. Detaliau gerovės ir išsilavinimo sąsajas analizavo C. Ryff. Autorės teigimu, nėra aišku, ar aukštesnis išsilavinimas turėtų lemti aukštesnę psichologinės gerovės lygį, ar pozityviau save ir savo gyvenimą vertinantys asmenys paprasčiausiai labiau linkę mokytis (2016: 41). C. Ryff (2016) tyrė vyresnio amžiaus žmones. Remiantis rezultatais nustatyta, jog vyresni ir išsilavinimą įgiję respondentai vertina savo gerovę vidutiniškai pozityviau nei išsilavinimo neįgiję dalyviai. Galima kelti prielaidą, jog išsilavinimas turi ilgalaikį poveikį žmogaus psichologinei gerovei. Tiriami ir sąsajų dinamiką galintys lemti mediatoriai. H. S. Barrows (1980) išskyrė požiūrio į mokymąsi svarbą. Teigiamai vertinantys savo studijų kokybę asmenys linkę pasiekti aukštesnę psichologinės gerovės lygį nei nepatenkinti mokiniai ar studentai. G. Chan, P. Miller, M. Tcha (2005) siekė išskirti svarbiausius veiksnius, galinčius keisti studentų laimingumą. Remiantis duomenimis, rasta nemažai kriterijų: pažymių vidurkis, socialiniai santykiai, inventorius kokybė, užklasinės veiklos pasiekiamumas, paskaitų kokybė. Kiti autoriai pastebi atsakomybės, finansinio statuso, depresyvių jausmų patyrimo, gyvenimo tikslo ir kitų veiksnių svarbą (Durgin 2010; Kasser, Ryan 1993). Tačiau randama ir gerovės bei išsilavinimo sąsajoms prieštaraujančių rezultatų (Ekici, Koydemir 2014; Vinson, Ericson 2014). D. J. Dean ir P. Gibbs (2015) pabrėžia, jog tyrinėjant išsilavinimo svarbą gerovei dera atsižvelgti į gerovės sampratą. Tyrimo metu autoriai pastebėjo, jog yra reikšmingų skirtumų tarp studentų laimės ir pasitenkinimo gyvenimu rodiklių. Lietuvos kultūroje išsilavinimas taip pat gali turėti reikšmės. Autoriai teigia, jog aukštesnio išsilavinimo žmonių psichologinė gerovė skiriasi (Šilinskas ir Žukauskienė 2004; Bulotaitė ir kt. 2012). Tačiau šios srities tyrimų Lietuvoje vis dar trūksta.

Daugelyje tyrimų pabrėžiama *finansinės padėties* svarba (Ekici, Koydemir 2014; Reyes-Garcia et al. 2016; Strizovic, Mratinkovic 2016). B. Stevensonas ir J. Wolfersas (2008) tyrė šalių ekonominio lygio augimą ir gyventojų laimingumo rodiklius. Remiantis rezultatais, didesnės pajamos ir laimė yra tiesiogiai susiję. Tyrėjai pastebi, jog greičiau kylant šalies ekonominiam lygiui, greičiau kinta ir gerovės rodikliai. P. Chrostekas (2016) analogišką priklausomybę išvelgė tirdamas Lenkijos gyventojus. Tikėtina, jog žmonės, gaunantys didesnes pajamas, yra laimingesni. Tačiau yra tyrimų, kurių duomenimis remdamiesi tyrėjai nesutinka su tokiomis sąsajomis (Ekici, Koydemir 2014; Vinson, Ericson 2014). V. Reyes-Garcia ir kitų teigimu, finansinės padėties pokyčiai gali paveikti laimę, tačiau trumpam. Bėgant

laikui žmonės yra linkę sugrįžti prie sau įprasto psichologinės gerovės lygmens (2016: 775). Beje, remiantis T. Burchardt (2005), prie pokyčių greičiau prisitairoma pajamoms pakilus ir daug lėčiau joms sumažėjus. Vadinas, finansinės padėties prastėjimas gali labiau paveikti psichologinės gerovės rodiklius nei gerėjimas. Ieškant gerovės ir finansinės padėties mediatorių, akcentuojami skirtingi aspektai. Z. Yu ir L. Chen (2016) tyrė absoliučią (nelyginant su aplinkiniais) ir santykinę (lyginant su aplinkiniais) pajamų sąsajas su gerove. Remiantis rezultatais, laimėjimas ir pasitenkinimas buvo siejami tik su santykinėmis pajamomis, t. y. jeigu, asmuo suvokia, jog jo / jos pajamos auga palyginti su kitų pajamomis, didėja ir jo / jos gerovės rodikliai. Tačiau, jeigu objektyviai pajamos auga, bet asmuo nesuvokia, jog pajamos reikšmingai pasikeitė palyginti su aplinkiniais, toks pokytis, tikėtina, neturės didesnės reikšmės psichologinei gerovei. Šiuo tyrimu patvirtinama R. A. Easterlino (1995) teorija, kuria akcentuojama socialinio santykio (lyginimo su kitais) svarba gerovės ir pajamų sąsajų pokyčiams. Kiti autoriai pabrėžia amžiaus, ekonominės nepriklausomybės, religingumo bei kitų veiksnių svarbą (Spruk, Kesseljevic 2016; Joshanloo, Weijers 2016). Svarbu aptarti ir Lietuvoje vyraujančias tendencijas. A. Liniauskaitės ir kitų (2012) tyrimo duomenimis, suaugusiųjų Lietuvos gyventojų imtyje finansinė padėtis buvo svarbiausias psichologinės gerovės pokyčius galintis lemti veiksnys. Teigiama, jog šis kintamasis siejasi su visomis psichologinės gerovės sritimis. Gauti rezultatai atspindi ir kitose šalyse vyraujančias tendencijas (Strizovic, Mratinkovic 2016).

Dar vienas su pajamomis glaudžiai susijęs veiksnys, galintis turėti įtakos psichologinei gerovei, yra *darbas*. A. Dillono (2016) teigimu, darbas yra stipriai susijęs su prasmės jausmu, psichine ir fizine sveikata. Autorius pabrėžia, jog sprendžiamos nedarbo problemos gali gerokai pakeisti visuomenės gerovės lygį. C. Ochsen (2011) atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, jog nedirbantys žmonės linkę savo gerovę vertinti daug prasčiau. A. Abele, T. Hagmaier ir D. Spurkas (2016) pastebėjo, kad karjeros sėkmė yra tiesiogiai susijusi su psichologine gerove, – tiek asmeniškai suvokta, tiek aplinkinių teigiamai vertinama karjera gali prognozuoti aukštesnius gerovės įverčius. Moksliniais tyrimais ieškoma ir sąsajų moderatorių. I. Strizovic ir A. Mratinkovic (2016) teigia, jog dirbantys asmenys yra labiau patenkinti savo gyvenimo kokybe nei nedirbantys, tačiau reikšmingo poveikio laimės patyrimui tarp dviejų grupių nerasta. Šiuos rezultatus patvirtina ir kiti tyrėjai (Chrostek 2016). H. P. Rudolphas (2014) tyrė dirbančiųjų gerovės ir darbo valandų skaičiaus sąsajas. Nors buvo tikimasi, jog trumpėjant darbo laikui darbuotojai turėtų būti laimingesni, ši hipotezė nepasitvirtino. Autoriai pabrėžia, jog ilgesnės darbo valandos pačios savaime nėra prastesnė gerovę lemiantis veiksnys. Svarbu atsižvelgti į subjektyvų darbo trukmės pasikeitimo priežasčių suvokimą. Kiti literatūroje išskiriami kriterijai, galintys turėti įtakos psichologinės gerovės ir darbo sąsajoms,

yra socialiniai santykiai, socialinis statusas, laiko planavimas, sveikata, lyčių diskriminacija ir kt. (Strizovic, Mratinkovic 2016; Straume, Vitterso 2015; Baslevent, Kirmanoglu 2017). A. Bagdonas ir kiti tyrė psichologinės gerovės ir darbingumo sąsajas Lietuvos gyventojų imtyje. Autoriai pastebi, jog „iš esmės visose srityse nedirbančių asmenų gerovė yra menkesnė“ (2013b: 25).

Šeimisinis statusas taip pat gali būti svarbus gerovės veiksnys (Vinson, Ericson 2014). A. Knabe, R. Schöbas ir J. Weimannas (2016) teigia, jog produktyvūs poros santykiai gali pagerinti gyvenimo kokybę. Nors santykiai svarbūs abiejų lyčių atstovams, didesnę santykių reikšmę gerovei teikia moterys. J. López-Torres Hidalgo ir kiti (2010) akcentuoja ir buvimo šeimos dalimi svarbą. Žmonės, kurie jaučiasi lygiaverčiai šeimos nariai, dalyvauja priimant svarbius sprendimus ir kurie teigiamai vertina savo vedybinius santykius, pasižymi ir aukštesniu psichologinės gerovės bei sveikatos lygiu. Sirijoje atliktų tyrimų rezultatai atskleidžia, jog poligaminėse santuokose gyvenančių moterų psichologinės gerovės rodikliai reikšmingai mažesni nei moterų, gyvenančių monogaminėse santuokose. Pastebima, kad poligamija siejasi ne tik su gerove, bet ir su prastesne bendra psichikos sveikata (Al-Krenawi, Kanat-Maymon 2017). Kai kurie tyrimų autoriai vedybiniam statusui tiek daug reikšmės nesuteikia. Remiantis minėta Easterlino (1995) teorija, psichologinės gerovės lygis po teigiamų arba neigiamų išgyvenimų gali grįžti prie pradinio. Taigi, vedybos, su santykiais susiję teigiami ar neigiami išgyvenimai gali būti reikšmingi sąsajų tarp psichologinės gerovės ir šeimyninio statuso kintamieji, tačiau gali turėti tik trumpalaikį poveikį (López-Torres Hidalgo et al. 2010). Autoriai pabrėžia ir amžiaus, asmenybės bruožų, nesaugumo jausmo, savarankiškumo, nepriklausomybės jausmo ir kt. mediatorių svarbą (López-Torres Hidalgo et al. 2010; Ghosh, Lahiri, Datta 2017). Lietuvių autorių atlikti tyrimai nėra viena-reikšmiški. A. Liniauskaitės ir kitų (2012) atlikto tyrimo duomenimis, šeimyninė padėtis turėjo vidutinę prognostinę vertę. Poroje gyvenantys lietuviai dažniau pasižymėjo aukštesne psichologine gerove nei vienišieji. G. Šilinsko ir R. Žukauskienės (2004) tyrimo duomenimis, vedusių ir nevedusių vyrų psichologinės gerovės rodikliai reikšmingai nesiskyrė, tačiau pasitenkinimas santykiais su partnere ir vaikais siejosi su gerovės rodikliais.

Apibendrinami socialinių-demografinių veiksnių prognostinę vertę, dar kartą galime pastebėti gerovės konstrukto kompleksiskumą. Klausimų kelia tai, jog kartais šie veiksniai siejami su gerovės rodikliais, kartais ne. Randama ir skirtingų krypčių bei dinamikos priklausomybių, kurios apsunkina modelių praktinį pritaikymą gerovės plėtros sistemose (organizacijų, sveikatos, ekonomikos ir kt. srityse). E. L. Deci ir R. M. Ryan (2008) pastebi, jog konstrukto sampratos nevienareikšmiškumui svarbi subjektyvumo aspektas bei vidinių ir išorinių gerovės veiksnių vertinimo samplaika. Šiame skyriuje aptarėme socialinių-demografinių veiksnių

šąsąjas su psichologine gerove bei šąsąjų mediatorius. Akivaizdu, jog mokslinėje literatūroje randama ryšų gausa, sudėtingumas ir nevienareikšmiškumas kelia dar daugiau klausimų ir skatina dar didesnį tyrėjų susidomėjimą.

#### ♦ Psichologinė gerovė ir psichikos sveikata

Psichologinės gerovės tyrimai sveikatos sistemoje atlieka labai svarbų vaidmenį. PSO sveikatą apibūdina kaip „visiškos fizinės, psichinės ir socialinės gerovės būseną, o ne vien tik ligos ar negalios nebuvimą“ (WHO 2004). Lietuvoje 2007 m. patvirtinta strategija, kuria numatoma: „Nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos“ (1 straipsnis). Taigi, psichologinės gerovės matmuo pradėtas sieti su sveikata. Daugelis tyrimų patvirtina šias šąsąjas (Veenhoven 2008; Chyi, Mao 2012; Staškutė 2014; Bagdonas ir kt. 2013a ir b). E. J. Verhoof, H. Maurice-Stam, H. Heymans A. Evers ir M. Grootenhuis (2014: 1) teigia, jog lėtinėmis ligomis sergantys vaikai ir suaugusieji auga, bręsta ir vystosi taip pat kaip sveiki asmenys, tačiau dėl sveikatos problemų gali būti sunkiau įveikti įvairiais raidos etapais kylančius iššūkius (socialinio statuso įgijimą, nepriklausomybės ugdymąsi, meistriško lavinimą ir kt.). Autorių teigimu, bėgant laikui sunkiai sergančių žmonių psichologinės gerovės rodikliai sparčiai mažėja, ankstesniuose amžiaus tarpsniuose patirti sunkumai perauga į problemas akademinėje, profesinėje, socialinėje srityse, todėl sunkumus būtina spręsti. Remdamiesi atlikto tyrimo duomenimis, E. J. Verhoof ir kiti teigia, jog intervencijos, orientuotos į supažindinimą su ligos simptomais bei galima eiga, gali pagerinti sergančiųjų psichologinės gerovės rodiklius. Pabrėžiama ilgalaikė ankstyvų intervencijų nauda. Kiti tyrėjai taip pat ieško gerovės ir sveikatos šąsąjų. S. Apers ir kolegų (2016) atlikto kokybinio tyrimo metu buvo apklausiami įgimtą širdies ligą turintys asmenys. Tyrėjai siekė išsiaiškinti svarbius sergančiųjų vidinės darnos jausmo (ang. *sense of coherence* – salutogeninis požiūris), kuris siejamas su gerove, veiksnius. Remiantis interviu duomenimis, išskirti tokie veiksniai: savęs supratimas, palaikanti socialinė aplinka, malonios kasdieninės veiklos, ligos integracija į savo gyvenimą, sukrečiantys ir netikėti įvykiai, stresas. P. Steca ir kiti (2013) tyrė širdies ir kraujagyslių ligomis sergančių pacientų gerovę. Naudotos skirtingos strategijos gerovei įvertinti. Remiantis tyrimo duomenimis, objektyvus ligos sunkumas nėra reikšmingai susijęs su gerove. Autorių teigimu, svarbiausia – žmogaus pasitikėjimas savo jėgomis bei subjektyvus ligos patyrimas (simptomų pojūčiai, suvokiamas ligos sunkumas bei grėsmė ir pan.). Šiais ir kitais tyrimais (Cramm, Nieboer 2016) siekiama pabrėžti ligos ir fizinės sveikatos šąsąjas su psichologine gerove. Gerovės tyrimais vertinamas žmogaus požiūris į save ir savo gyvenimą, todėl natūralu, jog subjektyvūs ligos rodikliai tampa svarbesni už objektyvius. Lietuvoje taip pat buvo atlikta tyrimų, kuriais vertinama sergančiųjų

gerovė. A. Bagdono ir kitų (2013b) tyrimo duomenimis, patvirtinta, jog lėtinėmis ligomis sergančiųjų asmenų psichologinė gerovė yra žemesnė nei nesergančiųjų. Didžiausia koreliacija randama su pasitenkinimu savo fizine sveikata, tai patvirtina ir užsienio kolegų išvadas. Panašius rezultatus gauna ir kiti lietuvių autoriai (Bulotaitė ir kt. 2012; Staškutė 2014).

Šiuo tyrimu siekiama įvertinti psichikos sutrikimų turinčių pacientų psichologinės gerovės rodiklius, todėl svarbu aptarti vyraujančias tendencijas. Psichikos sveikata yra apibūdinama kaip gerovės būseną, kai kiekvienas asmuo suvokia savo potencialą, gali susidoroti su kasdieninėmis ir natūraliomis stresinėmis situacijomis, geba dirbti produktyviai ir našiai bei gali prisidėti prie bendruomenės gerovės (World Health Organization 2004). Taigi, psichologinė pacientų gerovė tampa psichikos sveikatos priežiūros sistemos siekiama. Dar kartą pabrėžiame, jog ligos nebuvimas ir sveikata nėra tapačios sąvokos. Tai du atskiri, tačiau susiję veiksniai. Mokslinėje literatūroje randamos silpna arba vidutinė koreliacija (nuo  $r = 0.40$  iki  $r = 0.55$ ), kuria paaiškinamas tik ketvirtis dispersijos (Keyes 2005). M. Slade'o teigimu, šis skirtumas yra itin svarbus organizuojant psichikos sutrikimų turinčių pacientų sveikatos priežiūrą. Pabrėžiama, jog dėl silpnų sąsajų lygiagrečiai turėtų būti dirbama tiek gydant ligą, tiek stiprinant sveikatą (2010: 2). Taigi, svarbu aptarti ir kitus veiksnius, galinčius turėti įtakos psichikos ligomis sergančių žmonių gerovei.

F. A. Huppert teigia, jog demografinių rodiklių ir gerovės sąsajos tampa daug sudėtingesnės vertinant psichikos sutrikimų turinčius asmenis (2009: 145). Pastebima, kad moterys yra linkusios išreikšti daugiau depresijos ir nerimo sutrikimo simptomų (Calvete, Riskind, Orue, Gonzalez-Diez 2016), kurie turėtų sietis su prastesne psichologine gerove. Tačiau, kartais reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų gerovės nerandama (Ng et al. 2014). Kiti tyrėjai neaptinka skirtumų tarp simptomų išraiškos, tačiau, pastebi, jog pacienčių moterų gerovės rodikliai yra žemesni nei vyrų (Miller, Thylén, Moser 2016). Iš mūsų anksčiau aptartų šešių socialinių-demografinių psichologinės gerovės veiksnių dar kartą svarbu paminėti darbą, kuris psichikos sutrikimų turintiems pacientams gali būti kiek svarbesnis (Peterson, Chatters, Taylor, Nguyen 2014). E. Dillon teigimu, įdarbinimas ir darbo netekimas glaudžiai susiję su žmonių psichikos sveikata (2016: 15). M. Modini ir kitų (2016) atliktos metaanalizės duomenimis, darbas psichikos ligomis sergantiems asmenims yra svarbus keliais aspektais: ugdant autonomiją, padedant įgyti socialinį statusą ir mažinant atskirtį, skatinant tobulėjimą ir apskritai stiprinant gerovės, pilnatvės jausmą. L. T. Peterson ir kiti (2014) pastebi ir didesnę šeimyninio statuso reikšmę, ypač pacientams vyrams. Tyrimo metu buvo rasta reikšmingų sąsajų tarp psichologinės gerovės ir santuokos vyrų imtyje, moterims šis veiksnys nebuvo reikšmingas. Kaip aptarėme anksčiau, bendrojoje populiacijoje šis ryšys buvo svarbesnis moterims, o ne vyrams. Kiti tyrėjai pastebi, jog socialinis palaiky-

mas gydymo proceso metu reikšmingai sumažina depresijos simptomų išraišką ir didina psichologinę gerovę (Ski et al. 2017). Lietuvos gyventojų kontekste vis dar trūksta tyrimų, susijusių su psichikos sutrikimų turinčių pacientų psichologinės gerovės rodikliais ir jų veiksniais.

Nors demografiniai ir socialiniai veiksniai gali reikšmingai sietis su psichologine gerove, gerovės augimui prognozuoti jų nepakanka, nes tepaaiškina vieną dešimtąją dalį dispersijos (Huppert 2009: 148). Dauguma psichikos sutrikimų turinčių pacientų teigia, jog ligoninės yra pagrindinis jų priežiūros šaltinis (Kisa 2016). Taigi, svarbu atsižvelgti į psichikos sveikatos priežiūros sistemos teikiamas gydymo ir sveikatos stiprinimo paslaugas bei į tai, kaip jos siejasi su gerėjančia pacientų gerove. Pirmasis veiksnys yra *medikamentinis gydymas* – neatsiejama psichikos sutrikimų gydymo dalis, tačiau jo sąsajos su psichologine gerove nėra aiškios. G. Fervaha, O. Agidas, H. Takeuchi, G. Foussias ir G. Remingtonas (2014) tyrė antipsichozinių vaistų poveikį psichologinei šizofrenija sergančių asmenų gerovei. Tyrimo duomenimis, rastos nedidelės visų tirtų vaistų, taip pat ir simptomų sumažėjimo sąsajos su pacientų pasitenkinimu savo gyvenimu. Tačiau šio veiksnio prognostinė vertė labai maža (< 3% dispersijos). Kai kurie autoriai sąsajų tarp vaistų vartojimo ir psichologinės gerovės neranda (Baandrup, Fagerlund, Glenthøj 2017). Pabrėžiamas ligos simptomų patyrimas kaip galimas sąsajų mediatorius. *Psichoterapinio / psichologinio konsultavimo* nauda dažniau siejama su gerovės rodikliais. B. Schranko, T. Brownell, A. Tylee ir M. Slade'o (2014a) teigimu, psichoterapija reikšmingai didina gerovės lygį ir mažina depresinių simptomų išraišką tiek psichikos sutrikimų turintiems pacientams, tiek psichikos ligomis nesergantiems asmenims. Kiti autoriai patvirtina psichoterapijos ir psichologinės gerovės ryšį bei teigia, jog psichoterapinės intervencijos gali būti taikomos ir sunkesnių sutrikimų turinčių asmenų gerovei didinti (Schrank et al. 2014b). Tačiau, pastebima, kad praktikoje psichoterapinis gydymas dažniau taikomas potrauminio streso sindromo, priklausomybių ir lengvos depresijos gydymui, kitais atvejais rečiau. Tuo tarpu medikamentinis gydymas asocijuojamas su šizofrenija, bipoliniu sutrikimu ir sunkiais depresijos sutrikimais (Harpaz-Rotem, Libby, Rosenheck 2012). Taigi, ligos diagnozė taip pat gali sietis su gydymo metodo paskyrimu ir terapiniu poveikiu psichologinei gerovei. Trečioji paslaugų grupė, kuri taikoma gydymo įstaigose, gali būti itin svarbi hospitalizuojamiems pacientams. Tai *psichosocialinė reabilitacija*. Bracke (2001) tyrė didelę imtį psichikos sutrikimų turinčių asmenų, dalyvaujančių psichosocialinės reabilitacijos programoje. Tyrimo rezultatais patvirtintos reikšmingos sąsajos su gerėjančia psichologine gerove, augančiu pasitikėjimu savo jėgomis, kontrole, džiaugsmu ir teigiamu požiūriu į ateitį. Psichosocialinė reabilitacija yra vienas esminių veiksnių, padedančių pacientams sveikti po sunkių psichiatrinų epizodų, integruotis į socialinę aplinką po didesnio atsitraukimo nuo įprastų gyvenimo sąlygų bei galinčių turėti teigiamą poveikį atkryčio prevencijai.



Tačiau šioje srityje autoriai išskiria dalyvių atsakomybės ugdymą kaip svarbų mediatorių siekiant prognozuoti psichologinės gerovės rodiklių augimą (Frost et al. 2017). Kiti autoriai pabrėžia pagarbos ir supratimo, nepriklausomybės nuo kitų, tikslo turėjimo jausmus, naudingų įgūdžių įgijimo ir kitus veiksnius, galinčius lemti didesnius gerovės pokyčius (Rousea, Mutschlera, McShanea, Habal-Brossek 2017). Lyginant tris aptartas paslaugų kategorijas, gali susidaryti išpūdis, jog vaistų vartojimas yra mažiausiai susijęs su psichologinės gerovės rodikliais. Tokia tendencija yra natūrali, turint omenyje, jog šis gydymo būdas dažniau siejamas su objektyviais sutrikimų rodikliais ir yra nukreiptas į ligos gydymą. Tuo tarpu psichoterapinės / psichologinės konsultacijos ir reabilitacinės paslaugos siejamos su subjektyviais ir į sveikatos stiprinimą nukreiptais rodikliais. Nepaisant to, medikamentinis gydymas išlieka svarbia psichikos sutrikimų gydymo proceso dalimi, galinčia reikšmingai sietis su pacientų psichologine gerove.

Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje vyrauja hospitalizavimu paremtas gydymas (Pūras ir kt. 2013). Nors taip užtikrinamas geresnis pacientų būklės ištyrimas, priežiūra ir sveikimo proceso kontrolė (Dale, Sorour, Milner 2008), pastebima, jog ilgesnis atsitraukimas nuo įprastos socialinės aplinkos gali neigiamai paveikti pacientų psichologinę gerovę ir padidinti pakartotinės hospitalizavimo riziką (Guan et al. 2015; Boaz, Becker, Anđel, McCutchan 2017). Siekiant sumažinti prastos gerovės našta sergantiesiems ir visuomenei, svarbu sekti psichologinės gerovės rodiklius ir išsiaiškinti, kurie veiksniai labiausiai siejasi su rodiklių pokyčiais.

#### ◆ Tyrimo tikslas

Šio darbo tikslas įvertinti psichikos sutrikimų turinčių asmenų psichologinę gerovę praėjus 6 mėnesiams po hospitalizavimo ir nustatyti geriausiai jų psichologinę gerovę prognozuojančius veiksnius.

#### ◆ Tyrimo klausimai

- *Ar psichikos sutrikimų turinčių asmenų psichologinės gerovės rodikliai pasikeitė nuo hospitalizavimo pradžios iki laikotarpio praėjus 6 mėnesiams po gydymo pabaigos?*
- *Kaip psichikos ligomis sergančių asmenų gerovės rodikliai atitinka Lietuvos gyventojų populiacijai taikomas normas?*
- *Ar socialiniai-demografiniai ir paslaugų vartojimo veiksniai gali prognozuoti psichologinės gerovės rodiklius po hospitalizavimo ir kurie prognozuoja geriausiai?*

### ◆ Tyrimo dalyviai

Tyrimo dalyviai yra psichikos sutrikimų turintys asmenys, kurie kreipėsi į Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro specialistus dėl savo būklės ir buvo hospitalizuojami nuo 2015 m. gruodžio iki 2016 m. gegužės mėnesio. Ar pacientas gali būti įtrauktas į tyrimą, tartasi su gydančiu gydytoju. Jeigu būklė buvo įvardijama kaip itin sunki, pacientas nebuvo įtraukiamas į tiriamųjų sąrašą, siekiant apsaugoti paciento sveikatą. Dalyvavimas tyrime savanoriškas, todėl apklausti tik tie pacientai, kurie sutiko dalyvauti ir pasirašė sutikimo formą. Tiriamąją imtį sudaro 48 visuose trijuose etapuose dalyvavę respondentai: 15 moterų ir 33 vyrai; vidutinis amžius – 41,02 ( $SD = 15,89$ ); išsilavinimas: pradinis / pagrindinis – 1, vidurinis – 25, aukštesnysis – 7, aukštasis – 15; finansinė padėtis III etapo metu (suma pragyvenimui vienai savaitei be mokesčių): iki 50 eurų – 21, 51–100 eurų – 19, 101–150 eurų – 5, 151–200 eurų – 1, 201–250 eurų – 1, virš 300 eurų – 1; darbinis statusas III etapo metu: apmokamą darbą dirbo – 19, nedirbo – 29; šeimyninė padėtis III etapo metu: vedęs / išteikėjusi – 10, gyvena su partneriu / partnere – 4, išsiskyręs / išsiskyrusi – 10, nevedęs / netekėjusi – 24.

### ◆ Tyrimo instrumentai

*Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė suaugusiems (LPGS-S)* skirta Lietuvos gyventojų psichologinei gerovei matuoti (Bagdonas ir kt. 2013b). Ja vertinamos 8 gerovės sritys (subskalės): „Optimizmas ir kontrolė“, „Pasitenkinimas pragyvenimo lygiu“, „Neigiamas emocingumas“, „Pasitenkinimas santykiais su artimaisiais“, „Pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais“, „Pasitenkinimas fizine sveikata“, „Pasitenkinimas darbu“, „Pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje“. LPGS-S klausimynas sudarytas iš 59 teiginių, kurių kiekvienas vertinamas pagal 5 balų Likerto skalę nuo „Tikrai ne“ iki „Tikrai taip“. Nustatytas aukštas subskalių vidinis suderinamumas (Cronbacho alfa koeficientai nuo 0.79 iki 0.89), daugiau duomenų apie instrumento validumą ir patikimumą pateikiama naudojimo vadove (Bagdonas ir kt. 2013b).

*Ligos istorijos anketa (LIA)* skirta surinkti duomenims apie tyrimo dalyvių medicininę būklę (sukurta Šumskienės ir Germanavičiaus 2015; atnaujinta Šumskienės ir Germanavičiaus 2015). Dalis šios anketo duomenų naudoti kaip nepriklausomi kintamieji statistinės analizės metu (gydymo metu gautos paslaugos: individuali psichoterapeuto / psichologo konsultacija, grupinė psichoterapija, psichosocialinė rehabilitacija, medikamentinis gydymas). LIA pavyzdys pateiktas prieduose.

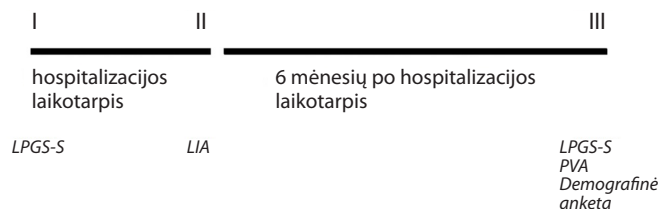
*Paslaugų vartojimo anketa (PVA)* skirta surinkti socialiniams-demografiniams ir paslaugų vartojimo duomenims (sukurta Murauskienės 2015; atnaujinta Murauskienės 2015). Dalis šios anketos duomenų naudoti kaip nepriklausomi kintamieji statistinės analizės metu (amžius, lytis, išsilavinimas, finansinė padėtis, darbas, psichiatro konsultacijos, psichologo konsultacijos, dienos centro paslaugos, medikamentinis gydymas). PVA pavyzdys pateiktas prieduose.

Be to, projekto metu naudota papildoma demografinė anketa, skirta bendriems ir su ligos istorija susijusiems duomenims surinkti. Šio tyrimo metu naudojamas tik vienas klausimas iš anketos kaip nepriklausomas kintamasis: „Šeimyninė padėtis“ su pasirinkimo variantais: „nevedęs / netekėjusi“, „išsiskyręs / išsiskyrusi“, „gyvena su partneriu / partnere“, „vedęs / ištekejusi“, „našlys / našlė“.

#### ◆ Tyrimo eiga

Longitudinis tyrimas buvo vykdomas trimis etapais (nuo 2015 m. gruodžio iki 2017 m. sausio mėnesio), schema pateikta 1 paveiksle. I ir III etapo metu apklausas vykdė medicinos arba psichologijos studijų studentai, II etapo vertinimą atliko gydytojai-psichiatrai, dirbantys Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre. I etapo metu, dalyviui sutikus dalyvauti tyrime, dalyviai pildė *LPGS-S*. II etapo metu, pasibaigus hospitalizavimo periodui, projekte dalyvaujantys gydytojai-psichiatrai pildė *LIA*, remdamiesi paciento ligos istorijos duomenimis. Praėjus maždaug 6 mėnesiams po hospitalizavimo, buvo dar kartą susisiekiama su tyrimo dalyviais. Šio (III) etapo metu tyrimo dalyviai dar kartą pildė *LPGS-S*, taip pat tyrėjai vykdė apklausą pagal *PVA* bei buvo renkami papildomi demografiniai duomenys.

I etapo metu kiekvienam tyrimo dalyviui buvo priskirtas unikalus identifikacijos numeris, pagal kurį saugomi kontaktiniai duomenys bei siejami testų ir anketiniai duomenys. Kiekvieno dalyvio apklausa, priklausomai nuo paciento būklės, tyrimo etapo ir kitų aplinkybių, truko apie 20–40 minučių.



1 pav. Tyrimo schema

## ♦ Duomenų analizės metodai

Statistinei duomenų analizei naudota *SPSS Statistics 17.0* programa. Skirstinio normalumui įvertinti naudotas Šapiro-Vilko kriterijus, tarpgrupiniams skirtumams vertinti taikytas neparametrinis Vilkoksono ženklinių rangų kriterijus, parametriniam – *Stjudento t* kriterijus nepriklausomoms imtims. Taip pat naudota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai, procentinis pasiskirstymas) ir atlikta žingsninė regresinė analizė.

## REZULTATAI

Siekiant išsiaiškinti, ar pacientų psichologinės gerovės rodikliai pasikeitė nuo patekimo į gydymo įstaigą iki laikotarpio, kai praėjo 6 mėnesiai po hospitalizavimo, buvo lyginami I ir III etapo LPGS-S Likerto skalės įverčiai. Taikant neparametrinį Vilkoksono ženklinių rangų kriterijų, nustatyta, jog nė vienos subskalės ir bendro gerovės indekso įverčiai reikšmingai nepasikeitė. Visi Z koeficiento įverčiai svyruoja nuo -1,40 iki -0,14, kai visi  $p > 0,05$ . Darome išvadą, jog atlikto bandymo metu psichologinė gerovė nuo hospitalizavimo pradžios ir praėjus 6 mėnesiams po gydymo pabaigos nepakito.

Atliekant kitus statistinės analizės veiksmus, III etapo LPGS-S subskalių ir bendro gerovės indekso Likerto skalės įverčiai standartizuoti į T balus pagal instrumento autorių pateiktas rekomendacijas skaičiavimui su trūkstamomis reikšmėmis. Buvusių pacientų psichologinės gerovės vertinimui ir lyginimui su Lietuvos gyventojams taikomomis normomis naudoti aprašomosios statistikos metodai: vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir procentinis pasiskirstymas. Taip pat palyginimui išskirti vyrų ir moterų bendro gerovės indekso skirtumai. Rezultatai pateikti 1 lentelėje.

Apžvelgus lentelės duomenis, svarbu paminėti kelis aspektus. Tyrimo dalyvių gerovės sričių T balų vidurkiai yra gana žemi: 6 iš 8 vidurkių patenka į žemo gerovės lygmens kategoriją ( $< 45$ ), 2 – į vidutinės gerovės lygmens (nuo 45 iki 55). Subskalių išsidėstymas didėjimo tvarka: „Pasitenkinimas fizine sveikata“, „Optimizmas ir kontrolė“, „Neigiamas emocingumas“, „Pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais“, „Pasitenkinimas santykiais su artimaisiais“, „Pasitenkinimas darbu“, „Pasitenkinimas pragyvenimo lygiu“, „Pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje“. Bendras tyrimo dalyvių gerovės indeksas taip pat atspindi žemą gerovės lygmenį ( $M = 38,81$ ,  $SD = 13,76$ ), kai vyrų rodikliai nežymiai geresni, tačiau vidurkiai reikšmingai nesiskiria nuo moterų ( $t = 0,45$ ,  $p = 0,327$ ).

Analizuojant tyrimo dalyvių pasiskirstymą pagal populiacijos normas, nustatyta, jog visose tirtose psichologinės gerovės srityse, išskyrus „Pasitenkinimo

**1 lentelė.** III etapo LPGS-S T balų rezultatai (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai ir procentinis pasiskirstymas pagal Lietuvos populiacijos normas)

	<i>M</i>	<i>SD</i>		Labai žemi balai (< 35)	Žemi balai (35–44)	Vidutinė gerovė (45–55)	Aukšta gerovė (56–65)	Labai aukšta gerovė (> 65)	
Optimizmas ir kontrolė	37,35	15,99	n	26	7	5	9	1	
			%	54,17	14,58	10,42	18,75	2,08	
Pasitenkinimas gyvenimo lygiu	46,94	11,46	n	6	20	9	10	3	
			%	12,50	41,67	18,75	20,83	6,25	
Neigiamas emocingumas <sup>a</sup>	39,54	13,48	n	20	12	7	8	1	
			%	41,67	25,00	14,58	16,67	2,08	
Pasitenkinimas santykiais su artimaisiais	41,29	13,91	n	17	8	15	8	0	
			%	35,42	16,67	31,25	16,67	0,00	
Pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais	40,98	14,42	n	16	14	9	9	0	
			%	33,33	29,17	18,75	18,75	0,00	
Pasitenkinimas fizine sveikata	36,77	12,53	n	25	9	11	3	0	
			%	52,08	18,75	22,92	6,25	0,00	
Pasitenkinimas darbu	42,69	12,73	n	15	12	13	6	2	
			%	31,25	25,00	27,08	12,50	4,17	
Pasitenkinimas gyvenimu Lietuvoje	52,04	11,10	n	3	5	18	22	0	
			%	6,25	10,42	37,50	45,83	0,00	
Bendras gerovės indeksas	Vyrų	39,42	14,82	n	14	6	7	5	1
				%	42,42	18,18	21,21	15,15	3,03
	Moterų	37,47	11,41	n	6	5	3	1	0
				%	40,00	33,33	20,00	6,67	0,00
	Visos imties	38,81	13,76	n	20	11	10	6	1
				%	41,67	22,92	20,83	12,50	2,08

*Pastaba:* *M* – vidurkiai; *SD* – standartiniai nuokrypiai; a – aukštesni balai reiškia mažesnę neigiamų emocijų patyrimą.

gyvenimu Lietuvoje“, didžioji dalis (> 50 %) tyrimo dalyvių pasiekia labai žemą arba žemą gerovės lygmenį. Blogiausiai vertinamas „Pasitenkinimas fizine sveikata“ – 70,83 % dalyvių *T* balai labai žemi arba žemi, „Optimizmas ir kontrolė“ – 68,75 %, „Neigiamas emocingumas“ – 66,67 %, „Pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais“ – 62,50 %, „Pasitenkinimas darbu“ – 56,25 %, „Pasitenkinimas gyvenimo lygiu“ – 54,17%, „Pasitenkinimas santykiais su artimaisiais“ – 52,08 %. Tuo tarpu „Pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje“ subskaleje tik 16,67 % dalyvių nepasiekė vidutinio gerovės lygmens, t. y. pasižymi labai žemais arba žemais balais.

Pagal bendrąjį gerovės indeksą 64,59 % tyrimo dalyvių pasižymi labai žemais arba žemais balais, 20,83 % – vidutiniais, 14,58 % – labai aukštais arba aukštais. Lyginant moterų ir vyrų skirtumus pastebimos tokios tendencijos: 60,60 % vyrų pasiekė labai žemą arba žemą bendros gerovės lygmenį, 21,21 % – vidutinį, 18,18 % – aukštą arba labai aukštą. Moterų imtyje 73,33 % pasižymi labai žema arba žema gerove, 20,00 % – vidutine, 6,67 % – aukšta gerove. Apibendrinant vertinimo pagal Lietuvos populiacijos normas rezultatus galima teigti, kad šio bandymo metu nustatytas žemas tiriamųjų bendros psichologinės gerovės ir daugumos tirtų gerovės sričių lygmuo.

Tyrimo dalyvių paslaugų vartojimo anketiniai duomenys pateikti 2 lentelėje. Pastebima, jog tiek hospitalizavimo metu, tiek po jos medikamentinis gydymas dominuoja kitų paslaugų atžvilgiu. Taip pat nustatyta, jog hospitalizavimo metu 15 iš 48 (31,25 %) pacientų buvo taikomas tik medikamentinis gydymas, 2 iš 48 (4,17 %) – taikytas nemedikamentinis gydymas derinant individualios, grupinės terapijos ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, 31 iš 48 (64,58 %) – taikytas kompleksinis gydymas derinant medikamentinį gydymą su individualiomis, grupinės terapijos ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis. Praėjus 6 mėnesiams po gydymo ligoninėje 6 tyrimo dalyviai iš 48 (12,50 %) nebesinaudojo nė viena iš mūsų tirtų sveikatos paslaugų, 9 (18,75 %) – gydėsi tik medikamentais.

**2 lentelė.** Tyrimo dalyvių paslaugų vartojimo pasiskirstymas

	Paslauga	Paslaugas gavo	Paslaugų negavo
Hospitalizacijos metu	Individuali psichoterapinė/psichologo konsultacija	19	29
	Grupinė terapija	24	24
	Psichosocialinė reabilitacija	27	21
	Medikamentinis gydymas	46	2
Po hospitalizacijos	Psichiatro paslaugos	22	26
	Psichologo paslaugos	11	37
	Dienos centrų paslaugos	13	35
	Medikamentinis gydymas	39	9

Siekiant išsiaiškinti, kurie iš tirtų veiksmų gali geriausiai prognozuoti psichologinės gerovės pokyčius, taikyta žingsninė regresinė analizė. Metodas taikytas III etapo LPGS-S bendram gerovės indeksui ir subskalių rodikliams, išskyrus „Pasitenkinimo gyvenimu Lietuvoje“ subskalę, kurios nuspřsta neįtraukti dėl skirsti-

nio normalumo trūkumų. Hospitalizavimo metu gautas medikamentinis gydymas nebuvo naudojamas kaip nepriklausomas kintamasis regresinės analizės metu, nes tik 2 iš 48 tiriamųjų šis gydymo būdas nebuvo skirtas.

Regresinės analizės rezultatai pateikti 3 lentelėje. Veiksniai, neįtraukti nė į vieną prognostinį modelį: lytis, išsilavinimas, darbas, šeimyninė padėtis, hospitalizavimo metu taikytas individualus psichoterapinis / psichologinis konsultavimas bei psichiatro ir psichologo konsultacijos po gydymo. Lentelėje vaizduojami tik tie veiksniai, kurie gali prognozuoti psichologinės gerovės rodiklius, pateikiami koreguoti  $R^2$  ir tik statistiškai reikšmingos  $\beta$  koeficientų reikšmės.

**3 lentelė.** Žingsninės regresinės analizės rezultatai (koreguoti  $R^2$  ir statistiškai reikšmingi  $\beta$  koeficientai)

	Koreg. $R^2$	Socialiniai-demografiniai veiksniai		Hospitalizavimo metu gautos paslaugos		Po hospitalizavimo gautos paslaugos	
		Amžius	Finansinė padėtis	Grupinė terapija	Psichosocialinė rehabilitacija	Dienos centrų paslaugos	Medikamentinis gydymas
Optimizmas ir kontrolė	0,10	-	-	-0,35	-	-	-
Pasitenkinimas pragyvenimo lygiu	0,06	-	-	-0,29	-	-	-
Neigiamas emocijų gūžimas	0,09	-	-	-0,33	-	-	-
Pasitenkinimas santykiais su artimaisiais	0,28	0,45	-	-	-	-	0,26
Pasitenkinimas tarpasmeniniais santykiais	-	-	-	-	-	-	-
Pasitenkinimas fizine sveikata	0,15	-	0,37	-	-0,30	-	-
Pasitenkinimas darbu	0,07	-	-	-	-	-0,29	-
Bendras gerovės indeksas	0,27	-	0,45	-	-0,39	-	-

*Pastaba:* reikšmingumo lygmuo  $\alpha = 0,05$ ; brūkšniu žymimi kintamieji neįtraukti į prognostinius modelius.

Analizuojant subskalių rezultatus, svarbu pastebėti, jog rasti gan mažą prognostinę vertę turintys modeliai (koreg.  $R^2 < 0,30$ ), paaiškinantys santykinai nedidelę psichologinės gerovės dispersijos dalį. Stipriausias modelis rastas „Pasitenkinimo santykiais su artimaisiais“ subskalės įverčiams nuspėti (koreg.  $R^2 = 0,28$ ),

kuriuo remiantis, vyresnio amžiaus ir medikamentus po gydymo ligoninėje vartojęntys respondentai geriau vertina savo santykius su artimaisiais nei jaunesni ir medikamentų nevartojantys respondentai. Analizuojant kitus prognostinius modelius, svarbu pastebėti  $\beta$  koeficientų kryptingumą. „Pasitenkinimo fizine sveikata“ subskalė tiesiogiai siejasi su finansine padėtimi, tačiau nustatyta atvirkštinė priklausomybė su psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis (*koreg.*  $R^2 = 0,15$ ). Tai reiškia, jog mažesnes pajamas gaunantys ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugas gydymo metu gavę respondentai pasižymi prastesniu savo fizinės sveikatos vertinimu nei tie, kurių pajamos yra didesnės ir kurie negavo psichosocialinės reabilitacijos paslaugų. „Optimizmo ir kontrolės“, „Neigiamo emocingumo“, „Pasitenkinimo pragyvenimo lygiu“ subskalės siejasi atvirkštine priklausomybe su grupinės terapijos paslaugomis (*koreg.*  $R^2 = 0,10; 0,09; 0,06$ ). Taigi, hospitalizavimo metu grupinės terapijos paslaugas gavę tyrimo dalyviai kritiškiau vertina savo jėgas ir galimybes, patiria daugiau neigiamų emocijų bei prasčiau vertina savo pragyvenimo lygį nei šių paslaugų negavę respondentai. „Pasitenkinimo darbu“ subskalė reikšmingai siejasi su dienos centrų teikiamomis paslaugomis (*koreg.*  $R^2 = 0,07$ ). Po gydymo gavę dienos centrų paslaugas respondentai pasižymi prastesne gerove nei šių paslaugų negavę dalyviai. Tuo tarpu „Pasitenkinimo tarpasmeniniais santykiais“ subskalė nebuvo susieta su mūsų tirtais veiksniais. Rastas bendros gerovės indekso prognostinis modelis taip pat paaiškina nedidelę psichologinės gerovės dispersijos dalį (*koreg.*  $R^2 = 0,27$ ). Nustatyta, jog bendra psichologinė gerovė reikšmingai siejasi su finansine padėtimi ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugomis. Mažesnes pajamas gaunantys ir hospitalizavimo metu psichosocialinės reabilitacijos paslaugas gavę tyrimo dalyviai pasižymi žemesniu psichologinės gerovės lygiu nei turintys didesnes pajamas ir šių paslaugų negaunantys dalyviai. Apibendrinami gautus regresinės analizės rezultatus, pastebime, jog socialiniai-demografiniai ir tirti paslaugų vartojimo veiksniai turi nedidelę prognostinę vertę respondentų psichologinės gerovės rodikliams. Stipriausi prognostiniai modeliai rasti pasitenkinimo santykiais su artimaisiais ir bendro gerovės indekso įverčiams prognozuoti. Amžius, finansinė padėtis ir medikamentinis gydymas su gerovės rodikliais siejasi tiesiogiai, o grupinė terapija, psichosocialinė reabilitacija ir dienos centrų paslaugos siejasi atvirkštine priklausomybe.

## REZULTATŲ APTARIMAS

Remiantis biopsichosocialine paradigma, psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis turėtų būti siekiama gerinti pacientų / klientų gerovę. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis nustatyta, jog po gydymo kurso buvusių pacientų gerovės rodikliai nepasikeitė. Atsakant į klausimą, kas galėjo lemti tokius rezultatus, turime pabrėžti,



jog rodikliai nei pagerėjo, nei pablogėjo. 2013 m. tyrimo duomenimis, Lietuvos gydymo įstaigose dominuoja patogeninis požiūris į ligą, o gerovės stiprinimas išlieka už sveikatos priežiūros sistemos intereso ribų (Pūras ir kt. 2013). Kadangi psichologinė gerovė yra santykinai nekintantis matmuo (Easterlin 1995), tikėtina, jog tyrimo dalyvių gaunamos sveikatos paslaugos nebuvo orientuotos į psichologinės gerovės ugdymą. Kita vertus, dauguma autorių teigia, jog stacionarusis gydymas turėtų pabloginti gerovės rodiklius (Guan et al. 2015; Boaz et al. 2017). Remdamiesi atlikto tyrimo rezultatais, turėtume vengti vertinti trumpalaikį neigiamą poveikį pacientų gerovei, tačiau galime prieiti išvadą, jog ilgalaikio neigiamo poveikio gerovei ir gerovės sritims nebuvo padaryta. Taip pat svarbu pastebėti, jog hospitalizuojami sunkesnės būklės psichikos sutrikimų turintys asmenys, kurių gerovės pokyčiai natūraliai gali vykti kiek lėčiau taikant specializuotas intervencijas. Taigi, keliamo prielaidą, jog tyrimo dalyviai gavo tam tikras su psichologine gerove susijusias paslaugas, tačiau jos buvo labiau palaikomojo nei stiprinamojo pobūdžio.

Kyla klausimas, ar psichikos ligomis sergančių asmenų psichologinę gerovę apskritai reikėtų gerinti. Siekdami atsakyti į šį klausimą tyrimo dalyvius vertinome, remdamiesi Lietuvos gyventojų populiacijai taikomomis gerovės normomis. Kaip ir minėjome, nustatytas žemas gerovės lygmuo. Natūralu, jog sergančiųjų gerovės rodikliai yra žemesni nei bendros populiacijos (Bagdonas ir kt. 2013b; Chyi, Mao 2012; Staškutė 2014), tačiau mūsų tirtoje imtyje 64,59 % dalyvių atsiduria žemiau nei vidutinės gerovės lygmuo. Prasčiausiai respondentai vertina savo fizinės sveikatos būklę, kuri taip pat natūraliai siejasi su psichikos sveikata. Šie rezultatai atitinka ir kitų Lietuvoje atliktų tyrimų išvadas (Bagdonas ir kt. 2013b). Kiti gerovės aspektai, vidutiniškai vertinti žemais balais, yra optimizmas ir kontrolė, emocingumas, pasitenkinimas santykiais bei darbu. Visi šie veiksniai taip pat gali būti siejami su psichikos sutrikimų simptomais ir jų keliamais sunkumais funkcionuojant asmeninėje socialinėje aplinkoje. Svarbu pastebėti, jog nubrėžti ribą, kokia psichikos sutrikimais sergančių žmonių dalis turėtų pasiekti vidutinę gerovę, o kokia – aukštą, yra labai sunku. Tačiau, akivaizdu, jog į gydymo įstaigas patenkantys asmenys pasižymi žemesniu gerovės lygiu, kuris, taikant specializuotas paslaugas, galėtų būti ženkliai pagerinamas (Eldridge et al. 2011; Pols et al. 2017).

Kitu tyrimo klausimu siekta išsiaiškinti, kurie socialiniai-demografiniai ir paslaugų vartojimo veiksniai galėtų prognozuoti psichologinės gerovės rodiklių augimą. Pabrėžiame, jog šios dalies rezultatai turėtų būti interpretuojami itin atsargiai dėl mažo tyrimo dalyvių skaičiaus. Rezultatus reikėtų suprasti kaip vyraujančias tendencijas, kurios, didinant imtį ar įtraukiant kitokios demografijos dalyvius, galėtų kisti. Vis dėlto rezultatai verti dėmesio.

Pirmiausiai aptarsime du socialinius-demografinius veiksnius, kurie siejasi su psichologinės gerovės rodikliais. Nustatyta, jog tyrimo dalyvių *amžius* siejasi su

viena iš gerovės sričių. Nors bendroje populiacijoje gerovės rodikliai linę su amžiumi prastėti arba kisti netolygiai (Pawlowski et al. 2011; Csikszentmihalyi, Hunter 2003; Baird et al. 2010), remiantis mūsų tyrimo rezultatais, vyresnio amžiaus dalyviai pasižymi geresniu santykių su artimaisiais vertinimu, o tai tiesiogiai veikia gerovės parametrus. Kaip minėjome, psichikos ligomis sergančių žmonių ir socialinių-demografinių rodiklių sąsajos yra sudėtingesnės ir gali skirtis nuo bendrosios populiacijos (Huppert 2009). Teigiama, jog santykiai ir socialinis palaikymas sergantiesiems gali tapti daug svarbesniu gyvenimo aspektu nei sunkių sutrikimų neturintiems žmonėms (Ski et al. 2017). Atsakant į klausimą, kodėl vyresnio amžiaus respondentų pasitenkinimas santykiais yra geresnis nei jaunesnių psichikos sveikatos sunkumų turinčių dalyvių, galime atkreipti dėmesį į su amžiumi mažėjantį kai kurių simptomų, kurie gali trukdyti santykiams su aplinkiniais, subjektyvų patyrimą (Trofimova, Christiansen 2016). Tai gali lemti pozityvesnę požiūrį į santykius su artimaisiais ir teigiamą jų vertinimą. Taip pat tyrimo metu nustatytos sąsajos tarp *finansinės padėties* ir subjektyvaus savo fizinės sveikatos vertinimo bei bendro gerovės indekso. Šie rezultatai papildo daugelio kitų autorių randamus ryšius (Liniauskaitė ir kt. 2012; Stevenson, Wolfers 2008; Reyes-Garcia et al. 2016; Strizovic, Mratinkovic 2016). Remiantis mūsų atlikto tyrimo duomenimis, daugiau uždirbantys žmonės pasižymi geresne subjektyviai vertinama fizine sveikata ir bendra gerove, mažiau uždirbantys – prastesne. Aptariant subjektyvios fizinės sveikatos ir finansinės padėties sąsajas reikėtų pabrėžti, jog jos neatspindi priklausomybės ryšių, t. y. gaunamas atlyginimas nebūtinai daro įtaką fizinės sveikatos vertinimui. Labiau tikėtina, jog šių veiksnių sąsajoms svarbesni kiti mediatoriai (pvz., prastesnės higienos sąlygos, mažesnis dėmesys sveikatai ir pan.). Tačiau šiai prielaidai įvertinti skatinama atlikti daugiau tyrimų.

Kiti keturi veiksniai – hospitalizavimo metu ir po gydymo gaunamos paslaugos. *Grupinė terapija* siejasi su trimis gerovės sritimis: optimizmu ir kontrole, pasitenkinimu pragyvenimo lygiu ir neigiamu emocijumu. Daugelis tyrimų patvirtina, jog grupinė terapija yra efektyvi gerovės intervencijos priemonė (Uttley, Stevenson, Scope, Rawdin, Sutton 2015; Mazzucchelli, Rees, Kane 2009). Remiantis mūsų atlikto tyrimo rezultatais, gavę grupinės terapijos paslaugas psichikos sutrikimų turintys asmenys pasižymi mažesniu optimizmu, savo ir aplinkos kontrole, yra mažiau patenkinti savo pragyvenimo lygiu ir patiria daugiau neigiamų emocijų nei grupinės terapijos paslaugų negavę buvę pacientai. Turint omenyje, jog reikšmingo pokyčio tarp psichologinės gerovės įverčių dviejų tirtų etapų metu nebuvo padaryta, galimybę, jog terapija gerovę veikia neigiamai, atmetame. Gauti rezultatai patvirtina anksčiau minėtą prielaidą, kad pacientams teikiamos paslaugos nėra orientuotos į gerovės kėlimą. Labiau tikėtina, jog prastesne gerove pasižymintiems pacientams yra skiriama grupinė terapija, atliekanti palaikomąją funkciją. Taigi,

siekiant didinti į psichologinės gerovės gerinimą nukreiptų paslaugų kiekį, grupinė terapija tampa puikia niša pasiekti prastesne gerove pasižyminčius asmenis, nes šis veiksnys siejasi net su trimis gerovės sritimis. Kiti du gerovei svarbūs veiksniai yra hospitalizavimo metu gauta *psychosocialinė rehabilitacija* ir po hospitalizavimo gautos *dienos centrų paslaugos*. Nustatyta, jog šias paslaugas gavę asmenys pasižymi prastesne psichologine gerove nei jų negavę tyrimo dalyviai. Nors tyrėjai taip pat pabrėžia teigiamą šių paslaugų poveikį gerovei (Bracke 2001; Rousea et al. 2017), mūsų tyrimo duomenimis, pozityvaus efekto nebuvo. Taigi, rezultatai yra analogiški grupinės terapijos rezultatams. Reabilitacinės paslaugos ligoninėje ir dienos centrai gali padėti pasiekti žemesne gerove pasižyminčius psichikos sveikatos sunkumų turinčius asmenis. Nustatytos ir tiesioginės *medikamentinio gydymo* ir psichologinės gerovės sąsajos. Po stacionaraus gydymo medikamentus vartojantys tyrimo dalyviai pasižymi geresniu santykiu su artimaisiais vertinimu. Šie rezultatai papildo G. Fervahos ir kitų (2014) tyrimus, kuriuose pabrėžiamas mažas vaistų poveikis psichologinei psichikos ligomis sergančių asmenų gerovei. Kaip minėjome įvade, dažniausiai išskiriamas sąsajų mediatorius – simptomų sumažėjimas. Taip gali būti aiškinami ir mūsų tyrimo rezultatai. Svarbu paminėti, jog vaistai išlieka svarbus sunkių psichikos sutrikimų turinčių asmenų gerovės veiksnys.

Taigi, mūsų tirtoje imtyje psichikos sutrikimų turintys asmenys pasižymi prastais psichologinės gerovės rodikliais. Nustatyta, jog po hospitalizavimo įverčiai menkai keičiasi, didžioji dalis buvusių pacientų tebe pasižymi žemu psichologinės gerovės lygmeniu. Gydymo metu ir po jo gaunamos paslaugos menkai prognozuoja rodiklių augimo, o daugumos jų kryptingumas prieštarauja biopsichosocialinio modelio dinamikai. Taigi, tyrimo rezultatais patvirtinamas vis dar dominuojantis biomedicininis požiūris į sveikatą. Tačiau dar kartą pabrėžiame tiriamųjų imties dydį ir socialinės-demografinės charakteristikos įvairumą kaip veiksnius, į kuriuos turėtų būti atsižvelgiama vertinant šio tyrimo rezultatus. Tikėtina, jog didinant imtį arba dar siaurinant imties specifiškumą (pvz., pasirenkant tik tam tikromis psichikos ligomis sergančius tyrimo dalyvius arba išskiriant amžiaus grupes), rezultatai galėtų keistis ir atskleisti daugiau psichikos sutrikimų turinčių asmenų psichologinės gerovės ypatumų. Šios srities tyrimai labai skatintini.

## IŠVADOS

1. Psichikos sutrikimų turinčių žmonių psichologinės gerovės rodikliai nuo hospitalizavimo pradžios iki laikotarpio 6 mėnesiai po gydymo pabaigos nepakito.
2. Didžioji dalis buvusių pacientu pasižymi žemais psichologinės gerovės

rodikliais palyginti su Lietuvos gyventojų populiacijai taikomomis normomis.

3. Tirtoje imtyje medikamentinis gydymas dominuoja kitų tirtų sveikatos paslaugų atžvilgiu.
4. Socialiniai-demografiniai ir paslaugų vartojimo veiksniai gali prognozuoti psichologinės gerovės įverčius, tačiau jų prognostinė vertė yra nedidelė.
5. Gydymo metu vykdoma grupinė terapija bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugos ir dienos centrų veikla gali padėti pasiekti prastais psichologinės gerovės rodikliais pasižyminčius psichikos sutrikimų turinčius asmenis.

## LITERATŪRA

1. Abele, A., Hagmaier, T., Spurk, D. 2016. Does Career Success Make You Happy? The Mediating Role of Multiple Subjective Success Evaluations, *Journal of Happiness Studies* 17(4), 1615–1633. DOI: 10.1007/s10902-015-9662-4.
2. Al-Krenawi, A., Kanat-Maymon, Y. 2017. Psychological symptomatology, self-esteem and life satisfactions of women from polygamous and monogamous marriages in Syria, *International Social Work* 60(1): 196–207. DOI: 10.1177/0020872814562478.
3. Apers, S., Rassart, J., Luyckx, K., Oris, L., Goossens, E., Budts, W., Moons, P. 2016. Bringing Antonovsky's salutogenic theory to life: A qualitative inquiry into the experiences of young people with congenital heart disease, *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being* 1: 1–11. DOI: 10.3402/qhw.v11.29346.
4. Baandrup, L., Fagerlund, B., Glenthøj, B. 2017. Neurocognitive performance, subjective wellbeing, and psychosocial functioning after benzodiazepine withdrawal in patients with schizophrenia or bipolar disorder: a randomized clinical trial of add-on melatonin versus placebo, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 267(2): 163–171. DOI 10.1007/s00406-016-0711-8.
5. Bagdonas, A., Kairys, A., Linauskaitė, A., Pakalniškienė, V. 2013a. *Lietuvos gyventojų psichologinė gerovė ir jos veiksniai*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
6. Bagdonas, A., Linauskaitė, A., ir Pakalniškienė, V. 2013b. *Lietuviškoji psichologinės gerovės skalė: naudojimo vadovas*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.
7. Baird, B. M., Lucas, R. E., Donnellan, M. B. 2010. Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies, *Social Indicators Research*, 99(2): 183–203. DOI 10.1007/s11205-010-9584-9.
8. Barrow, R. 1980. *Happiness and Schooling*. New York: St. Martin's Press.
9. Bartels, M. 2015. Genetics of Wellbeing and Its Components Satisfaction with Life, Happiness, and Quality of Life: A Review and Meta-analysis of Heritability Studies, *Behavior Genetics* 45(2): 137–156. DOI: 10.1007/s10519-015-9713-y.
10. Baslevant, C., Kirmanoglu, H. 2017. Gender Inequality in Europe and the Life Satisfaction of Working and Non-working Women, *Journal of Happiness Studies* 18(1): 107–124. DOI: 10.1007/s10902-016-9719-z.
11. Boaz, T. L., Becker, M. A., Andel, R., McCutchan, N. 2017. Rehospitalization risk factors for psychiatric treatment among elderly Medicaid beneficiaries following hospitalization for a physical health condition, *Aging & Mental Health* 21(3): 297–303. DOI: 10.1080/13607863.2015.1104532.

12. Bojanowska, A., Zalewska, A. M. 2016. Lay Understanding of Happiness and the Experience of Well-Being: Are Some Conceptions of Happiness More Beneficial than Others? *Journal of Happiness Studies* 17: 793–815. DOI: 10.1007/s10902-015-9620-1.
13. Bracke, P. 2001. Measuring The Subjective Well-Being of People in a Psychosocial Rehabilitation Center and a Residential Psychiatric Settings, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24(3): 222–236.
14. Bulotaitė, L., Pociūtė, B., Bliumas, R., Dovydaitytė, M. 2012. Socialinių mokslų Studentų psichologinės gerovės, patiriamo streso ir subjektyvaus sveikatos vertinimo sąsajos, *Visuomenės sveikata* 3(58): 85–92.
15. Burchardt, T. 2005. Are one man's rags another man's riches? Identifying adaptive preferences using panel data, *Social Indicators Research* 74(1): 57–102. DOI: 10.1007/s11205-005-6519-y.
16. Calvete, E., Riskind, J. H., Orue, I., Gonzalez-Diez, Z. 2016. Recursive Associations Among Maladaptive Cognitions And Symptoms Of Social Anxiety And Depression: Implications For Sex Differences, *Journal of Social and Clinical Psychology* 35(10): 807–821. DOI: 10.1521/jscp.2016.35.10.807.
17. Castel, A., Lluich, C., Ribas, J., Borrás, L., Molto, E. 2017. Effects of a cognitive stimulation program on psychological well-being in a sample of elderly long-term care hospital inpatients, *Aging & Mental Health* 21(1): 88–94. DOI: 10.1080/13607863.2015.1099033.
18. Chan, G., Miller, P., Tcha, M. 2005. Happiness in University Education, *International Review of Economics Education* 4(1): 20–45. DOI: 10.1016/S1477-3880(15)30139-0.
19. Chang, W. C. (2011). Identity, Gender, and Subjective Well-Being, *Review of social economy* 69(1): 97–121.
20. Chyi, H., Mao, S. 2012. The determinants of happiness of China's elderly population, *Journal of Happiness Studies* 13(1): 167–185. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-011-9256-8>.
21. Chrostek, P. 2016. An Empirical Investigation into the Determinants and Persistence of Happiness and Life Evaluation, *Journal of Happiness Studies* 17(1): 413–430. DOI 10.1007/s10902-014-9601-9.
22. Chui, W. H., Wong, M. Y. H. 2016. Gender Differences in Happiness and Life Satisfaction Among Adolescents in Hong Kong: Relationships and Self-Concept, *Social Indicators Research* 125(3): 1035–1051. DOI: 10.1007/s11205-015-0867-z.
23. Coyne, J. C. 2013. Highly correlated hedonic and eudaimonic well-being thwart genomic analysis, *PNAS: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110(45): 4183–4183. DOI:10.1073/pnas.1315212110.
24. Cramm, J. M., Nieboer, A. P. 2016. Is “disease management” the answer to our problems? No! Population health management and (disease) prevention require “management of overall well-being”, *BMC Health Services Research* 16(500): 1–6. DOI 10.1186/s12913-016-1765-z.
25. Csikszentmihalyi, M., Hunter, J. 2003. Happiness in everyday life: The uses of experience sampling, *Journal of Happiness Studies*, 4(2): 185–199. DOI: 10.1023/A:1024409732742.
26. Dale, J., Sorour, E., Gabrielle, M. 2008. Do psychiatrists perform appropriate physical investigations for their patients? A review of current practices in a general psychiatric inpatient and outpatient setting, *Journal of Mental Health* 17(3): 293–298. DOI: 10.1080/09638230701498325.
27. Dean, A., Gibbs, P. 2015. Student Satisfaction or Happiness? A preliminary rethink of what is important in the student experience, *Quality Assurance in Education* 23(1): 5–19. DOI: 10.1108/QAE-10-2013-0044.
28. Deci, E. L., Ryan, R. M. 2008. Hedonia, Eudaimonia, and Well-Being: an Introduction, *Journal of Happiness Studies* 9: 1–11. DOI: 10.1007/s10902-006-9018-1.
29. Diener, E. 1984. Subjective well-being, *Psychological Bulletin* 95(3): 542– 575. DOI: 10.1037/0033-2909.95.3.542.
30. Dillon, A. 2016. Valuing Work: Beyond the Economic Benefits of Employment, *Policy*, 32(1): 15–18.
31. Disabato, D. J., Goodman, F. R., Kashdan, T. B., Short, J. L., Jarden, A. 2015. Different Types

- of Well-Being? A Cross-Cultural Examination of Hedonic and Eudaimonic Well-Being, *Psychological Assessment* 3(39): 2014–1717. DOI: 10.1037/pas0000209.
32. Durgin, Ch. 2010. *Achieving Success and Happiness in College: 5 Ways to Make it Work*. Paimta iš: <https://oercommons.s3.amazonaws.com/media/editor/None/srv/django/oercommons/project/media/upload/authoring/1581/documents/Success%20in%20College%202010%20First%20Edition%20-%20C.%20Durgin.pdf>.
  33. Durkin, J., Joseph, S. 2009. Growth Following Adversity and Its Relation with Subjective Well-Being and Psychological Well-Being, *Journal of Loss and Trauma* 14(3): 228–234. DOI: 10.1080/15325020802540561.
  34. Easterlin, R. A. 1995. Will raising the incomes of all increase the happiness of all, *Journal of Economic Behavior & Organization* 27(1): 35–47. DOI: 10.1016/0167-2681(95)00003-B.
  35. Eisele, P. 2015. The Relationships between Psychological Work Climate and General Well-being: Testing a Model with Workplace Bullying and Burnout as Mediating Variables, *Baltic Journal of Psychology* 16(1, 2): 111–126.
  36. Ekici, T. Koydemir, S. 2014. Social Capital, Government and Democracy Satisfaction, and Happiness in Turkey: A Comparison of Surveys in 1999 and 2008, *Social Indicators Research* 118(3): 1031–1053. DOI: 10.1007/s11205-013-0464-y.
  37. Eldridge, D., Dawber, N., Gray, R. 2011. A well-being support program for patients with severe mental illness: a service evaluation, *BMC Psychiatry* 11(46): 1–9. DOI: 10.1186/1471-244X-11-46.
  38. Eurofound 2013. *Third European Quality of Life Survey – Quality of Life in Europe: Subjective Well-Being*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
  39. Evans, G. W. 2016. Childhood poverty and adult psychological well-being, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(52): 14949–14952. DOI: 10.1073/pnas.1604756114
  40. Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., Remington, G. 2014. Effect of antipsychotic medication on overall life satisfaction among individuals with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study, *European Neuropsychopharmacology* 24(7): 1078–1085. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.03.001.
  41. Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A., Conrad, A. M. 2017. An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges, *BMC Psychiatry* 17(22): 1–17. DOI 10.1186/s12888-016-1164-3.
  42. Gallagher, M. W., Lopez, S. J., Preacher, K. J. 2009. The hierarchical structure of well-being, *Journal of Personality* 77: 1025–1050. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00573.x
  43. Ghosh, S., Lahiri, S., Datta, N. 2017. Understanding Happiness and Psychological Wellbeing Among Young Married Women in Rural India, *Journal of Comparative Family Studies* 48(1): 113–131.
  44. Giusta, M. D., Jewell, S. L., Kambhampati, U. S. 2011. Gender and Life Satisfaction in The UK, *Feminist Economics* 17(3): 1–34. DOI: 10.1080/13545701.2011.582028.
  45. Gonzalez-Carrasco, M., Casas, F., Malo, S., Vinas, F., Dinisman, T. 2017. Changes with Age in Subjective Well-Being Through the Adolescent Years: Differences by Gender, *Journal of Happiness Studies* 18(1): 63–88. DOI: 10.1007/s10902-016-9717-1.
  46. Guan, L., Liu, J., Wu, X. M., Chen, D., Wang, X., Ma, N., Good, M. J. 2015. Unlocking Patients with Mental Disorders who Were in Restraints at Home: a National Follow-Up Study of China's New Public Mental Health Initiatives, *Plos One* 10(4): 1–14. DOI: 10.1371/journal.pone.0121425.
  47. Harpaz-Rotem, I., Libby, D., Rosenheck, R. A. 2012. Psychotherapy use in a privately insured population of patients diagnosed with a mental disorder, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(11): 1837–1844. DOI 10.1007/s00127-012-0486-9.
  48. Heidemeier, H., Göritz, A. 2016. The Instrumental Role of Personality Traits: Using Mixture Structural Equation Modeling to Investigate Individual Differences in the Relationships Be-

- tween the Big Five Traits and Life Satisfaction, *Journal Of Happiness Studies* 17(6): 2595–2612. DOI:10.1007/s10902-015-9708-7.
49. Ho, K. Y., Li, W. H. C., Chung, J. O. K., Lam, K. K. W., Chan S. S. C., Xia, W. 2016. Factors contributing to the psychological well-being for Hong Kong Chinese children from low-income families: a qualitative study, *International Journal of Mental Health Systems* 10(1): 1–7. DOI 10.1186/s13033-016-0088-0.
  50. Huppert, F. A. 2009. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences, *Applied Psychology: Health aWell-Being* 1(2): 137–164. DOI:10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x.
  51. Yu, Z., Chen, L. 2016. Income and Well-Being: Relative Income and Absolute Income Weaken Negative Emotion, but Only Relative Income Improves Positive Emotion, *Frontiers in Psychology* 7: 1–6. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.02012.
  52. Joshanloo, M. 2016. Revisiting the Empirical Distinction Between Hedonic and Eudaimonic Aspects of Well-Being Using Exploratory Structural Equation Modeling, *Happiness Studies* 17(5): 2023–2036. DOI 10.1007/s10902-015-9683-z.
  53. Joshanloo, M., Weijers, D. 2016. Religiosity Moderates the Relationship between Income Inequality and Life Satisfaction across the Globe, *Social Indicators Research* 128(2): 731–750. DOI: 10.1007/s11205-015-1054-y.
  54. Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., Patton, G. K. 2001. The job satisfaction – job performance relationship: A qualitative and quantitative review, *Psychological Bulletin* 127: 376–407.
  55. Kaliatkaitė, J., Bulotaitė, L. 2014. Gerovės samprata sveikatos moksluose ir psichologijoje: tyrimai, problemos ir galimybės, *Visuomenės sveikata* 1(64): 9–24.
  56. Kamiya., Akpalu, B., Mahama, E., Ayipah, E. K., Owusu-Agyei, S., Hodgson, A., Ghana EMBRACE Implementation Research Project Team. 2017. The gender gap in relation to happiness and preferences in married couples after childbirth: evidence from a field experiment in rural Ghana, *Journal of Health, Population & Nutrition* 36: 1–8. DOI: 10.1186/s41043-017-0084-2.
  57. Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., King, L. A. 2008. Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and Eudaimonia, *The Journal of Positive Psychology* 3: 219–233. DOI:10.1080/17439760802303044.
  58. Kashdan, T. B., Gallagher, M. W., Silvia, P. J., Winterstein, B. P., Breen, W. E., Terhar, D., Steger, M. F. 2009. The Curiosity and Exploration Inventory–II: Development, factor structure, and psychometrics, *Journal of Research in Personality* 43: 987–998. DOI:10.1016/j.jrp.2009.04.011.
  59. Kasser, T., Ryan, R. M. 1996. Further examining the American Dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals, *Personality and Social Psychology Bulletin* 22(3): 280–287. DOI: 10.1177/0146167296223006.
  60. Keyes, C. L. M. 2005. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(3): 539–548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539.
  61. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., Ryff, C. D. 2002. Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions, *Journal of Personality and Social Psychology* 82: 1007–1022. DOI: 10.1037/0022-3514.82.6.1007.
  62. Kisa, R., Baingana, F., Kajungu, R., Mangen, P. O., Angdembe, M., Gwaikolo, W., Cooper, J. 2016. Pathways and access to mental health care services by persons living with severe mental disorders and epilepsy in Uganda, Liberia and Nepal: a qualitative study, *BMC Psychiatry* 16(305): 1–10. DOI 10.1186/s12888-016-1008-1.
  63. Knabe, A., Schob, R., Weimann, J. 2016. Partnership, Gender, and the Well-Being Cost of Unemployment, *Social Indicators Research* 129(3): 1255–1275. DOI: 10.1007/s11205-015-1167-3.
  64. Lacey, H. P., Kierstead, T. A., Morey, D. 2012. De-Biasing the Age-Happiness Bias: Memory Search and Cultural Expectations in Happiness Judgments Across the Lifespan, *Journal of Happiness Studies* 13(4): 647–658. DOI 10.1007/s10902-011-9284-4.
  65. Lee, J. K. 2008. Is University Education a Golden Key for a Happy Life? *Higher Education* 155. Paimta iš: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED504051.pdf>.

66. Lietuvos Respublikos Seimas 2007. *Nutarimas dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo*. Paimta iš: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legaiAct/TAR.FB9ED006276A>.
67. Linauskaitė, A., Kairys, A., Urbanavičiūtė, I., Bagdonas, A., Pakalniškienė, V. 2012. Suaugusiųjų psichologinės gerovės sąsajos su socialiniais ir demografiniais kintamaisiais, *Tiltai* 3: 35–53.
68. Linley, P. A., Maltby, J., Wood, A. M., Osborne, G., Hurling, R. 2009. Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures, *Personality and Individual Differences* 47: 878–884. DOI: 10.1016/j.paid.2009.07.010.
69. Lobos, G., Morab, M., Lapoc, M., Caligari, C., Schnettler, B. 2015. Happiness and health and food-related variables: Evidence for different age groups in Chile, *Suma Psicológica* 22(2): 120–128. DOI: 10.1016/j.sumpsi.2015.09.002.
70. Lopez-Torres Hidalgo, J., Bravo, B. N., Martinez, I. P., Pretel, F. A., Postigo, J. M. L., Rabadan, F. E. 2010. Psychological Well-Being, Assessment Tools and Related Factors, *Psychological Well-Being* (edited by Ingrid E. Wells). Hauppauge: Nova Science Publishers: 77–113.
71. Mazzucchelli, T. G., Rees, C. S., Kane, R. T. 2009. Group behavioural activation and mindfulness therapy for the well-being of non-clinical adults: a preliminary open trial, *The Cognitive Behaviour Therapist* 2(4): 256–271. DOI:10.1017/S1754470X09990201.
72. Meisenberg, G., Woodley, M. A. 2015. Gender Differences in Subjective Well-Being and Their Relationships with Gender Equality, *Journal of Happiness Studies* 16: 1539–1555. DOI: 10.1007/s10902-014-9577-5.
73. Miller, J. L., Thülen, I., Moser, D. K. 2016. Gender Disparities in Symptoms of Anxiety, Depression, and Quality of Life in Defibrillator Recipients, *Pacing & Clinical Electrophysiology* 39(2): 149–159. DOI: 10.1111/pace.12786.
74. Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., Harvey, S. B. 2016. The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review, *Australasian Psychiatry* 24(4): 331–336. DOI: 10.1177/1039856215618523.
75. Ng, S. S. W., Lo, A. W. Y., Leung, T. K. S., Chan, F. S. M., Wong, A. T. Y., Lam, R. W. T., Tsang, D. K. Y. 2014. Translation and Validation of the Chinese Version of the Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale for Patients with Mental Illness in Hong Kong, *East Asian Archives of Psychiatry* 24(1): 3–9.
76. Ngamaba, K. H. 2016. Determinants of subjective well-being in representative samples of nations, *The European Journal of Public Health* 27(2): 377–382. DOI: 10.1093/eurpub/ckw103.
77. Norasakkunkit, V., Kalick, S. M. 2009. Experimentally Detecting How Cultural Differences on Social Anxiety Measures Misrepresent Cultural Differences in Emotional Well-being, *Journal of Happiness Studies* 10: 313–327. DOI 10.1007/s10902-007-9082-1
78. Ochsen, C. 2011. Subjective well-being and aggregate unemployment: further evidence, *Scottish Journal of Political Economy* 58(5): 634–655. DOI: 10.1111/j.1467-9485.2011.00562.x .
79. Pawlowski, T., Downward, P., Rasciute, S. 2011. Subjective well-being in European countries—on the age-specific impact of physical activity, *European Review of Aging and Physical Activity* 8(2): 93–102. DOI: 10.1007/s11556-011-0085-x.
80. Peterson, L. T., Chatters, L. M., Taylor, R. J., Nguyen, A. W. 2014. Subjective Well-Being of Older African Americans with DSM IV Psychiatric Disorders, *Journal of Happiness Studies* 15: 1179–1196. DOI 10.1007/s10902-013-9470-7.
81. Pols, A. D., Schipper, K., Overkamp, D., van Dijk, S. E., Bosmans, J. E., van Marwijk, H. W. J., van Tulder, M. W. 2017. Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practice nurses' experiences, *BMC Family Practice* 18(26): 1–14. DOI 10.1186/s12875-017-0583-7.
82. Pranckevičienė, A., Žardeckaitė-Matulaitienė, K., Markšaitytė, R., Endriulaitienė, A. ir Šeibokaitė, L. 2015. Lietuvoje ir užsienyje gyvenančių Lietuvos gerovės skirtumai, *Visuomenės sveikata* 2(69): 94–101.
83. Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Šumskas, G., Juodkaitė, D., Murauskienė, L., Mataitytė-Diržienė, J., Šliužaitė, D. 2013. *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla.



84. Ramu, J., Chatziralli, I., Yang, Y., Menon, G., Bailey, C., Eckstein, M., Hykin, Ph., Sivaprasad, S. 2017. Health-related quality of life, visual function and treatment satisfaction following intravitreal dexamethasone implant for diabetic macular edema, *Patient Preference and Adherence* 11: 579–586. DOI: 10.2147/PPA.S132859.
85. Reyes-Garcia, V., Babigumira, R., Pyhala, A., Wunder, S., Zorondo-Rodriguez, F., Angelsen, A. 2016. Subjective Wellbeing and Income: Empirical Patterns in the Rural Developing World, *Journal of Happiness Studies* 17(2): 773–791. DOI 10.1007/s10902-014-9608-2.
86. Ryan, R. M., Deci, E. L. 2001. On Happiness and Human Potentials: a Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being, *Annual Review of Psychology* 52: 141–166. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.141.
87. Ryff, C. D. 1989. Happiness is Everything, or is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being, *Personality and Social Psychology* 57(6): 1069–1081. DOI: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
88. Ryff, C. D. 2016. Eudaimonic Well-Being and Education: Probing the Connections. In Harward, D. W. (Ed.), *Well-Being and Higher Education: A Strategy for Change and the Realization of Education's Greater Purposes*: 37–48. New York: Washington.
89. Rouse, J., Mutschler, Ch., McShane, K., & Habal-Brosek, C. 2017. Qualitative participatory evaluation of a psychosocial rehabilitation program for individuals with severe mental illness, *International Journal of Mental Health* 46(2): 139–156. DOI: 10.1080/00207411.2017.1278964.
90. Rudolf, R. 2014. Work Shorter, Be Happier? Longitudinal Evidence from the Korean Five-Day Working Policy, *Journal of Happiness Studies* 15(5): 1139–1163. DOI 10.1007/s10902-013-9468-1.
91. Schrank, B., Brownell, T., Tylee, A., Slade, M. 2014a. Positive Psychology: An Approach to Supporting Recovery in Mental Illness, *East Asian Archives of Psychiatry* 24(3): 95–103.
92. Schrank, B., Riches, S., Coggins, T., Rashid, T., Tylee, A., Slade, M. 2014b. WELLFOCUS PPT – modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: study protocol for a pilot randomised controlled, *Trial* 15(203): 1–26. DOI: 10.1186/1745-6215-15-203.
93. Sheldon, K. M. 2013. Individual daimon, universal needs, and subjective well-being: Happiness as the natural consequence of a life well-lived. In A. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonic functioning*: 119–137. Washington, DC: American Psychological Association. DOI:10.1037/14092-007
94. Shmotkin, D., & Shrira, A. 2011. Happiness and Suffering in the Life Story: An Inquiry into Conflicting Expectations Concerning the Association of Perceived Past with Present Subjective Well-Being in Old Age, *Journal of Happiness Studies* 13(3): 389–409. DOI 10.1007/s10902-011-9270-x.
95. Ski, Ch. F., Worrall-Carter, L., Cameron, J., Castle, D. J., Rahman, M. A., & Thompson, D. R. 2017. Depression screening and referral in cardiac wards: A 12-month patient trajectory, *European Journal of Cardiovascular Nursing* 16(2): 157–166. DOI: 10.1177/1474515115583617.
96. Slade, M. 2010. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches, *BMC Health Services Research* 10(26): 1–14. DOI: 10.1186/1472-6963-10-26.
97. Spruk, R., & Keseljevic, A. 2016. Institutional Origins of Subjective Well-Being: Estimating the Effects of Economic Freedom on National Happiness, *Journal of Happiness Studies* 17(2): 659–712. DOI 10.1007/s10902-015-9616-x.
98. Staškutė, I. 2014. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės samprata, stebėsenos ir vertinimo metodai bei reikšmė sveikatos politikoje, *Sveikatos politika ir valdymas* 1(6): 7–19.
99. Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Monzani, D., Pozzi, R., Villani, A., Parati, G. 2013. Relationship of Illness Severity with Health and Life Satisfaction in Patients with Cardiovascular Disease: The Mediating Role of Self-efficacy Beliefs and Illness Perceptions, *Journal of Happiness Studies* 14(5): 1585–1599. DOI: 10.1007/s10902-012-9397-4.
100. Stevenson, B., Wolfers, J. 2008. Economic growth and happiness: Reassessing the East-

- erlin paradox, *Brookings Papers on Economic Activity* 39(1): 1–102. DOI: 10.3386/w14282.
101. Straume, L. V., Vitterso, J. 2015. Well-Being at Work: Some Differences Between Life Satisfaction and Personal Growth as Predictors of Subjective Health and Sick-Leave, *Journal of Happiness Studies* 16(1): 149–168. DOI 10.1007/s10902-014-9502-y.
102. Strizovic, I., Mratinkovic, A. 2016. Differences Between Employed and Unemployed People and Satisfaction with Life, Subjective Happiness, and Latent and Manifest Benefits of Work, *Primenjena Psihologija* 9(4): 361–377. DOI: 10.19090/pp.2016.4.361-377.
103. Šilinskas, G., Žukauskienė, R. 2004. Subjektivios gerovės išgyvenimas ir su juo susiję veiksniai vyrų imtyje, *Psichologija* 30: 47–58.
104. Trofimova, I., Christiansen, J. 2016. Coupling of Temperament with Mental Illness in Four Age Groups, *Psychological Reports* 118(2): 387–412. DOI: 10.1177/0033294116639430.
105. Uttley, L., Stevenson, M., Scope, A., Rawdin, A., Sutton, A. 2015. The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis, *BMC Psychiatry* 15(151): 1–13. DOI: 10.1186/s12888-015-0528-4.
106. Veenhoven, R. 2008. Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care, *Journal of Happiness Studies* 9(3): 449–469. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9042-1>.
107. Verhoof, E. J. A., Maurice-Stam, H., Heymans, H. S. A., Evers, A. V. M., Grootenhuis, M. A. 2014. Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: the role of illness cognitions, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 8(12): 1–10. DOI: 10.1186/1753-2000-8-12.
108. Vinson T., Ericson M. 2014. The social dimensions of happiness and life satisfaction of Australians: Evidence from the World Values Survey, *International Journal of Social Welfare* 23(3): 240–253. DOI: 10.1111/ijsw.12062.
109. Waterman, A. S. 1993. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (Eudaimonia) and hedonic enjoyment, *Journal of Personality and Social Psychology* 64: 678–691. DOI: 10.1037/0022-3514.64.4.678.
110. Wirtz, D. Chi-Yue, Ch., Diener, E., Oishi, Sh. 2009. What Constitutes a Good Life? Cultural Differences in the Role of Positive and Negative Affect in Subjective Well-Being, *Journal of Personality* 77(4): 1167–1196. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00578.x.
111. World Health Organization 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. France:WHO.
112. World Health Organization 2004. *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: WHO.
113. Zhang, W., Feng, Q., Lacanienta, J., Zhen, Z. 2017. Leisure participation and subjective well-being: Exploring gender differences among elderly in Shanghai, China. *Archives of Gerontology & Geriatrics* 69: 45–54. DOI: 10.1016/j.archger.2016.11.010.
114. Zorotovich, J., Johnson, E., Linn, R. 2016). Subjective Social Status and Positive Indicators of Well-Being Among Emerging Adult College Students, *College Student Journal* 50(4): 624–635.

## SUNKIAIS PSICHIKOS SUTRIKIMAIS SERGANČIŲ PACIENTŲ BENDRO VISUMINIO VEIKLOS VERTINIMO IR DEMOGRAFINIŲ RODIKLIŲ SĄSAJOS (Arūnas GERMANAVIČIUS, Gabrielė RUŠINAITĖ)

### ĮVADAS

Bendro veiklos vertinimo skalė (toliau – BVVS) yra naudojama psichikos ligos sunkumui nustatyti. Šis klausimynas padeda įvertinti, kiek patiriami simptomai daro įtakos kasdinei psichiatrijos paciento veiklai skalėje nuo 0 iki 100 (1). Gydytojo praktikai tai naudinga, nes padeda suprasti, kaip pacientui sekasi susidoroti su kiekvienos dienos sunkumais, kokio lygio pagalbos žmogui reikia. Suminiai agreguoti BVVS skalės iš tikslinių pacientų grupių duomenys leidžia vertinti ir tiesioginių sveikatos sutrikimų ar ligų poveikį visuomenei, ekonominę našta, taigi svarbūs psichikos sveikatos politikams, vadybininkams, ekonomistams.

BVVS pirmąjį kartą panaudota 1962 metais, 1976 metais redaguota (2). Skalė buvo įtraukta į tarptautinės psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo klasifikacijos 4-ąją versiją (DSM-IV), tačiau 5-ojoje versijoje buvo pakeista į pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) negalios įvertinimo skalę (*WHO Disability Assessment Schedule WHO-DAS 2.0*). Tačiau BVVS ir toliau plačiai naudojama psichiatrijoje, draudimo kompanijose, klinikinėje praktikoje ir mokslinėje veikloje (3). Lietuvoje naudojama TLK-10 Tarptautinė sveikatos sutrikimų ir priežasčių klasifikacija (sukurta PSO 1994 m.), kurios V skyrius apima visus psichikos ir elgesio sutrikimus, jame pateikiama klasifikacija savo diagnostikos kriterijais labai artima DSM-IV klasifikacijai. Tačiau visuminio veiklos vertinimo metodikos TLK-10 klasifikacijoje iki WHO-DAS 2.0 sukūrimo PSO nebuvo pateikusi.

Ši tyrimo dalis – tai sergančiųjų psichikos sutrikimais gebėjimo gyventi visavertį gyvenimą priklausomai nuo demografinių rodiklių ištyrimas. Yra daug veiksnių, galinčių lemti sutrikimo sunkumą ir tai, ar sergant psichikos sutrikimu pavyksta gyventi visavertį gyvenimą, ar ne. Sėkmė socialinėje, darbinėje veikloje, moksle priklauso ne tik nuo asmeninių savybių, bet ir nuo to, kaip ir kur žmogus gyvena, ar turi jį palaikančių žmonių, į kuriuos galėtų kreiptis, taip pat nuo gaunamų pajamų ir amžiaus.

#### ♦ Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Šio tyrimo tikslas – naudojant Bendro veiklos vertinimo skalę, išsiaiškinti, kaip bendra sunkiais psichikos sutrikimais sergančių pacientų būklė priklauso nuo

demografinių rodiklių: lyties, išsilavinimo, šeiminės padėties, amžiaus, patirtų galvos traumų, dominuojančios rankos, gaunamų pajamų.

Taip pat vertinome, kaip su psichikos būkle susijęs artimo gyvenimo partnerio turėjimas, neįgalumas. Be to, tyrime kėlėme klausimus, ar bendra visų sergančių vienu psichikos sutrikimu būklė gali būti blogesnė, palyginti su kitu sutrikimu sergančiais, kaip kinta BVVS rodiklis prieš ir po suteikto gydymo.

Praktinis tyrimo pritaikymas: remiantis Sveikatos apsaugos ministro įsakyму, Lietuvoje pacientai, kurie yra siunčiami psichosocialinės reabilitacijos, privalo būti įvertinti BVVS, pastaroji skalė naudojama ir kitose psichiatrijos praktikos srityse. Šis tyrimas buvo viena iš keleto didesnių tyrimų dalių panaudojant Bendros veiklos vertinimo skalę. Tai svarbi pradžia, kuri leidžia ateityje tęsti BVVS validacijos procesą.

#### ♦ Tiriamieji ir metodai

Duomenys surinkti tyrimo autorių, vykdant respondentų apklausą pagal projektą „Psichikos sveikatos ir gerovės paradigmu kaita Lietuvoje: empiriškai validaus modelio link“. Nr. GER-15070.

Tyrimo dalyvių atrankos kriterijai: tirti visi 18–86 metų amžiaus asmenys, kurie nuo 2015 m. gruodžio iki 2016 m. liepos mėn. gydėsi VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre ir VšĮ Antakalnio poliklinikos psichikos sveikatos centre ir kuriems kaip pagrindinė ar gretutinė juos gydžiusių gydytojų-psichiatrių nustatyta diagnozė buvo priskiriama bent vienai iš šių kategorijų:

- F10 (psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo)
- F11-19 (psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant kitas psichoaktyvias medžiagas)
- F20-29 (šizofrenija, šizotipinis ir kliesesiniai sutrikimai)
- F30-39 (nuotaikos [afekciniai] sutrikimai)
- F40-48 (neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai)
- F50-59 (kiti suaugusiųjų psichikos ir elgesio sutrikimai).

Daugiausia tiriamųjų – 126 (47,2 %) sudarė sergantys depresija, 38 (14,2 %) – paranoidine šizofrenija. Asmenys, tyrimo metu patyrę ūmų ligos epizodą ar negalintys dalyvauti tyrime dėl kalbos ar kitų sutrikimų, apklausti nebuvo. Bendra respondentų veikla vertinta du kartus: atvykus į gydymo įstaigą ir išvykstant iš jos. Iš viso tyrimo dalyvių (respondentų) – 267, iš jų 127 vyrai (47,6 %) ir 140 (52,4 %) moterų. Pacientų amžiaus vidurkis 40 metų (SD=15,296), jauniausias respondentas 18 metų, vyriausias 86 metų.

Uždavinių įgyvendinimo metodai: atliktas longitudinis kiekybinis perspektyvinis tyrimas naudojant: Bendro veiklos vertinimo / klinicisto bendro įspūdžio skalę (angl. *Global Assessment of Functioning*), pacientų ligos istorijų duomenis, surinktus pagal tyrėjų komandos suformuotą anketą (LIA, pateikiama prieduose).

Bendro veiklos įvertinimo skalė skirta psichologinei, socialinei ir darbinei respondento veiklai įvertinti atsižvelgiant į psichikos būklę. Nevertinama, kai veikla sutrikusi dėl fizinių (aplinkos) apribojimų. BVVS skalė skirstoma į 11 grupių pagal suminį įvertį:

1. Suminis įvertis 100–91 skiriamas, kai asmuo gyvena visavertį gyvenimą. Sugeba pats spręsti savo problemas, kiti žmonės juo žavisi ir kreipiasi patarimo dėl teigiamų jo asmeninių savybių. Nėra jokių simptomų.
2. Suminis įvertis 90–81 skiriamas, kai sutrikimo nėra arba simptomai menki (pvz., nedidelis nerimas prieš egzaminą). Gera veikla daugumoje sričių, domėjimasis įvairiais užsiėmimais, visuomenine veikla, pasitenkinimas gyvenimu. Didesnių už kasdienes problemas nėra (pvz., atsitiktiniai ginčai su šeimos nariais).
3. Suminis įvertis 80–71 skiriamas, jeigu simptomų yra, bet jie praeinantys, pasireiškiantys kaip adekvati ir tikėtina reakcija į psichosocialinius stresorius (pvz., sunku susikoncentruoti po konflikto šeimoje). Ne daugiau nei nedidelis socialinės, darbinės veiklos ar mokymosi sutrikdymas (pvz., laikinas atsilikimas moksle).
4. Suminis įvertis 70–61 skiriamas, kai yra neryškių simptomų (pvz., prislėgta nuotaika, neryški nemiga) ARBA nedidelių sunkumų socialinėje, darbinėje veikloje, moksle (pvz., nepagrįstas, savavališkas užsiėmimų praleidimas, vagystės iš namų), tačiau apskritai veikla ir tarpasmeniniai santykiai pakankamai geri.
5. Suminis įvertis 60–51 skiriamas, kai yra vidutinio ryškumo simptomų (pvz., blankus afektas, smulkmeniška kalba, atsitiktiniai panikos priepuoliai) ARBA vidutinių sunkumų socialinėje, darbinėje veikloje arba moksle (pvz., nedaug draugų, konfliktai su bendradarbiais).
6. Suminis įvertis 50–41 skiriamas, kai ryškūs simptomai (pvz., suicidinės mintys, įkyrumai, dažnos vagystės iš parduotuvių) ARBA ryškus socialinės, darbinės veiklos ar mokymosi sutrikdymas (pvz., neturi draugų, nesugeba dirbti).
7. Suminis įvertis 40–31 skiriamas, kai sutrikęs realybės suvokimas ARBA pablogėjęs sugebėjimas bendrauti (pvz., kalba retkarčiais alogiška, nesuprantama, nerišli), ARBA ryškus veiklos pakenkimas bent keliose srityse: darbe, moksle, šeimoje. Sutrikęs gebėjimas spręsti, galvoti, sutrikusi nuotaika (pvz., depresijos apimtas žmogus vengia draugų, šeimos, nepajėgia dirbti; vaikas dažnai muša jaunesnius, yra neklusnus, blogai mokosi).

8. Suminis įvertis 30–21 skiriamas, kai elgesiui didelę įtaką turi kludiesiai ir haliucinacijos ARBA sutrikęs gebėjimas bendrauti, sutrikęs mąstymas (pvz., inkoherentiškas mąstymas, neadekvatus elgesys, suicidiniai ketinimai), ARBA sutrikęs gebėjimas atlikti bet kokią veiklą (pvz., visą dieną praleidžia lovoje, neturi darbo, namų, draugų).
9. Suminis įvertis: 20–11 skiriamas, kai yra pavojus sužeisti kitus ar save (pvz., suicidiniai bandymai be aiškios nuostatos numirti, dažnas įniršis, maniakinis susijaudinimas) ARBA retkarčiais nesugeba laikytis minimalių higienos reikalavimų (pvz., teplojasi išmatomis), ARBA yra itin sutrikęs sugebėjimas bendrauti (pvz., inkoherencija ar mutizmas).
10. Suminis įvertis 10–1 skiriamas, kai yra nuolatinis pavojus sunkiai sužeisti save arba kitus (pvz., pasikartojantis smurtinis elgesys) ARBA nuolatinis nesugebėjimas laikytis minimalių higienos reikalavimų, ARBA rimti suicidiniai veiksmai su aiškia nuostata numirti.
11. Suminis įvertis: 0 skiriamas, kai nėra adekvačios informacijos.

Jeigu reikia, galima naudoti tarpinius kodus (pvz: 78, 55, 22). Šio tyrimo metu naudoti būtent tarpiniai kodai.

Sunkiai sutrikdyta paciento veikla, elgesys ir socialinė adaptacija laikoma tada, kai bendras veiklos vertinimas pagal Bendro veiklos vertinimo skalę (1priedas) yra mažiau nei 60 balų (dabartinis ir per pastaruosius 12 mėn.).

Duomenys apdoroti naudojant *MS Office Excel* programą. Statistinė duomenų analizė buvo atlikta su *SPSS* programos 23 versija. Šia programa skaičiuota aprašomoji statistika (vidurkiai, standartiniai nuokrypiai), skalės patikimumas vertintas vidinio suderintumo būdu (skaičiuojant Cronbach  $\alpha$  koeficientą). Visi analizėje naudojami kintamieji buvo normaliai pasiskirstę. Siekiant palyginti pacientų būklę prieš ir po gydymo, taikytas porinis *t*-testas (angl. *Paired Samples Test*). Dviejų skirtingų grupių vidurkių palyginimui taikytas *Student t*-testas, skirtas nepriklausomoms imtims. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti taikytas *Pearson* koreliacijos koeficientas. Suderinamumo kriterijumi ( $\chi^2$ ) patikrinta, ar toje pačioje imtyje skirtingų kintamųjų sklaida yra tokia pati.

## REZULTATAI

Iš viso šioje tyrimo dalyje dalyvavo 267 respondentai, iš jų 127 vyrai (47,6 %) ir 140 (52,4 %) moterų.

Ištyrus, kaip pasiskirstė visų respondentų bendro veiklos vertinimo kodai, gauta jog 79 (29,6 %) respondentų bendras veiklos vertinimas priklauso 4 kodui

(yra tarp 70–61 balų), kiek mažiau, 53 (19,9%), priklauso 5 kodui (yra tarp 60–51). Mažiausiai pacientų buvo įvertinti 2 ir 10 kodu, t. y. jų bendra būklė pateko į 10–1 ar 90–81 imtį. Tiesa, respondentų, įvertintų suminio įverčio intervalu 100–91 (tai reškia, kad asmuo gyvena visavertį gyvenimą, sugeba pats spręsti savo problemas, kiti žmonės juo žavisi ir kreipiasi patarimo dėl teigiamų jo asmeninių savybių, nėra jokių simptomų) nebuvo nė vieno (1 lentelė). Yra laikoma, kad paciento veikla, elgesys ir socialinė adaptacija yra smarkiai sutrikusi, kai bendras veiklos vertinimas pagal Bendro veiklos vertinimo skalę yra mažiau nei 60 balų (dabartinis ir per pastaruosius 12 mėn.). Vadinasi, iš visų 267 respondentų stipriai sutrikusi veikla nustatyta 159 respondentams, t. y. 59,6 % apklaustųjų.

**1 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo suminių įverčių pasiskirstymas

Bendros būklės vertinimas	Dažnis	Procentai
10. Suminis įvertis 10–1. Yra nuolatinis pavojus sunkiai sužeisti save arba kitus ARBA nuolatinis nesugebėjimas laikytis minimalių higienos reikalavimų, ARBA rimti suicidiniai veiksmai su aiškia nuostata numirti.	2	,7
2. Suminis įvertis 90–81. Sutrikimo nėra arba simptomai menki. Gera veikla daugumoje sričių, domėjimasis įvairiais užsiėmimais, visuomenine veikla, pasitenkinimas gyvenimu. Didesnių už kasdienes problemas nėra.	2	,7
3. Suminis įvertis 80–71. Jeigu simptomų yra, tai jie praeinantys, pasireiškiantys kaip adekvati ir tikėtina reakcija į psichosocialinius stresorius. Ne daugiau nei nedidelis socialinės, darbinės veiklos ar mokymosi sutrikdymas.	27	10,1
4. Suminis įvertis 70–61. Kai kurie neryškūs simptomai ARBA nedideli sunkumai socialinėje, darbinėje veikloje, moksle, tačiau apskritai veikla ir tarpasmeniniai santykiai pakankamai geri.	79	29,6
5. Suminis įvertis 60–51. Vidutinio ryškumo simptomai ARBA vidutiniai sunkumai socialinėje, darbinėje veikloje ar moksle.	53	19,9
6. Suminis įvertis 50–41. Ryškūs simptomai ARBA ryškūs socialinės, darbinės veiklos ar mokymosi sutrikdymas.	39	14,6
7. Suminis įvertis 40–31. Sutrikęs realybės suvokimas ARBA pablogėjęs sugebėjimas, ARBA ryškūs veiklos pakenkimas bent keliose srityse: darbe, moksle, šeimoje. Sutrikęs gebėjimas spręsti, galvoti, sutrikusi nuotaika.	32	12,0
8. Suminis įvertis 30–21. Elgesiui didelę įtaką turi kliesdėsiai ir haliucinacijos ARBA sutrikęs gebėjimas bendrauti, sutrikęs mąstymas, ARBA sutrikęs gebėjimas atlikti bet kokią veiklą	21	7,9
9. Suminis įvertis 20–11. Yra pavojus sužeisti kitus ar save ARBA retkarčiais nesugeba laikytis minimalių higienos reikalavimų, ARBA yra itin sutrikęs sugebėjimas bendrauti	12	4,5
Iš viso	267	100,0

Norint įvertinti pacientų veiklą prieš ir po gydymo, taikytas porinis t-testas (*Paired Samples Test*). Iš viso respondentų, kurių būklė įvertinta du kartus, buvo 210. Gautas  $p < 0.05$ , todėl galima teigti, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas

tarp bendro veiklos įvertinimo atvykus į gydymo įstaigą ( $M=51,286$ ,  $SD=17,8868$ ) ir išvykstant iš jos ( $M=59,376$ ,  $SD=13,9691$ ) (2 lentelė). Pastaruoju atveju pacientų bendra veikla įvertinta aukštesniu balu, tai galimai rodo gydymo veiksmingumą ir geresnes pacientų galimybes susidoroti su kasdienėmis problemomis grįžus iš gydymo įstaigos namo.

**2 lentelė.** Bendros veiklos vertinimo atvykus į gydymo įstaigą ir išvykstant vidurkių skirtumai

	M	n	SD	df	p
BVV1	51,286	210	17,8868	209	0,000
BVV2	59,376	210	13,9691		

*Pastaba:* M – bendro veiklos vertinimo vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, kurios BVV rodiklis įvertintas du kartus, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Pagal darbingumo lygį visi respondentai suskirstyti į 4 grupes. Pirmajai grupei priklauso nedarbingi asmenys, kuriems nustatytas 0–25 % darbingumo lygis, jie sudaro 0,7 % (2 asmenys). Antrajai grupei priskirti iš dalies darbingi žmonės, kurių darbingumo lygis 30–55 %, jie sudaro 30,7 % apklaustųjų (82 asmenys). Trečiojoje grupėje 60–100 % darbingumo turintys respondentai, kurių yra 37,8 % (101 asmuo). Neįgalumas nėra nustatytas 30,7 % respondentų (82 asmenims). Apie 6 respondentų darbingumo lygį duomenų nebuvo. Palyginus darbingumo lygį ir bendrą veiklos įvertį, gauta statistiškai reikšminga teigiama koreliacija, tai rodo, kad esant aukštesniam darbingumo lygiui yra geresnis ir bendras veiklos vertinimas (3 lentelė).

**3 lentelė.** Ryšys tarp darbingumo lygio ir bendro veiklos įvertinimo

	N	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	267	0,330	0,000

*Pastaba:* N – imtis, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Siekiant atsakyti į klausimą, ar konkreti liga gali lemti prastesnę bendrą veiklos įvertinimą, lygintas bendras veiklos vertinimas sergančių dažniausiai pasitaikiusiomis ligomis: depresija (47,2 % tiriamųjų) ir paranoidine šizofrenija (14,2 % tiriamųjų). Sergančių depresija ir paranoidine šizofrenija bendras veiklos vertinimas statistiškai reikšmingai skyrėsi. Depresija sergančių bendro veiklos vertinimo vidurkis 59,111 ( $SD=12,0911$ ), o sergančiųjų šizofrenija 36,921 ( $SD=14,2665$ ) (4 lentelė). Tai rodo, kad sergantiems paranoidine šizofrenija susidoroti su kasdienėmis problemomis yra sunkiau, jiems reikalinga didesnė priežiūra ir pagalba.



**4 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo skirtumai tarp sergančių šizofrenija ir depresija

		M	n	SD	F	df	p
BVV	depresija	59,111	126	12,0911	2,985	162	0,000
	šizofrenija	36,921	38	14,2665			

*Pastaba:* M – bendro veiklos vertinimo vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai, p – reikšmingumo lygmuo.

Norint įvertinti pacientų, sergančių depresija, būklę prieš ir po gydymo taikytas porinis t-testas (*Paired Samples Test*). Iš viso respondentų, kurių būklė įvertinta du kartus, buvo 87. Gautas  $p < 0.05$ , todėl galima teigti, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp bendro veiklos įvertinimo atvykus į gydymo įstaigą ( $M=58,483$ ,  $SD=12,4861$ ) ir išvykstant iš jos ( $M=63,276$ ,  $SD=10,1657$ ) (5 lentelė). Pastaruoju atveju pacientų bendra veikla įvertinta aukštesniu balu, tai galimai rodo depresija sergančių respondentų gydymo veiksmingumą ir geresnes jų galimybes susidoroti su kasdienėmis problemomis grįžus iš gydymo įstaigos namo.

**5 lentelė.** Sergančiųjų depresija atvykus į gydymo įstaigą ir išvykstant iš jos bendros veiklos vidurkių skirtumai

	M	n	SD	df	p
BVV1	58,483	87	12,4861	86	0,000
BVV2	63,276	87	10,1657		

*Pastaba:* M – bendro veiklos vertinimo vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, kurios BVV rodiklis įvertintas du kartus, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Norint įvertinti pacientų, sergančių paranoidine šizofrenija, būklę prieš ir po gydymo, taikytas porinis t-testas (*Paired Samples Test*). Iš viso respondentų, kurių būklė įvertinta du kartus, buvo 37. Gautas  $p < 0.05$ , todėl galima teigti, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp bendro veiklos įvertinimo atvykus į gydymo įstaigą ( $M=51,286$ ,  $SD=17,8868$ ) ir išvykstant iš jos ( $M=59,376$ ,  $SD=13,9691$ ) (6 lentelė). Pastaruoju atveju pacientų sergančių šizofrenija bendra veikla įvertinta aukštesniu balu, tai galimai rodo gydymo veiksmingumą ir geresnes pacientų galimybes susidoroti su kasdienėmis problemomis.

**6 lentelė.** Sergančiųjų šizofrenija bendros veiklos vertinimo atvykus į gydymo įstaigą ir išvykstant iš jos vidurkių skirtumai

	M	n	SD	df	p
BVV1	38,081	37	14,9320	36	0,004
BVV2	46,757	37	14,7881		

*Pastaba:* M – bendro veiklos vertinimo vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, kurios BVV rodiklis įvertintas du kartus, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Dažnai manoma, kad vyresnių žmonių gebėjimas gyventi nepriklausomai ir visiškai save apsitarnauti yra prastesnis nei jaunų žmonių. Tačiau ištyrus amžiaus reikšmę psichologinei, socialinei ir darbinei respondentų veiklai atsižvelgiant į psichikos būklę, paaiškėjo, kad koreliacija tarp amžiaus ir BVV rodiklio statistiškai nereikšminga (7 lentelė). Nepriklausomai nuo to, ar žmogus jaunas, ar senas, bendra jo veikla sergant psichikos sutrikimu gali būti tiek gera, tiek bloga.

**7 lentelė.** Ryšys tarp respondentų amžiaus ir BVV Ryšys tarp respondentų amžiaus ir BVV

	n	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	266	0,079	0,198

*Pastaba:* n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp amžiaus ir BVV rodiklio nebuvo, tačiau bendros veiklos ir amžiaus, kuomet pacientas susirgo, koreliacija statistiškai reikšminga (8 lentelė). Kuo vyresnis žmogus susirgo, tuo bendros veiklos vertinimo suminis įvertis didesnis. Vadinas, tų, kurių psichikos sutrikimas prasidėjo vyresniame amžiuje, bendra būklė įvertinta geriau nei tų, kurie pradėjo sirgti jaunystėje. Tai galimai rodo, jog kuo daugiau metų žmogus pragyvena nesirgdamas psichikos sutrikimu, tuo geresnės bus jo galimybės vėliau susirgus gyventi visavertį gyvenimą.

**8 lentelė.** Ryšys tarp amžiaus susirgus ir BVV

	n	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	267	0,186	0,003

*Pastaba:* n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Svarbiausia amžiaus, kuomet pacientas susirgo, ir bendros veiklos koreliacijos priežastis gali būti tai, kiek ilgai žmogus serga psichikos sutrikimu. Pritaikius Pearson'o koreliacijos testą, gauta atvirkštinė koreliacija tarp bendro veiklos vertinimo rodiklio ir to, kiek metų respondentas jau serga (9 lentelė). Tačiau tai būdinga tik sergantiems depresija. Iš to darome išvadą, kad didėjant metų, praėjusių sergant depresija, skaičiui, bendros veiklos įvertinimas mažėja, pacientui susidoroti su kasdieniais sunkumais darosi vis sudėtingiau, vis daugiau pagalbos reikia. Bendrai respondentų imčiai ši koreliacija nebuvo statistiškai reikšminga.

**9 lentelė.** Ryšys tarp metų, praėjusių sergant psichikos sutrikimu, ir BVV

	n	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	122	-0,216	0,018

*Pastaba:* n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Ne mažiau svarbus demografinis rodiklis, galintis lemti respondento susidorojimą su kasdieniais sunkumais, yra artimo partnerio turėjimas. Pacientų, kurie turi artimą partnerį, bendro veiklos vertinimo vidurkis statistiškai reikšmingai didesnis ( $M= 57,152$ ,  $SD= 14,8237$ ) nei tų, kurie artimo partnerio neturi ( $M= 49,509$   $SD= 17,8979$ ) (10 lentelė). Galime daryti išvadą, kad sunkiau tiems respondentams, kurie gyvena vieni ar paramos sulaukia tik iš artimųjų.

**10 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo vidurkių skirtumai tarp turinčių artimą partnerį ir neturinčių

		M	n	SD	F	df	p
Artimą partnerį	neturi	49,509	167	17,8979	9,827	264	0,000
	turi	57,152	99	14,8237			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imtis, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Palyginus vedusių / ištekėjusių respondentų ir tų, kurių santykiai neįteisinti, yra išsiskyre, artimo partnerio neturi arba yra našlės (-iai), bendrą veiklos įvertį, gauta, jog tie, kurie gyvena santuokoje, reikšmingai geriau susidoroja su kasdieniais sunkumais ( $M= 56,018$ ,  $SD= 17,0173$ ) nei tie, kurie santuokoje negyvena ( $M= 47,589$ ,  $SD= 18,2244$ ) (11 lentelė).

**11 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo tarp vedusių / ištekėjusių ir nevedusių / neištekėjusių vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
Vedę/ištekėjusios	taip	56,018	57	17,0173	2,093	196	0,003
	ne	47,589	141	18,2244			

*Pastaba:* M – vidurkia, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imtis, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Įdomu tai, kad ištyrus atskirai santuokoje gyvenančius bei negyvenančius vyrus ir moteris gauta, jog tik moterų bendras būklės įvertinimas reikšmingai skiriasi. Tai yra, moterų gyvenime sutuoktinis turi didesnę reikšmę. Ištekėjusių moterų bendras būklės vidurkis 63,469 ( $SD=11,0949$ ), neištekėjusių 55,545 ( $SD=14,3111$ ) (12 lentelė). Vyrų vidurkia statistiškai reikšmingai nesiskyrė (13 lentelė).

**12 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo tarp ištekėjusių ir neištekėjusių moterų vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
Ištekėjusios	taip	63,469	32	11,0949	3,845	85	0,009
	ne	55,545	55	14,3111			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imtis, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

**13 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo tarp vedusių ir nevedusių vyrų vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
Vedę	taip	46,480	25	18,6528	0,29	109	0,351
	ne	42,500	86	18,7018			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Yra manoma, kad sergant psichikos sutrikimu būklės sunkumas nepriklauso nuo lyties, tačiau vyrų ir moterų sergamumas tam tikromis ligomis skiriasi. Šio tyrimo metu palyginus vyrų ir moterų bendrą veiklos vertinimą, jis statistiškai reikšmingai skyrėsi (14 lentelė). Vyrų vidurkis reikšmingai mažesnis (M= 44, 827, SD= 18,3338) nei moterų (M= 59,307, SD= 12,6763), tai rodo, kad sergantiems vyrams sunkiau susidoroti su kasdienėmis problemomis (14 lentelė).

**14 lentelė.** Bendros veiklos vertinimo tarp vyrų ir moterų vidurkių skirtumai

		M	N	SD	F	df	p
BVV1	Vyras	44,827	127	18,3338	28,068	265	,000
	Moteris	59,307	140	12,6763			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, N – imtis, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Palyginus vyrų ir moterų bendro veiklos vertinimo vidurkius išvykstant iš gydymo įstaigos, taip pat gautas statistiškai reikšmingas skirtumas. Vyrų vidurkis reikšmingai mažesnis (M= 54, 663, SD= 15,0442) nei moterų (M= 63,500, SD= 11,5267) (15 lentelė).

**15 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo išvykstant iš gydymo įstaigos tarp vyrų ir moterų vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
BVV2	Vyras	54,663	98	15,0442	9,075	180,602	0,000
	Moteris	63,500	112	11,5267			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Iš visų respondentų kairiarankiai sudarė 8 % (21 pacientas), dešiniarankiai 89 % (235 pacientai), 3% (8 pacientai) teigė, kad abi rankos dominuojančios. Palyginus dešiniarankių ir kairiarankių bendrą veiklos vertinimą, gautas BVV reikšmingai didesnis tų, kurių dominuojanti ranka yra dešinė (16 lentelė).

**16 lentelė.** Bendros veiklos vertinimo tarp kairiarankių ir dešiniarankių vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
BVV	Dešinė	53,366	235	16,9739	1,309	254	0,023
	Kairė	44,476	21	18,7660			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Respondentų, kurie teigia patyrę galvos traumą, bendras veiklos vertinimas prastesnis (M=44,500, SD=18,1054) nei tų, kurie traumos nepatyrė (M=53,080, SD=17,4057) (17 lentelė). Taigi galime teigti, kad galvos smegenų traumos psichikos sutrikimais sergantiems prisideda prie blogesnės prognozės savarankiškumui ir gebėjimui susidoroti su kasdieniais rūpesčiais.

**17 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo tarp patyrusių galvos traumą ir nepatyrusių vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
BVV1	Taip	44,500	68	18,1054	0,318	203	0,001
	Ne	53,080	137	17,4057			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Įdomu tai, kad palyginus galvos traumos reikšmę vyrų ir moterų bendram veiklos įverčiui, gauti skirtingi rezultatai. Vyrų, patyrusių ir nepatyrusių galvos traumą, bendro veiklos vertinimo rodiklis reikšmingai skyrėsi (18 lentelė), tačiau moterų skirtumas statistiškai reikšmingas nebuvo (19 lentelė).

**18 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo tarp patyrusių ir nepatyrusių galvos traumą moterų vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
BVV moterų	Taip	56,000	23	14,5039	0,045	90	0,297
	Ne	59,391	69	13,0769			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

**19 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo tarp patyrusių ir nepatyrusių galvos traumą vyrų vidurkių skirtumai

		M	n	SD	F	df	p
BVV vyrų	Taip	38,622	45	17,0151	0,707	111	0,023
	Ne	46,676	68	18,9409			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Pagal išsilavinimą visi pacientai buvo suskirstyti į 5 grupes. Pirmajai priklausė tie, kurių išsilavinimas pradinis, iš viso respondentų, turinčių pradinį išsilavinimą, buvo 6 (2,3 %). Antrajai grupei priklausė tie, kurie turi pagrindinį ar nebaigtą vidurinį išsilavinimą, tokių taip pat buvo 6 (2,3 %). Trečią grupę sudarė tie, kurie turi vidurinį ar profesinį išsilavinimą, iš viso 85 respondentai (32 %), Ketvirtojoje grupėje – kurių išsilavinimas vidurinis, baigę technikumą, aukštesnysis ar aukštasis neuniversitetinis, tokių respondentų buvo 63 (23,7 %). Penktojoje – respondentai su aukštuoju universitetiniu išsilavinimu, iš viso 106 apklaustieji (39,8 %). Apie 7 respondentų išsilavinimą duomenų nebuvo. Palyginus pasiektą išsilavinimą ir bendrą veiklos įvertį, gauta, jog didėjant vienam, didėja ir kitas, t. y., aukštesnį išsilavinimą turinčių respondentų bendras veiklos vertinimas yra didesnis (20 lentelė).

**20 lentelė.** Ryšys tarp išsilavinimo ir BVV

	N	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	267	0,142	0,021

*Pastaba:* N – imtis, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Tyrimo metu vertintas ne tik išsilavinimas ir jo reikšmė, bet ir konkrečios žinios apie ligą, kuria serga respondentas. 197 (73,8 %) respondentai paklausti įvardijo, kokia psichikos liga serga, 70 (26,2 %) to padaryti negalėjo. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vyrų ir moterų nebuvo (21 lentelė). Tačiau reikšmingai skyrėsi bendras veiklos vertinimas žinančiųjų, kuo serga ir ne (22 lentelė). Vidutinis žinančiųjų bendras veiklos vertinimas buvo geresnis.

**21 lentelė.** Žinių apie savo ligą skirtumas tarp vyrų ir moterų

	M	n	SD	F	df	p
vyras	1,27	126	0,446	1,300	264	0,572
moteris	1,32	140	0,931			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

**22 lentelė.** Bendras veiklos vertinimas žinančių ir nežinančių apie savo ligą

	M	n	SD	F	df	p
žino	53,995	189	16,0804	8,373	118,812	0,040
nežino	48,789	76	19,3441			

*Pastaba:* M – vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Gaunamos respondentų pajamos skirstytos į 7 grupes: iki 50 eurų per savaitę uždirbantys ar iš valstybės pašalpą gaunantys; kitos pajamų grupės atitinkamai: 51–100, 101–150, 151–200, 201–250, 251–300 ir grupė respondentų, kurių pajamos per savaitę didesnės nei 300 eurų. 21 pacientas negalėjo nurodyti, kokios yra jo gaunamos pajamos. Daugiausia, net 34,1 %, apklaustųjų per savaitę gauna iki 50 eurų pragyvenimui, truputį mažiau (33,3 %) – nuo 51 iki 100 eurų per savaitę (23 lentelė). Ištyrus gauta statistiškai reikšminga teigiama koreliacija tarp bendro veiklos vertinimo ir gaunamų pajamų, tai rodo, kad didesnes pajamas gaunančių respondentų bendras veiklos vertinimas didesnis, t. y. psichologinė socialinė ir darbinė veikla yra geresnė (24 lentelė).

**23 lentelė.** Pajamų pasiskirstymas

Pajamos (EUR)	Dažnis	Procentai
Iki 50	88	32,3
51–100	85	33,3
101–150	37	14,5
151–200	18	7,1
201–250	10	3,9
251–300	9	3,5
Daugiau nei 300	6	2,4

**24 lentelė.** Ryšys tarp pajamų ir BVV

	n	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	255	0,230	0,000

*Pastaba:* n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Pagal gyvenamąją vietą respondentai suskirstyti į 4 grupes. Pirmajai priklauso gyvenantys kaime, antrajai – miestelyje, trečiajai – rajono centre, ketvirtajai – didmiestyje. Ištyrus, ar nuo miesto, kuriame respondentas gyvena, dydžio priklauso bendras veiklos vertinimas, gauta, jog kintamieji statistiškai reikšmingai nekoreliuoja (25 lentelė).

**25 lentelė.** Ryšys tarp gyvenamosios vietos ir BVV

	n	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	201	-0,051	0,471

*Pastaba:* n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Respondentų bendra psichologinė, socialinė ir darbinė veikla vertinta du kartus. Atvykus į gydymo įstaigą ir išvykstant iš jos. Grupinę ar individualią psichoterapiją gydymo laikotarpiu gavo 46,8 % (125) respondentų. Pacientų, kurie gydymo laikotarpiu gavo psichoterapinį gydymą, bendro veiklos vertinimo vidurkis atvykus ( $57,528$ ,  $SD=13,2273$ ) statistiškai reikšmingai didesnis nei tų pacientų, kurie psichoterapinio gydymo negavo ( $47,766$ ,  $SD=18,9607$ ) (26 lentelė). Taigi, galime teigti, kad geresnės socialinės, psichologinės ir darbinės veiklos respondentams dažniau taikytas ne tik medikamentinis, tačiau ir psichoterapinis gydymas.

**26 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo gavusių psichoterapinį gydymą ir negavusiųjų vidurkių skirtumai (atvykus į gydymo įstaigą)

Psichoterapinis gydymas	M	n	SD	df	p
Taip	57,528	125	13,2273	250,625	0,000
Ne	47,766	141	18,9607		

*Pastaba:* M – bendro veiklos vertinimo vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

209 respondentų bendra veikla įvertinta išvykstant iš gydymo įstaigos. Palyginus gavusių ir negavusių psichoterapinį gydymą respondentų BVV, gautas statistiškai reikšmingas skirtumas (27 lentelė). Tų respondentų, kurie psichoterapinį gydymą gavo, bendra veikla įvertinta geriau.

**27 lentelė.** Bendro veiklos vertinimo gavusių psichoterapinį gydymą ir negavusiųjų vidurkių skirtumai (išrašant iš gydymo įstaigos)

Psichoterapinis gydymas	M	n	SD	df	p
Taip	62,622	82	12,7972	207	0,005
Ne	57,079	127	14,1778		

*Pastaba:* M – bendro veiklos vertinimo vidurkis, SD – standartiniai nuokrypiai, n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

Ištyrus psichoterapinių seansų reikšmę psichologinei, socialinei ir darbinei respondento veiklai atsižvelgiant į psichikos būklę, paaiškėjo, kad koreliacija tarp psichoterapinių seansų kiekio ir BVV rodiklio, nustatyto pacientui išvykstant iš gydymo įstaigos, statistiškai reikšminga (28 lentelė).



**28 lentelė.** Pearson'o koreliacija tarp psichoterapinių seansų kiekio ir bendro veiklos vertinimo išvykstant

	N	Pearson'o koreliacija	p
rezultatai	266	0,289	0,000

*Pastaba:* n – imties grupė, df – laisvės laipsniai ir p – reikšmingumo lygmuo.

## APTARIMAS

Nepaisant to, kad naujausioje DSM-V klasifikacijoje Bendro veiklos vertinimo skalė buvo pakeista į WHO-DAS 2.0, ji iki šiol išliko aktuali tiek klinicistų darbe, tiek sveikatos draudimo įmonėse ar negalios vertinimo metodikose. 2012 metų liepos 30 dieną išleistame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme patvirtinta, kad diagnozuojant šizofreninius sutrikimus suaugusiesiems ir sprendžiant dėl jų gydymo vaistais, rekomenduojama naudotis Bendro veiklos vertinimo skale (toliau – BVVS) norint įvertinti sutrikimo poveikį bendrai paciento veiklai pagrindinėse gyvenimo srityse. Gydymas antrojo pasirinkimo vaistais skiriamas nesant pakankamo gydymo efekto po 4–8 savaičių (suaugusiesiems, jei vertinimas pagal BVVS nepakito arba sumažėjo) (4).

Bendro veiklos vertinimo skalė naudota ir psichosocialinės reabilitacijos rekomendacijose. Pakartotinė psichosocialinė reabilitacija gali būti skiriama pasibaigus trumpalaikės ir / ar ilgalaikės psichosocialinės reabilitacijos maksimaliam terminui, kai atlikus pažangos vertinimą (bendrą veiklos ir psichikos būklės, elgesio arba psichosocialinės būklės, asmeninės priežiūros, kasdieninės veiklos ir savarankiško gyvenimo, Kembervelo poreikių vertinimą, angl. *Camberwell Assessment of Needs, CAN*) nustatoma pažanga veiklos, elgesio ir socialinės adaptacijos srityse, tačiau asmens socialinė adaptacija dar nėra pakankama, kad asmuo galėtų pasiekti optimalų savarankiško funkcionavimo bendruomenėje lygį, ir yra poreikis tęsti psichosocialinę reabilitaciją. Smarkiai sutrikusi veikla, elgesys ir socialinė adaptacija, nustatoma, kai bendras veiklos įvertinimas pagal BVVS yra mažiau nei 60 balų (dabartinis ir per pastaruosius 12 mėn.) (5). Šio tyrimo metu įvertinus bendro veiklos vertinimo pasiskirstymą gauta, jog iš visų 267 respondentų stipriai sutrikusi veikla nustatyta 159 respondentams, t. y. 59,6 % apklaustųjų.

Demografiniai rodikliai, tokie kaip: lytis, amžius, artimo gyvenimo partnerio turėjimas, gali turėti reikšmės tam, kaip žmogui, sergančiam psichikos liga, pavyksta susidoroti su sunkumais ir gyventi visavertį socialinį bei profesinį gyvenimą. Yra manoma, kad būklės sunkumas sergant psichine liga nepriklauso nuo lyties, tačiau vyrų ir moterų sergamumas tam tikromis ligomis skiriasi. Moterims būdingesnė

savikalta, savikritika, nerimo ir depresiniai sutrikimai. Taip pat moterys stipriau išgyvena netektis, jaučiasi beviltiškiau savo padėties pakeitimo atžvilgiu, dažniau gyvena su baimėmis, fobijomis, panikos atakomis. Tuo tarpu vyrai dažniau kenčia nuo nesocialių asmenybės sutrikimų, o tai trukdo užmegzti tvirtus santykius. Taip pat jie dažniau susiduria su trauminiais įvykiais gyvenime, tokiais kaip avarijos, sužalojimai peiliu, šautuvu ar kitu ginklu, jie dažniau paimami įkaitais ar nužudomi. Dėl šių trauminių įvykių vyrai dažniau sužalojami, hospitalizuojami, dažniau tampa neįgalūs (6). Šio tyrimo metu gautas statistiškai reikšmingas skirtumas tarp vyrų ir moterų bendro veiklos vertinimo. Vyrų vertinimo vidurkis mažesnis, tai rodo didesnės pagalbos poreikį sergant psichikos sutrikimu.

Tokį skirtumą galime paaiškinti tuo, kad vyrams sunkūs psichikos elgesio sutrikimai, tokie kaip šizofrenija, prasideda statistiškai reikšmingai penkeriais metais anksčiau nei moterims. Epidemiologiniai tyrimai, anksčiau atlikti užsienyje, rodo, kad pirmasis šizofrenijos epizodas vyrams pasireiškia vidutiniškai 15–25 metų, o moterims – 20–35 metų. Dėl jaunesnio amžiaus nesusiformavusios asmenybės sunkių simptomų ir dezadaptacijos poveikis gerokai sutrikdo jaunų vyrų veiklą, dažnai po pirmojo ligos epizodo jie iškrenta iš įprastinio mokymosi ar karjeros kelio, praranda draugus, socialinius ryšius (Haeffner et al. 2000).

Kadangi pirmasis šizofrenijos epizodas moterims pasireiškia vėlesniu laikotarpiu, kai jų socialiniai vaidmenys ir jas palaikantys ryšiai būna susiformavę, neigiamas socialinis ligos poveikis būna lengvesnis. Mūsų gauti rezultatai tai irgi patvirtina.

Pastebėtas ryšys ir tarp dominuojančios rankos bei psichinės būklės. Kairiarankiai dažniau linkę sirgti psichoziniais sutrikimais, tokiais kaip šizofrenija, o ne nuotaikos, tokiais kaip depresija ar bipolinis sutrikimas. O neseniai atlikta 40 studijų metaanalizė atskleidė, kad kairiarankiai dažniau serga psichinėmis ligomis (7). Šio tyrimo metu palyginus pacientų, kurių dominuojančios rankos skiriasi, bendros būklės įvertinimą gautas reikšmingai didesnis tų, kurių dominuojanti ranka yra dešinė.

Ryšys tarp galvos traumos ir psichinės būklės taip pat plačiai nagrinėjamas pasaulyje. 2013 m. išnagrinėjus 113,906 žmonių duomenis, kurie patyrė sunkią galvos traumą arba lengvesnę 11–15 m. amžiuje, gauta, jog tokie žmonės turi 65 % padidėjusią riziką susirgti šizofrenija, 59 % depresija, 28 % bipoliniu sutrikimu, 400 % organiniu psichiniu sutrikimu (8). Šio tyrimo metu nustatyta, jog respondentų, kurie teigia patyrę galvos traumą, bendras veiklos vertinimas mažesnis nei tų, kurie traumas nepatyrė. Taigi galime teigti, kad galvos smegenų traumavimas psichikos ligomis sergantiems blogina savarankiškumo gyvenimo, visapusiškos būklės ir gebėjimo susidoroti su kasdieniais rūpesčiais prognozę. Tačiau ištyrus atskirai traumas reikšmę kiekvienai lyčiai gauta, jog vyrų, patyrusių ir nepatyrusių

galvos traumą, bendro veiklos vertinimo rodiklis reikšmingai skiriasi, tačiau moterų skirtumas statistiškai reikšmingas nėra.

Pinigų ir socialinių ryšių trūkumas yra du pagrindiniai faktoriai, lemiantys socialinio gyvenimo kokybės galimybę tiek sveikiems, tiek sergantiems psichine liga (9). Finansinės problemos gali bloginti psichinę būklę, tačiau ir psichinės ligos gali trukdyti tvarkyti finansus, o tai blogintų bendrą būklę. 2010 m. atliktame tyrime paaiškėjo, kad net pusė suaugusiųjų, turinčių paskolų, turi ir psichinių problemų, taip pat vienas iš keturių žmonių, turinčių psichinių problemų, yra įsiskolinęs (10).

Problemos su pinigais taip pat gali būti susijusios su tuo, kad sunkiomis psichinėmis ligomis sergantys žmonės dažnai apgaunami, iš jų atimant mokesčių už prarastą darbingumą. Būdingiau tai jaunesniems, dažniau hospitalizuojamiems, vartojantiems alkoholį, turintiems sunkumų valdyti savo asmeninius finansus (11).

## IŠVADOS

1. Bendro veiklos vertinimo atvykstant ir išvykstant iš gydymo įstaigos skirtumai: gydymo pabaigoje pacientų bendra veikla įvertinta aukštesniu balu, tai galimai rodo gydymo efektyvumą ir geresnes pacientų galimybes susidoroti su kasdienėmis problemomis grįžus iš gydymo įstaigos namo.
2. Bendro veiklos vertinimo ir psichoterapinio gydymo ryšys: pacientų, kuriems gydymo laikotarpiu buvo skirtas psichoterapinis gydymas, bendro veiklos vertinimo vidurkis atvykus statistiškai reikšmingai didesnis nei tų pacientų, kuriems psichoterapinis gydymas neskirtas; respondentų, kurie psichoterapinį gydymą gavo, bendra veikla išrašant iš gydymo įstaigos įvertinta geriau nei tų pacientų, kurie gavo tik medikamentinį gydymą.
3. Bendro veiklos vertinimo ir lyties sąsajos: vyrų bendro veiklos vertinimo vidurkis reikšmingai mažesnis nei moterų.
4. Bendro veiklos vertinimo ir amžiaus sąsajos: kuo vyresnis žmogus susirgo, tuo bendras veiklos vertinimo rodiklis didesnis, koreliacija tarp amžiaus apklausos metu ir bendro veiklos vertinimo rodiklio statistiškai nereikšminga.
5. Bendro veiklos vertinimo ir išsilavinimo ryšys: vienam rodikliui didėjant didėja ir kitas, pacientai, kurie gali nurodyti ir supranta, kuo serga, reikšmingai geriau įvertinti Bendra veiklos vertinimo skale.
6. Bendras veiklos vertinimas reikšmingai didesnis tų, kurių dominuojanti ranka yra dešinė.
7. Bendro veiklos vertinimo ir ligos ryšys: depresija sergančių vidurkis didesnis nei sergančių paranoidine šizofrenija.

8. Bendro veiklos vertinimo ir galvos traumų ryšys: patyrusių galvos trauma respondentų bendras veiklos vertinimas prastesnis nei nepatyrusių traumas.
9. Bendro veiklos vertinimo ir šeiminių padėties sąsajos: tų, kurie turi artimą gyvenimo partnerį arba gyvena santuokoje, bendros veiklos įvertinimo vidurkis geresnis, palyginti su gyvenančiais ne santuokoje.
10. Bendro veiklos vertinimo ir pajamų ryšys: vienam rodikliui didėjant, didėja ir kitas.

## LITERATŪRA

1. Luborsky, L. 1962. Clinicians' Judgments of Mental Health: A Proposed Scale, *Arch Gen Psychiatry* 7(6): 407–17.
2. Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Cohen, J. 1976. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Arch Gen Psychiatry* 33(6): 766–71.
3. Gold, L. H. 2014. DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 42(2): 173–81.
4. V-733 Dėl Šizofrenijos, šizotipinio ir kliesdinių sutrikimų ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo [žiūrėta 2017 m. balandžio 30 d.]. Prieiga per internetą: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.431149>.
5. V-788 Dėl Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo [žiūrėta 2017 m. balandžio 29 d.]. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.EFE715F163FD>.
6. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, ed. Aneshensel, C. S. Springer [žiūrėta 2017 m. balandžio 30 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.springer.com/us/book/9789400742758>.
7. *Left-Handedness Among a Community Sample of Psychiatric Outpatients Suffering From Mood and Psychotic Disorders* [žiūrėta 2017 m. balandžio 30 d.]. Prieiga per internetą: [https://www.researchgate.net/publication/259570130\\_Left-Handedness\\_Among\\_a\\_Community\\_Sample\\_of\\_Psychiatric\\_Outpatients\\_Suffering\\_From\\_Mood\\_and\\_Psychotic\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/259570130_Left-Handedness_Among_a_Community_Sample_of_Psychiatric_Outpatients_Suffering_From_Mood_and_Psychotic_Disorders).
8. Orlovska, S., Pedersen, M. S., Benros, M. E., Mortensen, P. B., Agerbo, E., Nordentoft, M. 2014. *Head Injury as Risk Factor for Psychiatric Disorders: A Nationwide Register-Based Follow-Up Study of 113,906 Persons With Head Injury* 171(4): 463–9.
9. Andersson, G., Denhov, A., Bülow, P., Topor, A. 2015. Aloneness and loneliness – persons with severe mental illness and experiences of being alone, *Scandinavian Journal of Disability Research* 17(4): 353–65.
10. *Debt and mental health (lit review)* [žiūrėta 2017 m. balandžio 30 d.]. Prieiga per internetą: [https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Debt%20and%20mental%20health%20\(lit%20review\).pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Debt%20and%20mental%20health%20(lit%20review).pdf).
11. Claycomb, M., Black, A. C., Wilber, C., Brocke, S, Lazar, C. M., Rosen, M. I. 2013. Financial victimization of adults with severe mental illness, *Psychiatr Serv* 64(9): 918–20.
12. Häfner, H. 2000. Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(s407): 44–8.

# EKONOMINĖ PSICHIKOS LIGŲ NAŠTOS ANALIZĖ (Liubovė MURAUSKIENĖ, Donata PETRUŽYTĖ)

## ĮVADAS

*Psichinių ligų išlaidų tyrimai.* Siekiant įvertinti, kiek psichikos ligos kainuoja valstybei, pasitelkiami ligos išlaidų (angl. *cost of illness*) tyrimai, kurie padeda identifikuoti ir šių išlaidų komponentus. Remiantis T. R. Insteliu (2008) ir M. Luppa ir kt. (2007), galima teigti, kad įprastai psichinių ligų išlaidų tyrimai apima tiesiogines, netiesiogines ir „neapčiuopiamas“ išlaidas.

Dažniausiai ligos kaštų *per capita* tyrimuose skaičiuojamos tiesioginės išlaidos, susidedančios iš (1) medicininių (pvz., stacionaraus, ambulatorinio ir farmakologinio gydymo) išlaidų, (2) nemedicininų (pvz., transporto, socialinių paslaugų) išlaidų.

Kiek rečiau psichinių ligų kaštų *per capita* tyrimai apima ir netiesiogines išlaidas, t. y. ligos sąlygotą produktyvumo praradimą (t. y. neinama į darbą) arba produktyvumo sumažėjimą darbe (sergamumo išlaidas – angl. *morbidity costs*). Tos retos studijos, kuriomis siekiama ištirti valstybės išlaidų visumą, vertina ir šias netiesiogines išlaidas:

- pirmalaikes, per ankstyvas mirtis (mirtingumo išlaidas – angl. *mortality costs*),
- išlaidas, susijusias su žemesniais pasiekimais išsilavinimo srityje,
- išlaidas, susijusias su specifinėmis pasekmėmis, tokiomis kaip įkalinimas ar benamystė,
- socialines išmokas.

Dar rečiau atsižvelgiama ir į „neapčiuopiamas“ išlaidas, susijusias su psichinės ligos nulemtais sergančiojo ir jo šeimos narių gyvenimo kokybės apribojimais. Kadangi labai sunku tiksliai apskaičiuoti tokio pobūdžio „išlaidų“ piniginę išraišką, jos į ligos išlaidų tyrimus patenka itin retai.

Psichikos ligos išlaidų tyrimai yra atliekami įvairiose šalyse bei kontinentuose (pvz.: Europoje (Luppa et al. 2007), Amerikoje (Wu et al. 2005), Australijoje (Carr et al. 2003), Azijoje (Xu et al. 2016; Malik et al. 2016); Afrikoje (Lund et al. 2013)), dažniausiai tarp jų vyrauja tam tikrų ligų studijos (pvz.: šizofrenijos (Nordstroem et al. 2017; Salize et al. 2009), depresijos (Hu et al. 2007), bipolinio sutrikimo (Gupta et al. 2002), nerimo ir streso sutrikimų (Kessler et al. 2002), asmenybės sutrikimų (Asselt et al. 2007) ir kt.).

Anot Luppa (2007), visi tokio pobūdžio tyrimai gali būti dviejų rūšių – orientuoti į paplitimą (angl. *prevalence*) arba į dažnį (angl. *incidence*). Paplitimo tyrimai vertina ekonominę psichinės ligos naštą, visuomenės patirtą tam tikru periodu ir sąlygotą ligos paplitimo (nepriklausomai nuo jos pradžios laiko). Tokiais atvejais tipiškas periodas yra vieneri metai. Į dažnį orientuoti tyrimai pateikia viso gyvenimo išlaidas, susijusias su liga. Jie dažniausiai apima visus atvejus, t. y. žmones, kurie pradėjo sirgti tam tikrais metais.

*Administracinių duomenų bazių naudojimas moksliniuose tyrimuose.* Duomenys ligos išlaidų tyrimams gali būti renkami (1) tiek apklausomis, (2) tiek iš įrašų, registruojamų įvairiose administracinėse duomenų bazėse. Kiekvienas iš šių metodų turi savų privalumų ir trūkumų. Tačiau, kaip teigia V. J. Hotzas ir kt. (1998), administracinių duomenų bazių duomenys turi tapti integruota sveikatos ir socialinės politikos poveikio stebėjimo ir vertinimo sistemos dalimi. Pateikiami tokie šių duomenų privalumai:

1. Duomenų detalumas ir tikslumas.
2. Didelė tyrimo imtis.
3. Santykinis pigumas.
4. Duomenys, suteikiantys galimybę atlikti retrospektyvius longitudinalinius tyrimus.
5. Galimybė gauti informacijos ieškant atitikimų (angl. *matching*).
6. Valstybinio pobūdžio duomenys, t. y. atskleidžiantys gerovės programų situaciją.

## TYRIMO METODIKA

**Šio tyrimo siekis** – įvertinti psichikos ligų naštą ir jos pokyčius gydantis psichikos sveikatos įstaigose ir palyginti gautus rezultatus su duomenimis apie bendrąją populiaciją.

**Tiriamieji:** asmenys, kurie 2013 m. sausį–gruodį gydėsi VŠĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre ir VŠĮ Antakalnio poliklinikos psichikos sveikatos centre (iš viso: 5356).

## TYRIMO METODAI

Ekonominis ligos naštos ir jos pokyčių tyrimas. Apskaičiuoti žmonėms, kurie 2013 m. gydėsi Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre ir Antakalnio poliklinikos psichikos sveikatos centre, 2012 metais (vieneri metai prieš gydymąsi 2013 m.) ir 2014 metais (vieneri metai po gydymosi 2013 m.) skirtas valstybės

išlaidas (pvz., kompensuojamiems medikamentams, įvairioms socialinėms ir medicininėms paslaugoms, išmokoms ir pan.) remiantis „Sveidros“, „Sodros“, Darbo biržos, Vidaus reikalų ministerijos informatikos ir ryšių departamento, Vilniaus miesto savivaldybės socialinės paramos centro, Higienos instituto ir kt. turimais duomenimis.

## PASIRINKTOS TYRIMO STRATEGIJOS PAGRINDIMAS

1. Administracinių duomenų būtinybė. Individualizuota tyrimo prieiga, kai renkami duomenys apie konkretų asmenį, jam suteiktas paslaugas ar buvimą tam tikrų tarnybų akiratyje, suteiks iš esmės kito lygmens informaciją, leidžiančią vertinti Lietuvos psichikos sveikatos sistemos funkcionavimo ypatumus. Apibendrintos įvairių institucijų (pvz., sveikatos, socialinių paslaugų ar socialinio draudimo) ataskaitos apie panaudotas lėšas, suteiktas paslaugas tokios išsamios informacijos negali pateikti.
2. Pakankamas tiriamųjų kiekis. Siekiant formuoti moksliskai pagrįstas rekomendacijas politikai formuoti, reikalingas pakankamai didelis tiriamųjų kiekis. Šiuo tyrimu gauti duomenys apie maždaug 5000 asmenų. Tam, kad gautume tokios apimties duomenis kitais būdais (pvz., anketine apklausa), reikėtų atlikti didžiulio masto labai brangiai kainuojantį tyrimą, o tai mažų mažiausiai būtų neekonomiška.
3. Ekonomiškas. Teoriškai būtų įmanoma organizuoti tokį tyrimą, kuriuo būtų kontaktuojama su kiekvienu einamaisiais metais besigydančiu pacientu ir gaunamas jo sutikimas panaudoti administracinėse bazėse kaupiamus asmens duomenis. Toks tyrimas užtruktų 3–4 metus, pareikalautų nepaprastai daug darbo, laiko ir finansinių resursų.
4. Reprezentatyvumas. Jokiais kitais būdais neįmanoma atlikti iš tiesų reprezentatyvų tyrimą (t. y., kad būtų tolygiai ir beveik 100 % reprezentuojama tiriamoji populiacija, tas yra reikalinga siekiant formuluoti patikimas ir moksliskai pagrįstas rekomendacijas politikai formuoti). Šiuo tyrimu pasiektas beveik 100 % pasirinktu laikotarpiu ir pasirinktose įstaigose besigydžiusių pacientų reprezentatyvumas. O tai suteikia tinkamą pagrindą platesnei tyrimo rezultatų generalizavimui.
5. Duomenų tikslumas. Nors duomenų bazėse kaupiami duomenys gali pasižymėti tam tikru netikslumu, o mūsų suplanuotas tyrimas gali turėti savų minusų, tačiau tvirtai galima teigti, kad duomenys registruoti administracinėse duomenų bazėse yra kur kas mažiau iškraipyti veikiami žmo-

giškojo faktoriaus (subjektyvus suvokimas, atmintis ir pan.). Todėl jie yra patikimesni ir leidžia tyrėjams atlikti tikslesnius skaičiavimus, nei renkami bet kuriuo kitu būdu.

## TYRIMO EIGA IR ORGANIZAVIMAS

Visų pirma, buvo kreiptasi į VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centrą ir VšĮ Antakalnio poliklinikos psichikos sveikatos centrą su prašymu išorinėse laikmėnose (CD) pateikti asmens kodų sąrašus, sudarius *Excel* lenteles. Šalia kiekvieno asmens kodo būtų pateikiamas šifras, neatskleidžiantis asmens tapatybės (žr. 1 lentelę).

**1 lentelė.** Duomenų suvedimo forma gydymo įstaigoms Nr. 1

Šifras	Asmens kodas
0001	xxxxxxxxxx
0002	xxxxxxxxxx

Taip pat jų prašoma tyrėjų komandai pateikti kitą lentelę, kurioje būtų nurodytas tiriamojo šifras ir kiti tyrimui reikalingi duomenys (žr. 2 lentelę).

**2 lentelė.** Duomenų suvedimo forma gydymo įstaigoms Nr. 2

Šifras	Lytis	Amžius	Pagrindinė diagnozė	Šalutinės diagnozės	Padalinys, kuriame gydėsi	Gydymosi pradžios data	Gydymosi pabaigos data
0001	V	34	...	...	...		
0002	M	52	...	...	...		

Į įstaigas („Sveidra“, „Sodra“, Darbo birža, Vidaus reikalų ministerijos informatikos ir ryšių departamentas, Vilniaus miesto savivaldybės socialinės paramos centras ir socialinių išmokų skyrius, Higienos institutas, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba) buvo kreipiamasi su prašymu surinkti duomenis pagal asmens kodų sąrašus. Išorinės laikmėnos su asmens kodų ir jų šifrų sąrašu (žr. 1 lentelę) konfidencialiai (antspauduotame voke), tarpininkaujant tyrėjų komandos atstovams, perduotos šioms įstaigoms. (**Tyrėjams asmens kodai lieka nežinomi viso tyrimo metu.**) Minėtoms įstaigoms nenurodoma jokių kitų duomenų apie asmens kodų sąrašus, t. y. neatskleidžiama, kad tai asmens kodai žmonių, kurie gydėsi psichikos sveikatos centruose. Įstaigų prašoma surinkti reikiamą informaciją pagal asmens kodus, pabaigoje ištrinant asmens kodų stulpelį (žr. 3 lentelę). Duomenys išorinėje laikmenoje (naujame CD) perduodami tyrėjų komandos nariams.



### 3 lentelė. Duomenų suvedimo forma įstaigoms, turinčioms administracines duomenų bases

Šifras	Asmens kodas	Pvz., 2012 m. skirtų kompensuojamų vaisių išlaidos	Pvz., 2014 m. skirtų kompensuojamų vaisių išlaidos	...	....	....
0001	xxxxxxxxxx	...	...	...	...	...
0002	xxxxxxxxxx	...	...	...	...	...

Žemiau pateikiame susitemintą informaciją apie duomenų šaltinius (t. y. įstaigas, turinčias administracines duomenų bases) ir apie asmens duomenis, kurių buvo prašoma iš kiekvienos įstaigos atskirai.

### 4 lentelė. Asmens duomenų ir jų šaltinių sąrašas

#### VŠĮ VILNIAUS M. PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRAS

1. Lytis
2. Amžius
3. Pagrindinė diagnozė
4. Skyrius, kuriame gydėsi
5. Gydymo pradžios data
6. Gydymo pabaigos data
7. Lovadienių / apsilankymų skaičius

#### VŠĮ ANTAKALNIO POLIKLINIKOS PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRAS

1. Lytis
2. Amžius
3. Pagrindinė diagnozė
4. Skyrius, kuriame gydėsi, ir apsilankymų skaičius
5. Kortelės atidarymo data
6. Kortelės uždarymo data

#### „SVEIDRA“

1. Galutinis TLK10 kodas
2. ASPĮ pavadinimas
3. Paslaugos pavadinimas
4. Paslaugos tipas (amb. ar stac.)
5. DRG
6. Paslaugos kaina
7. Paciento priemokos
8. Vaistų ATC kodas
9. Bendrinis pavadinimas
10. Kompensuojama kaina
11. Paciento priemoka

#### NEĮGALUMO IR DARBINGUMO NUSTATYMO TARNYBA

1. Neįgalumo lygis (nustatymo / pratęsimo faktas ir periodas)
2. Darbingumo lygis (nustatymo / pratęsimo faktas ir periodas)
3. Specialieji poreikiai (nustatymo / pratęsimo faktas ir periodas)
4. Profesinės reabilitacijos poreikiai (nustatymo / pratęsimo faktas ir periodas)

#### DARBO BIRŽA

1. Taikytos aktyvaus gyventojų užimtumo priemonės, jų pradžios ir pabaigos datos
2. Bedarbių pašalpų (tik už 2012 m.) sumos

#### „SODRA“

1. Išmokų senatvės pensijoms sumos
2. Išmokų nedarbingumo pensijoms sumos
3. Išmokų motinystės / tėvystės pašalpoms sumos
4. Išmokų nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų pašalpoms sumos
5. Laikino nedarbingumo išmokų sumos (išskiriant ligos ir slaugos išmokas)
6. Valstybinio socialinio draudimu apdraustųjų draudžiamosios pajamos
7. Savarankiškai dirbančių asmenų valstybinio socialinio draudžiamosios pajamos
8. Savanoriško valstybinio socialinio draudimo įmokos
9. Asmens darbo periodai su apdraustųjų kategorijomis
10. Bedarbių pašalpų (tik už 2014 m.) sumos

#### VILNIAUS M. SAVIVALDYBĖS SOCIALINĖS PARAMOS CENTRAS

1. Socialinės paslaugos
2. Socialinė parama ir vienkartinės pašalpos
3. Pagalbos priemonės
4. Būsto paslaugos

#### VILNIAUS M. SAVIVALDYBĖS ADMINISTRACIJOS SOCIALINIŲ REIKALŲ IR SVEIKATOS DEPARTAMENTO SOCIALINIŲ IŠMOKŲ SKYRIUS

1. Šalpos pensijos
2. Kompensacijos
3. Socialinės išmokos

#### VRM INFORMATIKOS IR RYŠIŲ DEPARTAMENTAS

1. Nukentėję nuo nusikalstamų veikų (pagal LR baudžiamojo kodekso straipsnius)
2. Įtariamieji-kaltinamieji, patraukti baudžiamojon atsakomybėn (pagal LR baudžiamojo kodekso straipsnius)

#### HIGIENOS INSTITUTAS (nereikia VDAI leidimo)

1. Mirties priežastis
2. Mirties data (2013–2014 m.)

Tarp svarbiausių skirtingų pacientų gyvenimo aspektus atspindinčių rodiklių yra:

1. Paciento poreikis gauti papildomas sveikatos priežiūros paslaugas ir medikamentus. Jis nustatomas analizuojant sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose duomenis („Sveidros“ duomenys).
2. Paciento galimybės gyventi savarankiškai ir integruotis į visuomenę. Jos nustatomos analizuojant gaunamas darbo pajamas ir užimtumo laikotarpius („Sodros“ duomenys) arba socialines išmokas bei socialines ir profesinės reabilitacijos paslaugas, jų gavimo laikotarpius („Sodros“, Darbo biržos ir savivaldybių socialinių paramų skyrių duomenys).
3. Paciento dalyvavimo neteisėtose veikose, sulaikymo ir teistumo atvejai (pvz., vartojant psichotropines medžiagas, paūmėjus psichikos susirgimui ir pan.) arba nukentėjimo nuo nusikalstamų veikų atvejai (Vidaus reikalų ministerijos informatikos ir ryšių departamento duomenys).
4. Pacientų mirtys ir jų priežastys, pvz., savižudybės (Higienos instituto duomenys).

Remiantis šių rodiklių pagrindu, atvejų įvairovė ir dažnis transformuojami į piniginę jų išraišką. Tai leidžia atlikti tokį ekonominio efektyvumo vertinimą, kuriuo matuojami sąnaudų ir rezultatų, paskaičiuotų eurais, santykiai. Šio ekonominio vertinimo privalumas yra jo išvadų universalumas, nes jis leidžia lyginti efektyvumą skirtingose prevencijos ir gydymo srityse.

## DUOMENŲ SAUGA

1. Nuo tyrimo pradžios iki pabaigos kiekvienas išorinėje laikmenoje perduodamas dokumentas buvo šifruojamas, t. y. dokumentą galima atidaryti tik įvedus sutartinį slaptažodį.
2. Elektroninė duomenų versija saugoma ir tvarkoma Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto administracijos paskirtoje patalpoje esančiame kompiuteryje.
3. Išorinės laikmenos, kuriomis buvo perduoti duomenys, saugomos iki projekto ir jo rezultatų vertinimo pabaigos rakinaamoje spintoje, esančioje Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto administracijos paskirtoje patalpoje.
4. Prireikus išspausdinti dokumentus su asmens duomenimis, jie arba panaudojus iš karto sunaikinami, arba saugomi iki projekto ir jo rezultatų

vertinimo pabaigos rakinamoje spintoje, esančioje Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto administracijos paskirtoje patalpoje.

5. Tyrimo metu surinkti duomenys saugomi abiejuose kompiuteriuose, išorinėse laikmenose ir spausdintose popierinėse versijose projekto vykdymo metu ir 10 m. po jo pabaigos iki 2027 m. birželio 30 d. To reikalauja projekto finansavimo sutarties 2.7. ir 3.5. punktai. Šiam periodui pasibaigus duomenys bus sunaikinti (ištrintos skaitmeninės bylos ir sunaikintos popierinės kopijos bei išorinės laikmenos taip, kad nebūtų galima atgauti buvusios informacijos).

#### DUOMENŲ SUBJEKTŲ TEISIŲ UŽTIKRINIMAS

Šių duomenų subjektų teisių įgyvendinimo neįmanoma užtikrinti, nes tyrėjų komanda neturi galimybių identifikuoti tiriamųjų ir su jais susijusių duomenų:

1. Duomenų subjekto teisė susipažinti su savo asmens duomenimis.
2. Duomenų subjekto teisė ištaisyti, sunaikinti savo asmens duomenis arba sustabdyti savo asmens duomenų tvarkymo veiksmus.
3. Duomenų subjekto teisė nesutikti, kad būtų tvarkomi jo asmens duomenys.

#### PASIRINKTOS TYRIMO STRATEGIJOS TEISINIS PAGRINDAS

1. Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas (3 str.; 4 str.; 30 str. 6 d.).
  - 3 str. 2 d., 3 d.
  - 4 str.
  - 5 str. 3 d.
  - 6 str.
  - 7 str. 3 d. 2 p.
  - 10 str. 3 d.
  - 12 str.
  - 23 str. 1 d., 3 d., 4 d.
  - 24 str. 4 d.
  - 30 str. 1 d., 6 d.
  - 33 str. 1 d. 4 p.
2. Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus įsakymas „Dėl bendrųjų reikalavimų organizacinėms ir techninėms duomenų saugumo priemonėms patvirtinimo“ (II d. 11 p.).
3. Asmens duomenų tvarkymo mokslinio tyrimo tikslais Vilniaus universitete taisyklės (V d. ir VIII d.).

## EKONOMINĖ PSICHIKOS LIGŲ NAŠTOS ANALIZĖ: TYRIMO REZULTATAI

### GYDYTŲ PACIENTŲ GRUPIŲ APIBŪDINIMAS

Buvo tiriamos dvi pagrindinės pacientų grupės:

- asmenys, kurie gydėsi VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre (toliau – Ligoninė);
- asmenys, kurie 2013 m. sausį–gruodį pirmą kartą kreipėsi į VšĮ Antakalnio poliklinikos psichikos sveikatos centrą (toliau – Centras).

Atsižvelgiant į tai, kad abiejose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPI) yra daug skirtingų pacientų srautų, detaliau buvo analizuojamos panašios pacientų grupės. Šios grupės buvo išskirtos pagal ligų (šizofrenija ir depresija), gautų panašių paslaugų (Ligoninės Dienos stacionaras (toliau – ligoninės DS) ir Centro dienos stacionaras (toliau – Centro DS)), gydymo panašiuose skyriuose kriterijus.

**5 lentelė.** Tiriamųjų charakteristikos pagal gydymosi įstaigas ir gautas dienos stacionaro paslaugas

	2012 m.		2014 m.		2012 m.		
	n	Mirčių skaičius	n	Amžius	Moterų %	Apsilankymų skaičius Vidutinis / dažniausias Min / max	
Ligoninė	1641	37	1604	39	62	1,7/1 1/14	
Centras	2011	59	1952	45	60	4/1 1/58	
Ligoninės DS*	437	16	421	37	69	1,5/1 1/5	
Centro DS	120	3	117	46	64	31/37 3/58	

\* Apsilankymų kursas.

**6 lentelė.** Ligoninės tiriamųjų charakteristikos pagal ligas

	2012 m.		2014 m.		2012 m.		
	n	Mirčių skaičius	n	Amžius	Moterų %	Apsilankymų skaičius Vidutinis / dažniausias Min / max	
Šizofrenija	645	8	637	41	57	1,9/1 1/14	
Depresija	525	10	515	43	70	1,6/1 1/7	

Valstybės psichikos ligų gydymo išlaidas sudaro keturios pagrindinės išlaidų grupės:

1. Išlaidos pirminei sveikatos priežiūrai.
2. Išlaidos specializuotai ambulatorinei priežiūrai.
3. Išlaidos gydymui ligoninėse.
4. Vaistų išlaidų kompensacijos.

Išlaidos pirminei sveikatos priežiūrai susietos su registruotų prie pirminio lygio ASPĮ gyventojų skaičiumi. Pirminė psichikos sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos taikant vienodą mokestį už kiekvieną prirašytą gyventoją (3,61 eurų iki 2017 m.). Papildomai mokama už gerus darbo rezultatus – išvengtų šizofrenija sergančių pacientų hospitalizavimo skaičių. Dėl tokios pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos išlaidas šiam gydymo komponentui galima įvertinti tik apytiksliai, dauginant mokestį už prirašytą gyventoją iš prirašytų gyventojų skaičių.

Išlaidos specializuotai sveikatos priežiūrai – tai veikiausiai išlaidos specialistų konsultacijoms bei tam tikroms intervencijoms, tyrimams ar procedūroms. Vertinant šias išlaidas iš visų ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų buvo išskirtos psichikos sveikatos priežiūros specializuotos paslaugos ir susumuotos išlaidos joms teikti.

Išlaidos gydymui ligoninėse – tai Privalomo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) mokėjimai pagal aktyvaus gydymo grupes (giminingų diagnozių grupės, toliau angl. – DRG) ir kitų stacionaruose teikiamų paslaugų (pvz., reabilitacijos) apmokėjimai. Vertinant šias išlaidas buvo apskaičiuotos dėl diagnozių su F TLK-X kodais ir dėl kitų diagnozių ligoniams skirtos išlaidos.

Vaistų išlaidų kompensavimas – tai PSDF apmokamų gydytojų išrašytų ambulatoriniam gydymui skirtų vaistų bazinių kainų išlaidos. Vertinant šias išlaidas buvo atskirai grupuotos išlaidos vaistams, išrašytiems pagal F TLK-X kodus (išskiriant paciento priminį F kodą ir kitus F kodus), ir išlaidos kitiems kompensuojamiesiems vaistams.

Lyginant vidurkius ištirta, kad:

- išlaidos Ligoninės pacientams skirtiems vaistams buvo didesnės nei Centre;
- specializuotų ambulatorinių SPP teikimo išlaidos buvo panašios, nors 2014 m. didesnis jų augimas pastebimas Ligoninės pacientų grupėje;
- 2012–2014 m. aktyvaus stacionarinio gydymo, teikto Ligoninės pacientams, išlaidos beveik nepasikeitė;
- 2012–2014 m. aktyvaus stacionarinio gydymo, teikto Centro ligoniams, išlaidos padidėjo ir pasiekė Ligoninės pacientų išlaidų dydį;

- 2014 m., kaip ir 2012 m., reikšmingai didesnė Ligoninės pacientų dalis gydėsi ligoninėse;
- neaktyvaus gydymo išlaidos ypač didelės Ligoninės pacientų grupėje, tačiau tokios paslaugos buvo teiktos mažam pacientų skaičiui.

**7 lentelė.** 2012–2014 m. išlaidų, tiesiogiai susijusių su psichikos sutrikimų gydymu (TLK-X F diagnozės), vidurkių Ligoninėje ir Centre palyginimas

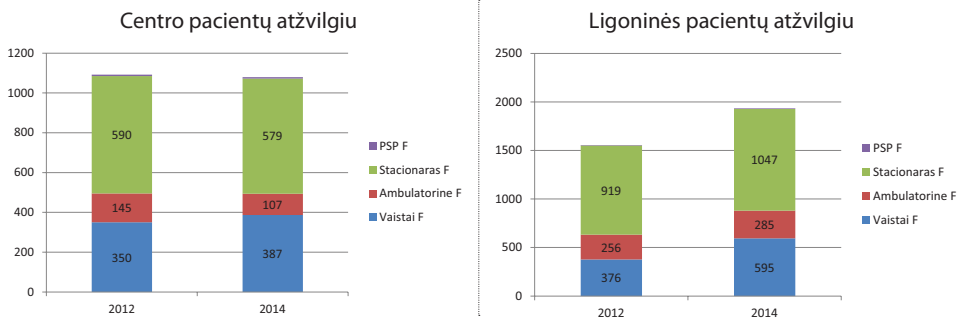
	2012		2014		2012	2014	2012		2014	
	Vaistai				Spec. ambul. SPP		Stacionaro SPP		Stacionaro SPP	
	F pirm	F kita	F pirm	F kita			Aktyv .	Neakt.	Aktyv .	Neakt.
LIG	432	63	579	123	478	512	2024	2302	2040	4367
n/%*	850/52	149/9	992/53	165/9	535/33	557/35	430/26	21/1	466/29	22/1
Centras	322	25	361	57	458	474	1613	1879	2049	2100
n/%	1082/54	84/4	1057/54	98/5	316/16	225/12	277/14	76/4	224/11	57/3

\* Pacientų skaičius/ Pacientų dalis nuo visų tos įstaigos pacientų.

Bendros išlaidos, susijusios su Ligoninės pacientų gydymu nuo psichikos sutrikimų, buvo didesnės ir labiau didėjo nei išlaidos, skiriamos Centro pacientams:

1. Valstybės išlaidos dėl psichikos sutrikimų gydymo Ligoninės pacientų grupėje sudarė 1557 tūkst. eurų 2012 m. ir 1933 tūkst. eurų 2014 m. Didžiausios išlaidų dalis – tai stacionaraus gydymo išlaidos (45 %) ir išlaidos kompensuojamiems vaistams (26 %), specializuotai ambulatorinei SPP 2014 m. atiteko 12 %, o pirminei SPS – mažiau nei pusė procento visų išlaidų.
2. Valstybės išlaidos dėl psichikos sutrikimų gydymo Centro pacientų grupėje sudarė 1092 tūkst. eurų 2012 m. ir 1080 tūkst. eurų 2014 m. Stacionariam gydymui skirta daugiau nei pusė visų išlaidų (54 %), išlaidoms kompensuojamiems vaistams – 36 %, dešimtadalis išlaidų – tai ambulatorinės specializuotos SPP išlaidos, o pirminė psichikos SPP – 0,7 %.

Pastebėtas skirtumas, nepaisant santykinai vyresnio Centro pacientų kontingento, gali būti aiškintinas tuo, kad tarp Ligoninės pacientų vyrauja sunkiai sergantys ligoniai. Jeigu 297 Centro ligoniai 2012 m. patyrė 474 hospitalizavimo atvejus aktyviai gydant psichikos sutrikimus, tai 559 Ligoninės pacientai 2012 m. patyrė 931 hospitalizavimo atvejį. Todėl verta detaliau panagrinėti ir sąnaudas, susijusias su panašių ligonių gydymu, ir Ligoninės, kur gydomi sunkiausi ligoniai, sąnaudas.

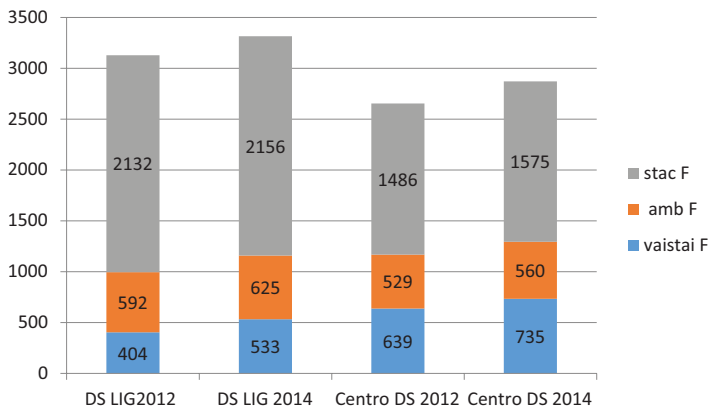


**2 pav.** Tiesioginių gydymo sąnaudų pokyčiai 2012 m. ir 2014 m. (tūkst.eurų)

Abiejose ASPĮ yra pacientų, kurie gavo dienos stacionaro paslaugas. Siekiant tikslesnio palyginimo, buvo užtikrinta, kad į Centro Dienos stacionaro paslaugas gavusių pacientų skaičių nebūtų įtraukti Ligoninės pacientai. Į Ligoninės Dienos stacionaro sąlygomis gydytų pacientų grupę buvo įtraukti ir išskirtinai dienos stacionaro paslaugų vartotojai iš visų skyrių, kur teikiamos tokios paslaugos.

Vis dėlto analizė parodė, kad Centro dienos stacionaro pacientų grupė yra homogeniškesnė. Šioje grupėje, skirtingai nuo dienos stacionaro paslaugų gavėjų Ligoninėje, pacientų amžius turi didelę prognostinę galią. Su pacientų amžiumi tiesiogiai koreliuoja išlaidos vaistams ir specialistų konsultacijoms, o atvirkštinė koreliacija sieja pacientų amžių ir stacionarinio gydymo išlaidas.

Taip pat svarbu pažymėti, kad Centro dienos stacionaro paslaugų vartotojų grupė yra vyresnė nei Ligoninės.



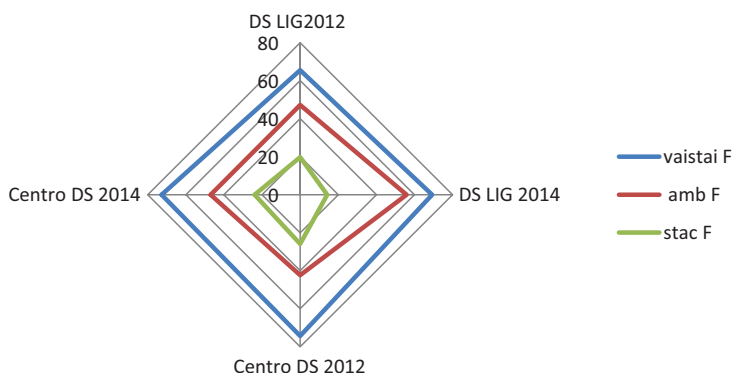
**3 pav.** Tiesioginės valstybės išlaidos ligoniams, 2013 m. gydytiems dienos stacionaro sąlygomis (tūkst. eurų)



Kaip matyti 3 pav.:

- išlaidos kompensuojamiesiems vaistams abiejose ASPĮ padidėjo (15 % Centro ir 32 % Ligoninės pacientų grupėse);
- vienodai – apie 6 % išaugo išlaidos ambulatorinei specialistų SP;
- visos išlaidos Ligoninės dienos stacionaro lankytojų atžvilgiu 2012–2014 m. padidėjo 6 %, o Centro dienos stacionaro lankytojams – 8 %.

2014 m. išlaidos Ligoninės dienos stacionaro lankytojų atžvilgiu buvo 13 % didesnės nei išlaidos Centro dienos stacionaro lankytojams. Tačiau, kaip matyti 4 pav., daugiau Centro dienos stacionaro lankytojų buvo hospitalizuota ir vartojo vaistus, o Ligoninės dienos centro lankytojai labiau vartojo specializuotas ambulatorinės pagalbos paslaugas: 2014 m. 73 % Centro DS lankytojų vartoja kompensuojamuosius vaistus, skirtus psichikos sutrikimams gydyti (69 % Ligoninės DS), 24 % buvo gydyti stacionaruose (14 % Ligoninės DS) ir 56 % Ligoninės DS lankytojų gavo specializuotas ambulatorines paslaugas (47 % Centro DS).



**4 pav.** Dienos stacionaro lankytojų skaičiai Ligoninėje ir Centre 2012 m. ir 2014 m.

## VALSTYBĖS IŠLAIDŲ, SKIRTŲ LIGONINĖJE 2013 M. GYDYTIEMS PACIENTAMS, DETALESNĖ ANALIZĖ

### ◆ Ligoninių grupavimas pagal panašių paslaugų teikimo Ligoninėje kriterijų

Atlikus kokybinę ekspertų (Ligoninės gydytojų) apklausą, buvo pasirinkti 4 skyriai, kuriuose gydomi panašaus sunkumo pacientai:

- Skyriuje Nr. 1 yra stacionaras ir dienos stacionaras. Čia medikamentinis gydymas yra svarbiausias, jis taikomas derinant su kitų skyrių psichosocialinės reabilitacijos, psichologinės pagalbos paslaugomis.

- Skyriuje Nr. 2 yra stacionaras ir dienos stacionaras. Nors čia derinamas medikamentinis ir psichoterapinis gydymas, prioritetas skiriamas psichoterapiniam gydymui, siekiama sumažinti vaistų vartojimą.
- Skyriuje Nr. 3. yra dienos stacionaras. Čia svarbus privalomas medikamentinis gydymas, kuris derinamas su psichoterapiniu gydymu. Nesiekama sumažinti vaistų vartojimo.
- Skyriuje Nr. 4 yra dienos stacionaras. Čia medikamentinis gydymas yra svarbiausias. Jis taikomas derinant su kitų skyrių psichosocialinės reabilitacijos, psichologinės pagalbos paslaugomis.

**8 lentelė.** Ligoninės tiriamųjų charakteristikos pagal skyrius

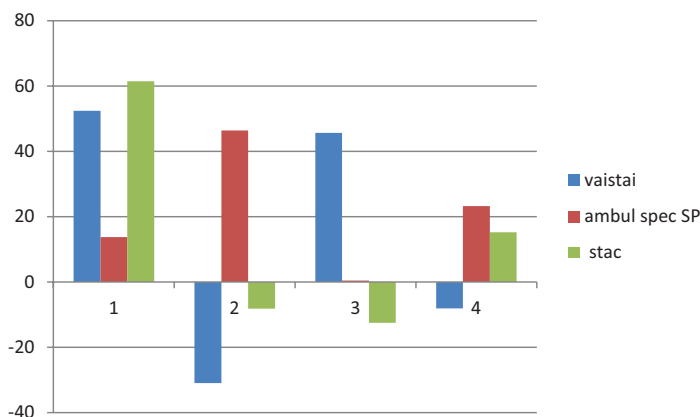
	2012 m.	Mirčių skaičius	2014 m.	2012 m.			
	n		n	Amžius	Moterų %	Apsilankymų skaičius	
						Vidutinis / dažniausias	Min / max
1 skyrius	238	7	231	48	61	1,1/1	1/2
2 skyrius	133	4	129	37	57	1,1/1	1/2
3 skyrius	138	1	137	33	75	1,3/1	1/3
4 skyrius	235	4	231	43	62	1,5/1	1/5

**9 lentelė.** Vidutinės SPP ir vaistų išlaidos vienam pacientui pagal skyrius 2012 m. ir 2014 m. (eurais)

Skyriai	Vaistai 2012	Vaistai 2014	Amb. spec. SPP 2012	Amb. spec. SPP 2014	Stac. SPP 2012	Stac. SPP 2014
<b>1</b>	333	507	342	389	2038	3290
<b>2</b>	260	179	339	496	2471	2269
<b>3</b>	391	570	713	716	2133	1865
<b>4</b>	114	104	393	484	1667	1920

Kaip matyti 9 lentelėje, vidutinės išlaidos kompensuojamiesiems vaistams svyravo nuo 114 eurų iki 391 eurų 2012 m., o 2014 m. skirtumai dar padidėjo, nes išlaidos svyravo nuo 104 eurų iki 570 eurų. Ambulatorinės specializuotos SPP išlaidos 2012 m. buvo panašios 3-uose skyriuose (iki 400 eurų), tačiau 2014 m. vidurkiai skirėsi daugiau (389 eurų, 484 eurai ir 496 eurai); o vieno skyriaus pacientų ambulatorinės specializuotos SPP išlaidos siekė dvigubai daugiau – virš 700 eurų. Stacionarinio gydymo išlaidų vidurkiai 2012 m. buvo panašūs – apie 2000 eurų, tačiau 2014 m. išlaidų skirtumai padidėjo (nuo 1865 eurų iki 3290 eurų).

Tęsiant vidurkių lyginimą, atsižvelgiant į tai, kiek procentų pasikeitė 2014 m. vidurkiai, palyginti su 2012 m., matoma (5 pav.), kad dviejuose skyriuose, kur 2012 m. buvo santykinai žemesni pacientų vaistų išlaidų kompensavimo rodi-



**5 pav.** Tiesioginių gydymo sąnaudų Ligoninės skyriuose vidurkių pokyčiai lyginant 2012 m. ir 2014 m. rodiklius (proc.)

kliai, fiksuojama jų mažėjimo tendencija. Tačiau šituose skyriuose sparčiai didėjo ambulatorinio gydymo išlaidos. Dviuose skyriuose, kur sumažėjo stacionaraus gydymo išlaidų vidurkis, tai įvyko nuo santykinai didesnio nei kituose skyriuose išlaidų lygio.

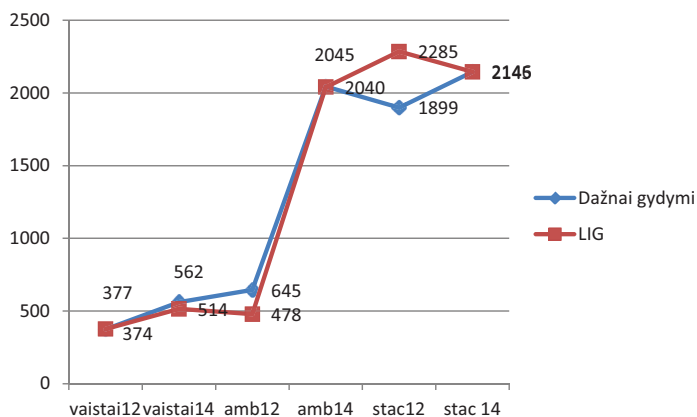
#### ♦ Ligonių grupavimas pagal gydymo atvejų Ligoninėje dažnį

Atlikus dažnai (3 ir daugiau kartų) Ligoninėje gydytų ligonių grupės (#250) išlaidų analizę paaiškėjo, kad tiesioginių gydymo išlaidų vidurkiai šių ligonių ir visų Ligoninės pacientų atžvilgiu iš esmės nesiskiria.

**10 lentelė.** Ligoninės tiriamųjų charakteristikos pagal gydymosi toje pačioje įstaigoje dažnį

	2012 m.		2014 m.		2012 m.		
	n	Mirčių skaičius	n	Amžius	Moterų %	Apsilankymų skaičius Vidutinis / dažniausias	Min / max
Apsilankiusieji 3 ir daugiau kartų	250	9	241	40	63	3,8/3	3/14

Kaip matyti 6 pav., 2012 m. ir 2014 m. išlaidų kompensuojamiesiems vais-tams vidurkiai ir ambulatorinės specializuotos SPP išlaidos buvo labai panašios. Tą patį galima pasakyti apie stacionaraus gydymo išlaidas 2014 m., nors 2012 m. dažnai gydytų 2013 m. ligonių grupėje stacionaraus gydymo išlaidos buvo vidutiniškai mažesnės.

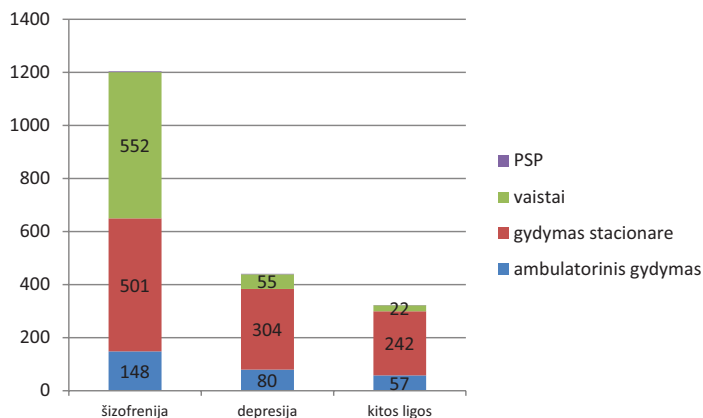


**6 pav.** Tiesioginių gydymo sąnaudų, susijusių su Ligoninėje dažnai gydytų pacientų, lyginimas su Ligoninės pacientų vidurkais 2012 m. ir 2014 m. (eurais)

Detalesnė analizė atskleidė, kad skirtingai nuo visų Ligoninių pacientų, šios ligonių grupės atžvilgiu pastebėtas stiprus koreliacinis ryšys (0,087) tarp gydymų Ligoninėje aktyvaus stacionaraus gydymo dėl psichikos sutrikimų išlaidų 2012 m. ir gydymo atvejų 2013 m. skaičiaus. Taigi galima tirti hipotezę, kad stacionaraus gydymo dėl psichikos sutrikimų rodikliai gali būti stacionaraus gydymo poreikio prediktorius.

#### ◆ Ligoninių grupavimas pagal ligas

Tiesioginės valstybės išlaidos gydant sunkius darbingo amžiaus pacientus, sergančius psichikos ligomis, labiausiai sietinos su šizofrenijos, šizotopinio ir klie-desinių sutrikimų (TLK-X diagnozių kodai F20-F25) gydymu. Nors Ligoninėje pacientų, sergančių depresija, skaičius nėra daug mažesnis nei pacientų, sergančių



**7 pav.** Ligoninės pacientų tiesioginės gydymo sąnaudos 2014 m. (tūkst. eurų)

šizofrenija, valstybės išlaidos, susijusios su šizofrenijos gydymu, yra žymiai didesnės (žr. 7 pav.).

Išlaidos stacionariam pacientų, sergančių šizofrenija, gydymui sudarė 48 %, ambulatorinei specializuotai SPP atiteko 52 % visų išlaidų, išlaidų kompensuojamiesiems vaistams didžiausią (87 %) dalį irgi sudarė šie pacientai. Su depresijos (TL-X diagnozių kodai F32-F33) gydymu sietinos po trečdalį ambulatorinės specializuotos SPP ir stacionaraus gydymo išlaidų.

Valstybės tiesioginės išlaidos tam tikroms ligoms gydyti yra lengviausiai skaičiuojamos išlaidos. Tačiau jos nevisiškai parodo ekonominę ligų naštą ir kartais netiksliai atspindi ekonominės naštos komponentus.

## EKONOMINĖS LIGŲ SĄNAUDOS

Tyrimo metu buvo bandoma išplėsti ekonominės psichikos sutrikimų naštos vertinimą remiantis surinktais duomenimis. Ekonominės ligų naštos analizės prielaida – nuoseklus pagrindinių metodologinių aspektų tikslumas, nustatant išlaidų komponentus, atitinkamus vertinimo požiūriu.

Nagrinėjant tiesiogines medicinos išlaidas, nors ir su tam tikromis išlygomis, galimas platesnis susijusių medicinos išlaidų suvokimas. Pavyzdžiui, šiuo metu mokslinėje literatūroje aktualūs gretutinių ligų naštos klausimai. Psichikos ligų atžvilgiu tai lygiagrečiai diagnozuojamų priklausomybės ir kitų psichikos ligų problemos, taip pat ir gretutinių somatinių ligų tikimybė bei sunkumas.

Kitas esminis dalykas – tai ekonominės ligų naštos analizės požiūris. Ekonominės ligų sąnaudos įprastai nagrinėjamos skirtingais požiūriais:

1. Teikėjų požiūriu jos apima tiesiogines pacientų gydymo išlaidas. Tačiau teikėjų sąnaudos skiriasi nuo paslaugų pirkėjo arba finansuotojo kainų.
2. Pacientų požiūriu, kai įtraukiamos ligonių ir jų artimųjų patirtos išlaidos.
3. Visuomenės požiūriu, kuris bene geriausiai atspindi visas sąnaudas, įskaitant ir tiesiogines gydymo išlaidas, ir netiesiogines sąnaudas, kai kartu su tiesioginėmis medicinos išlaidomis vertinamos ir tiesioginės ne medicinos išlaidos. Į vertinimą įtraukiamos ir netiesioginės ligų sąnaudos. Tačiau, nagrinėjant netiesiogines sąnaudas, vertinimas visuomenės požiūriu neturi būti susitapatinamas su vertinimu valstybės požiūriu.

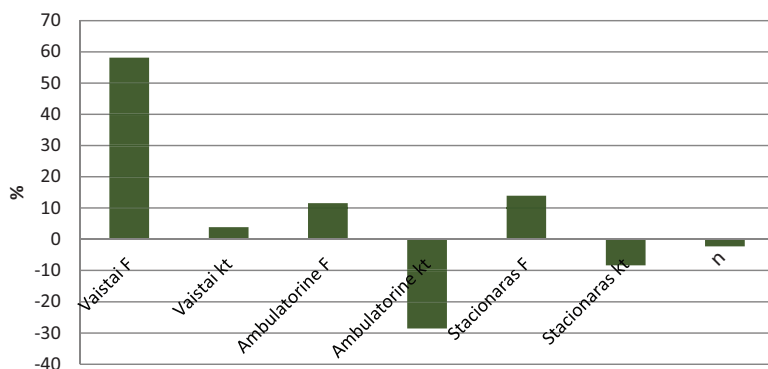
Analizuojamos Ligoninės specifika yra ta, kad joje maža atsitiktinių priklausomybės ligomis sergančių pacientų. Tai susiję su tuo, kad Vilniaus miesto ligoninių tinkle yra priklausomybės ligų gydymu užsiimančių ASPĮ.

Tačiau reikia pažymėti, kad Ligoninėje būna ligonių, kurie tikėtinai serga priklausomybės ligomis. Pavyzdžiui, 2012 m. 43 ligoniai buvo gydomi kitose ligoninėse dėl apsinuodijimo alkoholiu, narkotikais ir kitomis medžiagomis.

Mokslinėje literatūroje nustatyta, kad psichikos ligomis sergantys ligoniai dažnai serga gretutinėmis somatinėmis ligomis. Todėl tikėtina, kad psichikos ligomis sergančiųjų gydymo išlaidos yra didesnės, nei būtų nesant psichikos sutrikimų.

Detaliau analizuojant ne tik išlaidas dėl TLK-X diagnozių kodų F00-F99, pastebėta, kad 2014 m. Ligoninės pacientų gydymo išlaidos dėl kitų (ne F00-F99 diagnozių) sveikatos sutrikimų beveik ¼ sumažėjo, nors pacientų skaičius sumažėjo 2 %. Taigi, kitų gydymo išlaidų sumažėjo nuo 22 % iki 16 % visų išlaidų.

Kaip matyti 8 pav., 2014 m. palyginti su 2012 m., pacientų skaičius (n) nežymiai sumažėjo, tačiau išaugo visos psichikos sutrikimų gydymo sąnaudos, ypač išlaidos vaistams. Išlaidos dėl gretutinių ligų sumažėjo, išskyrus išlaidas vaistams.



**8 pav.** Ligoninės pacientų skaičių ir SPP sąnaudų pokyčiai lyginant 2014 m. ir 2012 m. rodiklius (proc.)

Beje, panaši tendencija išreiškėja ir analizuojant išlaidas, susijusias su Centro pacientais. Tačiau kitų išlaidų dalis yra santykinai didesnė ir sumažėjo nuo 31 % iki 20 %. Taip pat sumažėjo kitų gydymo išlaidų ir dienos stacionaruose gydytų pacientų atžvilgiu.

Iš dalies šią specializuotos SPP išlaidų mažėjimo tendenciją galima paaiškinti įvykusių psichikos sutrikimų diagnozių patikslinimu.

Tiekėjų sąnaudų analizės tikslas – įvertinti galimus skirtumus tarp valstybės (PSDF) mokamų SPP paslaugų kainų ir teikėjų sąnaudų. Vertinant tiesiogines ligų sąnaudas platesniu nei paslaugų teikėjo aspektu įprastai skaičiuojamos ir pacientų patirtos išlaidos.

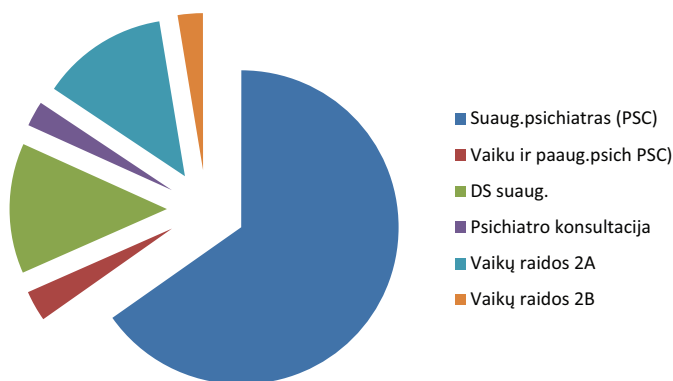
Lietuvos viešųjų ASPĮ paslaugų teikimo sąnaudos neretai sutapatinamos su kainomis, kurias už šių paslaugų teikimą moka teritorinės ligonių kasos. Tačiau tikėtina, kad tam tikros ASPĮ išlaidos skiriasi nuo visoje šalyje vienodų apmokėjimo iš PSDF dydžių dėl ASPĮ veiklos sąlygų (kaip organizuojamas paslaugų teikimas, kokie vietiniai apribojimai arba galimybės išskiria ASPĮ iš kitų panašių įstaigų), taip pat dėl pacientų srautų (pvz., sezoniniai lankytojų svyravimai, diagnozių ir būklių sunkumas, gretutinių ligų pasireiškimai).

Siekiant įvertinti kainų (išreikštų per pajamas vienai paslaugai) ir faktinių vienos paslaugos sąnaudų skirtumus, atlikta pajamų ir sąnaudų analizė abiejose tyrimo dalyvavusiose ASPĮ.

#### ◆ Ambulatorinio gydymo sąnaudos pirminėje SPP grandyje

2015 m. pabaigoje Centro aptarnaujamų gyventojų skaičius sudarė beveik 85 tūkst. asmenų. Pagal normatyvus centre buvo užimti 4 gydytojų psichiatrų etatai, 2,25 psichologų etato, 4,5 slaugytojų etato ir 3,5 socialinių darbuotojų etato.

Suteiktų paslaugų struktūroje vyrauja psichiatro konsultacijos (65 %) ir suaugusiųjų dienos stacionaro paslaugos (13 %).



9 pav. Centro vidutinis mėnesinis paslaugų skaičius 2015 m.

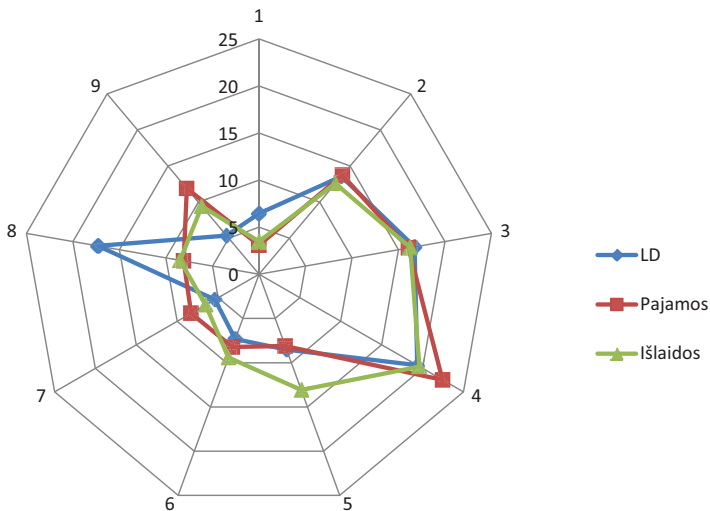
Centro pajamas sudarė PSDF mokėjimas už pirminio lygio paslaugas (priešingai gyventojus, skatinamąsias paslaugas ir gerus rezultatus) – 78 %, dienos stacionaro paslaugų apmokėjimas – 21 %. Darbo užmokestis ir socialinio draudimo įmokos sudarė 80 % visų sąnaudų.

Atlikus netiesioginių sąnaudų priskyrimą (pagal darbo užmokesčio dydžius), nustatyta, kad pirminio lygio apsilankymo sąnaudos sudarė 15,2 eurų, dienos stacionaro paslaugos sąnaudos sudarė 19,7 eurų, o antrinio lygio psichiatro konsultacijos sąnaudos – 18,6 eurų.

PSDF kainos yra kitos – 20,82 eurai už dienos stacionaro paslaugą<sup>9</sup>, antrinio lygio psichiatro konsultacijos kaina – 11,34 eurai, o psichiatro konsultacijos kaina su pirminiu psichologo ištyrimu – 16,11 eurai<sup>10</sup>.

#### ◆ Gydymas stacionare

Psichikos ligų gydymo stacionaro finansavimo srityje taikomos 10 aktyvaus suaugusiųjų DRG kainų grupės (be 2-jų dienos stacionaro gydymo paslaugų). Kainos svyruoja nuo 640 eurų iki 2556 eurų, vienos dienos Ligoninės Dienos stacionaro paslaugų kaina – 22,39 eurų.<sup>11</sup> Toks apmokėjimo mechanizmas sukuria paskatas trumpinti vidutinę gydymo trukmę.



**10 pav.** Ligoninių skyrių paslaugų (lovadienių), pajamų ir išlaidų dalis 2015 m. (proc.)

<sup>9</sup> [www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/Documents/0829%20Dienos%20stacionaro%20paslaugos.pdf](http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/Documents/0829%20Dienos%20stacionaro%20paslaugos.pdf)

<sup>10</sup> <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/Documents/0829%20Gdytoju%20specialistu%20konsultacijos.pdf>

<sup>11</sup> <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sveikatos-prieziuros-paslaugu-bazines-kainos/Documents/0104%20Stacionaro%20DRG%20kainos%202016%20m.pdf>



Palyginę Ligoninės skyrius<sup>12</sup> pagal jų įnašą į gydymo lovardienius (paslaugos teikimo rodiklis), gautas pajamas ir bendras išlaidas, pastebime, kad išlaidų perskirstymas tarp skyrių sumažina skirtumus (žr. 10 pav.).

Taigi, Ligoninės lygmenyje pastebimi reikšmingi skirtumai tarp kainų ir faktinių išlaidų. Šie skirtumai sudaro iki 58 %.

## PACIENTŲ IŠLAIDOS

Remiantis gautais duomenimis iš dalies galima įvertinti pacientų išlaidas. Lietuvoje išlaidos vaistams sudaro didžiausią dalį (apie ¾) visų pacientų išlaidų, mokant už SPP gydymo metu.

Iš administracinių duomenų bazių galima gauti duomenų apie pacientų priemokas perkant vaistus, kurių išlaidos yra kompensuojamos PSDF lėšomis. Šios priemokos sudaro tik dalį visų pacientų išlaidų perkant vaistus.

Priemokas įsigyjant vaistų psichikos sutrikimams gydyti 2012 m. mokėjo apie 61 % Ligoninės pacientų ir 58 % Centro pacientų. Atvirkščiai, didesnė Centro pacientų dalis (35 %), palyginti su 25 % Ligoninės pacientų, mokėjo priemokas už kitus gydytojų išrašytus vaistus. Priemokų dydžių vidurkiai 2012–2014 m. didėjo visoms pacientų grupėms. Suprantama, kad Centro pacientai daugiau vartoja ir moka už kitus vaistus, tai akivaizdu ir Centro dienos stacionaro grupėje.

Priemokos sudarė apie 6–7 % visų išlaidų kompensuojamiesiems vaistams, kurie buvo išrašyti Ligoninės ir Centro ligoniams. Dienos stacionaro, ypač Ligoninės ligonių atžvilgiu, šios priemokos sudarė didesniąją išlaidų vaistams dalį – nuo 8 iki 26 %.

**11 lentelė.** Priemokų už vaistus dydžių vidurkiai 2012 m. ir 2014 m. (eurais)

	2012 m.		2014 m.	
	F00-F99 kodai	Kiti kodai	F00-F99 kodai	Kiti kodai
Ligoninė	22	24	29	32
Centras	23	34	25	41
Ligoninės dienos stacionaras	23	20	30	31
Centro dienos stacionaras	21	38	29	48
Šizofrenija sergantieji	18	17	21	22
Depresija sergantieji	30	27	42	38
Dažnai gydomi Ligoninės pacientai	23	11	29	32

<sup>12</sup> Lyginami tik skyriai, kuriuose teikiamos paslaugos yra apmokamos iš PSDF, kitų skyrių išlaidos priskirtos prie šių skyrių sąnaudų.

Remiantis gautais duomenimis, labai maža Ligoninės pacientų grupė gavo pagalbą, skatinančią dalyvauti darbo rinkoje. 2012 m. Vilniuje 25 asmenų gavo NDNT profesinės reabilitacijos paslaugas, vidutiniškai trukusias 75 dienas. LDB užimtumo priemonės, vidutiniškai trukusias 123 dienas, gavo 34 asmenys. 2014 m. šių paslaugų buvo suteikta dar mažiau: 25 asmenys gavo trumpesnę profesinę reabilitaciją, sumažėjo užimtumo paslaugų gavėjų skaičius ir vidutinė trukmė.

**12 lentelė.** Dalyvavimo darbo rinkoje priemonės 2012 m. ir 2014 m.

Priemonės	2012 m.	2014 m.
Reabilitacija (dienos)	75	55
Reabilitacijos paslaugas gavusių asmenų skaičius	25	25
Užimtumas (dienos)	123	106
Reabilitacijos paslaugas gavusių asmenų skaičius	34	30

Kito pobūdžio socialinių priemonių, kurios iš dalies galėtų skatinti Ligoninės pacientų savarankiškumą, Vilniuje suteikta nedaug, nors ir pastebima šių priemonių didėjimo tendencija.

**13 lentelė.** Socialinės paslaugos ir kitos priemonės Ligoninės pacientams 2012 m. ir 2014 m.

Priemonės	2012 m.	2014 m.
Socialinės paslaugos	34	50
Slaugos kompensacijos	2	4
Globos išmokos	0	1
Būsto šildymo kompensacijos	6	6
Priežiūros tikslinės kompensacijos	13	19

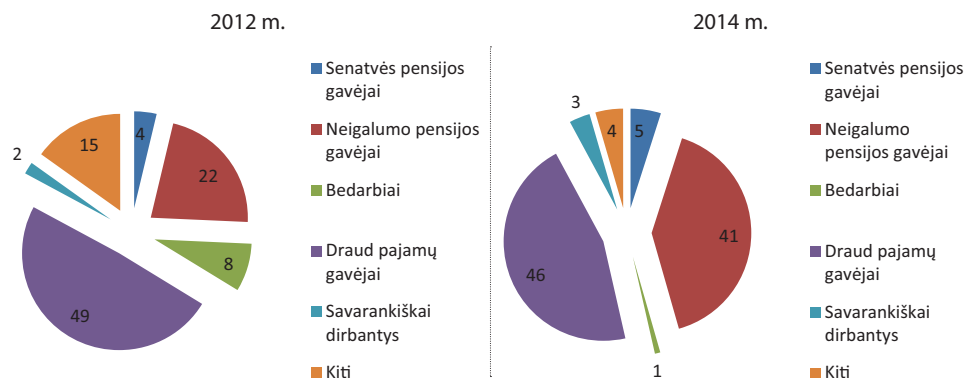
## NETIESIOGINĖS SĄNAUDOS

Prie netiesioginių ligų sąnaudų priskirtinas nedarbingumas ir ankstyvas mirtingumas.

### ♦ Darbingumo praradimas dėl psichikos ligų

Sugretinus kelių administracinių duomenų bazių duomenis, galima pamatyti ligonių socialinio-ekonominio statuso pasikeitimą per pajamų šaltinių struktūros pokyčius.

Kaip matyti pav X., 2014 m. 3 % sumažėjo pacientų, gaunančių draudžiausias pajamas, 11 % sumažėjo kitų pacientų, nepriskirtų prie išvardytų grupių. Tačiau beveik dvigubai padidėjo negalios pensijos gavėjų grupė.



11 pav. X Ligoninės pacientų struktūra 2012 m. ir 2014 m. (proc.)

Atkreiptinas dėmesys, kad reikšmingą pensijų dėl neigalumo dalį sudaro šalpos pensijos dėl negalios.

14 lentelė. Ligoninės pacientų gautų pajamų rūšys (eurais) ir gavėjų skaičiai

	2012 m.	2014 m.	Pokytis (proc.)
Draudžiamosios pajamos (eurais)	4450	3128	70
Draudžiamųjų pajamų gavėjų skaičius	806	733	91
Savarankiškai dirbantys*			
Savarankiškai dirbančių skaičius	33	54	164
Laikinojo nedarbingumo išmokos (eurais)	413	308	75
Laikinojo nedarbingumo išmokų gavėjų skaičius	38	30	79
Nedarbo išmokos (eurais)	579	777	134
Nedarbo išmokų gavėjų skaičius	132	14	11
Senatvės pensijos (eurais)	2385	2582	108
Senatvės pensijų gavėjų skaičius	59	78	132
Netekto darbingumo pensijos (eurais)	1952	1997	102
Netekto darbingumo pensijų gavėjų skaičius	498	580	116
Šalpos pensijos dėl negalios (eurais)	1608	1503	93
Šalpos pensijų dėl negalios gavėjų skaičius	51	72	141
Šalpos pensijos dėl senatvės (eurais)	1126	1126	100
Šalpos pensijų dėl senatvės gavėjų skaičius	2	1	50
Socialinės pašalpos (eurais)	593	557	94
Socialinės pašalpos gavėjų skaičius	118	107	91

Taigi, vertindami ligonių, kurie padidino netekto darbo pensijos gavėjų skaičių, matome, kad mažiausiai 5 % ligonių (82 pacientai) 2014 m. prarado darbinumą.

Dešimtadaliu (73 pacientai) sumažėjęs draudžiamųjų pajamų gavėjų skaičius irgi liudija apie reikšmingą darbingumo praradimo mastą. Tuo pat metų laikinojo nedarbingumo mastas yra labai mažas ir gali liudyti apie stigmą darbe, apie dažną darbuotojų keitimą ir galbūt siekį nepalikti darbo rinkos. Panašų siekį gali atspindėti ir didėjantis asmenų, kurie savarankiškai moka socialinio draudimo įmokas, skaičius.

Iš esmės kitų ligonių grupių analizės rezultatai yra panašūs. Analizuojant pastebėta:

- ženklus nedarbo išmokų gavėjų skaičiaus mažėjimas;
- reikšmingas netekto darbingumo pensijos gavėjų skaičiaus didėjimas;
- draudžiamųjų pajamų gavėjų skaičiaus mažėjimas;
- savarankiškai mokančių socialinio draudimo įmokas asmenų tarp Ligoninės pacientų skaičiaus reikšmingas didėjimas.

**15 lentelė.** Gavėjų skaičiaus pokyčiai, palyginti 2014 m. ir 2012 m. (proc.)

	Draudž. pajamų gavėjai	Savarankiškai mokančių įmokas asmenys	Netekto darbingumo pensijų gavėjai	Laikinojo nedarbingumo išmokų gavėjai	Nedarbo išmokų gavėjai
Ligoninė	70	37	102	75	134
Centras	90	82	414	100	7
Centro Dienos stacionaras	100	x	110	x	x
Ligoninės Dienos stacionaras	98	167	112	110	15
Dažnai gydyti	82	167	117	43	21
Šizofrenija	84	140	116	133	5

Kitas svarbus pacientų užimtumo statuso pakeitimo aspektas susijęs su pajamų mažėjimu. Dėl šios priežasties didėja jautrumas augančioms vaistų priemonėms.

Ligonių pajamos, kurias sudaro išmokos iš visų registruojamų šaltinių (darbo pajamos, išskyrus savarankiško darbo pajamas, socialinio draudimo išmokos ir socialinės pašalpos), 2014 m. sumažėjo 22 %.

**16 lentelė.** Ligoninės pacientų pajamos 2012 m. ir 2014 m.

	2012 m.	2014 m.
Vidurkis	3775	2954
Moda	1877	1877
Mažiausios	3	15
Didžiausios	48271	34019

### ♦ Dėl ankstyvų mirčių prarasti gyvenimo metai

Prarastų potencialių gyvenimo metų (PPGM, angl. *Years of potential life lost, YPLL*) skaičiavimas atliekamas taip: mirčių skaičius amžiaus grupėje dauginamas iš likusių potencialaus gyvenimo metų, susumuojamas visų amžiaus grupių prarastas potencialus gyvenimo laikas ir gaunamas bendras prarastų potencialių gyvenimo metų skaičius.

Skaičiuojant PPGM pasirinkta viršutinė amžiaus riba nustatoma atsižvelgiant į esamą vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę. Statistikos departamento duomenimis, tikėtina gyvenimo trukmė Lietuvoje 2013 m. sudarė 68,08 metų vyrams ir 79,53 metų moterims. 2013–2014 metais, būdami 19–65 m. amžiaus, mirė 37 Ligoninės pacientai: 21 vyras ir 16 moterų. Prarasti gyvenimo metai dėl ankstyvos mirties sudarė apie 925 metus.

## TYRIMO REZULTATAI ŠALIES KONTEKSTE

### ♦ Sveikatos priežiūros sektorius

Pagrindinis apribojimas vertinant gautus rezultatus yra tai, kad viešai prieinamuose sveikatos sektoriaus duomenyse neišskiriama darbingo amžiaus asmenų grupė. Suaugusiųjų gyventojų išskyrimas bent į darbingo amžiaus ir vyresnių gyventojų grupes būtų naudingas, ypač atsižvelgiant į daugelį su populiacijos senėjimu susijusių pokyčių.

Tiriamųjų grupė buvo 18–65 m. žmonės. Ligoninės pacientai sudarė apie 4 % visų gydytų ligoninėse pacientų, kuriems diagnozuotos psichikos sveikatos sutrikimai (TLK-X diagnozių kodai F00-F99), – 32 607 pacientai.

**17 lentelė.** Stacionariai gydytų ligonių ir gydymo epizodų skaičiai Lietuvoje ir Ligoninėje (2012 m.)

	Lietuvoje		Ligoninėje	
	Gydymo epizodų skaičius	Gydytų ligonių skaičius	Gydymo epizodų skaičius	Gydytų ligonių skaičius
Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai, F0	5124	3564	110	83
Šizofrenija, šizotopinis ir kliedesiniai sutrikimai, F2	8725	6036	1218	655
Nuotaikos afektiniai sutrikimai, F3	5905	3795	904	590
Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, F4	1680	1196	216	156
Elgesio sutrikimų sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais ir fiziniais faktoriais, F5	856	666	191	125

Lietuvos statistikos šaltinis: Valstybinis psichikos sveikatos centras

Nagrinėjant tiriamųjų Ligoninės pacientų grupės struktūrą pagal diagnozių grupes pastebima, kad pacientų struktūra yra panaši į Lietuvos stacionaro pacientų struktūrą. Vienintelis ryškus skirtumas yra mažesnis skaičius pacientų su organiniais ir simptominiiais psichikos sutrikimais, kurie dažnai pasireiškia senyvo amžiaus (virš 65 m.) pacientų grupėje.

Taigi, galima teigti, kad Ligoninės tiriamųjų analizė iš dalies gali atskleisti bendrą šalies situaciją.

Centras aptarnavo apie 85 tūkst. Vilniaus miesto gyventojų. 3584 suaugusieji apsilankė 2012 m., iš jų 2011 pacientų buvo 18–65 m. amžiaus. Dažniausiai apsilankantys (5 ir daugiau kartų per metus) buvo 857 asmenų grupė, 80 % šių asmenų dėl psichikos sutrikimų vartojo kompensuojamuosius vaistus.

**18 lentelė.** Ambulatoriškai gydytų suaugusiųjų pacientų skaičius 2012 m.

	2012 m. Lietuvoje		2012 m. Centre
	Metų pabaigoje	Naujai įrašytų*	Gydytų pacientų / apsilankymai
Organiniai ir simptominiai psichikos sutrikimai, F0	20343	3137	184/641
Šizofrenija, šizotopinis ir kliesdiniai sutrikimai, F2	24039	1061	597/5641
Nuotaikos afektiniai sutrikimai, F3	27015	1795	730/4065
Neuroziniai, stresiniai ir somatoforminiai sutrikimai, F4	5999	668	291/882
Elgesio sutrikimų sindromai, susiję su fiziologiniais sutrikimais ir fizinais faktoriais, F5	303	43	31/76

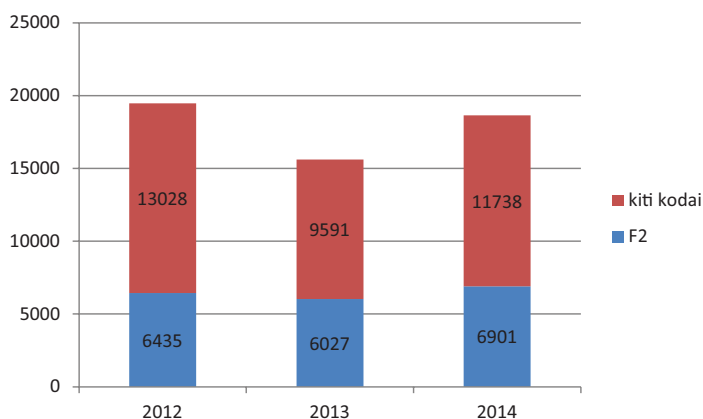
\* Pirminiai pacientai sudaro apie 90 % naujai įrašytų ligonių.

Lietuvos statistikos šaltinis: Valstybinis psichikos sveikatos centras

Centro ligonių struktūra yra panaši į Lietuvoje ambulatoriškai gydytų ligonių, ypač didžiausiose grupėse (TLK-X diagnozių kodai F2 ir F3), bet mažiau (dėl tiriamosios grupės amžiaus apribojimo) buvo nagrinėjami pacientai su F0 diagnozių kodais. Tačiau ambulatorinėse ASPĮ tikėtini žymiai didesni nei stacionaruose pacientų srautų skirtumai pagal ligų sunkumą ir net sutrikimų buvimą.

Pagal asmenų su negalia dėl psichikos sutrikimų statistikos duomenis, Ligoninės ir Centro pacientai sudaro reikšmingą šių asmenų dalį (žr. 12 pav.).

Ligoninėje gydėsi 418 pensijų dėl negalios gavėjų su diagnozėmis F2 ir 231 gavėjas su kitomis F grupės diagnozėmis. Centre (be Ligoninės pacientų) gydėsi 180 pensijų dėl negalios gavėjų su diagnozėmis F2 ir 181 gavėjas su kitomis F grupės diagnozėmis. Tai sudarė apie 9 % pacientų su TLK-X F2 diagnozių kodais ir 3 % pacientų su kitomis TLK-X F grupės diagnozėmis.



**12 pav.** Žmonių su psichine negalia skaičius metų pabaigoje

Šaltinis: Higienos instituto Sveikatos informacijos centras

### ♦ Socialinis sektorius

Lyginant pajamų rodiklius, pastebima, kad ligoniniai gauna mažesnes pajamas, nedarbo pašalpas, senatvės pensijas ir netekto darbingumo pensiją (tik Ligoninės pacientų atžvilgiu). Didesnės yra tik vidutinės laikinojo nedarbingumo išmokos, tačiau jų gavėjų skaičius pacientų grupėje yra išskirtinai mažas.

**19 lentelė.** Socialinės apsaugos rodiklių palyginimas 2012 m.

	Lietuva	Ligoninė	Centras
Senatvės pensijų gavėjų skaičius 18–65 m. grupėje	106843	59	133
Vidutinė senatvės pensija / mėn. (eurais)	236	199	198
Netekto darbingumo pensijų gavėjų skaičius 18–65 m. grupėje	138531	498	166
Vidutinė netekto darbingumo pensija / mėn. (eurais)	167	163	215
Vidutinė laikinojo nedarbingumo (dėl ligos) išmoka iš „Sodros“ biudžeto (eurais)	243	413	473
Nedarbo pašalpų gavėjų skaičius	35007	132	135
Vidutinė nedarbo pašalpa / mėn. 18–65 grupėje (eurais)	68	48	46
Vidutinės mėnesio apdraustojo pajamos (eurais)	481	391	396
Valstybinio savanoriškojo socialinio draudimo įmokos (eurais)	381704	93229	50936

Taigi, galima teigti, kad pacientai, sergantys psichikos sutrikimais, santykinai skurdesni nei vidutiniškai tam tikrų pajamų gavėjai Lietuvoje.

Teikiama daug įvairios informacijos apie aktyvaus gyventojų užimtumo priemones. Apžvelgiant pateikiamus skaičius svarbu atkreipti dėmesį į ypač mažą ligonių dalyvavimą minimose projektuose ir programose.

**20 lentelė.** Aktyvaus gyventojų užimtumo rėmimas 2012 m. ir 2014 m.

	2012 m.		2014 m.	
	Gavėjų sk.	Išlaidos €	Gavėjų sk.	Išlaidos €
Profesinis mokymas	4200*	0	2800*	4605451
Remiamasis įdarbinimas	11500	2770036	20300	14255937
Parama darbo vietoms steigti	10200**	6352520	7200**	6480161
Teritorinis judumo rėmimas	400	2770036	300	14255937
Profesinė rehabilitacija	650	680636	300	1857739
Socialinių įmonių administravimas		3967736		5584077

\* Darbo įgūdžių įgijimo rėmimas; \*\* Įdarbinimas subsidijuojant

2012 m. profesinės rehabilitacijos programoje (vykdant ESF projektą) dalyvavo 920 neįgalųjų asmenų, iš jų 293 asmenys nusiųsti į programą 2011 m. ir 627 asmenys – 2012 m.

Profesinės rehabilitacijos pašalpa buvo mokama 907 asmenims, iš jų 245 asmenims pradėta mokėti 2011 m. ir 662 asmenims – 2012 m. sausio–lapkričio mėn. 2012 m. sausio–gruodžio mėn. panaudota profesinės rehabilitacijos programos finansavimui. Vidutiniškai vienam asmeniui buvo skirta 3917 eurai.

2014 m. profesinės rehabilitacijos programoje dalyvavo 626 asmenys<sup>13</sup>, iš jų 340 nusiųsti į programą 2013 m. ir 286 nusiųsti 2014 m., finansuojant programą iš valstybės biudžeto. Skaičiuojant vidutines išlaidas panašiai į 2012 m. skaičiavimus, vidutiniškai vienam asmeniui panaudota 2968 eurai.

## TYRIMO APRIBOJIMAI

Psichikos ligų gydymo ekonominės naštos tyrimo išvadų generalizacijos aspektai buvo aptarti monografijos skirsnyje „Tyrimo rezultatai šalies kontekste“. Ligoninės pacientų grupė dėl Ligoninės geografinės vietos ir vietos paslaugų teikėjų tinkle skiriasi nuo kitų Lietuvos stacionaruose gydytų psichikos ligomis sergančių pacientų. Tikėtina, kad Ligoninėje vyrauja Vilniaus miesto gyventojai, jie vartoja daugiau paslaugų dėl geresnio jų prieinamumo, be to, ligonių struktūroje nedaug pacientų, sergančių priklausomybės ligomis.

Kitas apribojimas susijęs su santykinai trumpais (po vienerius metus) laikotarpiais iki ir po pacientų hospitalizavimo. Ilgesni stebėjimo periodai leistų geriau atskleisti faktines tendencijas.

Populiarijantis administracinių duomenų bazių naudojimas moksliniuose tyrimuose neužtikrina rezultatų patikimumo. Tyrimo metu daug dėmesio skirta

13 Vilniaus psichosocialinės rehabilitacijos centras – 28 (2012 m.) ir 19 (2014 m.)



skirtingų duomenų bazių ypatumui išsiaiškinti ir duomenų kokybei patikrinti, tačiau pirmą kartą bendrinant duomenis, surinktus iš labai skirtingų pagal savo tikslus, „architektūrą“ ir parametrus bazių, galimi netikslumai.

## IŠVADOS

1. Administracinių bazių duomenų subendrinimas leido atskleisti daug naujų įžvalgų apie valstybės teikiamos pagalbos struktūrą, mastą ir pokyčius.
2. Taikoma metodologija naudinga vertinant pagrindines tiesiogines gydymo išlaidas, atskirus jų komponentus pagal ASPĮ, jų padalinius, pacientų amžių, specifines psichikos ligas, gretutines ligas ir kitus požymius (pvz., paslaugų poreikius).
3. Nustatyta reikšminga, didėjanti ekonominė našta dėl psichikos ligų. Pastebėta išlaidų augimo tendencija kompensuojamiesiems vaistams ir gretutinių ligų gydymui.
4. Sąnaudų tyrimas parodė reikšmingus faktinių sąnaudų nukrypimus nuo įprasto išlaidų vertinimo taikant PSDF paslaugų kainynus. Tai gali iš esmės keisti išvadas apie tam tikrų gydymo būdų ekonominį efektyvumą. Taip pat sukuria prielaidas tiksliau įvertinti pirminės sveikatos priežiūros išlaidas tam tikrų pacientų grupių atžvilgiu.
5. Tiesioginės paciento sąnaudas dėl psichikos sutrikimų iš dalies galima įvertinti per priemokas perkant kompensuojamuosius vaistus. Šio aspektu yra vertinga papildoma informacija apie kitas patirtas išlaidas, surinkta apklausus pacientus.
6. Valstybės tiesioginės ne medicinos sąnaudos yra labai nedidelės dėl menko reikiamų paslaugų (pvz., reabilitacija, užimtumo priemonės, socialinės paslaugos) teikimo.
7. Valstybės netiesioginės išlaidos reiškėsi ženkliai gyvenimo metų praradimu. Taip pat pastebėtas spartus psichikos ligomis sergančių pacientų nedarbingumo didėjimas: samdomojo darbo praradimas ir prisijungimas prie netekto darbo pensijų gavėjų grupės. Pažymimas patiriamas ženklus pajamų sumažėjimas.
8. Tyrimas leido nagrinėti valstybinio socialinio draudimo išlaidų, skirtų tiriamųjų grupei, pokyčius kartu su kitomis socialinėmis išmokomis.
9. Gali būti, kad daugeliu aspektų tyrimo išvados tinka ne tik dalyvavusių ASPĮ pacientų, bet ir visų kitų Lietuvos 18-65 m. psichikos ligomis sergančiųjų atžvilgiu. Valstybės našta, be abejo, yra dar didesnė, pridėjus gy-

dymui nuo priklausomybės ligų skirtas išlaidas, kurios buvo santykinai mažesnės dėl tiriamosios grupės ypatumų.

10. Atliktas tyrimas sukūrė prielaidas gilesniems specifiniams (tyrimo klausimų formulavimo ir metodologijos srityse) mokslo tyrimams atlikti.

## LITERATŪRA

1. Carr, V. J., Neil, A. L., Halpin, S. A., Holmes, S., Lewin, T. J. 2003. Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37(1): 31–40.
2. Gupta, R. D., Guest, J. F. 2002. Annual cost of bipolar disorder to UK society, *The British Journal of Psychiatry* 180(3): 227–233.
3. Hotz, V. J. et al. 1998. Administrative data for policy-relevant research: Assessment of current utility and recommendations for development, *Report of the Advisory Panel on Research Uses of Administrative Data of the Northwestern University / University of Chicago Joint Center for Poverty Research*.
4. Hu, T. W., He, Y., Zhang, M., Chen, N. 2007. Economic costs of depression in China, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 42(2): 110–116.
5. Insel, T. R. (2008). Assessing the economic costs of serious mental illness.
6. Kessler, R. C., Greenberg, P. E. 2002. The economic burden of anxiety and stress disorders, *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress* 67: 982–992.
7. Lund, C., Myer, L., Stein, D. J., Williams, D. R., Flisher, A. J. 2013. Mental illness and lost income among adult South Africans, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 48(5): 845–851.
8. Luppá, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H. H., Riedel-Heller, S. G. 2007. Cost-of-illness studies of depression: a systematic review, *Journal of affective disorders* 98(1): 29–43.
9. Malik, M. A., Khan, M. M., Khan, Z. M. 2016. Economic Burden of Mental Illnesses in Pakistan, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 19(3): 155.
10. Nordstroem, A. L., Talbot, D., Bernasconi, C., Berardo, C. G., Lalonde, J. 2017. Burden of illness of people with persistent symptoms of schizophrenia: A multinational cross-sectional study, *International Journal of Social Psychiatry* 63(2): 139–150.
11. Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., Duque-González, B. 2009. The socioeconomic costs of mental illness in Spain, *The European Journal of Health Economics* 10(4): 361–369.
12. Salize, H. J., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., van den Brink, R. 2009. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries, *Schizophrenia research* 111(1): 70–77.
13. Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., Sevens, J. L. 2007. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients, *European Psychiatry* 22(6): 354–361.
14. Wu, E. Q., Birnbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., Moulis, M., Aggarwal, J. 2005. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002, *Journal of Clinical Psychiatry* 66(9): 1122–1129.
15. Xu, J., Wang, J., Wimo, A., Qiu, C. 2016. The economic burden of mental disorders in China, 2005–2013: implications for health policy, *BMC psychiatry* 16(1): 137.

## PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS POLITIKOS FORMUOTOJAMS IR ADMINISTRATORIAMS

Remiantis atliktais tyrimais, galima teigti, kad būtina iš esmės peržiūrėti ir koreguoti esamą psichikos sveikatos priežiūros stebėsenos sistemą, neapsiribojant šiuo metu naudojamais kiekybiniais, į išteklius ir proceso monitoringą orientuotais rodikliais. Vykdam stebėseną, ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas psichikos sveikatos sistemos veiklos rezultatams vertinti.

- Būtina konceptualizuoti ir operacionalizuoti pamatuojamus indikatorius, leidžiančius įvertinti psichikos sveikatos priežiūros sistemos poveikį ir rezultatus labiausiai probleminėse srityse, tokiose kaip savizudybės, psichikos sveikatos sutrikimų prevencija, ekonominė psichikos sveikatos sutrikimų našta, stigmatizacijos lygis visuomenėje, gyventojų skaičius stacionariuose socialinės globos institucijose, skirtingų gydymo būdų efektyvumas ir poveikis, ir pan.
- Rengiant vertinimo schemą ir vykdam vertinimą, pasitelkti nepriklausomus vertintojus, atstovaujančius psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojams, specialistams (įskaitant sveikatos priežiūros, socialinio darbo ir socialinės politikos, psichologijos, ekonomikos, teisės), akademinio ir nevyriausybinio sektoriaus atstovams. Aiškiai ir tiksliai turi būti apibrėžtos pageidaujamos vertintojų kompetencijos, ekspertiškumas, vaidmuo, atsakomybės, tinkamas atlyginimas už atliekamą darbą.
- Aiškiai numatyti vertinimo intervalus, išanalizuoti esamą situaciją atliekant pirminį vertinimą ir jo pagrindu vykdyti reguliary poveikio vertinimą.
- Numatyti būdus, kaip bus vykdomos korekcijos ir sisteminiai pokyčiai, paskirstomos atsakomybės, privaloma tvarka reaguojant į vertinimo ataskaitą ir ekspertų pateikiamas rekomendacijas.

Būtina siekti racialesnio valstybės išteklių gydant psichikos ligomis sergančius asmenis pasiskirstymo. Valstybės tiesioginių išlaidų analizė atskleidė reikšmingai ir sparčiai augančią ekonominę našta, veikiausiai, dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo stacionaraus, labiausiai aktyvaus, gydymo išlaidų ir išlaidų kompensuojamiesiems vaistams. Pagerinti situaciją galima investuojant į ekonomiškai efektyvias paslaugų formas ir teikiamos pagalbos integravimą.

Netiesioginių valstybės išlaidų nagrinėjamas rodo, kad socialinio draudimo ir apsaugos sistemos yra pasyvios augančių išmokų dėl nedarbingumo mokėtojos. Taigi, socialinės apsaugos sistemos neužtikrina indėlio į pacientų reabilitaciją ir socialinės atskirties mažinimą. Todėl veiksmingų paslaugų masto didinimas tebelieka vienas didžiausių socialinės apsaugos sistemos iššūkių.

Remiantis pacientų ir ekspertų tyrimų duomenimis, dėl nustatytų neadekvačių psichoterapinių ir psichologinių paslaugų apmokėjimo iš ligonių kasų įkainių, įstaigos neturi motyvacijos teikti šias paslaugas, o privačios psichoterapijos paslaugos nėra tiksliai apskaitomos ir neregistruojamos oficialioje statistikoje. Taigi, psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo paslaugas teikiant iš dviejų dominuojančių sektorių, vienas (privatūs teikėjai) nefinansuojamas, neregamentuojamas ir neapskaitomas, kitas (psichiatrijos ligoninės) – finansiškai nesuinteresuotas jas teikti kitaip, nei eksperimento tvarka perskirstant lėšas gydymo įstaigos viduje. Todėl būtina atsižvelgti į Psichikos sveikatos strategijos nuostatas, Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvų priemonių planą 2016–2018 m., Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas užtikrinti psichoterapinių ir psichologinių paslaugų prieinamumą tiek lengvus, tiek vidutinius ir sunkius psichikos sveikatos sutrikimus turintiems asmenims. Šios paslaugos turi būti prieinamos ne tik asmenims, gydomiems stacionariuose psichikos sveikatos priežiūros įstaigose arba galintiems mokėti privatiems paslaugų teikėjams, bet ir sudaryti reikšmingą psichikos sveikatos centruose teikiamų paslaugų dalį.

Rekomenduotina taikyti kompleksinį gydymą, kur įvairios psichoterapijos formos būtų derinamos su medikamentiniu gydymu. Be to, skirtingų gydymo formų (medikamentinio, psichoterapinio, mišriojo) veiksmingumo vertinimą skirtingas diagnozes turintiems asmenims būtina įtraukti į bendrą psichikos sveikatos priežiūros stebėseną ir remiantis gautais rezultatais turi būti stiprinami ir vystomi efektyviausi gydymo metodai.

Siekiant suteikti tinkamą pagalbą sergantiesiems lėtiniais psichikos sutrikimais, būtina psichologinę pagalbą įtraukti į būtinosios pagalbos indikacijoms gydyti taikomų metodų sąrašą. Be to, rekomenduotina prioritetiškai išskirti būtinąją psichologinę pagalbą, kuri būtų taikoma psichologinių krizių atvejais (TLK-10 diagnozės: ūminė reakcija į stresą, kiti adaptacijos sutrikimai ir pan.) ir aprašyti jos teikimo (gydymo) standartą.

Atlikti tyrimai atskleidė, kad pacientai, kurių būklė sunkiausia, beveik visiškai negauna kompleksinio gydymo, o tik medikamentinį gydymą, kurį skiria gydytojas psichiatras. Tokia psichiatriinės pagalbos medikalizacija neskatina pacientų aktyvaus dalyvavimo sveikimo procese. Todėl nemaža dalis sunkiais psichikos ir elgesio sutrikimais sergančiųjų pakartotinai patenka į psichiatrijos ligonines tais pačiais metais, kartais net po keletą kartų. Būtina šią didžiausių poreikių pacientų

grupę atskirti, jos sveikatos ir gerovės problemų valdymui teikti papildomą dėmesį, pritaikyti inovatyvius, pasaulyje patvirtintus gydymo ir priežiūros būdus (pvz., aktyvus gydymas bendruomenėje).

Kadangi gydymas, savaime suprantama, yra nukreiptas į pagalbą pacientui, svarbu atsižvelgti į jų nuomonę formuojant ir tobulinant psichikos sveikatos priežiūros sistemą, teikiamas paslaugas.

Būtina didinti mokslo įrodymų vaidmenį gerinant politikos pagrįstumą.

## PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTAMS

Taikant gydymą rekomenduojama atsižvelgti į galimą paciento indėlį į gydymą, skatinti jį pajusti, jog jis kontroliuoja savo būseną (ligos paūmėjimus, sveikimą). To siekiant rekomenduojama megzti bendradarbiaujantį ir atvirą kontaktą su pacientu, jį informuoti apie gydymo procesą, skiriamus vaistus, tiek medikamentinio, tiek psichoterapinio gydymo poveikį. Tyrimo metu ypač išryškėjo pacientams suteikiamos informacijos stoka arba jos nepakankamumas, keliantis baimės, nusivylimo, bejėgiškumo jausmus, mažinančius pacientų pasitikėjimą sistema.

Gydymo procese svarbu išklausti, išgirsti ir atsižvelgti į paciento nuomonę (kai tai įmanoma), laikyti jį lygiaverčiu dalyviu priimant sprendimus dėl gydymo, pateikti tikslią ir aiškią informaciją apie patį gydymo procesą ir taikomas intervencijas (ir medikamentines, ir psichoterapines). Toks požiūris gali turėti teigiamą įtaką ir paciento ligai gydyti, ir šiam gydymui vertinti bei pacientui įsitraukti, ir gydymo bei paciento priežiūros strategijoms formuoti, keičiant sisteminių lygmenį į labiau bendradarbiaujantį – artėjantį biopsichosocialinio modelio link.

## ŽURNALISTAMS IR ŽINIASKLAIDOS PRIEMONĖMS

Atsižvelgiant į šio tyrimo rezultatus ir tai, jog žiniasklaida tiek sustiprina jau egzistuojančius neigiamus įsitikinimus sutrikusios psichikos asmenų atžvilgiu, tiek reprodukuoja ir užtikrina jų tęstinumą laike, rekomenduotina kritiškai vertinti iš įvairaus pobūdžio šaltinių gaunamą informaciją, taip pat, o galbūt net ir *ypač* gaunamą iš oficialiai psichikos sveikatos priežiūros sistemai atstovaujančių organizacijų, institucijų ir jų darbuotojų.

Rengiant pranešimus apie šią, lengvai pažeidžiamą, asmenų grupę neapsiriboti tik vieno iš interesų dalininko pozicija / nuomone, o pasidomėti ir pristatyti ir kitų interesų dalininkų nuomonę. Būtina diversifikuoti informacijos šaltinius, įtraukiant ir pačius sutrikusios psichikos asmenis ar jų atstovus, nes tik taip galima

pasiekti realybę labiau atitinkančio ir etiškesnio šių asmenų visuomeninio suvokimo. Didesnį susirūpinimą dėl neigiamo žiniasklaidos poveikio kelia ne atskirų individų vaizdavimo ypatumai, bet visa persmelkiantis ir nuolatinis negatyvus vaizdavimo šablonas, kuris akumuliuojasi ir daro žalą visiems su psichikos sutrikimais susiduriantiems asmenims.

Publikacijose nepastebimos dominuojančios Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos institucijos, pavyzdžiui, psichiatrinės ligoninės, psichikos sveikatos centrai, psichoneurologiniai pensionatai ar pan. Jos beveik neminimos publikacijose ir lieka nežinomos bei uždaros visuomenei. Tai kelia susirūpinimą, nes žmogaus teisių ekspertai teigia, kad didelės stacionarios globos ar gydymo institucijos tinkamai neapsaugo pagrindinių žmogaus teisių. Tad šios institucijos ir jų veiklos specifika galėtų būti gilių žurnalistinių tyrimų objektai, o tokio pobūdžio tyrimai ir jų rezultatų viešinimas prisidėtų skaidrinant, moderninat pačią sistemą, informuojant visuomenę šiuo metu ypač aktualia psichikos sveikatos tematika.

## ADMINISTRACINIŲ DUOMENŲ BAZIŲ VALDYTOJAMS

Padidinti informacijos, surenkamos administracinėse duomenų bazėse ir tinkamos viešam naudojimui vertę. Administracinių bazių informacijos analizė turi nemaža potencialą kaip stebėsenos ir mokslo tyrimų duomenų šaltinis. Pavyzdžiui, būtų naudinga statistinių duomenų surinkimo ypatumų išsamus aprašymas, duomenų prieinamumo supaprastinimas, publikuojamų duomenų disagregavimas pagal amžių.

# PSIHIKOS SVEIKATOS IR GEROVĖS VERTINIMO MODELIS

Parengtas remiantis WHO 2005<sup>14</sup>; Thornicroft ir Tansella, 2006<sup>15</sup>, ECHI (2012), Lauriks et al, 2012<sup>16</sup>, Pūras et al., 2013, Mental Health Commission of Canada, 2015<sup>17</sup>.

	Ištekliai	Procesas	Rezultatas
Stacionarus psichikos ligų gydymas	Psichiatrijos ligoninių skaičius.	Stacionare dėl psichikos ir elgesio sutrikimų gydytų ligonių skaičius 1000 gyventojų.	Pacientų pasitenkinimas stacionariomis psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis:
	Psichiatrijos ligoninėse dirbančių psichiatrų skaičius.	Vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė dėl psichikos ir elgesio sutrikimų.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medicininėmis,</li> <li>• psichologinėmis ir psichoterapinėmis,</li> <li>• socialinėmis.</li> </ul>
	Psichiatrijos ligoninėse dirbančių psichikos sveikatos slaugytojų skaičius.	Dienos stacionaro atvejų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius.	Nepatenkinti sergančiųjų gydymo ar jų globėjų poreikiai (juos vertinant patvirtintomis poreikių nustatymo metodikomis).
	Psichiatrijos ligoninėse dirbančių psichologų skaičius.	Priverstinio gydymo atvejų skaičius dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, jo vidutinė trukmė.	Santykis tarp investicijų į medikamentines intervencijas ir psichoterapiją stacionariuose psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.
	Psichiatrijos stacionaro lovų skaičius 100 tūkst. gyventojų.	Teismo sprendimų dėl priverstinio gydymo bendrojo pobūdžio psichiatrijos stacionare, kuriuos priimant dalyvauja pacientas ir jo valstybės užtikrinamas gynėjas, skaičius; iš to skaičiaus - kokia dalis teikimų dėl priverstinio gydymo nepatvirtinama teismo sprendimu.	Nukreipimų į stacionarias socialinės globos įstaigas iš psichiatrijos ligoninių skaičius.
	Išlaidos psichotropiniams vaistams psichiatrijos ligoninėse pagal veikliąsias medžiagas.		Atvejų, kai asmens hospitalizacijos laikotarpis viršija 30 dienų per metus, skaičius.
Santykis tarp išlaidų ilgalaikio poveikio priešpsichoziniams vaistams su trumpalaikio poveikio priešpsichoziniais vaistais psichiatrijos ligoninėse.		Re-hospitalizacijų 30 dienų laikotarpyje, skaičius.	
Išlaidos psichoterapijai psichiatrijos ligoninėse.		Re-hospitalizacijų dalis per metus.	
Ambulatorinis psichikos ligų gydymas	Psichikos sveikatos centrų skaičius.	Ambulatoriniai apsilankymai pas gydytojus psichiatrus, 1000 gyventojų.	Pacientų pasitenkinimas ambulatorinėmis psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis:
	Psichikos sveikatos centrų aptarnaujama teritorija.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• medicininėmis,</li> <li>• psichologinėmis ir psichoterapinėmis,</li> <li>• socialinėmis.</li> </ul>

14 World Health Organization. Mental Health Information Systems, 2005. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/mnh\\_info\\_sys.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/mnh_info_sys.pdf)

15 Thornicroft G., Tansella M. The Mental Health Matrix. Cambridge University Press, 2006.

16 Lauriks et al.: Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. BMC Public Health 2012 12-214.

17 Mental Health Commission of Canada, 2015. Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada. <http://www.assembly.gov.nt.ca/sites/default/files/td200-175.pdf>

	Ištekliai	Procesas	Rezultatas
Ambulatorinis psichikos ligų gydymas	<p>Psichikos sveikatos centruose dirbančių psichiatrų skaičius 100 tūkst. gyventojų.</p> <p>Psichikos sveikatos centruose dirbančių psichikos sveikatos slaugytojų skaičius 100 tūkst. gyventojų.</p> <p>Psichikos sveikatos centruose dirbančių psichologų skaičius 100 tūkst. gyventojų.</p> <p>Išlaidos psichoterapijai psichikos sveikatos centruose.</p>	<p>Ambulatoriniai apsilankymai pas gydytojus psichiatrus ne dėl pažymų išdavimo.</p> <p>Ambulatoriniai apsilankymai pas psichologus ar psichoterapeutus, 1000 gyventojų.</p> <p>Ambulatoriškai dėl psichikos ir elgesio sutrikimų gydytų ligonių skaičius 1000 gyventojų.</p> <p>Priverstinio ambulatorinio gydymo atvejų skaičius, vidutinė jų gydymo trukmė.</p> <p>Priverstinio ambulatorinio gydymo nutraukimo atvejų skaičius, pacientų grąžinimo į Rokiškio PL atvejų skaičius.</p>	<p>Santykis tarp investicijų į medikamentines intervencijas ir psichoterapiją ambulatorinėse psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.</p>
Farmakologinis psichikos ligų gydymas	<p>Psichikos ligomis sergančių asmenų išlaidos kompensuojamiems ir nekompensuojamiems psichotropiniams vaistams.</p> <p>Valstybės išlaidos kompensuojamiems psichotropiniams vaistams.</p> <p>Išlaidų psichotropiniams vaistams skiriamiems ambulatoriniam gydymui kompensavimo apimtis pagal ATC grupes.</p> <p>Santykis tarp išlaidų ilgalaikio poveikio priešpsichoziniams vaistams su trumpalaikio poveikio priešpsichoziniais vaistais.</p>	<p>Psichotropinių vaistų išrašymo stebėseną, santykis tarp psichotropinių vaistų kompensuojamų iš PSDF dalies su nekompensuojamais įsigytais vaistais (receptų skaičiumi, veikliųjų medžiagų skaičiumi).</p> <p>Gydymo protokolai ir jų laikymasis.</p> <p>Terapinio psichotropinių vaistų monitoringo sistema valstybės mastu bei jos prieinamumas regionuose (psichotropinių vaistų koncentracijos kraujyje matavimai pagal atitinkamus protokolus; šių duomenų sąsajos su išrašomų psichotropinių vaistų rodikliais - paros doze, polifarmacija ir kt.).</p> <p>Nepageidaujamų reakcijų į psichotropinius vaistus registravimo sistema, gydytojų farmakologinio budrumo mokymai.</p>	<p>Subjektyvus psichotropinių vaistų poveikio vertinimas.</p> <p>Pacientų patitenkinimas psichofarmakologiniu gydymu.</p> <p>Pacientų sutrikimų atkryčio ir vartojamų vaistų kiekio ir pobūdžio santykis.</p>
Psichoterapinis psichikos ligų gydymas	<p>Psichoterapijos centrų skaičius:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• valstybiniai ar savivaldybių įsteigti,</li> <li>• privatūs.</li> </ul>	<p>Apsilankymai pas psichologus, psichoterapeutus 100 tūkst. gyventojų, iš jų pas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirbančius valstybiniame sektoriuje,</li> <li>• Teikiančius paslaugas privačiai.</li> </ul>	<p>Simptomų ar sutrikimų, kurie tiesiogiai gali būti išgydyti pritaikius psichoterapiją, išnykimas ar kontrolė.</p> <p>Pacientų sutrikimų atkryčio ir gautų psichoterapinių paslaugų skaičiaus santykis.</p>



	Ištekliai	Procesas	Rezultatas
Psichoterapinis psichikos ligų gydymas	<p>Psichologų, psichoterapeutų skaičius 100 tūkst. gyventojų, iš jų:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dirbančių valstybiniame sektoriuje,</li> <li>• teikiančių paslaugas privačiai.</li> </ul> <p>Išlaidos psichoterapijai ir psichologinėms konsultacijoms, iš jų:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• teikiamoms valstybiniame sektoriuje,</li> <li>• teikiamoms privačiai.</li> </ul>		
<p>Psichosocialinė pagalba sergantiems psichikos ligomis</p>	<p>Specializuotų psichosocialinės reabilitacijos centrų skaičius.</p> <p>Specializuotų darbinės reabilitacijos centrų skaičius.</p> <p>Socialinių darbuotojų, dirbančių psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, skaičius 100 tūkst. gyventojų.</p> <p>Išlaidos psichosocialinei reabilitacijai.</p>	<p>Psichosocialinės reabilitacijos (PSR) paslaugos, apmokamos iš PSFD, 1000 gyventojų (stacionarinės PSR, ambulatorinės trumpalaikės PSR, ambulatorinės ilgalaikės PSR).</p> <p>Tęstinė pagalba (medicininės ir psichosocialinės paslaugos, turinčios atkryčio prevencijos poveikį) dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, 1000 gyventojų.</p> <p>Psichosocialinės gydymo intervencijos psichikos sutrikimais sergantiems namuose (paslaugų skaičius, specialistų etatų skaičius).</p> <p>Psichosocialinės gydymo intervencijos psichikos sutrikimais sergančiųjų artimiesiems namuose (paslaugų skaičius, specialistų etatų skaičius).</p>	<p>Suaugusiųjų skaičius globos institucijose: jo kitimo stebėjimas, eilėse į globos institucijas atsidūrusių asmenų situacijos analizė, vertinant suteiktas paslaugas ir poreikius.</p> <p>Psichikos ligomis sergančių asmenų socialinis kapitalas ir jo dinamika.</p> <p>Pagalba psichikos ligomis sergančių asmenų artimiesiems.</p> <p>Psichikos ligomis sergančių ir dirbančių žmonių skaičius.</p> <p>Netekto darbingumo dėl psichikos ligų pensijų gavėjų dalys visų netekto darbingumo pensijų gavėjų grupėje.</p> <p>Aktyvios įtraukimo į darbo rinką priemonės ir jų poveikio rezultatai (įsidarbinusiųjų ir darbo vietoje išdirbusių ne trumpiau kaip 12 mėn. išsilaikiusių asmenų skaičius).</p>
<p>Asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, sergamumas somatinėmis ligomis</p>	<p>Metabolinio sindromo vertinimo kriterijų ir jo valdymo sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais aprašų skaičius psichiatrijos įstaigose.</p>	<p>Sergamumas ir ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais, 100 tūkst. gyventojų; šios asmenų grupės sergamumas ir ligotumas somatinėmis ligomis.</p> <p>Ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų bendro profilio gydymo įstaigose gavimas tarp asmenų, kuriems nustatytas psichikos ir elgesio sutrikimas.</p> <p>Kitų, ne psichotropinių, medikamentų paskyrimas (receptų išrašymas) pacientams sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais.</p>	<p>Ankstyvas mirtingumas dėl somatinių priežasčių 100 tūkst. gyventojų ir buvusių psichikos sveikatos centrų pacientų dalis jame.</p> <p>Pagalba ir psichoedukacija psichikos sutrikimų ir komorbidiskai sergančiųjų somatinėmis ligomis asmenims.</p>

	Ištekliai	Procesas	Rezultatas
Asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, sergamumas somatinėmis ligomis		Somatinių tyrimų, kurie leidžia vertinti metabolinio sindromo tarp psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų sunkumą atliekamų psichiatrijos įstaigose, skaičius ir metabolinio sindromo valdymo kokybės rodikliai (kompliakacijų dėl MS skaičius; konsiliūmų su tarpdisciplinine specialistų ekipa skaičius įstaigoje).	
Asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, savižudybės	Įdiegtų savižudybių rizikos vertinimo ir reagavimo eigos aprašų psichiatrijos įstaigose skaičius.  Patvirtinti savivaldybių tarybų reagavimo į savižudybių riziką vieningas algoritmas (savivaldybių skaičius).  Skubios psichologinės ir psichiatriinės pagalbos prieinamumas: ambulatorinių psichikos sveikatos centrų, suteikiančių savižudybės rizikos asmeniui specialisto (gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, gydytojo psichiatro, medicinos psichologo) konsultaciją tą pačią dieną, dalis (proc.). Valstybės lėšos skirtos savižudybių prevencijos priemonėms įgyvendinti.  Savivaldybių lėšos skirtos savižudybių prevencijos priemonėms įgyvendinti.	Esamo savižudybių prevencijos algoritmo įstaigose stebėseną.  Tęstinė pagalba po bandymo nusizudyti, dalinimasis informacija tarp įstaigų.  Nusizudžiusiųjų artimiesiems (suaugusiems ir vaikams) suteiktų individualių konsultacijų skaičius.  Po buvusio psichikos sveikatos centro paciento savižudybės atvejo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• vidinis auditas apie asmeniui suteiktą pagalbą ir gydymą,</li> <li>• emocinė pagalba artimiesiems,</li> <li>• emocinė pagalba susijusiems specialistams.</li> </ul>	Mirtingumas dėl savižudybių, 100 tūkst. gyventojų ir buvusių psichikos sveikatos centrų pacientų dalis jame.  Nepatiksintų mirties priežasčių rodikliai 100.00 gyv.  Sąmoningo savęs žalojimo bandymai, 100 tūkst. gyventojų ir buvusių ambulatorinių psichikos sveikatos centrų pacientų dalis jame per 12 mėn.  Tyčia susižalojusį asmenų, kuriems PSC centre buvo suteiktos paslaugos ne vėliau kaip per 48 h nuo gydymo ligoninėje pabaigos, dalis (proc.).
Subjektyvūs psichikos sveikatos aspektai	Išlaidos psichikos sutrikimų prevencijai, psichikos sveikatos stiprinimui.	Subjektyvus lėtinių psichikos sunkumų ar negalavimų patyrimo vertinimas.	Subjektyvus psichikos sveikatos ir asmeninės gerovės vertinimas (psichologinės gerovės rodiklis, kognityvinių funkcijų vertinimas, funkcionavimo gebėjimų vertinimas (pvz., GAF skalė).
Psichikos ligų stigma	Ministerijų ar Vyriausybės nutarimai, siekiantys įdiegti mokslo įrodymais pagrįstus stigmos dėl psichikos ir elgesio sutrikimų mažinimo metodus, visuomenės švietimą, tam skiriami finansiniai ir žmogiški ištekliai.	Pacientų įtraukimas į psichikos sveikatos priežiūros sistemos planavimą, vertinimą.	Visuomenės tolerancijos pažeidžiamų grupių atžvilgiu rodiklis.  Socialinės ir antistigmos kampanijos, jų poveikis ir apimty.  Pacientų pasiūlytų sprendinių skaičiaus įgyvendinimas (santykis pacientų atstovų pateiktų pasiūlymų su įgyvendintais pasiūlymais; dalis pacientų pateiktų pasiūlymų su visais įgyvendintais pasiūlymais konkrečiose psichikos sveikatos politikos srityse).

## Priedas Nr. 1. ANALIZUOTŲ PROFESINIŲ IR AKADEMINIŲ PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

- Burba, B., Paberžytė, J., Palačionytė, J. 2015. Psichikos sutrikimais sergančių pacientų padarytos nusikalstamos veikos sunkumą lemiančių veiksnių analizė, *Medicinos teorija ir praktika* 21(3.2).
- Butkus, G. 2015. Psichodiagnostinių tyrimų taikymas ekspertinėje praktikoje, *Sveikatos mokslai* 25 (5).
- Daukantaitė, D. 2015. Time perspective and mental health continuum: what are the time perspective profiles of flourishing, moderately mentally healthy, and languishing individuals? *Social Inquiry into Well-Being* 1(2).
- Dychawy, R. I. 2015. From exclusion to inclusion: involving people with intellectual disabilities in research, *Tiltai* 3.
- Yakovleva, S. 2015. Individual approach and differentiation as means for learning optimization at primary classes of special need schools, *Tiltai* 3.
- Igumnov, S., Nestsiarovich, A., 2015. Some aspects of diminished responsibility in Republic of Belarus, *Sveikatos mokslai* 25 (5).
- Prudnikova, I., Jankovska J. 2015. Analysis of early childhood education in the context of inclusive education, *Social welfare Interdisciplinary approach* 5(2).
- Juodkaitė, D. 2015. Teisinio veiksnio reforma Lietuvoje: nuo sovietinio konteksto iki šiuolaikinių žmogaus teisių standartų, *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai* 16(2).
- Kandratavičienė, A. 2015. Negalios ir seksualumo kaip teisės į kokybišką gyvenimą aspektai socialinių darbuotojų požiūriu, *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai* 16(2).
- Kriščiūnas, A. 2015. Negalia ir požiūris į ją šiuolaikinėje visuomenėje, *Sveikatos mokslai* 25(1).
- Lambert, M. C., Savolainen, H., Sointu, E. T., Lapalainen, K., Epstein, M. H. 2015. Long-term reliability of the Finnish behavioral and emotional rating scale, *Social welfare interdisciplinary approach* 5(1).
- Beliūnienė, L. 2015. Tinkamo sąlygų pritaikymo užtikrinimo švietimo srityje sunkumai, įgyvendinant Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos 24 straipsnį, *Socialinių mokslų studijos*. 7(2).
- Mačiulis, V., Buginytė, A., Mickienė, F. 2015. Sutrikusios psichikos asmenų subjektyviosios ir objektyviosios gyvenimo kokybės kintamųjų sąsajos, *Sveikatos mokslai* 25 (1).
- Martinkienė, V., Dembinskas, A., Germanavičius, A. 2015. Naujagimius nužudžiusių moterų ekspertinių tyrimų valstybinėje teismo psichiatrijos tarnyboje prie SAM 1994–2014 m. duomenų analizė, *Sveikatos mokslai* 25 (5).
- Palinauskienė, L. R., Venslovas, A. 2015. Kineziterapijos poveikis sergančiųjų depresija emocinei būsenai, *Slauga. Mokslas ir praktika* 11: 227.
- Petraškaitė, K., Jurkuvėnas, V., Germanavičius, A., Bagdonas, A. 2015. Depresija sergančių asmenų žodinės atminties pokyčiai hospitalizacijos metu, *Psichologija* 52.
- Petrulionienė, V., Valantinaitė, I. 2015. Nežymų intelekto sutrikimą turinčių mokinių kūrybinio originalumo neverbalinės raiškos pokyčiai technologijų pamokose, *Pedagogika* 117(1).
- Pitrėnaitė-Žilėnienė, B., Miglinė, V. 2015. Psichikos sveikatos pagalbos po ekstremaliųjų įvykių svarba, *Sveikatos politika ir valdymas* 1(8).
- Povilaitienė, N., Radzevičienė, L. 2015. Teachers' and parents' attitude relevance of sexuality education of adolescents with mild intellectual disabilities, *Social welfare interdisciplinary approach* 5(2).
- Shcherbakova, A. 2015. Psychological aspects

- of inclusive setting for children with disabilities, *Social welfare interdisciplinary approach* 5(1).
21. Šalčiūtė, G., Žiupsnienė, D., Simanauskas, K., Kasiulevičius, V., Šapoka, V. 2015. Ar dažnai lėtinės ligos sukelia depresijos epizodus? *Sveikatos mokslai* 25(2).
  22. Šumskienė, E., Jonutytė, J., Augutienė, R., Karaliūnienė, R. 2015. Daugialypė diskriminacija sveikatos sistemoje: negalią turinčių moterų atvejais, *Socialinė teorija, empirija, politika ir praktika* 11.
  23. Tenga, E., Venning, A., Winefield, H., Crabbe, Sh. 2015. Half Full or Half Empty: The Measurement of Mental Health and Mental Illness in Emerging Australian Adults, *Social Inquiry into Well-Being* 1(1).
  24. Ustilaitė, S., Kuginytė-Arlauskienė, I., Cvetkova, L., Kalinkevičienė, A. 2015. Žinia apie vaiko negalią ir raidos perspektyvas: tėvų patirtys, *Pedagogika* 117(1).
  25. Valaikienė, A. 2015. Significance of development with regard to takeover of life roles among persons with mild intellectual disability, *Social welfare interdisciplinary approach* 5(1).
  26. Valeikienė, V., Juozulynas, A., Venalis, A., Jurgelėnas, A., Stasytytė-Bunevičienė, D. 2015. Parkinsono liga ir neįgalumas, *Sveikatos mokslai* 25(1).
  27. Vilkelienė, A., Kondrotienė, E. 2015. Autistinių sutrikimų turinčių jaunuolių bendravimo įgūdžių plėtojimo galimybė muzikinėje veikloje, *Pedagogika* 117(1).
  28. Vilkelienė, A. 2015. Specialiųjų ugdymosi poreikių turinčių mokinių meninis ugdymas: tikslai ir principai, *Pedagogika* 118(2).

## Priedas Nr. 2. KOKYBINIO TYRIMO KLAUSIMAI PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS EKSPERTAMS (E. Šumskienė)

1. Kaip vertinate Lietuvos psichikos sveikatos sistemą? Kaip ją galėtumėte apibūdinti, kokie yra pagrindiniai jos požymiai?
  2. Kokie pagrindiniai pokyčiai Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje įvyko nuo nepriklausomybės? Koks galėtų būti bendras šių pokyčių vardiklis? (pvz., staigi progresyvi reforma, stagnacija, atsargūs pokyčiai, selektyvūs pokyčiai tam tikrose srityse ir pan.)
  3. Kas yra pagrindiniai veikėjai formuojant psichikos sveikatos politiką? Kokie yra jų vaidmenys? Kokioms pažiūroms (ir interesams) jie atstovauja? Kaip jie susiję tarpusavyje?
  4. Jeigu viename kontinuume gale būtų gydymas vaistais, kitame – psichoterapija, kur žymėtumėte Lietuvos psichikos sveikatos sistemos padėtį? Kuo argumentuotumėte savo pasirinkimą?
- |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                 |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------|
| Vais-tai | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Psichote-rapija |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------|
5. Kaip manote, ar Lietuvos psichikos sveikatos priežiūra yra sėkminga? T. y., ar užtikrinama psichikos ligų profilaktika, pagalba sergantiems lengvomis ir vidutinėmis ligomis? Ar tinkamas sunkiomis psichikos ligomis sergančių asmenų gydymas? Kokie požymiai visuomenėje rodo sistemos sėkmes / nesėkmes?
  6. Kaip manote, kokių būdu psichikos sveikatos sistemos (ne)sėkmingas funkcionavimas paveikia kitas sritis – socialinių paslaugų sistemą, bendrąją sveikatos priežiūros sistemą, socialinį draudimą, teisėtvarkos grandį?
  7. Koks yra visuomenės požiūris į psichikos sveikatą, ligas, asmenis, turinčius psichosocialinę negalią? Kuriose srityse stigma juntama ryškiausiai:
    - a. konkretaus asmens atžvilgiu, kuris serga psichikos liga
      - ar tik tuo metu, kol jis gydosi stacionare ar konsultuojasi PSC,
      - ar stigma prasideda nuo diagnozės ir tęsiasi visą laiką?
    - b) ar konkretūs asmenys nestigmatizuojami, o stigmatizuojama visa socialinė grupė?
    - c) ar stigmatizuojama (ir marginalizuojama – nustumiama į užribį) visa psichikos sveikatos priežiūros sistema (įskaitant įstaigas, specialistus, finansavimo ir pertvarkos prioritetus)?
  8. Koks yra stigmatizacijos poveikis visuomenės psichikos sveikatai, psichikos sveikatos politikos sprendimams, asmenims, turintiems psichosocialinę diagnozę? (*Klausti nuosekliai po vieną aspektą.*)
  9. Kokios būtų Jūsų ekspertinės rekomendacijos dėl būtinų sprendimų (ir ilgalaikiam poveikiui, ir trumpalaikiam rezultatui pasiekti)?

**Atveriamasis klausimas:**

Šiuo tyrimu domimės, kokį gydymą gauna į psichikos sveikatos centrus besikreipiantys žmonės ir koks yra šio gydymo efektyvumas. Todėl prašau Jūsų papasakoti apie savo gydymosi patirtį. Papasakokite tai, kas Jums atrodo svarbu, jeigu man kils klausimų – aš paklausiu.

**Tikslinamieji klausimai:**

1. *Dėl kokių priežasčių ir prieš kiek laiko kreipėtės į gydymosi įstaigą?*
2. *Kokį gydymą gavote?*
3. *Kokį šio gydymo poveikį savo sveikatai jaučiate? Kaip jis Jums padėjo ar nepadėjo? Kas būtent buvo veiksmingiausia ir svarbiausia?*
4. *Ar tai pirmasis Jūsų gydymasis? Jeigu ne, tai papasakokite apie savo ankstesnę patirtį: dėl kokių priežasčių kreipėtės, kokį gydymą gavote, koks buvo jo poveikis?*
5. *Su kuo sietumėte savo ligos pradžią, iš kur, jūsų nuomone, liga atsirado? Ar turėjote sunkių gyvenimo įvykių, su kuriais siejate ligos atsiradimą?*

Priedas Nr. 4. **ANKETOS AUTORIS DR. WILLIAM GUY**

(sukurta 1976 m., lietuviškai naudojama nuo 2001 m., vertimas atnaujintas A. Germanavičiaus ir K. Matuzevičiaus 2015 09 04) **A3**

**Bendro veiklos vertinimo skalė (BVVS, angl.: Global Assessment of Functioning (GAF))**

Anketos autorius Robert L. Spitzer, Miriam Gibbon, Janet B. W. Williams, Jean Endicott, (sukurta 1993 m., išversta į lietuvių kalbą R. Butkevičiaus 1993 m., vertimas atnaujintas V. Klimaitės 2015 11 23)

Naudojantis skale įvertinama psichologinė, socialinė ir darbinė veikla atsižvelgiant į psichikos būklę. Nevertinti, kai veiklai pakenkta dėl fizinių (aplinkos) apribojimų.

*Pastaba.* Jeigu reikia, galima naudoti tarpinius kodus: 45, 68, 72 ir pan.

Kodas	Aprašas
100–91	Asmuo gyvena visavertį gyvenimą. Sugeba pats spręsti savo problemas, kiti žmonės juo žavisi ir kreipiasi patarimo dėl teigiamų jo asmeninių savybių. Nėra jokių simptomų.
90–81	Sutrikimo nėra arba simptomai menki (pvz., nedidelis nerimas prieš egzaminą). Gera veikla daugumoje sričių, domėjimasis įvairiais užsiėmimais, visuomenine veikla, pasitenkinimas gyvenimu. Didesnių už kasdienes problemas nėra (pvz., atsitiktiniai ginčai su šeimos nariais).
80–71	Jeigu simptomų yra, tai jie praeinantys, pasireiškiantys kaip adekvati ir tikėtina reakcija į psichosocialinius stresorius (pvz., sunku susikoncentruoti po konflikto šeimoje). Ne daugiau nei nedidelis socialinės, darbinės veiklos ar mokymosi sutrikdymas (pvz., laikinas atsilikimas moksle).
70–61	Kai kurie neryškūs simptomai (pvz., prislėgta nuotaika, neryški nemiga) ARBA nedideli sunkumai socialinėje, darbinėje veikloje, moksle (pvz., nepagrįstas, savavališkas užsiėmimų praleidimas, vagystės iš namų), tačiau apskritai veikla ir tarpasmeniniai santykiai pakankamai geri.

Kodas	Aprašas
60–51	Vidutinio ryškumo simptomai (pvz., blankus afektas, smulkmeniška kalba, atsitiktiniai panikos priepuoliai) ARBA vidutiniai sunkumai socialinėje, darbinėje veikloje arba moksle (pvz., nedaug draugų, konfliktai su bendradarbiais).
50–41	Ryškūs simptomai (pvz., suicidinės mintys, įkyrumai, dažnos vagystės iš parduotuvių) ARBA ryškūs socialinės, darbinės veiklos ar mokymosi sutrikdymas (pvz., neturi draugų, nesugeba dirbti).
40–31	Sutrikęs realybės suvokimas ARBA pablogėjęs sugebėjimas bendrauti (pvz., kalba retsykiais alogiška, nesuprantama, nerišli), ARBA ryškūs veiklos pakenkimas bent keliuose srityse: darbe, moksle, šeimoje. Sutrikęs gebėjimas spręsti, galvoti, sutrikusi nuotaika (pvz., depresijos apimtas žmogus vengia draugų, šeimos, nepajėgia dirbti; vaikas dažnai muša jaunesnius, yra neklusnus, blogai mokosi).
30–21	Elgesiui didelę įtaką turi kliesdėsiai ir haliucinacijos ARBA sutrikęs gebėjimas bendrauti, sutrikęs mąstymas (pvz., inkoherentiškas mąstymas, neadekvatus elgesys, suicidiniai ketinimai), ARBA sutrikęs gebėjimas atlikti bet kokią veiklą (pvz., visą dieną praleidžia lovoje, neturi darbo, namų, draugų).
20–11	Yra pavojus sužeisti kitus ar save (pvz., suicidiniai bandymai be aiškios nuostatos numirti, dažnas įniršis, maniakinis susijaudinimas) ARBA retkarčiais nesugeba laikytis minimalių higienos reikalavimų (pvz., teplojasi išmatomis), ARBA yra itin sutrikęs sugebėjimas bendrauti (pvz., inkoherencija ar mutizmas).
10–1	Yra nuolatinis pavojus sunkiai sužeisti save arba kitus (pvz., pasikartojantis smurtinis elgesys) ARBA nuolatinis nesugebėjimas laikytis minimalių higienos reikalavimų, ARBA rimti suicidiniai veiksmai su aiškia nuostata numirti.
0	Nėra adekvačios informacijos.

## Priedas Nr. 5. KLINIKINĖS BŪKLĖS ĮVERTINIMAS (KBĮ, ANGL. CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI))

Tiriamąjį kodas: .....

Skyrius: ..... Data: .....

Vertino gydytoja(s): .....

### 1. Ligos sunkumas.

Remdamiesi savo klinicine patirtimi, įvertinkite paciento psichikos ligos sunkumą šiuo metu:

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 0 = Neįvertintas                | 4 = Vidutiniškai sunkiai serga         |
| 1 = Normalus, šiuo metu neserga | 5 = Sunkiai serga                      |
| 2 = Ribinė būklė                | 6 = Labai sunkiai serga                |
| 3 = Nesunkiai serga             | 7 = Tarp labiausiai sergančių pacientų |

### Psichikos būklės pokyčio vertinimas po gydymo:

Skyrius: ..... Data: .....

Vertino gydytoja(s): .....

### 1. Ligos sunkumas.

Remdamiesi savo klinicine patirtimi, įvertinkite paciento psichikos ligos sunkumą šiuo metu:

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 0 = Neįvertintas                | 4 = Vidutiniškai sunkiai serga         |
| 1 = Normalus, šiuo metu neserga | 5 = Sunkiai serga                      |
| 2 = Ribinė būklė                | 6 = Labai sunkiai serga                |
| 3 = Nesunkiai serga             | 7 = Tarp labiausiai sergančių pacientų |

### 2. Bendros klinikinės būklės pagerėjimas: įvertinkite, ar klinikinės būklės pagerėjimas yra, jūsų nuomone, susijęs tik su gydymu.

Kaip pagerėjo paciento būklė, palyginti su pradine būkle įtraukimo į projektą dieną:

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| 0 = Neįvertintas            | 4 = Nepasikeitė              |
| 1 = Labai stipriai pagerėjo | 5 = Nežymiai pablogėjo       |
| 2 = Stipriai pagerėjo       | 6 = Stipriai pablogėjo       |
| 3 = Nežymiai pagerėjo       | 7 = Labai stipriai pablogėjo |

*Verskite kitą puslapį!*

### 3. Veiksmingumo indeksas: įvertinkite šį rodiklį atsižvelgdami tik į vaistų efektą.

Pasirinkite terminus, kurie tiksliausiai apibūdina terapinį vaistų veiksmingumą bei šalutinių reiškinių sunkumą ir apibraukite atitinkamą skaičių langelyje, kur abu vertinimai susitinka.

Terapinis efektas		Šalutiniai reiškiniai			
		Nėra šalutinių reiškinų	Nedaro reikšmingos įtakos paciento funkcionavimui	Daro reikšmingą įtaką paciento funkcionavimui	Ryškesni už terapinį efektą
Žymus	Žymus pagerėjimas. Visiškas arba beveik visiškas simptomų išnykimas	01	02	03	04
Vidutinis	Vidutinis pagerėjimas. Dalinė simptomų remisija	05	06	07	08
Minimalus	Nežymus pagerėjimas, nekeičiantis paciento būklės	09	10	11	12
Nepasikeitęs arba blogesnis		13	14	15	16
Neįvertintas = 00					

*Dėkojame už jūsų laiką!*

## Priedas Nr. 6. PASLAUGŲ VARTOJIMO ANKETA (L. Murauskienė)

Metai	Mėnuo	Diena			
Pildymo data			Pildymo vieta (įstaiga, skyrius)	Bangos Nr.	Tiriamąjo kodas

Pildydami anketą, pažymėkite tinkantį atsakymą  arba įrašykite duomenis.

## I. DEMOGRAFINĖ CHARAKTERISTIKA

Nr.	Klausimas	Atsakymas	Pažymėkite atsakymą
1.1.	Amžius	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1.2.	Lytis	Moteris	<input type="checkbox"/>
		Vyras	<input type="checkbox"/>
1.3.	Išsilavinimas	Pradinis / pagrindinis	<input type="checkbox"/>
		Vidurinis	<input type="checkbox"/>
		Aukštesnysis	<input type="checkbox"/>
		Aukštasis	<input type="checkbox"/>
		Kitas (įrašykite)	<input type="checkbox"/>
		Nežino	<input type="checkbox"/>
1.4.	Su kuo gyvenate	Vienas (-a)	<input type="checkbox"/>
		Su tėvais / su tėvu / su motina	<input type="checkbox"/>
		Vienas (-a) su vaiku (-ais)	<input type="checkbox"/>
		Su partneriu, dviše (vyrų, žmona, sugyventiniu)	<input type="checkbox"/>
		Su partneriu ir vaiku (-ais)	<input type="checkbox"/>
		Su draugu / -e (-ais)	<input type="checkbox"/>
		Nežino	<input type="checkbox"/>
1.5.	Kiek Jums buvo metų, kai buvo pirma karta nustatyta psichikos liga?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1.6.	Dabartinė pagrindinė diagnozė	_____	
	arba	_____	
	TLK-10 kodas (įrašykite)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



## II. SAVARANKIŠKO GYVENIMO SRITIS

Nr.	Klausimas	Atsakymas	Pažymėkite atsakymą
2.1.	Įprastas (per du paskutinius metus) gyvenimo statusas	Savarankiškai nuosavame ir / arba šeimos nariui priklausančiame būste	<input type="checkbox"/>
		Savarankiškai nuomojame būste	<input type="checkbox"/>
		Su pagalba* nuosavame ir / arba šeimos nariui priklausančiame būste	<input type="checkbox"/>
		Su pagalba* nuomojame būste	<input type="checkbox"/>
		Specializuotoje socialinės globos įstaigoje	<input type="checkbox"/>
		Ligoninėje	<input type="checkbox"/>
		Įkalinimo įstaigoje	<input type="checkbox"/>
		Benamis	<input type="checkbox"/>
		Kita	<input type="checkbox"/>
		Nežinoma	<input type="checkbox"/>
2.2.	Jeigu gyvenate nuosavame arba nuomojame būste (vienas pirmų keturių 2.1. atsakymų): Kiek suaugusiųjų gyvena tenai? Kiek vaikų (iki 18 m. amžiaus) gyvena tenai?	2.2.1 Suaugusiųjų skaičius	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		2.2.2 Vaikų skaičius	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.	Ar gyvenote kitur, nei nurodyta atsakyme į 2.1. klausimą, per 6 paskutinius mėnesius? Jeigu taip, kur ir kiek dienų?	2.3.1 Kur? _____	Kiek dienų? 2.3.1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dienų
		2.3.2 _____	2.3.2.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dienų
		2.3.3 _____	2.3.3.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dienų

\* Jeigu gyvenate vienas arba su kitais bute ar pan., esate atsakingas už būsto išlaikymą, tačiau Jus periodiškai lanko šeimos nariai arba kiti prižiūrintys darbuotojai, kurie padeda Jums arba stebi Jūsų gebėjimus spręsti savarankiško gyvenimo problemas.

## III. UŽIMTUMO SRITIS

Nr.	Klausimas	Atsakymas	Pažymėkite atsakymą
3.1.	Ar dirbate apmokamą darbą per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios?	Taip	<input type="checkbox"/>
		Ne (pereikite prie 3.5 klausimo)	<input type="checkbox"/>
3.2	<i>Jei atsakymas į 3.1. klausimą TAIP, kokios jūsų pareigos? (rašykite)</i>	<p>_____ <input type="checkbox"/></p> <p>1. Verslininkas, įmonės savininkas</p> <p>2. Ūkininkas</p> <p>3. Aukščiausios ar vid. grandies vadovas</p> <p>4. Aukščiausios ar vid. lygio specialistas</p> <p>5. Aptarnaujantis, techninis darbuotojas</p> <p>6. Kvalifikuotas darbininkas</p> <p>7. Nekvalifikuotas darbininkas</p> <p>8. Kita (rašykite) _____</p>	
3.3.	<i>Jei atsakymas į 3.1. klausimą TAIP, koks buvo darbo valandų skaičius per savaitę? (rašykite)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> valandų	
3.4.	Kiek dienų nedirbote dėl ligos per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dienų	
3.5.	Koks buvo Jūsų užimtumo statusas per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios?	Savanoriškas neapmokamas darbas	<input type="checkbox"/>
		Remiamas (darbo asistentų) darbas	<input type="checkbox"/>
		Darbas socialinėje įmonėje	<input type="checkbox"/>
		Atsitiktinis darbas	<input type="checkbox"/>
		Bedarbis /-ė	<input type="checkbox"/>
		Studentas /-ė	<input type="checkbox"/>
		Namų šeimininkas /-ė	<input type="checkbox"/>
		Senatvės pensininkas /-ė	<input type="checkbox"/>
		Nedirbo dėl negalios arba prarasto darbingumo	<input type="checkbox"/>
Kita (parašykite) _____	_____		

#### IV. FINANSŲ SRITIS

4.1.	Pažymėkite, jeigu dabartinių metu gaunate.	Laikinojo nedarbingumo pašalpa	<input type="checkbox"/>
		Senatvės pensija	<input type="checkbox"/>
		Socialinė pašalpa	<input type="checkbox"/>
		Išmokos dėl prarasto darbingumo / negalios	<input type="checkbox"/>
		Bedarbio pašalpa	<input type="checkbox"/>
		Stipendija	<input type="checkbox"/>
		Neatsakė / nežino	<input type="checkbox"/>
		Kita ( <i>parašykite</i> ) _____	<input type="checkbox"/>
4.2.	Kokios Jūsų vidutiniškai per paskutiniuosius 6 mėnesius iki gydymo pradžios gaunamos pajamos iš visų šaltinių („i rankas“, po mokesčių mokėjimo) per vieną savaitę	Iki 50 eurų	<input type="checkbox"/>
		51–100 eurų	<input type="checkbox"/>
		101–150 eurų	<input type="checkbox"/>
		151–200 eurų	<input type="checkbox"/>
		201–250 eurų	<input type="checkbox"/>
		251–300 eurų	<input type="checkbox"/>
		Virš 300 eurų	<input type="checkbox"/>
		Nežino / neatsakė	<input type="checkbox"/>

#### V. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VARTOJIMO SRITIS

5.1.	Ar per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios Jums teko gulėti ligoninėje?  Jei taip, kur?	Ligoninės rūšys	Kiek buvo hospitalizavimų?	Kiek dienų buvote ligoninėje?
		Neteko gulėti		<input type="checkbox"/>
Psichiatrinėje ligoninėje		5.1.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Psichikos ligų skyrius bendrojo profilio ligoninėje		5.1.2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.2.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Priėmimo-stebėjimo skyrius ligoninėje		5.1.3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.3.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dienos chirurgijos arba dienos priežiūros skyriuje		5.1.4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.4.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intensyvios terapijos skyriuje		5.1.5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.5.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kitas bendrojo profilio ligoninės skyriuje		5.1.6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.6.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Priklausomybės ligų centre		5.1.7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.7.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Slaugos ligoninėje		5.1.8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.8.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reabilitacijos ligoninėje arba sanatorijoje		5.1.9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.9.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kita ( <i>parašykite</i> )		5.1.10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.1.10.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.2.	Už ką ir kiek Jums ir / arba Jūsų šeimos nariams teko mokėti už liginėse teikiamas paslaugas, jeigu buvo tokių atvejų per 6 paskutinius mėnesius iki gydymo pradžios?		Kiek Jūs ir / arba Jūsų šeimos nariai išleidote (eurais)?
		Neteko mokėti <input type="checkbox"/>	
		Vaistai	5.2.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Maistas	5.2.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Gydytojo konsultacija	5.2.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Slauga	5.2.4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Tyrimas	5.2.5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Kita (parašykite)	5.2.6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.3.	Ar per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios Jums teko gauti <u>ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas valstybės / savivaldybės (ne privačiose) sveikatos priežiūros įstaigose?</u>  Jei taip, kokias?	Paslauga	Kiek buvo apsilankymų?	Kiek iš viso teko sumokėti?
		Neteko mokėti <input type="checkbox"/>		
		Greitosios medicinos pagalba	5.3.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Bendrosios praktikos gydytojo konsultacija	5.3.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.2.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Psichiatro konsultacija	5.3.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.3.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Kito gydytojo specialisto konsultacija	5.3.4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.4.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Psichologo konsultacija	5.3.5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.5.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Socialinio darbuotojo sveikatos priežiūros įstaigoje paslaugos	5.3.6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.6.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Slaugytojos paslaugos	5.3.7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.7.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Diagnostinis ištyrimas	5.3.8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.8.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Detoksikacija	5.3.9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.9.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Kita (parašykite)	5.3.10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.3.10.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.4.	Kur ir kiek dienos centro paslaugų per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios gavote?	Paslaugos	Kiek dienų dalyvavote dienos veiklose?	Kiek iš viso teko sumokėti?
		Neteko gauti <input type="checkbox"/>		
		Dienos psichikos sveikatos centro veikla	5.4.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.4.1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Savivaldybės dienos centro veikla	5.4.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.4.2.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Bendruomenės arba nevyriausybinės organizacijos dienos centro veikla	5.4.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5.4.3.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.4.	Kur ir kiek dienos centro paslaugų per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios gavote?	Paslaugos	Kiek dienų dalyvavote dienos veiklose?	Kiek iš viso teko sumokėti?
		Remiamas darbas	5.4.4 □□□	5.4.4.1 □□□
		Psichosocialinės reabilitacijos įstaigos / skyriaus paslaugos	5.4.5 □□□	5.4.5.1 □□□
		Profesinės reabilitacijos įstaigos / skyriaus paslaugos	5.4.6 □□□	5.4.6.1 □□□
		Kita (parašykite)	5.4.7 □□□	5.4.7.1 □□□

5.5.	Be jau paminėtų paslaugų, per paskutinius 6 mėnesius iki gydymo pradžios kokias dar paslaugas gavote?	Paslauga	Kiek buvo kontaktų?	Kiek vidutiniškai (valandomis) trūko vienas kontaktas?	Kiek iš viso teko sumokėti (eurais)?	
		Neteko gauti <input type="checkbox"/>				
		Privačiai dirbančio psichiatro konsultacija	5.5.1 □□	5.5.1.1 □□	5.5.1.2 □□□	
		Privačiai dirbančio psichologo konsultacija	5.5.2 □□	5.5.2.1 □□	5.5.2.2 □□□	
		Kito privačiai dirbančio gydytojo konsultacija	5.5.3 □□	5.5.3.1 □□	5.5.3.2 □□□	
		Grupinis terapinis darbas	5.5.4 □□	5.5.4.1 □□	5.5.4.2 □□□	
		Odontologo teikiamas gydymas	5.5.5 □□	5.5.5.1 □□	5.5.5.2 □□□	
		Socialinio darbuotojo paslauga namuose	5.5.6 □□	5.5.6.1 □□	5.5.6.2 □□□	
		Slaugytojos paslauga namuose	5.5.7 □□	5.5.7.1 □□	5.5.7.2 □□□	
		Kita (parašykite)	5.5.8 □□	5.5.8.1 □□	5.5.8.2 □□□	

## VI. VAISTŲ VARTOJIMAS

6.1. Parašykite visus vaistus, kuriuos vartojate paskutinio mėnesio laikotarpiu prieš gydymo pradžią

Vaistų pavadinimas	Vienkartinė dozė (Mg)	Kiek dozių per dieną?	Ar vaistai buvo išrašyti gydytojo? Taip = 1, Ne = 0	Kiek apytiksliai teko mokėti perkant vaistus mėnesio laikotarpiu (eurais)?
6.1.1 _____	6.1.2 □□□	6.1.3 □□	6.1.4 <input type="checkbox"/>	6.1.5 □□□
6.2.1 _____	6.2.2 □□□	6.2.3 □□	6.2.4 <input type="checkbox"/>	6.2.5 □□□
6.3.1 _____	6.3.2 □□□	6.3.3 □□	6.3.4 <input type="checkbox"/>	6.3.5 □□□
6.4.1 _____	6.4.2 □□□	6.4.3 □□	6.4.4 <input type="checkbox"/>	6.4.5 □□□
6.5.1 _____	6.5.2 □□□	6.5.3 □□	6.5.4 <input type="checkbox"/>	6.5.5 □□□
6.6.1 _____	6.6.2 □□□	6.6.3 □□	6.6.4 <input type="checkbox"/>	6.6.5 □□□

## VII. TEISINIS STATUSAS

7.1.	Klausimas	Atvejų skaičius
Ar per paskutiniuosius 6 mėnesius iki gydymo pradžios teko susidurti su teisėsaugos institucijomis? Jeigu taip, tai su kokiomis ir kiek kartų?	Pokalbis ir / arba trumpalaikis buvimas policijoje	7.1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Areštų skaičius	7.1.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Įkalinimo epizodų skaičius	7.1.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Naktų įkalinimo įstaigose skaičius	7.1.4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Teismo medicinos ekspertizių skaičius	7.1.5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Apsvaiginimo patikrų skaičius	7.1.6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Dalyvavimas teismo posėdžiuose	7.1.7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Epizodų, kai buvote nusikaltimo auka, skaičius	7.1.8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Kita ( <i>parašykite</i> )	7.1.9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Neteko susidurti su teisėsaugos institucijomis	<input type="checkbox"/>

NUOŠIRDŽIAI DĖKOJAME JUMS UŽ JŪSŲ LAIKĄ IR BENDRADARBIAVIMĄ!

Priedas Nr. 7. **LIGOS ISTORIJOS DUOMENYS - 1**  
(E. Šumskienė, A. Germanavičius)

Bangos Nr.

Tiriamąjį kodą

1. Diagnozė (yra pirmame sveikatos istorijos puslapyje, įrašyti vėliausią nustatytą galutinę diagnozę) ir ligos šifras

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

2. Kaip pateko į ligoninę (klausti žmogaus apie paskutinį (šį) hospitalizavimą):

- a. atvežė greitoji
- b. atvežė policija
- c. policija perdavė greitajai
- d. su siuntimu iš ambulatorinio lygmens psichiatro
- e. atvyko pats
- f. atvežė artimieji
- g. kita

3. Darbingumo lygis:

- a. 0–25 % darbingumo (nedarbingas);
- b. 30–55 % darbingumo (iš dalies darbingas);
- c. 60–100 % darbingumo (darbingas).

4. Darbingumo lygio nustatymo terminai:

- a. 6 mėnesiai;
- b. 12 mėnesių;
- c. 2 metai;
- d. iki profesinės reabilitacijos programos pabaigos;
- e. iki senatvės pensijos amžiaus sukakties dienos;
- f. neterminuotai;
- g. bus nustatomas ligoninėje.

5. Darbingumo netekimo priežastis (klausti žmogaus):

- a. psichiatrinė;
- b. somatinė;
- c. kita (įrašyti).

6. Nuo kada serga psichikos liga? (Jei istorijoje nenurodyta, klausti paciento.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

metai

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

mėnuo

7. Kada buvo pirmas hospitalizavimas (pažymėta istorijoje)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

metai

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

mėnuo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

8. Kelintas šis hospitalizavimas (suskaiciuoti istorijoje ir įrašyti)?

## DĖMESIO!

9-ą klausimą pildyti tik tais atvejais, jei tai pirmasis hospitalizavimas.

Jei hospitalizavimų buvo keletas à pereiti prie 10-o klausimo.

9. Ar ligos istorijoje nurodoma, kad po pastarojo (šio) hospitalizavimo bus išrašomas nedarbingumo pažymėjimas:

- a. Taip → pereikite prie 11 klausimo;
- b. Ne → pereikite prie 11 klausimo.

10-ą klausimą pildyti tik tais atvejais, jei hospitalizavimų buvo daugiau nei viena:

10. Ar ligos istorijoje nurodoma, kad po ankstesnių hospitalizavimų ir pastarojo hospitalizavimo išrašomas nedarbingumo pažymėjimas:

- a) ne, nedarbingumo pažymėjimas nė karto nebuvo išrašytas à pereikite prie 11 klausimo;
- b) taip, nedarbingumo pažymėjimas išrašomas po kiekvieno hospitalizavimo à pereikite prie 11 klausimo;
- c) taip, išskyrus paskutinį atvejį, anksčiau nedarbingumo pažymėjimas buvo išrašomas à pereikite prie 10a klausimo.

10a. Nedarbingumo pažymėjimas buvo išrašomas po hospitalizavimų (nereikia įrašyti kiekvieno hospitalizavimo, galima nurodyti platų laikotarpį, pvz., nuo 2001 iki 2007 m.):

nuo \_\_\_\_\_ iki \_\_\_\_\_ metų

nuo \_\_\_\_\_ iki \_\_\_\_\_ metų

nuo \_\_\_\_\_ iki \_\_\_\_\_ metų

nuo \_\_\_\_\_ iki \_\_\_\_\_ metų

nuo \_\_\_\_\_ iki \_\_\_\_\_ metų

11. Ar šis hospitalizavimas yra priverstinis:

- a) taip;
- a. ne.

10. Ar šio hospitalizavimo metu buvo taikytos fizinio suvaržymo priemonės (fiksacija, ieškoti papildomų baltų lapų):

- a. taip;
- b. ne.

11. Paskirtas gydymo metodas šio hospitalizavimo metu (žiūrėti paskyrimų lapą ir / arba pirminio įvertinimo lapą, jame nurodoma, ar konsultacijos skiriamos), galima žymėti kelis variantus:

- a. individuali psichoterapija → pereikite prie 12 klausimo;
- b. grupinė psichoterapija → pereikite prie 12 klausimo;
- c. vaistai;
- d. psichosocialinė rehabilitacija → pereikite prie 12 klausimo;
- e. užimtumas → pereikite prie 12 klausimo;
- f. EIT → pereikite prie 12 klausimo;
- g. TMS → pereikite prie 12 klausimo.



12. Įrašykite, kas ir kiek seansų pacientui buvo suteikta per šią (pastarąją) hospitalizaciją (ieškoti psichologo, psichoterapeuto, užimtumo specialisto arba psichosocialinės reabilitacijos darbuotojo pildomų spalvotų lapų, kuriuose nurodoma, ar šios paslaugos suteiktos):

- a) individualių psichoterapeuto / psichologo konsultacijų
- b) grupinės psichoterapijos seansų
- c) psichosocialinės reabilitacijos ar užimtumo užsiėmimų
- d) EIT procedūrų
- e) TMS procedūrų


13. Pažymėkite, kokie vaistai pacientui buvo skirti:

**Antipsichotikai:**

- Amisulpridas („Aktiprol“, „Amisan“, „Solian“)
- Aripiprazolis („Abilify“, „Aprizexen“, „Aricogan“, „Aripirazol Orion“)
- Chlorprotixenas („Truxal“)
- Flupenzaminum (Moditen – depot) pailginto veikimo injekcija
- Haloperidolis (tabletėmis, injekcijomis, geriamas lašais)
- Haloperidolis (pailginto veikimo injekcijos)
- Kvetiapinas („Seroquel“, „Hedonin“, „Ketilept“, „Ketipinor“, „Kventiax“)
- Klozapinas („Leponex“)
- Levomepromazinas („Tisercin“)
- Olanzapinas (leidžiamas į raumenis arba tabletėmis) („Egolanza“, „Lapozan“ ir kt.)
- Olanzapinas (pailginto veikimo)
- Paliperidonas (leidžiamas į raumenis kas 4 sav.) („Xeplion“)
- Risperidonas pailginto veikimo – leidžiamas į raumenis kas 2 savaites („Rispolept Consta“)
- Risperidonas (tabletėmis arba skystu pavidalu) („Rispolept“, „Aleptolan“ ir kt.)
- Sulpiridas („Eglonyl“, „Prosulpin“)
- Ziprazidonas („Zeldox“, „Zypsilan“)
- Zuclopentixolis („Cisordinol“) tabletėmis
- Zuclopentixolis („Cisordinol“ – depot) pailginto veikimo
- Zuclopentixolis („Cisordinol“) greito veikimo injekcija

**Antidepressantai:**

- Amitriptilinas
- Agomelatinas („Valdoxan“)
- Citalopramas („Ciral“, „Pram“)
- Clomipraminas („Anafranil“)
- Duloksetinas („Cymbalta“, „Aritavi“, „Dulsevia“, „Nilodux“)
- Escitalopramas („Cipraxex“, „Elicea“, „Escitil“, „Adescilan“, „Escitasan“, „Norestal“ ir kt.)
- Fluoksetinas (Prozac, ir kt.)
- Fluvoxaminas („Fevarin“)
- Mirtazapinas („Esprital“, „Mirtastad“, „Mirzaten“, „Remeron“)
- Paroksetinas („Arketis“, „Seroxat“, „Rexetin“)

- Sertralinas („Asentra“, „Zoloft“, „Stimuloton“)
- Trazodonas (Trittico retard“)
- Tianeptinas („Coaxil“)
- Venlafaxinas (Efexor, Alventa, Elify, Actavis, Orion, ir kt.)
- Vortioxetinas („Brintellix“)

#### Benzodiazepinai:

- Alprazolamas („Xanax“, „Alprasedon“, „Frontin“)
- Bromazepamas (Lexotanil“ ir kt.)
- Diazepamas tabletėmis
- Diazepamas injekcijos
- Diklio klorazepatas („Tranxene“)
- Klonažepamas („Clonazepam TC“, „Rivotril“)
- Lorazepamas („Lorans“, „Lorafen“)
- Medazepamas („Rudotel“)
- Nitrazepamas („Eunocin“)
- Oksazepamas („Tazepam“, „Nozepam“)

#### Nuotaikos stabilizatoriai:

- Ličio karbonatas
- Karbamazepinas („carbalex“, „Finlepsin“, „Carbatol“, „Tegretol“)
- Lamotriginas („Lamictal“)
- Valproatai („Convulex“, „Depakine“, „Absenor“)

#### Kiti:

- Zolpidemas („Stilnox“, „Hypnogen“, „Zolsana“)
- Zopiklonas („Imovan“, „Somnols“, „Zopitin“)

14. Jei buvo taikyta psichosocialinė rehabilitacija, koks nustatytas CAN įvertis? (leškoti geltonų lapų, įrašyti iš paskutinės grafos vėliausią C įvertinimą.)

--	--

15. Vertinimas pagal CAN skalę (įrašyti paskutiniojo profesionalo vertinimo parodymus):

1. Būstas. Ar vieta kurioje gyvenate yra tinkama?	
2. Maistas. Ar sugebate apsipirkti ir pasigaminti maistą?	
3. Namų tvarkymas. Ar sugebate susitvarkyti savo namus?	
4. Prisižiūrėjimas. Ar jums sunku būti švariam ir tvarkingam?	
5. Dienos užimtumas. Ar Jūsų diena pakankamai užimta?	
6. Fizinė sveikata. Ar turite kokių fizinių negalavimų?	
7. Psichozės simptomai. Ar Jūs kada girdite balsus, ar Jums sunku mąstyti?	
8. Informacija apie sveikatos būklę ir gydymą. Ar Jums buvo pateikta informacija apie Jūsų ligą ir vartojamus vaistus?	

9. Psichologiniai sunkumai. <i>Ar pastaruoju metu jautėtės liūdnas, prislėgtas, nerimastingas?</i>	
10. Saugumas sau. <i>Ar kada kyla minčių sužaloti save?</i>	
11. Saugumas kitiems. <i>Ar kada kilo minčių sužaloti kitą žmogų?</i>	
12. Alkoholis. <i>Ar turite problemų dėl piktnaudžiavimo alkoholiu?</i>	
13. Vaistai ir narkotikai. <i>Ar vartojate nepaskirtus vaistus?</i>	
14. Draugija. <i>Ar Jūs patenkintas savo socialiniu gyvenimu?</i>	
15. Artimi santykiai. <i>Ar Jūs turite partnerį (-ę)? Ar Jūsų poroje kyla problemų?</i>	
16. Lytinis gyvenimas. <i>Koks Jūsų lytinis gyvenimas?</i>	
17. Vaikų priežiūra. <i>Ar Jums kyla sunkumų prižiūrint vaikus (iki 18 m.)</i>	
18. Pagrindinis išsilavinimas. <i>Ar galite rašyti, skaityti, suprasti lietuvių kalba?</i>	
19. Telefonas. <i>Ar kai reikia, galite pasinaudoti telefonu?</i>	
20. Transportas. <i>Kaip sekasi naudotis viešuoju transportu?</i>	
21. Pinigai. <i>Kaip sekasi paskirstyti lėšas?</i>	
22. Pašalpos. <i>Ar įsitikinęs, kad gaunate visas pašalpas, kurios Jums priklauso?</i>	

Priedas Nr. 8. **LIGOS ISTORIJOS DUOMENYS - 2**  
(E. Šumskienė, A. Germanavičius)

Bangos Nr.

Tiriamoji kodas

1. Diagnozė (yra pirmame sveikatos istorijos puslapyje, įrašyti vėliausią nustatytą galutinę diagnozę) ir ligos šifras

2. Darbingumo lygis:

- 0–25% darbingumo (nedarbingas);
- 30–55% darbingumo (iš dalies darbingas);
- 60–100% darbingumo (darbingas).

3. Darbingumo lygio nustatymo terminai:

- 6 mėnesiai;
- 12 mėnesių;
- 2 metai;
- iki profesinės reabilitacijos programos pabaigos;
- iki senatvės pensijos amžiaus sukakties dienos;
- neterminuoti.

4. Darbingumo netekimo priežastis (klausti žmogaus):

- psichiatrinė;
- somatinė;
- kita (įrašyti).

5. Nuo kada serga psichikos liga? (Jei istorijoje nenurodyta, klausti paciento.)

metai

mėnuo

6. Kada buvo paskutinis hospitalizavimas (pažymėta istorijoje):

metai

mėnuo

7. Paskirtas gydymo metodas šio gydymo metu (galima žymėti kelis variantus):

- individuali psichoterapija → pereikite prie 12 klausimo;
- grupinė psichoterapija → pereikite prie 12 klausimo;
- vaistai;
- psichosocialinė reabilitacija → pereikite prie 12 klausimo;
- užimtumas → pereikite prie 12 klausimo.

8. Įrašykite, kieno ir kiek seansų pacientui buvo suteikta per šią (pastarąją) hospitalizaciją (ieškoti psichologo, psichoterapeuto, užimtumo specialisto arba psichosocialinės reabilitacijos darbuotojo pildomų spalvotų lapų, kuriuose nurodoma, ar šios paslaugos suteiktos):

- a) individualių psichoterapeuto / psichologo konsultacijų  
 b) grupinės psichoterapijos seansų  
 c) psichosocialinės reabilitacijos ar užimtumo užsiėmimų


9. Pažymėkite kokie vaistai pacientui buvo skirti:

#### Antipsichotikai:

- Amisulpridas („Aktiprol“, „Amisan“, „Solian“)  
 Aripiprazolis („Abilify“, „Aprizexen“, „Aricogan“, „Aripirazol Orion“)  
 Chlorprotixenas („Truxal“)  
 Flupenzaminum (Moditen – depot) pailginto veikimo injekcija  
 Haloperidolis (tabletėmis, injekcijomis, geriamas lašais)  
 Haloperidolis (pailginto veikimo injekcijos)  
 Kvetiapinas („Seroquel“, „Hedonin“, „Ketilept“, „Ketipinor“, „Kventiax“)  
 Klozapinas („Leponex“)  
 Levomepromazinas („Tisercin“)  
 Olanzapinas (leidžiamas į raumenis arba tabletėmis) („Egolanza“, „Lapozan“ ir kt.)  
 Olanzapinas (pailginto veikimo)  
 Paliperidonas (leidžiamas į raumenis kas 4 sav.) („Xeplion“)  
 Risperidonas pailginto veikimo – leidžiamas į raumenis kas 2 savaites („Rispolept Consta“)  
 Risperidonas (tabletėmis arba skystu pavidalu) („Rispolept“, „Aleptolan“ ir kt.)  
 Sulpiridas („Eglonyl“, „Prosulpin“)  
 Ziprazidonas („Zeldox“, „Zypsilan“)  
 Zucloptixolis („Cisordinol“) tabletėmis  
 Zucloptixolis („Cisordinol“ – depot) pailginto veikimo  
 Zucloptixolis („Cisordinol“) greito veikimo injekcija

#### Antidepresantai:

- Amitriptilinas  
 Agomelatinas („Valdoxan“)  
 Citalopramas („Ciral“, „Pram“)  
 Clomipraminas („Anafranil“)  
 Duloksetinas („Cymbalta“, „Aritavi“, „Dulsevia“, „Nilodux“)  
 Escitalopramas („Cipraxex“, „Elicea“, „Escitil“, „Adescilan“, „Escitasan“, „Norestal“ ir kt.)  
 Fluoksetinas (Prozac, ir kt.)  
 Fluvoxaminas („Fevarin“)  
 Mirtazapinas („Esprital“, „Mirtastad“, „Mirzaten“, „Remeron“)  
 Paroksetinas („Arketis“, „Seroxat“, „Rexetin“)  
 Sertralinas („Asentra“, „Zoloft“, „Stimuloton“)  
 Trazodonas (Trittico retard)  
 Tianeptinas („Coaxil“)  
 Venlafaxinas (Efexor, Alventa, Elify, Actavis, Orion, ir kt.)  
 Vortioxetinas („Brintellix“)

**Benzodiazepinai:**

- Alprazolamas („Xanax“, „Alprasedon“, „Frontin“)
- Bromazepamas (Lexotanil“ ir kt.)
- Diazepamas tabletėmis
- Diazepamas injekcijos
- Diklio klorazepatas („Tranxene“)
- Klonazepamas („Clonazepam TC“, „Rivotril“)
- Lorazepamas („Lorans“, „Lorafen“)
- Medazepamas („Rudotel“)
- Nitrazepamas („Eunoctin“)
- Oksazepamas („Tazepam“, „Nozepam“)

**Nuotaikos stabilizatoriai:**

- Ličio karbonatas
- Karbamazepinas („Carbalex“, „Finlepsin“, „Carbatol“, „Tegretol“)
- Lamotriginas („Lamictal“)
- Valproatai („Convulex“, „Depakine“, „Absenor“)

**Kiti:**

- Zolpidemas („Stilnox“, „Hypnogen“, „Zolsana“)
- Zopiklonas („Imovan“, „Somnols“, „Zopitin“)

# Psichikos sveikatos ir gerovės paradigmu kaita Lietuvoje

MONOGRAFIJA

Sudarytojos:

Donata PETRUŽYTĖ,

Eglė ŠUMSKIENĖ

Kalbos redaktorė *Daiva Mickevičienė*

Maketuotoja *Nijolė Bukantienė*

Išleido Vilniaus universitetas

Universiteto g. 3, LT-01513 Vilnius